Ordinanza del DFI sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie

(Ordinanza sulle prestazioni, OPre)[1]

del 29 settembre 1995 (Stato 1° luglio 2018)

Il Dipartimento federale dell'interno (DFI),

visti gli articoli 33, 36 capoverso 1, 54 capoversi 2–4, 59*a*, 62, 65 capoverso 3, 65*b* capoverso 3, 65*f* capoverso 5, 65*g* capoverso 3, 70*a*, 75, 77 capoverso 4 e 104*a* dell'ordinanza del 27 giugno 1995[2] sull'assicurazione malattie (OAMal),[3]

ordina:

Titolo 1: Prestazioni

Capitolo 1: Prestazioni mediche, chiropratiche e farmaceutiche[4]

Sezione 1: Rimunerazione obbligatoria

Art. 1[5]

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 delle questioni fondamentali 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.

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 29 apr. 2015, in vigore dal 1° giu. 2015 (RU **2015** 1359).

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

5 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 10 dic. 2008, in vigore dal 1° gen. 2009 (RU **2008** 6493).

Sezione 2: Psicoterapia effettuata dal medico

Art. 2[6] Principio

[1] L'assicurazione assume i costi della psicoterapia effettuata dal medico secondo i metodi la cui efficacia è dimostrata scientificamente.

[2] La psicoterapia è una forma di terapia che:

a. concerne malattie psichiche e psicosomatiche;

b. persegue un obiettivo terapeutico definito;

c. si basa prevalentemente sulla comunicazione verbale ma non esclude una terapia medicamentosa;

d. poggia su una teoria dell'esperienza e del comportamento normali o patologici, nonché su una diagnostica orientata all'eziologia;

e. comprende la riflessione sistematica, la costruzione e il mantenimento della relazione terapeutica;

f. è caratterizzata dall'alleanza terapeutica e da sedute terapeutiche regolari pianificate in anticipo; e

g. può essere praticata quale terapia individuale, di coppia, familiare o di gruppo.

Art. 3[7] Assunzione dei costi

L'assicurazione assume al massimo i costi di 40 sedute d'accertamento e di terapia. È fatto salvo l'articolo 3*b*.

Art. 3*a*[8]

Art. 3*b*[9] Procedura per l'assunzione dei costi per una terapia che duri più di 40 sedute

[1] Affinché dopo 40 sedute la cura continui ad essere rimunerata, il medico curante deve tempestivamente trasmettere un rapporto al medico di fiducia dell'assicuratore. Il rapporto deve indicare:

a. il genere di malattia;

b. il genere, le modalità, lo svolgimento e i risultati del trattamento precedente;

6 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 5 giu. 2009, in vigore dal 1° lug. 2009 (RU **2009** 2821).
7 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 5 giu. 2009, in vigore dal 1° lug. 2009 (RU **2009** 2821).
8 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 3 lug. 2006 (RU **2006** 2957). Abrogato dal n. I dell'O del DFI del 5 giu. 2009, con effetto dal 1° lug. 2009 (RU **2009** 2821).
9 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 3 lug. 2006 (RU **2006** 2957). Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 5 giu. 2009, in vigore dal 1° lug. 2009 (RU **2009** 2821).

c. una proposta concernente il proseguimento della terapia con l'indicazione dell'obiettivo, dello scopo, delle modalità e della durata prevista.

2 Il rapporto può contenere soltanto le indicazioni necessarie per stabilire la rimunerazione obbligatoria dell'assicuratore.

3 Il medico di fiducia esamina la proposta sottopostagli e a sua volta propone se e per quale durata la terapia può continuare a carico dell'assicurazione fino al prossimo rapporto.

4 Entro 15 giorni dal ricevimento del rapporto, l'assicuratore comunica all'assicurato, con copia al medico curante, se e per quanto tempo saranno ulteriormente rimunerati i costi della psicoterapia.

Art. 3*c* e **3*d*** [10]

Sezione 3: Prestazioni prescritte dai chiropratici

Art. 4

L'assicurazione assume i costi delle analisi, dei medicamenti, dei mezzi e degli apparecchi diagnostici e terapici, dei procedimenti di formazione d'immagini come pure delle prestazioni fisioterapiche seguenti, prescritti da chiropratici:[11]

a.[12] analisi:

le analisi sono designate separatamente nell'elenco delle analisi giusta l'articolo 62 capoverso 1 lettera b OAMal;

b.[13] medicamenti:
le specialità farmaceutiche dei seguenti gruppi terapeutici dell'elenco delle specialità delle categorie di vendita B (Dispensazione da parte delle farmacie su prescrizione medica), C (Dispensazione previa consulenza specialistica di operatori sanitari) e D (Dispensazione previa consulenza specialistica):

1. 01.01.10 (Analgesici antipiretici), 01.12 (Miotonolitici: somministrati solo per via orale),
2. 04.99 (Gastroenterologica, Varia: solo inibitori della pompa protonica),
3. 07.02.10 (Minerali), 07.02.20 (Minerali combinati), 07.02.30 (Vitamine sole), 7.02.40 (Vitamine combinate), 07.02.50 (Altre combinazioni),
4. 07.10.10 (Antiinfiammatori soli), 07.10.21 (Antiinfiammatori combinati senza corticosteroidi: solo combinazioni di antiinfiammatori e inibitori

10 Introdotti dal n. I dell'O del DFI del 3 lug. 2006 (RU **2006** 2957). Abrogati dal n. I dell'O del DFI del 5 giu. 2009, con effetto dal 1° lug. 2009 (RU **2009** 2821).
11 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 24 giu. 2009, in vigore dal 1° gen. 2011 (RU **2009** 3527 6849 n. I).
12 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 17 nov. 2003, in vigore dal 1° gen. 2004 (RU **2003** 5283).
13 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 16 mag. 2014, in vigore dal 1° lug. 2014 (RU **2014** 1251).

della pompa protonica), 07.10.40 (Medicamenti per uso topico: solo quelli con sostanze attive antiinfiammatorie),

5. 57.10.10 (Medicina complementare: antiinfiammatori soli);

c.[14] mezzi e apparecchi:

1. i prodotti del gruppo 05. Bendaggi,
2. i prodotti del gruppo 09.02.01, apparecchio per l'elettroneurostimolazione transcutanea (TENS),
3. i prodotti del gruppo 16. Mezzi per la crioterapia e/o termoterapia,
4. i prodotti del gruppo 23. Ortesi,
5. [15] i prodotti dei gruppi 34 e 35. Materiale per medicazione;

d.[16] diagnostica per immagini:

1. radiografia dello scheletro,
2. tomografia computerizzata (TC) della colonna vertebrale e delle estremità,
3. risonanza magnetica nucleare (RMN) dello scheletro assiale e delle articolazioni periferiche,
4. ecografia diagnostica,
5. scintigrafia dello scheletro trifasica;

e.[17] prestazioni di fisioterapia di cui all'articolo 5.

Sezione 4:[18] Prestazioni farmaceutiche

Art. 4*a*

[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.

14 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 10 giu. 2013, in vigore dal 1° lug. 2013 (RU **2013** 1925).
15 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 28 nov. 2017, in vigore dal 1° apr. 2018 (RU **2017** 7151).
16 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 10 giu. 2013, in vigore dal 1° lug. 2013 (RU **2013** 1925).
17 Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 24 giu. 2009, in vigore dal 1° gen. 2011 (RU **2009** 3527 6849 n. I).
18 Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 27 nov. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU **2000** 3088).

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.

Sezione 5:[19] Prestazioni di medicina complementare fornite da un medico

Art. 4*b*

L'assicurazione assume i costi delle prestazioni nelle discipline seguenti se sono soddisfatte le condizioni esposte qui di seguito:

a. agopuntura, se il medico è titolare di un attestato di perfezionamento rilasciato conformemente al programma di formazione complementare del 1° luglio 2015[20] «Agopuntura e farmacoterapia cinese – MTC (ASA)» dell'Istituto svizzero per la formazione medica (ISFM);

b. medicina antroposofica, se il medico è titolare di un attestato di perfezionamento rilasciato conformemente al programma di formazione complementare del 1° gennaio 1999 «Medicina antroposofica ampliata (ASMOA)» dell'ISFM, riveduto il 16 giugno 2016[21];

c. terapia medicamentosa della medicina tradizionale cinese (MTC), se il medico è titolare di un attestato di perfezionamento rilasciato conformemente al programma di formazione complementare del 1° luglio 2015[22] «Agopuntura e farmacoterapia cinese – MTC (ASA)» dell'ISFM;

d. omeopatia unicista (classica), se il medico è titolare di un attestato di perfezionamento rilasciato conformemente al programma di formazione complementare del 1° gennaio 1999 «Omeopatia (SSMO)» dell'ISFM, riveduto il 10 settembre 2015[23];

e. fitoterapia, se il medico è titolare di un attestato di perfezionamento rilasciato conformemente al programma di formazione complementare del 1° luglio 2011 «Fitoterapia (SSFM)» dell'ISFM, riveduto il 5 novembre 2015[24].

19 Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 16 giu. 2017, in vigore dal 1° ago. 2017 (RU **2017** 3689).
20 Il documento può essere consultato all'indirizzo: www.bag.admin.ch/ref (in tedesco e francese)
21 Il documento può essere consultato all'indirizzo: www.bag.admin.ch/ref (in tedesco e francese)
22 Il documento può essere consultato all'indirizzo: www.bag.admin.ch/ref (in tedesco e francese)
23 Il documento può essere consultato all'indirizzo: www.bag.admin.ch/ref (in tedesco e francese)
24 Il documento può essere consultato all'indirizzo: www.bag.admin.ch/ref (in tedesco e francese)

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 o delle organizzazioni ai sensi dell'articolo 52*a* OAMal, se effettuate previa prescrizione medica e nell'ambito del trattamento di malattie del sistema muscoloscheletrico o neurologico o di malattie dei sistemi degli organi interni e dei sistemi vascolari, sempreché possano essere trattate con la fisioterapia:[25]

a. misure di esame e valutazione fisioterapici;

b. misure terapeutiche, di consulenza e di istruzione:
   1. chinesiterapia attiva e passiva,
   2. terapia manuale,
   3. fisioterapia per alleviare la tensione,
   4. fisioterapia respiratoria (comprese le inalazioni di aerosol),
   5. terapia medica di allenamento,
   6. fisioterapia linfologica,
   7. chinesiterapia in acqua,
   8. fisioterapia ippoterapica in caso di sclerosi multipla,
   9. fisioterapia cardio-circolatoria,
   10. fisioterapia uroginecologica e urologica;

c. misure fisiche:
   1. terapia del caldo e terapia del freddo,
   2. elettroterapia,
   3. terapia della luce (ultravioletta, infrarossa, luce rossa),
   4. ultrasuoni,
   5. idroterapia,
   6. massaggio muscolare e massaggio del tessuto connettivo.[26]

1bis Le misure terapeutiche di cui all'articolo 5 capoverso 1 numeri 1, 3–5, 7 e 9 possono essere eseguite individualmente o in gruppi.[27]

25 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 27 ott. 2009, in vigore dal 1° gen. 2010 (RU **2009** 6083).
26 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 5 giu. 2009, in vigore dal 1° lug. 2009 (RU **2009** 2821).
27 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 5 giu. 2009, in vigore dal 1° lug. 2009 (RU **2009** 2821).

1ter La terapia medica di allenamento inizia con un'introduzione all'allenamento su macchine e si conclude al massimo tre mesi dopo tale introduzione. La terapia medica di allenamento è preceduta da un trattamento fisioterapico individuale.[28]

2 L'assicurazione assume al massimo, per ogni prescrizione medica, i costi di nove sedute, fermo restando che il primo trattamento deve avvenire entro cinque settimane dalla prescrizione medica.[29]

3 Per la rimunerazione 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 trasmettergli una proposta debitamente motivata in merito alla continuazione della terapia. Il medico di fiducia la esamina e propone se, in quale misura e per quale durata fino al prossimo rapporto la terapia può essere continuata a carico dell'assicurazione.[30]

5 Per gli assicurati che fino al compimento dei 20 anni hanno diritto a prestazioni secondo l'articolo 13 della legge federale del 19 giugno 1959[31] su l'assicurazione per l'invalidità, i costi per la continuazione di una fisioterapia già iniziata sono assunti, dopo il compimento dei 20 anni, in virtù del capoverso 4.[32]

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.[33] siano effettuate nell'ambito di una cura psichiatrica.

28 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 5 giu. 2009, in vigore dal 1° lug. 2009 (RU **2009** 2821).
29 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 5 giu. 2009, in vigore dal 1° lug. 2009 (RU **2009** 2821).
30 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 9 dic. 2002 (RU **2002** 4253). Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 10 dic. 2008, in vigore dal 1° gen. 2009 (RU **2008** 6493).
31 RS **831.20**
32 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 10 dic. 2008 (RU **2008** 6493). Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 5 giu. 2009, in vigore dal 1° lug. 2009 (RU **2009** 2821).
33 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 13 dic. 1996, in vigore dal 1° gen. 1997 (RU **1997** 564).

2 L'assicurazione assume al massimo, per ogni prescrizione medica, i costi di nove sedute, fermo restando che il primo trattamento deve avvenire entro otto settimane dalla prescrizione medica.[34]

3 Per la rimunerazione 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 in merito alla continuazione della terapia. Il medico di fiducia la esamina e propone se, in quale misura e per quale durata fino al prossimo rapporto la terapia può essere continuata a carico dell'assicurazione.[35]

5 Per gli assicurati che fino al compimento dei 20 anni hanno diritto a prestazioni secondo l'articolo 13 della legge federale del 19 giugno 1959[36] su l'assicurazione per l'invalidità, i costi per la continuazione di una ergoterapia già iniziata sono assunti, dopo il compimento dei 20 anni, in virtù del capoverso 4.[37]

Sezione 3: Cure dispensate ambulatoriamente o in una casa di cura[38]

Art. 7 Definizione delle cure

1 Sono considerate prestazioni ai sensi dell'articolo 33 lettera b OAMal gli esami, le terapie e le cure effettuati secondo la valutazione dei bisogni di cui al capoverso 2 lettera a e all'articolo 8, previa prescrizione o mandato medico:

a. da infermieri (art. 49 OAMal);

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

c. in case di cura (art. 39 cpv. 3 della LF del 18 mar. 1994[39] sull'assicurazione malattie; LAMal).[40]

2 Sono prestazioni ai sensi del capoverso 1:

a.[41] valutazione, consigli e coordinamento:[42]

34 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 5 giu. 2009, in vigore dal 1° lug. 2009 (RU **2009** 2821).
35 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 9 dic. 2002 (RU **2002** 4253). Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 10 dic. 2008, in vigore dal 1° gen. 2009 (RU **2008** 6493).
36 RS **831.20**
37 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 10 dic. 2008 (RU **2008** 6493). Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 5 giu. 2009, in vigore dal 1° lug. 2009 (RU **2009** 2821).
38 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 24 giu. 2009, in vigore dal 1° gen. 2011 (RU **2009** 3527 6849 n. I).
39 RS **832.10**
40 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 24 giu. 2009, in vigore dal 1° gen. 2011 RU **2009** 3527 6849 n. I).
41 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 20 dic. 2006, in vigore dal 1° gen. 2007 (RU **2006** 5769).
42 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 5 dic. 2011, in vigore dal 1° gen. 2012 (RU **2011** 6487).

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 il riconoscimento dei sintomi della malattia, la somministrazione dei medicamenti o l'impiego d'apparecchi medici come pure i controlli necessari,
3.[43] coordinamento dei provvedimenti nonché interventi di infermieri specializzati in caso di complicazioni in situazioni di cura complesse e instabili;

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.[44] preparazione e somministrazione di medicamenti nonché documentazione delle attività associate,
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,
13.[45] assistenza per l'applicazione di terapie mediche nella prassi quotidiana, quali l'esercizio di strategie d'intervento e le istruzioni comportamentali per i casi di aggressione, paura e psicosi deliranti,

43 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 5 dic. 2011, in vigore dal 1° gen. 2012 (RU **2011** 6487).
44 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 5 dic. 2011, in vigore dal 1° gen. 2012 (RU **2011** 6487).
45 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 20 dic. 2006, in vigore dal 1° gen. 2007 (RU **2006** 5769).

14.[46] sostegno alle persone malate psichicamente in situazioni di crisi, volto segnatamente a impedire attacchi acuti pericolosi per loro stesse e per gli altri;

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.[47] provvedimenti volti a sorvegliare e assistere persone malate psichicamente nel quadro delle attività fondamentali quotidiane, quali: l'elaborazione e l'attuazione di un ritmo di vita strutturato adeguato, una pratica mirata alla creazione e all'incoraggiamento di contatti sociali e l'assistenza nell'ambito dell'aiuto all'orientamento e dell'applicazione di misure di sicurezza.

[2bis] Devono essere soddisfatte le seguenti condizioni:

a. le prestazioni di cui al capoverso 2 lettera a numero 3 devono essere fornite da un infermiere (art. 49 OAMal) che possa attestare un'attività pratica di due anni in collaborazione interdisciplinare e reti di gestione dei pazienti;

b. la valutazione se occorra attuare i provvedimenti di cui al capoverso 2 lettere b numeri 13 e 14 e c numero 2 deve essere effettuata da un infermiere (art. 49 OAMal) che possa attestare un'attività pratica di due anni nel ramo della psichiatria. [48]

[2ter] Le prestazioni possono essere fornite ambulatoriamente o in una casa di cura. Possono altresì essere fornite esclusivamente durante il giorno o durante la notte.[49]

[3] Sono considerate prestazioni delle cure acute e transitorie ai sensi dell'articolo 25*a* capoverso 2 LAMal le prestazioni previste al capoverso 2, effettuate da persone e istituti di cui al capoverso 1 lettere a–c secondo la valutazione dei bisogni di cui al capoverso 2 lettera a e all'articolo 8 dopo un soggiorno ospedaliero e previa prescrizione di un medico dell'ospedale.[50]

46 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 20 dic. 2006, in vigore dal 1° gen. 2007 (RU **2006** 5769).
47 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 20 dic. 2006, in vigore dal 1° gen. 2007 (RU **2006** 5769).
48 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 20 dic. 2006 (RU **2006** 5769). Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 5 dic. 2011, in vigore dal 1° gen. 2012 (RU **2011** 6487).
49 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 24 giu. 2009, in vigore dal 1° gen. 2011 (RU **2009** 3527 6849 n. I).
50 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 3 lug. 1997 (RU **1997** 2039). Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 24 giu. 2009, in vigore dal 1° gen. 2011 (RU **2009** 3527 6849 n. I).

Art. 7*a*[51] Contributi

[1] Nel caso dei fornitori di prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 1 lettere a e b, l'assicurazione versa, per le prestazioni secondo l'articolo 7 capoverso 2, i contributi seguenti:

a. per le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettera a: 79.80 franchi all'ora;

b. per le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettera b: 65.40 franchi all'ora;

c. per le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettera c: 54.60 franchi all'ora.

[2] Il rimborso dei contributi di cui al capoverso 1 è calcolato per unità di tempo di 5 minuti. Il rimborso minimo è di 10 minuti.

[3] Nel caso dei fornitori di prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 1 lettera c, l'assicurazione versa, al giorno e per le prestazioni secondo l'articolo 7 capoverso 2, i contributi seguenti:

a. per bisogni di cure fino a 20 minuti: 9.00 franchi;

b. per bisogni di cure da 21 a 40 minuti: 18.00 franchi;

c. per bisogni di cure da 41 a 60 minuti: 27.00 franchi;

d. per bisogni di cure da 61 a 80 minuti: 36.00 franchi;

e. per bisogni di cure da 81 a 100 minuti: 45.00 franchi;

f. per bisogni di cure da 101 a 120 minuti: 54.00 franchi;

g. per bisogni di cure da 121 a 140 minuti: 63.00 franchi;

h. per bisogni di cure da 141 a 160 minuti: 72.00 franchi;

i. per bisogni di cure da 161 a 180 minuti: 81.00 franchi;

j. per bisogni di cure da 181 a 200 minuti: 90.00 franchi;

k. per bisogni di cure da 201 a 220 minuti: 99.00 franchi;

l. per bisogni di cure superiori a 220 minuti: 108.00 franchi.

[4] Nel caso delle strutture diurne o notturne di cui all'articolo 7 capoverso 2[ter], l'assicurazione versa per ogni giorno o per ogni notte, per le prestazioni secondo l'articolo 7 capoverso 2, i contributi previsti al capoverso 3.

Art. 7*b*[52] Assunzione dei costi per le prestazioni delle cure acute e transitorie

[1] Il Cantone di domicilio e gli assicuratori assumono i costi per le prestazioni delle cure acute e transitorie in funzione della loro quotaparte rispettiva. Il Cantone di domicilio fissa per ogni anno civile, al più tardi nove mesi prima dell'inizio dello

51 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 24 giu. 2009, in vigore dal 1° gen. 2011 (RU **2009** 3527 6849 n. I).

52 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 24 giu. 2009, in vigore dal 1° gen. 2011 (RU **2009** 3527 6849).

stesso, la quotaparte cantonale per gli abitanti del Cantone. La quotaparte cantonale ammonta almeno al 55 per cento.

2 Il Cantone di domicilio versa la sua quotaparte direttamente al fornitore di prestazioni. Le modalità vengono concordate tra il fornitore di prestazioni e il Cantone di domicilio. L'assicuratore e il Cantone di domicilio possono convenire che il Cantone paghi la sua quotaparte all'assicuratore e che quest'ultimo versi entrambe le quoteparti al fornitore di prestazioni. La fatturazione tra il fornitore di prestazioni e l'assicuratore è disciplinata dall'articolo 42 LAMal[53].

Art. 8[54] 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.

3bis La valutazione dei bisogni per le cure acute e transitorie si basa su criteri uniformi. I risultati sono registrati in un formulario uniforme.[55]

4 La valutazione dei bisogni nelle case di cura si basa sui livelli dei bisogni di cure (art. 9 cpv. 2). Il bisogno di cure stabilito dal medico equivale a una prescrizione o a un mandato medico.[56]

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 non può superare:

a. tre mesi, per pazienti affetti da una malattia acuta;

b. sei mesi, per pazienti lungodegenti;

c. due settimane, per pazienti che necessitano di cure acute e transitorie.[57]

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

53 RS **832.10**
54 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 3 lug. 1997, in vigore dal 1° lug. 1998 (RU **1997** 2039).
55 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 24 giu. 2009, in vigore dal 1° gen. 2011 (RU **2009** 3527 6849 n. I).
56 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 24 giu. 2009, in vigore dal 1° gen. 2011 (RU **2009** 3527 6849 n. I).
57 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 24 giu. 2009, in vigore dal 1° gen. 2010 (RU **2009** 3527 6849 n. I).

revisione dell'assegno per grandi invalidi. Al termine di una siffatta revisione, il mandato medico o la prescrizione medica vanno rinnovati.[58]

7 Le prescrizioni e i mandati medici di cui al capoverso 6 lettere a e b possono essere rinnovati.[59]

Art. 8*a*[60] Procedura di controllo e di conciliazione

1 I fornitori di prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 1 lettere a e b e gli assicuratori convengono una procedura di controllo e di conciliazione comune in caso di cura ambulatoriale.

2 In assenza di convenzione tariffale, il governo cantonale, sentite le parti interessate, stabilisce 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 possono essere verificati dal medico di fiducia (art. 57 LAMal[61]) 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[62] Fatturazione

1 Le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 effettuate da infermieri o da organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio devono essere fatturate secondo il tipo di prestazione fornita.

2 Le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 effettuate nelle case di cura devono essere fatturate secondo il bisogno di cure.

Art. 9*a*[63]

58 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 18 set. 1997, in vigore dal 1° gen. 1998 (RU **1997** 2436).
59 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 24 giu. 2009, in vigore dal 1° gen. 2011 (RU **2009** 3527 6849 n. I).
60 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 3 lug. 1997 (RU **1997** 2039). Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 24 giu. 2009, in vigore dal 1° gen. 2011 (RU **2009** 3527 6849 n. I).
61 RS **832.10**
62 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 24 giu. 2009, in vigore dal 1° gen. 2011 (RU **2009** 3527 6849 n. I).
63 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 18 set. lug. 1997 (RU **1997** 2436). Abrogato dal n. I dell'O del DFI del 24 giu. 2009, con effetto dal 1° gen. 2011 (RU **2009** 3527 6849 n. I).

Sezione 3*a*:[64] Consulenza nutrizionale

Art. 9*b*[65]

[1] I dietisti o le organizzazioni di dietetica ai sensi degli articoli 46, 50*a* e 52*b* OAMal prestano consulenza, previa prescrizione medica o su mandato medico, ai pazienti affetti dalle malattie seguenti:[66]

a.[67] turbe del metabolismo;

b.[68] obesità (indice di massa corporea [IMC] superiore a 30) e malattie conseguenti al sovrappeso e concomitanti;

b[bis].[69] obesità e sovrappeso nel quadro di una «terapia individuale multiprofessionale ambulatoriale strutturata per bambini e adolescenti affetti da sovrappeso o obesità » di cui all'allegato 1 numero 4;

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 rimunerata 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.

64 Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 13 dic. 1996, in vigore dal 1° lug. 1997 (RU **1997** 564).
65 Originario art. 9*a*.
66 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 16 ott. 2012, in vigore dal 1° gen. 2013 (RU **2012** 5829).
67 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 18 nov. 1998, in vigore dal 1° gen. 1999 (RU **1999** 528).
68 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 16 mag. 2014, in vigore dal 1° lug. 2014 (RU **2014** 1251).
69 Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 6 dic. 2013, in vigore dal 1° gen. 2014 (RU **2013** 5329).

Sezione 3*b*:[70] Consulenza ai diabetici

Art. 9*c*

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

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 une 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.[71]

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

Sezione 4: Logopedia

Art. 10 Principio

I logopedisti o l'organizzazione della logopedia curano, previa prescrizione medica, i pazienti affetti da turbe del linguaggio, dell'articolazione, della voce e della dizione conseguenti a:[72]

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).

70 Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 18 nov. 1998, in vigore dal 1° gen. 1999 (RU **1999** 528).
71 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 9 dic. 2002, in vigore dal 1° gen. 2003 (RU **2002** 4253).
72 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 9 dic. 2016, in vigore dal 1° gen. 2017 (RU **2016** 4933).

Art. 11 Condizioni

1 L'assicurazione assume al massimo, per ogni prescrizione medica, i costi di dodici sedute di terapia logopedica fermo restando che il primo trattamento deve avvenire entro otto settimane dalla prescrizione medica.[73]

2 Per la rimunerazione 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.

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 rimunerazione obbligatoria dell'assicuratore.

Sezione 5:[74] Neuropsicologia

Art. 11*a*

1 L'assicurazione assume i costi delle prestazioni diagnostiche effettuate da neuropsicologi previa prescrizione medica secondo l'articolo 50*b* OAMal.

2 Assume al massimo, per ogni prescrizione medica, i costi di sei sedute. Per anno e paziente sono possibili solo due prescrizioni mediche.

Capitolo 3: Misure di prevenzione

Art. 12[75] Principio

L'assicurazione assume i costi delle misure di medicina preventiva seguenti (art. 26 LAMal[76]):

a. vaccinazioni profilattiche (art. 12*a*);

b. misure di profilassi di malattie (art. 12*b*);

c. esami sullo stato di salute generale (art. 12*c*);

73 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 20 giu. 2016, in vigore dal 1° ago. 2016 (RU **2016** 2537).
74 Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 9 dic. 2016, in vigore dal 1° lug. 2017 (RU **2016** 4933).
75 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 21 nov. 2007, in vigore dal 1° gen. 2008 (RU **2007** 6839).
76 RS **832.10**

d. misure per l'individuazione precoce di malattie in determinati gruppi a rischio (art. 12*d*);

e. misure per l'individuazione precoce di malattie nella popolazione in generale, incluse le misure destinate a tutte le persone di una determinata classe d'età oppure a tutti gli uomini o donne (art. 12*e*).

Art. 12*a*[77] Vaccinazioni profilattiche

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

Misura		Condizione
a.[78]	Vaccinazione e richiami contro difteria, tetano, pertosse, poliomielite; vaccinazione contro morbillo, orecchioni, rosolia	Secondo il «Calendario vaccinale svizzero 2018» (Calendario vaccinale 2018[79])[80] curato dall'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) e dalla Commissione federale per le vaccinazioni (CFV).
b.[81]	Vaccinazione contro l'Haemofilus influenzae	Per i bambini fino a cinque anni, secondo il Calendario vaccinale 2018.
c.[82]	Vaccinazione contro l'influenza	1. Vaccinazione annuale per le persone esposte a un elevato rischio di complicazioni secondo il Calendario vaccinale 2018. 2. In caso di minaccia di pandemia d'influenza o nel corso di tale pandemia, per coloro ai quali l'UFSP raccomanda una vaccinazione (conformemente all'art. 12 dell'O del 27 apr. 2005[83] sulla pandemia di influenza). Questa prestazione non è soggetta ad alcuna franchigia. Per la vaccinazione, compreso il vaccino, viene concordato un rimborso forfettario.

77 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 21 nov. 2007 (RU **2007** 6839). Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 10 giu. 2013, in vigore dal 1° lug. 2013 (RU **2013** 1925).
78 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 20 giu. 2016, in vigore dal 1° ago. 2016 (RU **2016** 2537).
79 Nuova espr. giusta il n. I dell'O del DFI del 7 giu. 2018, in vigore dal 1° lug. 2018 (RU **2018** 2361). Di detta mod. è tenuto conto in tutto il presente testo.
80 Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref
81 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 20 nov. 2014, in vigore dal 1° gen. 2015 (RU **2014** 4393).
82 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 20 nov. 2014, in vigore dal 1° gen. 2015 (RU **2014** 4393).
83 RS **818.101.23**

Misura		Condizione
d.[84]	Vaccinazione contro l'epatite B	1. Per i neonati di madri HbsAg-positive e le persone esposte a rischi di contagio. Se effettuato per motivi professionali, i costi non sono assunti dall'assicurazione. 2. Vaccinazione secondo le raccomandazioni stabilite nel 1997 dall'UFSP e dalla CFV (Allegato al Bollettino dell'UFSP 5/98[85] e Complemento del Bollettino 36/98[86]), secondo il Calendario vaccinale 2018.
e.	Vaccinazione passiva con Epatite B-Immunglobuline	Per i neonati di madri HBsAg-positive.
f.[87]	Vaccinazione contro i pneumococchi	1. Secondo il Calendario vaccinale 2018. 2. Per lattanti e bambini d'età compresa tra i 2 mesi e i 5 anni.
g.[88]	Vaccinazione contro i meningococchi	Secondo il Calendario vaccinale 2018. Sono assunti unicamente i costi della vaccinazione effettuata con vaccini omologati per il relativo gruppo d'età. Se effettuato per motivi professionali o di medicina di viaggio, i costi non sono assunti dall'assicurazione.
h.[89]	Vaccinazione contro la tubercolosi	Con il vaccino BCG secondo il Calendario vaccinale 2018.
i.	Vaccinazione contro l'encefalite da zecca (FSME)	Secondo il Calendario vaccinale 2018. Se effettuato per motivi professionali, i costi non sono assunti dall'assicurazione.
j.[90]	Vaccinazione contro la varicella	Secondo il Calendario vaccinale 2018.

84 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 16 mag. 2014, in vigore dal 1° lug. 2014 (RU **2014** 1251).
85 Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref
86 Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref
87 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 25 nov. 2016, in vigore dal 1° gen. 2017 (RU **2016** 4639).
88 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 16 mag. 2014, in vigore dal 1° lug. 2014 (RU **2014** 1251).
89 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 20 nov. 2014, in vigore dal 1° gen. 2015 (RU **2014** 4393).
90 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 16 mag. 2014, in vigore dal 1° lug. 2014 (RU **2014** 1251).

Misura	Condizione
k.[91] Vaccinazione contro i virus del papilloma umano (HPV)	1.[92] Secondo il Calendario vaccinale 2018: a. vaccinazione di base delle ragazze d'età compresa tra gli 11 e i 14 anni; b. vaccinazione delle ragazze e donne d'età compresa tra i 15 e i 26 anni. 2. Vaccinazione nel quadro di programmi cantonali di vaccinazione che devono soddisfare i seguenti requisiti minimi: a. l'informazione ai giovani appartenenti ai gruppi target e ai loro genitori (o rappresentanti legali) in merito alla disponibilità della vaccinazione e alle raccomandazioni dell'UFSP e della CFV è garantita; b. la completezza delle vaccinazioni è ricercata; c. le prestazioni e gli obblighi dei responsabili del programma, dei medici che effettuano le vaccinazioni e degli assicuratori-malattie sono definiti; d. il rilevamento di dati, il conteggio, i flussi delle informazioni e delle finanze sono disciplinati. 3. Questa prestazione non è soggetta ad alcuna franchigia. Per la vaccinazione, compreso il vaccino, viene concordato un rimborso forfettario.

91 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 27 nov. 2015, in vigore dal 1° gen. 2016 (RU **2015** 5125).
92 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 28 nov. 2017, in vigore dal 1° lug. 2018 (RU **2017** 7151).

Misura		Condizione
l.[93]	Vaccinazione contro l'epatite A	Secondo il Calendario vaccinale 2018. Per le seguenti persone: – per pazienti affetti da una malattia cronica del fegato – per bambini provenienti da Paesi con un'endemicità media o elevata che vivono in Svizzera e che ritornano al loro Paese d'origine per un soggiorno temporaneo – per persone che si iniettano droghe – per uomini che hanno contatti sessuali con altri uomini al di fuori di una relazione stabile. Vaccinazione post-esposizione entro sette giorni dall'esposizione. Se effettuato per motivi professionali o di medicina di viaggio, i costi non sono assunti dall'assicurazione.
m.	Vaccinazione contro la rabbia	Vaccinazione post-esposizione dopo il morso di un animale affetto, o sospettato di essere affetto, dalla rabbia. Se effettuato per motivi professionali, i costi non sono assunti dall'assicurazione.

Art. 12*b*[94] Misure di profilassi di malattie

L'assicurazione assume i costi delle seguenti misure di profilassi di malattie alle condizioni elencate:

Misura		Condizione
a.	Profilassi alla vitamina K	Per i neonati (3 dosi).
b.	Profilassi del rachitismo mediante vitamina D	Durante il primo anno.

93 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 16 mag. 2014, in vigore dal 1° lug. 2014 (RU **2014** 1251).
94 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 21 nov. 2007, in vigore dal 1° gen. 2008 (RU **2007** 6839).

Misura		Condizione
c.[95]	Profilassi post-esposizione ad HIV	Secondo le raccomandazioni dell'UFSP del 24 novembre 2014 (Bollettino dell'UFSP n. 48, 2014)[96]. Se effettuato per motivi professionali, i costi non sono assunti dall'assicurazione.
d[97]	Immunizzazione passiva post-esposizione	Secondo le raccomandazioni dell'UFSP e della CFV (direttive e raccomandazioni «immunizzazione passiva post-esposizione» dell'ottobre 2004)[98]. Se effettuato per motivi professionali, i costi non sono assunti dall'assicurazione.
e.[99]	Mastectomia e/o annessectomia profilattica	Per le portatrici di mutazioni o delezioni del gene BRCA1 o BRCA2.

Art. 12*c*[100] Esami sullo stato di salute generale

L'assicurazione assume i costi dei seguenti esami sullo stato di salute generale:

Misura		Condizione
a.[101]	Esame dello stato di salute e dello sviluppo del fanciullo in età prescolare	Secondo le liste di controllo «Esami preventivi» della Società svizzera di pediatria (4a edizione, Berna 2011[102]). L'assunzione dei costi è prevista per al massimo otto esami.

95 Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 5 giu. 2009 (RU **2009** 2821). Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 20 nov. 2014, in vigore dal 1° gen. 2015 (RU **2014** 4393).
96 Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref
97 Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 5 giu. 2009 (RU **2009** 2821). Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 31 mag. 2011, in vigore dal 1° lug. 2011 (RU **2011** 2669).
98 I documenti possono essere consultati all'indirizzo www.bag.admin.ch > Temi > Assicurazione malattie > Basi giuridiche e d'esecuzione> Diritto applicabile > Documenti di riferimento.
99 Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 5 dic. 2011 (RU **2011** 6487). Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 12 giu. 2012, in vigore dal 1° lug. 2012 (RU **2012** 3553).
100 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 21 nov. 2007, in vigore dal 1° gen. 2008 (RU **2007** 6839).
101 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 25 nov. 2016, in vigore dal 1° gen. 2017 (RU **2016** 4639).
102 Le liste possono essere consultate all'indirizzo: www.bag.admin.ch/ref (solo in versione tedesca o francese).

Art. 12*d*[103] Misure per l'individuazione precoce di malattie in determinati gruppi a rischio

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

Misura	Condizione
a.[104] Test HIV	Per i neonati di madri sieropositive. Per le altre persone, secondo la direttiva dell'UFSP del 18 novembre 2013[105] «Test dell'HIV e consulenza su iniziativa del medico» (non disponibile in italiano).
b. Colonoscopia	In caso di cancro del colon in famiglia (ne sono stati affetti almeno 3 parenti di primo grado o uno prima dell'età di 30 anni).
c. Esame della pelle	In caso di rischio accresciuto di melanoma in famiglia (melanoma riscontrato in un parente di primo grado).
d.[106] Mammografia digitale, RMN mammaria	1. Per le donne con un rischio familiare di cancro del seno medio o molto elevato o con rischio individuale comparabile. Classificazione del rischio secondo i documenti di riferimento dell'UFSP «Stima del rischio» (stato 02/2015)[107]. La condizione per la classificazione nella categoria «rischio molto elevato» è una consulenza genetica secondo la lettera f. Indicazione, frequenza e metodo d'indagine adeguato al rischio e all'età secondo il documento di riferimento dell'UFSP «Protocollo di monitoraggio» (stato al 02/2015)[108]. Il primo esame deve essere preceduto da un colloquio ap-

103 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 21 nov. 2007, in vigore dal 1° gen. 2008 (RU **2007** 6839).
104 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 17 giu. 2015, in vigore dal 15 lug. 2015 (RU **2015** 2197).
105 Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref
106 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 17 giu. 2015, in vigore dal 15 lug. 2015 (RU **2015** 2197).
107 Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref
108 Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref

Misura	Condizione
	profondito con spiegazioni e consulenza, che va documentato.
	2. Indicazione, colloquio con spiegazioni e consulenza nonché esecuzione della sorveglianza e ulteriori consulenza ed esame in caso di risultati anomali da parte di un centro di senologia certificato che soddisfi i requisiti secondo i «Criteri di qualità per la certificazione dei centri di senologia» della Lega svizzera contro il cancro e della Società svizzera di senologia, dell'ottobre 2014[109], secondo le raccomandazioni «The requirements of a specialist Breast Centre» della European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA), pubblicate il 19 agosto 2013[110], o secondo i criteri contenuti nell'«Erhebungsbogen Brustkrebszentren» della Deutsche Krebsgesellschaft e della Deutsche Gesellschaft für Senologie del 14 luglio 2016[111]. A titolo sussidiario gli esami mediante formazione d'immagini possono essere effettuati anche da fornitori di prestazioni che collaborano su base contrattuale con un centro di senologia certificato. Se l'esame deve essere eseguito in un altro centro, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.
e. Test di contrattura muscolare in vitro in esito alla diagnosi di una predisposizione all'ipertermia maligna	Per persone che, durante un'anestesia, hanno presentato un episodio sospetto d'ipertermia maligna e per i consanguinei di primo grado di persone per le quali un'ipertermia maligna sotto ane-

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

Misura		Condizione
		stesia è conosciuta ed è documentata una predisposizione all'ipertermia maligna. In un centro riconosciuto dall'European Malignant Hyperthermia Group.
f.[112]	Consulenza genetica, indicazione per le analisi genetiche e prescrizione delle relative analisi di laboratorio in conformità dell'elenco delle analisi (EA), in caso di sospetta predisposizione a una malattia cancerogena ereditaria	A pazienti e familiari di primo grado di pazienti affetti da: – una sindrome ereditaria di cancro al seno e dell'ovaia – poliposi del colon/forma attenuata di poliposi del colon – sindrome ereditaria del carcinoma non poliposo del colon (hereditary non polypotic colon cancer HNPCC) – retinoblastoma. Da parte di medici specializzati in medicina genetica o di membri del «Network for Cancer Predisposition Testing and Counseling» del Gruppo svizzero di ricerca clinica sul cancro (SAAK) in grado di dimostrare di aver svolto una collaborazione scientifica con un medico specializzato in medicina genetica.
g.[113]	Consulenza genetica, indicazione per le analisi genetiche e prescrizione delle relative analisi di laboratorio in conformità con l'elenco delle analisi (EA), in caso di sospetta predisposizione alla porfiria epatica acuta (porfiria intermittente acuta, porfiria variegata o coproporfiria ereditaria)	I familiari delle persone affette da una malattia sintomatica e comprovata che presentano un rischio quantomeno del 12,5 per cento di ereditare questa malattia genetica.

[2] Se per l'attribuzione a un gruppo a rischio è presupposto un determinato grado di parentela con una o più persone malate, questo grado di parentela deve essere accertato in base a dati anamnestici in senso medico-biologico.[114]

112 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 5 dic. 2011, in vigore dal 1° gen. 2012 (RU **2011** 6487).
113 Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 20 giu. 2016, in vigore dal 1° ago. 2016 (RU **2016** 2537).
114 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 17 giu. 2015, in vigore dal 15 lug. 2015 (RU **2015** 2197).

Art. 12*e*[115] Misure per l'individuazione precoce di malattie nella popolazione in generale

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

Misura	Condizione
a.[116] Screening di: fenilchetonuria, galattosemia, deficit in biotinidasi, sindrome adrenogenitale, ipotiroidismo congenito, carenza di acil-CoA deidrogenasi a catena media (MCAD), fibrosi cistica, aciduria glutarica di tipo 1, malattia delle urine a sciroppo d'acero	Per i neonati. Analisi di laboratorio secondo l'Elenco delle analisi (EL).
b.[117] Esame ginecologico preventivo, compreso lo striscio	I primi due esami, compreso lo striscio, con frequenza annuale, successivamente ogni tre anni; questa frequenza è valevole se i risultati sono normali, altrimenti frequenza degli esami secondo la valutazione clinica.
c.[118] Mammografia di diagnosi precoce	Dal compimento dei 50 anni, ogni due anni. Nell'ambito di un programma di diagnosi precoce del cancro del seno secondo l'ordinanza del 23 giugno 1999[119] sulla garanzia della qualità dei programmi di diagnosi precoce del cancro del seno mediante mammografia. Per questa prestazione non è riscossa nessuna franchigia.
d.[120] Individuazione precoce del carcinoma del colon	Persone di età compresa tra i 50 e i 69 anni Metodi d'esame: – identificazione del sangue occulto nelle feci, ogni due anni, analisi di laboratorio secondo l'elenco delle analisi (EA), colonoscopia in caso

115 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 21 nov. 2007, in vigore dal 1° gen. 2008 (RU **2007** 6839).
116 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 28 nov. 2017, in vigore dal 1° gen. 2018 (RU **2017** 7151).
117 Correzione del 19 giu. 2018 (RU **2018** 2419).
118 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 27 nov. 2015, in vigore dal 1° gen. 2016 (RU **2015** 5125).
119 RS **832.102.4**
120 Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 10 giu. 2013 (RU **2013** 1925). Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 28 nov. 2017, in vigore dal 1° gen. 2018 (RU **2017** 7151).

Misura	Condizione
	di esito positivo; oppure – colonoscopia, ogni dieci anni. Se l'esame si svolge nel quadro dei programmi nei Cantoni di Ginevra, Giura, Neuchâtel, Uri o Vaud o nella regione amministrativa del Giura bernese per la prestazione non è riscossa nessuna franchigia.

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 LAMal[121]):

Misura	Condizione
a. Controlli	
1.[122] Sette esami in caso di gravidanza normale	– *Prima consultazione:* anamnesi, esame clinico e vaginale, consigli, esame delle varici e degli edemi alle gambe. Prescrizione di analisi di laboratorio necessarie secondo l'elenco delle analisi (EA). – *Ulteriori consultazioni:* controllo dello stato di salute generale, in particolare del peso, della pressione sanguigna, dello stato del fondo, uroscopia e ascoltazione dei toni cardiaci fetali. Prescrizione di analisi di laboratorio necessarie secondo l'elenco delle analisi (EA). Consulenza approfondita sulla gravidanza, segnatamente se insorgono disturbi in relazione ad essa. – Se i controlli sono effettuati esclusivamente da medici, questi ultimi segnalano all'assicurata che un colloquio di consulenza con la levatrice secondo l'articolo 14 è opportuno nel

121 RS **832.10**
122 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 25 nov. 2016, in vigore dal 1° gen. 2017 (RU **2016** 4639).

Misura		Condizione
		secondo trimestre di gravidanza.
2.	In caso di gravidanza a rischio	Ripetizione di esami secondo la valutazione clinica
b.[123]	Controllo agli ultrasuoni	
1.[124]	In caso di gravidanza normale: un esame di routine tra la 12ª e la 14ª settimana di gravidanza; un esame di routine tra la 20ª e la 23ª settimana di gravidanza	Dopo approfondito colloquio, con spiegazioni e consulenza, che dev'essere documentato. Effettuazione, secondo le «Raccomandazioni relative agli esami con ultrasuoni durante la gravidanza» della Società Svizzera di Ultrasuoni in Medicina (SSUM), Sezione ginecologia e ostetricia, 3ª edizione (2011)[125]. Solo da parte di medici titolari di un attestato di capacità per gli esami ecografici in gravidanza.
2.	In caso di gravidanza a rischio	Ripetizione di esami secondo la valutazione clinica. Solo da parte di medici titolari di un attestato di capacità per gli ultrasuoni in gravidanza (SSUM)
b.[bis 126]	Test del primo trimestre	Esame prenatale volto a valutare il rischio di trisomie 21, 18 e 13: in base alla misurazione della translucenza nucale nell'ecografia (tra la 12esima e la 14esima settimana), alla determinazione della PAPP-A e della ß-hCG libera nel sangue della madre, nonché ad altri fattori materni e fetali. Previa informazione secondo l'articolo 16 e concessione del diritto di autodeterminazione secondo l'articolo 18 della legge federale dell'8 ottobre 2004[127] sugli esami genetici sull'essere umano (LEGU). Prescrizione solo da parte di medici

123 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 26 giu. 2008, in vigore dal 1° ago. 2008 (RU **2008** 3553).
124 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 27 nov. 2015, in vigore dal 1° gen. 2016 (RU **2015** 5125).
125 Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref
126 Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 17 giu. 2015 (RU **2015** 2197). Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 27 nov. 2015, in vigore dal 1° gen. 2016 (RU **2015** 5125).
127 RS **810.12**

Misura	Condizione
	titolari di un attestato di capacità per gli ultrasuoni in gravidanza della SSUM e di un'ulteriore certificazione per la misurazione della translucenza nucale.
	Misurazione della translucenza nucale solo da parte di medici titolari di un attestato di capacità per gli ultrasuoni in gravidanza della SSUM.
	Analisi di laboratorio secondo l'elenco delle analisi (EA).
b.ter [128] Test prenatale non invasivo (TPNI)	Per l'identificazione di una trisomia 21, 18 o 13.
	A partire dalla 12ª settimana di gravidanza.
	Per le donne incinte presso le quali sussiste un rischio pari o superiore a 1:1000 che il feto sia affetto da una trisomia 21, 18 o 13.
	Determinazione del rischio e indicazione in caso di malformazioni visibili con l'ecografia secondo la comunicazione degli esperti n. 52 del 1° gennaio 2018[129] della Società svizzera di ginecologia e ostetricia (SSGO), redatta dal Gruppo di lavoro dell'Accademia di medicina feto-materna e della Società svizzera di genetica medica.
	Dopo colloquio approfondito con spiegazioni e consulenza secondo gli articoli 14 e 15 LEGU, nonché previo consenso scritto della donna incinta e concessione del diritto di autodeterminazione secondo l'articolo 18 LEGU.
	Prescrizione solo da parte di medici specializzati in ginecologia e ostetricia con formazione approfondita in medicina feto-materna, medici specializzati in medicina genetica o medici titolari di un attestato di capacità per ultrasuoni in

128 Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 17 giu. 2015 (RU **2015** 2197). Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 28 nov. 2017, in vigore dal 1° gen. 2018 (RU **2017** 7151).

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

Misura		Condizione
		gravidanza della SSUM. Analisi di laboratorio secondo l'elenco delle analisi (EA). Se per motivi tecnici è stabilito il sesso del feto, questa informazione non può essere comunicata prima del termine di dodici settimane dall'inizio dell'ultima mestruazione.
c.[130]	Esami preparto mediante cardiotocografia	In caso di gravidanza a rischio
d.[131]	Amniocentesi, prelievo di villi coriali, cordocentesi	Dopo approfondito colloquio con spiegazioni e consulenza che dev'essere documentato nei casi seguenti: – per confermare un esito positivo nel caso di donne incinte presso le quali sussiste un sospetto di grado elevato, in base al test genetico prenatale non invasivo (NIPT), o un rischio pari o superiore a 1:380, in base al test del primo trimestre, che il feto sia affetto da una trisomia 21, 18 o 13;[132] – nelle donne incinte presso le quali, in base all'esito dell'ecografia o all'anamnesi familiare o per un altro motivo, sussiste un rischio pari o superiore a 1:380 che il feto sia affetto da una malattia di origine esclusivamente genetica; – se il feto è in pericolo a causa di una complicazione insorta nella gravidanza, di una malattia della madre o di una malattia di origine non genetica o di un disturbo dello sviluppo del feto.

130 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 26 giu. 2008, in vigore dal 1° ago. 2008 (RU **2008** 3553).
131 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 17 giu. 2015, in vigore dal 15 lug. 2015 (RU **2015** 2197).
132 La correzione del 15 set. 2015 concerne solo il testo francese (RU **2015** 3147).

Misura	Condizione
	Prescrizione di esami genetici solo da parte di medici specializzati in ginecologia e ostetricia con formazione approfondita in medicina feto-materna, medici specializzati in medicina genetica o medici titolari di un attestato di capacità per gli ultrasuoni in gravidanza della SSUM.
	Analisi di laboratorio secondo l'elenco delle analisi (EA).
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[133] Preparazione al parto

L'assicurazione assume un contributo di 150 franchi:

a per un corso di preparazione al parto, eseguito individualmente o in gruppo dalla levatrice o dall'organizzazione delle levatrici; o

b. per un colloquio di consulenza con la levatrice o con l'organizzazione delle levatrici in vista del parto, della pianificazione e dell'organizzazione del puerperio a domicilio e della preparazione all'allattamento.

Art. 15 Consulenza per l'allattamento

[1] La consulenza per l'allattamento (art. 29 cpv. 2 lett. c LAMal[134]) è assunta dall'assicurazione se dispensata da una levatrice, un'organizzazione delle levatrici o un infermiere con relativa formazione speciale.[135]

[2] La rimunerazione è limitata a tre sedute.

Art. 16[136] Prestazioni delle levatrici

[1] Le levatrici e le organizzazioni delle levatrici possono effettuare a carico dell'assicurazione le prestazioni seguenti:

a. le prestazioni di cui all'articolo 13 lettera a:

133 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 9 dic. 2016, in vigore dal 1° gen. 2017 (RU **2016** 4933).
134 RS **832.10**
135 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 9 dic. 2016, in vigore dal 1° gen. 2017 (RU **2016** 4933).
136 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 9 dic. 2016, in vigore dal 1° gen. 2017 (RU **2016** 4933).

1. in caso di gravidanza normale, la levatrice o l'organizzazione delle levatrici può effettuare sette esami di controllo; deve segnalare all'assicurata che una consultazione medica è indicata nel primo trimestre di gravidanza,
2. in caso di gravidanza a rischio, senza patologia manifesta, la levatrice o l'organizzazione delle levatrici collabora con il medico; in caso di gravidanza patologica, effettua le prestazioni previa prescrizione medica;

b. le prestazioni di cui all'articolo 13 lettere c ed e, come pure agli articoli 14 e 15;

c. l'assistenza durante il puerperio nel quadro di visite a domicilio per curare madre e bambino e sorvegliare il loro stato di salute, nonché per sostenere, guidare e consigliare la madre nelle cure e nell'alimentazione del bambino come segue:
   1. nei 56 giorni successivi al parto la levatrice o l'organizzazione delle levatrici può effettuare al massimo 16 visite a domicilio dopo un parto prematuro, un parto plurigemellare, alle primipare e dopo un taglio cesareo; in tutti gli altri casi la levatrice può effettuare al massimo dieci visite a domicilio,
   2. nei primi dieci giorni successivi al parto, oltre alle visite a domicilio menzionate nel numero 1, la levatrice o l'organizzazione delle levatrici può effettuare una seconda visita nello stesso giorno per un massimo di cinque volte,
   3. il limite massimo di visite a domicilio nei 56 giorni successivi al parto secondo i numeri 1 e 2 può essere superato e visite a domicilio dopo il 56° giorno successivo al parto sono consentite soltanto previa prescrizione medica.

2 Le levatrici o le organizzazioni delle levatrici possono prescrivere le necessarie analisi di laboratorio per le prestazioni di cui all'articolo 13 lettere a ed e secondo una designazione separata nell'elenco delle analisi.

3 Nell'ambito degli esami di controllo possono prescrivere controlli agli ultrasuoni secondo l'articolo 13 lettera b.

Capitolo 5: Cure dentarie

Art. 17 Malattie dell'apparato masticatorio

L'assicurazione assume i costi delle cure dentarie attinenti alle seguenti malattie gravi e non evitabili dell'apparato masticatorio (art. 31 cpv. 1 lett. a LAMal[137]). 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,

137 RS **832.10**

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 medicamenti;

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.

Art. 18 Malattie sistemiche[138]

[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 LAMal[139]):

a.[140] malattie del sistema sanguigno:
   1. neutropenia, agranulocitosi,
   2. anemia aplastica grave,
   3. leucemie,
   4. sindromi mielodisplastiche (SMD),
   5. diatesi emorragiche.
   6. sindrome pre-leucemica,

138 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 9 lug. 1998, in vigore dal 1° gen. 1999 (RU **1998** 2923).
139 RS **832.10**
140 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 9 lug. 1998, in vigore dal 1° gen. 1999 (RU **1998** 2923).

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 psoriatica 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.[141] …

2 L'assicurazione assume i costi di cui al capoverso 1 soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.[142]

Art. 19[143] Cure dentarie[144]

L'assicurazione assume i costi delle cure dentarie necessarie per conseguire le cure mediche (art. 31 cpv. 1 lett. c LAMal[145]) 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;

141 Abrogata dal n. I dell'O del DFI del 9 lug. 1998, con effetto dal 1° gen. 1999 (RU **1998** 2923).
142 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 2 lug. 2002 (RU **2002** 3013). Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 28 nov. 2017, in vigore dal 1° gen. 2018 (RU **2017** 7151).
143 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 9 lug. 1998, in vigore dal 1° gen. 1999 (RU **1998** 2923).
144 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 16 mag. 2014, in vigore dal 1° lug. 2014 (RU **2014** 1251).
145 RS **832.10**

e.[146] sindrome dell'apnea da sonno.

Art. 19*a*[147] Infermità congenite

[1] L'assicurazione assume i costi delle cure dentarie conseguenti ad infermità congenita di cui al capoverso 2, se:[148]

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 LAMal[149] 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;
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. [150] proboscide laterale;

146 Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 16 mag. 2014, in vigore dal 1° lug. 2014 (RU **2014** 1251).
147 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 13 dic. 1996, in vigore dal 1° gen. 1997 (RU **1997** 564).
148 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 4 lug. 1997, in vigore dal 1° gen. 1998 (RU **1997** 2697).
149 RS **832.10**
150 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 9 lug. 1998, in vigore retroattivamente dal 1° gen. 1998 (RU **1998** 2923).

17.[151] 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;

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;

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

28.[152] 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);

28*a*.[153] 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, megaloencefalia, porencefalia, diastematomielia);

35. affezioni eredodegenerative 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;

43. atresia congenita dell'orecchio, compresa l'anotia 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);

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

153 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).

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[154] Principio

L'assicurazione assume una determinata rimunerazione dei mezzi e degli apparecchi che servono alla cura o alla diagnosi per sorvegliare il trattamento e le conseguenze di una malattia, consegnati previa prescrizione medica dai centri di consegna secondo l'articolo 55 OAMal e utilizzati dalla persona assicurata da sola o con l'aiuto di una persona non professionista che collabora alla diagnosi e alla cura.

Art. 20*a*[155] Elenco dei mezzi e degli apparecchi

[1] I mezzi e gli apparecchi sono definiti per metodi e per gruppo nell'allegato 2.

[2] I mezzi e gli apparecchi che sono impiantati nel corpo o utilizzati da fornitori di prestazioni secondo l'articolo 35 capoverso 2 LAMal[156] nel quadro della loro attività a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie non figurano nell'elenco. La loro rimunerazione e quella della corrispettiva diagnosi o cura sono stabilite nelle convenzioni tariffali.

154 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 28 giu. 2007, in vigore dal 1° ago. 2008 (RU **2007** 3581).
155 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 28 giu. 2007, in vigore dal 1° ago. 2007 (RU **2007** 3581).
156 RS **832.10**

3 L'elenco dei mezzi e degli apparecchi non è pubblicato né nella Raccolta ufficiale delle leggi federali (RU) né nella Raccolta sistematica del diritto federale (RS). Le modifiche sono pubblicate nel sito Internet dell'UFSP[157]. L'elenco completo è pubblicato di regola una volta all'anno[158].[159]

Art. 21[160] Domanda

La domanda d'ammissione nell'elenco di nuovi mezzi e apparecchi e della corrispettiva rimunerazione va presentata all'UFSP. L'UFSP esamina la domanda e la sottopone alla Commissione federale delle analisi, dei mezzi e degli apparecchi.

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 rimunerati al massimo fino a un importo pari a quello indicato nell'elenco per la corrispettiva 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 rimunerazione 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 rimunerazione dei costi d'adeguamento e di manutenzione necessari. I costi d'adeguamento e di manutenzione sono compresi nel prezzo di noleggio.

157 www.bag.admin.ch > Temi > Assicurazioni > Assicurazione malattie > Prestazioni e tariffe > Elenco dei mezzi e degli apparecchi (EMAp)
158 L'elenco può essere ordinato presso l'UFCL, Vendita di pubblicazioni federali, 3003 Berna.
159 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 5 dic. 2011, in vigore dal 1° gen. 2012 (RU **2011** 6487).
160 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 28 giu. 2007, in vigore dal 1° gen. 2008 (RU **2007** 3581).

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 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 medicamenti

Sezione 1: Elenco delle analisi

Art. 28[161]

1 L'elenco previsto nell'articolo 52 capoverso 1 lettera a numero 1 LAMal[162] è parte integrante della presente ordinanza e ne costituisce l'allegato 3 sotto il titolo Elenco delle analisi (abbreviato «EA»).[163]

2 L'elenco delle analisi non è pubblicato né nella RU né nella RS. Le modifiche sono pubblicate nel sito Internet dell'UFSP[164]. L'elenco completo è pubblicato di regola una volta all'anno[165].[166]

161 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 3 lug. 1996, in vigore dal 1° ott. 1996 (RU **1996** 2430).
162 RS **832.10**
163 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 10 lug. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU **2000** 2546).
164 www.bag.admin.ch > Temi > Assicurazioni > Assicurazione malattie > Prestazioni e tariffe > Elenco dei mezzi e degli apparecchi (EMAp)
165 L'elenco può essere ordinato presso l'UFCL, Vendita di pubblicazioni federali, 3003 Berna.
166 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 5 dic. 2011, in vigore dal 1° gen. 2012 (RU **2011** 6487).

Sezione 2: Elenco dei medicamenti con tariffa

Art. 29[167]

1 L'elenco previsto nell'articolo 52 capoverso 1 lettera a numero 2 LAMal[168] è parte integrante della presente ordinanza e ne costituisce l'allegato 4 sotto il titolo di Elenco dei medicamenti con tariffa (abbreviato «EMT»).

2 L'elenco dei medicamenti 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.[169]

Sezione 3: Elenco delle specialità

Art. 30 Principio

1 Un medicamento è ammesso nell'elenco delle specialità se:[170]

a.[171] ne sono dimostrati l'efficacia, il valore terapeutico e l'economicità;

b.[172] è stato omologato dall'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici (Swissmedic).

2 …[173]

Art. 30*a*[174] Domanda di ammissione

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

a.[175] per le domande di cui all'articolo 31 capoverso 1 lettere a e c, il preavviso di Swissmedic in cui si comunicano la prevista omologazione e i dati concernenti le indicazioni e i dosaggi da omologare nonché, se già disponibili, anche la decisione di omologazione e il relativo attestato di Swissmedic nonché l'informazione specializzata definitiva;

167 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 26 feb. 1996, in vigore dal 1° giu. 1996 (RU **1996** 1232).
168 RS **832.10**
169 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 2 lug. 2002, in vigore dal 1° lug. 2002 (RU **2002** 3013).
170 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 27 nov. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU **2000** 3088).
171 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 27 nov. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU **2000** 3088).
172 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 2 lug. 2002, in vigore dal 1° lug. 2002 (RU **2002** 3013).
173 Abrogato dal n. II 2 dell'O del DFI del 26 ott. 2001, con effetto dal 1° gen. 2002 (RU **2001** 3397).
174 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 2 lug. 2002, in vigore dal 1° lug. 2002 (RU **2002** 3013).
175 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 1° feb. 2017, in vigore dal 1° mar. 2017 (RU **2017** 633).

abis.[176] per le domande di cui all'articolo 31 capoverso 2, la decisione di omologazione e il relativo attestato di Swissmedic nonché l'informazione specializzata definitiva;

b. l'informazione specializzata fornita a Swissmedic;

bbis.[177] in caso di preparati originali protetti da un brevetto: i numeri dei brevetti e i certificati protettivi complementari con la data di scadenza;

c.[178] se il medicamento è già omologato all'estero, le informazioni approvate all'estero;

d. il riassunto della documentazione clinica inoltrato a Swissmedic;

e. gli studi clinici più importanti;

f.[179] i prezzi di fabbrica per la consegna praticati in tutti gli Stati di riferimento secondo l'articolo 34*a*bis capoverso 1;

g.[180] …

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.

Art. 31[181] Procedura di ammissione

1 Previa consultazione della Commissione federale dei medicamenti (CFM), l'UFSP decide in merito alle:

a.[182] domande di ammissione di preparati originali nell'elenco delle specialità;

b. domande di aumento del prezzo secondo l'articolo 67 capoverso 2 OAMal;

c. domande e conseguenze delle comunicazioni secondo l'articolo 65*f* OAMal.

2 Senza consultare la CFM, l'UFSP decide in merito alle:

a.[183] domande di ammissione di nuove forme galeniche di medicamenti che figurano già nell'elenco delle specialità, all'interno delle indicazioni esistenti;

176 Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 1° feb. 2017, in vigore dal 1° mar. 2017 (RU **2017** 633).
177 Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 26 apr. 2006, in vigore dal 1° mag. 2006 (RU **2006** 1757).
178 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 1° feb. 2017, in vigore dal 1° mar. 2017 (RU **2017** 633).
179 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 1° feb. 2017, in vigore dal 1° mar. 2017 (RU **2017** 633).
180 Abrogata dal n. I dell'O del DFI dell'8 mag. 2013, con effetto dal 1° giu. 2013 (RU **2013** 1357).
181 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 29 apr. 2015, in vigore dal 1° giu. 2015 (RU **2015** 1359).
182 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 1° feb. 2017, in vigore dal 1° mar. 2017 (RU **2017** 633).
183 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 1° feb. 2017, in vigore dal 1° mar. 2017 (RU **2017** 633).

a^bis. domande di ammissione di nuove grandezze d'imballaggio o di nuovi dosaggi di medicamenti che figurano già nell'elenco delle specialità, all'interno delle indicazioni esistenti;

b. domande di ammissione dei medicamenti per cui è stata presentata una domanda presso Swissmedic secondo l'articolo 12 della legge del 15 dicembre 2000[185] sugli agenti terapeutici e il cui preparato originale figura già nell'elenco delle specialità;

c. domande di ammissione di medicamenti in co-marketing il cui preparato di base figura già nell'elenco delle specialità.

3 L'UFSP può sottoporre alla CFM per consultazione le domande di ammissione di cui al capoverso 2, qualora il parere della CFM sia di particolare interesse.

4 La CFM trasmette all'UFSP una raccomandazione in merito alle domande su cui viene consultata.

Art. 31*a*[186] Procedura di ammissione accelerata

1 Se Swissmedic ha approvato lo svolgimento di una procedura di omologazione accelerata secondo l'articolo 5 dell'ordinanza del 17 ottobre 2001[187] sui medicamenti, l'UFSP esegue una procedura di ammissione accelerata.

2 Nella procedura di ammissione accelerata il titolare dell'omologazione può presentare una domanda fino a 30 giorni prima della seduta della CFM durante la quale tale domanda sarà trattata.

Art. 31*b*[188] Durata della procedura di ammissione nell'elenco delle specialità

Se le condizioni per l'entrata nel merito della domanda secondo l'articolo 69 capoverso 4 OAMal sono soddisfatte prima dell'omologazione definitiva da parte di Swissmedic, l'UFSP decide sull'ammissione nell'elenco delle specialità di norma entro 60 giorni dall'omologazione definitiva.

Art. 32[189] Efficacia

Per la valutazione dell'efficacia, l'UFSP si avvale dei documenti su cui si è fondato Swissmedic per procedere all'omologazione. L'UFSP può esigere ulteriori documenti.

184 Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 1° feb. 2017, in vigore dal 1° mar. 2017 (RU **2017** 633).
185 RS **812.21**
186 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 2 lug. 2002 (RU **2002** 3013). Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 29 apr. 2015, in vigore dal 1° giu. 2015 (RU **2015** 1359).
187 RS **812.212.21**
188 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 29 apr. 2015, in vigore dal 1° giu. 2015 (RU **2015** 1359).
189 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 2 lug. 2002, in vigore dal 1° lug. 2002 (RU **2002** 3013).

Art. 33[190] 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'UFSP si avvale dei documenti su cui si è fondato Swissmedic per procedere all'omologazione. L'UFSP può esigere ulteriori documenti.[191]

Art. 34[192]

Art. 34*a*[193] Ammissione di nuove grandezze d'imballaggio o di nuovi dosaggi

Per una domanda secondo l'articolo 31 capoverso 2 lettera a^{bis} l'economicità è valutata esclusivamente in base a un confronto terapeutico trasversale con le grandezze d'imballaggio o i dosaggi del medicamento che già figurano nell'elenco delle specialità.

Art. 34*a*^{bis} [194] Confronto con i prezzi praticati all'estero: Stati di riferimento e oggetto del confronto

[1] L'economicità è valutata in base al confronto con i prezzi praticati in Germania, Danimarca, Gran Bretagna, Paesi Bassi, Francia, Austria, Belgio, Finlandia e Svezia. Il confronto può essere eseguito anche con altri Stati con strutture economiche paragonabili nel settore farmaceutico purché siano pubblicamente accessibili il prezzo di fabbrica per la consegna, il prezzo di costo per le farmacie o il prezzo all'ingrosso.

[2] È preso a paragone il medicamento identico negli Stati di riferimento, indipendentemente dalla denominazione del medicamento nello Stato di riferimento, dal titolare dell'omologazione nello Stato di riferimento, dal rimborso nello Stato di riferimento e dal fatto che il titolare svizzero dell'omologazione possa influenzare il prezzo di fabbrica per la consegna nello Stato di riferimento. Sono considerati medicamenti identici i preparati originali con la stessa sostanza attiva e la stessa forma galenica.

[3] Eventuali indicazioni differenti in Svizzera e negli Stati di riferimento non sono prese in considerazione.

190 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 27 nov. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU **2000** 3088).
191 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 29 apr. 2015, in vigore dal 1° giu. 2015 (RU **2015** 1359).
192 Abrogato dal n. I dell'O del DFI del 1° feb. 2017, con effetto dal 1° mar. 2017 (RU **2017** 633).
193 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 21 ott. 2015 (RU **2015** 4189). Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 1° feb. 2017, in vigore dal 1° mar. 2017 (RU **2017** 633).
194 Originario art. 34*a.* Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 29 apr. 2015, in vigore dal 1° giu. 2015 (RU **2015** 1359).

Art. 34*b*[195] Confronto con i prezzi praticati all'estero: margini dei grossisti e sconto dei fabbricanti

[1] Per il confronto con i prezzi praticati all'estero dal prezzo di costo per le farmacie o dal prezzo all'ingrosso sono dedotti i seguenti margini dei grossisti secondo l'articolo 65*b* capoverso 3 OAMal:

a. Danimarca: 6,5 per cento del prezzo di costo per le farmacie;

b. Gran Bretagna: 12,5 per cento del prezzo all'ingrosso;

c. Paesi Bassi: 6,5 per cento del prezzo di costo per le farmacie;

d. Finlandia: 3 per cento del prezzo di costo per le farmacie;

e. Svezia: 2,7 per cento del prezzo di costo per le farmacie.

[2] Per il confronto con i prezzi praticati all'estero, dal prezzo di fabbrica per la consegna praticato in Germania sono detratti i seguenti sconti dei fabbricanti secondo l'articolo 65*b* capoverso 4 OAMal:

a. sui preparati originali, il 7 per cento, dedotta l'imposta sulla cifra d'affari;

b. sui generici e sui preparati originali la cui protezione del brevetto è scaduta, il 16 per cento, dedotta l'imposta sulla cifra d'affari.[196]

[3] Se il titolare dell'omologazione è in grado di dimostrare che il margine effettivo dei grossisti diverge dal margine di cui al capoverso 1 o lo sconto effettivo dei fabbricanti diverge dallo sconto di cui al capoverso 2, si detrae il margine effettivo dei grossisti o lo sconto effettivo dei fabbricanti.

Art. 34*c*[197] Confronto con i prezzi praticati all'estero: calcolo e comunicazione dei prezzi di fabbrica per la consegna negli Stati di riferimento

[1] Il titolare dell'omologazione deve comunicare all'UFSP i prezzi di fabbrica per la consegna praticati negli Stati di riferimento. Allega una conferma del prezzo da parte del titolare dell'omologazione nello Stato di riferimento, da parte di un'autorità o di una federazione. L'UFSP definisce in istruzioni le fonti di informazione determinanti nel caso in cui il prezzo di fabbrica per la consegna, il prezzo di costo per le farmacie o il prezzo all'ingrosso non possano essere stabiliti inequivocabilmente oppure il titolare dell'omologazione si rifiuti di comunicare i prezzi all'UFSP.

[2] I prezzi di fabbrica per la consegna praticati negli Stati di riferimento sono convertiti in franchi svizzeri in base a un tasso di cambio medio calcolato dall'UFSP sull'arco di dodici mesi.

195 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 29 apr. 2015, in vigore dal 1° giu. 2015 (RU **2015** 1359).
196 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 1° feb. 2017, in vigore dal 1° mar. 2017 (RU **2017** 633).
197 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 29 apr. 2015, in vigore dal 1° giu. 2015 (RU **2015** 1359). Vedi anche le disp. trans. di detta mod. alla fine del presente testo.

Art. 34*d*[198] Riesame delle condizioni di ammissione ogni tre anni: suddivisione dei medicamenti[199]

[1] L'UFSP riesamina i prezzi di fabbrica per la consegna dei medicamenti di cui all'articolo 65*d* capoverso 1 OAMal una volta ogni anno civile. Riesamina contemporaneamente i medicamenti che figurano nello stesso gruppo terapeutico (gruppo IT) dell'elenco delle specialità.

[1bis] I gruppi IT sono suddivisi nelle seguenti unità conformemente all'articolo 65*d* capoverso 1 OAMal:

a. unità A:
   1. gastroenterologici (04),
   2. metabolismo (07),
   3. antidoti (15),
   4. scambiatori di cationi (16),
   5.[200] …
   6. gastroenterologici medicina complementare (54),
   7. metabolismo medicina complementare (57).

b. Unità B:
   1. sistema nervoso (01),
   2. reni e bilancio idrico (05),
   3. sangue (06),
   4. dermatologici (10),
   5. odontostomatologici (13),
   6. diagnostici (14),
   7. sistema nervoso medicina complementare (51),
   8. reni e metabolismo dell'acqua medicina complementare (55),
   9. sangue medicina complementare (56),
   10. dermatologici medicina complementare (60).

c. Unità C:
   1. sistema cardiovascolare (02),
   2. sistema respiratorio (03),
   3. malattie infettive (08),
   4. ginecologici (09),
   5. oftalmologici (11),
   6. otorinolaringologici (12),

198 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 29 apr. 2015, in vigore dal 1° giu. 2015 (RU **2015** 1359). Vedi anche le disp. trans. delle mod. del 29.04.2015 e del 21.10.2015 alla fine del presente testo.

199 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 1° feb. 2017, in vigore dal 1° mar. 2017 (RU **2017** 633).

200 Abrogata dal n. I dell'O del DFI del 1° feb. 2017, con effetto dal 1° mar. 2017 (RU **2017** 633).

7. sistema cardiovascolare medicina complementare (52),
8. sistema respiratorio medicina complementare (53),
9. malattie infettive medicina complementare (58),
10. ginecologici medicina complementare (59),
11. oftalmologici medicina complementare (61),
12. otorinolaringologici medicina complementare (62).[201]

2 Sono esclusi dal riesame secondo il capoverso 1 i preparati originali che:

a.[202] dall'ultimo riesame dell'economicità sono stati sottoposti a un riesame del prezzo in base a un'estensione dell'indicazione oppure a una modificazione o soppressione di una limitazione secondo l'articolo 65*f* capoverso 4 OAMal; l'UFSP procede al riesame di questi preparati originali al più presto nel secondo anno dopo l'ultimo riesame del prezzo;

b. il 1° gennaio dell'anno del riesame figurano nell'elenco delle specialità da meno di 13 mesi.

Art. 34*e*[203] Riesame delle condizioni di ammissione ogni tre anni: confronto con i prezzi praticati all'estero

1 Il titolare dell'omologazione deve comunicare all'UFSP, entro il 15 febbraio dell'anno del riesame, i prezzi di fabbrica per la consegna in vigore il 1° gennaio dell'anno del riesame in tutti gli Stati di riferimento nonché i dati aggiornati, con indicazione delle informazioni relative al medicamento modificate rispetto al precedente riesame.

2 Su richiesta dell'UFSP il titolare dell'omologazione deve presentare all'UFSP i seguenti documenti:

a. i prezzi di fabbrica per la consegna in vigore il 1° gennaio dell'anno del riesame in tutti gli Stati di riferimento, confermati da una persona con diritto di firma all'estero, da un'autorità o da una federazione;

b. al momento del primo riesame, il numero di confezioni del preparato originale venduti dopo l'ammissione nell'elenco delle specialità in Svizzera, indicato singolarmente per tutte le forme di commercio.

3 Per la determinazione dei prezzi secondo il capoverso 1, il titolare dell'omologazione responsabile della distribuzione del preparato originale deve comunicare all'UFSP, per tutte le forme di commercio della medesima sostanza attiva, la confezione che ha generato la maggiore cifra d'affari nel corso dei precedenti 12 mesi in Svizzera. L'UFSP può esigere le cifre in questione.

201 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 21 ott. 2015, in vigore dal 15 nov. 2015 (RU **2015** 4189).
202 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 1° feb. 2017, in vigore dal 1° mar. 2017 (RU **2017** 633).
203 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 29 apr. 2015, in vigore dal 1° giu. 2015 (RU **2015** 1359). Vedi anche le disp. trans. di detta mod. alla fine del presente testo.

4 ...[204]

Art. 34*f*[205] Riesame delle condizioni di ammissione ogni tre anni: confronto terapeutico trasversale

1 Nel confronto terapeutico trasversale secondo l'articolo 65*b* capoverso 2 lettera b OAMal si tiene conto dei preparati originali che al momento del riesame figurano nell'elenco delle specialità e che sono utilizzati per il trattamento della stessa malattia.

2 Il titolare dell'omologazione deve comunicare all'UFSP, entro il 15 febbraio dell'anno del riesame, il risultato del confronto terapeutico trasversale con i prezzi di fabbrica per la consegna in vigore il 1° gennaio dell'anno del riesame e tutti i dati utilizzati per questo confronto.

3 L'UFSP tiene in considerazione fino al 1° luglio dell'anno del riesame le modifiche dei dati necessari per il confronto terapeutico trasversale e dei prezzi di fabbrica per la consegna in vigore per i preparati confrontati.

Art. 34*g*[206] Riesame delle condizioni di ammissione ogni tre anni: riesame dell'economicità dei generici

Nel quadro del riesame secondo l'articolo 34*d* capoverso 1, un generico è considerato economico se il suo prezzo di fabbrica per la consegna è inferiore almeno dei seguenti tassi percentuali al prezzo di fabbrica per la consegna del corrispondente preparato originale praticato il 1° dicembre dell'anno del riesame:

a. 10 per cento, nella misura in cui nei tre anni precedenti l'anno del riesame il volume del mercato svizzero del preparato originale, del relativo medicamento in co-marketing e del generico per ogni forma di commercio non supera in media 4 milioni di franchi all'anno;

b. 15 per cento, nella misura in cui nei tre anni precedenti l'anno del riesame il volume del mercato svizzero del preparato originale, del relativo medicamento in co-marketing e del generico per ogni forma di commercio si situa in media tra 4 e 8 milioni di franchi all'anno;

c. 25 per cento, nella misura in cui nei tre anni precedenti l'anno del riesame il volume del mercato svizzero del preparato originale, del relativo medicamento in co-marketing e del generico per ogni forma commerciale si situa in media tra 8 e 16 milioni di franchi all'anno;

d. 30 per cento, nella misura in cui nei tre anni precedenti l'anno del riesame il volume del mercato svizzero del preparato originale, del relativo medica-

204 Abrogato dal n. I dell'O del DFI del 1° feb. 2017, con effetto dal 1° mar. 2017 (RU **2017** 633).

205 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 29 apr. 2015 (RU **2015** 1359). Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 1° feb. 2017, in vigore dal 1° mar. 2017 (RU **2017** 633).Vedi anche le disp. trans. di detta mod. alla fine del presente testo.

206 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 29 apr. 2015 (RU **2015** 1359). Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 1° feb. 2017, in vigore dal 1° mar. 2017 (RU **2017** 633). Vedi anche le disp. trans. di detta mod. alla fine del presente testo.

mento in co-marketing e del generico per ogni forma di commercio si situa in media tra 16 e 25 milioni di franchi all'anno;

e. 35 per cento, nella misura in cui nei tre anni precedenti l'anno del riesame il volume del mercato svizzero del preparato originale, del relativo medicamento in co-marketing e del generico con il medesimo principio attivo per ogni forma di commercio supera in media 25 milioni di franchi all'anno.

Art. 34*h*[207] Riesame delle condizioni di ammissione ogni tre anni: portata e momento della riduzione del prezzo di fabbrica per la consegna

1 Se dal riesame triennale delle condizioni di ammissione risulta una riduzione di prezzo, il tasso di riduzione calcolato è applicato ai prezzi di fabbrica per la consegna di tutte le forme di commercio della medesima sostanza attiva.

2 L'UFSP riduce il prezzo di fabbrica per la consegna dei medicamenti con effetto dal 1° dicembre dell'anno del riesame.[208]

Art. 35[209] Misura straordinaria per contenere l'aumento dei costi

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

Art. 35*a*[210]

Art. 35*b*[211]

Art. 35*c*[212]

207 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 29 apr. 2015, in vigore dal 1° giu. 2015 (RU **2015** 1359). Vedi anche le disp. trans. di detta mod. alla fine del presente testo.

208 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 1° feb. 2017, in vigore dal 1° mar. 2017 (RU **2017** 633).

209 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 28 nov. 2017, in vigore dal 1° gen. 2018 al 31° dic. 2018 (RU **2017** 7151).

210 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 27 nov. 2000 (RU **2000** 3088). Abrogato dal n. I dell'O del DFI del 29 apr. 2015, con effetto dal 1° giu. 2015 (RU **2015** 1359).

211 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 2 lug. 2002 (RU **2002** 3013). Abrogato dal n. I dell'O del DFI del 29 apr. 2015, con effetto dal 1° giu. 2015 (RU **2015** 1359). Vedi anche le disp. trans. della mod. del 30 giu. 2010 alla fine del presente testo.

212 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 30 giu. 2010 (RU **2010** 3249). Abrogato dal n. I dell'O del DFI del 29 apr. 2015, con effetto dal 1° giu. 2015 (RU **2015** 1359). Vedi anche le disp. trans. di detta mod. alla fine del presente testo.

Art. 36 Riesame dell'economicità durante i primi 15 anni[213]

[1] L'UFSP riesamina i medicamenti oggetto di una domanda di aumento di prezzo al fine di verificare se soddisfano ancora le condizioni di ammissione di cui all'articolo 67 capoverso 2 OAMal.[214]

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

[3] La CFM può proporre all'UFSP di sopprimere in tutto o in parte il premio all'innovazione se le condizioni che ne avevano determinato la concessione non sono più soddisfatte.[215]

Art. 37[216] Riesame delle condizioni di ammissione alla scadenza del brevetto

Per il riesame di un preparato originale secondo l'articolo 65*e* OAMal, il titolare dell'omologazione deve comunicare spontaneamente all'UFSP, al più tardi sei mesi prima della scadenza della protezione del brevetto, i prezzi praticati in tutti gli Stati di riferimento e la cifra d'affari realizzata nei tre anni precedenti la scadenza del brevetto secondo l'articolo 65*c* capoversi 2–4 OAMal.

Art. 37*a*[217] Estensione dell'indicazione e modificazione della limitazione: documenti da presentare

Se il titolare dell'omologazione richiede una modificazione della limitazione o comunica una modifica dell'indicazione di un preparato originale secondo l'articolo 65*f* OAMal, deve presentare all'UFSP per il riesame i documenti di cui all'articolo 30*a*.

Art. 37*b*[218] Limitazione dell'indicazione

[1] Per il riesame di un preparato originale a seguito di una limitazione dell'indicazione secondo l'articolo 65*g* OAMal, il titolare dell'omologazione deve presentare all'UFSP:

a. la decisione di omologazione;

b. l'attestato di omologazione;

c. l'informazione specializzata definitiva;

213 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 26 apr. 2006, in vigore dal 1° mag. 2006 (RU **2006** 1757).
214 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 1° feb. 2017, in vigore dal 1° mar. 2017 (RU **2017** 633).
215 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI dell'8 mag. 2013, in vigore dal 1° giu. 2013 (RU **2013** 1357).
216 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 29 apr. 2015, in vigore dal 1° giu. 2015 (RU **2015** 1359).
217 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 26 apr. 2006 (RU **2006** 1757). Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 1° feb. 2017, in vigore dal 1° mar. 2017 (RU **2017** 633).
218 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 26 apr. 2006 (RU **2006** 1757). Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 29 apr. 2015, in vigore dal 1° giu. 2015 (RU **2015** 1359).

d. i documenti contenenti informazioni e dati clinici in base ai quali Swissmedic ha deciso una modifica dell'omologazione.

2 L'UFSP può informare la CFM in merito alle limitazioni di un'indicazione ed esigere ulteriori documenti dal titolare dell'omologazione.[219]

Art. 37*c*[220]

Art. 37*d*[221] Portata e momento del riesame

1 I riesami giusta gli articoli 37–37*c* comprendono tutte le grandezze d'imballaggio, i dosaggi e le forme galeniche del preparato originale.

2 ...[222]

Art. 37*e*[223] Restituzione delle eccedenze

1 L'UFSP esamina se sono state conseguite eccedenze ai sensi dell'articolo 67*a* OAMal:

a. al momento del primo riesame delle condizioni di ammissione secondo gli articoli 34*d*–34*f* e 34*h*;

b. al termine di una procedura di ricorso;

c. due anni dopo un'estensione dell'indicazione o una modificazione della limitazione, a seguito della quale il prezzo di fabbrica per la consegna è stato ridotto conformemente all'articolo 65*f* capoverso 2 primo periodo OAMal.

2 Per la determinazione delle eccedenze sono considerate tutte le forme di commercio di un medicamento.

3 Per i riesami di cui al capoverso 1 lettere a e b, le eccedenze sono calcolate come segue:

a. dapprima è rilevata la differenza tra il prezzo di fabbrica per la consegna al momento dell'ammissione o durante la procedura di ricorso e quello dopo la riduzione;

b. in seguito, tale differenza è moltiplicata per il numero delle confezioni vendute nel periodo intercorso tra l'ammissione e la riduzione del prezzo oppure durante la procedura di ricorso.

4 Per il riesame di cui al capoverso 1 lettera c, le eccedenze sono calcolate in base al numero delle confezioni vendute del medicamento. Se il numero delle confezioni

219 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 1° feb. 2017, in vigore dal 1° mar. 2017 (RU **2017** 633).
220 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 26 apr. 2006 (RU **2006** 1757). Abrogato dal n. I dell'O del DFI del 24 set. 2007, con effetto dal 1° ott. 2007 (RU **2007** 4443 4633).
221 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 26 apr. 2006, in vigore dal 1° mag. 2006 (RU **2006** 1757).
222 Abrogato dal n. I dell'O del DFI del 29 apr. 2015, con effetto dal 1° giu. 2015 (RU **2015** 1359).
223 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 29 apr. 2015, in vigore dal 1° giu. 2015 (RU **2015** 1359).

vendute supera l'estensione della quantità prevista dal titolare dell'omologazione secondo l'articolo 65*f* capoverso 2 OAMal primo periodo, le eccedenze corrispondono al 35 per cento del risultato del seguente calcolo:

a. dapprima è rilevata, per ogni confezione, la differenza tra il numero effettivo di confezioni e quello stimato;

b. in seguito, per ogni confezione, tale differenza è moltiplicata per il prezzo di fabbrica per la consegna della confezione, praticato prima della riduzione del prezzo di cui all'articolo 65*f* capoverso 2 primo periodo OAMal;

c. infine, gli importi risultanti sono sommati.

5 Per il calcolo delle eccedenze nell'ambito del riesame di cui al capoverso 1 lettera a sono determinanti i tassi di cambio al momento dell'ammissione del preparato.

6 Se nutre sospetti fondati sulla correttezza delle indicazioni fornite dal titolare dell'omologazione, l'UFSP può richiedere che l'ufficio di revisione esterno del titolare dell'omologazione confermi tali indicazioni per il medicamento in questione.

7 Se riduce volontariamente il prezzo di fabbrica per la consegna del suo preparato originale prima del 1° dicembre dell'anno del riesame al prezzo di fabbrica per la consegna determinato secondo l'articolo 65*b* OAMal, il titolare dell'omologazione deve comunicare all'UFSP i prezzi di fabbrica per la consegna degli Stati di riferimento al momento in cui presenta la domanda di riduzione volontaria del prezzo. Se tale riduzione avviene entro i primi 18 mesi successivi all'ammissione del preparato originale nell'elenco delle specialità, il titolare dell'omologazione non è tenuto a restituire le eccedenze secondo l'articolo 67*a* capoverso 1 OAMal.[224]

8 L'UFSP stabilisce nella decisione di restituzione l'ammontare delle eccedenze e il termine entro cui queste vanno restituite all'istituzione comune.

Art. 38[225] Parte propria alla distribuzione

1 Il supplemento attinente al prezzo per medicamenti soggetti a prescrizione medica ammonta al:

a. 12 per cento, se il prezzo di fabbrica per la consegna non supera 879.99 franchi;

b. 7 per cento, se il prezzo di fabbrica per la consegna è compreso tra 880 franchi e 2569.99 franchi;

c. 0 per cento, se il prezzo di fabbrica per la consegna è superiore a 2570 franchi.

2 Il supplemento per imballaggio per medicamenti soggetti a prescrizione medica ammonta a:

a. 4 franchi, se il prezzo di fabbrica per la consegna non supera 4.99 franchi;

224 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 1° feb. 2017, in vigore dal 1° mar. 2017 (RU **2017** 633).

225 Originario art. 35*a*. Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 27 nov. 2000 (RU **2000** 3088). Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 1° lug. 2009, in vigore dal 1° ott. 2009 (RU **2009** 4251).

b. 8 franchi, se il prezzo di fabbrica per la consegna è compreso tra 5 franchi e 10.99 franchi;

c. 12 franchi, se il prezzo di fabbrica per la consegna è compreso tra 11 franchi e 14.99 franchi;

d. 16 franchi, se il prezzo di fabbrica per la consegna è compreso tra 15 franchi e 879.99 franchi;

e. 60 franchi, se il prezzo di fabbrica per la consegna è compreso tra 880 franchi e 2569.99 franchi;

f. 240 franchi, se il prezzo di fabbrica per la consegna è superiore a 2570 franchi.

3 Il supplemento attinente al prezzo per medicamenti non soggetti a prescrizione medica ammonta all'80 per cento del prezzo di fabbrica per la consegna.

4 La parte propria alla distribuzione è fissata in modo uniforme per tutti i fornitori. L'UFSP può tenere conto di condizioni di distribuzione particolari.

Sezione 4:[226] Aliquota percentuale dei medicamenti

Art. 38*a*[227]

1 Per i medicamenti il cui prezzo di fabbrica per la consegna supera almeno del 10 per cento la media dei prezzi di fabbrica per la consegna dei prodotti che rientrano nel terzo meno caro di tutti i medicamenti con il medesimo principio attivo figuranti nell'elenco delle specialità, l'aliquota percentuale ammonta al 20 per cento dei costi eccedenti la franchigia.

2 Per il calcolo della media del terzo meno caro è determinante il prezzo di fabbrica per la consegna della confezione che raggiunge la cifra d'affari più elevata per dosaggio di una forma commerciale di tutti i medicamenti con il medesimo principio attivo figuranti nell'elenco delle specialità. Non sono considerate le confezioni che non generano alcuna cifra d'affari per un periodo di tre mesi consecutivi prima della determinazione della media del terzo meno caro dei medicamenti con il medesimo principio attivo.

3 La media del terzo meno caro è determinata il 1° dicembre oppure dopo l'ammissione del primo generico nell'elenco delle specialità.

4 Se il titolare dell'omologazione di un medicamento riduce il prezzo di fabbrica per la consegna sotto la media dei prezzi di fabbrica per la consegna del terzo meno caro di tutti i medicamenti con il medesimo principio attivo tanto da rendere applicabile un'aliquota percentuale del 10 per cento, lo stesso tasso di riduzione deve essere applicato a tutte le confezioni per dosaggio di una forma commerciale.

226 Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 9 nov. 2005, in vigore dal 1° gen. 2006 (RU **2006** 23).
227 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 1° feb. 2017, in vigore dal 1° mar. 2017 (RU **2017** 633).

5 Se, una volta scaduto il brevetto, il titolare dell'omologazione per un preparato originale o per un medicamento in co-marketing riduce in un'unica volta il prezzo di fabbrica per la consegna di tutte le confezioni adeguandolo al livello di prezzo del generico secondo l'articolo 65*c* capoverso 2 OAMal, per tale medicamento si applica nei primi 24 mesi di questa riduzione di prezzo un'aliquota percentuale pari al 10 per cento dei costi eccedenti la franchigia.

6 Se, per motivi d'ordine medico, il medico o il chiropratico prescrive esplicitamente un preparato originale o il farmacista rifiuta una sostituzione, il capoverso 1 non è applicabile.

7 Il medico, il chiropratico o il farmacista informano il paziente dell'esistenza di almeno un generico figurante nell'elenco delle specialità, idoneo a sostituire il preparato originale.

Titolo 2: Condizioni per la fornitura di prestazioni

Capitolo 1: …

Art. 39[228]

Capitolo 2: Scuole di chiropratica

Art. 40

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

a. Canadian Memorial Chiropractic College
1900 Bayview Avenue, Toronto, Ontario, M4G 3E6, Canada;

b. Cleveland Chiropractic College
6401 Rockhill Road, Kansas City, Missouri 64131, USA;

c. Logan College of Chiropractic
1851 Schoettler Road, Box 100, Chesterfield, Missouri 63017, USA;

d. Los Angeles College of Chiropractic
16200 East Amber Valley Drive, P.O. Box 1166, Whittier, California 90609, USA;

e. National College of Chiropractic
200 East Roosevelt Road, Lombard, Illinois 60148, USA;

f. New York Chiropractic College
POB 167, Glen Head, New York 11545, USA;

228 Abrogato dal n. I dell'O del DFI del 2 lug. 2002, con effetto dal 1° lug. 2002 (RU **2002** 3013).

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;

j. Texas Chiropractic College
5912 Spencer Highway, Pasadena, Texas 77505, USA;

k. Western States Chiropractic College
2900 N.E. 132nd Avenue, Portland, Oregon 97230, USA.[229]

2 Oltre agli istituti menzionati al capoverso 1, in singoli casi i Cantoni possono riconoscere come equivalente un'altra scuola di chiropratica. I Cantoni esaminano la scuola e garantiscono l'equivalenza con gli istituti menzionati al capoverso 1.[230]

Capitolo 3: …

Art. 41[231]

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 di:

a. un diploma di «laboratorista medico con formazione professionale superiore», rilasciato da un'istituzione di formazione riconosciuta dalla Croce Rossa svizzera;

b. un diploma rilasciato da un'istituzione di formazione riconosciuta dalla Croce Rossa svizzera, recante il titolo «tecnico in analisi biomediche SSS con la formazione superiore»;

c. un certificato di equivalenza per capi laboratorio della Croce rossa svizzera;

229 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 9 nov. 2005, in vigore dal 1° gen. 2006 (RU **2006** 23).
230 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 9 nov. 2005, in vigore dal 1° gen. 2006 (RU **2006** 23).
231 Abrogato dal n. I dell'O del DFI del 9 giu. 1999, con effetto dal 1° gen. 2000 (RU **1999** 2517).

d. un diploma federale quale «esperto in analisi biomediche e gestione di laboratorio» o un diploma riconosciuto equipollente.[232]

3 È ritenuto titolo di perfezionamento ai sensi dell'articolo 54 capoverso 3 lettera b OAMal quello in medicina di laboratorio nei settori ematologia, chimica clinica, immunologia clinica e microbiologia medica.[233]

4 …[234]

Art. 43[235] Esigenze supplementari in materia di genetica medica

1 Le analisi del capitolo «Genetica» dell'elenco delle analisi possono essere eseguite solo nei laboratori:

a. il cui direttore attesta un titolo di perfezionamento in medicina di laboratorio in genetica medica (genetica umana specializzata sulla salute e le malattie) secondo l'articolo 54 capoverso 3 lettera b OAMal;

b. i quali, per tali analisi, hanno ottenuto un'autorizzazione secondo l'articolo 8 LEGU[236].

2 Singole analisi del capitolo «Genetica» dell'elenco delle analisi possono anche essere eseguite nei laboratori:

a. il cui direttore attesta un titolo di perfezionamento in medicina di laboratorio secondo l'articolo 54 capoverso 3 lettera b OAMal nei settori ematologia, chimica clinica o immunologia clinica;

b. i quali, per tali analisi, hanno ottenuto un'autorizzazione secondo l'articolo 8 LEGU.

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 1965[237] che stabilisce i contributi degli assicurati alle spese di diagnosi e di trattamento della tubercolosi;

232 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 16 mag. 2014, in vigore dal 1° lug. 2014 (RU **2014** 1251).
233 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 9 dic. 2016, in vigore dal 1° gen. 2017 (RU **2016** 4933).
234 Abrogato dal n. I dell'O del DFI del 4 apr. 2007, con effetto dal 1° apr. 2007 (RU **2007** 1367).
235 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 9 dic. 2016, in vigore dal 1° gen. 2017 (RU **2016** 4933).
236 RS **810.12**
237 [RU **1965** 131, **1970** 949, **1971** 1719, **1986** 1487 n. II]

b. l'ordinanza 3 del DFI sull'assicurazione contro le malattie del 5 maggio 1965[238] 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 1965[239] 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 1965[240] concernente gli istituti di chiropratica riconosciuti;

e. l'ordinanza 7 del DFI sull'assicurazione contro le malattie del 13 dicembre 1965[241] 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 1985[242] concernente i trattamenti psicoterapeutici a carico delle casse malati riconosciute;

g. l'ordinanza 9 del DFI sull'assicurazione contro le malattie del 18 dicembre 1990[243] concernente determinati provvedimenti diagnostici e terapeutici a carico delle casse malati riconosciute;

h. l'ordinanza 10 del DFI sull'assicurazione contro le malattie del 19 novembre 1968[244] concernente l'ammissione di medicamenti nell'elenco delle specialità;

i. l'ordinanza del DFI del 28 dicembre 1989[245] concernente i medicamenti obbligatoriamente a carico delle casse malati riconosciute;

k. l'ordinanza del DFI del 23 dicembre 1988[246] concernente le analisi obbligatoriamente a carico delle casse malati riconosciute.

Art. 45[247]

Art. 46 Entrata in vigore[248]

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

[2] …[249]

238 [RU **1965** 423, **1968** 968, **1974** 688, **1986** 891]
239 [RU **1965** 612, **1986** 1487 n. II]
240 [RU **1965** 1201, **1986** 1487 n. II, **1988** 973]
241 [RU **1965** 1202, **1968** 754, **1971** 1258, **1986** 1487 n. II, **1988** 2012, **1993** 349, **1995** 890]
242 [RU **1986** 87]
243 [RU **1991** 519, **1994** 743 1078, **1995** 891]
244 [RU **1968** 1463, **1986** 1487]
245 [RU **1990** 127, **1991** 959, **1994** 765]
246 [RU **1989** 374, **1995** 750 3688]
247 Abrogato dal n. I dell'O del DFI del 27 nov. 2000, con effetto dal 1° gen. 2001 (RU **2000** 3088).
248 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 26 feb. 1996, in vigore dal 1° giu. 1996 (RU **1996** 1232).
249 Abrogato dal n. I dell'O del DFI del 15 gen. 1996, con effetto dal 1° mag. 1996 (RU **1996** 909).

3 …[250]

Disposizione finale della modifica del 17 novembre 2003[251]

I laboratori il cui direttore attesta un perfezionamento riconosciuto dalla FAMH non comprendente la genetica medica e che, prima dell'entrata in vigore della presente modifica d'ordinanza, hanno già eseguito analisi ai sensi dell'articolo 43 capoverso 2 possono continuare ad eseguirle, a condizione che il direttore disponga di un attestato della FAMH che ne certifichi l'esperienza in genetica medica conformemente al punto 8.4 delle disposizioni transitorie del regolamento e del programma di perfezionamento per specialisti FAMH in analisi di laboratorio medico del 1° marzo 2001 (complemento «diagnostica DNA/RNA»)[252].

Disposizione finale della modifica del 12 dicembre 2005[253]

Gli assicuratori applicano il disciplinamento dell'aliquota percentuale previsto all'articolo 38*a* al più tardi entro il 1° aprile 2006.

Disposizioni finali della modifica del 3 luglio 2006[254]

1 Per il periodo compreso tra il 1° luglio e il 30 settembre 2006 l'assunzione dei costi per la tomografia ad emissione di positroni (PET) è effettuata secondo l'allegato 1 numero 9.2 della versione del 9 novembre 2005[255].[256]

2 …[257]

Disposizioni finali della modifica del 4 aprile 2007[258]

1 I direttori di laboratori che non soddisfano le esigenze di cui all'articolo 42 capoverso 3 e che secondo il diritto anteriore erano autorizzati ad eseguire determinate analisi speciali continuano ad esserlo anche dopo l'entrata in vigore della modifica del 4 aprile 2007.[259]

2 Per le domande pendenti al momento dell'entrata in vigore della modifica del 4 aprile 2007 si applica il diritto anteriore.

250 Abrogato dal n. I dell'O del DFI del 26 feb. 1996, con effetto dal 1° giu. 1996 (RU **1996** 1232).
251 RU **2003** 5283
252 Non pubblicato nella RU. Il regolamento può essere consultato presso l'Ufficio federale della sanità pubblica.
253 RU **2006** 21
254 RU **2006** 2957
255 RU **2006** 23
256 In vigore dal 1° lug. 2006.
257 Abrogato dal n. I dell'O del DFI del 5 dic. 2011, con effetto dal 1° gen. 2012 (RU **2011** 6487).
258 RU **2007** 1367
259 La mod. entra in vigore il 1° apr. 2007.

Disposizioni finali della modifica del 21 settembre 2007[260]

1 L'UFSP esamina i prezzi di fabbrica per la consegna dei preparati originali ammessi nell'elenco delle specialità tra il 1° gennaio 1993 e il 31 dicembre 2002 e i prezzi dei corrispettivi generici.

2 L'azienda responsabile della distribuzione di un preparato originale che deve essere riesaminato calcola, in base ai disciplinamenti rilasciati dalle relative autorità o associazioni, i prezzi di fabbrica per la consegna in Germania, Danimarca, Regno Unito e Paesi Bassi degli imballaggi maggiormente venduti in Svizzera. L'azienda provvede a far confermare tali prezzi da una persona con potere di firma rappresentante del fabbricante nel rispettivo Paese. L'azienda responsabile della distribuzione del corrispettivo generico non è tenuta a presentare all'UFSP alcun confronto di prezzi.

3 L'azienda responsabile della distribuzione di un preparato originale deve comunicare all'UFSP, entro il 30 novembre 2007, i prezzi medi di fabbrica per la consegna vigenti il 1° ottobre 2007. L'UFSP calcola il prezzo medio di fabbrica per la consegna in base ai prezzi vigenti in Germania, Danimarca, Regno Unito e Paesi Bassi e lo converte in franchi svizzeri in base al corso medio del cambio vigente tra i mesi di aprile e settembre 2007.

4 L'UFSP riduce il prezzo di fabbrica per la consegna dei preparati originali con effetto a partire dal 1° marzo 2008 fino al prezzo medio di fabbrica per la consegna calcolato secondo il capoverso 3, se:

a. il 1° ottobre 2007 il prezzo di fabbrica per la consegna del preparato originale (valore originario) è superiore di più dell'8 per cento al prezzo calcolato secondo il capoverso 3;

b. fino al 30 novembre 2007 l'azienda non ha presentato domanda di riduzione del prezzo di fabbrica per la consegna con effetto a partire dal 1° marzo 2008 fino a un importo che superi dell'8 per cento al massimo il prezzo di fabbrica per la consegna calcolato secondo il capoverso 3.

5 La riduzione di prezzo secondo il capoverso 4 può avvenire progressivamente. Se la riduzione di prezzo secondo il capoverso 4 è superiore al 30 per cento del valore originario, un primo adeguamento è effettuato il 1° marzo 2008 con una riduzione di prezzo al 70 per cento del valore originario, e il 1° gennaio 2009, con una riduzione fino al prezzo medio di fabbrica per la consegna calcolato secondo il capoverso 3. Se la riduzione di prezzo su domanda calcolata secondo il capoverso 4 lettera b è superiore al 20 per cento del valore originario, l'azienda può chiedere per il 1° marzo 2008 una riduzione di prezzo all'80 per cento del valore originario e per il 1° gennaio 2009 una riduzione fino al livello di prezzo medio necessario secondo il capoverso 4 lettera b.

6 Se in base all'esame determina un nuovo prezzo per un preparato originale, l'UFSP adegua pure i prezzi dei corrispettivi generici secondo le disposizioni vigenti.

260 RU **2007** 4443

Disposizioni transitorie della modifica del 30 giugno 2010[261]

1 Il primo riesame secondo la frequenza stabilita all'articolo 35*b* capoverso 1 è effettuato nel 2012.

2 Per verificare il rispetto delle condizioni di ammissione, l'UFSP riesamina nel 2010 i prezzi di fabbrica per la consegna dei preparati originali ammessi nell'elenco delle specialità nel 2007, e nel 2011 quelli dei preparati originali ammessi nel 2008. L'azienda responsabile della distribuzione del preparato originale deve comunicare all'UFSP, entro il 31 agosto, i prezzi di fabbrica per la consegna in vigore il 1° luglio nei sei Stati di riferimento di cui all'articolo 35 capoverso 2. Un'eventuale riduzione del prezzo entra in vigore rispettivamente il 1° novembre 2010 e il 1° novembre 2011. Per il resto è determinante l'articolo 35*b*.

3 Nell'ambito del riesame dei preparati originali ammessi nell'elenco delle specialità negli anni 2007 e 2008, l'articolo 35*c* capoverso 6 non è applicabile per il rimborso delle eccedenze.

Disposizioni transitorie della modifica del 2 febbraio 2011[262]

1 In deroga all'articolo 38*a* capoverso 3, la media del terzo meno caro è determinata nel 2011 solo il 1° luglio e nel 2012 il 1° gennaio e il 1° novembre.

2 Per tutti i preparati originali e i medicamenti in co-marketing il cui prezzo di fabbrica per la consegna è stato ridotto prima del 1° luglio 2009 in un'unica volta al livello di prezzo del generico in vigore allo scadere del brevetto, l'aliquota percentuale secondo l'articolo 38*a* capoverso 1 è determinata il 1° luglio 2011.

Disposizioni transitorie della modifica del 21 marzo 2012[263]

Disposizioni transitorie della modifica del 29 aprile 2015[264]

1 Nel 2016 non si svolge alcun riesame delle condizioni di ammissione secondo gli articoli 34*d*–34*h*.[265]

2 Le disposizioni della modifica del 29 aprile 2015 si applicano anche alle domande che al momento dell'entrata in vigore di tale modifica sono pendenti presso l'UFSP.

3 La restituzione delle eccedenze per i medicamenti che sono stati ammessi nell'elenco delle specialità prima dell'entrata in vigore della modifica del 29 aprile 2015 e che fino ad allora non sono stati ancora riesaminati conformemente all'articolo 65*d* è valutata in occasione del successivo riesame triennale delle condizioni di ammissione conformemente all'articolo 35*c* OPre nel suo tenore previgente.

261 RU **2010** 3249
262 RU **2011** 657
263 Applicabili dal 1° mag. 2012 al 31 dic. 2014 (RU **2012** 1769 n. III cpv. 2).
264 RU **2015** 1359
265 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 21 mar. 2016, in vigore dal 1° mag. 2016 (RU **2016** 1177).

Disposizioni transitorie della modifica del 21 ottobre 2015[266]

1 ...[267]

2 Per la restituzione delle eccedenze riguardanti i medicamenti che sono stati ammessi nell'elenco delle specialità anteriormente al 1° giugno 2015, si applica il capoverso 3 delle disposizioni transitorie della modifica del 29 aprile 2015[268].

Disposizioni transitorie della modifica del 1° febbraio 2017[269]

1 Le disposizioni della modifica del 1° febbraio 2017 si applicano anche alle domande che al momento dell'entrata in vigore della presente modifica sono pendenti presso l'UFSP.

2 Il primo riesame delle condizioni di ammissione ogni tre anni secondo l'articolo 34*d* è effettuato nel 2017 per l'unità A, nel 2018 per l'unità B e nel 2019 per l'unità C.

3 Nel 2017 il titolare dell'omologazione deve comunicare all'UFSP i risultati del confronto con i prezzi praticati all'estero secondo l'articolo 34*e* capoverso 1 e del confronto terapeutico trasversale secondo l'articolo 34*f* capoverso 2, nonché tutti i dati utilizzati per questi confronti, entro il 31 marzo 2017.

4 Nel 2017 sono esclusi aumenti del prezzo secondo l'articolo 67 capoverso 2 OAMal. In via eccezionale l'UFSP può autorizzare aumenti del prezzo se deve essere garantito il fabbisogno della popolazione svizzera e non esistono alternative terapeutiche.

266 RU **2015** 4189
267 Abrogato dal n. I dell'O del DFI del 21 mar. 2016, con effetto dal 1° mag. 2016 (RU **2016** 1177).
268 RU **2015** 1359
269 RU **2017** 633

Allegato 1[270]
(art. 1)

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

Premessa

Il presente allegato si basa sull'articolo 1 dell'ordinanza sulle prestazioni. Non contiene quindi un'enumerazione esaustiva delle prestazioni mediche a carico o no dell'assicurazione. Nello stesso sono registrate:

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

270 Nuovo testo giusta il n. II cpv. 1 dell'O del DFI del 9 nov. 2005 (RU **2006** 23). Aggiornato dai n. II delle O del DFI del 3 lug. 2006 (RU **2006** 2957), del 20 dic. 2006 (RU **2006** 5769), del 28 giu. 2007 (RU **2007** 3581), del 21 nov. 2007 (RU **2007** 6839), del 26 giu. 2008 (RU **2008** 3553), del 10 dic. 2008 (RU **2008** 6493), del 5 giu. 2009 (RU **2009** 2821), del 27 ott. 2009 (RU **2009** 6083), del 14 giu. 2010 (RU **2010** 2755), del 16 ago. 2010 (RU **2010** 3559), dai n. II delle O del DFI del 2 dic. 2010 (RU **2010** 5837), del 31 mag. 2011 (RU **2011** 2669), del 5 dic. 2011 (RU **2011** 6487), del 12 giu. 2012 (RU **2012** 3553), del 15 nov. 2012 (RU **2012** 6587), del 10 giu. 2013 (RU **2013** 1925), del 6 dic. 2013 (RU **2013** 5329), del 16 mag. 2014 (RU **2014** 1251), del 20 nov. 2014 (RU **2014** 4393), del 17 giu. 2015 (RU **2015** 2197), del 27 nov. 2015 (RU **2015** 5125), del 20 giu. 2016 (RU **2016** 2537), del 25 nov. 2016 (RU **2016** 4639), dalla correzione del 10 gen. 2017 (RU **2017** 71), dal n. II cpv. 1 dell'O del DFI del 2 giu. 2017 (RU **2017** 3487), dal n. II dell'O del DFI del 16 giu. 2017 (RU **2017** 3689), dalla correzione del 3 ago. 2017 (RU **2017** 3881), dal n. II cpv. 1 dell'O del DFI del 28 nov. 2017 (RU **2017** 7151) e dal n. III cpv. 1 dell'O del DFI del 7 giu. 2018, in vigore dal 1° lug. 2018 (RU **2018** 2361).

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 e l'anestesia
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 intervenzionale e radioterapia
10 Medicina complementare
11 Riabilitazione

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
1 Chirurgia			
1.1 In generale			
Autotrasfusione	Sì		1.1.1991
Provvedimenti in caso d'operazione al cuore	Sì	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	Sì	Tutti i pazienti previsti per un'operazione di bypass. Particolari vantaggi possono essere ottenuti nei casi seguenti: – aorta gravemente calcificata; – insufficienza renale; – sindrome respiratorie ostruttive croniche; – età avanzata (oltre i 70–75 anni). Controindicazioni: – vasi sanguigni profondi intramiocardici e vasi gravemente calcificati o molto sottili e diffusi (> 1,5 mm); – instabilità emodinamica peroperatoria a causa di manipolazioni del cuore o a causa di ischemia	1.1.2002
Ricostruzione mammaria operatoria	Sì	Per ristabilire l'integrità fisica e psichica della paziente dopo un'amputazione o una mastectomia parziale indicata dal profilo medico.	23.8.1984/ 1.3.1995/ 1.1.2015
Riduzione operatoria della mammella sana in caso di amputazione o mastectomia parziale della mammella malata	Sì	Per eliminare un'asimmetria delle mammelle e ristabilire l'integrità fisica e psichica della paziente	1.1.2015/ 1.1.2018
Terapia chirurgica dell'obesità	Sì	Il paziente ha un indice di massa corporea (IMC) superiore a 35. Un'adeguata terapia per ridurre il peso della durata di due anni non ha avuto successo. Indicazione, esecuzione, garanzia della qualità e controlli successivi secondo le direttive mediche sulla terapia chirurgica dell'obesità (Richtlinien zur operativen Behandlung von Übergewicht, solo in tedesco) del 31 ottobre 2017[271] della «Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and	1.1.2000/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2007/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2014/ 1.1.2018

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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		Metabolic Disorders» (SMOB). Esecuzione in centri che, sulla base della loro organizzazione e del personale, sono in grado di osservare le direttive della SMOB del 31 ottobre 2017 per la terapia chirurgica dell'obesità. Si suppone che i centri riconosciuti dalla SMOB in base alle direttive della SMOB del 31 ottobre 2017 soddisfino tale condizione. Se l'intervento deve essere eseguito in un centro non riconosciuto dalla SMOB, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	
Termoablazione endovenosa delle safene in caso di varici		Con radiofrequenza o laser Solo da parte di medici titolari di un attestato di capacità per la termoablazione endovenosa delle safene in caso di varici	1.7.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2016
Sì			
Terapia di ablazione meccano-chimica endovenosa delle varici secondo il metodo Clarivein®	No		1.7.2013
1.2 Chirurgia di trapianto			
Allotrapianto isolato delle Isole di Langerhans	Sì	Nei centri seguenti: Universitätsspital di Zurigo, Hôpitaux Universitaires di Ginevra, a condizione che il centro partecipi al registro di SwissTransplant.	1.7.2002/ 1.7.2010
Trapianto renale isolato	Sì	Sono incluse le spese d'operazione sul donatore, compreso il trattamento per eventuali complicazioni, nonché le prestazioni secondo l'articolo 14 capoversi 1 e 2 della legge federale dell'8 ottobre 2004[272] sul trapianto di organi, tessuti e cellule (legge sui trapianti) e secondo l'articolo 12 dell'ordinanza del 16 marzo 2007[273] concernente il trapianto di organi, tessuti e cellule umani (ordinanza sui trapianti). È invece esclusa la responsabilità dell'assicuratore del ricevente in caso di morte del donatore.	25.3.1971/ 23.3.1972/ 1.8.2008
Trapianto cardiaco isolato	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	Sì	Stadio terminale di una malattia polmonare cronica.	1.1.2003

[272] RS **810.21**
[273] RS **810.211**

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
da donatore deceduto)		Nei centri seguenti: Universitätsspital di Zurigo, Hôpital cantonal universitaire di Ginevra in collaborazione con il Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, a condizione che il centro partecipi al registro di SwissTransplant.	
Trapianto cuore-polmone	No		31.8.1989/ 1.4.1994
Trapianto isolato del fegato	Sì	Esecuzione in un centro che disponga dell'infrastruttura e dell'esperienza necessarie (mediamente 10 trapianti di fegato all'anno).	31.8.1989/ 1.3.1995
Trapianto del fegato da donatore vivo	Sì	Nei centri seguenti: Universitätsspital di Zurigo, Hôpital Cantonal Universitaire di Ginevra, a condizione che il centro partecipi al registro di SwissTransplant. Sono incluse le spese d'operazione sul donatore, compreso il trattamento di eventuali complicazioni, nonché le prestazioni secondo l'articolo 14 capoversi 1 e 2 della legge sui trapianti e secondo l'articolo 12 dell'ordinanza sui trapianti. È invece esclusa la responsabilità dell'assicuratore del ricevente in caso di morte del donatore.	1.7.2002/ 1.1.2003/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.7.2008/ 1.1.2012
Trapianto simultaneo del pancreas e del rene	Sì	Nei centri seguenti: Universitätsspital di Zurigo, Hôpital Cantonal Universitaire di Ginevra, a condizione che il centro partecipi al registro di SwissTransplant.	1.1.2003
Trapianto del pancreas dopo un trapianto del rene	Sì	Nei centri seguenti: Universitätsspital di Zurigo, Hôpitaux Universitaires di Ginevra, a condizione che il centro partecipi al registro di SwissTransplant.	1.7.2010
Trapianto isolato del pancreas	Sì	Nei centri seguenti: Universitätsspital di Zurigo, Hôpitaux Universitaires di Ginevra, a condizione che il centro partecipi al registro di SwissTransplant.	31.8.1989/ 1.4.1994/ 1.7.2002/ 1.7.2010
Trapianto simultaneo delle Isole di Langerhas e del rene	Sì	Nei centri seguenti: Universitätsspital di Zurigo, Hôpitaux Universitaires di Ginevra, a condizione che il centro partecipi al registro di SwissTransplant.	1.7.2010
Trapianto delle Isole di Langerhans dopo un trapianto del rene	Sì	Nei centri seguenti: Universitätsspital di Zurigo, Hôpitaux Universitaires di Ginevra, a condizione che il centro partecipi al registro di SwissTransplant.	1.7.2010
Trapianto isolato dell'intestino tenue	Sì	Nei centri seguenti: Universitätsspital di Zurigo, Hôpitaux Universitaires di Ginevra, a condizione che il centro partecipi al registro di SwissTransplant.	1.7.2002/ 1.7.2010

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Trapianto con epidermide autologa di coltura (cheratinociti)	Sì	Adulti: – bruciature del 70 % o più della superficie totale del corpo; – bruciature profonde del 50 % o più della superficie totale del corpo. Bambini: – bruciature del 50 % o più della superficie totale del corpo; – bruciature del 40 % o più della superficie totale del corpo.	1.1.1997/ 31.12.2001
Trattamento di ferite di difficile guarigione con espianti di pelle coltivata	Sì	Con equivalenti di pelle autologa o allogenica ammessi secondo le corrispondenti prescrizioni di legge. Dopo una terapia conservativa eseguita a regola d'arte che non ha avuto successo. Indicazione per la scelta del metodo o del prodotto secondo le «Direttive per l'impiego di cute equivalente in caso di ferite di difficile guarigione» del 1° aprile 2011[274] della Società svizzera di dermatologia e venereologia e della Schweizerische Gesellschaft für Wundbehandlung. Esecuzione in centri riconosciuti dalla Società svizzera di dermatologia e venereologia e dalla Schweizerische Gesellschaft für Wundbehandlung. Se il trattamento deve essere eseguito in un centro non riconosciuto dalla Società svizzera di dermatologia e venereologia e dalla Schweizerische Gesellschaft für Wundbehandlung, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	1.1.2001/ 1.7.2002/ 1.1.2003/ 1.4.2003/ 1.1.2004/ 1.1.2008/ 1.8.2008/ 1.1.2012
Trapianto autologo di grasso per correggere difetti congeniti, dovuti a malattia e di tipo postraumatico	Sì	Effettuato da medici specialisti in chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica. I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	1.8.2016/ 1.7.2018
Trapianto autologo di grasso per la ricostruzione mammaria postoperatoria	Sì	In valutazione: Come misura complementare alla misura «Ricostruzione mammaria operatoria» secondo il numero 1.1. Effettuato da medici specialisti in chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica. Al massimo tre sedute e nessun trattamento successivo con trapianto autologo di grasso.	1.7.2018 fino al 30.06.2023

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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
1.3 Ortopedia, Traumatologia			
Terapia di difetti di portamento	Sì	Prestazione obbligatoria per provvedimenti unicamente terapeutici, ossia solo se risultano radiologicamente manifeste modifiche di struttura o malformazioni della colonna vertebrale. I provvedimenti profilattici aventi lo scopo d'impedire modifiche imminenti dello scheletro, segnatamente la ginnastica speciale per rafforzare una schiena debole, non sono a carico dell'assicurazione.	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 locomore	No		1.1.1997
Terapia ad onde d'urto radiali	No		1.1.2004
Protezione delle anche per prevenire le fratture del collo del femore	No		1.1.1999/ 1.1.2000
Osteochondrale Mosaicplasty per coprire lesioni del tessuto osseo e cartilagineo	Sì	Per il trattamento di lesioni del tessuto osseo e cartilagineo post-traumatiche dell'articolazione del ginocchio, di un'estensione massima di 2 cm^2. I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	1.1.2002/ 1.1.2017
Trapianto autologo di chondrociti	Sì	In valutazione Per il trattamento di lesioni del tessuto cartilagineo post-traumatiche dell'articolazione del ginocchio. Sono determinanti le indicazioni e controindicazioni della CTM del 26 ottobre 2011 secondo la scheda informativa 2016.131.725.01-1. I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto	1.1.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2017 fino al 31.12.2019

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		della raccomandazione del medico di fiducia.	
Viscosupplemento per il trattamento della gonartrosi	No		1.7.2002/ 1.1.2003/ 1.1.2004/ 1.1.2007
Chifoplastica a palloncino per il trattamento di fratture vertebrali	Sì	Fratture recenti e dolorose del corpo vertebrale che non rispondono al trattamento analgesico e che evidenziano deformità tali da richiedere una correzione. Indicazioni secondo le linee guida della Società svizzera di chirurgia spinale del 23 settembre 2004[275]. Esecuzione dell'intervento solo da parte di un chirurgo qualificato. Si suppone che i chirurghi riconosciuti dalla Società svizzera di chirurgia spinale, dalla Società svizzera d'ortopedia e dalla Società svizzera di neurochirurgia siano conformemente qualificati. Se l'intervento deve essere eseguito da un chirurgo non riconosciuto dalla Società svizzera di chirurgia spinale, dalla Società svizzera d'ortopedia e dalla Società svizzera di neurochirurgia, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2011/ 1.1.2013
Gel di piastrine per protesi totale del ginocchio	No		1.1.2006
Impianto meniscale di collagene	No		1.8.2008
Meniscotomia al laser	No		1.1.2006
1.4 Urologia e Proctologia			
Uroflowmetria (misurazione del flusso urinario mediante la registrazione di curve)	Sì		3.12.1981/ 1.1.2012
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 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	22.8.1985/ 1.8.2006

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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		posizione del paziente durante la narcosi esigono una vigilanza anestesiologica appropriata (formazione speciale dei medici e paramedici, nonché adeguati apparecchi di controllo).	
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
Terapia transuretrale a microonde ad alta energia (TTM-AE)	No		1.1.2004
Elettroneuromodulazione dei nervi spinali sacrali mediante apparecchio impiantato per la terapia dell'incontinenza urinaria e delle turbe dello svuotamento della vescica	Sì	I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto raccomandazione del medico di fiducia. In un'istituzione riconosciuta che disponga di un'unità d'urodinamica atta a realizzare una valutazione urodinamica completa, come pure di un'unità di neuromodulazione per la valutazione della funzione dei nervi periferici (test PNE). Dopo insuccesso di trattamenti conservatori (compresa la riabilitazione). Dopo un test di stimolazione (PNE) positivo.	1.7.2000/ 1.7.2002/ 1.1.2005/ 1.1.2008
Elettroneuromodulazione dei nervi spinali sacrali mediante apparecchio impiantato per la	Sì	I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. In un'istituzione riconosciuta, che disponga di una unità di manometria anorettale in	1.1.2003/ 1.1.2008

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
terapia dell'incontinenza fecale		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.	
Stimolazione magnetica periferica ripetitiva (rPMS, magnetic innervation therapy) del pavimento pelvico in caso di incontinenza urinaria	No		1.7.2017
Trattamento delle turbe della ritenzione della vescica mediante iniezione cistoscopica di tossina botulinica di tipo A nella parete vescicale	Sì	Dopo l'esaurimento delle opzioni di trattamento conservative Per le indicazioni seguenti: – incontinenza urinaria dovuta all'iperattività detrusoriale neurogena associata a un'affezione neurologica nell'adulto se il trattamento è effettuato da medici specialisti in urologia. – Iperattività vescicale idiopatica nell'adulto se il trattamento è effettuato da medici specialisti in urologia o in ginecologia e ostetricia con formazione approfondita in uroginecologia.	1.1.2007/ 1.8.2008/ 1.7.2013/ 1.1.2014/ 1.1.2015/ 15.7.2015/ 1.8.2016
Stent urologici	Sì	Se un intervento chirurgico è controindicato per comorbidità, per gravi limitazioni fisiche o per motivi tecnici.	1.8.2007
Ultrasuoni concentrati ad alta intensità (HIFU) per il trattameno del carcinoma della prostata	No	…	1.7.2009
Vaporizzazione transuretrale e fotoselettiva della prostata con il laser (PVP)	Sì	In caso di sindrome sintomatica di ostruzione della prostata.	1.7.2011
2 Medicina interna			
2.1 In generale			
Terapia con iniezione di ozono	No		13.5.1976
Terapia con ossigeno iperbarico	Sì	In casi di: – lesioni attiniche croniche o tardive; – osteomielite acuta della mascella; – osteomielite cronica; – sindrome diabetica del piede stadio ≥2B secondo la classificazione di Wagner-Armstrong;	1.4.1994 1.9.1988 1.7.2011

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		– malattia da decompressione, nella misura in cui non è soddisfatta la definizione di infortunio. All'estero se il trasporto alla più vicina camera iperbarica in Svizzera non può essere eseguita in modo sufficientemente rapido o con la debita prudenza. Nei centri che soddisfano le «Informazioni per i servizi d'emergenza» del Divers Alert Network (DAN) e della REGA[276].	1.1.2006/ 1.7.2011
	No	– sordità neurosensoriale improvvisa idiopatica;	1.1.2016
Celluloterapia a base di cellule fresche	No		1.1.1976
Sierocitoterapia	No		3.12.1981
Terapia dell'obesità	Sì	– Eccedenza rispetto al peso ideale del 20 per cento o più. – Malattia concomitante che può essere proficuamente influenzata da una riduzione di peso.	7.3.1974
– con anfetamine e loro derivati	No		1.1.1993
– con ormoni tiroidei	No		7.3.1974
– con diuretici	No		7.3.1974
– con iniezioni di coriogonadotropina	No		7.3.1974
Emodialisi («Rene artificiale»)	Sì		1.9.1967
Emodialisi a domicilio	Sì		27.11.1975
Dialisi peritoneale	Sì		1.9.1967
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	Sì	Se l'indicazione è posta conformemente alle «Direttive della Società svizzera della nutrizione clinica (SSNC) relative a Home Care, alimentazione artificiale a domicilio»[277] del gennaio 2013 (disponibile solo in tedesco e francese).	1.7.2002/ 1.7.2012/ 1.7.2013
Nutrizione parenterale a domicilio	Sì		1.3.1995
Perfusione parenterale di antibiotici con pompa (ambulatoriamente)	Sì		1.1.1997
Plasmaferesi	Sì	Indicazioni: – Sindrome d'iperviscosità. – Malattie del sistema immunitario, se la	25.8.1988

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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		plasmaferesi si è rivelata efficace, in particolare in caso di: – miastenia grave – porpora trombotica trombocitopenica – anemia emolitica immune – leucemia – sindrome di Goodpasture – sindrome di Guillain-Barré – avvelenamenti acuti	
		– ipercolesterolemia familiare omozigota.	
LDL-Aferesi	Sì	In caso di ipercolesterolemia familiare omozigota.	25.8.1988/ 1.1.2005
		Realizzato in un centro che ha l'infrastruttura e l'esperienza richieste.	
	No	In caso di ipercolesterolemia familiare eterozigota.	1.1.1993/ 1.3.1995 1.1.2005
	No	In caso di ipercolesterolemia refrattaria alla terapia.	1.1.2007
Trapianto di protogenociti ematopoietici		In centri qualificati secondo l'organo di certificazione «Swiss Blood Stem Cell Transplantation» (SBST).	1.8.2008/ 1.1.2011/ 1.7.2013
		Esecuzione secondo le normative pubblicate da «The Joint Accreditation Committee-ISCT & EBMT (JACIE)» e dalla «Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy (Fact)»: «FACT-JACIE International Standards For Cellular Therapy Product Collection, Processing and Administration», 5ª edizione marzo 2012[278].	
		Sono incluse le spese d'operazione sul donatore, compreso il trattamento di eventuali complicazioni, nonché le prestazioni secondo l'articolo 14 capoversi 1 e 2 della legge dell'8 ottobre 2004[279] sui trapianti e secondo l'articolo 12 dell'ordinanza del 16 marzo 2007[280] sui trapianti.	
		È invece esclusa la responsabilità dell'assicuratore del ricevente in caso di morte del donatore.	
– autologo	Sì	– linfomi – leucemia linfatica acuta – leucemia mieloide acuta – mieloma multiplo – neuroblastoma – medulloblastoma – carcinoma germinale – sclerosi sistemica.	1.1.1997/ 1.1.2013/ 1.1.2018

278 Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref
279 RS **810.21**
280 RS **810.211**

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
	Sì	Nel quadro di studi clinici: – sarcoma di Ewing – sarcoma dei tessuti molli – tumore di Wilms.	1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013/ 1.1.2018 fino al 31.12.2022
	Sì	In studi clinici prospettici multicentrici controllati: – malattie auto-immuni a eccezione di sclerosi sistemica, sclerosi multipla, morbo di Crohn e diabete mellito. I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. Dopo una terapia convenzionale fallita o in caso di una progressione della malattia.	1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013/ 1.1.2018 fino al 31.12.2022
	Sì	In valutazione – in caso di sclerosi multipla Presso l'Ospedale universitario di Zurigo nel quadro di uno studio di registro. Indicazione da parte del comitato interdisciplinare «MS-Stammzell-Transplantationsboard» dell'Ospedale universitario di Zurigo.	1.7.2018 fino al 30.6.2024
	No	– recidiva di leucemia mieloide acuta – recidiva di leucemia linfatica acuta – carcinoma del seno – carcinoma bronchiale a piccole cellule – malattie congenite – carcinoma ovarico – tumore solido raro del bambino – sindrome mielodisplastica – leucemia mieloide cronica – morbo di Crohn – diabete mellito	1.1.1997/ 1.1.2008/ 1.1.2013/ 1.1.2018

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Litotripsia dei calcoli biliari	Sì	Calcoli biliari intraepatici; calcoli biliari extraepatici nella regione del pancreas e del coledoco.	1.4.1994
		Litotripsia dei calcoli della cistifellea, se il paziente non è operabile (esclusa anche la colecistectomia laparoscopica).	
Polisonnografia Poligrafia	Sì	In caso di forte sospetto di: – 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.	1.3.1995/ 1.1.1997/ 1.1.2002/ 1.7.2017
		Indicazione ed esecuzione in centri che soddisfano i requisiti delle «Richtlinien zur Zertifizierung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikats zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» del 2 novembre 2016[281] della «Swiss Society for Sleep Research, Sleep Medicine and Chronobiology» (SSSSC).	
		Si suppone che i centri riconosciuti dalla SSSSC soddisfino questi requisiti.	
		Se l'esame deve essere eseguito in un centro non riconosciuto dalla SSSSC, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	
	No	Esame di routine dell'insonnia passeggera e cronica, della fibrositis e Chronic Fatigue Syndrome.	1.1.1997
	No	In caso di forte sospetto di: – turbe nell'addormentarsi e del sonno, se la diagnosi iniziale è incerta e se la terapia del comportamento o medicamentosa è senza successo – turbe persistenti del ritmo circadiano, quando la diagnosi clinica è incerta.	1.1.1997/ 1.1.2002/ 1.4.2003
	No	Fratelli e sorelle di lattanti morti di Sudden Infant Syndrome (SIDS).	1.7.2011
Poligrafia	Sì	In caso di forte sospetto di apnea del sonno.	1.7.2002/ 1.1.2006/ 1.1.2012/ 15.7.2015/ 1.7.2017
		Esecuzione solo da parte di medici specializzati in pneumologia od otorinolaringologia la cui formazione ed esperienza pratica in poligrafia respiratoria soddisfano i requisiti delle «Richtlinien zur Zertifizierung von	

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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikats zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» del 2 novembre 2016[282] della «Swiss Society for Sleep Research, Sleep Medicine and Chronobiology» (SSSSC) o le «Richtlinien für die Erteilung eines Zertifikats für die Durchführung von respiratorischen Polygraphien durch ORL-Ärzte» del 26 marzo 2015[283] della Società svizzera di otorinolaringologia e di chirurgia cervico-facciale (SSORL). Si suppone che i medici specializzati (pneumologia od ORL), riconosciuti dalla Società svizzera di pneumologia (SSP) o dalla SSORL soddisfino questi requisiti. Se l'esame deve essere eseguito da un medico specialista che non è riconosciuto né dalla SSP né dalla SSORL, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccommandazione del medico di fiducia.	
Misura della melatonina nel siero	No		1.1.1997
Multiple Sleep Latency Test	Sì	Indicazione ed esecuzione in centri che soddisfano i requisiti delle «Richtlinien zur Zertifizierung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikats zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» del 2 novembre 2016[284] della SSSSC. Si suppone che i centri riconosciuti dalla SSSSC soddisfino questi requisiti. Se l'esame deve essere eseguito in un centro non riconosciuto dalla SSSSC, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccommandazione del medico di fiducia.	1.1.2000/ 1.7.2017
Maintenance of Wakefullness Test	Sì	Indicazione ed esecuzione in centri che soddisfano i requisiti delle «Richtlinien zur Zertifizierung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikats zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» del 2 novembre 2016[285] della SSSSC. Si suppone che i centri riconosciuti dalla SSSSC soddisfino questi requisiti. Se l'esame deve essere eseguito in un centro non riconosciuto dalla SSSSC, va preceden-	1.1.2000/ 1.7.2017

282 Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref
283 Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref
284 Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref
285 Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		temente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccommandazione del medico di fiducia.	
Actigrafia	Sì	Indicazione ed esecuzione in centri che soddisfano i requisiti delle «Richtlinien zur Zertifizierung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikats zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» del 2 novembre 2016[286] della SSSSC. Si suppone che i centri riconosciuti dalla SSSSC soddisfino questi requisiti. Se l'esame deve essere eseguito in un centro non riconosciuto dalla SSSSC, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccommandazione del medico di fiducia.	1.1.2000/ 1.7.2017
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		1.7.2002
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
Trattamento fotodinamico con acido 5-aminolevulinico	Sì	Pazienti con cheratosi attinica secondo le limitazioni dell'elenco delle specialità	1.1.2014/ 1.1.2018
Calorimetria e/o misura della densità corporea nella terapia dell'obesità	No		1.1.2004

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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Endoscopia con capsula	Sì	Per esame dell'intestino tenue nel tratto che va dal legamento del Treitz fino alla valvola ileocecale in caso di: – emorragie di causa ignota; – malattie infiammatorie croniche dell'intestino tenue. In seguito a gastroscopia e colono-scopia con esito negativo. I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	1.1.2004/ 1.1.2006
Fotoforesi extracorporea	Sì	In caso di linfoma T-Zell cutaneo (Sindrome di Sézary).	1.1.1997
	Sì	In caso di Graft-Versus-Host-Disease se la terapia convenzionale (p.es. corticosteroidi) non ha avuto successo.	1.1.2009/ 1.1.2012
	Sì	In valutazione In caso di sindrome da bronchite obliterante in seguito a trapianto di polmoni, se l'incremento dell'immunosoppressione come anche un tentativo di trattamento con i macrolidi non hanno avuto successo.	1.1.2009/ 1.8.2016 fino al 31.12.2019
2.2 Malattie cardiovascolari, medicina intensiva			
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		1.1.2001/ 1.1.2018
Sorveglianza telefonica dei pazienti con stimolatore cardiaco (Pace-maker)	No		12.5.1977
Sorveglianza a distanza di dispositivi impiantabili per il controllo del ritmo cardiaco	Sì		1.7.2010 1.7.2012/ 1.1.2015
Applicazione di un defibrillatore	Sì		31.8.1989

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
PTCA mediante pompa-pallone intraaortale	Sì		1.1.1997
Rivascolarizzazione transmiocardica per laser	No		1.1.2000
Terapia di risincronizzazione cardiaca sulla base di uno stimolatore cardiaco tricamerale, impianto e sostituzione del aggregato	Sì	In caso di insufficienza cardiaca cronica severa refrattaria al trattamento farmacologico e con desincronizzazione cardiaca. Alle condizioni seguenti: – Insufficienza cronica severa (NYHA III o IV) con frazione d'eiezione ventricolare sinistra ≤ 35 % malgrado trattamento medico adeguato – Blocco di branca sinistro con QRS largo ≥ 130 millisecondi Le analisi e l'impianto potranno essere eseguiti esclusivamente in un centro cardiologico qualificato dotato di un gruppo interdisciplinare con le competenze richieste in elettrofisiologia cardiaca e dell'infrastruttura necessaria (ecocardiografia, programmatore esterno, laboratorio di cateterismo cardiaco).	1.1.2003/ 1.1.2004
Brachiterapia intracoronarica	No		1.1.2003
Impianto di stent coronarici rivestiti	Sì		1.1.2005
Angioplastica coronarica con catetere a palloncino a rilascio di Paclitaxel	Si	Indicazioni: – restenosi in-stent – stenosi di piccole arterie coronariche	1.7.2012
Terapia interventistica percutanea di una insufficienza grave della valvola mitrale	Si	In caso di pazienti non operabili con insufficienza grave della valvola mitrale (mortalità prevedibile del 10 %–15 % entro un anno) e morfologia delle valvole cardiache più idonea. Partecipazione a «Swiss Mitra Registry».	1.1.2013

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Impianto transcatetere di valvola aortica (TAVI)	Sì	In valutazione In caso di stenosi aortica grave nei pazienti inoperabili e ad alto rischio operatorio, alle condizioni seguenti (cumulative): 1. La procedura TAVI dev'essere eseguita secondo le direttive europee «Guidelines on the management of valvular heart disease (version 2012)»[287]. 2. La procedura TAVI può essere praticata soltanto nelle istituzioni che praticano la cardiochirurgia in sede. 3. La decisione sull'ammissibilità dei pazienti alla procedura TAVI deve essere presa in seno all'équipe Heart Team, comprendente almeno un cardiologo interventista formato per interventi TAVI, un cardiologo non interventista, un cardiochirurgo e un anestesista. 4. Tutti i centri che praticano la procedura TAVI devono comunicare i propri dati al SWISS TAVI Registry.	1.7.2013 fino al 31.12.2018
2.3 Neurologia, inclusa la terapia del dolore e l'anestesia			
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
Elettrostimolazione del midollo spinale mediante applicazionedi un sistema di neurostimolazione	Sì	Terapia di dolori gravi specialmente di tipo di deafferentazione (algoallucinosi), status dopo ernia del disco con aderenze delle radici e corrispondente perdita di sensibilità nei dermatomi, causalgie e in particolare dolori provocati da fibrosi del plesso dopo irradiazione (carcinoma del seno), se esiste una precisa indicazione e se è stato effettuato un test mediante elettrodo percutaneo. Il cambiamento del generatore d'impulsi è compreso nella prestazione obbligatoria.	21.4.1983/ 1.3.1995

287 I documenti possono essere consultati al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Elettrostimolazione delle strutture cerebrali profonde mediante applicazione di un sistema di neurostimolazione	Sì	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. Terapie di distonie gravi con insufficiente controllo dei sintomi mediante la terapia medicamentosa. Accertamenti ed esecuzione in centri specializzati che dispongono delle necessarie infrastrutture (neurochirurgia stereotassica, neurologia specializzata in disturbi locomotori, neuroradiologia).	1.3.1995/ 1.7.2011
Elettroneuromodulazione dei nervi pelvici mediante sistema impiantato per laparoscopia (procedura LION: Laparoscopic Implantation of Neuroprothesis)	No		1.7.2013/ 1.7.2014
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)	Sì	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 per radiofrequenza e stimolazione cronica del talamo) per il trattamento del tremore cronico non causato dal morbo di Parkinson e refrattario alle terapie	Sì	Diagnosi stabilita di un tremore cronico non causato dal morbo di Parkinson, progressione dei sintomi su un minimo di due anni; controllo insufficiente dei sintomi mediante terapia medicamentosa. Accertamenti ed esecuzione in centri specializzati, che dispongono della necessaria infrastruttura (neurochirurgia funzionale, neurologia, elettrofisiologia neurologica, neuroradiologica).	1.7.2002

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Terapia con ultrasuoni focalizzati nel pallidum, talamo e subtalamo	Sì	In valutazione Per il trattamento di: – tremore, in caso di 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). – Diagnosi stabilita di un tremore non causato dal morbo di Parkinson, progressione dei sintomi su un minimo di due anni, controllo insufficiente dei sintomi mediante terapia medicamentosa. – Trattamento di dolori cronici gravi neuropatici refrattari alla terapia. Tenuta di un registro di valutazione.	dal 15.7.2015 al 30.6.2020
Elettroneurostimolazione transcutanea (abbreviazione in tedesco: TENS)	Sì	Se il paziente utilizza personalmente lo stimolatore TENS, l'assicuratore gli rimborsa le spese di noleggio dell'apparecchio alle condizioni seguenti: – 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: – 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
Stimolazione nervosa periferica dei nervi occipitali	Sì	In caso di emicranie croniche refrattarie alla terapia, secondo i criteri diagnostici della International Headache Society (International classification of headache disorders, 2nd edition, Cephalalgia 2004 (suppl 1) IHS ICHD-II code 1.5.1[288]).	1.7.2014

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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Terapia con con applicazione di un dosatore di medicamenti	Sì	In caso di spasticità resistente alla terapia	1.1.1996
Terapia intratecale di dolori cronici somatici con applicazione di un dosatore di medicamenti	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
Resezione curativa di focolai epilettogeni	Sì	Indicazioni: – 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, in neuropsicologia, di esperienza chirurgoterapeutica e di possibilità di adeguati trattamenti postoperatori.	1.1.1996/ 1.8.2006
Chirurgia palliativa dell'epilessia mediante: – commisurotomia – operazione subappiale multipla secondo Morell-Whisler – stimolazione del nervo vago	Sì	I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. Se le investigazioni dimostrano che la chirurgia curativa dell'epilessia focale non è indicata e che un metodo palliativo permette un miglior controllo delle crisi e un miglioramento della qualità della vita. Accertamenti in un centro per epilettici che dispone della necessaria infrastruttura diagnostica segnatamente in elettrofisiologia, MRI, in neuropsicologia, di esperienza chirurgoterapeutica e di possibilità di adeguati trattamenti postoperatori.	1.1.1996/ 1.7.2002/ 1.1.2005/ 1.8.2006/ 1.1.2009
Operazione risp. decompressione al laser dell'ernia discale	No		1.1.1997
Terapia elettrotermica intradiscale	No		1.1.2004
Crineurolisi	No	Cura dei dolori delle articolazioni intervertebrali lombari.	1.1.1997

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Denervazione delle faccette mediante radiofrequenza	No		1.1.2004/ 1.1.2005
Spondilodesi con gabbie intersomatiche o trapianto osseo	Sì	I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. – Instabilità della colonna vertebrale con ernia discale, recidiva di ernia discale o stensi per pazienti con sindrome vertebrale o radicolare invalidante, resistente al trattamento conservativo, causata da patologie degenerative e instabilità della colonna vertebrale verificate clinicamente e radiologicamente. – Dopo insuccesso di una spondilodesi posteriore con il sistema di viti pedicolari.	1.1.1999/ 1.1.2002/ 1.7.2002/ 1.1.2004
Protesi del disco intervertebrale cervicale	Sì	Indicazione: Malattia sintomatica degenerativa del disco intervertebrale della colonna vertebrale a livello cervicale. Mancato successo di una terapia conservativa della durata di tre mesi. Ad eccezione di pazienti che presentano malattie degenerative della colonna vertebrale a livello cervicale e che soffrono di dolori incontrollabili nonostante siano sottoposti a terapie ospedaliere o che presentano disfunzioni neurologiche progressive nonostante venga applicata una terapia conservativa. – Degenerazione di due segmenti al massimo – Nessuna cifosi primaria segmentale – Osservanza delle controindicazioni generali. Esecuzione dell'intervento solo da parte di un chirurgo qualificato. Si suppone che i chirurghi riconosciuti dalla Società svizzera di chirurgia spinale, dalla Società svizzera d'ortopedia o dalla Società svizzera di neurochirurgia siano conformemente qualificati. Se l'intervento deve essere eseguito da un chirurgo non riconosciuto dalla Società svizzera di chirurgia spinale, dalla Società svizzera d'ortopedia o dalla Società svizzera di neurochirurgia, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.1.2012/ 1.7.2017

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Protesi del disco intervertebrale lombare	Sì	Indicazione: Malattia sintomatica degenerativa del disco intervertebrale della colonna vertebrale a livello lombare. Mancato successo di una terapia conservativa della durata di sei mesi. Ad eccezione di pazienti che presentano malattie degenerative della colonna vertebrale a livello lombare e che soffrono di dolori incontrollabili nono-stante siano sottoposti a terapie ospedaliere o che presentano disfunzioni neurologiche progressive nonostante venga applicata una terapia conservativa. – Degenerazione di due segmenti al massimo – Nessuna artrosi primaria delle faccette articolari – Osservanza delle controindicazioni generali. Esecuzione dell'intervento solo da parte di un chirurgo qualificato. Si suppone che i chirurghi riconosciuti dalla Società svizzera di chirurgia spinale, dalla Società svizzera d'ortopedia o dalla Società svizzera di neurochirurgia siano conformemente qualificati. Se l'intervento deve essere eseguito da un chirurgo non riconosciuto dalla Società svizzera di chirurgia spinale, dalla Società svizzera d'ortopedia o dalla Società svizzera di neurochirurgia va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.7.2017
Stabilizzazione intraspinale e dinamica della colonna vertebrale	Sì	Indicazione: Stenosi spinale dinamica, stenosi spinale con decompressione, ernia discale recidiva con decompressione e sindrome da iperpressione delle faccette. Esecuzione dell'intervento solo da parte di un chirurgo qualificato. Si suppone che i chirurghi riconosciuti dalla Società svizzera di chirurgia spinale, dalla Società svizzera d'ortopedia o dalla Società svizzera di neurochirurgia siano conformemente qualificati. Se l'intervento deve essere eseguito da un chirurgo non riconosciuto dalla Società svizzera di chirurgia spinale, dalla Società svizzera d'ortopedia o dalla Società svizzera di neurochirurgia, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione	1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.7.2017

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		del medico di fiducia.	
Stabilizzazione dinamica della colonna vertebrale con il sistema di viti pedicolari posteriori	Sì	Indicazioni: – Stenosi spinale con o senza spondilolistesi degenerativa, al massimo su due livelli; se su più di due livelli, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. – Degenerazione del disco intervertebrale al massimo su due piani eventualmente con un'artrosi delle faccette Mancato successo di una terapia conservativa della durata di sei mesi. Ad eccezione di pazienti che presentano malattie degenerative della colonna vertebrale e che soffrono di dolori incontrollabili nonostante siano sottoposti a terapie ospedaliere o che presentano disfunzioni neurologiche progressive nonostante venga applicata una terapia conservativa. Esecuzione dell'intervento solo da parte di un chirurgo qualificato. Si suppone che i chirurghi riconosciuti dalla Società svizzera di chirurgia spinale, dalla Società svizzera d'ortopedia o dalla Società svizzera di neurochirurgia siano conformemente qualificati. Se l'intervento deve essere eseguito da un chirurgo non riconosciuto dalla Società svizzera di chirurgia spinale, dalla Società svizzera d'ortopedia o dalla Società svizzera di neurochirurgia, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.7.2017
Anestesia generale volta a consentire interventi diagnostici o terapeutici (incl. interventi di medicina dentaria)	Sì	Nel caso in cui interventi diagnostici e terapeutici fossero possibili solo sotto anestesia a causa di gravi disabilità mentali e fisiche.	1.7.2010

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Anestesia per infiltrazione, locale e segmentale (terapia neurale locale e segmentale)	Si		1.7.2011/ 1.7.2012
2.4 Medicina fisica, reumatologia			
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
Sinoviortesi	Sì		12.5.1977
Terapia al low-level-laser	No		1.1.2001
2.5 Oncologia			
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 especialisti 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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Immunoterapia specifica attiva nell'ambito del trattamento adiuvante del carcinoma del colon in stadio II	No		1.8.2007
Low-dose-rate-brachiterapia	Sì	Con semi di Iodio125 o semi di Palladio 103. In caso di carcinoma della prostata localizzato, con basso o medio rischio di recidiva e: – aspettativa di vita > cinque anni – nessuna TUR-P eseguita in precedenza volume della prostata < 60 ccm – uretra non ostruita in modo grave disturbi del deflusso. Centro qualificato con intensa cooperazione interdisciplinare tra urologi, radio-oncologi e fisici-medici.	1.7.2002/ 1.1.2005/ 1.1.2009/ 1.7.2011
Analisi dell'espressione multigenica in caso di carcinoma mammario	Sì	In valutazione Indicazione: Esame del tessuto tumorale di un carcinoma mammario primario invasivo con le seguenti caratteristiche: – positivo al recettore estrogenico – negativo al recettore 2 del fattore di crescita epidermico umano (HER2-) – con fino a 3 linfonodi loco regionali colpiti – i soli referti convenzionali non consentono una decisione univoca a favore di una chemioterapia adiuvante. Condizioni per l'effettuazione del test: Esecuzione da parte di un medico specialista in patologia, principalmente in patologia molecolare. Se la parte concernente la tecnica di laboratorio è effettuata in un laboratorio estero, questo deve essere conforme ai requisiti della direttiva IVDD 98/79/CE[289] o ISO 15189 /17025[290].	1.1.2011/ 1.1.2015 fino al 31.12.2018
3 Ginecologia, ostetricia			
Diagnosi agli ultrasuoni in ostetricia e ginecologia	Sì	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	Sì	Inseminazione intrauterina. Al massimo tre cicli di terapia per gravidanza.	1.1.2001
Fecondazione in vitro per esame della sterilità	No		1.4.1994

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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Fecondazione in vitro e trasferimento d'embrione (FIVETE)	No		28.8.1986/ 1.4.1994
Sterilizzazione:			
– della donna	Sì	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	Sì	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	Sì		1.1.1993
Ablazione non chirurgica dell'endometrio	Sì	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*e* lett. b OPre)	Si		1.1.1996/ 1.8.2008
Citologia in strati sottili per la diagnosi precoce del cancro del collo dell'utero secondo i metodi ThinPrep oppure Autocyte Prep / Sure Path (art. 12*e* lett. b OPre)	Si		1.4.2003/ 1.7.2005/ 1.8.2008
Individuazione del Human Papilloma Virus nell'ambito dello screening per il carcinoma del collo dell'utero (art. 12*e* lett. b OPre)	No		1.7.2002/ 1.8.2008

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Interventi mammari mininvasivi sotto controllo radiologico o ecografico	Sì	Secondo la dichiarazione di consenso della Società svizzera di senologia e del Gruppo di lavoro «Bildgesteuerte minimal invasive Mammaeingriffe»; Senologie – Zeitschrift für Mammadiagnostik und -therapie 2009; 6: 181–184[291].	1.7.2002/ 1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.7.2009
Ansa sottouretrale per il trattamento dell'incontinenza da sforzo nella donna	Sì	– Secondo le raccomandazioni dell'associazione di uro-ginecologia e patologia del pavimento pelvico, comunicazione degli esperti, aggiornamento del 27.7.2004 intitolato «Tension free Vaginal Tape (TVT) per il trattamento dell'incontinenza urinaria a sforzo»[292]. – L'impianto Reemex® non viene pagato.	1.1.2004/ 1.1.2005
4 Pediatria, psichiatria infantile			
Programmi per terapie multiprofessionali ambulatoriali in gruppo per bambini e adolescenti affetti da sovrappeso o obesità	Sì	1. Indicazione: a. in caso di obesità (IMC > 97 percentili); b. in caso di sovrappeso (IMC tra 90 e 97 percentili) e in presenza di almeno una delle seguenti malattie, la cui prognosi è aggravata dal sovrappeso o costituisce una delle cause dell'eccesso ponderale: ipertonia, diabete mellito di tipo 2, alterata tolleranza al glucosio, disturbi endocrini, sindrome delle ovaie policistiche, malattie ortopediche, steatoepatite non alcolica, malattie respiratorie, glomerulopatia, disturbi alimentari contratti durante un trattamento psichiatrico. Definizione di obesità, sovrappeso e malattie secondo le raccomandazioni pubblicate dalla Società svizzera di pediatria (SSP) nella rivista specializzata «Pediatrica», edizione n. 6/2006 del 19 dicembre 2006[293] e n. 1/2011 del 4 marzo 2011[294]. 2. Programma: programma in gruppo medicalmente assistito con approccio terapeutico multiprofessionale secondo le esigenze stabilite dall'Associazione svizzera obesità nell'infanzia e nell'adolescenza (akj) e pubblicate nella rivista specializzata «Pediatrica», edizione n. 2/2007 del 13 aprile 2007[295].	1.1.2008/ 1.7.2009/ 1.1.2014/ 1.7.2014

291 Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref
292 Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref
293 Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref
294 Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref
295 Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		Si suppone che i programmi in gruppi medicalmente assistiti riconosciuti dalla commissione congiunta della SSP e dell'akj adempiano questa condizione. Se la terapia deve essere svolta nell'ambito di un programma non riconosciuto dalla commissione congiunta della SSP e dell'akj, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. 3. È necessario convenire un rimborso forfettario.	
	No	Programma alleggerito per bambini in età compresa tra i 4 e gli 8 anni compiuti.	1.1.2014
Terapia individuale multiprofessionale ambulatoriale strutturata per bambini e adolescenti affetti da sovrappeso o obesità, in 4 tappe.	Sì	1. Indicazione: a. in caso di obesità (IMC > 97 percentili); b. in caso di sovrappeso (IMC tra 90 e 97 percentili) e in presenza di almeno una delle seguenti malattie, la cui prognosi è aggravata dal sovrappeso o costituisce una delle cause dell'eccesso ponderale: ipertonia, diabete mellito di tipo 2, alterata tolleranza al glucosio, disturbi endocrini, sindrome delle ovaie policistiche, malattie ortopediche, steatoepatite non alcolica, malattie respiratorie, glomerulopatia, disturbi alimentari contratti durante un trattamento psichiatrico. Definizione di obesità, sovrappeso e malattie secondo le raccomandazioni pubblicate dalla Società svizzera di pediatria (SSP) nella rivista specializzata «Pediatrica», edizione n. 6/2006[296] del 19 dicembre 2006 e n. 1/2011 del 4 marzo 2011[297]. 2. Terapia: a. 1ª tappa: trattamento multidisciplinare fornito da un medico durante 6 mesi, con un massimo di 6 sedute di consulenza nutrizionale e 2 sedute di fisioterapia diagnostica, b. 2ª e 3ª tappa: programmi multidisciplinari diretti da un medico nel caso in cui la durata della terapia superi i 6 mesi per la 1ª tappa o in presenza di una comorbilità significativa,	1.1.2014

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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		c. 4ª tappa: trattamento fornito da un medico. 3. Programmi per la 2ª e la 3ª tappa: programma in gruppo medicalmente assistito con approccio terapeutico multiprofessionale secondo le esigenze stabilite dall'Associazione svizzera obesità nell'infanzia e nell'adolescenza (akj) e pubblicate nella rivista specializzata «Pediatrica», edizione n. 2/2007 del 13 aprile 2007[298]. Si suppone che i programmi in gruppi medicalmente assistiti riconosciuti dalla commissione congiunta della SSP e dell'akj adempiano questa condizione. Se la terapia deve essere svolta nell'ambito di un programma non riconosciuto dalla commissione congiunta della SSP e dell'akj, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	
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 cinque 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
Screening sonografico dell'anca dei neonati e dei lattanti secondo Graf	Si	Effettuato da un medico specialmente formato.	1.7.2004/ 1.8.2008

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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Terapia ospedaliera lontano dal domicilio in caso di soprappeso eccessivo	No		1.1.2005
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 di intervento)	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		1.7.2002
– cheloide	No		1.1.2004
Terapia climatica al Mare Morto	No		1.1.1997/ 1.1.2001
Balneo-fototerapia ambulatoriale	No		1.7.2002
Stimolazione cellulare mediante onde acustiche pulsanti (PACE) per il trattamento dei disturbi acuti e cronici della cicatrizzazione di ferite della pelle	No	…	1.7.2009
Matrice extracellulare e biologica, tridimensionale e di origine animale	Sì	Per il trattamento di ferite croniche. Indicazione per la scelta del metodo o del prodotto secondo le «Richtlinien zum Einsatz von azellulären biologisch aktiven Materialien bei schwer heilenden Wunden» della Società svizzera di dermatologia e venereologia e della Schweizerische Gesellschaft für Wundbehandlung del 1° luglio 2011[299]. Esecuzione in centri riconosciuti dalla Società svizzera di dermatologia e venereologia e dalla Schweizerische Gesellschaft für Wund-	1.7.2011

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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		behandlung. Se il trattamento deve essere eseguito in un centro non riconosciuto dalla Società svizzera di dermatologia e venereologia e dalla «Schweizerische Gesellschaft für Wundbehandlung» va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	
Terapia con larve	Si	Per il trattamento di ferite croniche.	1.7.2011
Trattamento della lipoatrofia facciale con materiale di riempimento	Sì	Obbligo di prestazione in caso d'insorgenza di lipoatrofia facciale in seguito a trattamento medicamentoso o nel quadro di una malattia. I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	1.7.2013
6 Oftalmologia			
Ortottica	Sì	Se eseguita dal medico o sotto la sua sorveglianza diretta.	27.3.1969
Potenziali evocati visuali nell'ambito di esami oftalmologici speciali	Sì		15.11.1979
Biometria ultrasonica dell'occhio, prima di un'operazione della cataratta	Sì		8.12.1983
Terapia al laser in caso di:	Sì		1.1.1993
– retinopatie diabetiche			
– lesioni della retina (inclusa apoplessia retinica)	Sì		1.1.1993
– capsulotomia	Sì		1.1.1993
– trabeculotomia	Sì		1.1.1993
Chirurgia refrattiva (Cheratomia mediante laser o intervento chirurgico)	Sì	Obbligo di prestazione unicamente quando il portatore di occhiali è affetto da un'anisometropia non correggibile supera le 3 diottrie e non sopporta durevolmente le lenti a contatto; per la correzione di un occhio fino a raggiungere i valori correggibili mediante occhiali. I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	1.1.1995/ 1.1.1997/ 1.1.2005

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Correzione refrattiva mediante lente intraoculare	Sì	Obbligo di prestazione unicamente quando l'anisometropia supera le 10 diottrie, in combinazione con la cheratomia. I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	1.1.2000/ 1.1.2005
Copertura di difetti della cornea con membrane amniotiche	Sì		1.1.2001
Terapia fotodinamica della degenerazione maculare con Verteporfin	Sì	Forma classica predominante essudativa di degenerazione maculare determinata dall'età.	1.1.2006
	Sì	In caso di neovascolarizzazioni provocate da miopia patologica.	1.7.2000/ 1.7.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2006/ 1.1.2009/ 1.1.2012
	No	Altre forme di degenerazione maculare determinata dall'età.	1.1.2008
Dilatazione per stenosi del canale lacrimale con Lacri-Cath	No		1.1.2003/ 1.1.2005
Dilatazione mediante catetere a palloncino per stenosi del canale lacrimale	Si	– Sotto controllo radioscopico – con o senza impianto Stent – esecuzione da parte di esperti di radiologia di intervento con rispettiva esperienza.	1.1.2006/ 1.1.2008
Oftalmoscopia a scansione laser	Si	Indicazioni: – in caso di glaucoma dal trattamento difficile, indicazioni per l'intervento chirurgico – indicazioni per trattamenti alla retina Esame nel centro in cui deve essere eseguito l'intervento o il trattamento.	1.1.2004/ 1.8.2008
Cross linking della cornea in caso di cheratocono	No		1.8.2008
Cura del cheratocono mediante anelli intrastromali	Sì	Per correggere l'astigmatismo irregolare in caso di cheratocono, unicamente se una correzione con occhiali o lenti a contatto non è possibile oppure se vi è incompatibilità con le lenti a contatto. Esecuzione in centri/cliniche del tipo A, B e C (secondo la lista FMH dei centri di perfezionamento in oftalmologia riconosciuti)	1.8.2007

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Misurazione dell'osmolarità del film lacrimale	No		1.1.2010
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: – papillomatosi delle vie respiratorie	Sì		1.1.1993
– resezione della lingua	Sì		1.1.1993
Impianto della chiocciola per la terapia della sordità delle due orecchie con resti uditivi inutilizzabili	Sì	I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. Per fanciulli affetti da sordità peri e postlinguale e per adulti affetti da sordità tardiva. Nei centri seguenti: Hôpital Cantonal Universitaire di Ginevra, Ospedali universitari di Basilea, Berna e Zurigo, Ospedale cantonale di Lucerna. L'allenamento uditivo dispensato nel centro è parte integrante della terapia.	1.4.1994/ 1.7.2002/ 1.1.2004

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Impianto di apparecchi uditivi a trasmissione ossea o di loro parti (sistemi transcutanei e percutanei)	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/ 1.1.2015
Impianto chirurgico del sistema d'impianto dell'orecchio medio del tipo «Vibrant Soundbridge» per il trattamento di ipoacusie neurosensoriali	Sì	Per pazienti che a causa motivi medici o audiologici non sono in grado di usufruire di apparecchi acustici tradizionali (per esempio in caso di otite esterna cronica, allergie, esostosi, ecc.).	1.1.2005
Palatoplastica al laser	No		1.1.1997
Litotripsia del calcolo salivare	Sì	Esecuzione in un centro che disponga dell'esperienza necessaria (mediamente 30 primi trattamenti all'anno).	1.1.1997/ 1.1.2000/ 1.1.2001/ 1.1.2004
8 Psichiatria			
Terapia della tossicodipendenza			
– ambulatoria	Sì	Ammissibile una riduzione delle prestazioni in caso di colpa grave dell'assicurato.	25.3.1971
– ospedaliera	Sì		
Terapia sostitutiva in caso di dipendenza dagli oppiacei	Sì	1. Osservanza delle direttive e raccomandazioni seguenti: a. In caso di terapia con prescrizione di metadone, di buprenorfina e di morfina a lento rilascio: «Terapia sostitutiva in caso di dipendenze dagli oppiacei oppioidi – Raccomandazioni dell'UFSP, della Società Svizzera di medicina delle Dipendenze (SSAM) e dell'Associazione dei medici cantonali della Svizzera (VKS)» del luglio 2013[300]; b. In caso di terapia con prescrizione di eroina: le disposizioni dell'ordinanza del 25 maggio 2011 sulla dipendenza da stupefacenti e sulle altre turbe legate alla dipendenza (RS *812.121.6*) come pure le direttive e le raccoman-	1.1.2001/ 1.1.2007/ 1.1.2010/ 1.7.2012 1.1.2001/ 1.1.2007/ 1.1.2010/ 1.1.2014

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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		dazioni del manuale dell'UFSP «Richtlinien, Empfehlungen, Information», settembre 2000[301]. 2. La sostanza o il preparato utilizzati devono figurare nell'Elenco dei medicamenti con tariffa (EMT) oppure nell'Elenco delle specialità (ES) nel gruppo terapico (IT) approvato dall'UICM. 3. La terapia sostitutiva comprende le prestazioni seguenti: a. prestazioni mediche: – esame d'entrata, inclusa l'anamnesi della dipendenza, status psichico e somatico con attenzione particolare alle turbe legate alla dipendenza e alla radice della dipendenza; – richiesta d'informazioni supplementari (famiglia, convivente, servizi terapici precedenti); – determinazione della diagnosi e dell'indicazione; – approntamento del piano terapico; – procedura di domanda d'autorizzazione e approntamento di rapporti destinati agli assicuratori-malattie; – avvio ed esecuzione della terapia sostitutiva; – consegna sorvegliata della sostanza o del preparato a condizione che non avvenga attraverso un farmacista; – garanzia della qualità; – terapia di turbe legate all'uso di altre sostanze psicotrope; – valutazione del processo terapico; – 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. b. Prestazioni del farmacista: – preparazione di soluzioni perorali secondo l'EMT, compreso il controllo della qualità; – consegna controllata della sostanza o del preparato;	

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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		– contabilità concernente la sostanza attiva e rapporti destinati alle autorità; – rapporti all'attenzione del medico responsabile; – consulenza. 4. La prestazione va fornita dall'istituzione competente secondo il numero 1. 5. Per la terapia sostitutiva è possibile convenire rimborsi forfettari.	
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	Sì	Secondo gli articoli 2 e 3 OPre.	25.3.1971/ 1.1.1996
Terapia di rilassamento secondo Ajuria-guerra	Sì	Nello studio medico o in ospedale sotto sorveglianza diretta del medico.	22.3.1973
Terapia mediante il gioco e la pittura per fanciulli	Sì	Se eseguita dal medico o sotto la sua diretta sorveglianza.	7.3.1974
Psicodramma	Sì	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
Trattamento dell'insonnia attraverso una terapia cognitivo-comportamentale basata su Internet	Sì	1. Psicoterapia effettuata dal medico secondo l'articolo 2 OPre basata su un approccio cognitivo-comportamentale, che prevede in particolare gli elementi seguenti: riduzione del sonno, il controllo degli stimoli, tecniche di rilassamento, ristrutturazione cognitiva, profilassi delle recidive. La terapia si basa su un manuale e implica il contatto regolare tra fornitori di prestazioni e assicurati nonché una fase diagnostica iniziale, intermedia e conclusiva.	1.1.2017

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		2. Previa consultazione 3. L'assicurazione assume al massimo i costi di 16 settimane di terapia. La procedura relativa all'assunzione dei costi in caso di proseguimento della terapia dopo le 16 settimane è disciplinata per analogia dall'articolo 3*b* OPre.	
Stimolazione magnetica transcratica ripetitiva (rTMS) per il trattamento della depressione	No		1.1.2018
9 Radiologia			
9.1 Radiodiagnostica			
Tomografia assiale computerizzata (scanner)	Sì	Esclusi gli esami di routine (Screening)	15.11.1979
Osteodensitometria			
– mediante assorziometria a doppia energia ai raggi X (DEXA)	Sì	– In caso d'osteoporosi manifesta e dopo frattura ossea da trauma inadeguato	1.3.1995/ 1.1.1999/ 1.7.2010/ 1.7.2012
		– In caso di terapia a lungo termine al cortisone o in caso di ipogonadismo – In caso di malattie gastrointestinali con sindrome di malassorbimento (in particolare morbo di Crohn, colite ulcerosa, celiachia) – In caso di iperparatiroidismo primario (se l'indicazione di operare non è chiara) – In caso di osteogenesis imperfecta – HIV.	1.1.1999/ 1.7.2010/ 1.1.2015
		I costi degli esami DEXA sono assunti solo per l'esecuzione limitata a una regione del corpo.	1.3.1995
		Ulteriori esami DEXA sono assunti solo in caso di terapia medicamentosa dell'osteoporosi e al massimo ogni due anni.	
– mediante scanner	No		1.3.1995
Osteodensitometria mediante TC periferica quantitativa (pQTC)	No		1.1.2003/ 1.1.2006
Ultrasonografia ossea	No		1.1.2003
Metodi di analisi dell'attività ossea			
– «Marker» dell'attività osteoclastica	No	Per la diagnosi precoce del rischio di fratture osteoporotiche	1.1.2003/ 1.8.2006
– «Marker» della formazione ossea	No	Per la diagnosi precoce del rischio di fratture osteoporotiche	1.1.2003/ 1.8.2006

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Mammografia	Sì	Per la diagnostica in caso di sospetto clinico urgente di una patologia al seno.	1.1.2008
9.2 Altri procedimenti di formazione d'immagini			
Risonanza magnetica nucleare (MRI)	Sì		1.1.1999
Tomografia con emissione di positroni (TEP, TEP/TC)	Sì	Esecuzione nei centri che soddisfano le direttive amministrative del 20 giugno 2008[302] della Società svizzera di medicina nucleare (SSMN).	1.1.1994/ 1.4.1994/ 1.1.1997/ 1.1.1999/ 1.1.2001/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2006/ 1.8.2006/ 1.1.2009/ 1.1.2011/ 1.7.2013/ 1.7.2014/ 1.1.2016/ 1.7.2018
		a) Mediante F-2-fluorodesossiglucosio (FDG) solo per le indicazioni seguenti: 1. in cardiologia: – come provvedimento preoperatorio in caso di trapianto cardiaco, – in caso di sospetta sarcoidosi cardiaca come diagnostica di secondo livello e per il monitoraggio della terapia; 2. in oncologia: – secondo le direttive cliniche relative alla FDG-TEP del 28 aprile 2011[303] della SSMN, capitolo 1.0; 3. in neurologia: – valutazione preoperatoria in caso di epilessia focale resistente alla terapia, – investigazione di demenze: come esame complementare in casi non certi, dopo accertamento preliminare da parte di specialisti, in geriatria, psichiatria e neurologia; fino all'età di 80 anni, con un Mini-Mental-Status-Test (MMST) totalizzante almeno 10 punti e una demenza insorta al massimo da 5 anni; nessun esame preliminare mediante PET o SPECT;	
		4. in valutazione: nel caso dell'indicazione «effetto massa», secondo le direttive cliniche relative alla FDG-PET del 28 aprile 2011 della SSMN, capitolo 2.0.	1.7.2014/ 1.1.2018 fino al 31.12.2018
		b) Mediante N-13-Ammoniaca, solo per l'indicazione seguente: studio della perfusione miocardica (a riposo e sotto sforzo) per la valutazione dell'ischemia del miocardio.	1.7.2013

302 I documenti possono essere consultati al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref

303 I documenti possono essere consultati al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		c) Mediante rubidio-82, solo per l'indicazione seguente: studio della perfusione miocardica (a riposo e sotto sforzo) per la valutazione dell'ischemia del miocardio.	1.7.2013
		d) Mediante 18F-fluorocolina In valutazione: Per l'accertamento di una recidiva biochimica (aumento del PSA) di un carcinoma prostatico.	1.7.2014/ 1.1.2018 fino al 31.12.2018
		In valutazione: Per la localizzazione preoperatoria di adenomi della paratiroide in caso di iperparatiroidismo primario dopo una diagnostica per immagini convenzionale negativa o non conclusiva (scintigrafia con sestamibi o -SPECT/TC).	1.7.2018 fino al 30.6.2020
		e) Mediante 18F-etil-tirosina (FET) Per le indicazioni seguenti: valutazione dei tumori cerebrali e rivalutazione dei tumori cerebrali maligni.	1.1.2016
		f) Mediante gallio-68-PSMA-11 In valutazione solo per l'indicazione seguente: accertamento di una recidiva biochimica (aumento del PSA) di un carcinoma prostatico.	1.1.2017 fino al 31.12.2018
		g) Mediante DOTA-peptidi, solo per l'indicazione seguente: stadiazione e ristadiazione di tumori neuroendocrini differenziati.	1.7.2017
		h) Mediante $H_2{}^{15}O$, solo per l'indicazione seguente: misurazione della perfusione prima e dopo gli interventi di rivascolarizzazione cerebrale in caso di malattia di Moyamoya.	1.7.2018
	No	a) Mediante 18F-Fluoride b) Mediante 18F-Florbetapir c) Con altri isotopi diversi dall'F-2- fluorodesossiglucosio (FDG), 18F-fluorocolina, N-13-Ammoniaca o rubidio-82 o 18F-etil-tirosina (FET), gallio-68-PSMA-11, DOTA-peptidi o $H_2{}^{15}O$	1.1.2013/ 1.7.2014/ 1.1.2015/ 1.1.2011/ 1.1.2016/ 1.7.2017/ 1.7.2018
Magnetoencefalografia	No		1.7.2002

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Elastografia a ultrasuoni del fegato	Sì	Per la diagnosi e il follow-up in caso di fibrosi o cirrosi epatica (p.es. dovuta a epatiti virali, assunzione regolare di epatotossine).	1.1.2012
9.3 Radiologia intervenzionale e radioterapia			
Radioterapia stereotassica ambulatoriale (fotoni) della degenerazione maculare umida determinata dall'età	Sì	In valutazione Se sono soddisfatte tutte le seguenti condizioni: – neovascolarizzazione coroideale (CNV) con segni di attività come fluido intraretinico o emorragie; – terapia anti-VEGF in corso da almeno 6 mesi per escludere l'ipotesi di un trattamento insufficiente; – nessun cambiamento dello stato di attività della CNV nonostante l'intensa terapia di iniezioni e nessuna riduzione prevista della frequenza, elevata e necessaria, delle iniezioni; – diametro della CNV non superiore a 4 mm (distanza tra centro e fovea di 3 mm al massimo).	1.1.2018 fino al 30.06.2020
Irradiazione terapeutica con protoni	Sì	Esecuzione presso l'Istituto Paul Scherrer, Villigen. a) In caso di melanomi intraoculari. b) Se non è possibile irradiare a sufficienza con fotoni a causa di una stretta vicinanza con organi sensibili alle radiazioni, o di una particolare esigenza di protezione dell'organismo del bambino o dell'adolescente. Per le indicazioni seguenti: – tumori del cranio (chordoma, chondrosarcoma, spinalioma, adenocarcinomi e carcinomi adenocistici, linfoepitelioma, carcinomi mucoepidermoidi, neuroesteosioblastomi, sarcoma dei tessuti molli e delle ossa, tumori rari come p. es. paragangliomi); – tumori del cervello e delle meningi (gliomi grado 1 e 2; meningiomi); – tumori al di fuori del cranio nelle regioni della colonna vertebrale, del tronco e delle estremità (sarcoma dei tessuti molli e dell'osso); – tumori nei bambini e negli adolescenti. I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	28.8.1986/ 1.1.1993 1.1.2002/ 1.7.2002/ 1.8.2007/ 1.1.2011/ 1.7.2011

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
	No	– Radioterapia postoperatoria di carcinomi mammari – Carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) agli stadi UICC IIB e IIIA/B – Tutte le altre indicazioni	1.7.2012/ 15.7.2015/ 1.1.2018
Irradiazione terapeutica con pioni	No		1.1.1993
Irradiazione terapeutica con protoni	Sì	Esecuzione presso l'Istituto Paul Scherrer, Villigen.	28.8.1986/ 1.1.1993
		a) In caso di melanomi intraoculari. b) Se non è possibile irradiare a sufficienza con fotoni a causa di una stretta vicinanza con organi sensibili alle radiazioni, o di una particolare esigenza di protezione dell'organismo del bambino o dell'adolescente.	1.1.2002/ 1.7.2002/ 1.8.2007/ 1.1.2011/ 1.7.2011
		In caso delle indicazioni seguenti: – tumori del cranio (chordoma, chondrosarcoma, spinalioma, adenocarcinomi e carcinomi adenocistici, linfoepitelioma, carcinomi mucoepidermoidi, neuroestesioblastomi, sarcoma dei tessuti molli e delle ossa, tumori rari come p. es. paragangliomi); – tumori del cervello e delle meningi (gliomi grado 1 e 2; meningiomi); – tumori al di fuori del cranio nelle regioni della colonna vertebrale, del tronco e delle estremità (sarcoma dei tessuti molli e dell'osso); – tumori nei bambini e negli adolescenti. Le spese vengono coperte soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia.	
	No	– Radioterapia postoperatoria di carcinomi mammari	1.7.2012/ 15.7.2015
		– Tutte le altre indicazioni	
Radiochirurgia (LINAC, Gamma-Knife)	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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
	Si	In caso di disturbi funzionali, in particolare sindromi dolorose (p. es. neuralgia del trigemino, cefalea a grappolo), disturbi motori (p. es. tremore essenziale, in caso di morbo di Parkinson), epilessie (p. es. epilessia del lobo temporale, amartomi associati ad epilessia, epilessie extratemporali).	1.1.1996/ 1.7.2012
Radiochirurgia con LINAC	Sì	– 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.	1.1.1999/ 1.1.2000/ 1.1.2003
Radiochirurgia con Gamma Knife	No	– 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.	1.1.1999/ 1.1.2000/ 1.4.2003/ 1.7.2011
Radioterapia selettiva interna (SIRT) con microsfere di Y-90	Sì	In casi di tumori al fegato inoperabili refrattari alla chemioterapia, per i quali non è possibile applicare altre tecniche ablative locali o quando queste non hanno avuto effetto. Esecuzione in un centro interdisciplinare epatobiliare, con consulenza epatobiliare (specializzato in chirurgia epatobiliare, radiologia intervenzionale, medicina nucleare e medicina oncologica).	1.7.2010
Applicazione di marcatori d'oro	Si	Per la radiomarcatura della prostata.	1.8.2008

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Iniezione di idrogel di polietilene glicolico	No	Con funzione di distanziatore tra prostata e retto in caso di irraggiamento della prostata.	1.7.2012/ 1.7.2014
Embolizzazione di mioma uterino	Sì	Da parte di medici specializzati in radiologia con esperienza in tecniche di radiologia interventistica. Impianto angiografico al passo con i tempi.	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2010/ 1.1.2011/ 1.1.2013
Discectomia percutanea con controllo fluoroscopico e sotto guida TC	No		1.1.2014
Impianto transperineale di un palloncino biodegradabile	No	Come spaziatore tra prostata e retto nell'irradiazione percutanea della prostata.	1.1.2015
Ipertermia oncologica superficiale locale in abbinamento con la radioterapia esterna o la brachiterapia	Sì	Per le indicazioni seguenti: – Recidiva di un carcinoma mammario inoperabile a livello del seno o della parete toracica, in una zona già sottoposta a radioterapia – Metastasi linfonodali inoperabili dovute a un tumore ORL, in una zona già sottoposta a radioterapia – Metastasi linfonodali superficiali e recidive locali in caso di melanoma maligno – Recidiva locale di un tumore, con fenomeni di compressione in situazioni palliative I trattamenti avvengono nel quadro di una clinica affiliata alla *Swiss Hyperthermia Network*; le indicazioni sono fornite dalla sua *Tumorboard.*	1.1.2017
Ipertermia oncologica profonda locale in abbinamento con la radioterapia esterna o la brachiterapia	Sì	Per le indicazioni seguenti: – Cancro del collo dell'utero, in caso di controindicazioni per la chemioterapia o in una zona già sottoposta a radioterapia. – Cancro della vescica (mantenimento delle funzioni), in caso di controindicazioni per la chemioterapia o in una zona già sottoposta a radioterapia – Cancro del retto (mantenimento delle funzioni), in caso di controindicazioni per la chemioterapia o di recidiva in una zona già sottoposta a radioterapia – Sarcoma dei tessuti molli (mantenimento delle funzioni), in caso di controindicazioni per la chemioterapia – Cancro del pancreas, tumore primario inoperabile in stadio avanzato a livello locale	1.1.2017 fino al 31.12.2018

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		I trattamenti avvengono nel quadro di una clinica affiliata alla *Swiss Hyperthermia Network*; le indicazioni sono fornite dalla sua *Tumorboard.*	
10 Medicina complementare			
Agopuntura	Sì		1.7.1999/ 1.1.2012/ 1.8.2016/ 1.8.2017
Medicina antroposofica	Sì		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.1.2012/ 1.8.2017
Terapia medicamentosa della medicina tradizionale cinese (MTC)	Sì		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.1.2012/ 1.8.2016/ 1.8.2017
Omeopatia unicista (classica)	Sì		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.1.2012/ 1.8.2016/ 1.8.2017
Fitoterapia	Sì		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.1.2012/ 1.8.2017
11 Riabilitazione			
Riabilitazione ospedaliera	Sì	I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	1.1.2003
Riabilitazione di pazienti affetti da malattie cardiovascolari o da diabete		I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. La riabilitazione in caso di malattia occlusiva arteriosa periferica e di diabete, quale diagnosi principale, è praticata ambulatorialmente. La riabilitazione cardiaca può essere praticata ambulatorialmente o stazionariamente. I seguenti fattori inducono a optare per una riabilitazione stazionaria: – accresciuto rischio cardiaco – diminuzione della funzione del miocardio – comorbidità (diabetes mellitus, COPD, ecc.). Il programma di riabilitazione ambulatoriale	12.5.1977/ 1.1.1997/ 1.1.2000/ 1.1.2003/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2010/ 1.7.2011/ 1.1.2013

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		può durare da due a sei mesi, a dipendenza dell'intensità dell'offerta di trattamento. Di regola la durata del trattamento ospedaliero è di quattro settimane ma può essere ridotta a due o tre settimane nei casi meno complessi. La riabilitazione è praticata in un istituto sotto direzione medica, con programma personale e infrastrutture che soddisfano le seguenti direttive: Riabilitazione cardiaca: profilo di esigenze del Gruppo di lavoro per la riabilitazione cardiaca. Società svizzera di cardiologia (SSC) per le cliniche e gli istituti di riabilitazione ufficialmente riconosciuti dalla SSC del 15 marzo 2011[304]. Riabilitazione in caso di malattia occlusiva arteriosa periferica: profilo delle esigenze della Società svizzera d'angiologia del 5 marzo 2009[305]. Riabilitazione in caso di diabete: profilo delle esigenze della Società svizzera di endocrinologia e di diabetologia del 17 novembre 2010[306].	
	Sì	Indicazioni: – Dopo un infarto del miocardio, con o senza PTCA – dopo bypass-operation – dopo altri interventi sul cuore e sui grandi vasi – dopo PTCA, in particolare in caso di precedente inattività o di molteplici fattori di rischio – malattia cronica e fattori multipli di rischio refrattari alla terapia ma con buona speranza di vita – malattia cronica con cattiva funzione ventricolare – pazienti con diabete mellito di tipo II (limite: al massimo una volta ogni tre anni).	
	Sì	– pazienti con malattia occlusiva arteriosa periferica sintomatica, dallo stadio IIa secondo Fontaine.	1.7.2009/ 1.1.2013
	No	– pazienti con malattia occlusiva arteriosa periferica asintomatica, nello stadio I secondo Fontaine.	1.7.2013

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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Riabilitazione polmonare	Sì	Programmi per pazienti affetti da gravi malattie polmonari croniche. La terapia può essere ambulatoriale o ospedaliera in un'istituzione diretta da medici. Lo svolgimento del programma, il personale e l'infrastruttura devono adempire i requisiti del 2003[307] posti dalla Società svizzera di pneumologia, Commissione per la riabilitazione polmonare. Il responsabile del programma deve essere riconosciuto dalla Società svizzera di pneumologia, Commissione per la riabilitazione polmonare. L'assunzione dei costi è garantita al massimo una volta all'anno. I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	1.1.2005

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

Allegato 2[308]
(art. 20*a*)

Elenco dei mezzi e degli apparecchi

308 Non pubblicato nella RU (RU **2009** 2821 6083, **2010** 2755 5837, **2011** 2669 n. II cpv. 2 6491 n. II cpv. 2, **2012** 3553 6587, **2013** 1925 5329, **2014** 1251, **2015** 2197 5125, **2016** 2537 4639, **2017** 3487 7151 e **2018** 2361). L'elenco delle mod può essere consultata all'indirizzo: www.bag.admin.ch > Temi > Assicurazioni > Assicurazione malattie > Prestazioni e tariffe > Elenco dei mezzi e degli apparecchi (EMAp).

Allegato 3[309]
(art. 28)

Elenco delle analisi

309 Non pubblicato nella RU (RU **2009** 1669 3173 6083, **2010** 2755 5837, **2011** 2669 e n. II cpv. 3 6491, **2012** 3553 4347 6587, **2013** 1925 5329, **2014** 1251 3487, **2015** 2197 5125, **2016** 2537 4639 e **2017** 3487). L'elenco può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch > Temi > Assicurazioni > Assicurazione malattie > Prestazioni e tariffe > Elenco delle analisi (EA).

Allegato 4[310]
(art. 29)

Elenco dei medicamenti con tariffa

310 Non pubblicato nella RU (RU **2005** 2875). L'elenco può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch > Temi > Assicurazioni > Assicurazione malattie > Prestazioni e tariffe > Medicamenti.