

**Ordinanza del DFI**  
**sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria**  
**delle cure medico-sanitarie**  
**(Ordinanza sulle prestazioni, OPre)<sup>1</sup>**

del 29 settembre 1995 (Stato 1° aprile 2020)

---

*Il Dipartimento federale dell'interno (DFI),*

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

*ordina:*

**Titolo 1: Prestazioni**

**Capitolo 1: Prestazioni mediche, chiropratiche e farmaceutiche<sup>4</sup>**

**Sezione 1: Rimunerazione obbligatoria**

**Art. 1<sup>5</sup>**

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

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

<sup>2</sup> RS **832.102**

<sup>3</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 29 apr. 2015, in vigore dal 1° giu. 2015 (RU **2015** 1359).

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

<sup>5</sup> 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<sup>6</sup> Principio

<sup>1</sup> L'assicurazione assume i costi della psicoterapia effettuata dal medico secondo i metodi la cui efficacia è dimostrata scientificamente.

<sup>2</sup> 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<sup>7</sup> Assunzione dei costi

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

### Art. 3a<sup>8</sup>

### Art. 3b<sup>9</sup> Procedura per l'assunzione dei costi per una terapia che duri più di 40 sedute

<sup>1</sup> Affinché dopo 40 sedute la cura continui ad essere remunerata, 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;

<sup>6</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 5 giu. 2009, in vigore dal 1° lug. 2009 (RU **2009** 2821).

<sup>7</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 5 giu. 2009, in vigore dal 1° lug. 2009 (RU **2009** 2821).

<sup>8</sup> 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).

<sup>9</sup> 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.

<sup>2</sup> Il rapporto può contenere soltanto le indicazioni necessarie per stabilire la remunerazione obbligatoria dell'assicuratore.

<sup>3</sup> 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.

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

## **Sezione 2a:**

### **Limitazione dell'assunzione dei costi per determinati interventi elettivi<sup>10</sup>**

#### **Art. 3c<sup>11</sup>**

<sup>1</sup> Se un intervento elettivo di cui all'allegato 1a numero I viene eseguito in ambito ospedaliero, l'assicurazione assume i costi per l'esecuzione dell'intervento soltanto se un'esecuzione ambulatoriale non è appropriata o non è economica a causa di circostanze particolari.

<sup>2</sup> Un'esecuzione ambulatoriale non è appropriata o non è economica a causa di circostanze particolari se è soddisfatto uno dei criteri di cui all'allegato 1a numero II.

<sup>3</sup> In circostanze diverse da quelle secondo i criteri di cui all'allegato 1a numero II va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore. Quest'ultimo tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.

#### **Art. 3d<sup>12</sup>**

## **Sezione 3: Prestazioni prescritte dai chiropratici**

### **Art. 4**

L'assicurazione assume i costi delle analisi, dei medicinali, dei mezzi e degli apparecchi diagnostici e terapeutici, dei procedimenti di formazione d'immagini come pure delle prestazioni fisioterapiche seguenti, prescritti da chiropratici:<sup>13</sup>

<sup>10</sup> Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 7 giu. 2018, in vigore dal 1° gen. 2019 (RU **2018** 2361).

<sup>11</sup> 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 7 giu. 2018, in vigore dal 1° gen. 2019 (RU **2018** 2361 2837).

<sup>12</sup> 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).

<sup>13</sup> 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).

a.<sup>14</sup> analisi:

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

b.<sup>15</sup> medicinali:

specialità farmaceutiche dei seguenti gruppi terapeutici dell'elenco delle specialità:<sup>16</sup>

1. 01.01.10 (Analgesici antipiretici), 01.12 (Miotonolitici: somministrati solo per via orale),
- 2.<sup>17</sup> 04.99 (Gastroenterologica, Varia: solo i medicinali che servono a inibire la secrezione di acidi gastrici o a proteggere la mucosa gastrica),
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.<sup>18</sup> 07.10.10 (Antiinfiammatori soli), 07.10.21 (Antiinfiammatori combinati senza corticosteroidi: solo combinazioni di antiinfiammatori, medicinali che servono a inibire la secrezione di acidi gastrici o a proteggere la mucosa gastrica), 07.10.40 (Medicamenti per uso topico: solo quelli con sostanze attive antiinfiammatorie),
5. 57.10.10 (Medicina complementare: antiinfiammatori soli);

c.<sup>19</sup> mezzi e apparecchi:

1. i prodotti del gruppo 05. Bendaggi,
2. i prodotti del gruppo 09.02.01, apparecchio per l'elettroestimolazione transcutanea (TENS),
3. i prodotti del gruppo 16. Mezzi per la crioterapia e/o termoterapia,
4. i prodotti del gruppo 23. Ortesi,
- 5.<sup>20</sup> i prodotti dei gruppi 34 e 35. Materiale per medicazione;

d.<sup>21</sup> diagnostica per immagini:

1. radiografia dello scheletro,
2. tomografia computerizzata (TC) della colonna vertebrale e delle estremità,

<sup>14</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 17 nov. 2003, in vigore dal 1° gen. 2004 (RU **2003** 5283).

<sup>15</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 16 mag. 2014, in vigore dal 1° lug. 2014 (RU **2014** 1251).

<sup>16</sup> Nuovo testo giusta l'all. 6 n. II 5 dell'O del 21 set. 2018 sui medicinali, in vigore dal 1° gen. 2019 (RU **2018** 3577).

<sup>17</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 6 giu. 2019, in vigore dal 1° lug. 2019 (RU **2019** 1931).

<sup>18</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 6 giu. 2019, in vigore dal 1° lug. 2019 (RU **2019** 1931).

<sup>19</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 10 giu. 2013, in vigore dal 1° lug. 2013 (RU **2013** 1925).

<sup>20</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 28 nov. 2017, in vigore dal 1° apr. 2018 (RU **2017** 7151).

<sup>21</sup> 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).

3. risonanza magnetica nucleare (RMN) dello scheletro assiale e delle articolazioni periferiche,
  4. ecografia diagnostica,
  5. scintigrafia dello scheletro trifasica;
- e.<sup>22</sup> prestazioni di fisioterapia di cui all'articolo 5.

## Sezione 4:<sup>23</sup> Prestazioni farmaceutiche

### Art. 4a

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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:<sup>24</sup> Prestazioni di medicina complementare fornite da un medico

### Art. 4b

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<sup>25</sup> «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 complemen-

<sup>22</sup> Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 24 giu. 2009, in vigore dal 1° gen. 2011 (RU 2009 3527 6849 n. I).

<sup>23</sup> Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 27 nov. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU 2000 3088).

<sup>24</sup> Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 16 giu. 2017, in vigore dal 1° ago. 2017 (RU 2017 3689).

<sup>25</sup> Il documento può essere consultato all'indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif) (in tedesco e francese).

tare del 1° gennaio 1999 «Medicina antroposofica ampliata (ASMOA)» dell'ISFM, riveduto il 16 giugno 2016<sup>26</sup>;

- 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<sup>27</sup> «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<sup>28</sup>;
- 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<sup>29</sup>.

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

### **Sezione 1: Fisioterapia**

#### **Art. 5**

<sup>1</sup> Sono assunti i costi delle seguenti prestazioni dei fisioterapisti ai sensi degli articoli 46 e 47 OAMal o delle organizzazioni ai sensi dell'articolo 52a 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:<sup>30</sup>

- 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,

<sup>26</sup> Il documento può essere consultato all'indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif) (in tedesco e francese).

<sup>27</sup> Il documento può essere consultato all'indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif) (in tedesco e francese).

<sup>28</sup> Il documento può essere consultato all'indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif) (in tedesco e francese).

<sup>29</sup> Il documento può essere consultato all'indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif) (in tedesco e francese).

<sup>30</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 27 ott. 2009, in vigore dal 1° gen. 2010 (RU 2009 6083).

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.<sup>31</sup>

<sup>1bis</sup> Le misure terapeutiche di cui all'articolo 5 capoverso 1 numeri 1, 3-5, 7 e 9 possono essere eseguite individualmente o in gruppi.<sup>32</sup>

<sup>1ter</sup> 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.<sup>33</sup>

<sup>2</sup> 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.<sup>34</sup>

<sup>3</sup> Per la remunerazione di ulteriori sedute è necessaria una nuova prescrizione medica.

<sup>4</sup> 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.<sup>35</sup>

<sup>5</sup> 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<sup>36</sup> 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.<sup>37</sup>

<sup>31</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 5 giu. 2009, in vigore dal 1° lug. 2009 (RU **2009** 2821).

<sup>32</sup> Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 5 giu. 2009, in vigore dal 1° lug. 2009 (RU **2009** 2821).

<sup>33</sup> Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 5 giu. 2009, in vigore dal 1° lug. 2009 (RU **2009** 2821).

<sup>34</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 5 giu. 2009, in vigore dal 1° lug. 2009 (RU **2009** 2821).

<sup>35</sup> 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).

<sup>36</sup> RS **831.20**

<sup>37</sup> 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).

## Sezione 2: Ergoterapia

### Art. 6

<sup>1</sup> 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.<sup>38</sup> siano effettuate nell'ambito di una cura psichiatrica.

<sup>2</sup> 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.<sup>39</sup>

<sup>3</sup> Per la remunerazione di ulteriori sedute è necessaria una nuova prescrizione medica.

<sup>4</sup> 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.<sup>40</sup>

<sup>5</sup> 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<sup>41</sup> 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.<sup>42</sup>

## Sezione 3:

### Cure pensate ambulatoriamente o in una casa di cura<sup>43</sup>

#### Art. 7 Definizione delle cure

<sup>1</sup> 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:

<sup>38</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 13 dic. 1996, in vigore dal 1° gen. 1997 (RU **1997** 564).

<sup>39</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 5 giu. 2009, in vigore dal 1° lug. 2009 (RU **2009** 2821).

<sup>40</sup> 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).

<sup>41</sup> RS **831.20**

<sup>42</sup> 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).

<sup>43</sup> 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).

- 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<sup>44</sup> sull'assicurazione malattie; LAMal).<sup>45</sup>

<sup>2</sup> Sono prestazioni ai sensi del capoverso 1:

- a.<sup>46</sup> valutazione, consigli e coordinamento:<sup>47</sup>
  - 1.<sup>48</sup> valutazione dei bisogni del paziente e dell'ambiente in cui vive e piano dei provvedimenti necessari,
  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 medicinali o l'impiego d'apparecchi medici come pure i controlli necessari,
  - 3.<sup>49</sup> 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.<sup>50</sup> preparazione e somministrazione di medicinali 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,

<sup>44</sup> RS **832.10**

<sup>45</sup> 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).

<sup>46</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 20 dic. 2006, in vigore dal 1° gen. 2007 (RU **2006** 5769).

<sup>47</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 5 dic. 2011, in vigore dal 1° gen. 2012 (RU **2011** 6487).

<sup>48</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 2 lug. 2019, in vigore dal 1° gen. 2020 (RU **2019** 2145).

<sup>49</sup> Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 5 dic. 2011, in vigore dal 1° gen. 2012 (RU **2011** 6487).

<sup>50</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 5 dic. 2011, in vigore dal 1° gen. 2012 (RU **2011** 6487).

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.<sup>51</sup>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,
  - 14.<sup>52</sup>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.<sup>53</sup>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.

<sup>2bis</sup> 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.<sup>54</sup>

<sup>51</sup> Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 20 dic. 2006, in vigore dal 1° gen. 2007 (RU **2006** 5769).

<sup>52</sup> Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 20 dic. 2006, in vigore dal 1° gen. 2007 (RU **2006** 5769).

<sup>53</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 20 dic. 2006, in vigore dal 1° gen. 2007 (RU **2006** 5769).

<sup>54</sup> Introdotta 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).

<sup>2ter</sup> Le prestazioni possono essere fornite ambulatoriamente o in una casa di cura. Possono altresì essere fornite esclusivamente durante il giorno o durante la notte.<sup>55</sup>

<sup>3</sup> Sono considerate prestazioni delle cure acute e transitorie ai sensi dell'articolo 25a 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.<sup>56</sup>

#### **Art. 7a<sup>57</sup>** Contributi

<sup>1</sup> 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: 76.90 franchi all'ora;
- b. per le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettera b: 63.00 franchi all'ora;
- c. per le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettera c: 52.60 franchi all'ora.<sup>58</sup>

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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: 9.60 franchi;
- b. per bisogni di cure da 21 a 40 minuti: 19.20 franchi;
- c. per bisogni di cure da 41 a 60 minuti: 28.80 franchi;
- d. per bisogni di cure da 61 a 80 minuti: 38.40 franchi;
- e. per bisogni di cure da 81 a 100 minuti: 48.00 franchi;
- f. per bisogni di cure da 101 a 120 minuti: 57.60 franchi;
- g. per bisogni di cure da 121 a 140 minuti: 67.20 franchi;
- h. per bisogni di cure da 141 a 160 minuti: 76.80 franchi;
- i. per bisogni di cure da 161 a 180 minuti: 86.40 franchi;

<sup>55</sup> Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 24 giu. 2009, in vigore dal 1° gen. 2011 (RU **2009** 3527 6849 n. I).

<sup>56</sup> 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).

<sup>57</sup> Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 24 giu. 2009, in vigore dal 1° gen. 2011 (RU **2009** 3527 6849 n. I).

<sup>58</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 2 lug. 2019, in vigore dal 1° gen. 2020 (RU **2019** 2145).

- j. per bisogni di cure da 181 a 200 minuti: 96.00 franchi;
- k. per bisogni di cure da 201 a 220 minuti: 105.60 franchi;
- l. per bisogni di cure superiori a 220 minuti: 115.20 franchi.<sup>59</sup>

<sup>4</sup> Nel caso delle strutture diurne o notturne di cui all'articolo 7 capoverso 2<sup>ter</sup>, 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. 7b<sup>60</sup>** Assunzione dei costi per le prestazioni delle cure acute e transitorie

<sup>1</sup> 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 stesso, la quotaparte cantonale per gli abitanti del Cantone. La quotaparte cantonale ammonta almeno al 55 per cento.

<sup>2</sup> 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 quote-parti al fornitore di prestazioni. La fatturazione tra il fornitore di prestazioni e l'assicuratore è disciplinata dall'articolo 42 LAMal<sup>61</sup>.

**Art. 8<sup>62</sup>** Prescrizione o mandato medico

<sup>1</sup> La prescrizione o il mandato medico determina se il paziente necessita di prestazioni secondo l'articolo 7 capoverso 2 o di cure acute e transitorie secondo l'articolo 25a capoverso 2 LAMal<sup>63</sup>. Nella prescrizione o nel mandato il medico può dichiarare necessarie determinate prestazioni secondo l'articolo 7 capoverso 2.

<sup>2</sup> La durata della prescrizione o del mandato medico non può superare:

- a.<sup>64</sup> nove mesi per le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2;
- b. due settimane per le cure acute e transitorie di cui all'articolo 25a capoverso 2 LAMal.

<sup>3</sup> Per le persone che ricevono un assegno per grandi invalidi dell'assicurazione vecchiaia e superstiti, dell'assicurazione invalidità o 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

<sup>59</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 2 lug. 2019, in vigore dal 1° gen. 2020 (RU 2019 2145).

<sup>60</sup> Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 24 giu. 2009, in vigore dal 1° gen. 2011 (RU 2009 3527 6849).

<sup>61</sup> RS 832.10

<sup>62</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 2 lug. 2019, in vigore dal 1° gen. 2020 (RU 2019 2145).

<sup>63</sup> RS 832.10

<sup>64</sup> Correzione del 24 set. 2019 (RU 2019 3039).

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

<sup>4</sup> Le prescrizioni e i mandati medici di cui al capoverso 2 lettera a possono essere prorogati.

**Art. 8a<sup>65</sup>** Valutazione dei bisogni

<sup>1</sup> I bisogni delle prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2, necessarie per attuare la prescrizione o il mandato medico di cui all'articolo 8 (valutazione dei bisogni), sono valutati da un infermiere di cui all'articolo 49 OAMal in collaborazione con il paziente o i suoi familiari. Il risultato della valutazione dei bisogni deve essere trasmesso immediatamente per informazione al medico che ha emesso la prescrizione o il mandato.

<sup>2</sup> Per le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettera b, che sono necessarie secondo la valutazione dei bisogni, occorre l'esplicito consenso del medico. Se quest'ultimo non accorda esplicitamente il consenso, occorre effettuare una nuova valutazione dei bisogni. La nuova valutazione dei bisogni avviene con il coinvolgimento del medico qualora quest'ultimo lo ritenga necessario.

<sup>3</sup> La valutazione dei bisogni comprende anche l'analisi dello stato generale del paziente e dell'ambiente in cui vive.

<sup>4</sup> Essa si basa su criteri uniformi. Il risultato è registrato in un formulario uniforme elaborato congiuntamente dai fornitori di prestazioni e dagli assicuratori. Nel formulario deve essere segnatamente indicato il tempo necessario previsto.

<sup>5</sup> Lo strumento utilizzato per la valutazione dei bisogni deve consentire la registrazione di dati sugli indicatori medici della qualità di cui all'articolo 59a capoverso 1 lettera f LAMal<sup>66</sup> per mezzo di dati di routine rilevati durante la valutazione dei bisogni.

<sup>6</sup> L'assicuratore può esigere che gli siano comunicati gli elementi della valutazione dei bisogni concernenti le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2.

<sup>7</sup> Dopo una proroga o un rinnovo di un mandato medico o di una prescrizione medica, è necessaria una nuova valutazione dei bisogni.

**Art. 8b<sup>67</sup>** Valutazione dei bisogni nelle case di cura

<sup>1</sup> La valutazione dei bisogni nelle case di cura deve basarsi su uno strumento che:

- a. distingue tra le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 e le altre prestazioni;
- b. si basa sulle prestazioni effettivamente fornite, determinate in studi dei tempi; garantisce che la media delle prestazioni effettivamente fornite in tutti i

<sup>65</sup> 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 2 lug. 2019, in vigore dal 1° gen. 2020 (RU 2019 2145). Vedi anche la disp. fin. mod. 2 lug. 2019 alla fine del presente testo.

<sup>66</sup> RS 832.10

<sup>67</sup> Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 2 lug. 2019, in vigore dal 1° gen. 2020 (RU 2019 2145).

casi esaminati negli studi dei tempi ai quali attribuisce un livello dei bisogni rientri nell'intervallo in minuti di questo livello dei bisogni di cui all'articolo 7a capoverso 3;

- c. comprova, per ogni livello dei bisogni, la varianza delle cure effettivamente dispensate rispetto ai bisogni di cure comprovati, determinata negli studi dei tempi.

<sup>2</sup> Gli studi dei tempi di cui al capoverso 1 lettera b devono:

- a. basarsi su una metodologia uniforme per tutta la Svizzera concordata tra assicuratori, fornitori di prestazioni e Cantoni, che:
  1. sia scientificamente riconosciuta,
  2. permetta di distinguere le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 da altre prestazioni;
- b. essere stati effettuati in Svizzera;
- c. essere sufficientemente rappresentativi della totalità dei pazienti delle case di cura ai quali è applicato lo strumento.

#### **Art. 8c<sup>68</sup>**      Procedura di controllo

La procedura di controllo serve a verificare la valutazione dei bisogni e a controllare il valore terapeutico e l'economicità delle prestazioni dei fornitori di prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 1 lettere a e b. Se la valutazione dei bisogni prevede oltre 60 ore di cure per trimestre, il medico di fiducia (art. 57 LAMal<sup>69</sup>) può verificarla. Se prevede meno di 60 ore per trimestre, il medico di fiducia effettua sistematiche verifiche per campionatura. I fornitori di prestazioni e gli assicuratori possono concordare ulteriori disciplinamenti della procedura di controllo.

#### **Art. 9<sup>70</sup>**      Fatturazione

<sup>1</sup> 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.

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

#### **Art. 9a<sup>71</sup>**

<sup>68</sup> Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 2 lug. 2019, in vigore dal 1° gen. 2020 (RU **2019** 2145).

<sup>69</sup> RS **832.10**

<sup>70</sup> 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).

<sup>71</sup> 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 3a:<sup>72</sup> Consulenza nutrizionale

#### Art. 9b<sup>73</sup>

<sup>1</sup> I dietisti o le organizzazioni di dietetica ai sensi degli articoli 46, 50a e 52b OAMal prestano consulenza, previa prescrizione medica o su mandato medico, ai pazienti affetti dalle malattie seguenti:<sup>74</sup>

- a.<sup>75</sup> turbe del metabolismo;
- b.<sup>76</sup> obesità (indice di massa corporea [IMC] superiore a 30) e malattie conseguenti al sovrappeso e concomitanti;
- b<sup>bis</sup>.<sup>77</sup> 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.

<sup>2</sup> 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.

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

### Sezione 3b:<sup>78</sup> Consulenza ai diabetici

#### Art. 9c

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

<sup>72</sup> Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 13 dic. 1996, in vigore dal 1° lug. 1997 (RU 1997 564).

<sup>73</sup> Originario art. 9a.

<sup>74</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 16 ott. 2012, in vigore dal 1° gen. 2013 (RU 2012 5829).

<sup>75</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 18 nov. 1998, in vigore dal 1° gen. 1999 (RU 1999 528).

<sup>76</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 16 mag. 2014, in vigore dal 1° lug. 2014 (RU 2014 1251).

<sup>77</sup> Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 6 dic. 2013, in vigore dal 1° gen. 2014 (RU 2013 5329).

<sup>78</sup> Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 18 nov. 1998, in vigore dal 1° gen. 1999 (RU 1999 528).

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

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

<sup>3</sup> L'assicurazione assume al massimo i costi di dieci sedute per prescrizione medica. Se la consulenza dev'essere continuata a carico dell'assicuratore dopo dieci sedute, il medico curante deve informare il medico di fiducia e trasmettergli una proposta debitamente motivata. Il medico di fiducia la esamina e propone se e in quale misura la consulenza può essere continuata a carico dell'assicurazione.<sup>79</sup>

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

## Sezione 4: Logopedia

### Art. 10<sup>80</sup> Principio

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

- a. affezioni neurologiche di origine infettiva, traumatica, postoperatoria, tossica, tumorale, vascolare, ipossica o degenerativa;
- b. affezioni foniatriche (in particolare malformazione parziale o totale delle labbra, della lingua, del palato, della mascella o della laringe; disturbi della muscolatura orofacciale o della funzione laringea di origine infettiva, traumatica, postoperatoria, tumorale o funzionale).

### Art. 11 Condizioni

<sup>1</sup> 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.<sup>81</sup>

<sup>2</sup> Per la remunerazione di ulteriori sedute è necessaria una nuova prescrizione medica.

<sup>79</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 9 dic. 2002, in vigore dal 1° gen. 2003 (RU 2002 4253).

<sup>80</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 7 feb. 2020, in vigore dal 1° apr. 2020 (RU 2020 519).

<sup>81</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 20 giu. 2016, in vigore dal 1° ago. 2016 (RU 2016 2537).

<sup>3</sup> 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.

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

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

## Sezione 5:<sup>82</sup> Neuropsicologia

### Art. 11a

<sup>1</sup> L'assicurazione assume i costi delle prestazioni diagnostiche effettuate da neuro-psicologi previa prescrizione medica secondo l'articolo 50b OAMal.

<sup>2</sup> 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<sup>83</sup> Principio

L'assicurazione assume i costi delle misure di medicina preventiva seguenti (art. 26 LAMal<sup>84</sup>):

- a. vaccinazioni profilattiche (art. 12a);
- b. misure di profilassi di malattie (art. 12b);
- c. esami sullo stato di salute generale (art. 12c);
- d. misure per l'individuazione precoce di malattie in determinati gruppi a rischio (art. 12d);
- 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. 12e).

<sup>82</sup> Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 9 dic. 2016, in vigore dal 1° lug. 2017 (RU 2016 4933).

<sup>83</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 21 nov. 2007, in vigore dal 1° gen. 2008 (RU 2007 6839).

<sup>84</sup> RS 832.10

**Art. 12a<sup>85</sup>** Vaccinazioni profilattiche

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

Misura	Condizione
a. <sup>86</sup> Vaccinazione e richiami contro difterite, tetano, pertosse, poliomielite; vaccinazione contro morbillo, orecchioni, rosolia	Secondo il «Calendario vaccinale svizzero 2019» (Calendario vaccinale 2019) <sup>87</sup> curato dall'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) e dalla Commissione federale per le vaccinazioni (CFV).
b. <sup>88</sup> Vaccinazione contro l'Haemofilus influenzae	Secondo il Calendario vaccinale 2019, per i bambini fino al compimento dei 5 anni.
c. <sup>89</sup> Vaccinazione contro l'influenza	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vaccinazione annuale per le persone esposte a un elevato rischio di complicazioni secondo il Calendario vaccinale 2019.</li> <li>2.<sup>90</sup> In caso di minaccia di pandemia d'influenza o nel corso di tale pandemia, per coloro ai quali l'UFSP raccomanda una vaccinazione<sup>91</sup>. Questa prestazione non è soggetta ad alcuna franchigia. Per la vaccinazione, compreso il vaccino, viene concordato un rimborso forfettario.</li> </ol>

<sup>85</sup> Introdotta 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).

<sup>86</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 16 gen. 2019, in vigore dal 1° lug. 2019 (RU **2019** 439).

<sup>87</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)

<sup>88</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 6 giu. 2019, in vigore dal 1° lug. 2019 (RU **2019** 1931).

<sup>89</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 6 dic. 2019, in vigore dal 1° gen. 2020 (RU **2019** 4387).

<sup>90</sup> Correzione del 24 dic. 2019 (RU **2019** 5017).

<sup>91</sup> Vedi l'O del 29 apr. 2015 sulle epidemie (RS **818.101.1**).

Misura	Condizione
d. <sup>92</sup> Vaccinazione contro l'epatite B	Secondo il Calendario vaccinale 2019. Se effettuato per motivi professionali o di medicina di viaggio, i costi non sono assunti dall'assicurazione.
e. Vaccinazione passiva con Epatite B-Immunglobuline	Per i neonati di madri HBsAg-positive.
f. <sup>93</sup> Vaccinazione contro i pneumococchi	Secondo il Calendario vaccinale 2019, per i bambini fino al compimento dei 5 anni.
g. <sup>94</sup> Vaccinazione contro i meningococchi	Secondo il Calendario vaccinale 2019 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. <sup>95</sup> Vaccinazione contro la tubercolosi	Con il vaccino BCG secondo il Calendario vaccinale 2019.
i. <sup>96</sup> Vaccinazione contro l'encefalite da zecca (FSME)	Secondo il Calendario vaccinale 2019. Se effettuato per motivi professionali, i costi non sono assunti dall'assicurazione.
j. <sup>97</sup> Vaccinazione contro la varicella	Secondo il Calendario vaccinale 2019.
k. <sup>98</sup> Vaccinazione contro i virus del papilloma umano (HPV)	1. Secondo il Calendario vaccinale 2019: a. vaccinazione di base delle ragazze dal compimento dell'11° anno di età al compimento del 15° anno di età;
<sup>92</sup>	Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 6 giu. 2019, in vigore dal 1° lug. 2019 (RU <b>2019</b> 1931).
<sup>93</sup>	Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 6 giu. 2019, in vigore dal 1° lug. 2019 (RU <b>2019</b> 1931).
<sup>94</sup>	Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 6 giu. 2019, in vigore dal 1° lug. 2019 (RU <b>2019</b> 1931).
<sup>95</sup>	Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 6 giu. 2019, in vigore dal 1° lug. 2019 (RU <b>2019</b> 1931).
<sup>96</sup>	Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 6 giu. 2019, in vigore dal 1° lug. 2019 (RU <b>2019</b> 1931).
<sup>97</sup>	Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 6 giu. 2019, in vigore dal 1° lug. 2019 (RU <b>2019</b> 1931).
<sup>98</sup>	Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 6 giu. 2019, in vigore dal 1° lug. 2019 (RU <b>2019</b> 1931).

Misura	Condizione
	<ul style="list-style-type: none"><li>b. vaccinazione delle ragazze e delle donne dal compimento del 15° anno di età al compimento del 27° anno di età;</li><li>c. vaccinazione complementare dei ragazzi e degli uomini dal compimento dell'11° anno di età al compimento del 27° anno di età.</li></ul>
	2. Vaccinazione nel quadro di programmi cantonali di vaccinazione che devono soddisfare i seguenti requisiti minimi: <ul style="list-style-type: none"><li>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 secondo il numero 1 è garantita;</li><li>b. la completezza delle vaccinazioni è ricercata;</li><li>c. le prestazioni e gli obblighi dei responsabili del programma, dei medici che effettuano le vaccinazioni e degli assicuratori-malattie sono definiti;</li><li>d. il rilevamento di dati, il conteggio, i flussi delle informazioni e delle finanze sono disciplinati.</li></ul>
	3. Questa prestazione non è soggetta ad alcuna franchigia. Per la vaccinazione, compreso il vaccino, viene concordato un rimborso forfettario.
	4. L'assunzione dei costi del vaccino nonavalente, limitata al 31 dicembre 2022, è in corso di valutazione.

Misura	Condizione
l. <sup>99</sup> Vaccinazione contro l'epatite A	<p>Secondo il Calendario vaccinale 2019.</p> <p>Per le seguenti persone:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– per pazienti affetti da una malattia cronica del fegato</li> <li>– 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</li> <li>– per persone che si iniettano droghe</li> <li>– per uomini che hanno contatti sessuali con altri uomini al di fuori di una relazione stabile.</li> </ul> <p>Vaccinazione post-esposizione entro sette giorni dall'esposizione.</p> <p>Se effettuato per motivi professionali o di medicina di viaggio, i costi non sono assunti dall'assicurazione.</p>
m. Vaccinazione contro la rabbia	<p>Vaccinazione post-esposizione dopo il morso di un animale affetto, o sospettato di essere affetto, dalla rabbia.</p> <p>Se effettuato per motivi professionali, i costi non sono assunti dall'assicurazione.</p>

**Art. 12b<sup>100</sup>** 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.

<sup>99</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 6 giu. 2019, in vigore dal 1° lug. 2019 (RU 2019 1931).

<sup>100</sup> Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 21 nov. 2007, in vigore dal 1° gen. 2008 (RU 2007 6839).

Misura	Condizione
c. <sup>101</sup> Profilassi post-esposizione ad HIV	Secondo le raccomandazioni dell'UFSP del 24 novembre 2014 (Bollettino dell'UFSP n. 48, 2014) <sup>102</sup> .  Se effettuato per motivi professionali, i costi non sono assunti dall'assicurazione.
d. <sup>103</sup> Immunizzazione passiva post-esposizione	Secondo le raccomandazioni dell'UFSP e della CFV (direttive e raccomandazioni «immunizzazione passiva post-esposizione» dell'ottobre 2004) <sup>104</sup> .  Se effettuato per motivi professionali, i costi non sono assunti dall'assicurazione.
e. <sup>105</sup> Mastectomia e/o annessectomia profilattica	Per le portatrici di mutazioni o delezioni del gene BRCA1 o BRCA2.

#### Art. 12c<sup>106</sup> Esami sullo stato di salute generale

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

Misura	Condizione
a. <sup>107</sup> 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 (4 <sup>a</sup> edizione, Berna 2011 <sup>108</sup> ). L'assunzione dei costi è prevista per al massimo otto esami.

<sup>101</sup> 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).

<sup>102</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif).

<sup>103</sup> 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).

<sup>104</sup> I documenti possono essere consultati all'indirizzo [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Assicurazione malattie > Basi giuridiche e d'esecuzione > Diritto applicabile > Documenti di riferimento.

<sup>105</sup> 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).

<sup>106</sup> Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 21 nov. 2007, in vigore dal 1° gen. 2008 (RU **2007** 6839).

<sup>107</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 25 nov. 2016, in vigore dal 1° gen. 2017 (RU **2016** 4639).

<sup>108</sup> Le liste possono essere consultate all'indirizzo: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref) (solo in versione tedesca o francese).

**Art. 12d<sup>109</sup>** Misure per l'individuazione precoce di malattie in determinati gruppi a rischio

<sup>1</sup> 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. <sup>110</sup> Test HIV	Per i neonati di madri sieropositive. Per le altre persone, secondo la direttiva dell'UFSP del 18 maggio 2015 <sup>111</sup> «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. <sup>112</sup> 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) <sup>113</sup> . 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) <sup>114</sup> . Il primo esame deve essere preceduto da un colloquio approfondito con spiegazioni e consulenza, che va documentato.

<sup>109</sup> Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 21 nov. 2007, in vigore dal 1° gen. 2008 (RU 2007 6839).

<sup>110</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 16 gen. 2019, in vigore dal 1° mar. 2019 (RU 2019 439).

<sup>111</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif).

<sup>112</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 17 giu. 2015, in vigore dal 15 lug. 2015 (RU 2015 2197).

<sup>113</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif).

<sup>114</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif).

Misura	Condizione
	<p>2. Indicazione, colloquio con spiegazioni e consulenza nonché esecuzione della sorveglianza e ulteriori consulenza ed esame in caso di risultati anomali da parte di un centro di senologia certificato che soddisfi i requisiti secondo i «Criteri di qualità per la certificazione dei centri di senologia» della Lega svizzera contro il cancro e della Società svizzera di senologia, dell'ottobre 2014<sup>115</sup>, secondo le raccomandazioni «The requirements of a specialist Breast Centre» della European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA), pubblicate il 19 agosto 2013<sup>116</sup>, o secondo i criteri contenuti nell'«Erhebungsbogen Brustkrebszentren» della Deutsche Krebsgesellschaft e della Deutsche Gesellschaft für Senologie del 14 luglio 2016<sup>117</sup>.</p> <p>A titolo sussidiario gli esami mediante formazione d'immagini possono essere effettuati anche da fornitori di prestazioni che collaborano su base contrattuale con un centro di senologia certificato.</p> <p>Se l'esame deve essere eseguito in un altro centro, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p>
<p>e. Test di contrattura muscolare in vitro in esito alla diagnosi di una predisposizione all'ipertermia maligna</p>	<p>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 anestesia è conosciuta ed è documentata una predisposizione all'ipertermia</p>

<sup>115</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif).

<sup>116</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif).

<sup>117</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif).

Misura	Condizione
	maligna. In un centro riconosciuto dall'European Malignant Hyperthermia Group.
f. <sup>118</sup> 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: <ul style="list-style-type: none"> <li>— una sindrome ereditaria di cancro al seno e dell'ovaia</li> <li>— poliposi del colon/forma attenuata di poliposi del colon</li> <li>— sindrome ereditaria del carcinoma non poliposo del colon (hereditary non polytopic colon cancer HNPCC)</li> <li>— retinoblastoma.</li> </ul> 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. <sup>119</sup> 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 por-firia epatica acuta (por-firia 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.

<sup>2</sup> 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.<sup>120</sup>

<sup>118</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 5 dic. 2011, in vigore dal 1° gen. 2012 (RU **2011** 6487).

<sup>119</sup> Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 20 giu. 2016, in vigore dal 1° ago. 2016 (RU **2016** 2537).

<sup>120</sup> Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 17 giu. 2015, in vigore dal 15 lug. 2015 (RU **2015** 2197).

**Art. 12<sup>e121</sup>** 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. <sup>122</sup> 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, gravi deficienze immunitarie congenite.	Per i neonati. Analisi di laboratorio secondo l'Elenco delle analisi (EL).
b. <sup>123</sup> 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. <sup>124</sup> 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 <sup>125</sup> sulla garanzia della qualità dei programmi di diagnosi precoce del cancro del seno mediante mammografia. Per questa prestazione non è riscossa nessuna franchigia.
d. <sup>126</sup> 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

<sup>121</sup> Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 21 nov. 2007, in vigore dal 1° gen. 2008 (RU **2007** 6839).

<sup>122</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 30 nov. 2018, in vigore dal 1° gen. 2019 (RU **2018** 5085).

<sup>123</sup> Correzione del 19 giu. 2018 (RU **2018** 2419).

<sup>124</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 27 nov. 2015, in vigore dal 1° gen. 2016 (RU **2015** 5125).

<sup>125</sup> RS **832.102.4**

<sup>126</sup> 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 6 dic. 2019, in vigore dal 1° gen. 2020 (RU **2019** 4387).

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

## 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<sup>127</sup>):

Misura	Condizione
a. Controlli	
1. <sup>128</sup> Sette esami in caso di gravidanza normale	<p><i>Prima consultazione:</i> 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).</p> <p>– <i>Ulteriori consultazioni:</i> 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.</p> <p>– Se i controlli sono effettuati esclusivamente da medici, questi ultimi segnalano all'assicurata che un colloquio di consulenza con la levatrice</p>

<sup>127</sup> RS **832.10**

<sup>128</sup> 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 l'articolo 14 è opportuno nel secondo trimestre di gravidanza.
2. In caso di gravidanza a rischio	Ripetizione di esami secondo la valutazione clinica
b. <sup>129</sup> Controllo agli ultrasuoni	
1. <sup>130</sup> In caso di gravidanza normale: un esame di routine tra la 12 <sup>a</sup> e la 14 <sup>a</sup> settimana di gravidanza; un esame di routine tra la 20 <sup>a</sup> e la 23 <sup>a</sup> 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, 3 <sup>a</sup> edizione (2011) <sup>131</sup> . 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 <sup>132</sup> 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 $\beta$ -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 <sup>133</sup> sugli esami genetici sull'essere umano (LEGU).

<sup>129</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 26 giu. 2008, in vigore dal 1° ago. 2008 (RU **2008** 3553).

<sup>130</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 27 nov. 2015, in vigore dal 1° gen. 2016 (RU **2015** 5125).

<sup>131</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif).

<sup>132</sup> 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).

<sup>133</sup> RS **810.12**

Misura	Condizione
	<p>Prescrizione solo da parte di medici titolari di un attestato di capacità per gli ultrasuoni in gravidanza della SSUM e di un'ulteriore certificazione per la misurazione della translucenza nucale.</p> <p>Misurazione della translucenza nucale solo da parte di medici titolari di un attestato di capacità per gli ultrasuoni in gravidanza della SSUM.</p> <p>Analisi di laboratorio secondo l'elenco delle analisi (EA).</p>
<p>b.<sup>ter</sup> <sup>134</sup> Test prenatale non invasivo (TPNI)</p>	<p>Per l'identificazione di una trisomia 21, 18 o 13.</p> <p>A partire dalla 12<sup>a</sup> settimana di gravidanza.</p> <p>Per le donne incinte presso le quali sussiste un rischio pari o superiore a 1:1000 che il feto sia affetto da una trisomia 21, 18 o 13.</p> <p>Determinazione del rischio e indicazione in caso di malformazioni visibili con l'ecografia secondo la comunicazione degli esperti n. 52 del 14 marzo 2018<sup>135</sup> della Società svizzera di ginecologia e ostetricia (SSGO), redatta dal Gruppo di lavoro dell'Accademia di medicina fetomaterna e della Società svizzera di genetica medica.</p> <p>Nelle gravidanze gemellari i TPNI mediante microarray o polimorfismo a singolo nucleotide (SNP) sono esclusi dall'assunzione dei costi da parte dell'assicurazione.</p> <p>Dopo colloquio approfondito con spiegazioni e consulenza secondo gli articoli 14 e 15 LEGU, nonché previo consenso scritto della donna incinta e concessione del diritto di autodeterminazione secondo l'articolo 18 LEGU.</p>

<sup>134</sup> 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 16 gen. 2019, in vigore dal 1° mar. 2019 (RU **2019** 439).

<sup>135</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif).

Misura	Condizione
	<p>Prescrizione solo da parte di medici specializzati in ginecologia e ostetricia con formazione approfondita in medicina feto-materna, medici specializzati in medicina genetica o medici titolari di un attestato di capacità per ultrasuoni in gravidanza della SSUM.</p> <p>Analisi di laboratorio secondo l'elenco delle analisi (EA).</p> <p>Se per motivi tecnici è stabilito il sesso del feto, questa informazione non può essere comunicata prima del termine di dodici settimane dall'inizio dell'ultima mestruazione.</p>
c. <sup>136</sup> Esami preparto mediante cardiocografia	In caso di gravidanza a rischio
d. <sup>137</sup> Amniocentesi, prelievo di villi coriali, cordocentesi	<p>Dopo approfondito colloquio con spiegazioni e consulenza che dev'essere documentato nei casi seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– 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;<sup>138</sup></li> <li>– 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;</li> </ul>

<sup>136</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 26 giu. 2008, in vigore dal 1° ago. 2008 (RU 2008 3553).

<sup>137</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 17 giu. 2015, in vigore dal 15 lug. 2015 (RU 2015 2197).

<sup>138</sup> La correzione del 15 set. 2015 concerne solo il testo francese (RU 2015 3147).

Misura	Condizione
	<p>– 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.</p> <p>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.</p> <p>Analisi di laboratorio secondo l'elenco delle analisi (EA).</p>
e. Controllo post-partum un esame	Tra la sesta e la decima settimana post-partum: anamnesi intermedia, esame clinico e ginecologico, consulenza compresa.
f. <sup>139</sup> Controllo dopo un aborto spontaneo	<p>Dopo un aborto spontaneo o un'interruzione di gravidanza indicata dal profilo medico a partire dalla 13<sup>a</sup> settimana di gravidanza fino alla 23<sup>a</sup> settimana di gravidanza compresa.</p> <p>Anamnesi intermedia, esame clinico e ginecologico, consulenza; analisi di laboratorio ed ecografia secondo la valutazione clinica. L'ecografia può essere effettuata solo da medici titolari di un attestato di capacità per gli ultrasuoni in gravidanza (SSUM)</p>

**Art. 14**<sup>140</sup> 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

<sup>139</sup> Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 6 giu. 2019, in vigore dal 1° lug. 2019 (RU **2019** 1931).

<sup>140</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 9 dic. 2016, in vigore dal 1° gen. 2017 (RU **2016** 4933).

- 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

<sup>1</sup> La consulenza per l'allattamento (art. 29 cpv. 2 lett. c LAMal<sup>141</sup>) è assunta dall'assicurazione se dispensata da una levatrice, un'organizzazione delle levatrici o un infermiere con relativa formazione speciale.<sup>142</sup>

<sup>2</sup> La remunerazione è limitata a tre sedute.

#### Art. 16<sup>143</sup> Prestazioni delle levatrici

<sup>1</sup> 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:
  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;

<sup>abis</sup><sup>144</sup> assistenza nel quadro di visite a domicilio per curare l'assicurata e sorvegliare il suo stato di salute dopo un aborto spontaneo o un'interruzione di gravidanza indicata dal profilo medico a partire dalla 13<sup>a</sup> settimana di gravidanza fino alla 23<sup>a</sup> settimana di gravidanza compresa, come segue:

1. dopo l'aborto spontaneo o l'interruzione di gravidanza, la levatrice o l'organizzazione delle levatrici possono effettuare al massimo dieci visite a domicilio,
  2. per visite a domicilio supplementari è necessaria una 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:

<sup>141</sup> RS 832.10

<sup>142</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 9 dic. 2016, in vigore dal 1° gen. 2017 (RU 2016 4933).

<sup>143</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 9 dic. 2016, in vigore dal 1° gen. 2017 (RU 2016 4933).

<sup>144</sup> Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 6 giu. 2019, in vigore dal 1° lug. 2019 (RU 2019 1931).

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.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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<sup>145</sup>). La condizione è che l'affezione abbia il carattere di malattia; la cura va assunta dall'assicurazione solo in quanto la malattia la esiga:

- a. malattie dentarie:
  1. granuloma dentario interno idiopatico,
  2. dislocazioni o soprannumero di denti o germi dentari che causano una malattia (ad es. ascesso, ciste);
- b. malattie del parodonto (parodontopatie):
  1. parodontite prepuberale,
  2. parodontite giovanile progressiva,
  3. effetti secondari irreversibili dovuti a medicinali;
- c. malattie dei mascellari e dei tessuti molli:
  1. tumori benigni dei mascellari, della mucosa e lesioni pseudo-tumorali,
  2. tumori maligni del viso, dei mascellari e del collo,
  3. osteopatie dei mascellari,
  4. cisti (senza legami con elementi dentari),

<sup>145</sup> RS 832.10

- 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<sup>146</sup>

<sup>1</sup> 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<sup>147</sup>):

- a.<sup>148</sup> malattie del sistema sanguigno:
  - 1. neutropenia, agranulocitosi,
  - 2. anemia aplastica grave,
  - 3. leucemie,
  - 4. sindromi mielodisplastiche (SMD),
  - 5. diatesi emorragiche.
  - 6. sindrome pre-leucemica,
  - 7. granulocitopenia cronica,
  - 8. sindrome del «lazy-leucocyte»,
  - 9. diatesi emorragiche;
- b. malattie del metabolismo:
  - 1. acromegalia,
  - 2. iperparatiroidismo,
  - 3. ipoparatiroidismo idiopatico,
  - 4. ipofosfatasi (rachitismo genetico dovuto ad una resistenza alla vitamina D);
- c. altre malattie:
  - 1. poliartrite cronica con lesione ai mascellari,

<sup>146</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 9 lug. 1998, in vigore dal 1° gen. 1999 (RU 1998 2923).

<sup>147</sup> RS 832.10

<sup>148</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 9 lug. 1998, in vigore dal 1° gen. 1999 (RU 1998 2923).

2. morbo di Bechterew con lesione ai mascellari,
  3. artrite psoriatca con lesione ai mascellari,
  4. sindrome di Papillon-Lefèvre,
  5. sclerodermia,
  6. AIDS,
  7. psicopatie gravi con lesione consecutiva grave della funzione masticatoria;
- d. malattie delle ghiandole salivari;
- e.<sup>149</sup> ...

<sup>2</sup> 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.<sup>150</sup>

**Art. 19<sup>151</sup>** Cure dentarie<sup>152</sup>

L'assicurazione assume i costi delle cure dentarie necessarie per conseguire le cure mediche (art. 31 cpv. 1 lett. c LAMal<sup>153</sup>) 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;
- e.<sup>154</sup> sindrome dell'apnea da sonno.

**Art. 19a<sup>155</sup>** Infermità congenite

<sup>1</sup> L'assicurazione assume i costi delle cure dentarie conseguenti ad infermità congenita di cui al capoverso 2, se:<sup>156</sup>

- a. le cure sono necessarie dopo il 20° anno di età;

<sup>149</sup> Abrogata dal n. I dell'O del DFI del 9 lug. 1998, con effetto dal 1° gen. 1999 (RU **1998** 2923).

<sup>150</sup> 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).

<sup>151</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 9 lug. 1998, in vigore dal 1° gen. 1999 (RU **1998** 2923).

<sup>152</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 16 mag. 2014, in vigore dal 1° lug. 2014 (RU **2014** 1251).

<sup>153</sup> RS **832.10**

<sup>154</sup> Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 16 mag. 2014, in vigore dal 1° lug. 2014 (RU **2014** 1251).

<sup>155</sup> Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 13 dic. 1996, in vigore dal 1° gen. 1997 (RU **1997** 564).

<sup>156</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 4 lug. 1997, in vigore dal 1° gen. 1998 (RU **1997** 2697).

- b. le cure sono necessarie prima del 20° anno di età per persona soggetta alla LAMaI<sup>157</sup> 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.<sup>158</sup> proboscide laterale;
  - 17.<sup>159</sup> 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;

<sup>157</sup> RS **832.10**

<sup>158</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 9 lug. 1998, in vigore retroattivamente dal 1° gen. 1998 (RU **1998** 2923).

<sup>159</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 9 lug. 1998, in vigore retroattivamente dal 1° gen. 1998 (RU **1998** 2923).

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  $9^\circ$  o più (rispettivamente con un angolo di almeno  $7^\circ$  combinato con un angolo mascellobasale di almeno  $37^\circ$ );
  - 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  $40^\circ$  e più (rispettivamente di almeno  $37^\circ$  combinato con un angolo ANB di  $7^\circ$  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  $12^\circ$  o meno (rispettivamente di  $15^\circ$  o meno combinato con un angolo ANB di  $7^\circ$  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  $-1^\circ$  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  $+1^\circ$  e meno combinato con un angolo mascello-basale di  $37^\circ$  e più, o di  $15^\circ$  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;
- 28.<sup>160</sup> affezioni congenite delle ghiandole salivari e dei loro canali escretori (fistole, stenosi, cisti, tumori, ectasie e ipo- o aplasie di tutte le grandi ghiandole salivari importanti);
- 28a.<sup>161</sup> 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);

<sup>160</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 9 lug. 2001, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU **2001** 2150).

<sup>161</sup> 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).

30. emangioma cavernoso o tuberoso;
31. linfangioma congenito, se è necessaria un'operazione;
32. coagulopatie e trombocipatie congenite (emofilie ed altri difetti dei fattori di coagulazione);
33. istiocitosi (granuloma eosinofilo, morbo di Hand-Schüller-Christian e Letterer-Siwe);
34. malformazioni del sistema nervoso centrale e del suo rivestimento (encefalocele, ciste aracnoide, mielomeningocele ed idromielia, meningocele, megalencefalia, porencefalia, diastematomielia);
35. affezioni ereditarie 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'otia 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 Jaffè-Lichtenstein, rachitismo resistente alla vitamina D);
47. turbe congenite della funzione tiroidea (atireosi, ipotireosi, cretinismo);
48. turbe congenite della funzione ipotalamo-ipofisaria (nanismo ipofisario, diabete insipido, sindrome di Prader-Willi e sindrome di Kallmann);
49. turbe congenite della funzione delle gonadi (sindrome di Turner, malformazioni delle ovaie, anorchismo, sindrome di Klinefelter);
50. neurofibromatosi;
51. angiomatosi encefalo-trigeminea (Sturge-Weber-Krabbe);
52. distrofie congenite del tessuto connettivo (p. es.: sindrome di Marfan, sindrome di Ehlers-Danlos, cutis laxa congenita, pseudoxanthoma elasticum);

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<sup>162</sup> Principio

L'assicurazione assume una determinata remunerazione 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. 20a<sup>163</sup> Elenco dei mezzi e degli apparecchi

<sup>1</sup> I mezzi e gli apparecchi sono definiti per metodi e per gruppo nell'allegato 2.

<sup>2</sup> I mezzi e gli apparecchi che sono impiantati nel corpo o utilizzati da fornitori di prestazioni secondo l'articolo 35 capoverso 2 LAMal<sup>164</sup> nel quadro della loro attività a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie non figurano nell'elenco. La loro remunerazione e quella della corrispettiva diagnosi o cura sono stabilite nelle convenzioni tariffali.

<sup>3</sup> 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<sup>165</sup>. L'elenco completo è pubblicato di regola una volta all'anno<sup>166,167</sup>

### Art. 21<sup>168</sup> Domanda

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

<sup>162</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 28 giu. 2007, in vigore dal 1° ago. 2008 (RU **2007** 3581).

<sup>163</sup> Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 28 giu. 2007, in vigore dal 1° ago. 2007 (RU **2007** 3581).

<sup>164</sup> RS **832.10**

<sup>165</sup> [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Assicurazioni > Assicurazione malattie > Prestazioni e tariffe > Elenco dei mezzi e degli apparecchi (EMAp)

<sup>166</sup> L'elenco può essere ordinato presso l'UFCL, Vendita di pubblicazioni federali, 3003 Berna.

<sup>167</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 5 dic. 2011, in vigore dal 1° gen. 2012 (RU **2011** 6487).

<sup>168</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 28 giu. 2007, in vigore dal 1° gen. 2008 (RU **2007** 3581).

**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

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

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

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

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

**Capitolo 7:****Contributo alle spese di cure balneari, di trasporto e di salvataggio****Art. 25** Contributo alle spese di cure balneari

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

**Art. 26** Contributo alle spese di trasporto

<sup>1</sup> 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.

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

**Art. 27** Contributo alle spese di salvataggio

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

**Capitolo 8: Analisi e medicinali****Sezione 1: Elenco delle analisi****Art. 28**<sup>169</sup>

<sup>1</sup> L'elenco previsto nell'articolo 52 capoverso 1 lettera a numero 1 LAMal<sup>170</sup> è parte integrante della presente ordinanza e ne costituisce l'allegato 3 sotto il titolo Elenco delle analisi (abbreviato «EA»).<sup>171</sup>

<sup>2</sup> L'elenco delle analisi non è pubblicato né nella RU né nella RS. Le modifiche sono pubblicate nel sito Internet dell'UFSP<sup>172</sup>. L'elenco completo è pubblicato di regola una volta all'anno<sup>173,174</sup>

**Sezione 2: Elenco dei medicinali con tariffa****Art. 29**<sup>175</sup>

<sup>1</sup> L'elenco previsto nell'articolo 52 capoverso 1 lettera a numero 2 LAMal<sup>176</sup> è parte integrante della presente ordinanza e ne costituisce l'allegato 4 sotto il titolo di Elenco dei medicinali con tariffa (abbreviato «EMT»).

<sup>2</sup> L'elenco dei medicinali con tariffa non viene pubblicato né nella RU né nella RS. Esso è diffuso di regola ogni anno ed è ottenibile presso l'Ufficio federale delle costruzioni e della logistica, Distribuzione pubblicazioni, CH-3003 Berna.<sup>177</sup>

<sup>169</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 3 lug. 1996, in vigore dal 1° ott. 1996 (RU **1996** 2430).

<sup>170</sup> RS **832.10**

<sup>171</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 10 lug. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU **2000** 2546).

<sup>172</sup> [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Assicurazioni > Assicurazione malattie > Prestazioni e tariffe > Elenco dei mezzi e degli apparecchi (EMAp)

<sup>173</sup> L'elenco può essere ordinato presso l'UFCL, Vendita di pubblicazioni federali, 3003 Berna.

<sup>174</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 5 dic. 2011, in vigore dal 1° gen. 2012 (RU **2011** 6487).

<sup>175</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 26 feb. 1996, in vigore dal 1° giu. 1996 (RU **1996** 1232).

<sup>176</sup> RS **832.10**

<sup>177</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 2 lug. 2002, in vigore dal 1° lug. 2002 (RU **2002** 3013).

### Sezione 3: Elenco delle specialità

#### Art. 30 Principio

<sup>1</sup> Un medicamento è ammesso nell'elenco delle specialità se:<sup>178</sup>

- a.<sup>179</sup> ne sono dimostrati l'efficacia, il valore terapeutico e l'economicità;
- b.<sup>180</sup> è stato omologato dall'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici (Swiss-medica).

2 ...<sup>181</sup>

#### Art. 30a<sup>182</sup> Domanda di ammissione

<sup>1</sup> Una domanda di ammissione nell'elenco delle specialità deve contenere in particolare:

- a.<sup>183</sup> per le domande di cui all'articolo 31 capoverso 1 lettere a e c, il preavviso di Swissmedica 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 Swissmedica nonché l'informazione specializzata definitiva;
- abis.<sup>184</sup> per le domande di cui all'articolo 31 capoverso 2, la decisione di omologazione e il relativo attestato di Swissmedica nonché l'informazione specializzata definitiva;
- b. l'informazione specializzata fornita a Swissmedica;
- bbis.<sup>185</sup> in caso di preparati originali protetti da un brevetto: i numeri dei brevetti e i certificati protettivi complementari con la data di scadenza;
- c.<sup>186</sup> se il medicamento è già omologato all'estero, le informazioni approvate all'estero;
- d. il riassunto della documentazione clinica inoltrato a Swissmedica;

<sup>178</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 27 nov. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU 2000 3088).

<sup>179</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 27 nov. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU 2000 3088).

<sup>180</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 2 lug. 2002, in vigore dal 1° lug. 2002 (RU 2002 3013).

<sup>181</sup> Abrogato dal n. II 2 dell'O del DFI del 26 ott. 2001, con effetto dal 1° gen. 2002 (RU 2001 3397).

<sup>182</sup> Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 2 lug. 2002, in vigore dal 1° lug. 2002 (RU 2002 3013).

<sup>183</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 1° feb. 2017, in vigore dal 1° mar. 2017 (RU 2017 633).

<sup>184</sup> Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 1° feb. 2017, in vigore dal 1° mar. 2017 (RU 2017 633).

<sup>185</sup> Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 26 apr. 2006, in vigore dal 1° mag. 2006 (RU 2006 1757).

<sup>186</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 1° feb. 2017, in vigore dal 1° mar. 2017 (RU 2017 633).

- e. gli studi clinici più importanti;
- f.<sup>187</sup> i prezzi di fabbrica per la consegna praticati in tutti gli Stati di riferimento secondo l'articolo 34a<sup>bis</sup> capoverso 1;
- g.<sup>188</sup> ...

<sup>2</sup> 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**<sup>189</sup> Procedura di ammissione

<sup>1</sup> Previa consultazione della Commissione federale dei medicinali (CFM), l'UFSP decide in merito alle:

- a.<sup>190</sup> 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 65f OAMal.

<sup>2</sup> Senza consultare la CFM, l'UFSP decide in merito alle:

- a.<sup>191</sup> domande di ammissione di nuove forme galeniche di medicinali che figurano già nell'elenco delle specialità, all'interno delle indicazioni esistenti;
- a<sup>bis</sup>.<sup>192</sup> domande di ammissione di nuove grandezze d'imballaggio o di nuovi dosaggi di medicinali che figurano già nell'elenco delle specialità, all'interno delle indicazioni esistenti;
- b. domande di ammissione dei medicinali per cui è stata presentata una domanda presso Swissmedic secondo l'articolo 12 della legge del 15 dicembre 2000<sup>193</sup> sugli agenti terapeutici e il cui preparato originale figura già nell'elenco delle specialità;
- c. domande di ammissione di medicinali in co-marketing il cui preparato di base figura già nell'elenco delle specialità.

<sup>3</sup> 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.

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

<sup>187</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 1° feb. 2017, in vigore dal 1° mar. 2017 (RU 2017 633).

<sup>188</sup> Abrogata dal n. I dell'O del DFI dell'8 mag. 2013, con effetto dal 1° giu. 2013 (RU 2013 1357).

<sup>189</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 29 apr. 2015, in vigore dal 1° giu. 2015 (RU 2015 1359).

<sup>190</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 1° feb. 2017, in vigore dal 1° mar. 2017 (RU 2017 633).

<sup>191</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 1° feb. 2017, in vigore dal 1° mar. 2017 (RU 2017 633).

<sup>192</sup> Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 1° feb. 2017, in vigore dal 1° mar. 2017 (RU 2017 633).

<sup>193</sup> RS 812.21

**Art. 31a**<sup>194</sup> Procedura di ammissione accelerata

<sup>1</sup> Se Swissmedic ha approvato lo svolgimento di una procedura di omologazione accelerata secondo l'articolo 7 dell'ordinanza del 21 settembre 2018<sup>195</sup> sui medicinali, l'UFSP esegue una procedura di ammissione accelerata.

<sup>2</sup> 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. 31b**<sup>196</sup> 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**<sup>197</sup> 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.

**Art. 33**<sup>198</sup> Valore terapeutico

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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.<sup>199</sup>

<sup>194</sup> Introdotta 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).

<sup>195</sup> RS **812.212.21**. Il rimando è stato adeguato in applicazione dell'art. 12 cpv. 2 della L del 18 giu. 2004 sulle pubblicazioni ufficiali (RS **170.512**) con effetto dal 1° gen. 2019.

<sup>196</sup> Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 29 apr. 2015, in vigore dal 1° giu. 2015 (RU **2015** 1359).

<sup>197</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 2 lug. 2002, in vigore dal 1° lug. 2002 (RU **2002** 3013).

<sup>198</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 27 nov. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU **2000** 3088).

<sup>199</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 29 apr. 2015, in vigore dal 1° giu. 2015 (RU **2015** 1359).

**Art. 34**<sup>200</sup>**Art. 34a**<sup>201</sup> Ammissione di nuove grandezze d'imballaggio o di nuovi dosaggi

Per una domanda secondo l'articolo 31 capoverso 2 lettera a<sup>bis</sup> 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. 34a**<sup>bis 202</sup> Confronto con i prezzi praticati all'estero: Stati di riferimento e oggetto del confronto

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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 medicinali identici i preparati originali con la stessa sostanza attiva e la stessa forma galenica.

<sup>3</sup> Eventuali indicazioni differenti in Svizzera e negli Stati di riferimento non sono prese in considerazione.

**Art. 34b**<sup>203</sup> Confronto con i prezzi praticati all'estero: margini dei grossisti e sconto dei fabbricanti

<sup>1</sup> 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 65b capoverso 3 OAMa:

- 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.

<sup>200</sup> Abrogato dal n. I dell'O del DFI del 1° feb. 2017, con effetto dal 1° mar. 2017 (RU **2017** 633).

<sup>201</sup> 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).

<sup>202</sup> Originario art. 34a. Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 29 apr. 2015, in vigore dal 1° giu. 2015 (RU **2015** 1359).

<sup>203</sup> Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 29 apr. 2015, in vigore dal 1° giu. 2015 (RU **2015** 1359).

<sup>2</sup> 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.<sup>204</sup>

<sup>3</sup> 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. 34c**<sup>205</sup> Confronto con i prezzi praticati all'estero: calcolo e comunicazione dei prezzi di fabbrica per la consegna negli Stati di riferimento

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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.

**Art. 34d**<sup>206</sup> Riesame delle condizioni di ammissione ogni tre anni: suddivisione dei medicinali<sup>207</sup>

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

<sup>1bis</sup> 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),

<sup>204</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 1° feb. 2017, in vigore dal 1° mar. 2017 (RU 2017 633).

<sup>205</sup> 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.

<sup>206</sup> 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.

<sup>207</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 1° feb. 2017, in vigore dal 1° mar. 2017 (RU 2017 633).

3. antidoti (15),
  4. scambiatori di cationi (16),
  - 5.<sup>208</sup> ...
  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),
  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).<sup>209</sup>

<sup>2</sup> Sono esclusi dal riesame secondo il capoverso 1 i preparati originali che:

- a.<sup>210</sup> 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 65f capoverso 4 OAMal; l'UFSP procede al riesame di questi preparati originali al più presto nel secondo anno dopo l'ultimo riesame del prezzo;

<sup>208</sup> Abrogata dal n. I dell'O del DFI del 1° feb. 2017, con effetto dal 1° mar. 2017 (RU 2017 633).

<sup>209</sup> Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 21 ott. 2015, in vigore dal 15 nov. 2015 (RU 2015 4189).

<sup>210</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 1° feb. 2017, in vigore dal 1° mar. 2017 (RU 2017 633).

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

**Art. 34e<sup>211</sup>** Riesame delle condizioni di ammissione ogni tre anni: confronto con i prezzi praticati all'estero

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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, indicata singolarmente per tutte le forme di commercio.

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> ...<sup>212</sup>

**Art. 34f<sup>213</sup>** Riesame delle condizioni di ammissione ogni tre anni: confronto terapeutico trasversale

<sup>1</sup> Nel confronto terapeutico trasversale secondo l'articolo 65b 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.

<sup>2</sup> 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.

<sup>211</sup> Introdotta 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.

<sup>212</sup> Abrogata dal n. I dell'O del DFI del 1° feb. 2017, con effetto dal 1° mar. 2017 (RU **2017** 633).

<sup>213</sup> Introdotta 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.

<sup>3</sup> 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. 34g**<sup>214</sup> Riesame delle condizioni di ammissione ogni tre anni: riesame dell'economicità dei generici

Nel quadro del riesame secondo l'articolo 34d 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 medicamento 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. 34h**<sup>215</sup> Riesame delle condizioni di ammissione ogni tre anni: portata e momento della riduzione del prezzo di fabbrica per la consegna

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> L'UFSP riduce il prezzo di fabbrica per la consegna dei medicinali con effetto dal 1° dicembre dell'anno del riesame.<sup>216</sup>

<sup>214</sup> 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.

<sup>215</sup> 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. 35**<sup>217</sup>

**Art. 35a**<sup>218</sup>

**Art. 35b**<sup>219</sup>

**Art. 35c**<sup>220</sup>

**Art. 36** Riesame dell'economicità durante i primi 15 anni<sup>221</sup>

<sup>1</sup> L'UFSP riesamina i medicinali 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.<sup>222</sup>

<sup>2</sup> Se questo riesame rivela che il prezzo domandato è troppo alto, l'UFSP rifiuta la domanda.

<sup>3</sup> 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.<sup>223</sup>

**Art. 37**<sup>224</sup> Riesame delle condizioni di ammissione alla scadenza del brevetto

Per il riesame di un preparato originale secondo l'articolo 65e 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 65c capoversi 2–4 OAMal.

<sup>216</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 1° feb. 2017, in vigore dal 1° mar. 2017 (RU **2017** 633).

<sup>217</sup> Abrogato dal n. I dell'O del DFI del 29 apr. 2015, con effetto dal 1° lug. 2015 (RU **2015** 1359).

<sup>218</sup> 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).

<sup>219</sup> 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).

<sup>220</sup> 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).

<sup>221</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 26 apr. 2006, in vigore dal 1° mag. 2006 (RU **2006** 1757).

<sup>222</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 1° feb. 2017, in vigore dal 1° mar. 2017 (RU **2017** 633).

<sup>223</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI dell'8 mag. 2013, in vigore dal 1° giu. 2013 (RU **2013** 1357).

<sup>224</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 29 apr. 2015, in vigore dal 1° giu. 2015 (RU **2015** 1359).

**Art. 37a**<sup>225</sup> 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 65f OAMal, deve presentare all'UFSP per il riesame i documenti di cui all'articolo 30a.

**Art. 37b**<sup>226</sup> Limitazione dell'indicazione

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

- a. la decisione di omologazione;
- b. l'attestato di omologazione;
- c. l'informazione specializzata definitiva;
- d. i documenti contenenti informazioni e dati clinici in base ai quali Swissmedic ha deciso una modifica dell'omologazione.

<sup>2</sup> L'UFSP può informare la CFM in merito alle limitazioni di un'indicazione ed esigere ulteriori documenti dal titolare dell'omologazione.<sup>227</sup>

**Art. 37c**<sup>228</sup>

**Art. 37d**<sup>229</sup> Portata e momento del riesame

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

<sup>2</sup> ...<sup>230</sup>

**Art. 37e**<sup>231</sup> Restituzione delle eccedenze

<sup>1</sup> L'UFSP esamina se sono state conseguite eccedenze ai sensi dell'articolo 67a OAMal:

<sup>225</sup> 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).

<sup>226</sup> 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).

<sup>227</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 1° feb. 2017, in vigore dal 1° mar. 2017 (RU **2017** 633).

<sup>228</sup> 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).

<sup>229</sup> Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 26 apr. 2006, in vigore dal 1° mag. 2006 (RU **2006** 1757).

<sup>230</sup> Abrogato dal n. I dell'O del DFI del 29 apr. 2015, con effetto dal 1° giu. 2015 (RU **2015** 1359).

<sup>231</sup> Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 29 apr. 2015, in vigore dal 1° giu. 2015 (RU **2015** 1359).

- 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.

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

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> 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 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.

<sup>5</sup> 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.

<sup>6</sup> 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.

<sup>7</sup> 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.<sup>232</sup>

<sup>232</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 1° feb. 2017, in vigore dal 1° mar. 2017 (RU 2017 633).

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

**Art. 38<sup>233</sup>** Parte propria alla distribuzione

<sup>1</sup> Il supplemento attinente al prezzo per medicinali 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.

<sup>2</sup> Il supplemento per imballaggio per medicinali soggetti a prescrizione medica ammonta a:

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

<sup>3</sup> Il supplemento attinente al prezzo per medicinali non soggetti a prescrizione medica ammonta all'80 per cento del prezzo di fabbrica per la consegna.

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

<sup>233</sup> Originario art. 35a. 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).

**Sezione 4:**<sup>234</sup> **Aliquota percentuale dei medicinali****Art. 38a**<sup>235</sup>

<sup>1</sup> Per i medicinali 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 medicinali con il medesimo principio attivo figuranti nell'elenco delle specialità, l'aliquota percentuale ammonta al 20 per cento dei costi eccedenti la franchigia.

<sup>2</sup> 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 medicinali 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 medicinali con il medesimo principio attivo.

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

<sup>4</sup> Se il titolare dell'omologazione di un medicinale 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 medicinali 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.

<sup>5</sup> Se, una volta scaduto il brevetto, il titolare dell'omologazione per un preparato originale o per un medicinale 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 65c capoverso 2 OAMal, per tale medicinale si applica nei primi 24 mesi di questa riduzione di prezzo un'aliquota percentuale pari al 10 per cento dei costi eccedenti la franchigia.

<sup>6</sup> 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.

<sup>7</sup> 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.

<sup>234</sup> Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 9 nov. 2005, in vigore dal 1° gen. 2006 (RU **2006** 23).

<sup>235</sup> Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 1° feb. 2017, in vigore dal 1° mar. 2017 (RU **2017** 633).

## **Titolo 2: Condizioni per la fornitura di prestazioni**

### **Capitolo 1: ...**

#### **Art. 39<sup>236</sup>**

### **Capitolo 2: Scuole di chiropratica**

#### **Art. 40<sup>237</sup>**

Le scuole di chiropratica riconosciute ai sensi dell'articolo 44 capoverso 1 lettera a OAMal sono stabilite nell'articolo 1 dell'ordinanza del DFI del 20 agosto 2007<sup>238</sup> concernente i cicli di studio in chiropratica riconosciuti offerti in scuole universitarie estere.

### **Capitolo 3: ...**

#### **Art. 41<sup>239</sup>**

### **Capitolo 4: Laboratori**

#### **Art. 42**            Formazione e perfezionamento

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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;

<sup>236</sup> Abrogato dal n. I dell'O del DFI del 2 lug. 2002, con effetto dal 1° lug. 2002 (RU **2002** 3013).

<sup>237</sup> Nuovo testo giusta l'art. 2 dell'O del DFI del 20 ago. 2007 concernente i cicli di studio in chiropratica riconosciuti offerti da scuole universitarie estere, in vigore dal 1° set. 2007 (RU **2007** 4085).

<sup>238</sup> RS **811.115.4**

<sup>239</sup> 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.<sup>240</sup>

<sup>3</sup> 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.<sup>241</sup>

<sup>4</sup> ...<sup>242</sup>

#### Art. 43<sup>243</sup> Esigenze supplementari in materia di genetica medica

<sup>1</sup> 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<sup>244</sup>.

<sup>2</sup> 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<sup>245</sup> che stabilisce i contributi degli assicurati alle spese di diagnosi e di trattamento della tubercolosi;

<sup>240</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 16 mag. 2014, in vigore dal 1° lug. 2014 (RU **2014** 1251).

<sup>241</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 9 dic. 2016, in vigore dal 1° gen. 2017 (RU **2016** 4933).

<sup>242</sup> Abrogato dal n. I dell'O del DFI del 4 apr. 2007, con effetto dal 1° apr. 2007 (RU **2007** 1367).

<sup>243</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 9 dic. 2016, in vigore dal 1° gen. 2017 (RU **2016** 4933).

<sup>244</sup> RS **810.12**

<sup>245</sup> [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<sup>246</sup> concernente l'esercizio del diritto ai sussidi federali per la cura medica e i medicinali degli invalidi;
- c. l'ordinanza 4 del DFI sull'assicurazione contro le malattie del 30 luglio 1965<sup>247</sup> 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<sup>248</sup> concernente gli istituti di chiropratica riconosciuti;
- e. l'ordinanza 7 del DFI sull'assicurazione contro le malattie del 13 dicembre 1965<sup>249</sup> 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<sup>250</sup> 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<sup>251</sup> 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<sup>252</sup> concernente l'ammissione di medicinali nell'elenco delle specialità;
- i. l'ordinanza del DFI del 28 dicembre 1989<sup>253</sup> concernente i medicinali obbligatoriamente a carico delle casse malati riconosciute;
- k. l'ordinanza del DFI del 23 dicembre 1988<sup>254</sup> concernente le analisi obbligatoriamente a carico delle casse malati riconosciute.

**Art. 45**<sup>255</sup>

<sup>246</sup> [RU 1965 423, 1968 968, 1974 688, 1986 891]

<sup>247</sup> [RU 1965 612, 1986 1487 n. II]

<sup>248</sup> [RU 1965 1201, 1986 1487 n. II, 1988 973]

<sup>249</sup> [RU 1965 1202, 1968 754, 1971 1258, 1986 1487 n. II, 1988 2012, 1993 349, 1995 890]

<sup>250</sup> [RU 1986 87]

<sup>251</sup> [RU 1991 519, 1994 743 1078, 1995 891]

<sup>252</sup> [RU 1968 1463, 1986 1487]

<sup>253</sup> [RU 1990 127, 1991 959, 1994 765]

<sup>254</sup> [RU 1989 374, 1995 750 3688]

<sup>255</sup> Abrogato dal n. I dell'O del DFI del 27 nov. 2000, con effetto dal 1° gen. 2001 (RU 2000 3088).

**Art. 46** Entrata in vigore<sup>256</sup>

<sup>1</sup> La presente ordinanza entra in vigore il 1° gennaio 1996.

<sup>2</sup> ...<sup>257</sup>

<sup>3</sup> ...<sup>258</sup>

**Disposizione finale della modifica del 17 novembre 2003**<sup>259</sup>

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»)<sup>260</sup>.

**Disposizione finale della modifica del 12 dicembre 2005**<sup>261</sup>

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

**Disposizioni finali della modifica del 3 luglio 2006**<sup>262</sup>

<sup>1</sup> 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<sup>263, 264</sup>

<sup>2</sup> ...<sup>265</sup>

<sup>256</sup> Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 26 feb. 1996, in vigore dal 1° giu. 1996 (RU **1996** 1232).

<sup>257</sup> Abrogato dal n. I dell'O del DFI del 15 gen. 1996, con effetto dal 1° mag. 1996 (RU **1996** 909).

<sup>258</sup> Abrogato dal n. I dell'O del DFI del 26 feb. 1996, con effetto dal 1° giu. 1996 (RU **1996** 1232).

<sup>259</sup> RU **2003** 5283

<sup>260</sup> Non pubblicato nella RU. Il regolamento può essere consultato presso l'Ufficio federale della sanità pubblica.

<sup>261</sup> RU **2006** 21

<sup>262</sup> RU **2006** 2957

<sup>263</sup> RU **2006** 23

<sup>264</sup> In vigore dal 1° lug. 2006.

<sup>265</sup> Abrogato dal n. I dell'O del DFI del 5 dic. 2011, con effetto dal 1° gen. 2012 (RU **2011** 6487).

**Disposizioni finali della modifica del 4 aprile 2007<sup>266</sup>**

<sup>1</sup> 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.<sup>267</sup>

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

**Disposizioni finali della modifica del 21 settembre 2007<sup>268</sup>**

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> 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

<sup>266</sup> RU 2007 1367

<sup>267</sup> La mod. entra in vigore il 1° apr. 2007.

<sup>268</sup> RU 2007 4443

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.

<sup>6</sup> 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.

### **Disposizioni transitorie della modifica del 30 giugno 2010<sup>269</sup>**

#### **Disposizioni transitorie della modifica del 2 febbraio 2011<sup>270</sup>**

<sup>1</sup> In deroga all'articolo 38a 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.

<sup>2</sup> Per tutti i preparati originali e i medicinali 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 38a capoverso 1 è determinata il 1° luglio 2011.

### **Disposizioni transitorie della modifica del 21 marzo 2012<sup>271</sup>**

#### **Disposizioni transitorie della modifica del 29 aprile 2015<sup>272</sup>**

<sup>1</sup> Nel 2016 non si svolge alcun riesame delle condizioni di ammissione secondo gli articoli 34d–34h.<sup>273</sup>

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> La restituzione delle eccedenze per i medicinali 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 65d è valutata in occasione del successivo riesame triennale delle condizioni di ammissione conformemente all'articolo 35c OPre nel suo tenore previgente.

<sup>269</sup> RU **2010** 3249

<sup>270</sup> RU **2011** 657

<sup>271</sup> Applicabili dal 1° mag. 2012 al 31 dic. 2014 (RU **2012** 1769 n. III cpv. 2).

<sup>272</sup> RU **2015** 1359

<sup>273</sup> 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<sup>274</sup>**

1 ...<sup>275</sup>

<sup>2</sup> Per la restituzione delle eccedenze riguardanti i medicinali 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<sup>276</sup>.

**Disposizioni transitorie della modifica del 1° febbraio 2017<sup>277</sup>**

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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.

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

**Disposizione transitoria della modifica del 2 luglio 2019<sup>278</sup>**

La valutazione dei bisogni nelle case di cura può essere effettuata secondo il diritto anteriore fino al 31 dicembre 2021.

<sup>274</sup> RU **2015** 4189

<sup>275</sup> Abrogato dal n. I dell'O del DFI del 21 mar. 2016, con effetto dal 1° mag. 2016 (RU **2016** 1177).

<sup>276</sup> RU **2015** 1359

<sup>277</sup> RU **2017** 633

<sup>278</sup> RU **2019** 2145

*Allegato I<sup>279</sup>*  
(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 remunerati, se del caso a determinate condizioni, oppure non remunerati;
- 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.

### **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

<sup>279</sup> 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), dai n. II e III cpv. 1 dell'O del DFI del 7 giu. 2018 (RU **2018** 2361), dal n. II cpv. 1 dell'O del DFI del 30 nov. 2018 (RU **2018** 5085), dal n. I dell'O del 12 feb. 2018 (RU **2018** 967), dai n. II cpv. 1 delle O del 16 gen. 2019 (RU **2019** 439), del 6 giu. 2019 (RU **2019** 1931), del 6 dic. 2019 (RU **2019** 4387) e del 7 feb. 2020, in vigore dal 1° apr. 2020 (RU **2020** 519).

- 
- 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 interventistica e radioterapia
  - 10 Medicina complementare
  - 11 Riabilitazione

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
<b>1 Chirurgia</b>			
<i>1.1 In generale</i>			
Autotrasfusione	Si		1.1.1991
Provvedimenti in caso d'operazione al cuore	Si	Sono inclusi: Cateterismo cardiaco; angiocardiografia, compresi i mezzi di contrasto; ibernazione artificiale; impiego del circuito artificiale cuore-polmone; impiego del «Cardioverter» come «Pace-maker», defibrillatore o «Monitor»; conserve di sangue e sangue fresco; applicazione di una valvola cardiaca artificiale, compresa la protesi; applicazione del «Pace-maker», compreso l'apparecchio.	1.9.1967
Sistemi di stabilizzazione per operazioni di bypass coronarico effettuate sul cuore pulsante	Si	Tutti i pazienti previsti per un'operazione di bypass. Particolari vantaggi possono essere ottenuti nei 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	Si	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	Si	Per eliminare un'asimmetria delle mammelle e ristabilire l'integrità fisica e psichica della paziente	1.1.2015/ 1.1.2018
Terapia chirurgica dell'obesità	Si	Il paziente ha un indice di massa corporea (IMC) superiore a 35. Un'adeguata terapia per ridurre il peso della durata di due anni non ha avuto successo. Indicazione, esecuzione, garanzia della qualità e controlli successivi secondo le direttive mediche sulla terapia chirurgica dell'obesità (Richtlinien zur operativen Behandlung von Übergewicht, solo in tedesco) del 31 ottobre 2017 <sup>280</sup> della «Swiss	1.1.2000/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2007/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2014/ 1.1.2018

<sup>280</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif).

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Termoablazione endovenosa delle safene in caso di varici Si	No	<p>Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders» (SMOB).</p> <p>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.</p> <p>Si suppone che i centri riconosciuti dalla SMOB in base alle direttive della SMOB del 31 ottobre 2017 soddisfino tale condizione.</p> <p>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.</p> <p>Con radiofrequenza o laser</p> <p>Solo da parte di medici titolari di un attestato di capacità per la termoablazione endovenosa delle safene in caso di varici</p>	1.7.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2016
Terapia di ablazione meccanico-chimica endovenosa delle varici secondo il metodo Clarivein® Esecuzione ospedaliera di interventi elettivi in caso di varici, emorroidi, ernie inguinali, adenoidi, tonsille, interventi artroscopici al ginocchio, interventi diagnostici e terapeutici all'utero secondo il documento di riferimento dell'UFSP «Liste ambulanzdurzuführender elektiver Eingriffe», versione 1.0 del 23 novembre 2017 <sup>281</sup> (disponibile solo in tedesco e francese)	Si	I costi sono assunti soltanto se per circostanze particolari l'esecuzione ambulatoriale non è possibile.	1.7.2013

<sup>281</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
<i>1.2 Chirurgia di trapianto</i>			
Allotrapianto isolato delle Isole di Lange-rhans	Si	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	Si	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 <sup>282</sup> sul trapianto di organi, tessuti e cellule (legge sui trapianti) e secondo l'articolo 12 dell'ordinanza del 16 marzo 2007 <sup>283</sup> 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	Si	In caso di affezioni cardiache gravi e incurabili, quali la cardiopatia ischemica, la cardiomiopatia idiopatica, le malformazioni cardiache e l'aritmia maligna.	31.8.1989
Trapianto isolato del polmone (proveniente da donatore deceduto)	Si	Stadio terminale di una malattia polmonare cronica.	1.1.2003/ 1.4.2020
Trapianto isolato del fegato	Si		31.8.1989/ 1.3.1995/ 1.4.2020
Trapianto del fegato da donatore vivo	Si	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/ 1.4.2020
Trapianto simultaneo del pancreas e del rene	Si		1.1.2003/ 1.4.2020
Trapianto del pancreas dopo un trapianto del rene	Si		1.7.2010/ 1.4.2020
Trapianto isolato del pancreas	Si		31.8.1989/ 1.4.1994/ 1.7.2002/ 1.7.2010/

282 RS 810.21

283 RS 810.211

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
			1.4.2020
Trapianto simultaneo delle Isole di Langerhas e del rene	Si		1.7.2010/ 1.4.2020
Trapianto delle Isole di Langerhans dopo un trapianto del rene	Si		1.7.2010/ 1.4.2020
Allotrapianto isolato delle Isole di Langerhans	Si		1.7.2002/ 1.7.2010/ 1.4.2020
Autotrapianto isolato delle Isole di Langerhans	Si		1.7.2002/ 1.7.2010/ 1.4.2020
Trapianto isolato dell'intestino tenue	Si		1.7.2002/ 1.7.2010/ 1.4.2020
Trapianto simultaneo del fegato e dell'intestino tenue e trapianto multiviscerale	Si		1.7.2002/ 1.7.2010/ 1.4.2020
Trapianto con epidermide autologa di coltura (cheratinociti)	Si	<p>Adulti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bruciate del 70 % o più della superficie totale del corpo;</li> <li>- bruciate profonde del 50 % o più della superficie totale del corpo.</li> </ul> <p>Bambini:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bruciate del 50 % o più della superficie totale del corpo;</li> <li>- bruciate del 40 % o più della superficie totale del corpo.</li> </ul>	1.1.1997/ 31.12.2001
Trapianto autologo di grasso per correggere difetti congeniti, dovuti a malattia e di tipo postraumatico	Si	<p>Effettuato da medici specialisti in chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica.</p> <p>I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p>	1.8.2016/ 1.7.2018
Trapianto autologo di grasso per la ricostruzione mammaria postoperatoria	Si	<p>In valutazione:</p> <p>Come misura complementare alla misura «Ricostruzione mammaria operatoria» secondo il numero 1.1.</p> <p>Effettuato da medici specialisti in chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica.</p> <p>Al massimo tre sedute e nessun trattamento successivo con trapianto autologo di grasso.</p>	1.7.2018 fino al 30.06.2023
<i>1.3 Ortopedia, Traumatologia</i>			
Terapia di difetti di portamento	Si	Prestazione obbligatoria per provvedimenti unicamente terapeutici, ossia solo se risultano radiologicamente manifeste modifiche di struttura o malformazioni della colonna	16.1.1969

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		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.	
Terapia dell'artrosi con iniezione intraarticolare di un lubrificante artificiale	No		25.3.1971
Terapia dell'artrosi con iniezione intraarticolare di teflon o silicone come «lubrificante»	No		12.5.1977
Terapia dell'artrosi con iniezione di soluzione mista contenente olio allo iodoformio	No		1.1.1997
Terapia mediante onde d'urto extracorporee (litotripsia) applicata all'apparato locomotore	No		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	Si	Per il trattamento di lesioni del tessuto osseo e cartilagineo post-traumatiche dell'articolazione del ginocchio, di un'estensione massima di 2 cm <sup>2</sup> .  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	Si	In valutazione  Per il trattamento di lesioni del tessuto cartilagineo post-traumatiche dell'articolazione del ginocchio. Sono determinanti le indicazioni e controindicazioni della Commissione delle tariffe mediche LAINF (CTM) del 26 ottobre 2011 secondo la scheda informativa 2016.131.725.01-1.  I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	1.1.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2017/ 1.1.2020 fino al 31.12.2020

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
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	Si	Fratture recenti e dolorose del corpo vertebrale che non rispondono al trattamento analgesico e che evidenziano deformità tali da richiedere una correzione.  Indicazioni secondo le linee guida della Società svizzera di chirurgia spinale del 23 settembre 2004 <sup>284</sup> .  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
Menisctomia al laser	No		1.1.2006
<i>1.4 Urologia e Proctologia</i>			
Uroflowmetria (misurazione del flusso urinario mediante la registrazione di curve)	Si		3.12.1981/ 1.1.2012
Litotripsia renale extra-corporea mediante onde d'urto (abbreviazione in tedesco: ESWL), frantumazione dei calcoli renali	Si	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.	22.8.1985/ 1.8.2006

<sup>284</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif).

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		Gli elevati rischi dovuti alla particolare posizione del paziente durante la narcosi esigono una vigilanza anestesiologicala 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 rivascularizzazione	No		1.1.1993/ 1.4.1994
Applicazione di uno sfintere artificiale	Si	Incontinenza grave	31.8.1989
Terapia al laser dei tumori vescicali o del pene	Si		1.1.1993
Embolizzazione terapeutica della varicocele testicolare			
– mediante sclerizzazione o applicazione di coils	Si		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	Si	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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Elettroneuromodulazione dei nervi spinali sacrali mediante apparecchio impiantato per la terapia dell'incontinenza fecale	Si	<p>I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p> <p>In un'istituzione riconosciuta, che disponga di una unità di manometria anoretale in grado di realizzare una completa valutazione manometrica, così come di una unità di valutazione della funzione dei nervi periferici (test PNE).</p> <p>Dopo fallimento di terapie conservative e/o chirurgiche (inclusa la riabilitazione).</p> <p>Dopo un test di stimolazione (PNE) positivo.</p>	1.1.2003/ 1.1.2008
Elettroneuromodulazione percutanea del nervo tibiale mediante elettrodi ad ago	Si	<p>Per la terapia dell'iperattività vescicale idiopatica o dell'incontinenza fecale</p> <p>Dopo l'esaurimento delle opzioni di trattamento conservative</p> <p>Indicazione ed effettuazione solo da parte di medici specialisti in urologia o in ginecologia e ostetricia con formazione approfondita in uroginecologia (in caso di vescica iperattiva) oppure in gastroenterologia o chirurgia con formazione approfondita in chirurgia viscerale (in caso d'incontinenza fecale)</p>	1.3.2019/ 1.7.2019
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	Si	<p>Dopo l'esaurimento delle opzioni di trattamento conservative</p> <p>Per le indicazioni seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- incontinenza urinaria dovuta all'iperattività detrusoriale neurogena associata a un'affezione neurologica nell'adulto se il trattamento è effettuato da medici specialisti in urologia.</li> <li>- 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.</li> </ul>	1.1.2007/ 1.8.2008/ 1.7.2013/ 1.1.2014/ 1.1.2015/ 15.7.2015/ 1.8.2016
Stent urologici	Si	Se un intervento chirurgico è controindicato per comorbidità, per gravi limitazioni fisiche o per motivi tecnici.	1.8.2007

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Ultrasuoni concentrati ad alta intensità (HIFU) per il trattamento del carcinoma della prostata	No		1.7.2009
Vaporizzazione transuretrale e fotoselettiva della prostata con il laser (PVP)	Si	In caso di sindrome sintomatica di ostruzione della prostata.	1.7.2011
<b>2 Medicina interna</b>			
<i>2.1 In generale</i>			
Terapia con iniezione di ozono	No		13.5.1976
Terapia con ossigeno iperbarico	Si	In casi di: <ul style="list-style-type: none"> <li>– lesioni attiniche croniche o tardive;</li> <li>– osteomielite acuta della mascella;</li> <li>– osteomielite cronica;</li> <li>– sindrome diabetica del piede stadio <math>\geq 2B</math> secondo la classificazione di Wagner-Armstrong;</li> <li>– 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<sup>285</sup>.</li> </ul>	1.4.1994 1.9.1988 1.7.2011 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	Si	– Eccedenza rispetto al peso ideale del 20 per cento o più. – Malattia concomitante che può essere proficuamente influenzata da una riduzione di peso.	7.3.1974
– con anfetamine e loro derivati	No		1.1.1993
– con ormoni tiroidei	No		7.3.1974
– con diuretici	No		7.3.1974

<sup>285</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif).

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
– con iniezioni di corioogonadotropina	No		7.3.1974
Emodialisi («Rene artificiale»)	Si		1.9.1967
Emodialisi a domicilio	Si		27.11.1975
Dialisi peritoneale	Si		1.9.1967
Nutrizione enterica a domicilio	Si	Se senza impiego di sonda è esclusa una sufficiente nutrizione per via orale.	1.3.1995
Nutrizione enterica senza sonda a domicilio	Si	Se l'indicazione è posta conformemente alle «Direttive della Società svizzera della nutrizione clinica (SSNC) relative a Home Care, alimentazione artificiale a domicilio» <sup>286</sup> del gennaio 2013 (disponibile solo in tedesco e francese).	1.7.2002/ 1.7.2012/ 1.7.2013
Nutrizione parenterale a domicilio	Si		1.3.1995
Perfusione parenterale di antibiotici con pompa (ambulatoriamente)	Si		1.1.1997
Plasmaferesi	Si	Indicazioni: – Sindrome d'iperviscosità. – Malattie del sistema immunitario, se la 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.	25.8.1988
LDL-Aferesi	Si	In caso di ipercolesterolemia familiare omozigota.  Realizzato in un centro che ha l'infrastruttura e l'esperienza richieste.	25.8.1988/ 1.1.2005
	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/

<sup>286</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif).

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		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 hematopoietic Cellular Therapy Product Collection, Processing and Administration», 7 <sup>a</sup> edizione marzo 2018 <sup>287</sup> . 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 <sup>288</sup> sui trapianti e secondo l'articolo 12 dell'ordinanza del 16 marzo 2007 <sup>289</sup> sui trapianti. È invece esclusa la responsabilità dell'assicuratore del ricevente in caso di morte del donatore.	1.3.2019
– autologo	Si	– linfomi – leucemia linfatica acuta – leucemia mieloide acuta – mieloma multiplo – neuroblastoma – medulloblastoma – carcinoma germinale – sclerosi sistemica.	1.1.1997/ 1.1.2013/ 1.1.2018
	Si	Nel quadro di studi clinici: – sarcoma di Ewing – sarcoma dei tessuti molli – tumore di Wilms.	1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013/ 1.1.2018 fino al 31.12.2022
	Si	In studi clinici prospettici multicentrici controllati: – malattie auto-immuni a eccezione di sclerosi sistemica, sclerosi multipla, morbo di Crohn e diabete mellito.	1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013/ 1.1.2018 fino al 31.12.2022
	Si	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. 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 interdisci-	1.7.2018 fino al 30.6.2024

<sup>287</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif).  
<sup>288</sup> RS 810.21  
<sup>289</sup> RS 810.211

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		plinare «MS-Stammzell-Transplantationsboard» dell'Ospedale universitario di Zurigo.	
	No	<ul style="list-style-type: none"> <li>– recidiva di leucemia mieloide acuta</li> <li>– recidiva di leucemia linfatica acuta</li> <li>– carcinoma del seno</li> <li>– carcinoma bronchiale a piccole cellule</li> <li>– malattie congenite</li> <li>– carcinoma ovarico</li> <li>– tumore solido raro del bambino</li> <li>– sindrome mielodisplastica</li> <li>– leucemia mieloide cronica</li> <li>– morbo di Crohn</li> <li>– diabete mellito</li> </ul>	<p>1.1.1997/ 1.1.2008/ 1.1.2013/ 1.1.2018</p>
– allogeno	Si	<ul style="list-style-type: none"> <li>– leucemia mieloide acuta</li> <li>– leucemia linfatica acuta</li> <li>– leucemia mieloide cronica</li> <li>– sindrome mielodisplastica</li> <li>– anemia aplastica</li> <li>– deficienze immunitarie e Inborn errors</li> <li>– talassemia e anemia drepanocitica</li> <li>– mieloma multiplo</li> <li>– malattie linfatiche (linfoma di Hodgkin, linfoma non-Hodgkin, leucemia linfatica cronica).</li> </ul>	<p>1.1.1997/ 1.1.2013/ 1.1.2018</p>
	Si	<p>In studi clinici prospettici multicentrici controllati:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– malattie auto-immuni.</li> </ul> <p>I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p> <p>Dopo una terapia convenzionale fallita o in caso di una progressione della malattia.</p>	<p>1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013/ 1.1.2018 fino al 31.12.2022</p>
	No	<ul style="list-style-type: none"> <li>– tumori solidi</li> <li>– melanoma</li> <li>– carcinoma del seno</li> <li>– carcinoma renale</li> <li>– artrite reumatoide.</li> </ul>	<p>1.1.1997/ 1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013/ 1.1.2018</p>
Litotripsia dei calcoli biliari	Si	<p>Calcoli biliari intraepatici; calcoli biliari extraepatici nella regione del pancreas e del coledoco.</p> <p>Litotripsia dei calcoli della cistifellea, se il paziente non è operabile (esclusa anche la colecistectomia laparoscopica).</p>	1.4.1994
Polisonnografia Poligrafia	Si	<p>In caso di forte sospetto di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– apnea del sonno</li> <li>– movimento periodico delle gambe nel sonno</li> <li>– narcolessia, se la diagnosi clinica è incerta</li> <li>– parasomnia grave (ad es. distonia epiletti-</li> </ul>	<p>1.3.1995/ 1.1.1997/ 1.1.2002/ 1.7.2017</p>

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		ca notturna o comportamento violento durante il sonno), se la diagnosi è incerta e se ne risultano conseguenze terapeutiche.	
		Indicazione ed esecuzione in centri che soddisfano i requisiti delle «Richtlinien zur Zertifizierung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikats zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» del 2 novembre 2016 <sup>290</sup> 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	Si	In caso di forte sospetto di apnea del sonno. Esecuzione solo da parte di medici specializzati in pneumologia od otorinolaringologia la cui formazione ed esperienza pratica in poligrafia respiratoria soddisfano i requisiti delle «Richtlinien zur Zertifizierung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikats zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» del 2 novembre 2016 <sup>291</sup> 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 <sup>292</sup> della Società svizzera di otorinolaringologia e di chirurgia cervico-facciale (SSORL).	1.7.2002/ 1.1.2006/ 1.1.2012/ 15.7.2015/ 1.7.2017

<sup>290</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif).

<sup>291</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif).

<sup>292</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif).

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		<p>Si suppone che i medici specializzati (pneumologia od ORL), riconosciuti dalla Società svizzera di pneumologia (SSP) o dalla SSORL soddisfino questi requisiti.</p> <p>Se l'esame deve essere eseguito da un medico specialista che non è riconosciuto né dalla SSP né dalla SSORL, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p>	
Misura della melatonina nel siero	No		1.1.1997
Multiple Sleep Latency Test	Si	<p>Indicazione ed esecuzione in centri che soddisfano i requisiti delle «Richtlinien zur Zertifizierung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikats zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» del 2 novembre 2016<sup>293</sup> della SSSSC.</p> <p>Si suppone che i centri riconosciuti dalla SSSSC soddisfino questi requisiti.</p> <p>Se l'esame deve essere eseguito in un centro non riconosciuto dalla SSSSC, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p>	1.1.2000/ 1.7.2017
Maintenance of Wakefulness Test	Si	<p>Indicazione ed esecuzione in centri che soddisfano i requisiti delle «Richtlinien zur Zertifizierung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikats zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» del 2 novembre 2016<sup>294</sup> della SSSSC.</p> <p>Si suppone che i centri riconosciuti dalla SSSSC soddisfino questi requisiti.</p> <p>Se l'esame deve essere eseguito in un centro non riconosciuto dalla SSSSC, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p>	1.1.2000/ 1.7.2017
Actigrafia	Si	<p>Indicazione ed esecuzione in centri che soddisfano i requisiti delle «Richtlinien zur Zertifizierung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikats zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» del 2 novembre 2016<sup>295</sup> della SSSSC.</p>	1.1.2000/ 1.7.2017

<sup>293</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif).

<sup>294</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif).

<sup>295</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif).

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		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.	
Test respiratorio all'urea 13C per Helicobacter-pylori	Si		16.9.1998/ 1.1.2001
Vaccinazione con cellule dendritiche per il trattamento del melanoma in stadio avanzato	No		1.7.2002
Calorimetria e/o misura della densità corporea nella terapia dell'obesità	No		1.1.2004
Endoscopia con capsula	Si	Per esame dell'intestino tenue nel tratto che va dal legamento del Treitz fino alla valvola ileocecale in caso di: – emorragie di causa ignota; – malattie infiammatorie croniche dell'intestino tenue. In seguito a gastroscopia e colono-scopia con esito negativo. I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	1.1.2004/ 1.1.2006
Fotoferesi extracorporea	Si	In caso di linfoma T-Zell cutaneo (Sindrome di Sézary).	1.1.1997
	Si	In caso di Graft-Versus-Host-Disease se la terapia convenzionale (p.es. corticosteroidi) non ha avuto successo.	1.1.2009/ 1.1.2012
	Si	In valutazione In caso di sindrome da bronchite obliterante in seguito a trapianto di polmoni, se l'incremento dell'immunosoppressione come anche un tentativo di trattamento con i macrolidi non hanno avuto successo.	1.1.2009/ 1.8.2016/ 1.1.2020 fino al 31.12.2021

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
<i>2.2 Malattie cardiovascolari, medicina intensiva</i>			
Insufflazione di ossigeno	No		27.6.1968
Pressomassaggio sequenziale peristaltico	Si		27.3.1969/ 1.1.1996
Registrazione dell'ECG per telemetria	Si	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	Si		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	Si		1.7.2010 1.7.2012/ 1.1.2015
Applicazione di un defibrillatore	Si		31.8.1989
PTCA mediante pompa-pallone intraaortale	Si		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	Si	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 $\leq 35\%$ malgrado trattamento medico adeguato – Blocco di branca sinistro con QRS largo $\geq 130$ 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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Brachiterapia intra-coronarica	No		1.1.2003
Impianto di stent coronarici rivestiti	Si		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 «Mitra Swiss Registry».	1.1.2013
Impianto trans-catetere di valvola aortica (TAVI)	Si	In valutazione In caso di stenosi aortica grave nei pazienti inoperabili e ad alto rischio operatorio, alle condizioni seguenti (adempite cumulativamente): 1. la procedura TAVI dev'essere eseguita secondo le direttive europee «Guidelines on the management of valvular heart disease (version 2012)» <sup>296</sup> ; 2. la procedura TAVI può essere praticata soltanto nelle istituzioni che praticano la cardiocirurgia in sede; 3. la decisione sull'ammissibilità dei pazienti alla procedura TAVI deve essere presa in seno all'équipe Heart Team, comprendente almeno i seguenti specialisti: due medici specializzati in cardiologia, uno dei quali con specializzazione in cardiologia interventistica e formazione in interventi TAVI, nonché rispettivamente un medico specializzato in cardiocirurgia e un medico specializzato in anestesia; 4. tutti i centri che praticano la procedura TAVI devono comunicare i propri dati al SWISS TAVI Registry.	1.7.2013/ 1.1.2019/ 1.7.2019 fino al 30.06.2020
Elettrostimolazione dei barorecettori mediante neurostimolatore impiantato	No		1.4.2020
2.3 <i>Neurologia, inclusa la terapia del dolore e l'anestesia</i>			
Massaggi in caso di paralisi consecutiva ad affezioni del sistema nervoso centrale	Si		23.3.1972

<sup>296</sup> I documenti possono essere consultati al seguente indirizzo Internet:  
[www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif).

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Potenziali evocati visuali nell'ambito di esami neurologici speciali	Si		15.11.1979
Elettrostimolazione del midollo spinale mediante applicazioni di un sistema di neurostimolazione	Si	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
Elettrostimolazione delle strutture cerebrali profonde mediante applicazioni di un sistema di neurostimolazione	Si	Terapia di dolori cronici gravi di tipo di deafferentazione d'origine centrale (ad. es. lesioni del midollo spinale e lesioni cerebrali, lacerazione intradurale del nervo) se esiste una stretta indicazione e se è stato effettuato un test con elettrodo percutaneo. Il cambiamento del generatore d'impulsi è compreso nella prestazione obbligatoria.  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
Elettro-neuromodulazione 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)	Si	Diagnosi stabilita di un morbo di Parkinson idiopatico. Progressione dei sintomi su un minimo di due anni. Controllo insufficiente dei sintomi mediante il trattamento dopaminergico (fenomeni off, fluttuazioni on/off, dischinesie on).  Accertamenti ed esecuzioni in centri specializzati che dispongono delle necessarie infrastrutture (neurochirurgia funzionale, neurologia, neuroradiologia).	1.7.2000

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
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
Terapia con ultrasuoni focalizzati nel pallidum, talamo e subtalamo	Sì	In valutazione Per il trattamento di: – 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, dischinezie 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. – Dolori cronici gravi neuropatici refrattari alla terapia.	15.7.2015 fino al 30.6.2020
Elettro-neurostimolazione transcutanea (abbreviazione in tedesco: TENS)	Sì	Tenuta di un registro di valutazione. 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	23.8.1984

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		o del canale carpale.	
Stimolazione nervosa Si periferica dei nervi occipitali		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 <sup>297</sup> ).	1.7.2014
Terapia con con Si applicazione di un dosatore di medica- menti		In caso di spasticità resistente alla terapia	1.1.1996
Terapia intratecale di Si dolori cronici somati- ci con applicazione di un dosatore di medicamenti			1.1.1991
Potenziali evocati Si motori come esame neurologico specia- lizzato		Diagnosi di malattie neurologiche. L'esaminatore responsabile è titolare del certificato di capacità risp. dell'attestato di formazione complementare in elettroencefalografia o in elettroencefalografia della Società svizzera di neurofisiologia clinica.	1.1.1999
Resezione curativa di Si focolai epilettogeni		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 Si dell'epilessia me- diante: – commisurotomia – operazione sub- appiale multipla secondo Morell- Whisler – stimolazione del nervo vago		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

<sup>297</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif).

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
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
Denervazione delle faccette mediante radiofrequenza	No		1.1.2004/ 1.1.2005
Spondilodesi con gabbie intersomatiche o trapianto osseo	Si	<p>I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– 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.</li> <li>– Dopo insuccesso di una spondilodesi posteriore con il sistema di viti pedicolari.</li> </ul>	1.1.1999/ 1.1.2002/ 1.7.2002/ 1.1.2004
Protesi del disco intervertebrale cervicale	Si	<p>Indicazione:</p> <p>Malattia sintomatica degenerativa del disco intervertebrale della colonna vertebrale a livello cervicale.</p> <p>Mancato successo di una terapia conservativa della durata di tre mesi. Ad eccezione di pazienti che presentano malattie degenerative della colonna vertebrale a livello cervicale e che soffrono di dolori incontrollabili nonostante siano sottoposti a terapie ospedaliere o che presentano disfunzioni neurologiche progressive nonostante venga applicata una terapia conservativa.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Degenerazione di due segmenti al massimo</li> <li>– Nessuna cifosi primaria segmentale</li> <li>– Osservanza delle controindicazioni generali.</li> </ul> <p>Esecuzione dell'intervento solo da parte di un chirurgo qualificato. Si suppone che i chirurghi riconosciuti dalla Società svizzera di chirurgia spinale, dalla Società svizzera d'ortopedia o dalla Società svizzera di neurochirurgia siano conformemente qualificati.</p> <p>Se l'intervento deve essere eseguito da un</p>	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.7.2017

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Protesi del disco intervertebrale lombare	Si	<p>chirurgo non riconosciuto dalla Società svizzera di chirurgia spinale, dalla Società svizzera d'ortopedia o dalla Società svizzera di neurochirurgia, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p> <p>Indicazione:</p> <p>Malattia sintomatica degenerativa del disco intervertebrale della colonna vertebrale a livello lombare.</p> <p>Mancato successo di una terapia conservativa della durata di sei mesi. Ad eccezione di pazienti che presentano malattie degenerative della colonna vertebrale a livello lombare e che soffrono di dolori incontrollabili nono-stante siano sottoposti a terapie ospedaliere o che presentano disfunzioni neurologiche progressive nonostante venga applicata una terapia conservativa.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Degenerazione di due segmenti al massimo</li> <li>– Nessuna artrosi primaria delle faccette articolari</li> <li>– Osservanza delle controindicazioni generali.</li> </ul>	<p>1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.7.2017</p>
Stabilizzazione intraspinale e dinamica della colonna vertebrale	Si	<p>Esecuzione dell'intervento solo da parte di un chirurgo qualificato. Si suppone che i chirurghi riconosciuti dalla Società svizzera di chirurgia spinale, dalla Società svizzera d'ortopedia o dalla Società svizzera di neurochirurgia siano conformemente qualificati.</p> <p>Se l'intervento deve essere eseguito da un chirurgo non riconosciuto dalla Società svizzera di chirurgia spinale, dalla Società svizzera d'ortopedia o dalla Società svizzera di neurochirurgia va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p> <p>Indicazione:</p> <p>Stenosi spinale dinamica, stenosi spinale con decompressione, ernia discale recidiva con decompressione e sindrome da iperpressione delle faccette.</p> <p>Esecuzione dell'intervento solo da parte di un chirurgo qualificato. Si suppone che i chirurghi riconosciuti dalla Società svizzera di chirurgia spinale, dalla Società svizzera d'ortopedia o dalla Società svizzera di neurochirurgia siano conformemente qualificati.</p>	<p>1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.7.2017</p>

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		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.	
Stabilizzazione dinamica della colonna vertebrale con il sistema di viti pedicolari posteriori	Si	<p>Indicazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– 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.</li> <li>– Degenerazione del disco intervertebrale al massimo su due piani eventualmente con un'artrosi delle faccette</li> </ul> <p>Mancato successo di una terapia conservativa della durata di sei mesi. Ad eccezione di pazienti che presentano malattie degenerative della colonna vertebrale e che soffrono di dolori incontrollabili nonostante siano sottoposti a terapie ospedaliere o che presentano disfunzioni neurologiche progressive nonostante venga applicata una terapia conservativa.</p> <p>Esecuzione dell'intervento solo da parte di un chirurgo qualificato. Si suppone che i chirurghi riconosciuti dalla Società svizzera di chirurgia spinale, dalla Società svizzera d'ortopedia o dalla Società svizzera di neurochirurgia siano conformemente qualificati.</p> <p>Se l'intervento deve essere eseguito da un chirurgo non riconosciuto dalla Società svizzera di chirurgia spinale, dalla Società svizzera d'ortopedia o dalla Società svizzera di neurochirurgia, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p>	<p>1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.7.2017</p>
Anestesia generale volta a consentire interventi diagnostici o terapeutici (incl. interventi di medicina dentaria)	Si	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
<i>2.4 Medicina fisica, reumatologia</i>			
Terapia dell'artrosi con iniezioni intraarticolari di un lubrificante artificiale	No		25.3.1971
Terapia dell'artrosi con iniezioni intraarticolari di teflon o silicone come «lubrificante»	No		12.5.1977
Sinoviortesi	Si		12.5.1977
Terapia al low-level-laser	No		1.1.2001
<i>2.5 Oncologia</i>			
Terapia del cancro con pompa a perfusione (chemioterapia)	Si		27.8.1987
Terapia al laser per chirurgia minimale palliativa	Si		1.1.1993
Perfusione isolata delle membra con ipertermia e Tumor-Necrosis-Factors (TNF)	Si	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 specialisti in medicina intensiva.  La terapia deve essere effettuata in sala operatoria, sotto anestesia totale e controllo continuo mediante catetere Swan-Ganz.	1.1.1997/ 1.1.2001
	No	In caso di melanomi e sarcomi con: – invasione o infiltrazione delle radici delle estremità (ad es. invasione inguinale); – metastasi a distanza.	1.1.2001

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Immunoterapia specifica attiva nell'ambito del trattamento adiuvante del carcinoma del colon in stadio II			1.8.2007
Low-dose-rate-brachiterapia	Si	<p>Con semi di Iodio125 o semi di Palladio 103.</p> <p>In caso di carcinoma della prostata localizzato, con basso o medio rischio di recidiva e:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– aspettativa di vita &gt; cinque anni</li> <li>– nessuna TUR-P eseguita in precedenza</li> </ul> <p>volume della prostata &lt; 60 ccm</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– uretra non ostruita in modo grave disturbi del deflusso.</li> </ul> <p>Centro qualificato con intensa cooperazione interdisciplinare tra urologi, radio-oncologi e fisici-medici.</p>	1.7.2002/ 1.1.2005/ 1.1.2009/ 1.7.2011
Analisi dell'espressione multigenica in caso di carcinoma mammario	Si	<p>In valutazione</p> <p>Indicazione:</p> <p>Esame del tessuto tumorale di un carcinoma mammario primario invasivo con le seguenti caratteristiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– positivo al recettore estrogenico;</li> <li>– negativo al recettore 2 del fattore di crescita epidermico umano (HER2-);</li> <li>– con fino a 3 linfonodi loco regionali colpiti;</li> <li>– i soli referti convenzionali non consentono una decisione univoca a favore di una chemioterapia adiuvante.</li> </ul> <p>Condizioni per l'effettuazione del test:</p> <p>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<sup>298</sup> o ISO 15189 /17025<sup>299</sup>.</p>	1.1.2011/ 1.1.2015/ 1.1.2019 fino al 31.12.2023
Misure atte a preservare la fertilità degli adolescenti e degli adulti malati di cancro	Si	<p>In caso di adolescenti in età postpuberale e di adulti fino al compimento del 40° anno con rischio medio o elevato (&gt; 20 %) di amenorrea persistente nelle donne o di azoospermia negli uomini a causa della terapia.</p> <p>Misure per la donna:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– prelievo di oociti dopo la stimolazione ovarica, crioconservazione di oociti fecondati e non fecondati; un'eventuale fecondazione prima della crioconservazione</li> </ul>	1.7.2019

<sup>298</sup> Le direttive possono essere consultate all'indirizzo [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref).

<sup>299</sup> Le direttive possono essere consultate all'indirizzo [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref).

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Terapia cellulare CAR-T (CAR = recettore chimerico per l'antigene) con/in caso di:	Si	<p>non è a carico dell'assicurazione; oppure</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– resezione, crioconservazione e reimpianto del tessuto ovarico.</li> </ul> <p>Misure per l'uomo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– crioconservazione di spermatozoi;</li> <li>– se necessario: biopsia dei testicoli (estrazione testicolare di spermatozoi).</li> </ul> <p>Crioconservazione per al massimo 5 anni; proroga per ulteriori 5 anni solo in caso di persistenza dell'insufficienza ovarica o di azoospermia. Assunzione dei costi di una crioconservazione di spermatozoi e di oociti non fecondati in caso di persistenza dell'insufficienza ovarica o dell'azoospermia solo se è stata data precedentemente la garanzia speciale dell'assicuratore, il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p> <p>Indicazione ed esecuzione da parte di centri multidisciplinari che partecipano a un programma multicentrico di garanzia della qualità con tenuta di registri per misure atte a preservare la fertilità di uomini e donne in età fertile affetti da tumore, o che sono associati a tali centri.</p> <p>La terapia comprende il complesso terapeutico che consiste in: prelievo di cellule autologhe T (afèresi), loro modifica ed espansione genetica ex-vivo, eventuali terapie preparatorie linfodepletive, infusione delle cellule CAR-T e trattamento di eventuali effetti collaterali specifici della terapia cellulare CAR-T. Esecuzione nei centri accreditati dal «<i>The Joint Accreditation Committee-ISCT &amp; EBMT (JACIE)</i>» per un trapianto allogeno e/o autologo di cellule staminali secondo le norme pubblicate dal JACIE e dalla «<i>Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy (Fact)</i>»: «<i>FACT-JACIE International Standards for hematopoietic Cellular Therapy Product Collection, Processing and Administration</i>», 6ª edizione del marzo 2017 o 7ª edizione del marzo 2018.</p> <p>Tutti i casi devono essere rilevati in un registro.</p> <p>Se la terapia dovesse essere effettuata in un centro non riconosciuto secondo le condizioni menzionate, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p>	1.1.2020

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
<p>– Tisagenlecleucel: Sì</p> <p>in caso di linfoma diffuso a grandi cellule B recidivante o refrattario alla terapia (DLBCL, secondo la classificazione OMS 2008 delle neoplasie ematologiche e linfatiche) dopo almeno due linee terapeutiche.</p> <p>Per il trattamento di pazienti in età pediatrica e adulta fino al compimento dei 25 anni con leucemia linfoblastica acuta a cellule B (LLA-B), che è:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– refrattaria,</li> <li>– recidivante dopo il trapianto autologo di cellule staminali, o</li> <li>– recidivante dopo due o più linee terapeutiche.</li> </ul>		<p>In valutazione:</p> <p>I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p>	<p>1.1.2020 fino al 31.12.2022</p>
<p>– Axicabtagene Ciloleucel: Sì</p> <p>in caso di linfoma diffuso a grandi cellule B recidivante o refrattario alla terapia (DLBCL, secondo la classificazione OMS 2008 delle neoplasie ematologiche e linfatiche) e di linfoma primitivo mediastinico a cellule B (PMBCL) dopo almeno due linee terapeutiche</p>		<p>In valutazione:</p> <p>I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p>	<p>1.1.2020 fino al 31.12.2022</p>
<b>3 Ginecologia, ostetricia</b>			
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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Fecondazione in vitro per esame della sterilità	No		1.4.1994
Fecondazione in vitro e trasferimento d'embrione (FIVETE)	No		28.8.1986/ 1.4.1994
Sterilizzazione: – della donna	Si	Nell'ambito della cura medica di una donna in età feconda, la sterilizzazione è una prestazione obbligatoria, se a causa di uno stato patologico verosimilmente permanente o di un'anomalia fisica, una gravidanza mette in pericolo la vita della paziente o procura un danno probabilmente duraturo alla sua salute e se altri metodi contraccettivi non possono essere presi in considerazione per motivi medici (in senso lato).	11.12.1980
– del marito	Si	Se la sterilizzazione della moglie, di per sé rimborsabile, non può essere effettuata o non è auspicata dai coniugi, l'assicuratore cui è affiliata la moglie deve assumere le spese della sterilizzazione del marito.	1.1.1993
Terapia al laser del cancro del collo in situ	Si		1.1.1993
Ablazione non chirurgica dell'endometrio	Si	In caso di menorragie funzionali resistenti alla terapia nella premenopausa	1.1.1998
Test di Papanicolau per la diagnosi precoce del cancro del collo dell'utero (art. 12e 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. 12e 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. 12e 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	Si	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 <sup>300</sup> .	1.7.2002/ 1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.7.2009
Ansa sottouretrale per il trattamento dell'incontinenza da sforzo nella donna	Si	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Secondo le raccomandazioni dell'associazione di uro-ginecologia e patologia del pavimento pelvico, comunicazione degli esperti, aggiornamento del 16 giugno 2016 intitolato «Schlingenoperationen zur Behandlung der weiblichen Belastungsincontinenz (Stressinkontinenz)»<sup>301</sup>.</li> <li>– L'impianto Reemex® non viene pagato.</li> </ul>	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2019

#### 4 Pediatria, psichiatria infantile

Programmi per terapie multiprofessionali ambulatoriali in gruppo per bambini e adolescenti affetti da sovrappeso o obesità	Si	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Indicazione:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. in caso di obesità (IMC &gt; 97 percentili);</li> <li>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.</li> </ol> <p>Definizione di obesità, sovrappeso e malattie secondo le raccomandazioni pubblicate dalla Società svizzera di pediatria (SSP) nella rivista specializzata «Pediatria», edizione n. 6/2006 del 19 dicembre 2006<sup>302</sup> e n. 1/2011 del 4 marzo 2011<sup>303</sup>.</p> </li> <li>2. Programma: programma in gruppo medicalmente assistito con approccio terapeutico multiprofessionale secondo le esigenze stabilite dall'Associazione svizzera obesità nell'infanzia e nell'adolescenza (akj) e pubblicate nella rivista specializzata «Pediatria», edizione n. 2/2007 del 13 aprile</li> </ol>	1.1.2008/ 1.7.2009/ 1.1.2014/ 1.7.2014
--	----	---	---

<sup>300</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif).

<sup>301</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif).

<sup>302</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif).

<sup>303</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif).

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		2007 <sup>304</sup> .	
		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.	
	No	3. È necessario convenire un rimborso forfettario.	
		Programma alleggerito per bambini in età compresa tra i 4 e gli 8 anni compiuti.	1.1.2014
Terapia individuale multiprofessionale ambulatoriale strutturata per bambini e adolescenti affetti da sovrappeso o obesità, in 4 tappe.	Si	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 <sup>305</sup> del 19 dicembre 2006 e n. 1/2011 del 4 marzo 2011 <sup>306</sup> .	1.1.2014
		2. Terapia: a. 1 <sup>a</sup> 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. 2 <sup>a</sup> e 3 <sup>a</sup> tappa: programmi multidisciplinari diretti da un medico nel caso in cui la durata della terapia superi i	

<sup>304</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif).

<sup>305</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif).

<sup>306</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif).

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		6 mesi per la 1 <sup>a</sup> tappa o in presenza di una comorbilità significativa, c. 4 <sup>a</sup> tappa: trattamento fornito da un medico.	
		3. Programmi per la 2 <sup>a</sup> e la 3 <sup>a</sup> tappa: programma in gruppo medicalmente assistito con approccio terapeutico multi-professionale secondo le esigenze stabilite dall'Associazione svizzera obesità nell'infanzia e nell'adolescenza (akj) e pubblicate nella rivista specializzata «Pediatria», edizione n. 2/2007 del 13 aprile 2007 <sup>307</sup> . 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	Si	Praticata dal medico o sotto la sua sorveglianza diretta.	7.3.1974
Terapia dell'enuresi con apparecchio avvertitore	Si	Dai cinque anni compiuti.	1.1.1993
Elettrostimolazione della vescica	Si	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	Si	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

<sup>307</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif).

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Terapia ospedaliera lontano dal domicilio in caso di sovrappeso eccessivo	No		1.1.2005
Trattamento dei disturbi dello spettro autistico con il metodo «Packing»	No		1.7.2019
<b>5 Dermatologia</b>			
Terapia alla luce nera (PUVA) delle affezioni cutanee	Si		15.11.1979
Fototerapia selettiva agli ultravioletti (abbreviazione in tedesco: SUP)	Si	Sotto la responsabilità e il controllo del medico.	11.12.1980
Trattamento fotodinamico di malattie della pelle con derivati dell'acido aminolevulinico	Si		1.4.2020
Embolizzazione degli emangiomi del viso (radiologia di intervento)	Si	A condizione che non risulti più cara del trattamento chirurgico (escissione).	27.8.1987
Terapia al laser in caso di:			
– naevus teleangiectaticus	Si		1.1.1993
– condylomata acuminata	Si		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
Applicazione di equivalenti di pelle	Si	Per il trattamento di ferite croniche. Con equivalenti di pelle autologa o allogenica ammessi secondo le corrispondenti prescrizioni di legge.	1.7.2011/ 1.3.2019

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		Indicazione secondo le «Richtlinien zum Einsatz von azellulären biologisch aktiven Materialien bei schwer heilenden Wunden» della Società svizzera di dermatologia e venerologia e della Schweizerische Gesellschaft für Wundbehandlung del 1° aprile 2018. Esecuzione in centri riconosciuti dalla Società svizzera di dermatologia e venerologia e dalla Schweizerische Gesellschaft für Wundbehandlung. Se il trattamento deve essere eseguito in un centro non riconosciuto dalla Società svizzera di dermatologia e venerologia e dalla «Schweizerische Gesellschaft für Wundbehandlung» va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	
Terapia con larve	Si	Per il trattamento di ferite croniche.	1.7.2011
Trattamento della lipoatrofia facciale con materiale di riempimento	Si	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
<b>6 Oftalmologia</b>			
Ortottica	Si	Se eseguita dal medico o sotto la sua sorveglianza diretta.	27.3.1969
Potenziali evocati visuali nell'ambito di esami oftalmologici speciali	Si		15.11.1979
Biometria ultrasonica dell'occhio, prima di un'operazione della cataratta	Si		8.12.1983
Terapia al laser in caso di:	Si		1.1.1993
– retinopatie diabetiche			
– lesioni della retina (inclusa apoplezia retinica)	Si		1.1.1993
– capsulotomia	Si		1.1.1993
– trabeculotomia	Si		1.1.1993
Chirurgia refrattiva (Cheratomia mediane laser o intervento	Si	Obbligo di prestazione unicamente quando il portatore di occhiali è affetto da un'anisometropia non correggibile supera le	1.1.1995/ 1.1.1997/ 1.1.2005

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
chirurgico)		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.	
Correzione refrattiva mediante lente intraoculare	Si	Obbligo di prestazione unicamente quando l'anisometropia supera le 10 diottrie, in combinazione con la cheratomia. I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	1.1.2000/ 1.1.2005
Copertura di difetti della cornea con membrane amniotiche	Si		1.1.2001
Terapia fotodinamica della degenerazione maculare con Verteporfin	Si	Forma classica predominante essudativa di degenerazione maculare determinata dall'età.  In caso di neovascolarizzazioni provocate da miopia patologica.	1.1.2006  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	Si	Per correggere l'astigmatismo irregolare in caso di cheratocono, unicamente se una correzione con occhiali o lenti a contatto non	1.8.2007

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		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)	
Misurazione dell'osmolarità del film lacrimale	No		1.1.2010
<b>7 Otorinolaringoiatria</b>			
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- psico-fonologia)	No		18.1.1979
Protesi vocale	Sì	Applicazione in caso di laringectomia totale o dopo una laringectomia totale. Il cambiamento di una protesi vocale applicata è compreso nella prestazione obbligatoria.	1.3.1995
Terapia al laser in caso di:	Sì		1.1.1993
– papillomatosi delle vie respiratorie			
– resezione della lingua	Sì		1.1.1993
Impianto della chiocciola per la terapia della sordità delle due orecchie con resti uditivi inutilizzabili	Sì	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)	Si	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	Si	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	Si	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 Si

Ammissibile una riduzione delle prestazioni in caso di colpa grave dell'assicurato.

25.3.1971

– ospedaliera Si

Terapia sostitutiva in caso di dipendenza dagli oppiacei

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<sup>308</sup>;

1.1.2001/  
1.1.2007/  
1.1.2010/  
1.7.2012

<sup>308</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: [www.ufsp.admin.ch/ri/](http://www.ufsp.admin.ch/ri/).

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		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 raccomandazioni del manuale dell'UFSP «Richtlinien, Empfehlungen, Information», settembre 2000 <sup>309</sup> .	1.1.2001/ 1.1.2007/ 1.1.2010/ 1.1.2014
		2. La sostanza o il preparato utilizzati devono figurare nell'Elenco dei medicinali con tariffa (EMT) oppure nell'Elenco delle specialità (ES) nel gruppo terapeutico (IT) approvato dall'UICM.	
		3. La terapia sostitutiva comprende le prestazioni seguenti:	
		a. prestazioni mediche: <ul style="list-style-type: none"> <li>– 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;</li> <li>– richiesta d'informazioni supplementari (famiglia, convivente, servizi terapeutici precedenti);</li> <li>– determinazione della diagnosi e dell'indicazione;</li> <li>– approntamento del piano terapeutico;</li> <li>– procedura di domanda d'autorizzazione e approntamento di rapporti destinati agli assicuratori-malattie;</li> <li>– avvio ed esecuzione della terapia sostitutiva;</li> <li>– consegna sorvegliata della sostanza o del preparato a condizione che non avvenga attraverso un farmacista;</li> <li>– garanzia della qualità;</li> <li>– terapia di turbe legate all'uso di altre sostanze psicotrope;</li> <li>– valutazione del processo terapeutico;</li> <li>– richiesta d'informazioni presso l'istituzione preposta alla consegna dei prodotti;</li> <li>– verifica della diagnosi e dell'indicazione;</li> <li>– adeguamento della terapia e relativo scambio di corrispondenza con le autorità;</li> <li>– rapporti all'attenzione delle autori-</li> </ul>	

<sup>309</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif).

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		<ul style="list-style-type: none"> <li>– tà e degli assicuratori-malattie;</li> <li>– controllo della qualità.</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>b. Prestazioni del farmacista:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– preparazione di soluzioni perorali secondo l'EMT, compreso il controllo della qualità;</li> <li>– consegna controllata della sostanza o del preparato;</li> <li>– contabilità concernente la sostanza attiva e rapporti destinati alle autorità;</li> <li>– rapporti all'attenzione del medico responsabile;</li> <li>– consulenza.</li> </ul> </li> </ul>	
		4. La prestazione va fornita dall'istituzione competente secondo il numero 1.	
		5. Per la terapia sostitutiva è possibile convenire rimborsi forfettari.	
Svezamento ultracorto dagli oppiacei (UROD) sotto sedazione	No		1.1.2001
Svezamento ultracorto dagli oppiacei (UROD) sotto anestesia	No		1.1.1998
Svezamento ambulatoriale dagli oppiacei secondo il metodo Endorphine Stimulated Clean & Addiction Personality Enhancement (ESCAPE)	No		1.1.1999
Psicoterapia di gruppo	Si	Secondo gli articoli 2 e 3 OPre.	25.3.1971/ 1.1.1996
Terapia di rilassamento secondo Ajuria-guerra	Si	Nello studio medico o in ospedale sotto sorveglianza diretta del medico.	22.3.1973
Terapia mediante il gioco e la pittura per fanciulli	Si	Se eseguita dal medico o sotto la sua diretta sorveglianza.	7.3.1974
Psicodramma	Si	Secondo gli articoli 2 e 3 OPre.	13.5.1976/ 1.1.1996
Controllo della terapia per video	No		16.2.1978
Musicoterapia	No		11.12.1980
Trattamento dell'insonnia attraverso una terapia cognitivo-	Si	1. Psicoterapia effettuata dal medico secondo l'articolo 2 OPre basata su un approccio cognitivo-comportamentale, che prevede in particolare gli elementi seguenti:	1.1.2017

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
comportamentale basata su Internet		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.	
		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 3b OPre.	
Stimolazione magnetica transcranica ripetitiva (rTMS) per il trattamento della depressione	No		1.1.2018
<b>9 Radiologia</b>			
<i>9.1 Radiodiagnostica</i>			
Tomografia assiale computerizzata (scanner)	Si	Esclusi gli esami di routine (Screening)	15.11.1979
Osteodensitometria mediante assorbimetria a doppia energia ai raggi X (DEXA)	Si	<ul style="list-style-type: none"> <li>– In caso d'osteoporosi manifesta e dopo frattura ossea da trauma inadeguato</li> <li>– In caso di terapia a lungo termine al cortisone o in caso di ipogonadismo</li> <li>– In caso di malattie gastrointestinali con sindrome di malassorbimento (in particolare morbo di Crohn, colite ulcerosa, celiachia)</li> <li>– In caso di iperparatiroidismo primario (se l'indicazione di operare non è chiara)</li> <li>– In caso di osteogenesis imperfecta</li> <li>– HIV</li> <li>– In caso di terapia con inibitori dell'aromatasi (dopo la menopausa) o con una combinazione di un analogo del GnRH e inibitori dell'aromatasi (prima della menopausa),</li> </ul>	1.3.1995/ 1.1.1999/ 1.7.2010/ 1.7.2012/ 1.1.1999/ 1.7.2010/ 1.1.2015/ 1.7.2019/ 1.4.2020
		Esami dell'evoluzione finché sussiste la situazione di rischio predisponente, di norma al massimo ogni due anni.	1.3.1995/ 1.4.2020
– mediante scanner totale del corpo	No		1.3.1995
Osteodensitometria mediante TC periferica quantitativa	No		1.1.2003/ 1.1.2006

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
(pQTC)			
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
Mammografia	Si	Per la diagnostica in caso di sospetto clinico urgente di una patologia al seno.	1.1.2008
<i>9.2 Altri procedimenti di formazione d'immagini</i>			
Risonanza magnetica nucleare (MRI)	Si		1.1.1999
Tomografia con emissione di positroni (TEP, TEP/TC)	Si	Esecuzione nei centri che soddisfano le direttive amministrative del 20 giugno 2008 <sup>310</sup> 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/ 1.1.2019/ 1.3.2019/ 1.4.2020
		a) Mediante 18F-fluoro-desossiglucosio (FDG) solo per le indicazioni seguenti:	
		1. in cardiologia:	
		– come provvedimento preoperatorio in caso di trapianto cardiaco,	
		– in caso di sospetta sarcoidosi cardiaca come diagnostica di secondo livello e per il monitoraggio della terapia;	
		– in caso di sospetta infezione post-impianto di dispositivi cardiologici;	
		2. in oncologia:	
		– secondo le direttive cliniche relative alla FDG-TEP del 28 aprile 2011 <sup>311</sup> 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 diagnostica liquorale inconcludente o se una puntura lombare non è possibile o è controindicata, dopo accertamento preliminare interdisciplinare da parte di medici specializzati in medicina interna generale con	

<sup>310</sup> I documenti possono essere consultati al seguente indirizzo Internet: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif).

<sup>311</sup> I documenti possono essere consultati al seguente indirizzo Internet: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif).

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		indirizzo geriatria, psichiatria e psicoterapia o neurologia; fino al compimento dell'80° anno di età, con un Mini-Mental-Status-Test (MMST) totalizzante almeno 10 punti e una demenza insorta al massimo da 5 anni; nessun esame preliminare mediante PET o SPECT.;	
		<p>4. in medicina interna generale, infettivologia o reumatologia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– in caso di febbre di origine ignota, dopo un esame internistico e infettivologico e una diagnostica per immagini inclusa la RMN e/o la TC inconcludenti, su prescrizione di un medico specializzato in medicina interna generale, reumatologia, allergologia e immunologia clinica o infettivologia,</li> <li>– in caso di sospetta vasculite dei grandi vasi e come monitoraggio della terapia, su prescrizione di un medico specializzato in reumatologia, allergologia e immunologia clinica, medicina interna generale, angiologia o chirurgia vascolare,</li> <li>– in caso di sospetta infezione di un innesto vascolare,</li> <li>– in caso di echinococcosi alveolare in vista di una possibile interruzione della terapia medicamentosa;</li> </ul>	
		<p>5. in valutazione: nel caso dell'indicazione «effetto massa», secondo le direttive cliniche relative alla FDG-PET del 28 aprile 2011 della SSMN, capitolo 2.0.</p>	<p>1.7.2014/ 1.1.2018/ 1.1.2019/ 1.1.2020 fino al 31.12.2020</p>
		<p>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.</p>	1.7.2013
		<p>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.</p>	1.7.2013
		<p>d) Mediante 18F-fluorocolina, solo per le indicazioni seguenti: Per l'accertamento di una recidiva biochimica (aumento del PSA) di un carcinoma prostatico.</p>	<p>1.7.2014/ 1.1.2018/ 1.1.2019</p>

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		In valutazione: Per la localizzazione preoperatoria di adenomi della paratiroide in caso di iperparatiroidismo primario dopo una diagnostica per immagini convenzionale negativa o non conclusiva (scintigrafia con sestamibi o -SPECT/TC).	1.7.2018 fino al 30.6.2020
		e) Mediante 18F-etil-tirosina (FET), solo per l'indicazione seguente: valutazione dei tumori cerebrali e rivalutazione dei tumori cerebrali maligni.	1.1.2016
		f) Mediante PSMA-tracer, solo per l'indicazione seguente: accertamento di una recidiva biochimica (aumento del PSA) di un carcinoma prostatico.	1.1.2017/ 1.1.2019
		g) Mediante DOTA-peptidi, solo per l'indicazione seguente: stadiazione e ristadiazione di tumori neuroendocrini differenziati.	1.7.2017
		h) Mediante H <sub>2</sub> <sup>15</sup> O, solo per l'indicazione seguente: misurazione della perfusione prima e dopo gli interventi di rivascularizzazione cerebrale in caso di malattia di Moyamoya.	1.7.2018
		i) Mediante traccianti per amiloide marcati, solo per l'indicazione seguente: investigazione di demenze: come esame complementare in casi non certi, dopo diagnostica liquorale inconcludente o se una puntura lombare non è possibile o è controindicata, dopo accertamento preliminare interdisciplinare e prescrizione da parte di medici specializzati in medicina interna generale con formazione approfondita in geriatria, psichiatria e psicoterapia o neurologia; fino al compimento dell'80° anno di età, con un Mini-Mental-Status-Test (MMST) totalizzante almeno 10 punti e una demenza insorta al massimo da 5 anni; nessun esame preliminare mediante PET o SPECT.	1.4.2020
	No	a) Mediante 18F-Fluoride	1.1.2013/ 1.7.2014/
		b) Con altri isotopi diversi dal 18F-fluorodesossiglucosio (FDG), 18F-fluorocolina, N-13-Ammoniaca o rubidio-82 o 18F-etil-tirosina (FET), PSMA, DOTA-peptidi, H <sub>2</sub> <sup>15</sup> O o traccianti per amiloide marcati	1.1.2015/ 1.1.2011/ 1.1.2016/ 1.7.2017/ 1.7.2018/ 1.1.2019/

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
			1.4.2020
Magnetoencefalografia	No		1.7.2002
Elastografia a ultrasuoni del fegato	Si	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
<i>9.3 Radiologia interventistica e radioterapia</i>			
Radioterapia stereotassica ambulatoriale (fotoni) della degenerazione maculare umida determinata dall'età	Si	In valutazione Se sono soddisfatte tutte le seguenti condizioni: – neovascolarizzazione coroideale (CNV) con segni di attività come fluido intraretinico o emorragie; – terapia anti-VEGF in corso da almeno 6 mesi per escludere l'ipotesi di un trattamento insufficiente; – nessun cambiamento dello stato di attività della CNV nonostante l'intensa terapia di iniezioni e nessuna riduzione prevista della frequenza, elevata e necessaria, delle iniezioni; – diametro della CNV non superiore a 4 mm (distanza tra centro e fovea di 3 mm al massimo).	1.1.2018 fino al 30.06.2020
Irradiazione terapeutica con protoni	Si	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, neuroestesiblastomi, 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
	Si	In valutazione – per l'indicazione seguente: carcinoma bronchiale non a piccole cellule (NSCLC) agli stadi UICC IIB e IIIA/B, nel quadro dello studio controllato randomizzato RTOG 1308.	1.4.2020 fino al 31.12.2025
	No	I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. – Radioterapia postoperatoria di carcinomi mammari – Tutte le altre indicazioni	1.7.2012/ 15.7.2015/ 1.1.2018/ 1.4.2020
Irradiazione terapeutica con pioni	No		1.1.1993
Irradiazione terapeutica con protoni	Si	Esecuzione presso l'Istituto Paul Scherrer, Villigen. a) In caso di melanomi intraoculari. b) Se non è possibile irradiare a sufficienza con fotoni a causa di una stretta vicinanza con organi sensibili alle radiazioni, o di una particolare esigenza di protezione dell'organismo del bambino o dell'adolescente.	28.8.1986/ 1.1.1993
	No	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.	1.1.2002/ 1.7.2002/ 1.8.2007/ 1.1.2011/ 1.7.2011
	No	– Radioterapia postoperatoria di carcinomi mammari – Tutte le altre indicazioni	1.7.2012/ 15.7.2015

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Radiochirurgia (LINAC, Gamma-Knife)	Si	Indicazioni: <ul style="list-style-type: none"> <li>– neurinomi del nervo acustico</li> <li>– recidive di adenomi ipofisari o di craniofaringiomi</li> <li>– adenomi ipofisari o craniofaringiomi non operabili in modo radicale</li> <li>– malformazioni arteriovenose</li> <li>– meningiomi</li> </ul>	1.1.1996
	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	Si	<ul style="list-style-type: none"> <li>– in caso di metastasi cerebrali del volume di 25 cm<sup>3</sup> 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.</li> <li>– in caso di tumori maligni cerebrali primari del volume di 25 cm<sup>3</sup> al massimo risp. del diametro di 3,5 cm al massimo se la localizzazione del tumore non permette di operarlo.</li> </ul>	1.1.1999/ 1.1.2000/ 1.1.2003
Radiochirurgia con Gamma Knife	No	<ul style="list-style-type: none"> <li>– in caso di metastasi cerebrali del volume di 25 cm<sup>3</sup> 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.</li> <li>– in caso di tumori maligni cerebrali primari del volume di 25 cm<sup>3</sup> al massimo risp. del diametro di 3,5 cm al massimo se la localizzazione del tumore non permette di operarlo.</li> </ul>	1.1.1999/ 1.1.2000/ 1.4.2003/ 1.7.2011
Radioterapia selettiva interna (SIRT) con microsferi di Y-90	Si	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 interventzionale, 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	Si	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
Dissectomia 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	Si	Per le indicazioni seguenti: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Recidiva di un carcinoma mammario inoperabile a livello del seno o della parete toracica, in una zona già sottoposta a radioterapia</li> <li>– Metastasi linfonodali inoperabili dovute a un tumore ORL, in una zona già sottoposta a radioterapia</li> <li>– Metastasi linfonodali superficiali e recidive locali in caso di melanoma maligno</li> <li>– Recidiva locale di un tumore, con fenomeni di compressione in situazioni palliative</li> </ul> <p>I trattamenti avvengono nel quadro di una clinica affiliata alla <i>Swiss Hyperthermia Network</i>; le indicazioni sono fornite dalla sua <i>Tumorboard</i>.</p>	1.1.2017
Ipertermia oncologica profonda locale in abbinamento con la radioterapia esterna o la brachiterapia	Si	Per le indicazioni seguenti: <ul style="list-style-type: none"> <li>– cancro del collo dell'utero, in caso di controindicazioni per la chemioterapia o in una zona già sottoposta a radioterapia</li> <li>– cancro della vescica (mantenimento delle funzioni), in caso di controindicazioni per la chemioterapia o in una zona già sottoposta a radioterapia</li> <li>– cancro del retto (mantenimento delle funzioni), in caso di controindicazioni per la chemioterapia o di recidiva in una zona già sottoposta a radioterapia</li> <li>– sarcoma dei tessuti molli (mantenimento delle funzioni), in caso di controindicazioni per la chemioterapia</li> <li>– cancro del pancreas, tumore primario inoperabile in stadio avanzato a livello locale</li> <li>– recidiva locale del tumore con sintomatologia da compressione in situazione pal-</li> </ul>	1.1.2017/ 1.1.2019 fino al 31.12.2020

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		liativa, profondità del focolaio > 5 cm – Metastasi ossee dolorose della colonna vertebrale e del bacino, profondità del focolaio > 5 cm  I trattamenti avvengono nel quadro di una clinica affiliata alla <i>Swiss Hyperthermia Network</i> ; le indicazioni sono fornite dalla sua <i>Tumorboard</i> .	
<b>10 Medicina complementare</b>			
Agopuntura	Si		1.7.1999/ 1.1.2012/ 1.8.2016/ 1.8.2017
Medicina antroposofica	Si		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.1.2012/ 1.8.2017
Terapia medicamentosa della medicina tradizionale cinese (MTC)	Si		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.1.2012/ 1.8.2016/ 1.8.2017
Omeopatia unicista (classica)	Si		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.1.2012/ 1.8.2016/ 1.8.2017
Fitoterapia	Si		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.1.2012/ 1.8.2017
Terapia del campo di disturbo (Terapia neurale secondo Huneke)	No		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.7.1999/ 1.1.2012/ 1.7.2012
<b>11 Riabilitazione</b>			
Riabilitazione ospedaliera	Si	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	12.5.1977/ 1.1.1997/ 1.1.2000/ 1.1.2003/

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		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:	1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2010/ 1.7.2011/ 1.1.2013
		<ul style="list-style-type: none"> <li>– accresciuto rischio cardiaco</li> <li>– diminuzione della funzione del miocardio</li> <li>– comorbilità (diabetes mellitus, COPD, ecc.).</li> </ul> <p>Il programma di riabilitazione ambulatoriale può durare da due a sei mesi, a dipendenza dell'intensità dell'offerta di trattamento.</p> <p>Di regola la durata del trattamento ospedaliero è di quattro settimane ma può essere ridotta a due o tre settimane nei casi meno complessi.</p> <p>La riabilitazione è praticata in un istituto sotto direzione medica, con programma personale e infrastrutture che soddisfano le seguenti direttive:</p> <p>Riabilitazione cardiaca: profilo di esigenze del Gruppo di lavoro per la riabilitazione cardiaca. Società svizzera di cardiologia (SSC) per le cliniche e gli istituti di riabilitazione ufficialmente riconosciuti dalla SSC del 15 marzo 2011<sup>312</sup>.</p> <p>Riabilitazione in caso di malattia oclusiva arteriosa periferica: profilo delle esigenze della Società svizzera d'angiologia del 5 marzo 2009<sup>313</sup>.</p> <p>Riabilitazione in caso di diabete: profilo delle esigenze della Società svizzera di endocrinologia e di diabetologia del 17 novembre 2010<sup>314</sup>.</p>	
	Si	<p>Indicazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Dopo un infarto del miocardio, con o senza PTCA</li> <li>– dopo bypass-operation</li> <li>– dopo altri interventi sul cuore e sui grandi vasi</li> <li>– dopo PTCA, in particolare in caso di precedente inattività o di molteplici fattori di rischio</li> <li>– malattia cronica e fattori multipli di rischio refrattari alla terapia ma con buona speranza di vita</li> <li>– malattia cronica con cattiva funzione ventricolare</li> </ul>	

<sup>312</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif).

<sup>313</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif).

<sup>314</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif).

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		– 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
Riabilitazione polmonare	Sì	<p>Programmi per pazienti affetti da gravi malattie polmonari croniche.</p> <p>La terapia può essere ambulatoriale o ospedaliera in un'istituzione diretta da medici. Lo svolgimento del programma, il personale e l'infrastruttura devono adempire i requisiti del 2003<sup>315</sup> posti dalla Società svizzera di pneumologia, Commissione per la riabilitazione polmonare. Il responsabile del programma deve essere riconosciuto dalla Società svizzera di pneumologia, Commissione per la riabilitazione polmonare.</p> <p>L'assunzione dei costi è garantita al massimo una volta all'anno.</p> <p>I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p>	1.1.2005

<sup>315</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif).

*Allegato 1a*<sup>316</sup>  
(art. 3c)

## **Limitazione dell'assunzione dei costi per determinati interventi elettivi**

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

#### **1. Operazioni sulle vene varicose dell'arto inferiore**

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

Codice secondo la versione CHOP 2020 <sup>317</sup>	Denominazione
<i>Legatura e stripping di vene varicose</i>	
38.50	Legatura e stripping di vene varicose, sede non specificata
<i>Legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore</i>	
38.59.00	Legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore, NAS
38.59.10	Legatura, asportazione e stripping di vene varicose e vene perforanti dell'arto inferiore (quale intervento indipendente)
38.59.20*	Crossectomia e stripping di vene varicose dell'arto inferiore, NAS
38.59.21*	Crossectomia e stripping, vena safena magna
38.59.22*	Crossectomia e stripping, vena safena parva
38.59.30*	Crossectomia (isolata), NAS
38.59.31*	Crossectomia (isolata), vena safena magna
38.59.32*	Crossectomia (isolata), vena safena parva
38.59.40	Terapia laser locale di vene varicose
38.59.50	Terapia endoluminale di varici
38.59.51	Terapia laser endovenosa di varici
38.59.52	Ablazione endovenosa a radiofrequenza di varici
38.59.59	Terapia endoluminale di varici, altro
38.59.99	Legatura e stripping di vene varicose degli arti inferiori, altro
<i>Altra asportazione di vasi</i>	
38.69	Altra asportazione di vene dell'arto inferiore

<sup>316</sup> Introdotta dal n. III cpv. 4 dell'O del DFI del 7 giu. 2018 (RU **2018** 2361). Nuovo testo giusta il n. II cpv. 2 dell'O del DFI del 30 nov. 2018 (RU **2018** 5085). Aggiornato dalla correzione del 9 lug. 2019 (RU **2019** 2115) e dal n. II cpv. 1 dell'O del DFI del 6 dic. 2019, in vigore dal 1° gen. 2020 (RU **2019** 4387).

<sup>317</sup> La classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici (CHOP), versione 2020, può essere consultata all'indirizzo: [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch) > Trovare statistiche > Salute > Basi statistiche e rilevazioni > Nomenclature > Classificazioni e codifica mediche > Strumenti di codifica medica.

## 2. Interventi sulle emorroidi

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

### *Interventi sulle emorroidi*

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

### *Asportazione di emorroidi*

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

## 3. Operazioni di ernia monolaterali

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

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

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

### *Riparazione di ernia inguinale*

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

### *Riparazione di ernia inguinale, chirurgica a cielo aperto*

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

### *Riparazione di ernia inguinale, per via laparoscopica*

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

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

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

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

## 5. Artroscopie del ginocchio, inclusi gli interventi sul menisco

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

### *Artroscopia del ginocchio*

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

### *Meniscectomia del ginocchio*

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

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

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

## 6. Interventi su tonsille e adenoidi

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

### *Tonsillotomia, adenoidectomia*

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

## II. Criteri a favore di un'esecuzione stazionaria

### Osservazione preliminare

Un \* al termine del codice ICD-10 nell'ultima colonna della tabella indica che il criterio vale per tutti i codici del prefisso indicato (=lettera e numero prima dell'asterisco) con eventuali ulteriori posizioni dopo di esso.

N.	Categoria	Criterio	Eventuale rappresentazione mediante dati standard per la MedStat <sup>318</sup> (codice ICD-10-GM, versione 2018 <sup>319</sup> , età)
<b>Età</b>			
1.1	Bambini	≤3 anni	Età
<b>Comorbilità somatiche gravi o instabili</b>			
2.1	Malformazioni	Malformazioni congenite dell'apparato circolatorio e/o respiratorio	Q20*-Q34*
3.1	Cardiocircolatorie	Insufficienza cardiaca; NYHA >II	I50.13; I50.14 I50.04!; I50.05!
3.2		Ipertensione arteriosa difficilmente controllabile	non codificabile
4.1	Broncopolmonari, soltanto in caso di anestesia generale	COPD GOLD >II	J44*, con quinta posizione -0 o -1
4.2		Asma instabile o esacerbato	non codificabile
4.3		Sindrome delle apnee ostruttive nel sonno OSAS con AHI ≥ 15 e nessuna possibilità di CPAP a domicilio	non codificabile
4.4		Ossigenoterapia a lungo termine	non codificabile
5.1	Difetti della coagulazione	Coagulopatie, porpora e altre diatesi emorragiche	D65*-69*
5.2		Terapia anticoagulante	Z92.1
5.3	Emodiluizione	Doppia antiaggregazione TC	non codificabile
6.1	Insufficienza renale	Insufficienza renale CKD >3	N18.4; N18.5

<sup>318</sup> La statistica medica ospedaliera può essere consultata all'indirizzo: [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch) > Trovare statistiche > Salute > Basi statistiche e rilevazioni > Statistica medica ospedaliera.

<sup>319</sup> La classificazione internazionale delle malattie e dei problemi di salute associati, decima revisione, German Modification, versione 2018 (ICD-10-GM, versione 2018) può essere consultata all'indirizzo: [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch) > Trovare statistiche > Salute > Basi statistiche e rilevazioni > nomenclature > Classificazioni e codifica mediche > Strumenti di codifica medica > ICD-10-GM.

N.	Categoria	Criterio	Eventuale rappresentazione mediante dati standard per la MedStat <sup>318</sup> (codice ICD-10-GM, versione 2018 <sup>319</sup> , età)
7.1	Metaboliche	Diabete mellito difficilmente controllabile, instabile	non codificabile
7.2		Obesità (IMC $\geq 40$ ) (nei bambini: $>97^{\circ}$ percentile)	E66*, con quinta posizione -2, -4, -5
7.3		Malnutrizione/cachessia (adulti: IMC $< 17.5$ ; nei bambini: PYMS-Score $\geq 3$ e definizione degli stadi della malnutrizione nei bambini secondo il manuale di codifica <sup>320</sup> )	E40*–E46*, a eccezione di E44.1; R64; R63.6
7.4		Gravi disturbi del metabolismo	E70*–E72*; E74*–E77*; E80*; E84*; E85*
9.1	Mentali	Dipendenza (alcol, medicinali, stupefacenti), con complicazioni	F10*–19*, con quarta posizione -0, -3, -4, -5, -6
9.2		Gravi disturbi mentali instabili che impediscono l'aderenza alla terapia in caso di assistenza postoperatoria ambulatoriale	non codificabile
<b>Altri fattori</b>			
90		Necessità di sorveglianza continua	Z74.3
91		Rilevanti problemi di comunicazione con il paziente	non codificabile
92		Assenza di una persona di contatto o curante adulta e competente nell'economia domestica oppure raggiungibile telefonicamente e in grado di recarsi sul posto in tempi brevi nelle prime 24 ore postoperatorie	non codificabile
93		Assenza di possibilità di trasporto postoperatorio a domicilio o di rientro in ospedale, incl. taxi	non codificabile
94		Tempo di percorrenza $> 60$ min. per raggiungere un ospedale dotato di pronto soccorso attivo 24 ore e della corrispondente disciplina	non codificabile

<sup>320</sup> Manuale di codifica medica, UST, versione 2019, allegato: Malnutrizione, Definizione degli stadi della malnutrizione nei bambini. Consultabile all'indirizzo: [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch)  
> Trovare statistiche > Salute > Basi statistiche e rilevazioni > Nomenclature > Classificazione e codifica mediche > Strumenti di codifica medica > Manuale di codifica medica.

*Allegato 2*<sup>321</sup>  
(art. 20a)

## **Elenco dei mezzi e degli apparecchi**

<sup>321</sup> 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, **2018** 2361 2375 5085, **2019** 439 1931 4387 e **2020** 519). L'elenco delle mod. può essere consultato all'indirizzo: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Assicurazioni > Assicurazione malattie > Prestazioni e tariffe > Elenco dei mezzi e degli apparecchi (EMAp).

*Allegato 3<sup>322</sup>*  
(art. 28)

## **Elenco delle analisi**

<sup>322</sup> Non pubblicato nella RU (art. 28) (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, **2017** 3487, **2018** 2361 5085, **2019** 439 1931 e **2020** 519 629). Le mod. possono essere consultate all'indirizzo: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Assicurazioni > Assicurazione malattie > Prestazioni e tariffe > Elenco delle analisi (EA).

*Allegato 4*<sup>323</sup>  
(art. 29)

## **Elenco dei medicinali con tariffa**

<sup>323</sup> Non pubblicato nella RU (RU **2005** 2875 e **2020** 519). L'elenco può essere consultato al seguente indirizzo Internet: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Assicurazioni > Assicurazione malattie > Prestazioni e tariffe > Elenco dei mezzi e degli apparecchi (EMAp).

