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

(Ordinanza sulle prestazioni, OPre)[1]

del 29 settembre 1995 (Stato 1° luglio 2013)

Il Dipartimento federale dell'interno (DFI),

visti gli articoli 33, 36 capoverso 1, 54 capoversi 2–4, 59*a*, 62, 65 capoverso 3, 71 capoverso 4, 75, 77 capoverso 4 e 105 capoverso 1bis dell'ordinanza del 27 giugno 1995[2] sull'assicurazione malattie (OAMal),[3]

ordina:

Titolo 1: Prestazioni

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

Sezione 1: Rimunerazione obbligatoria

Art. 1[5]

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

a. assume i costi;

b. assume i costi a determinate condizioni;

c. non assume i costi.

RU **1995** 4964

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

2 RS **832.102**

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

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

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

Sezione 2: Psicoterapia effettuata dal medico

Art. 2[6] Principio

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

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

a. concerne malattie psichiche e psicosomatiche;

b. persegue un obiettivo terapeutico definito;

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

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

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

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

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

Art. 3[7] Assunzione dei costi

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

Art. 3*a*[8]

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

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

a. il genere di malattia;

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

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

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

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

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

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

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

Sezione 3: Prestazioni prescritte dai chiropratici

Art. 4

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

a.[12] analisi:

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

b. medicamenti:

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

c.[13] mezzi e apparecchi:

1. i prodotti del gruppo 05. Bendaggi,
2. i prodotti del gruppo 09.02.01, apparecchio per l'elettroneurostimolazione transcutanea (TENS),
3. i prodotti del gruppo 16. Mezzi per la crioterapia e/o termoterapia,
4. i prodotti del gruppo 23. Ortesi,

10 Introdotti dal n. I dell'O del DFI del 3 lug. 2006 (RU **2006** 2957). Abrogati dal n. I dell'O del DFI del 5 giu. 2009, con effetto dal 1° lug. 2009 (RU **2009** 2821).
11 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 24 giu. 2009, in vigore dal 1° gen. 2011 (RU **2009** 3527 6849 n. I).
12 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 17 nov. 2003, in vigore dal 1° gen. 2004 (RU **2003** 5283).
13 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 10 giu. 2013, in vigore dal 1° lug. 2013 (RU **2013** 1925).

5. i prodotti del gruppo 34. Materiale per medicazione;

d.[14] diagnostica per immagini:
   1. radiografia dello scheletro,
   2. tomografia computerizzata (TC) della colonna vertebrale e delle estremità,
   3. risonanza magnetica nucleare (RMN) dello scheletro assiale e delle articolazioni periferiche,
   4. ecografia diagnostica,
   5. scintigrafia dello scheletro trifasica;

e.[15] prestazioni di fisioterapia di cui all'articolo 5.

Sezione 4:[16] Prestazioni farmaceutiche

Art. 4*a*

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

a. consulenza in relazione all'esecuzione di una ricetta medica che comprende almeno un medicamento dell'elenco delle specialità;

b. esecuzione di una ricetta medica all'infuori delle ore d'apertura usuali locali, in caso d'urgenza;

c. sostituzione di un preparato originale o di un generico prescritti dal medico con un generico meno caro;

d. assistenza prescritta dal medico per l'assunzione di un medicamento.

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

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

Sezione 1: Fisioterapia

Art. 5

[1] Sono assunti i costi delle seguenti prestazioni dei fisioterapisti ai sensi degli articoli 46 e 47 OAMal o delle organizzazioni ai sensi dell'articolo 52*a* OAMal, se effettuate previa prescrizione medica e nell'ambito del trattamento di malattie del sistema

14 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).
15 Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 24 giu. 2009, in vigore dal 1° gen. 2011 (RU **2009** 3527 6849 n. I).
16 Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 27 nov. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU **2000** 3088).

muscoloscheletrico o neurologico o di malattie dei sistemi degli organi interni e dei sistemi vascolari, sempreché possano essere trattate con la fisioterapia:[17]

a. misure di esame e valutazione fisioterapici;

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

c. misure fisiche:
   1. terapia del caldo e terapia del freddo,
   2. elettroterapia,
   3. terapia della luce (ultravioletta, infrarossa, luce rossa),
   4. ultrasuoni,
   5. idroterapia,
   6. massaggio muscolare e massaggio del tessuto connettivo.[18]

1bis Le misure terapeutiche di cui all'articolo 5 capoverso 1 numeri 1, 3–5, 7 e 9 possono essere eseguite individualmente o in gruppi.[19]

1ter La terapia medica di allenamento inizia con un'introduzione all'allenamento su macchine e si conclude al massimo tre mesi dopo tale introduzione. La terapia medica di allenamento è preceduta da un trattamento fisioterapico individuale.[20]

2 L'assicurazione assume al massimo, per ogni prescrizione medica, i costi di nove sedute, fermo restando che il primo trattamento deve avvenire entro cinque settimane dalla prescrizione medica.[21]

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

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

4 Se la fisioterapia dev'essere continuata a carico dell'assicuratore dopo una cura equivalente a 36 sedute, il medico curante deve informarne il medico di fiducia e trasmettergli una proposta debitamente motivata in merito alla continuazione della terapia. Il medico di fiducia la esamina e propone se, in quale misura e per quale durata fino al prossimo rapporto la terapia può essere continuata a carico dell'assicurazione.[22]

5 Per gli assicurati che fino al compimento dei 20 anni hanno diritto a prestazioni secondo l'articolo 13 della legge federale del 19 giugno 1959[23] 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.[24]

Sezione 2: Ergoterapia

Art. 6

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

a. in caso d'affezioni somatiche procurino all'assicurato, migliorandone le funzioni corporee, l'autonomia nel compimento degli atti ordinari della vita oppure

b.[25] siano effettuate nell'ambito di una cura psichiatrica.

2 L'assicurazione assume al massimo, per ogni prescrizione medica, i costi di nove sedute, fermo restando che il primo trattamento deve avvenire entro otto settimane dalla prescrizione medica.[26]

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

4 Se l'ergoterapia dev'essere continuata a carico dell'assicuratore dopo una cura equivalente a 36 sedute, il medico curante deve informarne il medico di fiducia e trasmettergli una proposta debitamente motivata in merito alla continuazione della terapia. Il medico di fiducia la esamina e propone se, in quale misura e per quale durata fino al prossimo rapporto la terapia può essere continuata a carico dell'assicurazione.[27]

22 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).
23 RS **831.20**
24 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).
25 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 13 dic. 1996, in vigore dal 1° gen. 1997 (RU **1997** 564).
26 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 5 giu. 2009, in vigore dal 1° lug. 2009 (RU **2009** 2821).
27 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 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).

5 Per gli assicurati che fino al compimento dei 20 anni hanno diritto a prestazioni secondo l'articolo 13 della legge federale del 19 giugno 1959[28] 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.[29]

Sezione 3: Cure dispensate ambulatoriamente o in una casa di cura[30]

Art. 7 Definizione delle cure

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

a. da infermieri (art. 49 OAMal);

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

c. in case di cura (art. 39 cpv. 3 della LF del 18 mar. 1994[31] sull'assicurazione malattie; LAMal).[32]

2 Sono prestazioni ai sensi del capoverso 1:

a.[33] valutazione, consigli e coordinamento:[34]

1. valutazione dei bisogni del paziente e dell'ambiente in cui vive e piano dei provvedimenti necessari, redatto in collaborazione con il medico e il paziente,

2. consigli al paziente ed eventualmente agli ausiliari non professionisti per l'effettuazione delle cure, segnatamente per il riconoscimento dei sintomi della malattia, la somministrazione dei medicamenti o l'impiego d'apparecchi medici come pure i controlli necessari,

3.[35] coordinamento dei provvedimenti nonché interventi di infermieri specializzati in caso di complicazioni in situazioni di cura complesse e instabili;

28 RS **831.20**
29 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).
30 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).
31 RS **832.10**
32 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).
33 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 20 dic. 2006, in vigore dal 1° gen. 2007 (RU **2006** 5769).
34 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 5 dic. 2011, in vigore dal 1° gen. 2012 (RU **2011** 6487).
35 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 5 dic. 2011, in vigore dal 1° gen. 2012 (RU **2011** 6487).

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.[36] preparazione e somministrazione di medicamenti nonché documentazione delle attività associate,
   8. somministrazione enterale e parenterale di soluzioni nutritive,
   9. sorveglianza delle perfusioni e delle trasfusioni come pure d'apparecchi che servono al controllo e al mantenimento delle funzioni vitali o di uso terapeutico,
   10. lavaggio, pulitura e medicazione di piaghe (compresi decubiti e ulcere) e delle cavità del corpo (comprese cure per pazienti con stoma o tracheostoma) come pure la pedicure per diabetici,
   11. cure in caso di turbe dell'evacuazione urinaria o intestinale, compresa la ginnastica di riabilitazione in caso d'incontinenza,
   12. assistenza per bagni medicinali parziali o completi; applicazione d'impacchi, cataplasmi e fango,
   13.[37] 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.[38] 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.[39] provvedimenti volti a sorvegliare e assistere persone malate psichicamente nel quadro delle attività fondamentali quotidiane, quali:

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

l'elaborazione e l'attuazione di un ritmo di vita strutturato adeguato, una pratica mirata alla creazione e all'incoraggiamento di contatti sociali e l'assistenza nell'ambito dell'aiuto all'orientamento e dell'applicazione di misure di sicurezza.

2bis Devono essere soddisfatte le seguenti condizioni:

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

b. la valutazione se occorra attuare i provvedimenti di cui al capoverso 2 lettere b numeri 13 e 14 e c numero 2 deve essere effettuata da un infermiere (art. 49 OAMal) che possa attestare un'attività pratica di due anni nel ramo della psichiatria. [40]

2ter Le prestazioni possono essere fornite ambulatoriamente o in una casa di cura. Possono altresì essere fornite esclusivamente durante il giorno o durante la notte.[41]

3 Sono considerate prestazioni delle cure acute e transitorie ai sensi dell'articolo 25*a* capoverso 2 LAMal le prestazioni previste al capoverso 2, effettuate da persone e istituti di cui al capoverso 1 lettere a–c secondo la valutazione dei bisogni di cui al capoverso 2 lettera a e all'articolo 8 dopo un soggiorno ospedaliero e previa prescrizione di un medico dell'ospedale.[42]

Art. 7*a*[43] Contributi

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

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

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

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

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

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

40 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 20 dic. 2006 (RU **2006** 5769). Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 5 dic. 2011, in vigore dal 1° gen. 2012 (RU **2011** 6487).
41 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 24 giu. 2009, in vigore dal 1° gen. 2011 (RU **2009** 3527 6849 n. I).
42 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).
43 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 24 giu. 2009, in vigore dal 1° gen. 2011 (RU **2009** 3527 6849 n. I).

a. per bisogni di cure fino a 20 minuti: 9.00 franchi;
b. per bisogni di cure da 21 a 40 minuti: 18.00 franchi;
c. per bisogni di cure da 41 a 60 minuti: 27.00 franchi;
d. per bisogni di cure da 61 a 80 minuti: 36.00 franchi;
e. per bisogni di cure da 81 a 100 minuti: 45.00 franchi;
f. per bisogni di cure da 101 a 120 minuti: 54.00 franchi;
g. per bisogni di cure da 121 a 140 minuti: 63.00 franchi;
h. per bisogni di cure da 141 a 160 minuti: 72.00 franchi;
i. per bisogni di cure da 161 a 180 minuti: 81.00 franchi;
j. per bisogni di cure da 181 a 200 minuti: 90.00 franchi;
k. per bisogni di cure da 201 a 220 minuti: 99.00 franchi;
l. per bisogni di cure superiori a 220 minuti: 108.00 franchi.

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

Art. 7*b*[44] Assunzione dei costi per le prestazioni delle cure acute e transitorie

1 Il Cantone di domicilio e gli assicuratori assumono i costi per le prestazioni delle cure acute e transitorie in funzione della loro quotaparte rispettiva. Il Cantone di domicilio fissa per ogni anno civile, al più tardi nove mesi prima dell'inizio dello stesso, la quotaparte cantonale per gli abitanti del Cantone. La quotaparte cantonale ammonta almeno al 55 per cento.

2 Il Cantone di domicilio versa la sua quotaparte direttamente al fornitore di prestazioni. Le modalità vengono concordate tra il fornitore di prestazioni e il Cantone di domicilio. L'assicuratore e il Cantone di domicilio possono convenire che il Cantone paghi la sua quotaparte all'assicuratore e che quest'ultimo versi entrambe le quoteparti al fornitore di prestazioni. La fatturazione tra il fornitore di prestazioni e l'assicuratore è disciplinata dall'articolo 42 LAMal[45].

Art. 8[46] Prescrizione o mandato medico, valutazione dei bisogni

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

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

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

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

3bis La valutazione dei bisogni per le cure acute e transitorie si basa su criteri uniformi. I risultati sono registrati in un formulario uniforme.[47]

4 La valutazione dei bisogni nelle case di cura si basa sui livelli dei bisogni di cure (art. 9 cpv. 2). Il bisogno di cure stabilito dal medico equivale a una prescrizione o a un mandato medico.[48]

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

6 La durata della prescrizione o del mandato medico non può superare:

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

b. sei mesi, per pazienti lungodegenti;

c. due settimane, per pazienti che necessitano di cure acute e transitorie.[49]

6bis Per le persone che ricevono un assegno per grandi invalidi dell'assicurazione vecchiaia e superstiti, dell'assicurazione invalidità e dell'assicurazione infortuni a causa di una grande invalidità di grado medio o elevato, il mandato medico o la prescrizione medica è di durata illimitata per quanto concerne le prestazioni attinenti alla grande invalidità. L'assicurato deve comunicare all'assicuratore l'esito della revisione dell'assegno per grandi invalidi. Al termine di una siffatta revisione, il mandato medico o la prescrizione medica vanno rinnovati.[50]

7 Le prescrizioni e i mandati medici di cui al capoverso 6 lettere a e b possono essere rinnovati.[51]

Art. 8*a*[52] Procedura di controllo e di conciliazione

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

2 In assenza di convenzione tariffale, il governo cantonale, sentite le parti interessate, stabilisce la procedura di cui al capoverso 1.

47 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 24 giu. 2009, in vigore dal 1° gen. 2011 (RU **2009** 3527 6849 n. I).
48 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).
49 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 24 giu. 2009, in vigore dal 1° gen. 2010 (RU **2009** 3527 6849 n. I).
50 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 18 set. 1997, in vigore dal 1° gen. 1998 (RU **1997** 2436).
51 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).
52 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).

3 La procedura serve alla verifica della valutazione dei bisogni e al controllo dell'adeguatezza e dell'economicità delle prestazioni. Le prescrizioni o i mandati medici possono essere verificati dal medico di fiducia (art. 57 LAMal[53]) se prevedono oltre 60 ore di cure per trimestre. Se prevedono meno di 60 ore per trimestre, vanno effettuate sistematiche verifiche a saggio.

Art. 9[54] Fatturazione

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

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

Art. 9*a*[55]

Sezione 3*a*:[56] Consulenza nutrizionale

Art. 9*b*[57]

1 I dietisti o le organizzazioni di dietetica ai sensi degli articoli 46, 50*a* e 52*b* OAMal prestano consulenza, previa prescrizione medica o su mandato medico, ai pazienti affetti dalle malattie seguenti:[58]

a.[59] turbe del metabolismo;

b. obesità (Body-mass-index oltre 30) e malattie conseguenti al sovrappeso oppure concomitanti;

c. malattie cardiovascolari;

d. malattie del sistema digestivo;

e. malattie dei reni;

f. stato di malnutrizione o di denutrizione;

g. allergie alimentari o reazioni allergiche dovute all'alimentazione.

53 RS **832.10**
54 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).
55 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).
56 Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 13 dic. 1996, in vigore dal 1° lug. 1997 (RU **1997** 564).
57 Originario art. 9*a*.
58 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 16 ott. 2012, in vigore dal 1° gen. 2013 (RU **2012** 5829).
59 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 18 nov. 1998, in vigore dal 1° gen. 1999 (RU **1999** 528).

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

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

Sezione 3*b*:[60] Consulenza ai diabetici

Art. 9*c*

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

a. infermiere e infermieri (art. 49 OAMal) con formazione speciale riconosciuta dall'Associazione svizzera infermiere e infermieri (ASI),

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

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

3 L'assicurazione assume al massimo i costi di dieci sedute per prescrizione medica. Se la consulenza dev'essere continuata a carico dell'assicuratore dopo dieci sedute, il medico curante deve informare il medico di fiducia e trasmettergli une proposta debitamente motivata. Il medico di fiducia la esamina e propone se e in quale misura la consulenza può essere continuata a carico dell'assicurazione.[61]

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

Sezione 4: Logopedia

Art. 10 Principio

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

a. danno cerebrale causato da infezione, trauma, postumi operatori, intossicazione, tumore o turbe vascolari;

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

61 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 9 dic. 2002, in vigore dal 1° gen. 2003 (RU **2002** 4253).

b. affezioni foniatriche (ad es. malformazione parziale o totale delle labbra, del palato e della mascella; alterazione della mobilità della lingua e della muscolatura della bocca o del velo palatino d'origine infettiva, traumatica o postoperatoria; disfonia funzionale ipocinetica o ipercinetica; alterazioni della funzione della laringe d'origine infettiva, traumatica o postoperatoria).

Art. 11 Condizioni

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

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

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

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

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

Capitolo 3: Misure di prevenzione

Art. 12[62] Principio

L'assicurazione assume i costi delle misure di medicina preventiva seguenti (art. 26 LAMal[63]):

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

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

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

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

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

62 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 21 nov. 2007, in vigore dal 1° gen. 2008 (RU **2007** 6839).
63 RS **832.10**

Art. 12*a*[64] Vaccinazioni profilattiche

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

Misura		Condizione
a.	Vaccinazione e richiami contro difteria, tetano, pertosse, poliomielite; vaccinazione contro morbillo, orecchioni, rosolia	Secondo il «Calendario vaccinale svizzero 2013» (Calendario vaccinale 2013[65]) curato dall'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) e dalla Commissione federale per le vaccinazioni (CFV). Dal 1.1.2013 al 31.12.2015, per le persone nate dopo il 31.12.1963, le vaccinazioni contro morbillo, orecchioni, rosolia non sono soggette ad alcuna franchigia.
b.	Vaccinazione contro l'Haemofilus influenzae	Per i fanciulli fino a cinque anni, secondo il Calendario vaccinale 2013.
c.	Vaccinazione contro l'influenza	1. Vaccinazione annuale per le persone esposte a un elevato rischio di complicazioni secondo la categoria a) delle raccomandazioni per la vaccinazione contro l'influenza stagionale stabilite dall'UFSP, dal gruppo di lavoro Influenza e dalla CFV del 21 giugno 2010 (Bollettino UFSP 25/2010[66]; solo in tedesco e francese). 2. In caso di minaccia di pandemia d'influenza o nel corso di tale pandemia, per coloro ai quali l'UFSP raccomanda una vaccinazione (conformemente all'art. 12 dell'O del 27 apr. 2005 sulla pandemia di influenza, OPI). Questa prestazione non è soggetta ad alcuna franchigia. Per la vaccinazione, compreso il vaccino, viene concordato un rimborso forfettario.

64 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 21 nov. 2007 (RU **2007** 6839). Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 10 giu. 2013, in vigore dal 1° lug. 2013 (RU **2013** 1925).
65 Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref
66 Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref

Misura		Condizione
d.	Vaccinazione contro l'epatite B	1. Per i neonati di madri HbsAg-positive e le persone esposte a rischi di contagio. Se effettuato per motivi professionali, i costi non sono assunti dall'assicurazione. 2. Vaccinazione secondo le raccomandazioni stabilite nel 1997 dall'UFSP e dalla CFV (Allegato al Bollettino dell'UFSP 5/98[67] e Complemento del Bollettino 36/98[68]), secondo il Calendario vaccinale 2013.
e.	Vaccinazione passiva con Epatite B-Immunglobuline	Per i neonati di madri HBsAg-positive.
f.	Vaccinazione contro i pneumococchi	Secondo il Calendario vaccinale 2013. 1. Con vaccino polisaccaridico: adulti a partire dai 65 anni nonché adulti e fanciulli di età superiore ai due anni, con una malattia cronica grave, stato di deficienza immunitaria, diabete mellito, fistola di liquido cefalorachidiano, asplenia funzionale o anatomica, impianto cocleare, malformazione della base del cranio o prima di una splenectomia o di un impianto cocleare. 2. Con vaccino coniugato: fanciulli di età inferiore ai cinque anni.
g.	Vaccinazione contro i meningococchi	Secondo il Calendario vaccinale 2013. 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.

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

Misura		Condizione
h.	Vaccinazione contro la tubercolosi	Con il vaccino BCG secondo le direttive dell'Associazione svizzera contro la tubercolosi e le malattie polmonari (ASTP) e dell'UFSP del 1996 (Bollettino dell'UFSP 16/1996[69]).
i.	Vaccinazione contro l'encefalite da zecca (FSME)	Secondo il Calendario vaccinale 2013. Se effettuato per motivi professionali, i costi non sono assunti dall'assicurazione.
j.	Vaccinazione contro la varicella	Secondo il Calendario vaccinale 2013.
k.	Vaccinazione contro i virus del papilloma umano (HPV)	1. Conformemente alle raccomandazioni dell'UFSP e della CFV del giugno 2007 (Bollettino dell'UFSP n. 25/2007[70]): a. vaccinazione generale delle ragazze in età scolastica; b. vaccinazione delle donne d'età compresa tra i 15 e i 26 anni. Questa disposizione è applicabile fino al 31 dicembre 2017. 2. Vaccinazione nel quadro di programmi cantonali di vaccinazione che devono soddisfare i seguenti requisiti minimi: a. l'informazione ai giovani appartenenti ai gruppi target e ai loro genitori (o rappresentanti legali) in merito alla disponibilità della vaccinazione e alle raccomandazioni dell'UFSP e della CFV è garantita; b. l'acquisto del vaccino avviene in modo centralizzato; c. la completezza delle vaccinazioni (schema di vaccinazione conformemente alle raccomandazioni dell'UFSP e della CFV) è ricercata;

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

Misura	Condizione
	d. le prestazioni e gli obblighi dei responsabili del programma, dei medici che effettuano le vaccinazioni e degli assicuratori malattia sono definiti; e. il rilevamento di dati, il conteggio, i flussi delle informazioni e delle finanze sono disciplinati. 3. Questa prestazione non è soggetta ad alcuna franchigia.
l. Vaccinazione contro l'epatite A	Secondo il Calendario vaccinale 2013. Per le seguenti persone: – per pazienti affetti da una malattia cronica del fegato – per bambini provenienti da Paesi con un'endemicità media o elevata che vivono in Svizzera e che ritornano al loro Paese d'origine per un soggiorno temporaneo – per persone che si iniettano droghe – per uomini che hanno contatti sessuali con altri uomini al di fuori di una relazione stabile. Vaccinazione post-esposizione entro sette giorni dall'esposizione. Se effettuato per motivi professionali o di medicina di viaggio, i costi non sono assunti dall'assicurazione.
m. Vaccinazione contro la rabbia	Vaccinazione post-esposizione dopo il morso di un animale affetto, o sospettato di essere affetto, dalla rabbia. Se effettuato per motivi professionali, i costi non sono assunti dall'assicurazione.

Art. 12*b*[71] 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.
c.[72]	Profilassi post-esposizione ad HIV	Secondo le raccomandazioni dell'UFSP del 4 settembre 2006 (Bollettino dell'UFSP n. 36, 2006). Se effettuato per motivi professionali, i costi non sono assunti dall'assicurazione.
d[73]	Immunizzazione passiva post-esposizione	Secondo le raccomandazioni dell'UFSP e della CFV (direttive e raccomandazioni «immunizzazione passiva post-esposizione» dell'ottobre 2004)[74]. Se effettuato per motivi professionali, i costi non sono assunti dall'assicurazione.
e.[75]	Mastectomia e/o annessectomia profilattica	Per le portatrici di mutazioni o delezioni del gene BRCA1 o BRCA2.

Art. 12*c*[76] Esami sullo stato di salute generale

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

Misura		Condizione
a.	Esame dello stato di salute e dello sviluppo del fanciullo in età prescolare	Secondo le raccomandazioni pubblicate nel manuale «Esami preventivi» della Società svizzera di pediatria (2ª edizione, Berna 1993). In totale otto esami.

71 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 21 nov. 2007, in vigore dal 1° gen. 2008 (RU **2007** 6839).
72 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).
73 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).
74 Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref
75 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).
76 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 21 nov. 2007, in vigore dal 1° gen. 2008 (RU **2007** 6839).

Art. 12*d*[77] Misure per l'individuazione precoce di malattie in determinati gruppi a rischio

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. Test HIV	Per i neonati di madri sieropositive e le persone esposte a pericolo di contagio, seguito da un colloquio che dev'essere documentato.
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.[78] Mammografia	In caso di cancro del seno della madre, della figlia o della sorella. Frequenza secondo la valutazione clinica, fino ad un esame preventivo l'anno. La prima mammografia deve essere preceduta da un colloquio approfondito con spiegazioni e consulenza, che va documentato. La mammografia va effettuata da un medico specialista in radiologia medica. La sicurezza degli apparecchi deve corrispondere alle linee direttrici UE del 1996 (European Guidelines for quality assurance in mammography screening, 2nd edition).
e. Test di contrattura muscolare in vitro in esito alla diagnosi di una predisposizione all'ipertermia maligna	Per persone che, durante un'anestesia, hanno presentato un episodio sospetto d'ipertermia maligna e per i consanguinei di primo grado di persone per le quali un'ipertermia maligna sotto anestesia è conosciuta ed è documentata una predisposizione all'ipertermia maligna. In un centro riconosciuto dall'European Malignant Hyperthermia Group.

77 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 21 nov. 2007, in vigore dal 1° gen. 2008 (RU **2007** 6839).

78 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 14 giu. 2010, in vigore dal 1° lug. 2010 (RU **2010** 2755).

Misura	Condizione
f.[79] Consulenza genetica, indicazione per le analisi genetiche e prescrizione delle relative analisi di laboratorio in conformità dell'elenco delle analisi (EA), in caso di sospetta predisposizione a una malattia cancerogena ereditaria	A pazienti e familiari di primo grado di pazienti affetti da: – una sindrome ereditaria di cancro al seno e dell'ovaia – poliposi del colon/forma attenuata di poliposi del colon – sindrome ereditaria del carcinoma non poliposo del colon (hereditary non polypotic colon cancer HNPCC) – retinoblastoma. Da parte di medici specializzati in medicina genetica o di membri del «Network for Cancer Predisposition Testing and Counseling» del Gruppo svizzero di ricerca clinica sul cancro (SAAK) in grado di dimostrare di aver svolto una collaborazione scientifica con un medico specializzato in medicina genetica.

Art. 12*e*[80] 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.[81] Screening di: fenilchetonuria, galattosemia, deficit in biotinidasi, sindrome adrenogenitale, ipotiroidismo congenito, carenza di acil-CoA deidrogenasi a catena media (MCAD), fibrosi cistica.	Per i neonati. Analisi di laboratorio secondo l'Elenco delle analisi (EL). L'assunzione dei costi per l'esame della fibrosi cistica avviene unicamente se l'autorizzazione di cui all'art. 12 LEGU[82] è stata rilasciata ed è valida fino al 31 dicembre 2013.

79 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 5 dic. 2011, in vigore dal 1° gen. 2012 (RU **2011** 6487).
80 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 21 nov. 2007, in vigore dal 1° gen. 2008 (RU **2007** 6839).
81 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 15 nov. 2012, in vigore dal 1° gen. 2013 (RU **2012** 6587).
82 RS **810.12**

Misura	Condizione
b. Esame ginecologico preventivo, compreso lo striscio	I primi due anni: un esame ogni anno, compreso lo striscio. Successivamente, se i risultati sono normali, un esame ogni tre anni; altrimenti frequenza degli esami secondo la valutazione clinica.
c.[83] Mammografia di diagnosi precoce	Dai 50 anni, ogni due anni. Nell'ambito di un programma di diagnosi precoce del cancro del seno secondo l'ordinanza del 23 giugno 1999[84] sulla garanzia della qualità dei programmi di diagnosi precoce del cancro del seno mediante mammografia. Per questa prestazione non è riscossa nessuna franchigia.
d.[85] 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 di esito positivo; oppure – colonoscopia, ogni dieci anni.

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[86]):

Misura	Condizione
a. Controlli 1.[87] Sette esami in caso di gravidanza normale	– *Prima consultazione:* anamnesi, esame clinico e vaginale e consigli, esame delle varici e degli edemi alle gambe. Prescrizione di analisi di

83 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 27 ott. 2009, in vigore dal 1° gen. 2010 (RU **2009** 6083).
84 RS **832.102.4**
85 Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 10 giu. 2013, in vigore dal 1° lug. 2013 (RU **2013** 1925).
86 RS **832.10**
87 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 10 dic. 2008, in vigore dal 1° gen. 2009 (RU **2008** 6493).

Misura	Condizione
	laboratorio necessarie secondo l'elenco delle analisi (EA). – *Ulteriori consultazioni:* controllo del peso, della pressione sanguigna, dello stato del fondo, uroscopia e ascoltazione dei toni cardiaci fetali. Prescrizione di analisi di laboratorio necessarie in secondo l'elenco delle analisi (EA).
2. In caso di gravidanza a rischio	Ripetizione di esami secondo la valutazione clinica
b.[88] Controllo agli ultrasuoni	
1. In caso di gravidanza normale: un esame di routine tra la 11ª e la 14ª settimana di gravidanza; un esame di routine tra la 20ª e la 23ª settimana di gravidanza	Dopo approfondito colloquio, con spiegazioni e consulenza, che dev'essere documentato. Effettuazione, secondo le «raccomandazioni relative agli esami con ultrasuoni durante la gravidanza» della Società Svizzera di Ultrasuoni in Medicina (SGUM), nella versione del 15 ottobre 2002, solo da parte di medici titolari di un attestato di capacità per gli esami ecografici in gravidanza (SGUM).
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 (SGUM)
c.[89] Esami preparto mediante cardiotocografia	In caso di gravidanza a rischio

88 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 26 giu. 2008, in vigore dal 1° ago. 2008 (RU **2008** 3553).
89 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 26 giu. 2008, in vigore dal 1° ago. 2008 (RU **2008** 3553).

Misura	Condizione
d.[90] Amniocentesi, prelievo di villi coriali	Dopo approfondito colloquio con spiegazioni e consulenza che dev'essere autenticato nei casi seguenti: – donne a partire dai 35 anni d'età (sono determinanti gli anni compiuti al termine calcolato della nascita) – donne d'età inferiore ai 35 anni, presso le quali sussiste un rischio pari o superiore a 1:380 che il bambino sia affetto da una malattia di origine esclusivamente genetica.
e. Controllo post-partum un esame	Analisi di laboratorio secondo l'elenco delle analisi (EA). Tra la sesta e la decima settimana post-partum: anamnesi intermedia, esame clinico e ginecologico, consulenza compresa.

Art. 14 Preparazione al parto

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

Art. 15 Consulenza per l'allattamento

[1] La consulenza per l'allattamento (art. 29 cpv. 2 lett. c LAMal[91]) è assunta dall'assicurazione se dispensata da una levatrice o da un infermiere con relativa formazione speciale.

[2] La rimunerazione è limitata a tre sedute.

Art. 16[92] Prestazioni delle levatrici

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

a. le prestazioni di cui all'articolo 13 lettera a:
   1. in caso di gravidanza normale, la levatrice può effettuare sei esami di controllo. Deve segnalare all'assicurata che una consultazione medica è indicata prima della sedicesima settimana di gravidanza,

90 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 10 giu. 2013, in vigore dal 1° lug. 2013 (RU **2013** 1925).
91 RS **832.10**
92 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 10 dic. 2008, in vigore dal 1° gen. 2009 (RU **2008** 6493).

2. in caso di gravidanza a rischio, senza patologia manifesta, la levatrice collabora con il medico. In caso di gravidanza patologica, la levatrice effettua le prestazioni secondo la prescrizione medica;

b. nel corso di un esame di controllo, la levatrice può prescrivere un controllo agli ultrasuoni di cui all'articolo 13 lettera b;

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

2 Le levatrici possono fare effettuare 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.

2 Possono anche effettuare a carico dell'assicurazione prestazioni secondo l'articolo 7 capoverso 2. Queste prestazioni vanno effettuate dopo un parto a domicilio, un parto ambulatoriale o dopo l'uscita anticipata dall'ospedale oppure dalla casa per partorienti.

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[93]). 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 medicamenti;

c. malattie dei mascellari e dei tessuti molli:
   1. tumori benigni dei mascellari, della mucosa e lesioni pseudo-tumorali,
   2. tumori maligni del viso, dei mascellari e del collo,
   3. osteopatie dei mascellari,
   4. cisti (senza legami con elementi dentari),
   5. osteomieliti dei mascellari;

d. malattie dell'articolazione temporo-mandibolare e dell'apparato motorio:
   1. artrosi dell'articolazione temporo-mandibolare,

93 RS **832.10**

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[94]

1 L'assicurazione assume i costi delle cure dentarie attinenti alle malattie gravi sistemiche seguenti o ai loro postumi e necessarie al trattamento dell'affezione: (art. 31 cpv. 1 lett. b LAMal[95]):

a.[96] malattie del sistema sanguigno:
1. neutropenia, agranulocitosi,
2. anemia aplastica grave,
3. leucemie,
4. sindromi mielodisplastiche (SMD),
5. diatesi emorragiche.
6. sindrome pre-leucemica,
7. granulocitopenia cronica,
8. sindrome del «lazy-leucocyte»,
9. diatesi emorragiche;

b. malattie del metabolismo:
1. acromegalia,
2. iperparatiroidismo,
3. ipoparatiroidismo idiopatico,
4. ipofosfatasi (rachitismo genetico dovuto ad una resistenza alla vitamina D);

c. altre malattie:
1. poliartrite cronica con lesione ai mascellari,
2. morbo di Bechterew con lesione ai mascellari,
3. artrite psoriatica con lesione ai mascellari,
4. sindrome di Papillon-Lefèvre,

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

5. sclerodermia,
6. AIDS,
7. psicopatie gravi con lesione consecutiva grave della funzione masticatoria;

d. malattie delle ghiandole salivari;

e.[97] …

[2] Le spese delle prestazioni di cui al capoverso 1 vengono coperte soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia.[98]

Art. 19[99] Malattie sistemiche; cura dentaria di focolai

L'assicurazione assume i costi delle cure dentarie necessarie per conseguire le cure mediche (art. 31 cpv. 1 lett. c LAMal[100]) in caso di:

a. sostituzione delle valvole cardiache, impianto di protesi vascolari o di shunt del cranio;

b. interventi che necessitano di un trattamento immunosoppressore a vita;

c. radioterapia o chemioterapia di una patologia maligna;

d. endocardite.

Art. 19*a*[101] Infermità congenite

[1] L'assicurazione assume i costi delle cure dentarie conseguenti ad infermità congenita di cui al capoverso 2, se:[102]

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

b. le cure sono necessarie prima del 20° anno di età per persona soggetta alla LAMal[103] 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);

97 Abrogata dal n. I dell'O del DFI del 9 lug. 1998, con effetto dal 1° gen. 1999 (RU **1998** 2923).
98 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 2 lug. 2002, in vigore dal 1° lug. 2022 (RU **2002** 3013).
99 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 9 lug. 1998, in vigore dal 1° gen. 1999 (RU **1998** 2923).
100 RS **832.10**
101 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 13 dic. 1996, in vigore dal 1° gen. 1997 (RU **1997** 564).
102 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 4 lug. 1997, in vigore dal 1° gen. 1998 (RU **1997** 2697).
103 RS **832.10**

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.[104] proboscide laterale;
17.[105] displasie dentarie congenite, per quanto ne siano colpiti in modo grave almeno 12 denti della seconda dentizione dopo la crescita e se è prevedibile trattarli definitivamente mediante una posa di corone;
18. anodontia congenita totale o anodontia congenita parziale, per assenza di almeno due denti permanenti contigui o di quattro denti permanenti per ogni mascella ad esclusione dei denti del giudizio;
19. iperodontia congenita, quando il o i denti soprannumerari provocano una deformazione intramascellare o intramandibolare per cui sia necessaria una cura a mezzo di apparecchi;
20. micrognatismo inferiore congenito, se, nel corso del primo anno di vita, provoca delle turbe di deglutizione e di respirazione che rendono necessaria una cura o se:
    - l'esame craniometrico rivela una discrepanza dei rapporti sagittali della mascella misurata con un angolo ANB di 9° o più (rispettivamente con un angolo di almeno 7° combinato con un angolo mascellobasale di almeno 37°);
    - i denti permanenti, ad esclusione dei denti del giudizio, presentano una nonocclusione di almeno tre paia di denti antagonisti nei segmenti laterali per metà di mascella;

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

21. mordex apertus congenito, se provoca una beanza verticale dopo la crescita degli incisivi permanenti e se l'esame craniometrico rivela un angolo mascello-basale di 40° e più (rispettivamente di almeno 37° combinato con un angolo ANB di 7° e più).

    Mordex clausus congenito, se provoca una sopraocclusione dopo la crescita degli incisivi permanenti e se l'esame craniometrico rivela un angolo mascello-basale di 12° o meno (rispettivamente di 15° o meno combinato con un angolo ANB di 7° e più);

22. prognatismo inferiore congenito, quando l'esame craniometrico rivela una divergenza dei rapporti sagittali della mascella misurata con un angolo ANB di almeno –1° e quando almeno due paia di denti antagonisti della seconda dentizione si trovano in posizione d'occlusione incrociata o a martello, o quando esiste una divergenza di +1° e meno combinato con un angolo mascello-basale di 37° e più, o di 15° o meno;

23. epulis dei neonati;

24. atresia delle coane (uni o bilaterale);

25. glossoschisi;

26. macroglossia e microglossia congenite, per quanto sia necessaria un'operazione della lingua;

27. cisti e tumori congeniti della lingua;

28.[106] affezioni congenite delle ghiandole salivari e dei loro canali escretori (fistole, stenosi, cisti, tumori, ectasie e ipo- o aplasie di tutte le grandi ghiandole salivari importanti);

28*a*.[107] ritenzione o anchilosi congenita di denti se sono colpiti diversi molari oppure almeno due premolari o molari contigui della seconda dentizione (esclusi i denti del giudizio); l'assenza di abbozzi (esclusi i denti del giudizio) è equiparata alla ritenzione e all'anchilosi dei denti;

29. cisti congenite del collo, fistole e fessure cervicali congenite e tumori congeniti (cartilagine di Reichert);

30. emangioma cavernoso o tuberoso;

31. linfangioma congenito, se è necessaria un'operazione;

32. coagulopatie e trombocipatie congenite (emofilie ed altri difetti dei fattori di coagulazione);

33. istiocitosi (granuloma eosinofilo, morbo di Hand-Schüller-Christian e Letterer-Siwe);

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

107 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).

34. malformazioni del sistema nervoso centrale e del suo rivestimento (encefalocele, ciste aracnoide, mielomeningocele ed idromielia, meningocele, megaloencefalia, porencefalia, diastematomielia);
35. affezioni eredodegenerative del sistema nervoso (per es.: atassia di Friedreich, leucodistrofie ed affezioni progressive della materia grigia, atrofie muscolari di origine spinale o neurale, disautonomia familiare, analgesia congenita);
36. epilessia congenita;
37. paralisi cerebrali congenite (spastiche, atetosiche ed atassiche);
38. paralisi e paresi congenite;
39. ptosi congenita della palpebra;
40. aplasia dei canali lacrimali;
41. anoftalmia;
42. tumori congeniti della cavità orbitale;
43. atresia congenita dell'orecchio, compresa l'anotia e la microtia;
44. malformazioni congenite dello scheletro del padiglione auricolare;
45. turbe congenite del metabolismo dei mucopolisaccaridi e delle glicoproteine (p. es.: morbo di Pfaundler-Hurler, morbo di Morquio);
46. turbe congenite del metabolismo delle ossa (p. es.: ipofosfatasia, displasia diafisaria progressiva di Camurati-Engelmann, osteodistrofia di Jaffé-Lichtenstein, rachitismo resistente alla vitamina D);
47. turbe congenite della funzione tiroidea (atireosi, ipotireosi, cretinismo);
48. turbe congenite della funzione ipotalamo-ipofisaria (nanismo ipofisario, diabete insipido, sindrome di Prader-Willi e sindrome di Kallmann);
49. turbe congenite della funzione delle gonadi (sindrome di Turner, malformazioni delle ovaie, anorchismo, sindrome di Klinefelter);
50. neurofibromatosi;
51. angiomatosi encefalo-trigeminea (Sturge-Weber-Krabbe);
52. distrofie congenite del tessuto connettivo (p. es.: sindrome di Marfan, sindrome di Ehlers-Danlos, cutis laxa congenita, pseudoxanthoma elastico);
53. teratomi e altri tumori delle cellule germinali (p. es.: disgerminoma, carcinoma embrionale, tumore misto delle cellule germinali, tumore vitellino, coriocarcinoma, gonadoblastoma).

Capitolo 6: Mezzi e apparecchi diagnostici o terapeutici

Art. 20[108] Principio

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

Art. 20*a*[109] Elenco dei mezzi e degli apparecchi

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

2 I mezzi e gli apparecchi che sono impiantati nel corpo o utilizzati da fornitori di prestazioni secondo l'articolo 35 capoverso 2 LAMal[110] nel quadro della loro attività a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie non figurano nell'elenco. La loro rimunerazione e quella della corrispettiva diagnosi o cura sono stabilite nelle convenzioni tariffali.

3 L'elenco dei mezzi e degli apparecchi non è pubblicato né nella Raccolta ufficiale delle leggi federali (RU) né nella Raccolta sistematica del diritto federale (RS). Le modifiche sono pubblicate nel sito Internet dell'UFSP[111]. L'elenco completo è pubblicato di regola una volta all'anno[112]. [113]

Art. 21[114] Domanda

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

Art. 22 Limitazioni

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

108 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 28 giu. 2007, in vigore dal 1° ago. 2008 (RU **2007** 3581).
109 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 28 giu. 2007, in vigore dal 1° ago. 2007 (RU **2007** 3581).
110 RS **832.10**
111 www.bag.admin.ch > Temi > Assicurazione malattie > Tariffe e prezzi > Elenco dei mezzi e degli apparecchi
112 L'elenco può essere ordinato presso l'UFCL, Vendita di pubblicazioni federali, 3003 Berna.
113 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 5 dic. 2011, in vigore dal 1° gen. 2012 (RU **2011** 6487).
114 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 28 giu. 2007, in vigore dal 1° gen. 2008 (RU **2007** 3581).

Art. 23 Requisiti

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

Art. 24 Rimunerazione

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

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

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

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

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

Art. 25 Contributo alle spese di cure balneari

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

Art. 26 Contributo alle spese di trasporto

1 L'assicurazione assume il 50 per cento delle spese per trasporti indicati dal profilo medico al fine della somministrazione di cure da parte di un fornitore di prestazioni idoneo e che il paziente ha il diritto di scegliere, se il suo stato di salute non gli consente di utilizzare un altro mezzo di trasporto pubblico o privato. Il contributo massimo è di 500 franchi per anno civile.

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

Art. 27 Contributo alle spese di salvataggio

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

Capitolo 8: Analisi e medicamenti

Sezione 1: Elenco delle analisi

Art. 28[115]

1 L'elenco previsto nell'articolo 52 capoverso 1 lettera a numero 1 LAMal[116] è parte integrante della presente ordinanza e ne costituisce l'allegato 3 sotto il titolo Elenco delle analisi (abbreviato «EA»).[117]

2 L'elenco delle analisi non è pubblicato né nella RU né nella RS. Le modifiche sono pubblicate nel sito Internet dell'UFSP[118]. L'elenco completo è pubblicato di regola una volta all'anno[119].[120]

Sezione 2: Elenco dei medicamenti con tariffa

Art. 29[121]

1 L'elenco previsto nell'articolo 52 capoverso 1 lettera a numero 2 LAMal[122] è parte integrante della presente ordinanza e ne costituisce l'allegato 4 sotto il titolo di Elenco dei medicamenti con tariffa (abbreviato «EMT»).

2 L'elenco dei medicamenti con tariffa non viene pubblicato né nella RU né nella RS. Esso è diffuso di regola ogni anno ed è ottenibile presso l'Ufficio federale delle costruzioni e della logistica, Distribuzione pubblicazioni, CH-3003 Berna.[123]

Sezione 3: Elenco delle specialità

Art. 30 Principio

1 Un medicamento è ammesso nell'elenco delle specialità se:[124]

115 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 3 lug. 1996, in vigore dal 1° ott. 1996 (RU **1996** 2430).
116 RS **832.10**
117 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 10 lug. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU **2000** 2546).
118 www.bag.admin.ch > Temi > Assicurazione malattie > Tariffe e prezzi > Elenco delle analisi
119 L'elenco può essere ordinato presso l'UFCL, Vendita di pubblicazioni federali, 3003 Berna.
120 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 5 dic. 2011, in vigore dal 1° gen. 2012 (RU **2011** 6487).
121 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 26 feb. 1996, in vigore dal 1° giu. 1996 (RU **1996** 1232).
122 RS **832.10**
123 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 2 lug. 2002, in vigore dal 1° lug. 2002 (RU **2002** 3013).
124 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 27 nov. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU **2000** 3088).

a.[125] ne sono dimostrati l'efficacia, il valore terapeutico e l'economicità;

b.[126] è stato omologato dall'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici (Swissmedic).

2 ...[127]

Art. 30*a*[128] [129] Domanda di ammissione

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

a. il preavviso di Swissmedic, in cui si comunicano la prevista omologazione ed i dati concernenti le indicazioni e i dosaggi da omologare;

b. l'informazione specializzata fornita a Swissmedic;

b*bis*.[130] in caso di preparati originali protetti da un brevetto: i numeri dei brevetti e i certificati protettivi complementari con la data di scadenza;

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

d. il riassunto della documentazione clinica inoltrato a Swissmedic;

e. gli studi clinici più importanti;

f. i prezzi di fabbrica per la consegna praticati in tutti gli Stati di riferimento ai sensi dell'articolo 35 e il prezzo d'obiettivo per la Comunità europea;

g.[131] ...

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

Art. 31[132] Procedura di ammissione

1 L'UFSP sottopone le domande di ammissione nell'elenco delle specialità alla Commissione federale dei medicamenti (CFM).

125 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 27 nov. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU **2000** 3088).
126 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 2 lug. 2002, in vigore dal 1° lug. 2002 (RU **2002** 3013).
127 Abrogato dal n. II 2 dell'O del DFI del 26 ott. 2001, con effetto dal 1° gen. 2002 (RU **2001** 3397).
128 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 2 lug. 2002, in vigore dal 1° lug. 2002 (RU **2002** 3013).
129 Vedi anche le disp. trans. della mod. del 21 mar. 2012 alla fine del presente testo.
130 Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 26 apr. 2006, in vigore dal 1° mag. 2006 (RU **2006** 1757).
131 Abrogata dal n. I dell'O del DFI dell'8 mag. 2013, con effetto dal 1° giu. 2013 (RU **2013** 1357).
132 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI dell'8 mag. 2013, in vigore dal 1° giu. 2013 (RU **2013** 1357).

2 L'UFSP mette a disposizione della CFM, in occasione della seduta di quest'ultima, i documenti di cui all'articolo 30*a*. Può fornire alla CFM altri documenti pertinenti.

3 La CFM classifica ogni medicamento in una delle categorie seguenti:

a. assoluta innovazione medico-terapeutica;

b. progresso terapeutico;

c. diminuzione del costo rispetto ad altri medicamenti;

d. nessun progresso terapeutico e nessuna diminuzione del costo;

e. inadeguato per l'assicurazione sociale malattie.

4 L'UFSP può trattare le domande di ammissione senza sottoporle alla CFM qualora esse riguardino:

a. nuove forme galeniche, grandezze d'imballaggio o dosaggi di medicamenti che figurano già nell'elenco delle specialità, all'interno delle indicazioni esistenti;

b. medicamenti per cui è stata presentata una domanda presso Swissmedic giusta l'articolo 12 della legge del 15 dicembre 2000[133] sugli agenti terapeutici, se il preparato originale figura già nell'elenco delle specialità;

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

5 Di regola l'UFSP decide sull'ammissione definitiva nell'elenco delle specialità entro 60 giorni dall'omologazione definitiva di Swissmedic, a condizione che le domande di ammissione siano presentate con il preavviso di Swissmedic secondo l'articolo 30*a* capoverso 1 lettera a e corredate dalla documentazione completa.

Art. 31*a*[134] Procedura di ammissione accelerata

1 Se Swissmedic ha già approvato lo svolgimento di una procedura di omologazione accelerata giusta l'articolo 5 dell'ordinanza del 17 ottobre 2001[135] sui medicamenti, l'UFSP esegue una procedura di ammissione accelerata.

2 Nella procedura di ammissione accelerata una domanda può essere presentata al più tardi 20 giorni prima della seduta della CFM durante la quale verrà trattata.

Art. 32[136] Efficacia

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

133 RS **812.21**
134 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 dell'8 mag. 2013, in vigore dal 1° giu. 2013 (RU **2013** 1357).
135 RS **812.212.21**
136 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 2 lug. 2002, in vigore dal 1° lug. 2002 (RU **2002** 3013).

Art. 33[137] Valore terapeutico

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

2 Per la valutazione del valore terapeutico, l'UFSP si avvale dei documenti su cui si è fondato Swissmedic per procedere all'omologazione. Swissmedic può esigere ulteriori documenti.[138]

Art. 34 Economicità

1 ..[139]

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

a. dei prezzi di fabbrica per la consegna praticati all'estero;

b. dell'efficacia terapeutica rispetto ad altri medicamenti con uguale indicazione o effetti analoghi;

c. del costo giornaliero o della cura rispetto a quello di medicamenti con uguale indicazione o effetti analoghi;

d. di un premio all'innovazione per una durata massima di 15 anni se si tratta di un medicamento ai sensi dell'articolo 31 capoverso 2 lettere a e b; in questo premio sono presi equamente in considerazione i costi di ricerca e di sviluppo.[140]

3 ...[141]

Art. 35[142] Paragone con il prezzo praticato all'estero

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

137 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 27 nov. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU **2000** 3088).
138 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 2 lug. 2002, in vigore dal 1° lug. 2002 (RU **2002** 3013).
139 Abrogato dal n. I dell'O del DFI del 1° lug. 2009, con effetto dal 1° ott. 2009 (RU **2009** 4251).
140 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 2 lug. 2002, in vigore dal 1° lug. 2002 (RU **2002** 3013).
141 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 26 apr. 2006 (RU **2006** 1757). Abrogato dal n. I dell'O del DFI del 1° lug. 2009, con effetto dal 1° ott. 2009 (RU **2009** 4251).
142 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 2 lug. 2002, in vigore dal 1° lug. 2002 (RU **2002** 3013).

2 Gli Stati presi a paragone sono Germania, Danimarca, Gran Bretagna, Paesi Bassi, Francia e Austria. Si può eseguire il paragone con ulteriori Stati.[143]

3 Il titolare dell'omologazione comunica all'UFSP i prezzi di fabbrica per la consegna praticati negli Stati di riferimento di cui al capoverso 2. Calcola tali prezzi in base ai regolamenti di autorità o di federazioni e li fa attestare da un'autorità o da una federazione. I prezzi sono convertiti in franchi svizzeri in base a un tasso di cambio medio calcolato dall'UFSP sull'arco di dodici mesi.[144]

Art. 35*a*[145] Parte propria alla distribuzione

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

143 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 1° lug. 2009, in vigore dal 1° ott. 2009 (RU **2009** 4251).
144 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 21 mar. 2012, in vigore dal 1° mag. 2012 (RU **2012** 1769).
145 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).

Art. 35*b*[146] [147] Riesame triennale delle condizioni di ammissione

1 L'UFSP riesamina i prezzi di fabbrica per la consegna dei preparati originali di cui all'articolo 65*d* capoverso 1 OAMal una volta ogni anno civile. Nel quadro di questo riesame verifica di volta in volta tutti i prezzi di fabbrica per la consegna dei preparati originali ammessi nell'elenco delle specialità ad intervalli di tre anni, in ordine cronologico decrescente fino al 1955.

2 Il capoverso 1 non si applica ai preparati originali che, dall'ultimo riesame delle condizioni di ammissione, sono stati sottoposti a un riesame del prezzo in base a un'estensione dell'indicazione oppure a una modificazione o soppressione di una limitazione ai sensi dell'articolo 65*f* capoverso 2 secondo periodo OAMal. L'UFSP procede al riesame di questi preparati originali nel corso del terzo anno dopo il riesame del prezzo dovuto a un'estensione dell'indicazione oppure a una modificazione o soppressione della limitazione.[148]

3 Per il riesame è determinante la data di ammissione della prima forma di commercio della sostanza attiva contenuta nel preparato originale.

4 Il titolare dell'omologazione deve presentare all'UFSP, entro il 31 maggio dell'anno del riesame, i seguenti documenti:

a. i prezzi di fabbrica per la consegna in vigore il 1° aprile dell'anno del riesame in tutti gli Stati di riferimento di cui all'articolo 35 capoverso 2 confermati da una persona con diritto di firma della rappresentanza competente per il titolare dell'omologazione nel rispettivo Paese;

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

c. dati aggiornati, con indicazione delle informazioni relative al medicamento modificate rispetto al precedente riesame.

5 Per la fissazione dei prezzi secondo il capoverso 4 lettera a, il titolare dell'omologazione responsabile della distribuzione del preparato originale oggetto del riesame 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.[149]

6 Se dal paragone del prezzo di fabbrica per la consegna della confezione che ha generato la maggiore cifra d'affari in Svizzera con il prezzo medio di fabbrica per la consegna in vigore negli Stati di riferimento risulta che il prezzo deve essere ridotto, il tasso di riduzione calcolato è applicato ai prezzi di fabbrica per la consegna di tutte le forme di commercio della medesima sostanza attiva.

146 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 30 giu. 2010, in vigore dal 1° ago. 2010 (RU **2010** 3249). Vedi anche le disp. trans. della mod. del 30 giu. 2010 alla fine del presente testo.

147 Vedi anche le disp. trans. della mod. del 21 mar. 2012 alla fine del presente testo.

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

149 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 21 mar. 2012, in vigore dal 1° mag. 2012 (RU **2012** 1769).

7 ...[150]

8 Se il prezzo di fabbrica per la consegna in Svizzera è inferiore a quello in vigore negli Stati di riferimento, ciò non giustifica un suo aumento.

9 ...[151]

10 Nel quadro del riesame secondo il 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 medio del corrispondente preparato originale in vigore all'estero il 1° aprile dell'anno del riesame:

a. 10 per cento, purché il suo prezzo di fabbrica al momento dell'ammissione nell'elenco delle specialità soddisfi i requisiti secondo l'articolo 65*c* capoverso 2 lettera a OAMal;

b. 20 per cento in tutti gli altri casi.[152]

Art. 35*c*[153] Restituzione delle eccedenze

1 Al momento del primo riesame delle condizioni di ammissione secondo l'articolo 35*b*, l'UFSP esamina se sono state conseguite eccedenze ai sensi dell'articolo 67 capoverso 2ter OAMal.

2 Per la fissazione dei limiti determinanti per una restituzione ai sensi dell'articolo 67 capoverso 2ter OAMal sono considerate tutte le forme di commercio di un medicamento.

3 Le eccedenze sono calcolate come segue:

a. dapprima è rilevata la differenza tra il prezzo di fabbrica per la consegna al momento dell'ammissione 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.

4 Per il calcolo delle eccedenze sono determinanti i tassi di cambio al momento dell'ammissione del preparato.

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

6 Se riduce volontariamente il prezzo di fabbrica per la consegna del suo preparato originale prima del 1° novembre dell'anno del riesame adeguandolo al livello medio degli Stati di riferimento di cui all'articolo 35 capoverso 2, il titolare dell'omologazione deve comunicare all'UFSP i prezzi medi al momento in cui presenta la domanda di riduzione volontaria del prezzo. Se tale riduzione avviene entro i primi

150 Non applicabile dal 1° mag. 2012 al 31 dic. 2014 (RU **2012** 1769 n. III cpv. 3).
151 Abrogato dal n. I dell'O del DFI del 21 mar. 2012, con effetto dal 1° mag. 2012 (RU **2012** 1769).
152 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI dell'8 mag. 2013, in vigore dal 1° giu. 2013 (RU **2013** 1357).
153 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 30 giu. 2010, in vigore dal 1° ago. 2010 (RU **2010** 3249). Vedi anche le disp. trans. della mod. del 30 giu. 2010 alla fine del presente testo.

18 mesi successivi all'ammissione del preparato originale nell'elenco delle specialità, il titolare dell'omologazione non è tenuto a restituire le eccedenze.[154]

7 L'UFSP decide l'ammontare delle eccedenze e il termine entro cui queste vanno restituite all'istituzione comune di cui all'articolo 18 LAMal[155].

Art. 36[156] Riesame dell'economicità durante i primi 15 anni[157]

1 L'UFSP riesamina i medicamenti oggetto di una domanda d'aumento di prezzo al fine di verificare se soddisfano ancora le condizioni d'ammissione di cui agli articoli 32 a 35*a*.[158]

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

3 La CFM può proporre all'UFSP di sopprimere in tutto o in parte il premio all'innovazione se le condizioni che ne avevano determinato la concessione non sono più soddisfatte.[159]

Art. 37[160] [161] Riesame delle condizioni di ammissione alla scadenza della protezione del brevetto

Per il riesame di un preparato originale secondo l'articolo 65*e* OAMal, il titolare dell'omologazione deve notificare spontaneamente all'UFSP, al più tardi sei mesi prima della scadenza della protezione del brevetto, i prezzi praticati in tutti gli Stati di riferimento di cui all'articolo 35 capoverso 2 e il fatturato realizzato nei quattro anni che hanno preceduto la scadenza del brevetto secondo l'articolo 65*c* capoversi 2–4 OAMal. I prezzi di fabbrica per la consegna medi in vigore negli Stati di riferimento sono pubblicati sul sito Internet dell'UFSP.

154 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 21 mar. 2012, in vigore dal 1° mag. 2012 (RU **2012** 1769). Vedi anche le disp. trans. di detta mod. alla fine del presente testo.
155 RS **832.10**
156 Vedi anche le disp. trans. della mod. del 21 mar. 2012 alla fine del presente testo.
157 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 26 apr. 2006, in vigore dal 1° mag. 2006 (RU **2006** 1757).
158 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 26 apr. 2006, in vigore dal 1° mag. 2006 (RU **2006** 1757).
159 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI dell'8 mag. 2013, in vigore dal 1° giu. 2013 (RU **2013** 1357).
160 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 30 giu. 2010, in vigore dal 1° ago. 2010 (RU **2010** 3249).
161 Vedi anche le disp. trans. della mod. del 21 mar. 2012 alla fine del presente testo.

Art. 37*a*[162]

Art. 37*b*[163] Estensione dell'indicazione e modificazione della limitazione

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

a. la decisione di omologazione;

b. l'attestato di omologazione;

c. l'informazione specializzata definitiva;

d. i documenti giusta l'articolo 30*a* capoversi 1 lettere b^{bis}–f e 2.

[2] Per il riesame di un preparato originale a seguito di una modificazione o soppressione di una limitazione ai sensi dell'articolo 65*f* OAMal, il titolare dell'omologazione deve notificare all'UFSP i documenti giusta l'articolo 30*a* capoverso 1 lettere a–f e capoverso 2.all'UFSP i documenti giusta l'articolo 30*a* capoverso 1 lettere a–f e capoverso 2.

Art. 37*c*[164]

Art. 37*d*[165] Portata e momento del riesame

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

[2] La data d'ammissione nell'elenco delle specialità della prima grandezza d'imballaggio, del primo dosaggio o della prima forma galenica di un preparato originale determina il momento del riesame.

Art. 38 Tasse

[1] Per ogni domanda di nuova ammissione di un medicamento è riscossa una tassa di 2000 franchi per ogni forma galenica. La tassa ammonta a 2400 franchi se la domanda concerne un medicamento omologato nel corso di una procedura accelerata e se la domanda dev'essere trattata anche dall'UFSP con una procedura accelerata.[166]

162 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 26 apr. 2006 (RU **2006** 1757). Abrogato dal n. I dell'O del DFI del 21 nov. 2007, con effetto dal 1° gen. 2008 (RU **2007** 6839).

163 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 dell'8 mag. 2013, in vigore dal 1° giu. 2013 (RU **2013** 1357).

164 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).

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

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

2 Per ogni domanda d'aumento di prezzo, di estensione della limitazione, di modifica della dose della sostanza attiva o della grandezza dell'imballaggio come pure di riesame è riscossa una tassa di 400 franchi per ogni forma galenica.[167]

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

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

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

Sezione 4:[168] Aliquota percentuale dei medicamenti

Art. 38*a*[169]

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

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

3 La media del terzo meno caro è determinata il 1° novembre oppure al momento dell'ammissione del primo generico nell'elenco delle specialità.

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

5 Se il medico o il chiropratico prescrive esplicitamente, per motivi d'ordine medico, un preparato originale, il capoverso 1 non è applicabile.

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

167 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 27 nov. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU **2000** 3088).
168 Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 9 nov. 2005, in vigore dal 1° gen. 2006 (RU **2006** 23).
169 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 2 feb. 2011, in vigore dal 1° mar. 2011 (RU **2011** 657). Vedi anche le disp. fin. di detta mod. alla fine del presente testo.

Titolo 2: Condizioni per la fornitura di prestazioni

Capitolo 1: …

Art. 39[170]

Capitolo 2: Scuole di chiropratica

Art. 40

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

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

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

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

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

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

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

g. Northwestern College of Chiropractic
2501 West 84th Street, Bloomington, Minnesota 55431, USA;

h. Palmer College of Chiropractic
1000 Brady Street, Davenport, Iowa 52803, USA;

i. Palmer College of Chiropractic West
1095 Dunford Way, Sunnyvale, California 94087, USA;

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

k. Western States Chiropractic College
2900 N.E. 132nd Avenue, Portland, Oregon 97230, USA.[171]

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

171 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 9 nov. 2005, in vigore dal 1° gen. 2006 (RU **2006** 23).

2 Oltre agli istituti menzionati al capoverso 1, in singoli casi i Cantoni possono riconoscere come equivalente un'altra scuola di chiropratica. I Cantoni esaminano la scuola e garantiscono l'equivalenza con gli istituti menzionati al capoverso 1.[172]

Capitolo 3: …

Art. 41[173]

Capitolo 4: Laboratori

Art. 42 Formazione e perfezionamento

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

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

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

4 …[174]

Art. 43[175] Esigenze supplementari in materia di genetica medica

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

a. il cui direttore attesta una formazione conformemente all'articolo 42 capoverso 1, riconosciuta per dirigere un laboratorio, e un perfezionamento ai sensi dell'articolo 42 capoverso 3 in genetica medica (genetica umana specializzata sulla salute e le malattie) riconosciuto dalla FAMH o riconosciuto equipollente dal Dipartimento federale dell'interno;

172 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 9 nov. 2005, in vigore dal 1° gen. 2006 (RU **2006** 23).
173 Abrogato dal n. I dell'O del DFI del 9 giu. 1999, con effetto dal 1° gen. 2000 (RU **1999** 2517).
174 Abrogato dal n. I dell'O del DFI del 4 apr. 2007, con effetto dal 1° apr. 2007 (RU **2007** 1367).
175 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 17 nov. 2003, in vigore dal 1° gen. 2004 (RU **2003** 5283). Vedi anche le disp. fin. di detta mod. alla fine del presente testo.

b. i quali, per tali analisi, hanno ottenuto un'autorizzazione dell'UFSP di eseguire esami genetici sull'essere umano.[176]

2 Singole analisi del capitolo «Genetica» dell'elenco delle analisi possono anche essere eseguite nei laboratori il cui direttore attesta un perfezionamento riconosciuto dalla FAMH o riconosciuto equipollente dal Dipartimento federale dell'interno e comprendente la genetica medica. I requisiti posti al perfezionamento necessario per le singole analisi sono definiti nell'elenco delle analisi mediante un suffisso.

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

b. l'ordinanza 3 del DFI sull'assicurazione contro le malattie del 5 maggio 1965[178] concernente l'esercizio del diritto ai sussidi federali per la cura medica e i medicamenti degli invalidi;

c. l'ordinanza 4 del DFI sull'assicurazione contro le malattie del 30 luglio 1965[179] 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[180] concernente gli istituti di chiropratica riconosciuti;

e. l'ordinanza 7 del DFI sull'assicurazione contro le malattie del 13 dicembre 1965[181] 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[182] 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[183] concernente determinati provvedimenti diagnostici e terapeutici a carico delle casse malati riconosciute;

176 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 4 apr. 2007, in vigore dal 1° apr. 2007 (RU **2007** 1367). Vedi anche le disp. fin. di detta mod. alla fine del presente testo
177 [RU **1965** 131, **1970** 949, **1971** 1719, **1986** 1487 n. II]
178 [RU **1965** 423, **1968** 968, **1974** 688, **1986** 891]
179 [RU **1965** 612, **1986** 1487 n. II]
180 [RU **1965** 1201, **1986** 1487 n. II, **1988** 973]
181 [RU **1965** 1202, **1968** 754, **1971** 1258, **1986** 1487 n. II, **1988** 2012, **1993** 349, **1995** 890]
182 [RU **1986** 87]
183 [RU **1991** 519, **1994** 743 1078, **1995** 891]

h. l'ordinanza 10 del DFI sull'assicurazione contro le malattie del 19 novembre 1968[184] concernente l'ammissione di medicamenti nell'elenco delle specialità;

i. l'ordinanza del DFI del 28 dicembre 1989[185] concernente i medicamenti obbligatoriamente a carico delle casse malati riconosciute;

k. l'ordinanza del DFI del 23 dicembre 1988[186] concernente le analisi obbligatoriamente a carico delle casse malati riconosciute.

Art. 45[187]

Art. 46 Entrata in vigore[188]

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

2 …[189]

3 …[190]

Disposizione finale della modifica del 17 novembre 2003[191]

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»)[192].

Disposizione finale della modifica del 12 dicembre 2005[193]

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

184 [RU **1968** 1463, **1986** 1487]
185 [RU **1990** 127, **1991** 959, **1994** 765]
186 [RU **1989** 374, **1995** 750 3688]
187 Abrogato dal n. I dell'O del DFI del 27 nov. 2000, con effetto dal 1° gen. 2001 (RU **2000** 3088).
188 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 26 feb. 1996, in vigore dal 1° giu. 1996 (RU **1996** 1232).
189 Abrogato dal n. I dell'O del DFI del 15 gen. 1996, con effetto dal 1° mag. 1996 (RU **1996** 909).
190 Abrogato dal n. I dell'O del DFI del 26 feb. 1996, con effetto dal 1° giu. 1996 (RU **1996** 1232).
191 RU **2003** 5283
192 Non pubblicato nella RU. Questo regolamento con le disp. trans. può essere consultato presso l'UFSP, Schwarzenburgstr. 165, 3003 Berna.
193 RU **2006** 21

Disposizioni finali della modifica del 3 luglio 2006[194]

[1] Per il periodo compreso tra il 1° luglio e il 30 settembre 2006 l'assunzione dei costi per la tomografia ad emissione di positroni (PET) è effettuata secondo l'allegato 1 numero 9.2 della versione del 9 novembre 2005[195].[196]

[2] ...[197]

Disposizioni finali della modifica del 4 aprile 2007[198]

[1] I direttori di laboratori che non soddisfano le esigenze di cui all'articolo 42 capoverso 3 e che secondo il diritto anteriore erano autorizzati ad eseguire determinate analisi speciali continuano ad esserlo anche dopo l'entrata in vigore della modifica del 4 aprile 2007.[199]

[2] 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[200]

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

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

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

194 RU **2006** 2957
195 RU **2006** 23
196 In vigore dal 1° lug. 2006.
197 Abrogato dal n. I dell'O del DFI del 5 dic. 2011, con effetto dal 1° gen. 2012 (RU **2011** 6487).
198 RU **2007** 1367
199 La mod. entra in vigore il 1° apr. 2007.
200 RU **2007** 4443

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

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

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

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

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

Disposizioni transitorie della modifica del 30 giugno 2010[201]

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

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

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

201 RU **2010** 3249

Disposizioni transitorie della modifica del 2 febbraio 2011[202]

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

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

Disposizioni transitorie della modifica del 21 marzo 2012[203]

1 Nel quadro del riesame delle condizioni di ammissione secondo l'articolo 35*b*, il titolare dell'omologazione può chiedere che il prezzo di fabbrica per la consegna medio praticato negli Stati di riferimento di cui all'articolo 35 capoverso 2 sia maggiorato di un margine di tolleranza.

2 Il margine di tolleranza è del 5 per cento. Se il tasso di cambio del franco svizzero in euro determinante al momento del riesame è superiore al tasso di cambio medio calcolato per il periodo dal 1° febbraio 2011 al 31 gennaio 2012, il margine di tolleranza del 5 per cento è diminuito di un punto percentuale per ogni 1,3 centesimi di differenza. Il margine di tolleranza non scende tuttavia al di sotto del 3 per cento.

3 L'applicazione del margine di tolleranza deve essere chiesta entro il 31 maggio dell'anno del riesame. L'UFSP riduce il prezzo di fabbrica per la consegna di un preparato originale con effetto dal 1° novembre dell'anno del riesame.

4 Per le domande di ammissione di un medicamento nell'elenco delle specialità secondo l'articolo 30*a*, per l'ammissione di nuove grandezze d'imballaggio e nuovi dosaggi, per le domande d'aumento di prezzo secondo l'articolo 36 e per i riesami del prezzo secondo gli articoli 35*c* capoverso 6, 37, 37*b* e secondo l'articolo 66*a* OAMal presentati all'UFSP dal titolare dell'omologazione tra il 1° novembre 2011 e il 31 luglio 2012, è determinante il tasso di cambio medio calcolato per il periodo dal 1° febbraio 2011 al 31 gennaio 2012.

202 RU **2011** 657
203 Applicabili dal 1° mag. 2012 al 31 dic. 2014 (RU **2012** 1769 n. III cpv. 2).

Allegato 1[204]
(art. 1)

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

Premessa

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

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

204 Nuovo testo giusta il n. II cpv. 1 dell'O del DFI del 9 nov. 2005, in vigore dal 1° gen. 2006 (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), dal n. II dell'O del DFI del 2 dic. 2010 (RU **2010** 5837), del 31 mag. 2011 (RU **2011** 2669), dai n. II cpv. 1 delle O del DFI del 5 dic. 2011 (RU **2011** 6487), del 12 giu. 2012 (RU **2012** 3553), del 15 nov. 2012 (RU **2012** 6587) e del 10 giu. 2013, in vigore dal 1° lug. 2013 (RU **2013** 1925).

Indice delle materie dell'allegato 1

1	Chirurgia
1.1	In generale
1.2	Chirurgia di trapianto
1.3	Ortopedia, Traumatologia
1.4	Urologia e Proctologia
2	Medicina interna
2.1	In generale
2.2	Malattie cardiovascolari, medicina intensiva
2.3	Neurologia, inclusa la terapia del dolore e l'anestesia
2.4	Medicina fisica, reumatologia
2.5	Oncologia
3	Ginecologia, ostetricia
4	Pediatria, psichiatria infantile
5	Dermatologia
6	Oftalmologia
7	Otorinolaringoiatria
8	Psichiatria
9	Radiologia
9.1	Radiodiagnostica
9.2	Altri procedimenti di formazione d'immagini
9.3	Radiologia intervenzionale e radioterapia
10	Medicina complementare
11	Riabilitazione

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
1 Chirurgia			
1.1 In generale			
Provvedimenti in caso d'operazione al cuore	Sì	Sono inclusi: Cateterismo cardiaco; angiocardiografia, compresi i mezzi di contrasto; ibernazione artificiale; impiego del circuito artificiale cuore-polmone; impiego del «Cardioverter» come «Pace-maker», defibrillatore o «Monitor»; conserve di sangue e sangue fresco; applicazione di una valvola cardiaca artificiale, compresa la protesi; applicazione del «Pace-maker», compreso l'apparecchio.	1.9.1967
Sistemi di stabilizzazione per operazioni di bypass coronarico effettuate sul cuore pulsante	Sì	Tutti i pazienti previsti per un'operazione di bypass. Particolari vantaggi possono essere ottenuti nei casi seguenti: – aorta gravemente calcificata; – insufficienza renale; – sindrome respiratorie ostruttive croniche; – età avanzata (oltre i 70–75 anni). Controindicazioni: – vasi sanguigni profondi intramiocardici e vasi gravemente calcificati o molto sottili e diffusi (> 1,5 mm); – instabilità emodinamica peroperatoria a causa di manipolazioni del cuore o a causa di ischemia	1.1.2002
Ricostruzione mammaria operatoria	Sì	Per ristabilire l'integrità fisica e psichica della paziente dopo un'amputazione indicata dal profilo medico.	23.8.1984/ 1.3.1995
Autotrasfusione	Sì		1.1.1991
Terapia chirurgica dell'adiposità	Si	Il paziente ha un indice di massa corporea (BMI) 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 sulla terapia chirurgica dell'obesità (Richtlinien zur operativen Behandlung von Übergewicht, solo in tedesco) della «Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders» (SMOB) del 9 novembre 2010[205].	1.1.2000/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2007/ 1.7.2009/ 1.1.2011

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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		Esecuzione in centri che, sulla base della loro organizzazione e del personale, sono in grado di osservare le direttive dello SMOB del 9 novembre 2010 per la terapia chirurgica dell'obesità. Si suppone che i centri riconosciuti dallo SMOB soddisfino tale condizione. Se l'intervento deve essere eseguito in un centro non riconosciuto dallo SMOB va precedentemente richiesto il consenso del medico di fiducia.	
Terapia a base di radiofrequenza per il trattamento delle varici	No	In valutazione	1.7.2002
Trattamento laser endovasale di varici	No		1.1.2004
Terapia di ablazione meccano-chimica endovenosa delle varici secondo il metodo Clarivein®	No		1.7.2013
1.2 Chirurgia di trapianto			
Trapianto renale isolato	Sì	Sono incluse le spese d'operazione sul donatore, compreso il trattamento per eventuali complicazioni, nonché le prestazioni secondo l'articolo 14 capoversi 1 e 2 della legge federale dell'8 ottobre 2004[206] sul trapianto di organi, tessuti e cellule (legge sui trapianti) e secondo l'articolo 12 dell'ordinanza del 16 marzo 2007[207] concernente il trapianto di organi, tessuti e cellule umani (ordinanza sui trapianti). È invece esclusa la responsabilità dell'assicuratore del ricevente in caso di morte del donatore.	25.3.1971/ 23.3.1972/ 1.8.2008
Trapianto cardiaco isolato	Sì	In caso di affezioni cardiache gravi e incurabili, quali la cardiopatia ischemica, la cardiomiopatia idiopatica, le malformazioni cardiache e l'aritmia maligna.	31.8.1989
Trapianto isolato del polmone (proveniente da donatore deceduto)	Sì	Stadio terminale di una malattia polmonare cronica. Nei centri seguenti:	1.1.2003

206 RS **810.21**
207 RS **810.211**

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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Autotrapianto isolato delle Isole di Langerhans	Sì	Nei centri seguenti: Universitätsspital di Zurigo, Hôpitaux Universitaires di Ginevra, a condizione che il centro partecipi al registro di SwissTransplant.	1.7.2002/ 1.7.2010
Trapianto isolato dell'intestino tenue	Sì	Nei centri seguenti: Universitätsspital di Zurigo, Hôpitaux Universitaires di Ginevra, a condizione che il centro partecipi al registro di SwissTransplant.	1.7.2002/ 1.7.2010
Trapianto simultaneo del fegato e dell'intestino tenue e trapianto multiviscerale	Sì	Nei centri seguenti: Universitätsspital di Zurigo, Hôpitaux Universitaires di Ginevra, a condizione che il centro partecipi al registro di SwissTransplant.	1.7.2002/ 1.7.2010
Trapianto con epidermide autologa di coltura (cheratinociti)	Sì	Adulti: – bruciature del 70 % o più della superficie totale del corpo; – bruciature profonde del 50 % o più della superficie totale del corpo. Bambini: – bruciature del 50 % o più della superficie totale del corpo; – bruciature del 40 % o più della superficie totale del corpo.	1.1.1997/ 31.12.2001
Trattamento di ferite di difficile guarigione con espianti di pelle coltivata	Sì	Con equivalenti di pelle autologa o allogenica ammessi secondo le corrispondenti prescrizioni di legge. Dopo una terapia conservativa eseguita a regola d'arte che non ha avuto successo. Indicazione per la scelta del metodo o del prodotto secondo le «Direttive per l'impiego di cute equivalente in caso di ferite di difficile guarigione» del 1° aprile 2011 della Società svizzera di dermatologia e venereologia e della Schweizerische Gesellschaft für Wundbehandlung[208]. Esecuzione in centri riconosciuti dalla Società svizzera di dermatologia e venereologia e dalla Schweizerische Gesellschaft für Wundbehandlung. Se il trattamento deve essere eseguito in un centro non riconosciuto dalla Società svizzera di dermatologia e venereologia e dalla Schweizerische Gesellschaft für Wundbehandlung va precedentemente richiesto il consenso del medico di fiducia.	1.1.2001/ 1.7.2002/ 1.1.2003/ 1.4.2003/ 1.1.2004/ 1.1.2008/ 1.8.2008/ 1.1.2012

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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
1.3 Ortopedia, Traumatologia			
Terapia di difetti di portamento	Sì	Prestazione obbligatoria per provvedimenti unicamente terapeutici, ossia solo se risultano radiologicamente manifeste modifiche di struttura o malformazioni della colonna vertebrale. I provvedimenti profilattici aventi lo scopo d'impedire modifiche imminenti dello scheletro, segnatamente la ginnastica speciale per rafforzare una schiena debole, non sono a carico dell'assicurazione malattia.	16.1.1969
Terapia dell'artrosi con iniezione intraarticolare di un lubrificante artificiale	No		25.3.1971
Terapia dell'artrosi con iniezione intraarticolare di teflon o silicone come «lubrificante»	No		12.5.1977
Terapia dell'artrosi con iniezione di soluzione mista contenente olio allo iodoformio	No	In valutazione	1.1.1997
Terapia mediante onde d'urto extracorporee (litotripsia) applicata all'apparato locomotore	No		1.1.1997/ 1.1.2000/ 1.1.2002
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	No		1.1.2002
Trapianto autologo di chondrociti	No		1.1.2002/ 1.1.2004
Viscosupplemento per il trattamento della gonartrosi	No		1.7.2002/ 1.1.2003/ 1.1.2004/ 1.1.2007

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Chifoplastica a palloncino per il trattamento di fratture vertebrali	Sì	Fratture recenti e dolorose del corpo vertebrale che non rispondono al trattamento analgesico e che evidenziano deformità tali da richiedere una correzione. Indicazioni secondo le linee guida della Società svizzera di chirurgia spinale del 23.9.2004[209]. 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 richiesto il consenso del medico di fiducia.	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2011/ 1.1.2013
Gel di piastrine per protesi totale del ginocchio	No		1.1.2006
Impianto meniscale di collagene	No		1.8.2008
Meniscotomia al laser	No		1.1.2006
1.4 Urologia e Proctologia			
Uroflowmetria (misurazione del flusso urinario mediante la registrazione di curve)	Sì		3.12.1981/ 1.1.2012
Litotripsia renale extra-corporea mediante onde d'urto (abbreviazione in tedesco: ESWL), frantumazione dei calcoli renali	Sì	Indicazioni: L'ESWL è indicato in caso di a. litiasi del bacinetto, b. litiasi dei calici renali, c. litiasi dell'uretere, se la terapia conservativa non ha avuto successo e se a causa della posizione, della forma e della dimensione del calcolo, la sua eliminazione spontanea è improbabile.	22.8.1985/ 1.8.2006

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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		Gli elevati rischi dovuti alla particolare posizione del paziente durante la narcosi esigono una vigilanza anestesiologica appropriata (formazione speciale dei medici e paramedici, nonché adeguati apparecchi di controllo).	
Terapia chirurgica delle turbe dell'erezione			
– protesi del pene	No		1.1.1993/ 1.4.1994
– chirurgia di rivascolarizzazione	No		1.1.1993/ 1.4.1994
Applicazione di uno sfintere artificiale	Sì	Incontinenza grave	31.8.1989
Terapia al laser dei tumori vescicali o del pene	Sì		1.1.1993
Embolizzazione terapeutica della varicocele testicolare			
– mediante sclerotizzazione o applicazione di coils	Sì		1.3.1995
– mediante balloons o microcoils	No		1.3.1995
Prostatectomia transuretrale mediante laser agli ultrasuoni	No		1.1.1997
Terapia transuretrale a microonde ad alta energia (TTM-AE)	No		1.1.2004
Elettroneuromodulazione dei nervi spinali sacrali mediante apparecchio impiantato per la terapia dell'incontinenza urinaria e delle turbe dello svuotamento della vescica	Si	Le spese vengono coperte soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia. In un'istituzione riconosciuta che disponga di un'unità d'urodinamica atta a realizzare una valutazione urodinamica completa, come pure di un'unità di neuromodulazione per la valutazione della funzione dei nervi periferici (test PNE). Dopo insuccesso di trattamenti conservatori (compresa la riabilitazione). Dopo un test di stimolazione (PNE) positivo.	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	Le spese vengono coperte soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia. In un'istituzione riconosciuta, che disponga di una unità di manometria anorettale in grado di realizzare una completa valutazione manometrica, così come di una unità di valutazione della funzione dei nervi periferici (test PNE). Dopo fallimento di terapie conservative e/o chirurgiche (inclusa la riabilitazione). Dopo un test di stimolazione (PNE) positivo.	1.1.2003/ 1.1.2008
Trattamento dell'incontinenza urinaria mediante iniezione cistoscopica di tossina botulinica di tipo A nella parete vescicale	Sì	Incontinenza urinaria dovuta all'iperattività detrusoriale neurogena associata a un'affezione neurologica nell'adulto. Dopo l'esaurimento delle opzioni di trattamento conservative. Può essere effettuato unicamente in un'istituzione specializzata in neurourologia che disponga di un'unità d'urodinamica.	1.1.2007/ 1.8.2008/ 1.7.2013
Stent urologici	Sì	Se un intervento chirurgico è controindicato per comorbidità, per gravi limitazioni fisiche o per motivi tecnici.	1.8.2007
Ultrasuoni concentrati ad alta intensità (HIFU) per il trattameno del carcinoma della prostata	No	…	1.7.2009
Vaporizzazione transuretrale e fotoselettiva della prostata con il laser (PVP)	Sì	In caso di sindrome sintomatica di ostruzione della prostata.	1.7.2011
2 Medicina interna			
2.1 In generale			
Terapia con iniezione di ozono	No		13.5.1976
Terapia con ossigeno iperbarico	Sì	In casi di: – lesioni attiniche croniche o tardive; – osteomielite acuta della mascella; – osteomielite cronica;	1.4.1994 1.9.1988

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		– sindrome diabetica del piede stadio ≥2B secondo la classificazione di Wagner-Armstrong;	1.7.2011
		– 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[210].	1.1.2006/ 1.7.2011
Celluloterapia a base di cellule fresche	No		1.1.1976
Sierocitoterapia	No		3.12.1981
Terapia dell'obesità	Sì	– Eccedenza rispetto al peso ideale del 20 per cento o più. – Malattia concomitante che può essere proficuamente influenzata da una riduzione di peso.	7.3.1974
– con anfetamine e loro derivati	No		1.1.1993
– con ormoni tiroidei	No		7.3.1974
– con diuretici	No		7.3.1974
– con iniezioni di coriogonadotropina	No		7.3.1974
Emodialisi («Rene artificiale»)	Sì		1.9.1967
Emodialisi a domicilio	Sì		27.11.1975
Dialisi peritoneale	Sì		1.9.1967
Nutrizione enterica a domicilio	Sì	Se senza impiego di sonda è esclusa una sufficiente nutrizione per via orale.	1.3.1995
Nutrizione enterica senza sonda a domicilio	Sì	Se l'indicazione è posta conformemente alle «Direttive della Società svizzera della nutrizione clinica (SSNC) relative a Home Care, alimentazione artificiale a domicilio»[211] del gennaio 2013 (disponibile solo in tedesco e francese).	1.7.2010/ 1.7.2012/ 1.7.2013
Nutrizione parenterale a domicilio	Sì		1.3.1995
Insulinoterapia con pompa a perfusione continua	Sì	Rimunerazione delle spese di noleggio della pompa alle condizioni seguenti: – il paziente soffre di diabete estremamente labile;	27.8.1987 1.1.2000

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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		– l'affezione non può essere stabilizzata in modo soddisfacente nemmeno mediante iniezioni multiple; – l'indicazione della terapia con la pompa e l'assistenza del paziente è determinata e assicurata da un centro qualificato o, previa consultazione del medico di fiducia, da un medico specialista con prassi privata.	
Perfusione parenterale di antibiotici con pompa (ambulatoriamente)	Sì		1.1.1997
Plasmaferesi	Sì	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	Sì	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) Esecuzione secondo le normative pubblicate da «The Joint Accreditation Committee- ISCT & EBMT (JACIE)» e dalla «Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy (Fact)»: «FACT-JACIE International Standards For Cellular Therapy Product Collection, Processing and Administration», 5ª edizione marzo 2012[212].	1.8.2008/ 1.1.2011/ 1.7.2013

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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		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[213] sui trapianti e secondo l'articolo 12 dell'ordinanza del 16 marzo 2007[214] sui trapianti. È invece esclusa la responsabilità dell'assicuratore del ricevente in caso di morte del donatore.	
– autologo	Sì	– linfomi – leucemia linfatica acuta – leucemia mieloide acuta – mieloma multiplo – neuroblastoma – medulloblastoma – carcinoma germinale.	1.1.1997/ 1.1.2013
	Sì	Nel quadro di studi clinici: – sindrome mielodisplastica – leucemia mieloide cronica – sarcoma di Ewing – sarcoma dei tessuti molli – tumore di Wilms – rabdomiosarcoma.	1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013 fino al 31.12.2017
	Sì	In studi clinici prospettici multicentrici controllati: – malattie auto-immuni. Le spese vengono coperte soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia. Dopo una terapia convenzionale fallita o in caso di una progressione della malattia	1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013 fino al 31.12.2017
	No	– recidiva di leucemia mieloide acuta – recidiva di leucemia linfatica acuta – carcinoma del seno – carcinoma bronchiale a piccole cellule – malattie congenite – carcinoma ovarico – tumore solido raro del bambino.	1.1.1997/ 1.1.2008/ 1.1.2013
– allogeno	Sì	– leucemia mieloide acuta – leucemia linfatica acuta – leucemia mieloide cronica – sindrome mielodisplastica – anemia aplastica – deficienze immunitarie e Inborn errors – talassemia e anemia drepanocitica (donatore: fratello o sorella con iden-	1.1.1997/ 1.1.2013

213 RS **810.21**
214 RS **810.211**

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		tico HLA) – mieloma multiplo – malattie linfatiche (linfoma di Hodgkin, linfoma non-Hodgkin, leucemia linfatica cronica).	
	Sì	Nel quadro di studi clinici: – carcinoma renale.	1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013 fino al 31.12.2017
	Sì	In studi clinici prospettici multicentrici controllati: – malattie auto-immuni. Le spese vengono coperte soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia. Dopo una terapia convenzionale fallita o in caso di una progressione della malattia.	1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013 fino al 31.12.2017
	No	– tumori solidi – melanoma	1.1.1997/ 1.1.2008
	No	– carcinoma del seno.	1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013
Litotripsia dei calcoli biliari	Sì	Calcoli biliari intraepatici; calcoli biliari extraepatici nella regione del pancreas e del coledoco. Litotripsia dei calcoli della cistifellea, se il paziente non è operabile (esclusa anche la colecistectomia laparoscopica).	1.4.1994
Polisonnografia Poligrafia	Sì	In caso di forte sospetto di: – apnea del sonno – movimento periodico delle gambe nel sonno – narcolessia, se la diagnosi clinica è incerta – parasonnia grave (ad es. distonia epilettica notturna o comportamento violento durante il sonno), se la diagnosi è incerta e se ne risultano conseguenze terapeutiche. Indicazione e esecuzione in centri qualificati, secondo le direttive del 6 settembre 2001 della Società svizzera di ricerca sul sonno, medicina del sonno e cronobiologia[215].	1.3.1995/ 1.1.1997/ 1.7.2002
	No	Esame di routine dell'insonnia passeggera e cronica, della fibrositis e Chronic fatigue syndrome.	1.1.1997

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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
	No	In valutazione In caso di forte sospetto di: – turbe nell'addormentarsi e del sonno, se la diagnosi iniziale è incerta e se la terapia del comportamento o medicamentosa è senza successo – turbe persistenti del ritmo circadiano, quando la diagnosi clinica è incerta.	1.1.1997/ 1.1.2002/ 1.4.2003
	No	Fratelli e sorelle di lattanti morti di Sudden Infant Syndrome (SIDS).	1.7.2011
Poligrafia	Sì	In caso di forte sospetto di apnea del sonno. Esecuzione: medici specializzati (FMH pneumologia) in poligrafia respiratoria con esperienza pratica secondo le direttive della Società svizzera di ricerca sul sonno, medicina del sonno e cronobiologia del 6 settembre 2001[216].	1.7.2002/ 1.1.2006/ 1.1.2012
Misura della melatonina nel siero	No		1.1.1997
Multiple Sleep Latency test	Sì	Indicazione ed esecuzione in centri qualificati, secondo le «Richtlinien zur Zertifizierung von 'Zentren für Schlafmedizin' zur Durchführung von Polysomnographien» della Società svizzera di ricerca sul sonno, medicina del sonno e cronobiologia del 1999[217].	1.1.2000
Maintenance of Wakefullness Test	Sì	Indicazione ed esecuzione in centri riconosciuti, secondo le «Richtlinien zur Zertifizierung von ‹Zentren für Schlafmedizin› zur Durchführung von Polysomnographien» della Società svizzera di ricerca sul sonno, medicina del sonno e cronobiologia del 1999[218].	1.1.2000
Actigrafia	Sì	Indicazione ed esecuzione in centri qualificati, secondo le «Richtlinien zur Zertifizierung von 'Zentren für Schlafmedizin' zur Durchführung von Polysomnographien» della Società svizzera di ricerca sul sonno,medicina del sonno e cronobiologia del 1999[219].	1.1.2000
Test respiratorio all'urea 13C per Helicobacter-pylori	Sì		16.9.1998/ 1.1.2001

216 Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref
217 Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref
218 Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref
219 Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Vaccinazione con cellule dendritiche per il trattamento del melanoma in stadio avanzato	No	In valutazione	1.7.2002
Trattamento fotodinamico con estere metilico dell'acido aminolevulinico	Sì	Pazienti con cheratosi attinica, carcinomi basocellulari, morbo di Bowen e carcinomi spinocellulari con spessore sottile	1.7.2002
Calorimetria e/o misura della densità corporea nella terapia dell'obesità	No		1.1.2004
Endoscopia con capsula	Sì	Per esame dell'intestino tenue nel tratto che va dal legamento del Treitz fino alla valvola ileocecale in caso di: – emorragie di causa ignota; – malattie infiammatorie croniche dell'intestino tenue. In seguito a gastroscopia e colono-scopia con esito negativo. Le spese vengono coperte soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia.	1.1.2004/ 1.1.2006
Fotoforesi extracorporea	Sì	In caso di linfoma T-Zell cutaneo (Sindrome di Sézary).	1.1.1997
		In caso di Graft-Versus-Host-Disease se la terapia convenzionale (p.es. corticosteroidi) non ha avuto successo.	1.1.2009/ 1.1.2012
	No	In caso di trapianto di polmoni.	1.1.2009
2.2 Malattie cardiovascolari, medicina intensiva			
Insufflazione di ossigeno	No		27.6.1968
Pressomassaggio sequenziale peristaltico	Sì		27.3.1969/ 1.1.1996
Registrazione dell'ECG per telemetria	Sì	Sono da prendere in considerazione, quali indicazioni, soprattutto i disturbi del ritmo e della trasmissione, i disturbi della circolazione sanguigna del miocardio (malattie delle coronarie). L'apparecchio può servire anche a sorvegliare l'efficacia della terapia.	13.5.1976

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Sistema impiantabile per la registrazione di un elettrocardiogramma sottocutaneo	Sì	Secondo le «Richtlinien zur Therapie von Herzrhytmusstörungen mit Herzschrittmachern, implantierbaren Defibrillatoren und perkutaner Katheterablation» del Gruppo di lavoro «Stimolazione cardiaca ed elettrofisiologica» della Società svizzera di cardiologia del 26 maggio 2000[220].	1.1.2001
Sorveglianza telefonica dei pazienti con stimolatore cardiaco (Pace-maker)	No		12.5.1977
Sorveglianza a distanza di pazienti e impianti cardiologici	No		1.7.2010 1.7.2012
Applicazione di un defibrillatore	Sì		31.8.1989
PTCA mediante pompa-pallone intraaortale	Sì		1.1.1997
Rivascolarizzazione transmiocardica per laser	No	In valutazione	1.1.2000
Terapia di risincronizzazione cardiaca sulla base di uno stimolatore cardiaco tricamerale, impianto e sostituzione del aggregato	Sì	In caso di insufficienza cardiaca cronica severa refrattaria al trattamento farmacologico e con desincronizzazione cardiaca. Alle condizioni seguenti: – Insufficienza cronica severa (NYHA III o IV) con frazione d'eiezione ventricolare sinistra ≤ 35 % malgrado trattamento medico adeguato – Blocco di branca sinistro con QRS largo ≥ 130 millisecondi Le analisi e l'impianto potranno essere eseguiti esclusivamente in un centro cardiologico qualificato dotato di un gruppo interdisciplinare con le competenze richieste in elettrofisiologia cardiaca e dell'infrastruttura necessaria (ecocardiografia, programmatore esterno, laboratorio di cateterismo cardiaco).	1.1.2003/ 1.1.2004
Brachiterapia intracoronarica	No	In valutazione	1.1.2003
Impianto di stent coronarici rivestiti	Sì		1.1.2005

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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Angioplastica coronarica con catetere a palloncino a rilascio di Paclitaxel	Sì	Indicazioni: – restenosi in-stent – stenosi di piccole arterie coronariche	1.7.2012
Terapia interventistica percutanea di un'insufficienza grave della valvola mitrale	Sì	In caso di pazienti non operabili con insufficienza grave della valvola mitrale (mortalità prevedibile del 10 %–15 % entro un anno) e morfologia delle valvole cardiache più idonea. Partecipazione a «Swiss Mitra Registry».	1.1.2013
Impianto transcatetere di valvola aortica (TAVI)	Sì	In valutazione In caso di stenosi aortica grave nei pazienti inoperabili e ad alto rischio operatorio, alle condizioni seguenti (cumulative): 1. La procedura TAVI dev'essere eseguita secondo le direttive europee «Guidelines on the management of valvular heart disease (version 2012)»[221]. 2. La procedura TAVI può essere praticata soltanto nelle istituzioni che praticano la cardiochirurgia in sede. 3. La decisione sull'ammissibilità dei pazienti alla procedura TAVI deve essere presa in seno all'équipe Heart Team, comprendente almeno un cardiologo interventista formato per interventi TAVI, un cardiologo non interventista, un cardiochirurgo e un anestesista. 4. Tutti i centri che praticano la procedura TAVI devono comunicare i propri dati al SWISS TAVI Registry.	1.7.2013 fino al 30.6.2018
2.3 Neurologia, inclusa la terapia del dolore e l'anestesia			
Massaggi in caso di paralisi consecutiva ad affezioni del sistema nervoso centrale	Sì		23.3.1972
Potenziali evocati visuali nell'ambito di esami neurologici speciali	Sì		15.11.1979
Elettrostimolazione del midollo spinale mediante applicazionedi un sistema di neurostimolazione	Sì	Terapia di dolori gravi specialmente di tipo di deafferentazione (algoallucinosi), status dopo ernia del disco con aderenze delle radici e corrispondente perdita di sensibilità nei dermatomi, causalgie e in particolare dolori provocati da fibrosi del plesso dopo	21.4.1983/ 1.3.1995

221 I documenti sono disponibili al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch /ref

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		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.	
Elettrostimolazione delle strutture cerebrali profonde mediante applicazione di un sistema di neurostimolazione	Sì	Terapia di dolori cronici gravi di tipo di deafferentazione d'origine centrale (ad. es. lesioni del midollo spinale e lesioni cerebrali, lacerazione intradurale del nervo) se esiste una stretta indicazione e se è stato effettuato un test con elettrodo percutaneo. Il cambiamento del generatore d'impulsi è compreso nella prestazione obbligatoria. Terapie di distonie gravi con insufficiente controllo dei sintomi mediante la terapia medicamentosa. Accertamenti ed esecuzione in centri specializzati che dispongono delle necessarie infrastrutture (neurochirurgia stereotassica, neurologia specializzata in disturbi locomotori, neuroradiologia).	1.3.1995/ 1.7.2011
Elettroneuromodulazione dei nervi pelvici mediante sistema impiantato per laparoscopia (procedura LION: Laparoscopic Implantation of Neuroprothesis)	No		1.7.2013
Operazioni con metodo stereotassico per la terapia del morbo di Parkinson cronica e refrattaria ai trattamenti non chirurgici (lesioni per radiofrequenza e stimolazioni croniche nel pallidum, talamo e subtalamo)	Sì	Diagnosi stabilita di un morbo di Parkinson idiopatico. Progressione dei sintomi su un minimo di due anni. Controllo insufficiente dei sintomi mediante il trattamento dopaminergico (fenomeni off, fluttuazioni on/off, dischinesie on). Accertamenti ed esecuzioni in centri specializzati che dispongono delle necessarie infrastrutture (neurochirurgia funzionale, neurologia, neuroradiologia).	1.7.2000
Operazione con metodo stereotassico (lesioni provocate da radiofrequenza e stimolazione cronica nel talamo) per la terapia del tremore cronico non causato dal morbo di Parkinson e	Sì	Diagnosi stabilita di un tremore cronico non causato dal morbo di Parkinson, progressione dei sintomi su un minimo di due anni; controllo insufficiente dei sintomi mediante terapia medicamentosa. Accertamenti ed esecuzione in centri specializzati, che dispongono della necessaria infrastruttura (neurochirurgia funzionale, neurologia, elettrofisiologia neurologica, neuroradiologica).	1.7.2002

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
refrattario ai trattamenti non chirurgici			
Elettroneurostimolazione transcutanea (abbreviazione in tedesco: TENS)	Sì	Se il paziente utilizza personalmente lo stimolatore TENS, l'assicuratore gli rimborsa le spese di noleggio dell'apparecchio alle condizioni seguenti: – il medico o, su suo ordine, il fisioterapista deve aver provato l'efficacia del TENS sul paziente e averlo istruito circa l'uso dello stimolatore; – il medico di fiducia deve aver confermato che l'autoterapia praticata dal paziente è indicata; – l'indicazione è data segnatamente nei casi seguenti: – dolori derivanti da un neuroma; p. es. dolori localizzati che possono insorgere con pressione nel settore delle membra amputate (monconi), – dolori che possono essere provocati o accresciuti con stimolazione (pressione, estensione o stimolazione elettrica) di un punto nevralgico: p. es. dolori sotto forma di sciatica o le sindromi della spalla e del braccio, – dolori provocati da compressione dei nervi; p. es. dolori irradianti persistenti dopo operazione dell'ernia del disco o del canale carpale.	23.8.1984
Terapia con baclofene con applicazione di un dosatore di medicamenti	Sì	In caso di spasticità resistente alla terapia	1.1.1996
Terapia intratecale di dolori cronici somatici con applicazione di un dosatore di medicamenti	Sì		1.1.1991
Potenziali evocati motori come esame neurologico specializzato	Sì	Diagnosi di malattie neurologiche. L'esaminatore responsabile è titolare del certificato di capacità risp. dell'attestato di formazione complementare in elettroencefalografia o in elettroneuromiografia della Società svizzera di neurofisiologia clinica.	1.1.1999
Resezione curativa di focolai epilettogeni	Sì	Indicazioni: – Prova dell'esistenza di un'epilessia focale.	1.1.1996/ 1.8.2006

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		– 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.	
Chirurgia palliativa dell'epilessia mediante: – commisurotomia – operazione sub-appiale multipla secondo Morell-Whisler – stimolazione del nervo vago	Sì	Le spese vengono coperte soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia. Se le investigazioni dimostrano che la chirurgia curativa dell'epilessia focale non è indicata e che un metodo palliativo permette un miglior controllo delle crisi e un miglioramento della qualità della vita. Accertamenti in un centro per epilettici che dispone della necessaria infrastruttura diagnostica segnatamente in elettrofisiologia, MRI, in neuropsicologia, di esperienza chirurgoterapeutica e di possibilità di adeguati trattamenti postoperatori.	1.1.1996/ 1.7.2002/ 1.1.2005/ 1.8.2006/ 1.1.2009
Operazione risp. decompressione al laser dell'ernia discale	No		1.1.1997
Terapia elettrotermica intradiscale	No		1.1.2004
Crineurolisi	No	Cura dei dolori delle articolazioni intervertebrali lombari.	1.1.1997
Denervazione delle faccette mediante radiofrequenza	No		1.1.2004/ 1.1.2005
Spondilodesi con gabbie intersomatiche o trapianto osseo	Sì	Le spese vengono coperte soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia. – Instabilità della colonna vertebrale con ernia discale, recidiva di ernia discale o stensi per pazienti con sindrome vertebrale o radicolare invalidante, resistente al trattamento conservativo, causata da patologie degenerative e instabilità della colonna vertebrale verificate clinicamente e radiologicamente.	1.1.1999/ 1.1.2002/ 1.7.2002/ 1.1.2004

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		– Dopo insuccesso di una spondilodesi posteriore con il sistema di viti pedicolari.	
Protesi del disco intervertebrale	Sì	In valutazione Malattia sintomatica degenerativa del disco intervertebrale della colonna vertebrale a livello cervicale e lombare. Mancato successo di una terapia conservativa della durata di tre mesi (cervicale) o di sei mesi (vertebre lombari) – ad eccezione di pazienti che presentano malattie degenerative della colonna vertebrale a livello cervicale o lombare e che soffrono di dolori incontrollabili nonostante siano sottoposti a terapie ospedaliere o che presentano disfunzioni neurologiche progressive nonostante venga applicata una terapia conservativa. – Degenerazione di due segmenti al massimo – Degenerazione minima degli altri segmenti contigui – Nessuna artrosi primaria delle faccette articolari (livello lombare) – Nessuna cifosi primaria segmentale (livello cervicale) – Osservanza delle controindicazioni generali. Esecuzione dell'intervento solo da parte di un chirurgo qualificato. Si suppone che i chirurghi riconosciuti dalla Società svizzera di chirurgia spinale, dalla Società svizzera d'ortopedia 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 richiesto il consenso del medico di fiducia. I fornitori di prestazioni forniscono all'«Institut für Evaluative Forschung in der orthopädischen Chirurgie» dell'Università di Berna i dati necessari per una valutazione nazionale.	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012 fino al 31.12.2016
Stabilizzazione intraspinale e dinamica della colonna vertebrale (p.es. del tipo DIAM)	Sì	In valutazione Esecuzione dell'intervento solo da parte di un chirurgo qualificato. Si suppone che i chirurghi riconosciuti dalla Società svizzera di chirurgia spinale, dalla Società	1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		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 richiesto il consenso del medico di fiducia. I fornitori di prestazioni forniscono all'«Institut für Evaluative Forschung in der orthopädischen Chirurgie» dell'Università di Berna i dati necessari per una valutazione nazionale.	fino al 31.12.2013
Stabilizzazione dinamica della colonna vertebrale (p.es. del tipo DYNESYS)	Sì	In valutazione 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 richiesto il consenso del medico di fiducia I fornitori di prestazioni forniscono all'«Institut für Evaluative Forschung in der orthopädischen Chirurgie» dell'Università di Berna i dati necessari per una valutazione nazionale.	1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012 fino al 31.12.2016
Anestesia generale volta a consentire interventi diagnostici o terapeutici (incl. interventi di medicina dentaria)	Sì	Nel caso in cui interventi diagnostici e terapeutici fossero possibili solo sotto anestesia a causa di gravi disabilità mentali e fisiche.	1.7.2010
Anestesia per infiltrazione, locale e segmentale (terapia neurale locale e segmentale)	Si		1.7.2011/ 1.7.2012

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
2.4 Medicina fisica, reumatologia			
Terapia dell'artrosi con iniezioni intraarticolari di un lubrificante artificiale	No		25.3.1971
Terapia dell'artrosi con iniezioni intraarticolari di teflon o silicone come «lubrificante»	No		12.5.1977
Sinoviortesi	Sì		12.5.1977
Terapia al low-level-laser	No		1.1.2001
2.5 Oncologia			
Terapia del cancro con pompa a perfusione (chemioterapia)	Sì		27.8.1987
Terapia al laser per chirurgia minimale palliativa	Sì		1.1.1993
Perfusione isolata delle membra con ipertermia e Tumor-Necrosis-Factors (TNF)	Sì	In caso di melanomi maligni con esclusiva invasione di un'estremità. In caso di sarcomi delle parti molli con esclusiva invasione di un'estremità. In centri specializzati con esperienza nella terapia interdisciplinare di melanomi e sarcomi estesi con questo metodo. La terapia è effettuata da un team di chirurghi oncologici, chirurghi vascolari, ortopedisti, anestesisti especialisti in medicina intensiva. La terapia deve essere effettuata in sala operatoria, sotto anestesia totale e controllo continuo mediante catetere Swan-Ganz.	1.1.1997/ 1.1.2001
	No	In caso di melanomi e sarcomi con: – invasione o infiltrazione delle radici delle estremità (ad es. invasione inguinale); – metastasi a distanza.	1.1.2001
Immunoterapia specifica attiva nell'ambito del trattamento adiuvante del carcinoma del colon in stadio II	No		1.8.2007

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Low-dose-rate-brachiterapia	Sì	Con semi di Iodio125 o semi di Palladio 103. In caso di carcinoma della prostata localizzato, con basso o medio rischio di recidiva e: – aspettativa di vita > cinque anni – nessuna TUR-P eseguita in precedenza volume della prostata < 60 ccm – uretra non ostruita in modo grave disturbi del deflusso. Centro qualificato con intensa cooperazione interdisciplinare tra urologi, radio-oncologi e fisici-medici.	1.7.2002/ 1.1.2005/ 1.1.2009/ 1.7.2011
Analisi multigenica in caso di carcinoma del seno (Breast Cancer Assay)	No		1.1.2011
3 Ginecologia, ostetricia			
Diagnosi agli ultrasuoni in ostetricia e ginecologia	Sì	È fatto salvo l'articolo 13 lettera b OPre per i controlli agli ultrasuoni in caso di gravidanza	23.3.1972/ 1.1.1997
Inseminazione artificiale	Sì	Inseminazione intrauterina. Al massimo tre cicli di terapia per gravidanza.	1.1.2001
Fecondazione in vitro per esame della sterilità	No		1.4.1994
Fecondazione in vitro e trasferimento d'embrione (FIVETE)	No		28.8.1986/ 1.4.1994
Sterilizzazione: – della donna	Sì	Nell'ambito della cura medica di una donna in età feconda, la sterilizzazione è una prestazione obbligatoria, se a causa di uno stato patologico verosimilmente permanente o di un'anomalia fisica, una gravidanza mette in pericolo la vita della paziente o procura un danno probabilmente duraturo alla sua salute e se altri metodi contraccettivi non possono essere presi in considerazione per motivi medici (in senso lato).	11.12.1980

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
– del marito	Sì	Se la sterilizzazione della moglie, di per sé rimborsabile, non può essere effettuata o non è auspicata dai coniugi, l'assicuratore cui è affiliata la moglie deve assumere le spese della sterilizzazione del marito.	1.1.1993
Terapia al laser del cancro del collo in situ	Sì		1.1.1993
Ablazione non chirurgica dell'endometrio	Sì	In caso di menorragie funzionali resistenti alla terapia nella premenopausa	1.1.1998
Test di Papanicolau per la diagnosi precoce del cancro del collo dell'utero (art. 12*e* lett. b OPre)	Si		1.1.1996/ 1.8.2008
Citologia in strati sottili per la diagnosi precoce del cancro del collo dell'utero secondo i metodi ThinPrep oppure Autocyte Prep / Sure Path (art. 12*e* lett. b OPre)	Si		1.4.2003/ 1.7.2005/ 1.8.2008
Individuazione del Human Papilloma Virus nell'ambito dello screening per il carcinoma del collo dell'utero (art. 12*e* lett. b OPre)	No	In valutazione	1.7.2002/ 1.8.2008
Interventi mammari mininvasivi sotto controllo radiologico o ecografico	Sì	Secondo la dichiarazione di consenso della Società svizzera di senologia e del Gruppo di lavoro «Bildgesteuerte minimal invasive Mammaeingriffe»; Senologie – Zeitschrift für Mammadiagnostik und -therapie 2009; 6: 181–184[222].	1.7.2002/ 1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.7.2009
Ansa sottouretrale per il trattamento dell'incontinenza da sforzo nella donna	Sì	– Secondo le raccomandazioni dell'associazione di uro-ginecologia e patologia del pavimento pelvico, comunicazione degli esperti, aggiornamento del 27.7.2004 intitolato «Tension free Vaginal Tape (TVT) per il trattamento dell'incontinenza urinaria a sforzo»[223].	1.1.2004/ 1.1.2005

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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		– L'impianto Reemex® non viene pagato.	
4 Pediatria, psichiatria infantile			
Programmi per terapie multiprofessionali ambulatoriali per bambini e adolescenti affetti da sovrappeso e adiposità	Sì	In valutazione 1. Indicazione terapeutica: a. in caso di adiposità (BMI > 97 percentili); b. in caso di sovrappeso (BMI 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, epatite dovuta al fegato grasso non per causa di alcol, malattie respiratorie, glomerulopatia, disturbi alimentari nel corso di un trattamento psichiatrico. Definizione di adiposità, sovrappeso e malattie secondo le raccomandazioni pubblicate dalla Società svizzera di pediatria (SSP) nella rivista specializzata «Pediatrica», edizione n. 6/2006 del 19 dicembre 2006[224] e n. 1/2011 del 4 marzo 2011[225]. 2. Programma: a. approccio terapeutico multiprofessionale secondo le esigenze stabilite dall'Associazione svizzera obesità nell'infanzia e nell'adolescenza (AKJ) e pubblicate nella rivista specializzata «Pediatrica», edizione n. 2/2007 del 13 aprile 2007[226]; b. il programma in gruppo medicalmente assistito è stato riconosciuto dalla commissione congiunta dell'SSP e dell'AKJ. 3. Design di valutazione unitario con statistica quantitativa e dei costi: a. trattamenti nel quadro del progetto di valutazione della SSP e dell'AKJ;	1.1.2008/ 1.7.2009 fino al 31.12.2013

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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		b. per trattamenti nel quadro di questo progetto di valutazione è pattuito un compenso forfettario.	
Terapia del gioco e della pittura per fanciulli	Sì	Praticata dal medico o sotto la sua sorveglianza diretta.	7.3.1974
Terapia dell'enuresi con apparecchio avvertitore	Sì	Dai cinque anni compiuti.	1.1.1993
Elettrostimolazione della vescica	Sì	In caso di disturbi organici della minzione.	16.2.1978
Ginnastica di gruppo per fanciulli obesi	No		18.1.1979
Monitoraggio della respirazione; monitoraggio della respirazione e della frequenza cardiaca	Sì	In caso di lattanti a rischio, previa prescrizione di un medico di un centro regionale di diagnosi della morte improvvisa (SIDS).	25.8.1988/ 1.1.1996
Screening sonografico dell'anca dei neonati e dei lattanti secondo Graf	**Si**	Effettuato da un medico specialmente formato.	1.7.2004/ 1.8.2008
Terapia ospedaliera lontano dal domicilio in caso di soprappeso eccessivo	No		1.1.2005
5 Dermatologia			
Terapia alla luce nera (PUVA) delle affezioni cutanee	Sì		15.11.1979
Fototerapia selettiva agli ultravioletti (abbreviazione in tedesco: SUP)	Sì	Sotto la responsabilità e il controllo del medico.	11.12.1980
Embolizzazione degli emangiomi del viso (radiologia di intervento)	Sì	A condizione che non risulti più cara del trattamento chirurgico (escissione).	27.8.1987
Terapia al laser in caso di:			
– naevus teleangiectaticus	Sì		1.1.1993
– condylomata acuminata	Sì		1.1.1993
– cicatrici dell'acne	No	In valutazione	1.7.2002
– cheloide	No		1.1.2004

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Terapia climatica al Mare Morto	No		1.1.1997/ 1.1.2001
Balneo-fototerapia ambulatoriale	No	In valutazione	1.7.2002
Stimolazione cellulare mediante onde acustiche pulsanti (PACE) per il trattamento dei disturbi acuti e cronici della cicatrizzazione di ferite della pelle	No	…	1.7.2009
Matrice extracellulare e biologica, tridimensionale e di origine animale	Sì	Per il trattamento di ferite croniche. Indicazione per la scelta del metodo o del prodotto secondo le «Richtlinien zum Einsatz von azellulären biologisch aktiven Materialien bei schwer heilenden Wunden» della Società svizzera di dermatologia e venereologia e della Schweizerische Gesellschaft für Wundbehandlung del 1° luglio 2011[227]. Esecuzione in centri riconosciuti dalla Società svizzera di dermatologia e venereologia e dalla Schweizerische Gesellschaft für Wundbehandlung. Se il trattamento deve essere eseguito in un centro non riconosciuto dalla Società svizzera di dermatologia e venereologia e dalla Schweizerische Gesellschaft für Wundbehandlung va precedentemente richiesto il consenso del medico di fiducia.	1.7.2011
Terapia con larve	Si	Per il trattamento di ferite croniche.	1.7.2011
Trattamento della lipoatrofia facciale con materiale di riempimento	Sì	Obbligo di prestazione in caso d'insorgenza di lipoatrofia facciale in seguito a trattamento medicamentoso o nel quadro di una malattia. Le spese vengono coperte soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia.	1.7.2013
6 Oftalmologia			
Ortottica	Sì	Se eseguita dal medico o sotto la sua sorveglianza diretta.	27.3.1969

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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Potenziali evocati visuali nell'ambito di esami oftalmologici speciali	Sì		15.11.1979
Biometria ultrasonica dell'occhio, prima di un'operazione della cataratta	Sì		8.12.1983
Terapia al laser in caso di:	Sì		1.1.1993
– retinopatie diabetiche			
– lesioni della retina (inclusa apoplessia retinica)	Sì		1.1.1993
– capsulotomia	Sì		1.1.1993
– trabeculotomia	Sì		1.1.1993
Chirurgia refrattiva (Cheratomia mediante laser; o intervento chirurgico)	Sì	Obbligo di prestazione unicamente quando il portatore di occhiali è affetto da un'anisometropia non correggibile supera le 3 diottrie e non sopporta durevolmente le lenti a contatto; per la correzione di un occhio fino a raggiungere i valori correggibili mediante occhiali.	1.1.1995/ 1.1.1997/ 1.1.2005
		Le spese vengono coperte soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia.	
Correzione refrattiva mediante lente intraoculare	Sì	Obbligo di prestazione unicamente quando l'anisometropia supera le 10 diottrie, in combinazione con la cheratomia.	1.1.2000/ 1.1.2005
		Le spese vengono coperte soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia.	
Copertura di difetti della cornea con membrane amniotiche	Sì		1.1.2001
Terapia fotodinamica della degenerazione maculare con Verteporfin	Sì	Forma classica predominante essudativa di degenerazione maculare determinata dall'età.	1.1.2006
	Sì	In caso di neovascolarizzazioni provocate da miopia patologica.	1.7.2000/ 1.7.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2006/

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
			1.1.2009/ 1.1.2012
	No	Altre forme di degenerazione maculare determinata dall'età.	1.1.2008
Dilatazione per stenosi del canale lacrimale con Lacri-Cath	No		1.1.2003/ 1.1.2005
Dilatazione mediante catetere a palloncino per stenosi del canale lacrimale	Si	– Sotto controllo radioscopico – con o senza impianto Stent – esecuzione da parte di esperti di radiologia di intervento con rispettiva esperienza.	1.1.2006/ 1.1.2008
Oftalmoscopia a scansione laser	Si	Indicazioni: – in caso di glaucoma dal trattamento difficile, indicazioni per l'intervento chirurgico – indicazioni per trattamenti alla retina Esame nel centro in cui deve essere eseguito l'intervento o il trattamento.	1.1.2004/ 1.8.2008
Cross linking della cornea in caso di cheratocono	No		1.8.2008
Cura del cheratocono mediante anelli intrastromali	Sì	Per correggere l'astigmatismo irregolare in caso di cheratocono, unicamente se una correzione con occhiali o lenti a contatto non è possibile oppure se vi è incompatibilità con le lenti a contatto. Esecuzione in centri/cliniche del tipo A, B e C (secondo la lista FMH dei centri di perfezionamento in oftalmologia riconosciuti)	1.8.2007
Misurazione dell'osmolarità del film lacrimale	No		1.1.2010
7 Otorinolaringoiatria			
Logopedia	Sì	Se eseguita dal medico o sotto la sua direzione e sorveglianza diretta (v. anche gli art. 10 e 11 OPre).	23.3.1972
Nebulizzatore a ultrasuoni	Sì		7.3.1974
Terapia mediante un «orecchio elettronico» secondo il metodo Tomatis (detta: audio- psicofonologia)	No		18.1.1979

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Protesi vocale	Sì	Applicazione in caso di laringectomia totale o dopo una laringectomia totale. Il cambiamento di una protesi vocale applicata è compreso nella prestazione obbligatoria.	1.3.1995
Terapia al laser in caso di: – papillomatosi delle vie respiratorie	Sì		1.1.1993
– resezione della lingua	Sì		1.1.1993
Impianto della chiocciola per la terapia della sordità delle due orecchie con resti uditivi inutilizzabili	Sì	Le spese vengono coperte soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia. Per fanciulli affetti da sordità peri e postlinguale e per adulti affetti da sordità tardiva. Nei centri seguenti: Hôpital Cantonal Universitaire di Ginevra, Ospedali universitari di Basilea, Berna e Zurigo, Kantonsspital di Lucerna. L'allenamento uditivo dispensato nel centro è parte integrante della terapia.	1.4.1994/ 1.7.2002/ 1.1.2004
Impianto di un apparecchio uditivo mediante ancoraggio osseo percutaneo	Sì	Indicazioni: – malattie e malformazioni dell'orecchio medio e del condotto uditivo esterno che non possono essere corrette chirurgicamente; – unica alternativa a un intervento chirurgico a rischio sul solo orecchio funzionale; – intolleranza ad apparecchi a trasmissione aerea; – sostituzione di un apparecchio convenzionale a trasmissione ossea, a seguito dell'insorgenza di turbe, di tenuta o funzionalità insufficienti.	1.1.1996
Impianto chirurgico del sistema d'impianto dell'orecchio medio del tipo «Vibrant Soundbridge» per il trattamento di ipoacusie neurosensoriali	Sì	Per pazienti che a causa motivi medici o audiologici non sono in grado di usufruire di apparecchi acustici tradizionali (per esempio in caso di otite esterna cronica, allergie, esostosi, ecc.).	1.1.2005
Palatoplastica al laser	No		1.1.1997

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Litotripsia del calcolo salivare	Sì	Esecuzione in un centro che disponga dell'esperienza necessaria (mediamente 30 primi trattamenti all'anno).	1.1.1997/ 1.1.2000/ 1.1.2001/ 1.1.2004
8 Psichiatria			
Terapia della tossicodipendenza			
– ambulatoria	Sì	Ammissibile una riduzione delle prestazioni in caso di colpa grave dell'assicurato.	25.3.1971
– ospedaliera	Sì		
Terapia sostitutiva in caso di dipendenza dagli oppiacei	Si	1. Osservanza delle direttive e raccomandazioni seguenti: a. In caso di terapia con prescrizione di metadone: «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» dell'ottobre 2009[228]; b. In caso di terapia con prescrizione di buprenorfina: «Terapia sostitutiva in caso di dipendenze dagli oppiacei oppioidi – Raccomandazioni UFSP, della Società Svizzera di medicina delle Dipendenze (SSAM) e dell'Associazione dei medici cantonali della Svizzera» dell'ottobre 2009; c. 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[229]. 2. La sostanza o il preparato utilizzati devono figurare nell'Elenco dei medicamenti con tariffa (EMT) oppure nell'Elenco delle specialità (ES) nel gruppo terapico (IT) approvato dall'UICM.	1.1.2001/ 1.1.2007/ 1.1.2010/ 1.7.2012

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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		3. La terapia sostitutiva comprende le prestazioni seguenti: a. prestazioni mediche: – esame d'entrata, inclusa l'anamnesi della dipendenza, status psichico e somatico con attenzione particolare alle turbe legate alla dipendenza e alla radice della dipendenza; – richiesta d'informazioni supplementari (famiglia, convivente, servizi terapici precedenti); – determinazione della diagnosi e dell'indicazione; – approntamento del piano terapico; – procedura di domanda d'autorizzazione e approntamento di rapporti destinati agli assicuratori-malattie; – avvio ed esecuzione della terapia sostitutiva; – consegna sorvegliata della sostanza o del preparato a condizione che non avvenga attraverso un farmacista; – garanzia della qualità; – terapia di turbe legate all'uso di altre sostanze psicotrope; – valutazione del processo terapico; – richiesta d'informazioni presso l'istituzione preposta alla consegna dei prodotti; – verifica della diagnosi e dell'indicazione; – adeguamento della terapia e relativo scambio di corrispondenza con le autorità; rapporti all'attenzione delle autorità e degli assicuratori-malattie; – controllo della qualità. b. Prestazioni del farmacista: – preparazione di soluzioni perorali secondo l'EMT, compreso il controllo della qualità; – consegna controllata della sostanza o del preparato; – contabilità concernente la sostanza attiva e rapporti destinati alle autorità; – rapporti all'attenzione del medico responsabile; – consulenza.	

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		4. La prestazione va fornita dall'istituzione competente secondo il numero 1. 5. Per la terapia sostitutiva è possibile convenire rimunerazioni forfettarie.	
Svezzamento ultrarapido dagli oppiacei (UROD) sotto anestesia	No	In valutazione	1.1.1998
Svezzamento ambulatoriale dagli oppiacei secondo il metodo Endorphine Stimulated Clean & Addiction Personality Enhancement (ESCAPE)	No		1.1.1999
Psicoterapia di gruppo	Sì	Secondo gli articoli 2 e 3 OPre.	25.3.1971/ 1.1.1996
Terapia di rilassamento secondo Ajuria-guerra	Sì	Nello studio medico o in ospedale sotto sorveglianza diretta del medico.	22.3.1973
Terapia mediante il gioco e la pittura per fanciulli	Sì	Se eseguita dal medico o sotto la sua diretta sorveglianza.	7.3.1974
Psicodramma	Sì	Secondo gli articoli 2 e 3 OPre.	13.5.1976/ 1.1.1996
Controllo della terapia per video	No		16.2.1978
Musicoterapia	No		11.12.1980
9 Radiologia			
9.1 Radiodiagnostica			
Tomografia assiale computerizzata (scanner)	Sì	Esclusi gli esami di routine (Screening)	15.11.1979
Osteodensitometria – mediante assorziometria a doppia energia ai raggi X (DEXA)	Si	– In caso d'osteoporosi manifesta e dopo frattura ossea da trauma inadeguato – In caso di terapia a lungo termine al cortisone o in caso di ipogonadismo – In caso di malattie gastrointestinali (sindrome di malassorbimento, morbo di Crohn, colite ulcerosa) – In caso di iperparatiroidismo primario (se l'indicazione di operare non è chiara)	1.3.1995/ 1.1.1999/ 1.7.2010/ 1.7.2012

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		– In caso di osteogenesis imperfecta – HIV.	
		I costi degli esami DEXA sono assunti solo per l'esecuzione limitata a una regione del corpo.	1.3.1995
		Ulteriori esami DEXA sono assunti solo in caso di terapia medicamentosa dell'osteoporosi e al massimo ogni due anni.	
– mediante scanner	No		
Osteodensitometria mediante TC periferica quantitativa (pQTC)	No		1.1.2003/ 1.1.2006
Ultrasonografia ossea	No		1.1.2003
Metodi di analisi dell'attività ossea			
– «Marker» dell'attività osteoclastica	No	Per la diagnosi precoce del rischio di fratture osteoporotiche	1.1.2003/ 1.8.2006
– «Marker» della formazione ossea	No	Per la diagnosi precoce del rischio di fratture osteoporotiche	1.1.2003/ 1.8.2006
Mammografia	Si	Per la diagnostica in caso di sospetto clinico urgente di una patologia al seno.	1.1.2008
9.2 Altri procedimenti di formazione d'immagini			
Risonanza magnetica nucleare (MRI)	Sì		1.1.1999
Tomografia con emissione di positroni (PET)	Sì	Esecuzione nei centri che soddisfano le direttive amministrative del 20 giugno 2008[230] della Società svizzera di medicina nucleare (SSMN). Mediante F-2-fluorodesossiglucosio (FDG) per le indicazioni seguenti: 1. in cardiologia: – come provvedimento preoperatorio in caso di trapianto cardiaco. 2. in oncologia: – secondo le direttive cliniche relative alla FDG-PET del 7 aprile 2008[231] della SSMN. 3. in neurologia: – valutazione preoperatoria in caso di epilessia focale resistente alla terapia.	1.1.1994/ 1.4.1994/ 1.1.1997/ 1.1.1999/ 1.1.2001/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2006/ 1.8.2006/ 1.1.2009/ 1.1.2011/ 1.7.2013

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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		Mediante N-13 Ammoniaca, per l'indicazione seguente: studio della perfusione miocardica (a riposo e sotto sforzo) per la valutazione dell'ischemia del miocardio. Mediante rubidio-82, per l'indicazione seguente: studio della perfusione miocardica (a riposo e sotto sforzo) per la valutazione dell'ischemia del miocardio.	
	No	Mediante F-2-fluorodesossiglucosio (FDG) per le indicazioni seguenti: in neurologia: – valutazione preoperatoria per la chirurgia di rivascolarizzazione complessa in caso d'ischemia cerebrale – investigazione di demenze	1.8.2006/ 1.1.2007/ 1.1.2011/ 1.1.2013/ 1.7.2013
		Con altri isotopi diversi dall'F-2-fluoro-desossiglucosio (FDG), N-13 Ammoniaca o rubidio-82.	1.1.2011/ 1.1.2013/ 1.7.2013
Riabilitazione di pazienti affetti da malattie cardiovascolari o da diabete		Le spese vengono coperte soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia. La riabilitazione in caso di malattia occlusiva arteriosa periferica e di diabete, quale diagnosi principale, è praticata ambulatorialmente. La riabilitazione cardiaca può essere praticata ambulatorialmente o stazionariamente. I seguenti fattori inducono a optare per una riabilitazione stazionaria: – accresciuto rischio cardiaco – diminuzione della funzione del miocardio – comorbidità (diabetes mellitus, COPD, ecc.). Il programma di riabilitazione ambulatoriale può durare da due a sei mesi, a dipendenza dell'intensità dell'offerta di trattamento. Di regola la durata del trattamento ospedaliero è di quattro settimane ma può essere ridotta a due o tre settimane nei casi meno complessi.	12.5.1977/ 1.1.1997/ 1.1.2000/ 1.1.2003/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2010/ 1.7.2011/ 1.1.2013

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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		La riabilitazione è praticata in un istituto sotto direzione medica, con programma personale e infrastrutture che soddisfano le seguenti direttive:	
		Riabilitazione cardiaca: profilo di esigenze del Gruppo di lavoro per la riabilitazione cardiaca. Società svizzera di cardiologia (SSC) per le cliniche e gli istituti di riabilitazione ufficialmente riconosciuti dalla SSC del 15 marzo 2011[232].	
		Riabilitazione in caso di malattia occlusiva arteriosa periferica: profilo delle esigenze della Società svizzera d'angiologia del 5 marzo 2009[233].	
		Riabilitazione in caso di diabete: profilo delle esigenze della Società svizzera di endocrinologia e di diabetologia del 17 novembre 2010[234].	
	Sì	Indicazioni: – Dopo un infarto del miocardio, con o senza PTCA – dopo bypass-operation – dopo altri interventi sul cuore e sui grandi vasi – dopo PTCA, in particolare in caso di precedente inattività o di molteplici fattori di rischio – malattia cronica e fattori multipli di rischio refrattari alla terapia ma con buona speranza di vita – malattia cronica con cattiva funzione ventricolare – pazienti con diabete mellito di tipo II (limite: al massimo una volta ogni tre anni).	
	Sì	– pazienti con malattia occlusiva arteriosa periferica sintomatica, dallo stadio IIa secondo Fontaine.	1.7.2009/ 1.1.2013
	No	– pazienti con malattia occlusiva arteriosa periferica asintomatica, nello stadio I secondo Fontaine.	1.7.2013
Magneto-encefalografia	No	In valutazione	1.7.2002
Elastografia a ultrasuoni del fegato	Sì	Per la diagnosi e il follow-up in caso di fibrosi o cirrosi epatica (p.es. dovuta a epatiti virali, assunzione regolare di epatotossine).	1.1.2012

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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
9.3 Radiologia intervenzionale e radioterapia			
Irradiazione terapeutica con pioni	No	In valutazione	
Irradiazione terapeutica con protoni	Si	In caso di melanomi intraoculari.	28.8.1986
	Si	Le spese vengono coperte soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia. 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. Indicazioni: – tumori del cranio (chordoma, chondrosarcoma, spinalioma, adenocarcinomi e carcinomi adenocistici, linfoepitelioma, carcinomi mucoepidermoidi, neuroestesioblastomi, sarcoma dei tessuti molli e delle ossa, tumori rari come ad esempio paragangliomi). – tumori del cervello e delle meningi (gliomi Low Grade 1 e 2; meningiomi). – tumori al di fuori del cranio nelle regioni della colonna vertebrale, del tronco e delle estremità (sarcoma dei tessuti molli e dell'osso). – tumori nei bambini e negli adolescenti. Esecuzione presso l'Istituto Paul Scherrer, Villigen.	1.1.2002/ 1.7.2002/ 1.8.2007/ 1.1.2011/ 1.7.2011
	Si	In valutazione Indicazioni: – radioterapia postoperatoria di carcinomi mammari stadi III A o III C sinistro Trattamenti nel quadro dello studio pilota dell'Istituto Paul Scherrer. Esecuzione presso l'Istituto Paul Scherrer.	1.7.2012 fino al 30.6.2015
Radiochirurgia (LINAC, Gamma-Knife)	Si	Indicazioni: – neurinomi del nervo acustico – recidive di adenomi ipofisari o di craniofaringiomi	1.1.1996

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		– adenomi ipofisari o craniofaringiomi non operabili in modo radicale – malformazioni arteriovenose – meningiomi	
	Si	In caso di disturbi funzionali, in particolare sindromi dolorose (p. es. neuralgia del trigemino, cefalea a grappolo), disturbi motori (p. es. tremore essenziale, in caso di morbo di Parkinson), epilessie (p. es. epilessia del lobo temporale, amartomi associati ad epilessia, epilessie extratemporali).	1.1.1996/ 1.7.2012
Radiochirurgia con LINAC	Sì	– in caso di metastasi cerebrali del volume di 25 cm^3 al massimo risp. del diametro di 3,5 cm al massimo se non sono presenti oltre tre metastasi e se l'affezione primaria è sotto controllo (metastasi sistematiche non dimostrabili) in caso di dolori resistenti a ogni altra terapia. – in caso di tumori maligni cerebrali primari del volume di 25 cm^3 al massimo risp. del diametro di 3,5 cm al massimo se la localizzazione del tumore non permette di operarlo.	1.1.1999/ 1.1.2000/ 1.1.2003
Radiochirurgia con Gamma Knife	No	– in caso di metastasi cerebrali del volume di 25 cm^3 al massimo risp. del diametro di 3,5 cm al massimo se non sono presenti oltre tre metastasi e se l'affezione primaria è sotto controllo (metastasi sistematiche non dimostrabili) in caso di dolori resistenti a ogni altra terapia. – in caso di tumori maligni cerebrali primari del volume di 25 cm^3 al massimo risp. del diametro di 3,5 cm al massimo se la localizzazione del tumore non permette di operarlo.	1.1.1999/ 1.1.2000/ 1.4.2003/ 1.7.2011
Radioterapia selettiva interna (SIRT) con microsfere di Y-90	Sì	In casi di tumori al fegato inoperabili refrattari alla chemioterapia, per i quali non è possibile applicare altre tecniche ablative locali o quando queste non hanno avuto effetto. Esecuzione in un centro interdisciplinare epatobiliare, con consulenza epatobiliare (specializzato in chirurgia epatobiliare, radiologia intervenzionale, medicina nucleare e medicina oncologica).	1.7.2010
Applicazione di marcatori d'oro	Si	Per la radiomarcatura della prostata.	1.8.2008
Iniezione di idrogel di polietilene glicolico	No	Con funzione di distanziatore tra prostata e retto in caso di irraggiamento della prostata.	1.7.2012

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Embolizzazione di mioma uterino	Sì	Da parte di medici specializzati in radiologia con esperienza in tecniche di radiologia interventistica. Impianto angiografico al passo con i tempi.	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2010/ 1.1.2011/ 1.1.2013
10 Medicina complementare			
Agopuntura	Sì	Praticata da medici titolari di un attestato di formazione complementare in agopuntura rilasciato conformemente al programma di formazione complementare del 1° gennaio 1999 «Agopuntura della medicina tradizionale cinese (ASA)», riveduto il 24 febbraio 2005[235].	1.7.1999/ 1.1.2012
Medicina antroposofica	Sì	In valutazione Praticata da medici titolari di un attestato di formazione complementare in medicina antroposofica rilasciato conformemente al programma di formazione complementare del 1° gennaio 1999 «Persona che pratica una medicina antroposofica ampliata (ASMOA)», riveduto il 28 settembre 2006[236].	1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.1.2012 fino al 31.12.2017
Terapia medicamentosa delle medicina tradizionale cinese Medicina cinese	Sì	In valutazione Praticata da medici titolari di un attestato di formazione complementare in farmacoterapia della MTC rilasciato conformemente al programma di formazione complementare del 1° gennaio 1999 «Agopuntura della medicina tradizionale cinese (ASA)», riveduto il 24 febbraio 2005.	1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.1.2012 fino al 31.12.2017
Omeopatia unicista (classica)	Sì	In valutazione Praticata da medici titolari di un attestato di formazione complementare in omeopatia rilasciato conformemente al programma di formazione complementare del 1° gennaio 1999 «Omeopatia (SSMO)», riveduto il 14 settembre 2008[237].	1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.1.2012 fino al 31.12.2017
Fitoterapia	Sì	In valutazione Praticata da medici titolari di un attestato di formazione complementare in fitoterapia rilasciato conformemente al programma di formazione complementare del 1° luglio 2011 «Fitoterapia».[238]	1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.7.1999/ 1.1.2012 fino al 31.12.2017

235 Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref
236 Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref
237 Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref
238 Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/ref

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
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
11 Riabilitazione			
Riabilitazione ospedaliera	Sì	Le spese vengono coperte soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia.	1.1.2003
Riabilitazione di pazienti affetti da malattie cardiovascolari o da diabete		Le spese vengono coperte soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia. La riabilitazione in caso di malattia occlusiva arteriosa periferica sintomatica e di diabete, quale diagnosi principale, è praticata ambulatorialmente. La riabilitazione cardiaca può essere praticata ambulatorialmente o stazionariamente. I seguenti fattori inducono a optare per una riabilitazione stazionaria: – accresciuto rischio cardiaco – diminuzione della funzione del miocardio – comorbidità (diabetes mellitus, COPD, ecc.). Il programma di riabilitazione ambulatoriale può durare da due a sei mesi, a dipendenza dell'intensità dell'offerta di trattamento. Di regola la durata del trattamento ospedaliero è di quattro settimane ma può essere ridotta a due o tre settimane nei casi meno complessi. La riabilitazione è praticata in un istituto sotto direzione medica, con programma personale e infrastrutture che soddisfano le seguenti direttive: Riabilitazione cardiaca: profilo di esigenze della Svizzera. 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[239].	12.5.1977/ 1.1.1997/ 1.1.2000/ 1.1.2003/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2010/ 1.7.2011/ 1.1.2013

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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		Riabilitazione in caso di malattia occlusiva arteriosa periferica: profilo delle esigenze della Società svizzera d'angiologia del 5 marzo 2009[240].	
		Riabilitazione in caso di diabete: profilo delle esigenze della Società svizzera di endocrinologia e di diabetologia del 17 novembre 2010[241].	
	Sì	Indicazioni: – Dopo un infarto del miocardio, con o senza PTCA – dopo bypass-operation – dopo altri interventi sul cuore e sui grandi vasi – dopo PTCA, in particolare in caso di precedente inattività o di molteplici fattori di rischio – malattia cronica e fattori multipli di rischio refrattari alla terapia ma con buona speranza di vita – malattia cronica con cattiva funzione ventricolare – pazienti con diabete mellito di tipo II (limite: al massimo una volta ogni tre anni)	
	Si	– pazienti con malattia occlusiva arteriosa periferica sintomatica, dallo stadio IIa secondo Fontaine.	1.7.2009/ 1.1.2013
Riabilitazione polmonare	Sì	Programmi per pazienti affetti da gravi malattie polmonari croniche.	1.1.2005
		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[242] 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.	
		La copertura delle spese è garantita al massimo una volta all'anno.	
		Le spese sono coperte soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia.	

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

Allegato 2[243]
(art. 20*a*)

Elenco dei mezzi e degli apparecchi (EMAp)

243 Non pubblicato nella RU (art. 20*a*) (vedi RU **2009** 2821 6083, **2010** 2755 5837, **2011** 2669 n. II cpv. 2 6491 n. II cpv. 2, **2012** 3553 6587, **2013** 1925). Le mod. puossono essere consultate al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch > Temi > Assicurazione malattie > Tariffe e prezzi > Elenco dei mezzi e degli apparecchi.apparecchi

Allegato 3[244]
(art. 28)

Elenco delle analisi

244 Non pubblicato nella RU (art. 28) (vedi RU **2009** 1669 3173 6083, **2010** 2755 5837, **2011** 2669 n. II cpv. 3 6491 n. II cpv. 3, **2012** 3553 4347 6587, **2013** 1925). Le mod. possono essere consultate al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch > Temi > Assicurazione malattie > Tariffe e prezzi > Elenco delle analisi.

Allegato 4[245]
(art. 29)

Elenco dei medicamenti con tariffa

245 Non pubblicato nella RU (vedi RU **2005** 2875). La mod. può essere consultata presso l'UFSP al seguente indirizzo Internet: www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/06492/06493/index.html?lang=it