

Allegato 1 dell'ordinanza sulle prestazioni (OPre)

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

è modificato come segue:

1 Chirurgia

1.1 In generale

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Termoablazione endovenosa delle safene in caso di varici	Sì	Con radiofrequenza o laser Da parte di medici con un perfezionamento che corrisponde al programma di formazione complementare per la termoablazione endovenosa delle safene in caso di varici del 1° gennaio 2016, riveduto il 29 settembre 2016 ² .	1.7.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2016/ 1.1.2021
...			
<i>Inserire la nuova prestazione «Chirurgia metabolica» al disotto di «Terapia chirurgica dell'obesità»:</i>			
Chirurgia metabolica	Sì	In valutazione Il paziente soffre di diabete mellito di tipo 2 difficile da controllare e ha un indice di massa corporea (IMC) di 30 – 35. Il diabete mellito di tipo 2 non può essere controllato a sufficienza a causa di una risposta insufficiente a una terapia non chirurgica conforme alle linee guida per almeno 12 mesi. Indicazione, esecuzione, garanzia della qualità e controlli successivi secondo le direttive mediche della «Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders» (SMOB) del 31 ottobre 2017 sulla terapia chirurgica dell'obesità. Esecuzione in centri che, sulla base della loro organizzazione e del personale, sono in grado di osservare le direttive della SMOB del 31 ottobre 2017 per la terapia chirurgica dell'obesità. Si suppone che i centri riconosciuti dalla SMOB in base alle direttive della SMOB del 31 ottobre 2017 soddisfino tale condizione.	1.1.2021 fino al 31.12.2025

¹ Non pubblicato nella RU.

² Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.ufsp.admin.ch/rif

		Se l'intervento deve essere eseguito in un centro non riconosciuto dalla SMOB, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	
--	--	--	--

1.3 Ortopedia, Traumatologia

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Osteochondrale Mosaicplasty per coprire lesioni del tessuto osseo e cartilagineo	Sì	Per il trattamento di lesioni del tessuto osseo e cartilagineo post-traumatiche dell'articolazione del ginocchio, di un'estensione massima di 2 cm ² . Per il trattamento di lesioni del tessuto osseo e cartilagineo nell'osteocondrite dissecante dell'articolazione del ginocchio. I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore, che tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	1.1.2002/ 1.1.2017/ 1.1.2021
Trapianto autologo di chondrociti	Sì	In valutazione Per il trattamento di lesioni del tessuto cartilagineo post-traumatiche dell'articolazione del ginocchio. Secondo le indicazioni e l'elenco della Commissione delle tariffe mediche LAINF (CTM) del 10 dicembre 2019 secondo la scheda informativa Nr. 2019.147.829.01 ³⁻¹ . Per il trattamento di lesioni del tessuto cartilagineo nell'osteocondrite dissecante dell'articolazione del ginocchio. I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	1.1.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2017/ 1.1.2020/ 1.1.2021 fino al 31.12.2024

1.4 Urologia e Proctologia

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Elettro-neuromodulazione dei nervi spinali sacrali mediante apparecchio impiantato per la terapia dell'incontinenza urinaria e delle turbe dello svuotamento della vescica	Sì	Come terapia di seconda o terza linea dopo l'esaurimento delle misure conservative e dopo aver considerato opzioni di terapia non invasive o mininvasive (stimolazione del nervo tibiale/pudendo, infiltrazioni intradetrusoriali di tossina onabotulinica A) Indicazione, esecuzione, garanzia della qualità e controlli successivi secondo le direttive neuromodulazione sacra della «Swiss Society for Sacral Neuromodulation (SSSNM)» del 9 aprile 2020 ⁴ .	1.7.2000/ 1.7.2002/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.7.2020

³ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.ufsp.admin.ch/rif

⁴ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.ufsp.admin.ch/rif

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		<p>Indicazione e interventi (impianto degli elettrodi e del neuromodulatore) solo da parte di medici specialisti in urologia con formazione approfondita in neuro-urologia (programma di perfezionamento del 1° luglio 2014, riveduto il 19 ottobre 2017⁵).</p> <p>Esecuzione in centri che per organizzazione e personale soddisfano le direttive della «SSSNM» del 9 aprile 2020⁶. Si suppone che i centri riconosciuti dalla SSSNM soddisfino questi requisiti.</p> <p>Se l'intervento deve essere eseguito in un centro non riconosciuto dalla SSSNM, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore, il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p>	
Elettro-neuromodulazione dei nervi spinali sacrali mediante apparecchio impiantato per la terapia dell'incontinenza fecale	Sì	<p>Dopo il fallimento di terapie conservative e/o chirurgiche (inclusa la riabilitazione).</p> <p>Indicazione, esecuzione, garanzia della qualità e controlli successivi secondo le direttive neuromodulazione sacra della «Swiss Society for Sacral Neuromodulation (SSSNM)» del 9 aprile 2020⁷.</p> <p>Indicazione e interventi (impianto degli elettrodi e del neuromodulatore) solo da parte di medici specialisti in chirurgia con formazione approfondita in chirurgia viscerale (programma di perfezionamento del 1° gennaio 2020⁸).</p> <p>Esecuzione in centri che per organizzazione e personale soddisfano le direttive della «SSSNM» del 9 aprile 2020). Si suppone che i centri riconosciuti dalla SSSNM soddisfino questi requisiti.</p> <p>Se l'intervento deve essere eseguito in un centro non riconosciuto dalla SSSNM, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore, il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p>	1.1.2003/ 1.1.2008/ 1.7.2020
Elettro-neuromodulazione percutanea del nervo tibiale mediante elettrodi ad ago	Sì	<p>Per la terapia dell'iperattività vescicale idiopatica o dell'incontinenza fecale</p> <p>Dopo l'esaurimento delle opzioni di trattamento conservative</p> <p>Indicazione ed effettuazione solo da parte di medici specialisti in urologia o in ginecologia e ostetricia con formazione approfondita in uroginecologia (programma di perfezionamento del 1° gennaio 2016, riveduto il 16 febbraio 2017⁹) (in caso di vescica iperattiva) oppure in gastroenterologia o chirurgia con formazione approfondita in chirurgia viscerale (in caso d'incontinenza fecale)</p>	1.3.2019/ 1.7.2019

⁵ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.ufsp.admin.ch/rif

⁶ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.ufsp.admin.ch/rif

⁷ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.ufsp.admin.ch/rif

⁸ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.ufsp.admin.ch/rif

⁹ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.ufsp.admin.ch/rif

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
...			
Trattamento delle turbe della ritenzione della vescica mediante iniezione cistoscopica di tossina botulinica di tipo A nella parete vescicale	Sì	Dopo l'esaurimento delle opzioni di trattamento conservative Per le indicazioni seguenti: – incontinenza urinaria dovuta all'iperattività detrusoriale neurogena associata a un'affezione neurologica nell'adulto se il trattamento è effettuato da medici specialisti in urologia. – Iperattività vescicale idiopatica nell'adulto se il trattamento è effettuato da medici specialisti in urologia o in ginecologia e ostetricia con formazione approfondita in uroginecologia (programma di perfezionamento del 1° gennaio 2016, riveduto il 16 febbraio 2017).	1.1.2007/ 1.8.2008/ 1.7.2013/ 1.1.2014/ 1.1.2015/ 15.7.2015/ 1.8.2016

Capitolo 2 Medicina interna

2.2 Malattie cardiovascolari, medicina intensiva

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Fonocardiografia / test acustico rapido	No		1.1.2021

2.3 Neurologia

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Terapia con ultrasuoni focalizzati nel pallidum, talamo e subtalamo	Sì	Per il trattamento in caso di diagnosi stabilita di un tremore non Parkinson, progressione dei sintomi su un minimo di due anni, controllo insufficiente dei sintomi mediante la terapia farmacologica.	15.7.2015/ 1.7.2020
	Sì	In valutazione. Per il trattamento in caso di diagnosi stabilita di un morbo di Parkinson idiopatico, progressione dei sintomi su un minimo di due anni, controllo insufficiente dei sintomi mediante il trattamento dopaminergico (fenomeni off, fluttuazioni on/off, dischinesie on). Tenuta di un registro di valutazione.	15.7.2015/ 1.7.2020 fino al 31.12.2021
	Sì	In valutazione. Per il trattamento dei dolori cronici gravi neuropatici refrattari alla terapia. Tenuta di un registro di valutazione.	15.7.2015/ 1.7.2020/ 1.1.2021 fino al 31.12.2025
...			

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Potenziali evocati motori come esame neurologico specializzato	Sì	Diagnosi di malattie neurologiche Da parte di medici con un perfezionamento secondo il programma di formazione complementare in elettroencefalografia (SSNC) del 1° gennaio 2016, riveduto il 12 marzo 2020 ¹⁰ , o secondo il programma di formazione complementare in elettroencefalografia (SSNC) del 1° gennaio 2016, riveduto il 12 marzo 2020 ¹¹ .	1.1.1999/ 1.1.2021

2.5 Oncologia

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Analisi dell'espressione multigenica in caso di carcinoma mammario	Sì	In valutazione Indicazione: Esame del tessuto tumorale di un carcinoma mammario primario invasivo con le seguenti caratteristiche: – positivo al recettore estrogenico; – negativo al recettore 2 del fattore di crescita epidermico umano (HER2-); – con fino a 3 linfonodi loco regionali colpiti; – i soli referti convenzionali non consentono una decisione univoca a favore di una chemioterapia adiuvante. Condizioni per l'effettuazione del test: Esecuzione da parte di un medico specialista in patologia, principalmente in patologia molecolare (programma di perfezionamento del 1° gennaio 2002, riveduto il 6 giugno 2013 ¹²). Se la parte concernente la tecnica di laboratorio è effettuata in un laboratorio estero, questo deve essere conforme ai requisiti della direttiva IVDD 98/79/CE ¹³ o ISO 15189 /17025 ¹⁴ .	1.1.2011/ 1.1.2015/ 1.1.2019 fino al 31.12.2023

Capitolo 8 Psichiatria

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Psicoterapia secondo Samuel Widmer (denominazione: «autentica psicoterapia»)	No		1.1.2021

¹⁰ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.ufsp.admin.ch/rif

¹¹ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.ufsp.admin.ch/rif

¹² Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.ufsp.admin.ch/rif

¹³ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.ufsp.admin.ch/rif

¹⁴ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.ufsp.admin.ch/rif

Capitolo 9 Radiologia

9.2 Altri procedimenti di formazione d'immagini

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Tomografia con emissione di positroni (TEP, TEP/TC)	Sì	<p>Esecuzione nei centri che soddisfano le direttive amministrative del 20 giugno 2008¹⁵ della Società svizzera di medicina nucleare (SSMN).</p> <p>a) Mediante 18F-fluoro-desossiglucosio (FDG) solo per le indicazioni seguenti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. in cardiologia: <ul style="list-style-type: none"> – come provvedimento preoperatorio in caso di trapianto cardiaco, – in caso di sospetta sarcoidosi cardiaca come diagnostica di secondo livello e per il monitoraggio della terapia; – in caso di sospetta infezione post-impianto di dispositivi cardiologici; 2. in oncologia: <ul style="list-style-type: none"> – secondo le direttive cliniche relative alla FDG-TEP del 28 aprile 2011¹⁶ della SSMN, capitolo 1.0; per l'accertamento di noduli polmonari, effetti massa nel mediastino e sospetti effetti massa in altre localizzazioni, se la biopsia non è possibile o il paziente non la sopporta, o per la localizzazione del punto della biopsia; 3. in neurologia: <ul style="list-style-type: none"> – valutazione preoperatoria in caso di epilessia focale resistente alla terapia, – investigazione di demenze: come esame complementare in casi non certi, dopo diagnostica del liquorale inconcludente o se una puntura lombare non è possibile o è controindicata, dopo accertamento preliminare interdisciplinare da parte di medici specializzati in medicina interna generale con indirizzo geriatria (programma di perfezionamento del 1° gennaio 2000, riveduto il 21 giugno 2018¹⁷), psichiatria e psicoterapia o neurologia; fino al compimento dell'80° anno di età, con un Mini-Mental-Status-Test (MMST) totalizzante almeno 10 punti e una demenza insorta al massimo da 5 anni; nessun esame preliminare mediante PET o SPECT (<i>Single Photon Emission Computed Tomography</i>). 4. in medicina interna generale, malattie infettive o reumatologia: <ul style="list-style-type: none"> – in caso di febbre di origine ignota, dopo un esame internistico e infettivologico e una diagnostica per immagini inclusa la RMN e7o la TC inconcludenti, su prescrizione di 	<p>1.1.1994/ 1.4.1994/ 1.1.1997/ 1.1.1999/ 1.1.2001/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2006/ 1.8.2006/ 1.1.2009/ 1.1.2011/ 1.7.2013/ 1.7.2014/ 1.1.2016/ 1.7.2018/ 1.1.2019/ 1.3.2019 / 1.4.2020/ 1.1.2021</p>

¹⁵ I documenti possono essere consultati al seguente indirizzo Internet: www.ufsp.admin.ch/rif

¹⁶ I documenti possono essere consultati al seguente indirizzo Internet: www.ufsp.admin.ch/rif

¹⁷ I documenti possono essere consultati al seguente indirizzo Internet: www.ufsp.admin.ch/rif

		<p>un medico specializzato in medicina interna generale, reumatologia, allergologia e immunologia clinica e malattie infettive,</p> <ul style="list-style-type: none"> – in caso di sospetta vasculite dei grandi vasi e come monitoraggio della terapia, su prescrizione di un medico specializzato in reumatologia, allergologia e immunologia clinica, medicina interna generale, angiologia e o chirurgia vascolare, – in caso di sospetta infezione di un innesto vascolare, – in caso di echinococcosi alveolare in vista di una possibile interruzione della terapia medicamentosa; 	
		<p>5- in valutazione: nel caso dell'indicazione «effetto massa», secondo le direttive cliniche relative alla FDG-PET del 28 aprile 2011 della SSMN, capitolo 2.0.</p>	<p>1.7.2014/ 1.1.2018/ 1.1.2019/ 1.1.2020 fino al 31.12.2020</p>
		<p>b) Mediante N-13-ammoniaca, solo per l'indicazione seguente: studio della perfusione miocardica (a riposo e sotto sforzo) per la valutazione dell'ischemia del miocardio.</p>	1.7.2013
		<p>c) Mediante rubidio-82, solo per l'indicazione seguente: studio della perfusione miocardica (a riposo e sotto sforzo) per la valutazione dell'ischemia del miocardio.</p>	1.7.2013
		<p>d) Mediante 18F-fluorocolina, solo per le indicazioni seguenti: Per la ristadiatione di una recidiva biochimica (aumento del PSA) di un carcinoma prostatico. Per la localizzazione preoperatoria di adenomi della paratiroide in caso di iperparatiroidismo primario dopo una diagnostica per immagini convenzionale negativa o non conclusiva (scintigrafia con sestamibi o -SPECT/TC).</p>	1.7.2014/ 1.1.2018/ 1.7.2018/ 1.1.2019/ 1.7.2020
		<p>e) Mediante 18F-etil-tirosina (FET), solo per l'indicazione seguente: valutazione dei tumori cerebrali e rivalutazione dei tumori cerebrali maligni.</p>	1.1.2016
		<p>f) Mediante PSMA, solo per le indicazioni seguenti: Per la stadiazione primaria di una nuova diagnosi di carcinoma della prostata non metastatizzato nelle categorie di rischio:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Intermediate risk (PSA 10 – 20 ng/ml o punteggio di Gleason 7 o categoria cT 2b) – High-risk (PSA > 20 ng/ml o punteggio di Gleason > 7 o categoria cT 2c) <p>Per la ristadiatione di una recidiva biochimica (aumento del PSA) di un carcinoma prostatico.</p>	1.1.2017/ 1.1.2019/ 1.1.2021

		g) Mediante DOTA-peptidi, solo per le indicazioni seguenti: stadiazione e ristadiatione di tumori neuroendocrini differenziati. pianificazione della terapia nei meningiomi.	1.7.2017/ 1.1.2021
		h) Mediante H ₂ ¹⁵ O, solo per l'indicazione seguente: misurazione della perfusione prima e dopo gli interventi di rivascolarizzazione cerebrale in caso di malattia di Moyamoya.	1.7.2018
		i) Mediante traccianti per amiloide marcati, solo per l'indicazione seguente: investigazione di demenze: come esame complementare in casi non certi, dopo diagnostica liquorale inconcludente o se una puntura lombare non è possibile o è controindicata, dopo accertamento preliminare interdisciplinare e prescrizione da parte di medici specializzati in medicina interna generale con formazione approfondita in geriatria (programma di perfezionamento del 1° gennaio 2000, riveduto il 21 giugno 2018 ¹⁸), psichiatria e psicoterapia o neurologia; fino al compimento dell'80° anno di età, con un Mini-Mental-Status-Test (MMST) totalizzante almeno 10 punti e una demenza insorta al massimo da 5 anni; nessun esame preliminare mediante PET o SPECT.	1.4.2020
	No	a) Mediante 18F-Fluoride b) Con altri isotopi diversi dal 18F- fluoro-desossiglucosio (FDG), 18F-fluorocolina, N-13-ammoniaca o rubidio-82 o 18F-etil-tirosina (FET), PSMA, DOTA-peptidi o H ₂ ¹⁵ O o traccianti per amiloide marcati	1.1.2013/ 1.7.2014/ 1.1.2015/ 1.1.2011/ 1.1.2016/ 1.7.2017/ 1.7.2018/ 1.1.2019/ 1.4.2020

9.3 Radiologia interventistica e radioterapia

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Ipertermia oncologica profonda locale in abbinamento con la radioterapia esterna o la brachiterapia	Sì	Per le indicazioni seguenti: – cancro del collo dell'utero, in caso di controindicazioni per la chemioterapia o in una zona già sottoposta a radioterapia – cancro della vescica (mantenimento delle funzioni), in caso di controindicazioni per la chemioterapia o in una zona già sottoposta a radioterapia – cancro del retto (mantenimento delle funzioni), in caso di controindicazioni per la chemioterapia	1.1.2017/ 1.1.2019 fino al 30.6.2021

18

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

		<p>o di recidiva in una zona già sottoposta a radioterapia</p> <ul style="list-style-type: none"> – sarcoma dei tessuti molli (mantenimento delle funzioni), in caso di controindicazioni per la chemioterapia – cancro del pancreas, tumore primario inoperabile in stadio avanzato a livello locale – recidiva locale del tumore con sintomatologia da compressione in situazione palliativa, profondità del focolaio > 5 cm – Metastasi ossee dolorose della colonna vertebrale e del bacino, profondità del focolaio > 5 cm <p>I trattamenti avvengono nel quadro di una clinica affiliata alla <i>Swiss Hyperthermia Network</i>; le indicazioni sono fornite dalla sua <i>Tumorboard</i>.</p>	
--	--	---	--

I seguenti provvedimenti saranno eliminati dal 1° gennaio 2021

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Provvedimenti in caso d'operazione al cuore	Sì	<p>Sono inclusi:</p> <p>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.</p>	1.9.1967
Sistemi di stabilizzazione per operazioni di bypass coronarico effettuate sul cuore pulsante	Sì	<p>Tutti i pazienti previsti per un'operazione di bypass.</p> <p>Particolari vantaggi possono essere ottenuti nei casi seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> — aorta gravemente calcificata; — insufficienza renale; — sindrome respiratorie ostruttive croniche; — età avanzata (oltre i 70-75 anni). <p>Controindicazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> — 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
Autotrasfusione	Sì		1.1.1991
Applicazione di uno sfintere artificiale	Sì	Incontinenza grave	31.8.1989
Terapia al laser dei tumori vescicali o del pene	Sì		1.1.1993
Emodialisi («Rene artificiale»)	Sì		1.9.1967
Dialisi peritoneale	Sì		1.9.1967

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
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
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
Applicazione di un defibrillatore	Sì		31.8.1989
Terapia con con applicazione di un dosatore di medicinali	Sì	In caso di spasticità resistente alla terapia	1.1.1996
Terapia intratecale di dolori cronici somatici con applicazione di un dosatore di medicinali	Sì		1.1.1994
Potenziati evocati visuali nell'ambito di esami neurologici speciali	Sì		15.11.1979
Potenziati evocati visuali nell'ambito di esami oftalmologici speciali	Sì		15.11.1979
Terapia del cancro con pompa a perfusione (chemioterapia)	Sì		27.8.1987
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
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
Pressomassaggio sequenziale peristaltico	Sì		27.3.1969/ 1.1.1996
Terapia alla luce nera (PUVA) delle affezioni cutanee	Sì		15.11.1979

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Fototerapia selettiva agli ultravioletti (abbreviazione in tedesco: SUP)	Sì	Sotto la responsabilità e il controllo del medico.	11.12.1980
Terapia al laser in caso di: naevus teleangiectaticus	Ja		1.1.1993
———— condylomata acuminata	Ja		1.1.1993
Sinoviortesi	Sì		12.5.1977
Biometria ultrasonica dell'occhio, prima di un'operazione della cataratta	Sì		8.12.1983
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 della tossicodipendenza ————— ambulatoria	Sì	Ammissibile una riduzione delle prestazioni in caso di colpa grave dell'assicurato.	25.3.1974
Terapia della tossicodipendenza ————— ospedaliera	Sì		
Psicoterapia di gruppo	Sì	Secondo gli articoli 2 e 3 OPre.	25.3.1974/ 1.1.1996
Psicodramma	Sì	Secondo gli articoli 2 e 3 OPre.	13.5.1976/ 1.1.1996
Tomografia assiale computerizzata (scanner)	Sì	Esclusi gli esami di routine (Screening)	15.11.1979
Massaggi in caso di paralisi consecutiva ad affezioni del sistema nervoso centrale	Sì		23.3.1972
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
Ginnastica di gruppo per fanciulli obesi	No		18.1.1979
Terapia del gioco e della pittura per fanciulli	Sì	Praticata dal medico o sotto la sua sorveglianza diretta.	7.3.1974
Ortottica	Sì	Se eseguita dal medico o sotto la sua sorveglianza diretta.	27.3.1969
Terapia di difetti di portamento	Sì	Prestazione obbligatoria per provvedimenti unicamente terapeutici, ossia solo se risultano radiologicamente manifeste modifiche di struttura o malformazioni della colonna vertebrale. I provvedimenti profilattici aventi lo scopo d'impedire modifiche imminenti dello scheletro, segnatamente la ginnastica speciale per rafforzare una schiena debole, non sono a carico dell'assicurazione.	16.1.1969

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Protezione delle anche per prevenire le fratture del collo del femore	No		1.1.1999/ 1.1.2000
Nebulizzatore a ultrasuoni	Si		7.3.1974
Terapia dell'enuresi con apparecchio avvertitore	Si	Dai cinque anni compiuti.	1.1.1993
Elettro-neurostimolazione transcutanea (abbreviazione in tedesco: TENS)	Si	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
Misura della melatonina nel siero	No		1.1.1997
Test di Papanicolau per la diagnosi precoce del cancro del collo dell'utero (art. 12e lett. b OPre)	Si		1.1.1996/ 1.8.2008
Citologia in strati sottili per la diagnosi precoce del cancro del collo dell'utero secondo i metodi ThinPrep oppure Autocyte Prep / Sure Path (art. 12e lett. b OPre)	Si		1.4.2003/ 1.7.2005/ 1.8.2008
Individuazione del Human Papilloma Virus nell'ambito dello screening per il carcinoma del collo dell'utero (art. 12e lett. b OPre)	No		1.7.2002/ 1.8.2008