

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:

1.4 Chirurgia della colonna vertebrale

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Cementazione (Vertebroplastica / Chifoplastica) per la terapia di fratture vertebrali osteoporotiche	Sì	<p>In caso di frattura vertebrale osteoporotica, se la terapia conservativa del dolore non produce o non si prevede che produca un sollievo sufficiente per la mobilizzazione, secondo le linee guida «Trattamento chirurgico delle fratture del corpo vertebrale osteoporotico» della Società svizzera di chirurgia spinale, della Società svizzera di neurochirurgia, della Società svizzera di neuroradiologia e della Società svizzera di ortopedia e traumatologia dell'apparato locomotore del 12 giugno 2023².</p> <p>Indicazione interdisciplinare da parte di uno «Spine Board» composto da un medico specialista in neurochirurgia o chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore in possesso di un titolo di formazione approfondita in chirurgia spinale (SSNC e SO, programma di perfezionamento del 1° gennaio 2021)³ e almeno un medico specialista in medicina interna generale o reumatologia o endocrinologia. La discussione e l'indicazione devono essere documentate.</p> <p>Esecuzione in un centro in cui esercita almeno un medico specialista in neurochirurgia o chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore con formazione approfondita in chirurgia spinale (SSNC e SO, programma di perfezionamento del 1° gennaio 2021)⁴.</p>	<p>1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2011/ 1.1.2013/ 1.7.2022/ 1.1.2024</p>
Spondilodesi con gabbie intersomatiche o trapianto osseo per la terapia: - dell'instabilità della colonna vertebrale con ernia discale,	Sì	<p>Esecuzione dell'intervento solo da parte di medici specialisti in neurochirurgia o chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore in possesso di un titolo di formazione approfondita in</p>	<p>1.1.1999/ 1.1.2002/ 1.7.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2024</p>

¹ Non pubblicato nella RU.

²² Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.ufsp.admin.ch/rif

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>recidiva di ernia discale o stenosi per pazienti con dolori spondilogeni o radicolari invalidanti resistenti alla terapia, dovuti a patologie degenerative e instabilità della colonna vertebrale verificate clinicamente e radiologicamente</p> <p>- dopo insuccesso di una spondilodesi posteriore con il sistema di viti pedicolari</p>		<p>chirurgia spinale (SSNC e SO, programma di perfezionamento del 1° gennaio 2021)⁵.</p> <p>Se l'intervento deve essere eseguito da un chirurgo che non soddisfa i requisiti summenzionati, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p>	
Protesi del disco intervertebrale cervicale	Sì	<p>Indicazione:</p> <p>Malattia sintomatica degenerativa del disco intervertebrale della colonna vertebrale a livello cervicale.</p> <p>Mancato successo di una terapia conservativa della durata di tre mesi. Ad eccezione di pazienti che presentano malattie degenerative della colonna vertebrale a livello cervicale e che soffrono di dolori incontrollabili nonostante siano sottoposti a terapie ospedaliere o che presentano disfunzioni neurologiche progressive nonostante venga applicata una terapia conservativa.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Degenerazione di due segmenti al massimo – Nessuna cifosi primaria segmentale – Osservanza delle controindicazioni generali. <p>Esecuzione dell'intervento solo da parte di medici specialisti in neurochirurgia o chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore in possesso di un titolo di formazione approfondita in chirurgia spinale (SSNC e SO, programma di perfezionamento del 1° gennaio 2021)⁶.</p> <p>Se l'intervento deve essere eseguito da un chirurgo che non soddisfa i requisiti summenzionati, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p>	<p>1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.7.2017/ 1.7.2022/ 1.1.2024</p>
Protesi del disco intervertebrale lombare	Sì	<p>Indicazione:</p> <p>Malattia sintomatica degenerativa del disco intervertebrale della colonna vertebrale a livello lombare.</p> <p>Mancato successo di una terapia conservativa della durata di sei mesi. Ad eccezione di pazienti che presentano malattie degenerative della colonna vertebrale a livello lombare e che soffrono di dolori incontrollabili nonostante siano sottoposti a terapie ospedaliere o che presentano disfunzioni</p>	<p>1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.7.2017/ 1.7.2022/ 1.1.2024</p>

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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		<p>neurologiche progressive nonostante venga applicata una terapia conservativa.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Degenerazione di due segmenti al massimo – Nessuna artrosi primaria delle faccette articolari – Osservanza delle controindicazioni generali. <p>Esecuzione dell'intervento solo da parte di medici specialisti in neurochirurgia o chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore in possesso di un titolo di formazione approfondita in chirurgia spinale (SSNC e SO, programma di perfezionamento del 1° gennaio 2021)⁷.</p> <p>Se l'intervento deve essere eseguito da un chirurgo che non soddisfa i requisiti summenzionati, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p>	
Stabilizzazione intraspinale e dinamica della colonna vertebrale	Sì	<p>Indicazione:</p> <p>Stenosi spinale dinamica, stenosi spinale con decompressione, ernia discale recidiva con decompressione e sindrome da iperpressione delle faccette.</p> <p>Esecuzione dell'intervento solo da parte di medici specialisti in neurochirurgia o chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore in possesso di un titolo di formazione approfondita in chirurgia spinale (SSNC e SO, programma di perfezionamento del 1° gennaio 2021)⁸.</p> <p>Se l'intervento deve essere eseguito da un chirurgo che non soddisfa i requisiti summenzionati, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p>	<p>1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.1.2014/ 1.7.2017/ 1.7.2022/ 1.1.2024</p>
Stabilizzazione dinamica della colonna vertebrale con il sistema di viti peduncolari posteriori	Sì	<p>Indicazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Stenosi spinale con o senza spondilolistesi degenerativa, al massimo su due livelli; se su più di due livelli, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. – Degenerazione del disco intervertebrale al massimo su due piani eventualmente con un'artrosi delle faccette <p>Mancato successo di una terapia conservativa della durata di sei mesi. Ad eccezione di pazienti che presentano malattie degenerative della colonna vertebrale e che soffrono di dolori incontrollabili nonostante siano sottoposti a terapie ospedaliere o che presentano disfunzioni neurologiche progressive nonostante venga applicata una terapia conservativa.</p> <p>Esecuzione dell'intervento solo da parte di medici specialisti in neurochirurgia o chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore in</p>	<p>1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.1.2014/ 1.7.2017/ 1.7.2022/ 1.1.2024</p>

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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		<p>possesso di un titolo di formazione approfondita in chirurgia spinale (SSNC e SO, programma di perfezionamento del 1° gennaio 2021)⁹.</p> <p>Se l'intervento deve essere eseguito da un chirurgo che non soddisfa i requisiti summenzionati, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p>	

1.6 Chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Mastoplastica additiva unilaterale della mammella sana in caso di amputazione o mastectomia parziale della mammella malata	Sì	<p>Per eliminare un'asimmetria delle mammelle e ristabilire l'integrità fisica e psichica della paziente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - entro 5 anni da una terapia di una malattia tumorale o una ricostruzione mammaria - per mezzo di una protesi al silicone e/o - per mezzo di un trapianto autologo di grasso (fino a 3 sedute) effettuato da medici specialisti in chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica. 	1.1.2024
Trapianto autologo di grasso per la ricostruzione mammaria postoperatoria	Sì	<p>In valutazione:</p> <p>Come misura complementare alla misura «Ricostruzione mammaria operatoria»</p> <p>Effettuato da medici specialisti in chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica.</p> <p>Al massimo tre sedute e nessun trattamento successivo con trapianto autologo di grasso.</p>	1.7.2018/ 1.7.2023/ 1.1.2024 fino al 30.6.2024

2.1 Medicina interna generale e varia

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Poligrafia respiratoria	Sì	<p>In caso di forte sospetto di apnea del sonno.</p> <p>Esecuzione solo da parte di medici specialisti in pneumologia od otorinolaringologia o medici specialisti in pediatria con formazione approfondita in pneumologia pediatrica (programma di perfezionamento del 16 giugno 2016)¹⁰, la cui formazione ed esperienza pratica in poligrafia respiratoria soddisfano i requisiti delle « Richtlinien zur Anerkennung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikates zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» del 1° gennaio 2019¹¹ della «Swiss Society for</p>	1.7.2002/ 1.1.2006/ 1.1.2012/ 15.7.2015/ 1.7.2017/ 1.7.2020/ 1.1.2024

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

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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		<p>Sleep Research, Sleep Medicine and Chronobiology» (SSSSC) o le «Richtlinien für die Erteilung eines Zertifikats für die Durchführung von respiratorischen Polygraphien durch ORL-Ärzte» del 26 marzo 2015¹² della Società svizzera di otorinolaringologia e di chirurgia cervico-facciale (SSORL).</p> <p>Si suppone che i medici specialisti (pneumologia, ORL o pediatria con formazione approfondita in pneumologia pediatrica [programma di perfezionamento del 16 giugno 2016])¹³, riconosciuti dalla Società svizzera di pneumologia (SSP) o dalla SSORL soddisfino questi requisiti.</p> <p>Se l'esame deve essere eseguito da un medico specialista che non è riconosciuto né dalla SSP né dalla SSORL, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p>	

2.2 Cardiologia

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
<p>Programma di telemedicina per pazienti con insufficienza cardiaca cronica</p>	Sì	<p>In caso di insufficienza cardiaca allo stadio NYHA II o III e alle seguenti condizioni adempiute cumulativamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - frazione d'iezione ventricolare sinistra < 40 % - ospedalizzazione per scompenso cardiaco negli ultimi 12 mesi - prescrizione da parte di un medico diverso da quello della centrale di telemedicina - la prescrizione medica deve essere rinnovata dopo 3 mesi e 12 mesi dalla prima, poi ogni anno <p>Il programma diretto da un medico comprende:</p> <ul style="list-style-type: none"> - direzione da parte di un medico esercente in Svizzera - istruzioni alla persona partecipante per l'uso del telemonitoraggio - telemonitoraggio quotidiano del peso - richiesta periodica alla persona partecipante di riferire se ha presentato o meno sintomi rilevanti per la malattia - una centrale di telemedicina che esegue l'elaborazione algoritmica dei dati e classifica gli allarmi del telemonitoraggio - definizione di valori soglia individuali che provocano allarmi 	1.4.2024

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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		<ul style="list-style-type: none"> – in caso di anomalie o superamento dei valori soglia individuali la persona partecipante e/o il medico curante vengono contattati telefonicamente da uno specialista – coaching a distanza periodico sul quadro clinico, su altri aspetti rilevanti (p. es. fattori di rischio, comorbilità tipiche, interventi non farmacologici) e istruzioni per l'autogestione (p. es. documentazione quotidiana del peso, riconoscimento di un peggioramento cardiaco come un aumento di peso o difficoltà respiratorie e di una situazione di emergenza, assunzione corretta dei medicinali prescritti, modifiche dello stile di vita come attività fisica, alimentazione e disassuefazione dal fumo) <p>Deve essere concordata una remunerazione forfettaria.</p>	

2.5 Oncologia e ematologia

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Analisi dell'espressione multigenica in caso di carcinoma mammario	Sì	<p>In valutazione</p> <p>Indicazione:</p> <p>Esame del tessuto tumorale di un carcinoma mammario primario invasivo con le seguenti caratteristiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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. <p>Condizioni per l'effettuazione del test:</p> <p>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)¹⁴. 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/CE¹⁵ o ISO 15189 /17025¹⁶.</p>	1.1.2011/ 1.1.2015/ 1.1.2019/ 1.1.2024 fino al 31.12.2025
Trapianto di cellule staminali emopoietiche		...	
– autologo		...	

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

¹⁵ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.ufsp.admin.ch/rif

¹⁶ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.ufsp.admin.ch/rif

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
– allogeno	Sì	<ul style="list-style-type: none"> – leucemia mieloide acuta – leucemia linfatica acuta – leucemia mieloide cronica nonché neoplasie mieloproliferative BCR-ABL1-negative – sindrome mielodisplastica – anemia aplastica – deficienze immunitarie e Inborn errors – talassemia e anemia drepanocitica – mieloma multiplo – malattie linfatiche (linfoma di Hodgkin, linfoma non-Hodgkin, leucemia linfatica cronica). 	1.1.1997/ 1.1.2013/ 1.1.2018/ 1.1.2024
		...	

6 Oftalmologia

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Chirurgia mini-invasiva del glaucoma (MIGS)	No		1.1.2024