

Allegato 1 dell'Ordinanza sulle prestazioni (OPre)

Edizione del 1° luglio 2020



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Ordinanza del DFI del 29 settembre 1995 sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie
(Ordinanza sulle prestazioni, OPre)
RS 832.112.31

Allegato 1¹
(Art. 1)

Allegato 1 KLV

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

Edizione del 1° luglio 2020

tiene conto delle modifiche decise dal Dipartimento federale dell'interno (DFI) il 27 maggio 2020²

¹ Non pubblicato nella Raccolta ufficiale delle leggi federali (RU). E accessibile all'indirizzo Internet dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP): www.ufsp.admin.ch > Assicurazioni > Assicurazione malattie > Prestazioni e tariffe > Prestazioni mediche > Allegato 1 dell'OPre

² RU 2020-0847

Indice delle materie

| | |
|---|----|
| 1 Chirurgia | 4 |
| 1.1 In generale | 4 |
| 1.2 Chirurgia di trapianto | 6 |
| 1.3 Ortopedia, Traumatologia..... | 8 |
| 1.4 Urologia e Proctologia | 10 |
| 2 Medicina interna..... | 13 |
| 2.1 In generale | 13 |
| 2.2 Malattie cardiovascolari, medicina intensiva..... | 19 |
| 2.3 Neurologia, inclusa la terapia del dolore e l'anestesia | 22 |
| 2.4 Medicina fisica, reumatologia | 27 |
| 2.5 Oncologia..... | 28 |
| 3 Ginecologia, ostetricia, medicina della procreazione | 30 |
| 4 Pediatria, psichiatria infantile..... | 32 |
| 5 Dermatologia | 35 |
| 6 Oftalmologia..... | 37 |
| 7 Otorinolaringoiatria..... | 39 |
| 8 Psichiatria | 41 |
| 9 Radiologia..... | 44 |
| 9.1 Radiodiagnostica | 44 |
| 9.2 Altri procedimenti di formazione d'immagini | 45 |
| 9.3 Radiologia interventistica e radioterapia..... | 48 |
| 10 Medicina complementare | 51 |
| 11 Riabilitazione | 52 |

1 Chirurgia

1.1 In generale

| Provvedimento | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni | Decisione valida a partire dal |
|--|----------------------------|--|---|
| Autotrasfusione | Sì | | 1.1.1991 |
| Provvedimenti in caso d'operazione al cuore | Sì | Sono inclusi: Cateterismo cardiaco; angiocardiografia, compresi i mezzi di contrasto; ibernazione artificiale; impiego del circuito artificiale cuore-polmone; impiego del «Cardioverter» come «Pace-maker», defibrillatore o «Monitor»; conserve di sangue e sangue fresco; applicazione di una valvola cardiaca artificiale, compresa la protesi; applicazione del «Pace-maker», compreso l'apparecchio. | 1.9.1967 |
| Sistemi di stabilizzazione per operazioni di bypass coronarico effettuate sul cuore pulsante | Sì | Tutti i pazienti previsti per un'operazione di bypass. Particolari vantaggi possono essere ottenuti nei casi seguenti: – aorta gravemente calcificata; – insufficienza renale; – sindrome respiratorie ostruttive croniche; – età avanzata (oltre i 70–75 anni). Controindicazioni: – vasi sanguigni profondi intramiocardici e vasi gravemente calcificati o molto sottili e diffusi (> 1,5 mm); – instabilità emodinamica peroperatoria a causa di manipolazioni del cuore o a causa di ischemia | 1.1.2002 |
| Ricostruzione mammaria operatoria | Sì | Per ristabilire l'integrità fisica e psichica della paziente dopo un'amputazione o una mastectomia parziale indicata dal profilo medico. | 23.8.1984/ 1.3.1995/ 1.1.2015 |
| Riduzione operatoria della mammella sana in caso di amputazione o mastectomia parziale della mammella malata | Sì | Per eliminare un'asimmetria delle mammelle e ristabilire l'integrità fisica e psichica della paziente | 1.1.2015/ 1.1.2018 |
| Terapia chirurgica dell'obesità | Sì | Il paziente ha un indice di massa corporea (IMC) superiore a 35. Un'adeguata terapia per ridurre il peso della durata di due anni non ha avuto successo. Indicazione, esecuzione, garanzia della qualità e controlli successivi secondo le direttive mediche sulla terapia chirurgica dell'obesità (Richtlinien zur operativen Behandlung von Übergewicht, solo in tedesco) del 31 ottobre 2017 ³ della «Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders» (SMOB). Esecuzione in centri che, sulla base della loro organizzazione e del personale, sono in grado di osservare le direttive della SMOB del 31 ottobre 2017 per la terapia chirurgica dell'obesità. | 1.1.2000/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2007/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2014/ 1.1.2018 |

3

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

| | | | |
|--|----|--|------------------------------------|
| | | <p>Si suppone che i centri riconosciuti dalla SMOB in base alle direttive della SMOB del 31 ottobre 2017 soddisfino tale condizione.</p> <p>Se l'intervento deve essere eseguito in un centro non riconosciuto dalla SMOB, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p> | |
| Termoablazione endovenosa delle safene in caso di varici Sì | | <p>Con radiofrequenza o laser</p> <p>Solo da parte di medici titolari di un attestato di capacità per la termoablazione endovenosa delle safene in caso di varici</p> | 1.7.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2016 |
| Terapia di ablazione mecano-chimica endovenosa delle varici secondo il metodo Clarivein® | No | | 1.7.2013 |
| Esecuzione ospedaliera di interventi elettivi in caso di varici, emorroidi, ernie inguinali, adenoidi, tonsille, interventi artroscopici al ginocchio, interventi diagnostici e terapeutici all'utero secondo il documento di riferimento dell'UFSP «Liste ambulanz durchzuführender elektiver Eingriffe», versione 1.0 del 23 novembre 2017 ⁴ (disponibile solo in tedesco e francese) | Sì | I costi sono assunti soltanto se per circostanze particolari l'esecuzione ambulatoriale non è possibile. | 1.1.2019 |

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

1.2 Chirurgia di trapianto

| Provvedimento | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni | Decisione valida a partire dal |
|--|----------------------------|--|--|
| 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 ⁵ sul trapianto di organi, tessuti e cellule (legge sui trapianti) e secondo l'articolo 12 dell'ordinanza del 16 marzo 2007 ⁶ 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. | 1.1.2003/ 1.4.2020 |
| Trapianto cuore-polmone | No | | 31.8.1989/ 1.4.1994 |
| Trapianto isolato del fegato | Sì | | 31.8.1989/ 1.3.1995/ 1.4.2020 |
| Trapianto del fegato da donatore vivo | Sì | Sono incluse le spese d'operazione sul donatore, compreso il trattamento di eventuali complicazioni, nonché le prestazioni secondo l'articolo 14 capoversi 1 e 2 della legge sui trapianti e secondo l'articolo 12 dell'ordinanza sui trapianti. È invece esclusa la responsabilità dell'assicuratore del ricevente in caso di morte del donatore. | 1.7.2002/ 1.1.2003/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.7.2008/ 1.1.2012/ 1.4.2020 |
| Trapianto simultaneo del pancreas e del rene | Sì | | 1.1.2003/ 1.4.2020 |
| Trapianto del pancreas dopo un trapianto del rene | Sì | | 1.7.2010/ 1.4.2020 |
| Allotrapianto isolato delle Isole di Langerhans | Sì | | 1.7.2002/ 1.7.2010/ 1.4.2020 |
| Trapianto isolato del pancreas | Sì | | 31.8.1989/ 1.4.1994/ 1.7.2002/ 1.7.2010/ 1.4.2020 |
| Provvedimento | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni | Decisione valida a partire dal |

⁵ RS 810.21

⁶ RS 810.211

| | | | |
|--|----|---|------------------------------------|
| Trapianto simultaneo delle Isole di Langerhas e del rene | Sì | | 1.7.2010/ 1.4.2020 |
| Trapianto delle Isole di Langerhans dopo un trapianto del rene | Sì | | 1.7.2010/ 1.4.2020 |
| Allotrapianto isolato delle Isole di Langerhans | Sì | | 1.7.2002/ 1.7.2010/ 1.4.2020 |
| Autotrapianto isolato delle Isole di Langerhans | Sì | | 1.7.2002/ 1.7.2010/ 1.4.2020 |
| Trapianto isolato dell'intestino tenue | Sì | | 1.7.2002/ 1.7.2010/ 1.4.2020 |
| Trapianto simultaneo del fegato e dell'intestino tenue e trapianto multiviscerale | Sì | | 1.7.2002/ 1.7.2010/ 1.4.2020 |
| Trapianto con epidermide autologa di coltura (cheratinociti) | Sì | <p>Adulti:</p> <ul style="list-style-type: none"> – bruciature del 70 % o più della superficie totale del corpo; – bruciature profonde del 50 % o più della superficie totale del corpo. <p>Bambini:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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 |
| Trapianto autologo di grasso per correggere difetti congeniti, dovuti a malattia e di tipo postraumatico | Sì | <p>Effettuato da medici specialisti in chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica.</p> <p>I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p> | 1.8.2016/ 1.7.2018 |
| Trapianto autologo di grasso per la ricostruzione mammaria postoperatoria | Sì | <p>In valutazione:</p> <p>Come misura complementare alla misura «Ricostruzione mammaria operatoria» secondo il numero 1.1.</p> <p>Effettuato da medici specialisti in chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica.</p> <p>Al massimo tre sedute e nessun trattamento successivo con trapianto autologo di grasso.</p> | 1.7.2018 fino al 30.06.2023 |

1.3 Ortopedia, Traumatologia

| Provvedimento | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni | Decisione valida a partire dal |
|---|----------------------------|--|--|
| Terapia di difetti di portamento | Sì | Prestazione obbligatoria per provvedimenti unicamente terapeutici, ossia solo se risultano radiologicamente manifeste modifiche di struttura o malformazioni della colonna vertebrale. I provvedimenti profilattici aventi lo scopo d'impedire modifiche imminenti dello scheletro, segnatamente la ginnastica speciale per rafforzare una schiena debole, non sono a carico dell'assicurazione. | 16.1.1969 |
| Terapia dell'artrosi con iniezione intraarticolare di un lubrificante artificiale | No | | 25.3.1971 |
| Terapia dell'artrosi con iniezione intraarticolare di teflon o silicone come «lubrificante» | No | | 12.5.1977 |
| Terapia dell'artrosi con iniezione di soluzione mista contenente olio allo iodoformio | No | | 1.1.1997 |
| Terapia mediante onde d'urto extracorporee (litotripsia) applicata all'apparato locomotore | No | | 1.1.1997 |
| Terapia ad onde d'urto radiali | No | | 1.1.2004 |
| Protezione delle anche per prevenire le fratture del collo del femore | No | | 1.1.1999/ 1.1.2000 |
| Osteochondrale Mosaicplasty per coprire lesioni del tessuto osseo e cartilagineo | Sì | Per il trattamento di lesioni del tessuto osseo e cartilagineo post-traumatiche dell'articolazione del ginocchio, di un'estensione massima di 2 cm ² . I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. | 1.1.2002/ 1.1.2017 |
| Trapianto autologo di chondrociti | Sì | In valutazione Per il trattamento di lesioni del tessuto cartilagineo post-traumatiche dell'articolazione del ginocchio. Sono determinanti le indicazioni e controindicazioni della Commissione delle tariffe mediche LAINF (CTM) del 26 ottobre 2011 secondo la scheda informativa 2016.131.725.01-1. I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. | 1.1.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2017/ 1.1.2020 fino al 31.12.2020 |
| Viscosupplemento per il trattamento della gonartrosi | No | | 1.7.2002/ 1.1.2003/ 1.1.2004/ 1.1.2007 |
| Chifoplastica a palloncino per il trattamento di fratture vertebrali | Sì | Fratture recenti e dolorose del corpo vertebrale che non rispondono al trattamento analgesico e | 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2011/ 1.1.2013 |

| | | | |
|---|----|--|----------|
| | | <p>che evidenziano deformità tali da richiedere una correzione.</p> <p>Indicazioni secondo le linee guida della Società svizzera di chirurgia spinale del 23 settembre 2004⁷.</p> <p>Esecuzione dell'intervento solo da parte di un chirurgo qualificato. Si suppone che i chirurghi riconosciuti dalla Società svizzera di chirurgia spinale, dalla Società svizzera d'ortopedia e dalla Società svizzera di neurochirurgia siano conformemente qualificati.</p> <p>Se l'intervento deve essere eseguito da un chirurgo non riconosciuto dalla Società svizzera di chirurgia spinale, dalla Società svizzera d'ortopedia e dalla Società svizzera di neurochirurgia, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p> | |
| 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 |

7

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

1.4 Urologia e Proctologia

| Provvedimento | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni | Decisione valida a partire dal |
|--|----------------------------|---|--|
| Uroflowmetria (misurazione del flusso urinario mediante la registrazione di curve) | Sì | | 3.12.1981/ 1.1.2012 |
| Litotripsia renale extra-corporea mediante onde d'urto (abbreviazione in tedesco: ESWL), frantumazione dei calcoli renali | Sì | Indicazioni: L'ESWL è indicato in caso di a. litiasi del bacinetto, b. litiasi dei calici renali, c. litiasi dell'uretere, se la terapia conservativa non ha avuto successo e se a causa della posizione, della forma e della dimensione del calcolo, la sua eliminazione spontanea è improbabile. Gli elevati rischi dovuti alla particolare posizione del paziente durante la narcosi esigono una vigilanza anestesiológica appropriata (formazione speciale dei medici e paramedici, nonché adeguati apparecchi di controllo). | 22.8.1985/ 1.8.2006 |
| 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 |
| 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 | 1.7.2000/ 1.7.2002/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.7.2020 |

| | | | |
|--|----|--|------------------------------------|
| | | <p>Sacral Neuromodulation (SSSNM)» del 9 aprile 2020⁸.</p> <p>Indicazione e interventi (impianto degli elettrodi e del neuromodulatore) solo da parte di medici specialisti in urologia con formazione approfondita in neuro-urologia.</p> <p>Esecuzione in centri che per organizzazione e personale soddisfano le direttive della «SSSNM» del 9 aprile 2020⁹. 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 2020¹⁰.</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.</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 (in caso di vescica iperattiva) oppure in gastroenterologia o chirurgia con formazione approfondita in chirurgia viscerale (in caso d'incontinenza fecale)</p> | 1.3.2019/ 1.7.2019 |
| Stimolazione magnetica periferica ripetitiva (rPMS, magnetic innervation therapy) del pavimento pelvico in caso di incontinenza urinaria | No | | 1.7.2017 |
| Trattamento delle turbe della ritenzione della vescica mediante | Sì | Dopo l'esaurimento delle opzioni di trattamento conservative | 1.1.2007/ 1.8.2008/ |

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

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

| | | | |
|---|----|--|---|
| iniezione cistoscopica di tossina botulinica di tipo A nella parete vescicale | | Per le indicazioni seguenti: <ul style="list-style-type: none"> – incontinenza urinaria dovuta all'iperattività detrusoriale neurogena associata a un'affezione neurologica nell'adulto se il trattamento è effettuato da medici specialisti in urologia. – Iperattività vescicale idiopatica nell'adulto se il trattamento è effettuato da medici specialisti in urologia o in ginecologia e ostetricia con formazione approfondita in uroginecologia. | 1.7.2013/ 1.1.2014/ 1.1.2015/ 15.7.2015/ 1.8.2016 |
| Stent urologici | Sì | Se un intervento chirurgico è controindicato per comorbidità, per gravi limitazioni fisiche o per motivi tecnici. | 1.8.2007 |
| Ultrasuoni concentrati ad alta intensità (HIFU) per il trattamento 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

| Provvedimento | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni | Decisione valida a partire dal |
|---|----------------------------|--|------------------------------------|
| Terapia con iniezione di ozono | No | | 13.5.1976 |
| Terapia con ossigeno iperbarico | Sì | In casi di: | 1.4.1994 |
| | | – lesioni attiniche croniche o tardive; | |
| | | – osteomielite acuta della mascella; | 1.9.1988 |
| | | – osteomielite cronica; | |
| | | – sindrome diabetica del piede stadio $\geq 2B$ 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 ¹¹ . | 1.1.2006/ 1.7.2011 |
| | No | – sordità neurosensoriale improvvisa idiopatica; | 1.1.2016 |
| Celluloterapia a base di cellule fresche | No | | 1.1.1976 |
| Sierocitoterapia | No | | 3.12.1981 |
| Terapia dell'obesità | Sì | – Eccedenza rispetto al peso ideale del 20 per cento o più. – Malattia concomitante che può essere proficuamente influenzata da una riduzione di peso. | 7.3.1974 |
| – con anfetamine e loro derivati | No | | 1.1.1993 |
| – con ormoni tiroidei | No | | 7.3.1974 |
| – con diuretici | No | | 7.3.1974 |
| – con iniezioni di coriogonadotropina | No | | 7.3.1974 |
| Emodialisi («Rene artificiale») | Sì | | 1.9.1967 |
| Emodialisi a domicilio | Sì | | 27.11.1975 |
| Dialisi peritoneale | Sì | | 1.9.1967 |
| Nutrizione enterica a domicilio | Sì | Se senza impiego di sonda è esclusa una sufficiente nutrizione per via orale. | 1.3.1995 |
| Nutrizione enterica senza sonda a domicilio | Sì | Se l'indicazione è posta conformemente alle «Direttive della Società svizzera della nutrizione clinica (SSNC) relative a Home Care, alimentazione artificiale a domicilio» ¹² del gennaio 2013 (disponibile solo in tedesco e francese). | 1.7.2002/ 1.7.2012/ 1.7.2013 |

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

| | | | |
|--|----|---|---|
| Nutrizione parenterale a domicilio | Sì | | 1.3.1995 |
| Perfusione parenterale di antibiotici con pompa (ambulatoriamente) | Sì | | 1.1.1997 |
| Plasmaferesi | Sì | Indicazioni: – Sindrome d'iperviscosità. – Malattie del sistema immunitario, se la 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 progenitori ematopoietici | | In centri qualificati secondo l'organo di certificazione «Swiss Blood Stem Cell Transplantation and Cellular Therapy » (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 hematopoietic Cellular Therapy Product Collection, Processing and Administration», 7 ^a edizione marzo 2018 ¹³ . 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 ¹⁴ sui trapianti e secondo l'articolo 12 dell'ordinanza del 16 marzo 2007 ¹⁵ sui trapianti. È invece esclusa la responsabilità dell'assicuratore del ricevente in caso di morte del donatore. | 1.8.2008/ 1.1.2011/ 1.7.2013/ 1.3.2019 |
| – autologo | Sì | – linfomi – leucemia linfatica acuta – leucemia mieloide acuta – mieloma multiplo – neuroblastoma – medulloblastoma – carcinoma germinale – sclerosi sistemica. | 1.1.1997/ 1.1.2013/ 1.1.2018 |
| | Sì | Nel quadro di studi clinici: – sarcoma di Ewing | 1.1.2002/ 1.1.2008/ |

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

¹⁴ RS 810.21

¹⁵ RS 810.211

| | | | |
|---------------------------------|----|---|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> – sarcoma dei tessuti molli – tumore di Wilms. | 1.1.2013/ 1.1.2018 fino al 31.12.2022 |
| | Sì | <p>In studi clinici prospettici multicentrici controllati:</p> <ul style="list-style-type: none"> – malattie auto-immuni a eccezione di sclerosi sistemica, sclerosi multipla, morbo di Crohn e diabete mellito. <p>I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p> <p>Dopo una terapia convenzionale fallita o in caso di una progressione della malattia.</p> | 1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013/ 1.1.2018 fino al 31.12.2022 |
| | Sì | <p>In valutazione</p> <ul style="list-style-type: none"> – in caso di sclerosi multipla <p>Presso l'Ospedale universitario di Zurigo nel quadro di uno studio di registro.</p> <p>Indicazione da parte del comitato interdisciplinare «MS-Stammzell-Transplantationsboard» dell'Ospedale universitario di Zurigo.</p> | 1.7.2018 fino al 30.6.2024 |
| | No | <ul style="list-style-type: none"> – recidiva di leucemia mieloide acuta – recidiva di leucemia linfatica acuta – carcinoma del seno – carcinoma bronchiale a piccole cellule – malattie congenite – carcinoma ovarico – tumore solido raro del bambino – sindrome mielodisplastica – leucemia mieloide cronica – morbo di Crohn – diabete mellito | 1.1.1997/ 1.1.2008/ 1.1.2013/ 1.1.2018 |
| – allogeno | Sì | <ul style="list-style-type: none"> – leucemia mieloide acuta – leucemia linfatica acuta – leucemia mieloide cronica – 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 |
| | Sì | <p>In studi clinici prospettici multicentrici controllati:</p> <ul style="list-style-type: none"> – malattie auto-immuni. <p>I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p> <p>Dopo una terapia convenzionale fallita o in caso di una progressione della malattia.</p> | 1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013/ 1.1.2018 fino al 31.12.2022 |
| | No | <ul style="list-style-type: none"> – tumori solidi – melanoma – carcinoma del seno – carcinoma renale – artrite reumatoide. | 1.1.1997/ 1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013/ 1.1.2018 |
| Litotripsia dei calcoli biliari | Sì | Calcoli biliari intraepatici; calcoli biliari extraepatici nella regione del pancreas e del coledoco. | 1.4.1994 |

| | | | |
|-------------------------------|----|---|--|
| | | Litotripsia dei calcoli della cistifellea, se il paziente non è operabile (esclusa anche la colecistectomia laparoscopica). | |
| Polisonnografia Poligrafia | Sì | <p>In caso di forte sospetto di:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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. <p>Indicazione ed esecuzione in centri che 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 2019¹⁶ della «Swiss Society for Sleep Research, Sleep Medicine and Chronobiology» (SSSSC).</p> <p>Si suppone che i centri riconosciuti dalla SSSSC soddisfino questi requisiti.</p> <p>Se l'esame deve essere eseguito in un centro non riconosciuto dalla SSSSC, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p> | 1.3.1995/ 1.1.1997/ 1.1.2002/ 1.7.2017/ 1.7.2020 |
| | No | Esame di routine dell'insonnia passeggera e cronica, della fibrositis e Chronic Fatigue Syndrome. | 1.1.1997 |
| | No | <p>In caso di forte sospetto di:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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 | <p>In caso di forte sospetto di apnea del sonno.</p> <p>Esecuzione solo da parte di medici specializzati in pneumologia od otorinolaringologia la cui formazione ed esperienza pratica in poligrafia respiratoria soddisfano i requisiti delle « Richtlinien zur Anerkennung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikates zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» del 1° gennaio 2019¹⁷ della «Swiss Society for Sleep Research, Sleep Medicine and Chronobiology» (SSSSC) o le «Richtlinien für die Erteilung eines Zertifikats für die Durchführung von respiratorischen Polygraphien durch ORL-Ärzte» del 26 marzo 2015¹⁸ della Società svizzera di otorinolaringologia e di chirurgia cervico-facciale (SSORL).</p> <p>Si suppone che i medici specializzati (pneumologia od ORL), riconosciuti dalla Società svizzera di</p> | 1.7.2002/ 1.1.2006/ 1.1.2012/ 15.7.2015/ 1.7.2017/ 1.7.2020 |

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

¹⁷ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.ufsp.admin.ch/rif

¹⁸ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.ufsp.admin.ch/rif

| | | | |
|---|----|--|------------------------------------|
| | | pneumologia (SSP) o dalla SSORL soddisfino questi requisiti. Se l'esame deve essere eseguito da un medico specialista che non è riconosciuto né dalla SSP né dalla SSORL, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. | |
| Misura della melatonina nel siero | No | | 1.1.1997 |
| Multiple Sleep Latency Test | Sì | Indicazione ed esecuzione in centri che soddisfano i requisiti delle «Richtlinien zur Anerkennung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikates zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» del 1° gennaio 2019 ¹⁹ della SSSSC. Si suppone che i centri riconosciuti dalla SSSSC soddisfino questi requisiti. Se l'esame deve essere eseguito in un centro non riconosciuto dalla SSSSC, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. | 1.1.2000/ 1.7.2017/ 1.7.2020 |
| Maintenance of Wakefulness Test | Sì | Indicazione ed esecuzione in centri che 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 2019 ²⁰ della SSSSC. Si suppone che i centri riconosciuti dalla SSSSC soddisfino questi requisiti. Se l'esame deve essere eseguito in un centro non riconosciuto dalla SSSSC, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. | 1.1.2000/ 1.7.2017/ 1.7.2020 |
| Actigrafia | Sì | Indicazione ed esecuzione in centri che 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 2019 ²¹ della SSSSC. Si suppone che i centri riconosciuti dalla SSSSC soddisfino questi requisiti. Se l'esame deve essere eseguito in un centro non riconosciuto dalla SSSSC, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. | 1.1.2000/ 1.7.2017/ 1.7.2020 |
| Test respiratorio all'urea 13C per Helicobacter-pylori | Sì | | 16.9.1998/ 1.1.2001 |
| Vaccinazione con cellule dendritiche per il trattamento del melanoma in stadio avanzato | No | | 1.7.2002 |

¹⁹ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.ufsp.admin.ch/rif

²⁰ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.ufsp.admin.ch/rif

²¹ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.ufsp.admin.ch/rif

| | | | |
|---|----|--|---|
| Calorimetria e/o misura della densità corporea nella terapia dell'obesità | No | | 1.1.2004 |
| Endoscopia con capsula | Sì | <p>Per esame dell'intestino tenue nel tratto che va dal legamento del Treitz fino alla valvola ileocecale in caso di:</p> <ul style="list-style-type: none"> – emorragie di causa ignota; – malattie infiammatorie croniche dell'intestino tenue. <p>In seguito a gastroscopia e colono-scopia con esito negativo.</p> <p>I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p> | 1.1.2004/ 1.1.2006 |
| Fotoferesi extracorporea | Sì | In caso di linfoma cutaneo a cellule T (Sindrome di Sézary o micosi fungoide eritrodermica in stadio IIIA, IIIB, IV). | 1.1.1997/ 1.7.2020 |
| | Sì | In caso di Graft-Versus-Host-Disease se la terapia convenzionale (p.es. corticosteroidi) non ha avuto successo. | 1.1.2009/ 1.1.2012 |
| | Sì | <p>In valutazione</p> <p>In caso di sindrome da bronchite obliterante in seguito a trapianto di polmoni, se l'incremento dell'immunosoppressione come anche un tentativo di trattamento con i macrolidi non hanno avuto successo.</p> | 1.1.2009/ 1.8.2016/ 1.1.2020 fino al 31.12.2021 |

2.2 Malattie cardiovascolari, medicina intensiva

| Provvedimento | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni | Decisione valida a partire dal |
|--|----------------------------|--|-----------------------------------|
| Insufflazione di ossigeno | No | | 27.6.1968 |
| Pressomassaggio sequenziale peristaltico | Sì | | 27.3.1969/ 1.1.1996 |
| Registrazione dell'ECG per telemetria | Sì | Sono da prendere in considerazione, quali indicazioni, soprattutto i disturbi del ritmo e della trasmissione, i disturbi della circolazione sanguigna del miocardio (malattie delle coronarie). L'apparecchio può servire anche a sorvegliare l'efficacia della terapia. | 13.5.1976 |
| Sistema impiantabile per la registrazione di un elettrocardiogramma sottocutaneo | Sì | | 1.1.2001/ 1.1.2018 |
| Sorveglianza telefonica dei pazienti con stimolatore cardiaco (Pace-maker) | No | | 12.5.1977 |
| Sorveglianza a distanza di dispositivi impiantabili per il controllo del ritmo cardiaco | Sì | | 1.7.2010 1.7.2012/ 1.1.2015 |
| Applicazione di un defibrillatore | Sì | | 31.8.1989 |
| PTCA mediante pompa-pallone intraaortale | Sì | | 1.1.1997 |
| Rivascolarizzazione transmiocardica per laser | No | | 1.1.2000 |
| Terapia di risincronizzazione cardiaca sulla base di uno stimolatore cardiaco tricamerale, impianto e sostituzione del aggregato | Sì | In caso di insufficienza cardiaca cronica severa refrattaria al trattamento farmacologico e con desincronizzazione cardiaca. Alle condizioni seguenti: – Insufficienza cronica severa (NYHA III o IV) con frazione d'eiezione ventricolare sinistra $\leq 35\%$ malgrado trattamento medico adeguato – Blocco di branca sinistro con QRS largo ≥ 130 millisecondi Le analisi e l'impianto potranno essere eseguiti esclusivamente in un centro cardiologico qualificato dotato di un gruppo interdisciplinare con le competenze richieste in elettrofisiologia cardiaca e dell'infrastruttura necessaria (ecocardiografia, programmatore esterno, laboratorio di cateterismo cardiaco). | 1.1.2003/ 1.1.2004 |
| Brachiterapia intracoronarica | No | | 1.1.2003 |
| Impianto di stent coronarici rivestiti | Sì | | 1.1.2005 |
| Angioplastica coronarica con catetere a palloncino a rilascio di Paclitaxel | Sì | Indicazioni: – restenosi in-stent – stenosi di piccole arterie coronariche | 1.7.2012 |
| Terapia interventistica percutanea di una insufficienza grave della valvola mitrale | Sì | In caso di pazienti non operabili con insufficienza grave della valvola mitrale (mortalità prevedibile | 1.1.2013 |

| | | | |
|--|----|---|---|
| | | del 10 %-15 % entro un anno) e morfologia delle valvole cardiache più idonea. Partecipazione a «Mitra Swiss Registry». | |
| Impianto trans-catetere di valvola aortica (TAVI) per pazienti con stenosi aortica grave inoperabili o ad alto rischio operatorio (rischio di mortalità \geq 8 % secondo il punteggio di rischio della Society of Thoracic Surgeons o EuroScore II) | Sì | Alle condizioni seguenti (adempite cumulativamente): 1. indicazione ed esecuzione secondo le direttive europee «2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease» del 26 agosto 2017 ²² ; 2. la procedura TAVI può essere praticata soltanto nelle istituzioni che praticano la cardiocirurgia in sede; 3. la decisione sull'ammissibilità dei pazienti alla procedura TAVI deve essere presa in seno all'équipe Heart Team, comprendente almeno i seguenti specialisti: due medici specializzati in cardiologia, uno dei quali con specializzazione in cardiologia interventistica e formazione in interventi TAVI, nonché rispettivamente un medico specializzato in cardiocirurgia e un medico specializzato in anestesia; 4. tutti i centri che praticano la procedura TAVI devono comunicare i propri dati al SWISS TAVI Registry. | 1.7.2013/ 1.1.2019/ 1.7.2019/ 1.7.2020 |
| Impianto trans-catetere di valvola aortica (TAVI) per pazienti con stenosi aortica grave a rischio operatorio medio (rischio di mortalità 4-8 % secondo il punteggio di rischio della Society of Thoracic Surgeons o EuroScore II) | Sì | In valutazione. Alle condizioni seguenti (adempite cumulativamente): 1. indicazione ed esecuzione secondo le direttive europee «2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease» del 26 agosto 2017 ²³ ; 2. la procedura TAVI può essere praticata soltanto nelle istituzioni che praticano la cardiocirurgia in sede; 3. la decisione sull'ammissibilità dei pazienti alla procedura TAVI deve essere presa in seno all'équipe Heart Team, comprendente almeno i seguenti specialisti: due medici specializzati in cardiologia, uno dei quali con specializzazione in cardiologia interventistica e formazione in interventi TAVI, nonché rispettivamente un medico specializzato in cardiocirurgia e un medico specializzato in anestesia; 4. tutti i centri che praticano la procedura TAVI devono comunicare i propri dati al SWISS TAVI Registry. | 1.7.2020 fino al 30.6.2023 |
| Impianto trans-catetere di valvola aortica (TAVI) per pazienti con stenosi aortica grave a rischio operatorio basso (rischio di mortalità < 4 % secondo il punteggio di rischio della Society of Thoracic Surgeons o EuroScore II) | No | | 1.7.2020 |

22

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

23

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

| | | | |
|--|----|--|----------|
| Elettrostimolazione dei barorecettori mediante neurostimolatore impiantato | No | | 1.4.2020 |
|--|----|--|----------|

2.3 Neurologia, inclusa la terapia del dolore e l'anestesia

| Provvedimento | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni | Decisione valida a partire dal |
|---|----------------------------|--|--------------------------------|
| 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 applicazioni di un sistema di neurostimolazione | Sì | Terapia di dolori gravi specialmente di tipo di deafferentazione (algoallucinosi), status dopo ernia del disco con aderenze delle radici e corrispondente perdita di sensibilità nei dermatomi, causalgie e in particolare dolori provocati da fibrosi del plesso dopo irradiazione (carcinoma del seno), se esiste una precisa indicazione e se è stato effettuato un test mediante elettrodo percutaneo. Il cambiamento del generatore d'impulsi è compreso nella prestazione obbligatoria. | 21.4.1983/ 1.3.1995 |
| 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 |
| Elettro-neuromodulazione dei nervi pelvici mediante sistema impiantato per laparoscopia (procedura LION: Laparoscopic Implantation of Neuroprothesis) | No | | 1.7.2013/ 1.7.2014 |
| Operazioni con metodo stereotassico per la terapia del morbo di Parkinson cronica e refrattaria ai trattamenti non chirurgici (lesioni per radiofrequenza e stimolazioni croniche nel pallidum, talamo e subtalamo) | 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, neuro-radiologia). | 1.7.2000 |
| Operazione con metodo stereotassico (lesioni per radiofrequenza e stimolazione cronica del talamo) per il trattamento del tremore cronico non causato dal morbo di Parkinson e refrattario alle terapie | Sì | Diagnosi stabilita di un tremore cronico non causato dal morbo di Parkinson, progressione dei sintomi su un minimo di due anni; controllo insufficiente dei sintomi mediante terapia medicamentosa. Accertamenti ed esecuzione in centri specializzati, che dispongono della necessaria infrastruttura | 1.7.2002 |

| | | | |
|--|----|---|---|
| | | (neurochirurgia funzionale, neurologia, elettrofisiologia neurologica, neuroradiologica). | |
| 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 fino al 31.12.2020 |
| Elettro-neurostimolazione 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: <ul style="list-style-type: none"> – 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: <ul style="list-style-type: none"> – dolori derivanti da un neuroma; p. es. dolori localizzati che possono insorgere con pressione nel settore delle membra amputate (monconi), – dolori che possono essere provocati o accresciuti con stimolazione (pressione, estensione o stimolazione elettrica) di un punto nevralgico: p. es. dolori sotto forma di sciatica o le sindromi della spalla e del braccio, – dolori provocati da compressione dei nervi; p. es. dolori irradianti persistenti dopo operazione dell'ernia del disco o del canale carpale. | 23.8.1984 |
| Stimolazione nervosa periferica dei nervi occipitali | Sì | In caso di emicranie croniche refrattarie alla terapia, secondo i criteri diagnostici della International Headache Society (International classification of headache disorders, 2nd edition, Cephalalgia 2004 (suppl 1) IHS ICHD-II code 1.5.1 ²⁴). | 1.7.2014 |
| 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 | | 1.1.1991 |
| Potenziali evocati motori come esame neurologico specializzato | Sì | Diagnosi di malattie neurologiche. L'esaminatore responsabile è titolare del certificato di capacità | 1.1.1999 |

| | | | |
|--|----|--|---|
| | | risp. dell'attestato di formazione complementare in elettroencefalografia o in elettroencefalografia della Società svizzera di neurofisiologia clinica. | |
| Resezione curativa di focolai epilettogeni | Sì | Indicazioni: – Prova dell'esistenza di un'epilessia focale. – Gravi menomazioni causate dall'epilessia. – Resistenza alla farmacoterapia. – Accertamenti ed esecuzioni in un centro per epilettici che dispone della necessaria infrastruttura diagnostica segnatamente in elettrofisiologia, MRI, in neuropsicologia, di esperienza chirurgoterapeutica e di possibilità di adeguati trattamenti postoperatori. | 1.1.1996/ 1.8.2006 |
| Chirurgia palliativa dell'epilessia mediante: – commisurotomia – operazione sub-appiale multipla secondo Morell-Whisler – stimolazione del nervo vago | Sì | I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. Se le investigazioni dimostrano che la chirurgia curativa dell'epilessia focale non è indicata e che un metodo palliativo permette un miglior controllo delle crisi e un miglioramento della qualità della vita. Accertamenti in un centro per epilettici che dispone della necessaria infrastruttura diagnostica segnatamente in elettrofisiologia, MRI, in neuropsicologia, di esperienza chirurgoterapeutica e di possibilità di adeguati trattamenti postoperatori. | 1.1.1996/ 1.7.2002/ 1.1.2005/ 1.8.2006/ 1.1.2009 |
| Operazione risp. decompressione al laser dell'ernia discale | No | | 1.1.1997 |
| Terapia elettrotermica intradiscale | No | | 1.1.2004 |
| Crineurolisi | No | Cura dei dolori delle articolazioni intervertebrali lombari. | 1.1.1997 |
| Denervazione delle faccette mediante radiofrequenza | No | | 1.1.2004/ 1.1.2005 |
| Spondilodesi con gabbie intersomatiche o trapianto osseo | Sì | I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. – Instabilità della colonna vertebrale con ernia discale, recidiva di ernia discale o stensi per pazienti con sindrome vertebrale o radicolare invalidante, resistente al trattamento conservativo, causata da patologie degenerative e instabilità della colonna vertebrale verificate clinicamente e radiologicamente. – Dopo insuccesso di una spondilodesi posteriore con il sistema di viti pedicolari. | 1.1.1999/ 1.1.2002/ 1.7.2002/ 1.1.2004 |
| Protesi del disco intervertebrale cervicale | Sì | Indicazione: Malattia sintomatica degenerativa del disco intervertebrale della colonna vertebrale a livello cervicale. Mancato successo di una terapia conservativa della durata di tre mesi. Ad eccezione di pazienti che presentano malattie degenerative della colonna vertebrale a livello cervicale e che | 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.7.2017 |

| | | | |
|--|----|---|---|
| | | <p>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 un chirurgo qualificato. Si suppone che i chirurghi riconosciuti dalla Società svizzera di chirurgia spinale, dalla Società svizzera d'ortopedia o dalla Società svizzera di neurochirurgia siano conformemente qualificati.</p> <p>Se l'intervento deve essere eseguito da un chirurgo non riconosciuto dalla Società svizzera di chirurgia spinale, dalla Società svizzera d'ortopedia o dalla Società svizzera di neurochirurgia, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p> | |
| 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 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 un chirurgo qualificato. Si suppone che i chirurghi riconosciuti dalla Società svizzera di chirurgia spinale, dalla Società svizzera d'ortopedia o dalla Società svizzera di neurochirurgia siano conformemente qualificati.</p> <p>Se l'intervento deve essere eseguito da un chirurgo non riconosciuto dalla Società svizzera di chirurgia spinale, dalla Società svizzera d'ortopedia o dalla Società svizzera di neurochirurgia va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p> | <p>1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.7.2017</p> |
| Stabilizzazione intraspinale e dinamica della colonna vertebrale | 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 un chirurgo qualificato. Si suppone che i chirurghi riconosciuti dalla Società svizzera di chirurgia spinale, dalla Società svizzera d'ortopedia o dalla Società svizzera di neurochirurgia siano conformemente qualificati.</p> <p>Se l'intervento deve essere eseguito da un chirurgo non riconosciuto dalla Società svizzera di</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</p> |

| | | | |
|--|----|--|--|
| | | chirurgia spinale, dalla Società svizzera d'ortopedia o dalla Società svizzera di neurochirurgia, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. | |
| Stabilizzazione dinamica della colonna vertebrale con il sistema di viti pedicolari posteriori | Si | <p>Indicazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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 un chirurgo qualificato. Si suppone che i chirurghi riconosciuti dalla Società svizzera di chirurgia spinale, dalla Società svizzera d'ortopedia o dalla Società svizzera di neurochirurgia siano conformemente qualificati.</p> <p>Se l'intervento deve essere eseguito da un chirurgo non riconosciuto dalla Società svizzera di chirurgia spinale, dalla Società svizzera d'ortopedia o dalla Società svizzera di neurochirurgia, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p> | 1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.7.2017 |
| Anestesia per infiltrazione, locale e segmentale (terapia neurale locale e segmentale) | Si | | 1.7.2011/ 1.7.2012 |

2.4 Medicina fisica, reumatologia

| Provvedimento | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni | Decisione valida a partire dal |
|---|----------------------------|------------|--------------------------------|
| 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

| Provvedimento | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni | Decisione valida a partire dal |
|---|----------------------------|--|---|
| 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 specialisti in medicina intensiva. La terapia deve essere effettuata in sala operatoria, sotto anestesia totale e controllo continuo mediante catetere Swan-Ganz. | 1.1.1997/ 1.1.2001 |
| | No | In caso di melanomi e sarcomi con: – invasione o infiltrazione delle radici delle estremità (ad es. invasione inguinale); – metastasi a distanza. | 1.1.2001 |
| Immunoterapia specifica attiva nell'ambito del trattamento adiuvante del carcinoma del colon in stadio II | No | | 1.8.2007 |
| Low-dose-rate-brachiterapia | Sì | Con semi di Iodio125 o semi di Palladio 103. In caso di carcinoma della prostata localizzato, con basso o medio rischio di recidiva e: – aspettativa di vita > cinque anni – nessuna TUR-P eseguita in precedenza volume della prostata < 60 ccm – uretra non ostruita in modo grave disturbi del deflusso. Centro qualificato con intensa cooperazione interdisciplinare tra urologi, radio-oncologi e fisici-medici. | 1.7.2002/ 1.1.2005/ 1.1.2009/ 1.7.2011 |
| Analisi dell'espressione multigenica in caso di carcinoma mammario | Sì | In valutazione Indicazione: Esame del tessuto tumorale di un carcinoma mammario primario invasivo con le seguenti caratteristiche: – positivo al recettore estrogenico; – negativo al recettore 2 del fattore di crescita epidermico umano (HER2-); – con fino a 3 linfonodi loco regionali colpiti; – i soli referti convenzionali non consentono una decisione univoca a favore di una chemioterapia adiuvante. Condizioni per l'effettuazione del test: Esecuzione da parte di un medico specialista in patologia, principalmente in patologia molecolare. Se la parte concernente la tecnica di laboratorio è | 1.1.2011/ 1.1.2015/ 1.1.2019 fino al 31.12.2023 |

| | | | |
|---|----|--|-----------------------------------|
| | | effettuata in un laboratorio estero, questo deve essere conforme ai requisiti della direttiva IVDD 98/79/CE ²⁵ o ISO 15189 /17025 ²⁶ . | |
| Terapia cellulare CAR-T (CAR = recettore chimerico per l'antigene) con/in caso di: | Sì | La terapia comprende il complesso terapeutico che consiste in: prelievo di cellule autologhe T (afèresi), loro modifica ed espansione genetica ex-vivo, eventuali terapie preparatorie linfodepletive, infusione delle cellule CAR-T e trattamento di eventuali effetti collaterali specifici della terapia cellulare CAR-T. Esecuzione nei centri accreditati dal « <i>The Joint Accreditation Committee-ISCT & EBMT (JACIE)</i> » per un trapianto allogenico e/o autologo di cellule staminali secondo le norme pubblicate dal JACIE e dalla « <i>Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy (Fact)</i> »: « <i>FACT-JACIE International Standards for hematopoietic Cellular Therapy Product Collection, Processing and Administration</i> », 6 ^a edizione del marzo 2017 o 7 ^a edizione del marzo 2018. Tutti i casi devono essere rilevati in un registro. Se la terapia dovesse essere effettuata in un centro non riconosciuto secondo le condizioni menzionate, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. | 1.1.2020 |
| – Tisagenlecleucel: in caso di linfoma diffuso a grandi cellule B recidivante o refrattario alla terapia (DLBCL, secondo la classificazione OMS 2008 delle neoplasie ematologiche e linfatiche) dopo almeno due linee terapeutiche. Per il trattamento di pazienti in età pediatrica e adulta fino al compimento dei 25 anni con leucemia linfoblastica acuta a cellule B (LLA-B), che è: – refrattaria, – recidivante dopo il trapianto autologo di cellule staminali, o – recidivante dopo due o più linee terapeutiche. | Sì | In valutazione: I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. | 1.1.2020 fino al 31.12.2022 |
| – Axicabtagen-Ciloleucel: in caso di linfoma diffuso a grandi cellule B recidivante o refrattario alla terapia (DLBCL, secondo la classificazione OMS 2008 delle neoplasie ematologiche e linfatiche) e di linfoma primitivo mediastinico a cellule B (PMBCL) dopo almeno due linee terapeutiche | Sì | In valutazione: I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. | 1.1.2020 fino al 31.12.2022 |

²⁵ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.ufsp.admin.ch/rif

²⁶ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.ufsp.admin.ch/rif

3 Ginecologia, ostetricia, medicina della procreazione

| Provvedimento | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni | Decisione valida a partire dal |
|---|----------------------------|--|--------------------------------|
| Misure atte a preservare la fertilità delle persone sottoposte a terapie che la compromettono | Sì | <p>In caso di adolescenti in età postpuberale e di adulti fino al compimento del 40° anno che</p> <ul style="list-style-type: none"> - presentano un rischio medio o elevato (> 20 %) di amenorrea persistente nelle donne o di azoospermia negli uomini a causa della terapia di una malattia tumorale; - ricevono un trapianto di cellule staminali a causa di una malattia non oncologica; oppure - sono trattati con ciclofosfamide e presentano un rischio medio o elevato (> 20 %) di amenorrea persistente nelle donne o di azoospermia negli uomini. <p>Misure per la donna:</p> <ul style="list-style-type: none"> – prelievo di oociti dopo la stimolazione ovarica, crioconservazione di oociti fecondati e non fecondati; un'eventuale fertilizzazione prima della crioconservazione non è a carico dell'assicurazione; oppure – resezione, crioconservazione e reimpianto del tessuto ovarico. <p>Misure per l'uomo:</p> <ul style="list-style-type: none"> – crioconservazione di spermatozoi; – se necessario: biopsia dei testicoli (estrazione testicolare di spermatozoi). <p>Crioconservazione per al massimo 5 anni; proroga per ulteriori 5 anni solo in caso di persistenza dell'insufficienza ovarica o di azoospermia. Assunzione dei costi di una crioconservazione di spermatozoi e di oociti non fecondati in caso di persistenza dell'insufficienza ovarica o dell'azoospermia solo se è stata data precedentemente la garanzia speciale dell'assicuratore, il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p> <p>Indicazione ed esecuzione da parte di centri multidisciplinari che partecipano a un programma multicentrico di garanzia della qualità con tenuta di registri per misure atte a preservare la fertilità di uomini e donne in età fertile affetti da tumore, o che sono associati a tali centri.</p> | 1.7.2019/ 1.7.2020 |
| 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) Sterilizzazione: | No | | 28.8.1986/ 1.4.1994 |
| – della donna | Sì | Nell'ambito della cura medica di una donna in età feconda, la sterilizzazione è una prestazione obbligatoria, se a causa di uno stato patologico verosimilmente permanente o di un'anomalia fisica, una gravidanza mette in pericolo la vita della paziente o procura un danno probabilmente duraturo alla sua salute e se altri metodi contraccettivi non possono essere presi in considerazione per motivi medici (in senso lato). | 11.12.1980 |
| – del marito | Sì | Se la sterilizzazione della moglie, di per sé rimborsabile, non può essere effettuata o non è auspicata dai coniugi, l'assicuratore cui è affiliata la moglie deve assumere le spese della sterilizzazione del marito. | 1.1.1993 |
| Terapia al laser del cancro del collo in situ | Sì | | 1.1.1993 |
| Ablazione non chirurgica dell'endometrio | Sì | In caso di menorragie funzionali resistenti alla terapia nella premenopausa | 1.1.1998 |
| Test di Papanicolau per la diagnosi precoce del cancro del collo dell'utero (art. 12e lett. b OPre) | Sì | | 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) | Sì | | 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 |
| 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 ²⁷ . | 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 16 giugno 2016 intitolato «Schlingenoperationen zur Behandlung der weiblichen Belastungsinkontinenz (Stressinkontinenz)» ²⁸ . – L'impianto Reemex® non viene pagato. | 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2019 |

²⁷ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.ufsp.admin.ch/rif

²⁸ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.ufsp.admin.ch/rif

4 Pediatria, psichiatria infantile

| Provvedimento | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni | Decisione valida a partire dal |
|---|----------------------------|---|---|
| Programmi per terapie multiprofessionali ambulatoriali in gruppo per bambini e adolescenti affetti da sovrappeso o obesità | Sì | <p>1. Indicazione:</p> <p>a. in caso di obesità (IMC > 97 percentili);</p> <p>b. in caso di sovrappeso (IMC tra 90 e 97 percentili) e in presenza di almeno una delle seguenti malattie, la cui prognosi è aggravata dal sovrappeso o costituisce una delle cause dell'eccesso ponderale: ipertonia, diabete mellito di tipo 2, alterata tolleranza al glucosio, disturbi endocrini, sindrome delle ovaie policistiche, malattie ortopediche, steatoepatite non alcolica, malattie respiratorie, glomerulopatia, disturbi alimentari contratti durante un trattamento psichiatrico.</p> <p>Definizione di obesità, sovrappeso e malattie secondo le raccomandazioni pubblicate dalla Società svizzera di pediatria (SSP) nella rivista specializzata «Pediatria», edizione n. 6/2006 del 19 dicembre 2006²⁹ e n. 1/2011 del 4 marzo 2011³⁰.</p> <p>2. Programma:</p> <p>programma in gruppo medicalmente assistito con approccio terapeutico multiprofessionale secondo le esigenze stabilite dall'Associazione svizzera obesità nell'infanzia e nell'adolescenza (akj) e pubblicate nella rivista specializzata «Pediatria», edizione n. 2/2007 del 13 aprile 2007³¹.</p> <p>Si suppone che i programmi in gruppi medicalmente assistiti riconosciuti dalla commissione congiunta della SSP e dell'akj adempiano questa condizione.</p> <p>Se la terapia deve essere svolta nell'ambito di un programma non riconosciuto dalla commissione congiunta della SSP e dell'akj, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p> <p>3. È necessario convenire un rimborso forfettario.</p> | 1.1.2008/ 1.7.2009/ 1.1.2014/ 1.7.2014 |
| | No | Programma alleggerito per bambini in età compresa tra i 4 e gli 8 anni compiuti. | 1.1.2014 |
| Terapia individuale multiprofessionale ambulatoriale strutturata per bambini e adolescenti affetti da sovrappeso o obesità, in 4 tappe. | Sì | <p>1. Indicazione:</p> <p>a. in caso di obesità (IMC > 97 percentili);</p> <p>b. in caso di sovrappeso (IMC tra 90 e 97 percentili) e in presenza di almeno una delle seguenti malattie, la cui prognosi è aggravata dal sovrappeso o costituisce una delle cause dell'eccesso ponderale: ipertonia, diabete mellito di tipo 2, alterata tolleranza al glucosio, disturbi endocrini, sindrome delle ovaie policistiche, malattie ortopediche, steatoepatite non alcolica, malattie</p> | 1.1.2014 |

²⁹ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.ufsp.admin.ch/rif

³⁰ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.ufsp.admin.ch/rif

³¹ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.ufsp.admin.ch/rif

| | | | |
|---|----|---|------------------------|
| | | <p>respiratorie, glomerulopatia, disturbi alimentari contratti durante un trattamento psichiatrico. Definizione di obesità, sovrappeso e malattie secondo le raccomandazioni pubblicate dalla Società svizzera di pediatria (SSP) nella rivista specializzata «Pediatria», edizione n. 6/2006³² del 19 dicembre 2006 e n. 1/2011 del 4 marzo 2011³³.</p> <p>2. Terapia:</p> <p>a. 1^a tappa: trattamento multidisciplinare fornito da un medico durante 6 mesi, con un massimo di 6 sedute di consulenza nutrizionale e 2 sedute di fisioterapia diagnostica,</p> <p>b. 2^a e 3^a tappa: programmi multidisciplinari diretti da un medico nel caso in cui la durata della terapia superi i 6 mesi per la 1^a tappa o in presenza di una comorbidità significativa,</p> <p>c. 4^a tappa: trattamento fornito da un medico.</p> <p>3. Programmi per la 2^a e la 3^a tappa: programma in gruppo medicalmente assistito con approccio terapeutico multiprofessionale secondo le esigenze stabilite dall'Associazione svizzera obesità nell'infanzia e nell'adolescenza (akj) e pubblicate nella rivista specializzata «Pediatria», edizione n. 2/2007 del 13 aprile 2007³⁴. Si suppone che i programmi in gruppi medicalmente assistiti riconosciuti dalla commissione congiunta della SSP e dell'akj adempiano questa condizione. Se la terapia deve essere svolta nell'ambito di un programma non riconosciuto dalla commissione congiunta della SSP e dell'akj, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p> | |
| 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 | Sì | Effettuato da un medico specialmente formato. | 1.7.2004/ 1.8.2008 |
| Terapia ospedaliera lontano dal domicilio in caso di sovrappeso eccessivo | No | | 1.1.2005 |

³² Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.ufsp.admin.ch/rif

³³ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.ufsp.admin.ch/rif

³⁴ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.ufsp.admin.ch/rif

| | | | |
|--|----|--|----------|
| Trattamento dei disturbi dello spettro autistico con il metodo «Packing» | No | | 1.7.2019 |
|--|----|--|----------|

5 Dermatologia

| Provvedimento | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni | Decisione valida a partire dal |
|--|----------------------------|--|------------------------------------|
| 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 |
| Trattamento fotodinamico di malattie della pelle con derivati dell'acido aminolevulinico | Sì | | 1.4.2020 |
| Embolizzazione degli emangiomi del viso (radiologia di intervento) Terapia al laser in caso di: | Sì | A condizione che non risulti più cara del trattamento chirurgico (escissione). | 27.8.1987 |
| – naevus teleangiectaticus | Sì | | 1.1.1993 |
| – condylomata acuminata | Sì | | 1.1.1993 |
| – cicatrici dell'acne | No | | 1.7.2002 |
| – cheloide | No | | 1.1.2004 |
| Terapia climatica al Mare Morto | No | | 1.1.1997/ 1.1.2001 |
| Balneo-fototerapia ambulatoriale | No | | 1.7.2002 |
| Stimolazione cellulare mediante onde acustiche pulsanti (PACE) per il trattamento dei disturbi acuti e cronici della cicatrizzazione di ferite della pelle | No | | 1.7.2009 |
| Applicazione di equivalenti di pelle | Sì | Per il trattamento di ferite croniche. Con equivalenti di pelle autologa, allogena o di origine non umana ammessi secondo le corrispondenti prescrizioni di legge. Indicazione 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° aprile 2018 ³⁵ . Esecuzione in centri riconosciuti dalla Società svizzera di dermatologia e venereologia e dalla Schweizerische Gesellschaft für Wundbehandlung. Se il trattamento deve essere eseguito in un centro non riconosciuto dalla Società svizzera di dermatologia e venereologia e dalla «Schweizerische Gesellschaft für Wundbehandlung» va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. | 1.7.2011/ 1.3.2019/ 1.7.2020 |
| Terapia con larve | Sì | Per il trattamento di ferite croniche. | 1.7.2011 |

35

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

| | | | |
|---|----|--|----------|
| Trattamento della lipoatrofia facciale con materiale di riempimento | Sì | Obbligo di prestazione in caso d'insorgenza di lipoatrofia facciale in seguito a trattamento medicamentoso o nel quadro di una malattia. I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. | 1.7.2013 |
|---|----|--|----------|

6 Oftalmologia

| Provvedimento | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni | Decisione valida a partire dal |
|---|----------------------------|---|--|
| Ortottica | Sì | Se eseguita dal medico o sotto la sua sorveglianza diretta. | 27.3.1969 |
| Potenziali evocati visuali nell'ambito di esami oftalmologici speciali | Sì | | 15.11.1979 |
| Biometria ultrasonica dell'occhio, prima di un'operazione della cataratta | Sì | | 8.12.1983 |
| Terapia al laser in caso di: – retinopatie diabetiche | Sì | | 1.1.1993 |
| – lesioni della retina (inclusa apoplezia retinica) | Sì | | 1.1.1993 |
| – capsulotomia | Sì | | 1.1.1993 |
| – trabeculotomia | Sì | | 1.1.1993 |
| Chirurgia refrattiva (Cheratoma mediante laser o intervento chirurgico) | Sì | Obbligo di prestazione unicamente quando il portatore di occhiali è affetto da un'anisometropia non correggibile supera le 3 diottrie e non sopporta durevolmente le lenti a contatto; per la correzione di un occhio fino a raggiungere i valori correggibili mediante occhiali. I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. | 1.1.1995/ 1.1.1997/ 1.1.2005 |
| Correzione refrattiva mediante lente intraoculare | Sì | Obbligo di prestazione unicamente quando l'anisometropia supera le 10 diottrie, in combinazione con la cheratoma. I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. | 1.1.2000/ 1.1.2005 |
| Copertura di difetti della cornea con membrane amniotiche | Sì | | 1.1.2001 |
| Terapia fotodinamica della degenerazione maculare con Verteporfin | Sì | Forma classica predominante essudativa di degenerazione maculare determinata dall'età. | 1.1.2006 |
| | Sì | In caso di neovascolarizzazioni provocate da miopia patologica. | 1.7.2000/ 1.7.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2006/ 1.1.2009/ 1.1.2012 |
| Provvedimento | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni | Decisione valida a partire dal |
| | 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 | <ul style="list-style-type: none"> – 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 | <p>Indicazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> – in caso di glaucoma dal trattamento difficile, indicazioni per l'intervento chirurgico – indicazioni per trattamenti alla retina <p>Esame nel centro in cui deve essere eseguito l'intervento o il trattamento.</p> | 1.1.2004/ 1.8.2008 |
| Cross linking della cornea in caso di cheratocono | No | | 1.8.2008 |
| Cura del cheratocono mediante anelli intrastromali | Si | <p>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.</p> <p>Esecuzione in centri/cliniche del tipo A, B e C (secondo la lista FMH dei centri di perfezionamento in oftalmologia riconosciuti)</p> | 1.8.2007 |
| Misurazione dell'osmolarità del film lacrimale | No | | 1.1.2010 |

7 Otorinolaringoiatria

| Provvedimento | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni | Decisione valida a partire dal |
|---|----------------------------|--|---|
| Logopedia | Sì | Se eseguita dal medico o sotto la sua direzione e sorveglianza diretta (v. anche gli art. 10 e 11 OPre). | 23.3.1972 |
| Nebulizzatore a ultrasuoni | Sì | | 7.3.1974 |
| Terapia mediante un «orecchio elettronico» secondo il metodo Tomatis (detta: audio- psicofonologia) | No | | 18.1.1979 |
| Protesi vocale | Sì | Applicazione in caso di laringectomia totale o dopo una laringectomia totale. Il cambiamento di una protesi vocale applicata è compreso nella prestazione obbligatoria. | 1.3.1995 |
| Terapia al laser in caso di: – papillomatosi delle vie respiratorie | Sì | | 1.1.1993 |
| – resezione della lingua | Sì | | 1.1.1993 |
| Impianto cocleare | Sì | I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. Indicazione ed esecuzione secondo le «Richtlinien für Cochlea-Implantat-Versorgung und Nachbetreuung» del gruppo di lavoro Impianti cocleari della Società Svizzera di Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico-facciale (SSORL) del 7 marzo 2018 ³⁶ . Nei centri seguenti: Hôpital Cantonal Universitaire di Ginevra, Ospedali universitari di Basilea, Berna e Zurigo, Ospedale cantonale di Lucerna. L'allenamento uditivo dispensato nel centro è parte integrante della terapia. | 1.4.1994/ 1.7.2002/ 1.1.2004/ 1.7.2020 |
| Impianto di apparecchi uditivi a trasmissione ossea o di loro parti (sistemi transcutanei e percutanei) | Sì | Indicazioni: – malattie e malformazioni dell'orecchio medio e del condotto uditivo esterno che non possono essere corrette chirurgicamente; – unica alternativa a un intervento chirurgico a rischio sul solo orecchio funzionale; – intolleranza ad apparecchi a trasmissione aerea; – sostituzione di un apparecchio convenzionale a trasmissione ossea, a seguito dell'insorgenza di turbe, di tenuta o funzionalità insufficienti | 1.1.1996/ 1.1.2015 |
| Impianto chirurgico del sistema d'impianto dell'orecchio medio del tipo «Vibrant Soundbridge» per il trattamento di ipoacusie neurosensoriali | Sì | Per pazienti che a causa motivi medici o audiologici non sono in grado di usufruire di apparecchi acustici tradizionali (per esempio in caso di otite esterna cronica, allergie, esostosi, ecc.). | 1.1.2005 |
| Palatoplastica al laser | No | | 1.1.1997 |

36

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

| | | | |
|----------------------------------|----|---|---|
| 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

| Provvedimento | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni | Decisione valida a partire dal |
|--|----------------------------|---|---|
| Terapia della tossicodipendenza | | | |
| – ambulatoria | Sì | Ammissibile una riduzione delle prestazioni in caso di colpa grave dell'assicurato. | 25.3.1971 |
| – ospedaliera | Sì | | |
| Terapia sostitutiva in caso di dipendenza dagli oppiacei | Sì | 1. Osservanza delle direttive e raccomandazioni seguenti: a. In caso di terapia con prescrizione di metadone, di buprenorfina e di morfina a lento rilascio: «Terapia sostitutiva in caso di dipendenze dagli oppiacei oppioidi – Raccomandazioni dell'UFSP, della Società Svizzera di medicina delle Dipendenze (SSAM) e dell'Associazione dei medici cantonali della Svizzera (VKS)» del luglio 2013 ³⁷ ; | 1.1.2001/ 1.1.2007/ 1.1.2010/ 1.7.2012 |
| | | b. In caso di terapia con prescrizione di eroina: le disposizioni dell'ordinanza del 25 maggio 2011 sulla dipendenza da stupefacenti e sulle altre turbe legate alla dipendenza (RS 812.121.6) come pure le direttive e le raccomandazioni del manuale dell'UFSP «Richtlinien, Empfehlungen, Information», settembre 2000 ³⁸ . | 1.1.2001/ 1.1.2007/ 1.1.2010/ 1.1.2014 |
| | | 2. La sostanza o il preparato utilizzati devono figurare nell'Elenco dei medicinali con tariffa (EMT) oppure nell'Elenco delle specialità (ES) nel gruppo terapeutico (IT) approvato dall'UICM. 3. La terapia sostitutiva comprende le prestazioni seguenti: a. prestazioni mediche: – esame d'entrata, inclusa l'anamnesi della dipendenza, status psichico e somatico con attenzione particolare alle turbe legate | |

37

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

38

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

| | | | |
|---|----|---|------------------------|
| | | <p>alla dipendenza e alla radice della dipendenza;</p> <ul style="list-style-type: none"> - richiesta d'informazioni supplementari (famiglia, convivente, servizi terapeutici precedenti); - determinazione della diagnosi e dell'indicazione; - approntamento del piano terapeutico; - 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 terapeutico; - 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. <p>b. Prestazioni del farmacista:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>4. La prestazione va fornita dall'istituzione competente secondo il numero 1.</p> <p>5. Per la terapia sostitutiva è possibile convenire rimborsi forfettari.</p> | |
| Svezzamento ultracorto dagli oppiacei (UROD) sotto sedazione | No | | 1.1.2001 |
| Svezzamento ultracorto dagli oppiacei (UROD) sotto anestesia | No | | 1.1.1998 |
| Svezzamento ambulatoriale dagli oppiacei secondo il metodo Endorphine Stimulated Clean & Addiction Personality Enhancement (ESCAPE) | No | | 1.1.1999 |
| Psicoterapia di gruppo | Sì | Secondo gli articoli 2 e 3 OPre. | 25.3.1971/ 1.1.1996 |
| Terapia di rilassamento secondo Ajuria-guerra | Sì | Nello studio medico o in ospedale sotto sorveglianza diretta del medico. | 22.3.1973 |
| Terapia mediante il gioco e la pittura per fanciulli | Sì | Se eseguita dal medico o sotto la sua diretta sorveglianza. | 7.3.1974 |

| | | | |
|---|----|--|------------------------|
| Psicodramma | Sì | Secondo gli articoli 2 e 3 OPre. | 13.5.1976/ 1.1.1996 |
| Controllo della terapia per video | No | | 16.2.1978 |
| Musicoterapia | No | | 11.12.1980 |
| Trattamento dell'insonnia attraverso una terapia cognitivo-comportamentale basata su Internet | Sì | <p>1. Psicoterapia effettuata dal medico secondo l'articolo 2 OPre basata su un approccio cognitivo-comportamentale, che prevede in particolare gli elementi seguenti: riduzione del sonno, il controllo degli stimoli, tecniche di rilassamento, ristrutturazione cognitiva, profilassi delle recidive.</p> <p>La terapia si basa su un manuale e implica il contatto regolare tra fornitori di prestazioni e assicurati nonché una fase diagnostica iniziale, intermedia e conclusiva.</p> <p>2. Previa consultazione</p> <p>3. L'assicurazione assume al massimo i costi di 16 settimane di terapia.</p> <p>La procedura relativa all'assunzione dei costi in caso di proseguimento della terapia dopo le 16 settimane è disciplinata per analogia dall'articolo 3b OPre.</p> | 1.1.2017 |
| Stimolazione magnetica transcranica ripetitiva (rTMS) per il trattamento della depressione | No | | 1.1.2018 |

9 Radiologia

9.1 Radiodiagnostica

| Provvedimento | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni | Decisione valida a partire dal |
|---|----------------------------|---|--|
| Tomografia assiale computerizzata (scanner) | Sì | Esclusi gli esami di routine (Screening) | 15.11.1979 |
| Osteodensitometria mediante assorziometria a doppia energia ai raggi X (DEXA) | Sì | <ul style="list-style-type: none"> – 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 con sindrome di malassorbimento (in particolare morbo di Crohn, colite ulcerosa, celiachia) – In caso di iperparatiroidismo primario (se l'indicazione di operare non è chiara) – In caso di osteogenesis imperfecta – HIV – In caso di terapia con inibitori dell'aromatasi (dopo la menopausa) o con una combinazione di un analogo del GnRH e inibitori dell'aromatasi (prima della menopausa). | 1.3.1995/ 1.1.1999/ 1.7.2010/ 1.7.2012/ 1.1.1999/ 1.7.2010/ 1.1.2015/ 1.7.2019/ 1.4.2020 |
| | | Esami DEXA periodici finché sussiste la situazione di rischio predisponente, di norma al massimo ogni due anni. | 1.3.1995/ 1.4.2020 |
| – mediante scanner totale del corpo | No | | 1.3.1995 |
| Osteodensitometria mediante TC periferica quantitativa (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 | Sì | Per la diagnostica in caso di sospetto clinico urgente di una patologia al seno. | 1.1.2008 |

9.2 Altri procedimenti di formazione d'immagini

| Provvedimento | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni | Decisione valida a partire dal |
|---|----------------------------|--|--|
| Risonanza magnetica nucleare (MRI) | Sì | | 1.1.1999 |
| Tomografia con emissione di positroni (TEP, TEP/TC) | Sì | <p>Esecuzione nei centri che soddisfano le direttive amministrative del 20 giugno 2008³⁹ 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 2011⁴⁰ della SSMN, capitolo 1.0; 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, 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 e/o la TC inconcludenti, su prescrizione di un medico specializzato in medicina interna generale, reumatologia, allergologia e immunologia clinica e malattie infettive, – 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, | <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</p> |

39

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

40

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

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> – 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> | <p>1.7.2013</p> |
| | | <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> | <p>1.7.2013</p> |
| | | <p>d) Mediante 18F-fluorocolina, solo per le indicazioni seguenti: Per l'accertamento 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> | <p>1.7.2014/ 1.1.2018/ 1.7.2018/ 1.1.2019/ 1.7.2020</p> |
| | | <p>e) Mediante 18F-etil-tirosina (FET), solo per l'indicazione seguente: valutazione dei tumori cerebrali e rivalutazione dei tumori cerebrali maligni.</p> | <p>1.1.2016</p> |
| | | <p>f) Mediante PSMA, solo per l'indicazione seguente: accertamento di una recidiva biochimica (aumento del PSA) di un carcinoma prostatico.</p> | <p>1.1.2017/ 1.1.2019</p> |
| | | <p>g) Mediante DOTA-peptidi, solo per l'indicazione seguente: stadiazione e ristadiazione di tumori neuroendocrini differenziati.</p> | <p>1.7.2017</p> |
| | | <p>h) Mediante H₂¹⁵O, solo per l'indicazione seguente: misurazione della perfusione prima e dopo gli interventi di rivascularizzazione cerebrale in caso di malattia di Moyamoya.</p> | <p>1.7.2018</p> |
| | | <p>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</p> | <p>1.4.2020</p> |

| | | | |
|--------------------------------------|----|---|---|
| | | <p>puntura lombare non è possibile o è controindicata,</p> <p>dopo accertamento preliminare interdisciplinare e prescrizione da parte di medici specializzati in medicina interna generale con formazione approfondita in geriatria, psichiatria e psicoterapia o neurologia;</p> <p>fino al compimento dell'80° anno di età, con un Mini-Mental-Status-Test (MMST) totalizzante almeno 10 punti e una demenza insorta al massimo da 5 anni; nessun esame preliminare mediante PET o SPECT.</p> | |
| | No | <p>a) Mediante 18F-Fluoride</p> <p>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 H215O o traccianti per amiloide marcati</p> | <p>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</p> |
| Magnetoencefalografia | No | | 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 |

9.3 Radiologia interventistica e radioterapia

| Provvedimento | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni | Decisione valida a partire dal |
|---|----------------------------|---|--|
| Irradiazione terapeutica con pioni | No | | 28.8.1986/ 1.1.1993 |
| Radioterapia stereotassica ambulatoriale (fotoni) della degenerazione maculare umida determinata dall'età | No | | 1.1.2018/ 1.7.2020 |
| Irradiazione terapeutica con protoni | Sì | Esecuzione presso l'Istituto Paul Scherrer, Villigen. a) In caso di melanomi intraoculari. | 28.8.1986/ 1.1.1993 |
| | | b) Se non è possibile irradiare a sufficienza con fotoni a causa di una stretta vicinanza con organi sensibili alle radiazioni, o di una particolare esigenza di protezione dell'organismo del bambino o dell'adolescente. Per le indicazioni seguenti: – tumori del cranio (chordoma, chondrosarcoma, spinalioma, adenocarcinomi e carcinomi adenocistici, linfopitelioma, carcinomi mucoepidermoidi, neuroestesioblastomi, sarcoma dei tessuti molli e delle ossa, tumori rari come p. es. paragangliomi); – tumori del cervello e delle meningi (gliomi grado 1 e 2; meningiomi); – tumori al di fuori del cranio nelle regioni della colonna vertebrale, del tronco e delle estremità (sarcoma dei tessuti molli e dell'osso); – tumori nei bambini e negli adolescenti. I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. | 1.1.2002/ 1.7.2002/ 1.8.2007/ 1.1.2011/ 1.7.2011 |
| | | In valutazione – per l'indicazione seguente: Carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) agli stadi UICC IIB e IIIA/B nel quadro dello studio controllato randomizzato RTOG 1308. I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia | 1.4.2020 fino al 31.12.2025 |
| | No | – Radioterapia postoperatoria di carcinomi mammari – Tutte le altre indicazioni | 1.7.2012/ 15.7.2015/ 1.1.2018/ 1.4.2020 |
| Irradiazione terapeutica con protoni | Sì | Esecuzione presso l'Istituto Paul Scherrer, Villigen. a) In caso di melanomi intraoculari. | 28.8.1986/ 1.1.1993 |
| | | b) Se non è possibile irradiare a sufficienza con fotoni a causa di una stretta vicinanza con organi sensibili alle radiazioni, o di una particolare esigenza di protezione dell'organismo del bambino o dell'adolescente. In caso delle indicazioni seguenti: | 1.1.2002/ 1.7.2002/ 1.8.2007/ 1.1.2011/ 1.7.2011 |

| | | | |
|--|----|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> – tumori del cranio (chordoma, chondrosarcoma, spinalioma, adenocarcinomi e carcinomi adenocistici, linfoepitelioma, carcinomi mucoepidermoidi, neuroestesioblastomi, sarcoma dei tessuti molli e delle ossa, tumori rari come p. es. paragangliomi); – tumori del cervello e delle meningi (gliomi grado 1 e 2; meningiomi); – tumori al di fuori del cranio nelle regioni della colonna vertebrale, del tronco e delle estremità (sarcoma dei tessuti molli e dell'osso); – tumori nei bambini e negli adolescenti. <p>Le spese vengono coperte soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia.</p> | |
| | No | <ul style="list-style-type: none"> – Radioterapia postoperatoria di carcinomi mammari – Tutte le altre indicazioni | 1.7.2012/ 15.7.2015 |
| Radiochirurgia (LINAC, Gamma-Knife) | Si | <p>Indicazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> – neurinomi del nervo acustico – recidive di adenomi ipofisari o di craniofaringiomi – adenomi ipofisari o craniofaringiomi non operabili in modo radicale – malformazioni arteriovenose – meningiomi | 1.1.1996 |
| | Si | <p>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).</p> | 1.1.1996/ 1.7.2012 |
| Radiochirurgia con LINAC o Gamma-Knife | Si | <p>Per le indicazioni seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> – in caso di metastasi cerebrali del volume di 25 cm³ 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 cm³ al massimo risp. del diametro di 3,5 cm al massimo se la localizzazione del tumore non permette di operarlo. <p>Per la radiochirurgia con Gamma-Knife è necessario convenire un rimborso forfettario specifico per l'indicazione.</p> | 1.1.1999/ 1.1.2000/ 1.1.2003/ 1.7.2020 |
| Radioterapia selettiva interna (SIRT) con microsferi di Y-90 | Si | <p>In casi di tumori al fegato inoperabili refrattari alla chemioterapia, per i quali non è possibile applicare altre tecniche ablativo locali o quando queste non hanno avuto effetto.</p> <p>Esecuzione in un centro interdisciplinare epatobiliare, con consulenza epatobiliare (specializzato in chirurgia epatobiliare, radiologia interventoriale, medicina nucleare e medicina oncologica).</p> | 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/ 1.7.2014 |
| Embolizzazione di mioma uterino | Sì | Da parte di medici specializzati in radiologia con esperienza in tecniche di radiologia interventistica. Impianto angiografico al passo con i tempi. | 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2010/ 1.1.2011/ 1.1.2013 |
| Discectomia percutanea con controllo fluoroscopico e sotto guida TC | No | | 1.1.2014 |
| Impianto transperineale di un palloncino biodegradabile | No | Come spaziatore tra prostata e retto nell'irradiazione percutanea della prostata. | 1.1.2015 |
| Ipertermia oncologica superficiale locale in abbinamento con la radioterapia esterna o la brachiterapia | Sì | Per le indicazioni seguenti: <ul style="list-style-type: none"> – Recidiva di un carcinoma mammario inoperabile a livello del seno o della parete toracica, in una zona già sottoposta a radioterapia – Metastasi linfonodali inoperabili dovute a un tumore ORL, in una zona già sottoposta a radioterapia – Metastasi linfonodali superficiali e recidive locali in caso di melanoma maligno – Recidiva locale di un tumore, con fenomeni di compressione in situazioni palliative I trattamenti avvengono nel quadro di una clinica affiliata alla <i>Swiss Hyperthermia Network</i> ; le indicazioni sono fornite dalla sua <i>Tumorboard</i> . | 1.1.2017 |
| Ipertermia oncologica profonda locale in abbinamento con la radioterapia esterna o la brachiterapia | Sì | Per le indicazioni seguenti: <ul style="list-style-type: none"> – cancro del collo dell'utero, in caso di controindicazioni per la chemioterapia o in una zona già sottoposta a radioterapia – cancro della vescica (mantenimento delle funzioni), in caso di controindicazioni per la chemioterapia o in una zona già sottoposta a radioterapia – cancro del retto (mantenimento delle funzioni), in caso di controindicazioni per la chemioterapia o di recidiva in una zona già sottoposta a radioterapia – sarcoma dei tessuti molli (mantenimento delle funzioni), in caso di controindicazioni per la chemioterapia – cancro del pancreas, tumore primario inoperabile in stadio avanzato a livello locale – 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 I trattamenti avvengono nel quadro di una clinica affiliata alla <i>Swiss Hyperthermia Network</i> ; le indicazioni sono fornite dalla sua <i>Tumorboard</i> . | 1.1.2017/ 1.1.2019 fino al 31.12.2020 |

10 Medicina complementare

| Provvedimento | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni | Decisione valida a partire dal |
|--|----------------------------|------------|---|
| Agopuntura | Sì | | 1.7.1999/ 1.1.2012/ 1.8.2016/ 1.8.2017 |
| Medicina antroposofica | Sì | | 1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.1.2012/ 1.8.2017 |
| Terapia medicamentosa della medicina tradizionale cinese (MTC) | Sì | | 1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.1.2012/ 1.8.2016/ 1.8.2017 |
| Omeopatia unicista (classica) | Sì | | 1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.1.2012/ 1.8.2016/ 1.8.2017 |
| Fitoterapia | Sì | | 1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.1.2012/ 1.8.2017 |
| 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

| Provvedimento | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni | Decisione valida a partire dal |
|---|----------------------------|---|---|
| Riabilitazione ospedaliera | Sì | I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. | 1.1.2003 |
| Riabilitazione di pazienti affetti da malattie cardiovascolari o da diabete | | <p>I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. La riabilitazione in caso di malattia occlusiva arteriosa periferica e di diabete, quale diagnosi principale, è praticata ambulatorialmente. La riabilitazione cardiaca può essere praticata ambulatorialmente o stazionariamente. I seguenti fattori inducono a optare per una riabilitazione stazionaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> – accresciuto rischio cardiaco – diminuzione della funzione del miocardio – comorbilità (diabetes mellitus, COPD, ecc.). <p>Il programma di riabilitazione ambulatoriale può durare da due a sei mesi, a dipendenza dell'intensità dell'offerta di trattamento.</p> <p>Di regola la durata del trattamento ospedaliero è di quattro settimane ma può essere ridotta a due o tre settimane nei casi meno complessi.</p> <p>La riabilitazione è praticata in un istituto sotto direzione medica, con programma personale e infrastrutture che soddisfano le seguenti direttive:</p> <p>Riabilitazione cardiaca: profilo di esigenze del Gruppo di lavoro per la riabilitazione cardiaca. Società svizzera di cardiologia (SSC) per le cliniche e gli istituti di riabilitazione ufficialmente riconosciuti dalla SSC del 15 marzo 2011⁴¹.</p> <p>Riabilitazione in caso di malattia occlusiva arteriosa periferica: profilo delle esigenze della Società svizzera d'angiologia del 5 marzo 2009⁴².</p> <p>Riabilitazione in caso di diabete: profilo delle esigenze della Società svizzera di endocrinologia e di diabetologia del 17 novembre 2010⁴³.</p> | 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 |
| | Sì | <p>Indicazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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 |

⁴¹ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.ufsp.admin.ch/rif

⁴² Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.ufsp.admin.ch/rif

⁴³ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.ufsp.admin.ch/rif

| | | | |
|--------------------------|----|---|----------|
| | No | – pazienti con malattia occlusiva arteriosa periferica asintomatica, nello stadio I secondo Fontaine. | 1.7.2013 |
| Riabilitazione polmonare | Sì | <p>Programmi per pazienti affetti da gravi malattie polmonari croniche.</p> <p>La terapia può essere ambulatoriale o ospedaliera in un'istituzione diretta da medici. Lo svolgimento del programma, il personale e l'infrastruttura devono adempire i requisiti del 2003⁴⁴ posti dalla Società svizzera di pneumologia, Commissione per la riabilitazione polmonare. Il responsabile del programma deve essere riconosciuto dalla Società svizzera di pneumologia, Commissione per la riabilitazione polmonare.</p> <p>L'assunzione dei costi è garantita al massimo una volta all'anno.</p> <p>I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p> | 1.1.2005 |

⁴⁴

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