

Allegato 1

dell'Ordinanza sulle prestazioni (OPre)

Edizione del 1° luglio 2025



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 OPre

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

Edizione del 1° luglio 2025

tiene conto delle modifiche decise dal Dipartimento federale dell'interno (DFI) del 4 giugno 2025²

¹ 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 2025 419 del 4 giugno 2025](#)

Indice delle materie

1 Chirurgia.....	4
1.1 Chirurgia in generale e varia	4
1.2 Chirurgia dei trapianti.....	5
1.3 Chirurgia dell'apparato locomotore.....	7
1.4 Chirurgia della colonna vertebrale	7
1.5 Urologia	10
1.6 Chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica	14
2 Medicina interna.....	15
2.1 Medicina interna generale e varia	15
2.2 Cardiologia	19
2.3 Neurologia	22
2.4 Reumatologia	24
2.5 Oncologia e ematologia.....	24
3 Ginecologia e ostetricia, medicina della procreazione	30
4 Pediatria.....	32
5 Dermatologia.....	34
6 Oftalmologia.....	35
7 Otorinolaringologia.....	37
8 Psichiatria e psicoterapia.....	38
9 Radiologia, radio-oncologia / radioterapia e medicina nucleare	40
9.1 Radiologia diagnostica	40
9.2 Radiologia interventistica.....	41
9.3 Radio-oncologia / radioterapia.....	41
9.4 Medicina nucleare	44
10 Medicina complementare	46
11 Riabilitazione.....	48
12 Medicina intensiva, anestesia e terapia del dolore.....	50

1 Chirurgia

1.1 Chirurgia in generale e varia

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Anastomosi linfovenosa e trapianto di linfonodi vascolarizzati per il trattamento del linfedema	Sì	In valutazione In caso di risposta insufficiente dei dolori e delle limitazioni funzionali associati al linfedema a una terapia fisica decongestionante complessa, conservativa, conforme alle linee guida e documentata (drenaggio linfatico manuale, esercizi di movimento, compressione, cura della pelle) della durata di almeno 12 mesi. Assunzione dei costi soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore, il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	1.7.2021 fino al 31.12.2026
Liposuzione per il trattamento dei dolori associati al lipedema	Sì	In valutazione In caso di risposta insufficiente dei dolori associati al lipedema a una terapia conservativa intensa, documentata (terapia compressiva sistematica, terapia con drenaggio linfatico manuale) della durata di almeno 12 mesi. Assunzione dei costi soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore, il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. Indicazione interdisciplinare da parte di almeno due dei seguenti medici specialisti: medico specialista in angiologia, chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica, endocrinologia/diabetologia o dermatologia. Esecuzione da parte di un medico specialista con conoscenze approfondite della tecnica della liposuzione.	1.7.2021/ 1.1.2025 fino al 31.12.2026
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 sulla terapia chirurgica dell'obesità (Richtlinien zur operativen Behandlung von Übergewicht) del 1° luglio 2023 ³ della « <i>Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders (SMOB)</i> ». Esecuzione in centri che, sulla base della loro organizzazione e del personale, sono in grado di osservare le direttive della SMOB del 1° luglio 2023 per la terapia chirurgica dell'obesità. Si suppone che i centri riconosciuti dalla SMOB in base alle direttive di quest'ultima del 1° luglio 2023 soddisfino tale condizione. Se l'intervento deve essere eseguito in un centro non riconosciuto dalla SMOB, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	1.1.2000/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2007/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2014/ 1.1.2018/ 1.7.2021/ 1.7.2023

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Chirurgia metabolica	Sì	In valutazione Il paziente soffre di diabete mellito di tipo 2 difficile da controllare e ha un indice di massa corporea (IMC) di 30 – 35. Il diabete mellito di tipo 2 non può essere controllato a sufficienza a causa di una risposta insufficiente a una terapia non chirurgica conforme alle linee guida per almeno 12 mesi. Indicazione, esecuzione, garanzia della qualità e controlli successivi secondo le direttive mediche della «<i>Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders (SMOB)</i>» del 1° luglio 2023⁴ sulla terapia chirurgica dell'obesità. Esecuzione in centri che, sulla base della loro organizzazione e del personale, sono in grado di osservare le direttive della SMOB del 1° luglio 2023 per la terapia chirurgica dell'obesità. Si suppone che i centri riconosciuti dalla SMOB in base alle direttive di quest'ultima del 1° luglio 2023 soddisfino tale condizione. Se l'intervento deve essere eseguito in un centro non riconosciuto dalla SMOB, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	1.1.2021/ 1.7.2021/ 1.7.2023 fino al 31.12.2025
Trattamento dell'obesità con palloncini gastrici	Non		25.8.1988
Termoablazione endovenosa delle safene in caso di varici	Sì	Con radiofrequenza o laser Da parte di medici con un perfezionamento che corrisponde al programma di formazione complementare per la termoablazione endovenosa delle safene in caso di varici del 1° gennaio 2016, riveduto il 29 settembre 2016⁵.	1.7.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2016/ 1.1.2021
Terapia di ablazione mecano-chimica endovenosa delle varici secondo il metodo Clarivein®	No		1.7.2013

1.2 Chirurgia dei trapianti

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 2004⁶ sul trapianto di organi, tessuti e cellule (legge sui trapianti) e secondo l'articolo 12 dell'ordinanza del 16 marzo 2007⁷ concernente	25.3.1971/ 23.3.1972/ 1.8.2008

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

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

⁶ RS 810.21

⁷ RS 810.211

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		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.	
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 ⁸ e secondo l'articolo 12 dell'ordinanza sui trapianti ⁹ . 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
Trapianto isolato del pancreas	Sì		31.8.1989/ 1.4.1994/ 1.7.2002/ 1.7.2010/ 1.4.2020
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

⁸ RS 810.21

⁹ RS 810.211

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Trapianto simultaneo del fegato e dell'intestino tenue e trapianto multiviscerale	Sì		1.7.2002/ 1.7.2010/ 1.4.2020

1.3 Chirurgia dell'apparato locomotore

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Osteochondrale Mosaicplasty per coprire lesioni del tessuto osseo e cartilagineo	Sì	Per il trattamento di lesioni del tessuto osseo e cartilagineo post-traumatiche dell'articolazione del ginocchio, di un'estensione massima di 2 cm ² . Per il trattamento di lesioni del tessuto osseo e cartilagineo nell'osteocondrite dissecante dell'articolazione del ginocchio. I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore, che tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	1.1.2002/ 1.1.2017/ 1.1.2021
Trapianto autologo di condrociti	Sì	In valutazione Per il trattamento di lesioni del tessuto cartilagineo post-traumatiche dell'articolazione del ginocchio. Secondo le indicazioni e l'elenco della Commissione delle tariffe mediche LAINF (CTM) del 10 dicembre 2019 secondo la scheda informativa Nr. 2019.147.829.01 ¹⁰⁻¹ . Per il trattamento di lesioni del tessuto cartilagineo nell'osteocondrite dissecante dell'articolazione del ginocchio. I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	1.1.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2017/ 1.1.2020/ 1.1.2021/ 1.7.2024 fino al 31.12.2025
Gel di piastrine per protesi totale del ginocchio	No		1.1.2006
Impianto meniscale di collagene	No		1.8.2008
Menisctomia al laser	No		1.1.2006

1.4 Chirurgia della colonna vertebrale

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Cementazione (Vertebroplastica / Chifoplastica) per la terapia di fratture vertebrali osteoporotiche	Sì	In caso di frattura vertebrale osteoporotica, se la terapia conservativa del dolore non produce o non si prevede che produca un sollievo sufficiente per la mobilizzazione, secondo le linee guida «Trattamento chirurgico delle fratture del corpo vertebrale osteoporotico» della Società svizzera di chirurgia spinale, della Società svizzera di neurochirurgia, della Società svizzera di	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2011/ 1.1.2013/ 1.7.2022/ 1.1.2024

¹⁰

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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		neuroradiologia e della Società svizzera di ortopedia e traumatologia dell'apparato locomotore del 12 giugno 2023¹¹. Indicazione interdisciplinare da parte di uno «Spine Board» composto da un medico specialista in neurochirurgia o chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore in possesso di un titolo di formazione approfondita in chirurgia spinale (SSNC e SO, programma di perfezionamento del 1° gennaio 2021)¹² e almeno un medico specialista in medicina interna generale o reumatologia o endocrinologia. La discussione e l'indicazione devono essere documentate. Esecuzione in un centro in cui esercita almeno un medico specialista in neurochirurgia o chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore con formazione approfondita in chirurgia spinale (SSNC e SO, programma di perfezionamento del 1° gennaio 2021)¹³.	
Spondilodesi con gabbie intersomatiche o trapianto osseo per la terapia: - dell'instabilità della colonna vertebrale con ernia discale, recidiva di ernia discale o stenosi per pazienti con dolori spondilogeni o radicolari invalidanti resistenti alla terapia, dovuti a patologie degenerative e instabilità della colonna vertebrale verificate clinicamente e radiologicamente - dopo insuccesso di una spondilodesi posteriore con il sistema di viti pedicolari	Sì	Esecuzione dell'intervento solo da parte di medici specialisti in neurochirurgia o chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore in possesso di un titolo di formazione approfondita in chirurgia spinale (SSNC e SO, programma di perfezionamento del 1° gennaio 2021)¹⁴. Se l'intervento deve essere eseguito da un chirurgo che non soddisfa i requisiti summenzionati, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	1.1.1999/ 1.1.2002/ 1.7.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2024
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 soffrono di dolori incontrollabili nonostante siano sottoposti a terapie ospedaliere o che presentano disfunzioni neurologiche progressive nonostante venga applicata una terapia conservativa. – Degenerazione di due segmenti al massimo – Nessuna cifosi primaria segmentale – Osservanza delle controindicazioni generali. Esecuzione dell'intervento solo da parte di medici specialisti in neurochirurgia o chirurgia ortopedica	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.7.2017/ 1.7.2022/ 1.1.2024

¹¹¹¹ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: www.ufsp.admin.ch/rif

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

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

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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		e traumatologia dell'apparato locomotore in possesso di un titolo di formazione approfondita in chirurgia spinale (SSNC e SO, programma di perfezionamento del 1° gennaio 2021) ¹⁵ . Se l'intervento deve essere eseguito da un chirurgo che non soddisfa i requisiti summenzionati, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	
Protesi del disco intervertebrale lombare	Sì	Indicazione: Malattia sintomatica degenerativa del disco intervertebrale della colonna vertebrale a livello lombare. 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. – Degenerazione di due segmenti al massimo – Nessuna artrosi primaria delle faccette articolari – Osservanza delle controindicazioni generali. Esecuzione dell'intervento solo da parte di medici specialisti in neurochirurgia o chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore in possesso di un titolo di formazione approfondita in chirurgia spinale (SSNC e SO, programma di perfezionamento del 1° gennaio 2021) ¹⁶ . Se l'intervento deve essere eseguito da un chirurgo che non soddisfa i requisiti summenzionati, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.7.2017/ 1.7.2022/ 1.1.2024
Stabilizzazione intraspinale e dinamica della colonna vertebrale	Sì	Indicazione: Stenosi spinale dinamica, stenosi spinale con decompressione, ernia discale recidiva con decompressione e sindrome da iperpressione delle faccette. Esecuzione dell'intervento solo da parte di medici specialisti in neurochirurgia o chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore in possesso di un titolo di formazione approfondita in chirurgia spinale (SSNC e SO, programma di perfezionamento del 1° gennaio 2021) ¹⁷ . Se l'intervento deve essere eseguito da un chirurgo che non soddisfa i requisiti summenzionati, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.1.2014/ 1.7.2017/ 1.7.2022/ 1.1.2024

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

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

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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Stabilizzazione dinamica della colonna vertebrale con il sistema di viti peduncolari posteriori	Sì	Indicazioni: – 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 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. Esecuzione dell'intervento solo da parte di medici specialisti in neurochirurgia o chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore in possesso di un titolo di formazione approfondita in chirurgia spinale (SSNC e SO, programma di perfezionamento del 1° gennaio 2021)¹⁸. Se l'intervento deve essere eseguito da un chirurgo che non soddisfa i requisiti summenzionati, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.1.2014/ 1.7.2017/ 1.7.2022/ 1.1.2024
Operazione risp. decompressione al laser dell'ernia discale	No		1.1.1997
Terapia elettrotermica intradiscale	No		1.1.2004

1.5 Urologia

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 - litiasi del bacinetto, - litiasi dei calici renali, - litiasi dell'uretere, se la terapia conservativa non ha avuto successo e se a causa della posizione, della forma e della dimensione del calcolo, la sua eliminazione spontanea è improbabile.	22.8.1985/ 1.8.2006

¹⁸

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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		Gli elevati rischi dovuti alla particolare posizione del paziente durante la narcosi esigono una vigilanza anestesiológica appropriata (formazione speciale dei medici e paramedici, nonché adeguati apparecchi di controllo).	
Terapia chirurgica dei disturbi dell'erezione:			
– impianto idraulico o semirigido del corpo cavernoso	Sì	In valutazione Per le seguenti indicazioni: - disfunzione erettile che non risponde alla terapia conservativa/medicamentosa oppure in presenza di effetti collaterali limitanti o controindicazioni alla terapia medicamentosa - priapismo refrattario alla terapia - pronunciata induratio penis plastica (malattia di Peyronie) in combinazione con una disfunzione erettile che non risponde alla terapia medicamentosa. Le seguenti condizioni si applicano sempre in modo cumulativo: - documentazione dei fattori di rischio cardiovascolari e dei relativi approcci terapeutici - esecuzione di interventi da parte di medici specializzati in urologia con formazione approfondita in urologia operativa (ISFM) (allegato 1 del programma di perfezionamento in urologia del 1° luglio 2015, rivisto l'ultima volta il 19 ottobre 2017¹⁹). In caso di sola disfunzione erettile, ossia in assenza di priapismo e induratio penis plastica, i costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	1.1.1993/ 1.4.1994/ 1.7.2025 fino al 30.6.2029
– chirurgia di rivascolarizzazione	No		1.1.1993/ 1.4.1994
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	Sì	Come terapia di seconda o terza linea dopo aver adottato delle misure conservative e considerato opzioni di terapia non invasive o mininvasive	1.7.2000/ 1.7.2002/ 1.1.2005/

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
terapia dell'incontinenza urinaria e dei disturbi dello svuotamento della vescica		(stimolazione del nervo tibiale/pudendo, infiltrazioni intradetrusoriali di tossina onabotulinica A). Indicazione, esecuzione, garanzia della qualità e controlli successivi secondo le direttive neuromodulazione sacra della «Swiss Society for Sacral Neuromodulation (SSSNM)» del 30 settembre 2021²⁰. Indicazione e interventi (impianto degli elettrodi e del neuromodulatore) sotto la responsabilità di medici specialisti in urologia con formazione approfondita in neurourologia (programma di perfezionamento del 1° luglio 2014, riveduto il 19 ottobre 2017²¹). Esecuzione in centri che per organizzazione e personale soddisfano le direttive della «SSSNM» del 30 settembre 2021²². Si suppone che i centri riconosciuti dalla SSSNM soddisfino questi requisiti. 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.	1.1.2008/ 1.7.2020/ 1.7.2022
Elettroneuromodulazione dei nervi spinali sacrali mediante apparecchio impiantato per la terapia dell'incontinenza fecale	Sì	Dopo terapie conservative e/o chirurgiche (inclusa la riabilitazione) senza successo. Indicazione, esecuzione, garanzia della qualità e controlli successivi secondo le direttive neuromodulazione sacra della «Swiss Society for Sacral Neuromodulation (SSSNM)» del 30 settembre 2021²³. Indicazione e interventi (impianto degli elettrodi e del neuromodulatore) sotto la responsabilità di medici specialisti in chirurgia con formazione approfondita in chirurgia viscerale (programma di perfezionamento del 1° gennaio 2020²⁴) o medici specialisti in chirurgia con diploma europeo in coloproctologia (EBSQ Coloproctology). Esecuzione in centri che per organizzazione e personale soddisfano le direttive della «SSSNM» del 30 settembre 2021²⁵. Si suppone che i centri riconosciuti dalla SSSNM soddisfino questi requisiti. 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.	1.1.2003/ 1.1.2008/ 1.7.2020/ 1.7.2022
Elettroneuromodulazione percutanea del nervo tibiale mediante elettrodi ad ago	Sì	Per la terapia dell'iperattività vescicale idiopatica o dell'incontinenza fecale	1.3.2019/ 1.7.2019

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

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

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

²³ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: www.ufsp.admin.ch/rif

²⁴ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: www.ufsp.admin.ch/rif

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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		Dopo l'esaurimento delle opzioni di trattamento conservative Indicazione ed effettuazione solo da parte di medici specialisti in urologia o in ginecologia e ostetricia con formazione approfondita in uroginecologia (programma di perfezionamento del 1° gennaio 2016, riveduto il 16 febbraio 2017 ²⁶) (in caso di vescica iperattiva) oppure in gastroenterologia o chirurgia con formazione approfondita in chirurgia viscerale (in caso d'incontinenza fecale)	
Stimolazione magnetica periferica ripetitiva (rPMS, magnetic innervation therapy) del pavimento pelvico in caso di incontinenza urinaria	No		1.7.2017
Trattamento delle turbe della ritenzione della vescica mediante iniezione cistoscopica di tossina botulinica di tipo A nella parete vescicale	Sì	Dopo l'esaurimento delle opzioni di trattamento conservative Per le indicazioni seguenti: – incontinenza urinaria dovuta all'iperattività detrusoriale neurogena associata a un'afezione neurologica nell'adulto se il trattamento è effettuato da medici specialisti in urologia. – Iperattività vescicale idiopatica nell'adulto se il trattamento è effettuato da medici specialisti in urologia o in ginecologia e ostetricia con formazione approfondita in uroginecologia (programma di perfezionamento del 1° gennaio 2016, riveduto il 16 febbraio 2017).	1.1.2007/ 1.8.2008/ 1.7.2013/ 1.1.2014/ 1.1.2015/ 15.7.2015/ 1.8.2016
Stent urologici	Sì	Se un intervento chirurgico è controindicato per comorbidità, per gravi limitazioni fisiche o per motivi tecnici.	1.8.2007
Trattamento del carcinoma della prostata localizzato mediante ultrasuoni focalizzati ad alta intensità (HIFU)	Sì	In valutazione Alle condizioni seguenti (adempite cumulativamente): - presenza di carcinoma della prostata della categoria di rischio intermediate risk (PSA > 10 - 20 ng/ml o punteggio di Gleason 7 o categoria cT 2c); - i costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia; - esecuzione da parte di medici specializzati in urologia iscritti al registro HIFU della Società svizzera di urologia.	1.7.2009/ 1.7.2023 fino al 31.12.2028
Vaporizzazione transuretrale e fotoselettiva della prostata con il laser (PVP)	Sì	In caso di sindrome sintomatica di ostruzione della prostata.	1.7.2011

1.6 Chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
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
Trapianto autologo di grasso per la ricostruzione mammaria postoperatoria	Sì	Come misura complementare alla misura «Ricostruzione mammaria operatoria» Effettuato da medici specialisti in chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica. Al massimo tre sedute e nessun trattamento successivo con trapianto autologo di grasso.	1.7.2018/ 1.7.2023/ 1.1.2024/ 1.7.2024/ 1.1.2025
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
Mastoplastica additiva unilaterale 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. - entro 5 anni da una terapia di una malattia tumorale o una ricostruzione mammaria - per mezzo di una protesi al silicone e/o - per mezzo di un trapianto autologo di grasso (fino a 3 sedute) effettuato da medici specialisti in chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica.	1.1.2024
Trapianto autologo di grasso per correggere difetti congeniti, dovuti a malattia e di tipo postraumatico	Sì	Effettuato da medici specialisti in chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica. I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	1.8.2016/ 1.7.2018
Trapianto con epidermide autologa di coltura (cheratinociti)	Sì	Adulti: – bruciature del 70 % o più della superficie totale del corpo; – bruciature profonde del 50 % o più della superficie totale del corpo. Bambini: – bruciature del 50 % o più della superficie totale del corpo; – bruciature del 40 % o più della superficie totale del corpo.	1.1.1997/ 1.1.2001
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

2 Medicina interna

2.1 Medicina interna generale e varia

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Epatico- o pancreatico-gastrostomia ecoendo-guidata (EUS-HGS/PGS)	Sì		1.1.2025
Terapia con ossigeno iperbarico	Sì	In casi di: – lesioni attiniche croniche o tardive;	1.4.1994
		– osteomielite acuta della mascella; – osteomielite cronica	1.9.1988
		– 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 ²⁷ .	1.1.2006/ 1.7.2011
	No	– sordità neurosensoriale improvvisa idiopatica;	1.1.2016
Terapia dell'obesità	Sì	– Sovrappeso indice di massa corporea (IMC) $\geq 30 \text{ kg/m}^2$. – Sovrappeso (IMC $\geq 25 \text{ kg/m}^2$) e malattia conseguente che può essere influenzata da una riduzione di peso.	7.3.1974/ 1.7.2022
– 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 a domicilio	Sì		27.11.1975
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» ²⁸ del gennaio 2013.	1.7.2002/ 1.7.2012/ 1.7.2013
Nutrizione parenterale a domicilio	Sì		1.3.1995
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

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

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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
	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
Litotripsia dei calcoli biliari	Sì	Calcoli biliari intraepatici; calcoli biliari extraepatici nella regione del pancreas e del coledoco. Litotripsia dei calcoli della cistifellea, se il paziente non è operabile (esclusa anche la colecistectomia laparoscopica).	1.4.1994
Polisonnografia Poligrafia	Sì	In caso di forte sospetto di: – apnea del sonno – movimento periodico delle gambe nel sonno – narcolessia, se la diagnosi clinica è incerta – parasonnia grave (ad es. distonia epilettica notturna o comportamento violento durante il sonno), se la diagnosi è incerta e se ne risultano conseguenze terapeutiche. Indicazione 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 ²⁹ della « Swiss Society for Sleep Research, Sleep Medicine and Chronobiology » (SSSSC). Si suppone che i centri riconosciuti dalla SSSSC soddisfino questi requisiti. Se l'esame deve essere eseguito in un centro non riconosciuto dalla SSSSC, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	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	In caso di forte sospetto di: – turbe nell'addormentarsi e del sonno, se la diagnosi iniziale è incerta e se la terapia del comportamento o medicamentosa è senza successo – turbe persistenti del ritmo circadiano, quando la diagnosi clinica è incerta.	1.1.1997/ 1.1.2002/ 1.4.2003
	No	Fratelli e sorelle di lattanti morti di Sudden Infant Syndrome (SIDS).	1.7.2011
Poligrafia respiratoria	Sì	In caso di forte sospetto di apnea del sonno. Esecuzione solo da parte di medici specialisti in pneumologia od otorinolaringologia o medici specialisti in pediatria con formazione approfondita in pneumologia pediatrica (programma di perfezionamento del 16 giugno 2016) ³⁰ , la cui formazione ed esperienza pratica in poligrafia respiratoria soddisfano i requisiti delle « Richtlinien	1.7.2002/ 1.1.2006/ 1.1.2012/ 15.7.2015/ 1.7.2017/ 1.7.2020/ 1.1.2024

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

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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		zur Anerkennung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikates zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» del 1° gennaio 2019³¹ 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 2015³² della Società svizzera di otorinolaringologia e di chirurgia cervico-facciale (SSORL). Si suppone che i medici specialisti (pneumologia, ORL o pediatria con formazione approfondita in pneumologia pediatrica [programma di perfezionamento del 16 giugno 2016])³³, riconosciuti dalla Società svizzera di 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.	
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 2019³⁴ 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 2019³⁵ 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	1.1.2000/ 1.7.2017/ 1.7.2020

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

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

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

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

³⁵ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: www.ufsp.admin.ch/rif

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		Zertifikates zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» del 1° gennaio 2019³⁶ 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.	
Test respiratorio all'urea 13C per Helicobacter-pylori	Sì		16.9.1998/ 1.1.2001
Calorimetria e/o misura della densità corporea nella terapia dell'obesità	No		1.1.2004
Endoscopia con capsula	Sì	Per esame dell'intestino tenue nel tratto che va dal legamento del Treitz fino alla valvola ileocecale in caso di: – emorragie di causa ignota; – malattie infiammatorie croniche dell'intestino tenue. In seguito a gastroscopia e colono-scopia con esito negativo. I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	1.1.2004/ 1.1.2006
Fotoferesi extracorporea	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	In valutazione In caso di sindrome da bronchiolite obliterante in seguito a trapianto di polmoni, se l'incremento dell'immunosoppressione come anche un tentativo di trattamento con i macrolidi non hanno avuto successo.	1.1.2009/ 1.8.2016/ 1.1.2020/ 1.1.2022 fino al 31.12.2025
Terapia endovascolare della disfunzione erettile vascolare: - rivascolarizzazione endovascolare delle arterie afferenti del pene; - terapia di embolizzazione endovascolare delle vene efferenti del pene.	Sì	In valutazione Alle condizioni seguenti (adempite cumulativamente): - mancata risposta a sostanze vasoattive o se queste sono controindicate; - previa esclusione di cause urologiche e ormonali; - in caso di causa vascolare della disfunzione erettile documentata da esami diagnostici emodinamici (ecografia duplex con iniezione intracavernosa di prostaglandina) e di diagnostica per immagini (tomografia	1.1.2022/ 1.7.2022 fino al 31.12.2025

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		computerizzata o angiografia mediante cateterismo); - accertamento ed esecuzione da parte di medici specialisti in angiologia con formazione complementare «Angiologia interventistica (SSA)» del 1° gennaio 2022³⁷ o da medici specialisti in radiologia; con esperienza in tecniche di radiologia interventistica o da medici specialisti in chirurgia vascolare con esperienza in tecniche endovascolari. - disponibilità della documentazione dei fattori di rischio cardiovascolari e degli approcci terapeutici; Partecipazione al registro di valutazione «SwissPOWER». I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	
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

2.2 Cardiologia

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Sistema impiantabile per la registrazione di un elettrocardiogramma sottocutaneo	Sì		1.1.2001/ 1.1.2018
Sorveglianza a distanza di dispositivi impiantabili per il controllo del ritmo cardiaco	Sì		1.7.2010 1.7.2012/ 1.1.2015
Programma di telemedicina per pazienti con insufficienza cardiaca cronica	Sì	In caso di insufficienza cardiaca allo stadio NYHA II o III e alle seguenti condizioni adempiute cumulativamente: – frazione d'eiezione ventricolare sinistra < 40 % – ospedalizzazione per scompenso cardiaco negli ultimi 12 mesi – prescrizione da parte di un medico diverso da quello della centrale di telemedicina – la prescrizione medica deve essere rinnovata dopo 3 mesi e 12 mesi dalla prima, poi ogni anno Il programma diretto da un medico comprende: – direzione da parte di un medico esercitante in Svizzera – istruzioni alla persona partecipante per l'uso del telemonitoraggio – telemonitoraggio quotidiano del peso	1.4.2024

37

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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		– richiesta periodica alla persona partecipante di riferire se ha presentato o meno sintomi rilevanti per la malattia – una centrale di telemedicina che esegue l'elaborazione algoritmica dei dati e classifica gli allarmi del telemonitoraggio – definizione di valori soglia individuali che provocano allarmi – in caso di anomalie o superamento dei valori soglia individuali la persona partecipante e/o il medico curante vengono contattati telefonicamente da uno specialista – coaching a distanza periodico sul quadro clinico, su altri aspetti rilevanti (p. es. fattori di rischio, comorbidità tipiche, interventi non farmacologici) e istruzioni per l'autogestione (p. es. documentazione quotidiana del peso, riconoscimento di un peggioramento cardiaco come un aumento di peso o difficoltà respiratorie e di una situazione di emergenza, assunzione corretta dei medicinali prescritti, modifiche dello stile di vita come attività fisica, alimentazione e disassuefazione dal fumo) Deve essere concordata una remunerazione forfettaria.	
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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
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 del 10 %-15 % entro un anno) e morfologia delle valvole cardiache più idonea. Partecipazione a «Mitra Swiss Registry».	1.1.2013
Impianto trans-catetere di valvola aortica (TAVI)		Alle condizioni seguenti (adempite cumulativamente): 1. la stenosi aortica è grave e sintomatica; 2. la procedura TAVI può essere praticata soltanto nelle istituzioni che praticano la cardiocirurgia in sede; 3. indicazione in ogni caso da parte dell'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 allo SWISS TAVI Registry.	1.7.2013/ 1.1.2019/ 1.7.2019/ 1.7.2020/ 1.7.2023
	Sì	Per pazienti con stenosi aortica grave inoperabili o ad alto rischio operatorio (rischio di mortalità ≥ 8 % secondo il punteggio di rischio della Society of Thoracic Surgeons o EuroScore II).	1.7.2013/ 1.1.2019/ 1.7.2019/ 1.7.2020/ 1.7.2023
	Sì	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).	1.7.2020/ 1.7.2023
	Sì	In valutazione 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) ed età ≥ 75 anni nonché accesso femorale adeguato.	1.7.2020 / 1.7.2023 fino al 31.12.2025
Elettrostimolazione dei barorecettori mediante neurostimolatore impiantato	No		1.4.2020
Fonocardiografia / test acustico rapido	No		1.1.2021

2.3 Neurologia

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Elettrostimolazione del midollo spinale mediante applicazione 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 Neuroprosthesis)	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 (neurochirurgia funzionale, neurologia, elettrofisiologia neurologica, neuroradiologica).	1.7.2002
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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
	Sì	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).	15.7.2015/ 1.7.2020/ 1.1.2022
	Sì	In valutazione Per il trattamento dei dolori cronici gravi neuropatici refrattari alla terapia. Tenuta di un registro di valutazione.	15.7.2015/ 1.7.2020/ 1.1.2021 fino al 31.12.2025
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 ³⁸).	1.7.2014
Potenziali evocati motori come esame neurologico specializzato	Sì	Diagnosi di malattie neurologiche Da parte di medici con un perfezionamento secondo il programma di formazione complementare in elettroencefalografia (SSNC) del 1° gennaio 2016, riveduto il 12 marzo 2020 ³⁹ , o secondo il programma di formazione complementare in elettroencefalografia (SSNC) del 1° gennaio 2016, riveduto il 12 marzo 2020 ⁴⁰ .	1.1.1999/ 1.1.2021
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: – commissurotomia – 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
Magnetoencefalografia	No		1.7.2002

³⁸ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: www.ufsp.admin.ch/rif

³⁹ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: www.ufsp.admin.ch/rif

⁴⁰ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: www.ufsp.admin.ch/rif

2.4 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
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/ 1.1.2000/ 1.1.2002
Terapia ad onde d'urto radiali	No		1.1.2004
Viscosupplemento per il trattamento della gonartrosi	No		1.7.2002/ 1.1.2003/ 1.1.2004/ 1.1.2007
Terapia al low-level-laser	No		1.1.2001

2.5 Oncologia e ematologia

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Analisi dell'espressione multigenica in caso di carcinoma mammario	Sì	In valutazione Indicazione: Esame del tessuto tumorale di un carcinoma mammario primario invasivo con le seguenti caratteristiche: – positivo al recettore estrogenico; – negativo al recettore 2 del fattore di crescita epidermico umano (HER2-); – con fino a 3 linfonodi loco regionali colpiti; – i soli referti convenzionali non consentono una decisione univoca a favore di una chemioterapia adiuvante. Condizioni per l'effettuazione del test: Esecuzione da parte di un medico specialista in patologia, principalmente in patologia molecolare (programma di perfezionamento del 1° gennaio 2002, riveduto il 6 giugno 2013⁴¹). Se la parte concernente la tecnica di laboratorio è effettuata in un laboratorio estero, questo deve essere conforme ai requisiti della direttiva IVDD 98/79/CE⁴² o ISO 15189 /17025⁴³.	1.1.2011/ 1.1.2015/ 1.1.2019/ 1.1.2024 fino al 31.12.2025
Vaccinazione con cellule dendritiche per il trattamento del melanoma in stadio avanzato	No		1.7.2002
Trapianto di cellule staminali emopoietiche		In centri qualificati secondo l'organo di certificazione «Swiss Blood Stem Cell Transplantation and Cellular Therapy» (SBST). Esecuzione nei centri accreditati dal «The Joint Accreditation Committee- ISCT & EBMT (JACIE)» secondo le norme pubblicate dal JACIE e dalla «Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy (Fact)»: «FACT-JACIE International Standards for hematopoietic Cellular Therapy Product Collection, Processing and Administration», 6.1^a edizione del febbraio 2017, 7^a edizione del marzo 2018, 8^a edizione del maggio 2021 o 8.1^a edizione del dicembre 2021⁴⁴. 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 2004⁴⁵ sui trapianti e secondo l'articolo 12 dell'ordinanza del 16 marzo 2007⁴⁶ 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/ 1.1.2022/ 1.7.2024
– autologo	Sì	– linfomi – leucemia linfatica acuta – leucemia mieloide acuta	1.1.1997/ 1.1.2013/ 1.1.2018

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

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

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

⁴⁴ I documenti possono essere consultati al seguente indirizzo: www.ufsp.admin.ch/rif

⁴⁵ RS 810.21

⁴⁶ RS 810.211

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		– mieloma multiplo – neuroblastoma – medulloblastoma – carcinoma germinale – sclerosi sistemica.	
	Sì	In valutazione – sarcoma di Ewing – sarcoma dei tessuti molli – tumore di Wilms.	1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013/ 1.1.2018/ 1.1.2023 fino al 31.12.2027
	Sì	In valutazione – malattie auto-immuni a eccezione di sclerosi sistemica, sclerosi multipla, morbo di Crohn e diabete mellito. I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. Dopo una terapia convenzionale fallita o in caso di una progressione della malattia.	1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013/ 1.1.2018/ 1.1.2023/ 1.7.2023 fino al 30.6.2028
	Sì	In valutazione – in caso di sclerosi multipla Esecuzione in centri che prendono parte allo studio di registro «aHSCT-in-MS». Indicazione da parte di un comitato interdisciplinare « <i>MS-Stammzell-Transplantationsboard</i> ».	1.7.2018/ 1.7.2023 fino al 30.6.2029
	No	– recidiva di leucemia mieloide acuta – recidiva di leucemia linfatica acuta – carcinoma del seno – carcinoma bronchiale a piccole cellule – malattie congenite – carcinoma ovarico – tumore solido raro del bambino – sindrome mielodisplastica – leucemia mieloide cronica – morbo di Crohn – diabete mellito	1.1.1997/ 1.1.2008/ 1.1.2013/ 1.1.2018
– allogeno	Sì	– leucemia mieloide acuta – leucemia linfatica acuta – leucemia mieloide cronica nonché neoplasie mieloproliferative BCR-ABL1-negative – sindrome mielodisplastica – anemia aplastica – deficienze immunitarie e Inborn errors – talassemia e anemia drepanocitica – mieloma multiplo – malattie linfatiche (linfoma di Hodgkin, linfoma non-Hodgkin, leucemia linfatica cronica).	1.1.1997/ 1.1.2013/ 1.1.2018/ 1.1.2024
	Sì	In valutazione – malattie auto-immuni.	1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013/ 1.1.2018/ 1.1.2023/

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. Dopo una terapia convenzionale fallita o in caso di una progressione della malattia.	1.7.2023 fino al 30.6.2028
	No	– 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
Terapia cellulare CAR-T (CAR = recettore chimerico per l'antigene) con/in caso di:		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 «The Joint Accreditation Committee-ISCT & EBMT (JACIE)» secondo le norme pubblicate dal JACIE e dalla «Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy (Fact)»: «FACT-JACIE International Standards for hematopoietic Cellular Therapy Product Collection, Processing and Administration», 6.1ª edizione del febbraio 2017, 7ª edizione del marzo 2018 o 8ª edizione del maggio 2021 o 8.1ª edizione del dicembre 2021 ⁴⁷ . 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/ 1.1.2022/ 1.7.2024
– 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/ 1.1.2023/ 1.1.2024/ 1.1.2025 fino al 31.12.2025

47

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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
- Tisagenlecleucel: in caso di linfoma follicolare recidivante o refrattario dopo tre o più linee di terapia sistemica.	Sì	In valutazione I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	1.7.2024 fino al 31.12.2026
- 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/ 1.1.2023/ 1.1.2024/ 1.1.2025 fino al 31.12.2025
- Axicabtagen-Ciloleucel: in caso di linfoma follicolare recidivante o refrattario dopo tre o più linee di terapia sistemica.	Sì	In valutazione I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	1.7.2024 fino al 31.12.2026
- Axicabtagen-Ciloleucel: in caso di linfoma diffuso a grandi cellule B (DLBCL) o di linfoma a cellule B di alto grado (HGBL) refrattario alla terapia di prima linea oppure recidivante nei primi 12 mesi dopo la terapia di prima linea.	Sì	In valutazione I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	1.1.2025 fino al 31.12.2027
- Lisocabtagen Maraleucel: in caso di linfoma diffuso a grandi cellule B recidivante o refrattario (DLBCL), di linfoma a cellule B di alto grado (HGBCL, secondo la classificazione OMS 2016 delle neoplasie ematologiche e linfatiche) e di linfoma primitivo mediastinico a grandi cellule B (PMBCL) dopo due o più linee di terapia sistemica.	Sì	In valutazione I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	1.7.2024 fino al 31.12.2026
- Lisocabtagen Maraleucel: in caso di linfoma diffuso a grandi cellule B (DLBCL), di linfoma a cellule B di alto grado (HGBL) o di linfoma primitivo mediastinico a cellule B (PMBCL) refrattario alla terapia di prima linea oppure recidivante nei primi 12 mesi dopo la terapia di prima linea.	Sì	In valutazione: I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	1.1.2025 fino al 31.12.2027
- Idecabtagen Vicleucel: negli adulti con mieloma multiplo recidivante e refrattario che hanno ricevuto in precedenza almeno tre linee	Sì	In valutazione I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	1.7.2024 fino al 31.12.2026

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
terapeutiche, tra cui un principio attivo immunomodulatore, un inibitore del proteasoma e un anticorpo anti-CD38, e che hanno mostrato una progressione dopo l'ultima terapia.			
- Idecabtagen Vicleucel: negli adulti con mieloma multiplo recidivante e refrattario che hanno ricevuto in precedenza due linee terapeutiche, tra cui un principio attivo immunomodulatore, un inibitore del proteasoma e un anticorpo anti-CD38, e che hanno mostrato una progressione in meno di 60 giorni o entro 60 giorni dall'ultima terapia.	Sì	In valutazione I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	1.7.2025 fino al 31.12.2027
- Brexucabtagene Autoleucel: Per adulti con linfoma mantellare refrattario o recidivante, dopo almeno due linee terapeutiche, tra cui un inibitore della tirosin-chinasi di Bruton.	Sì	In valutazione I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	1.7.2022 fino al 30.6.2027
- Brexucabtagen-Autoleucel: negli adulti con leucemia linfoblastica acuta a precursori di cellule B (leucemia linfoblastica acuta, LLA) recidivante o refrattaria dopo due o più linee di terapia sistemica.	Sì	In valutazione: I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	1.1.2025 fino al 30.6.2027
- Ciltacabtagen Autoleucel: negli adulti con mieloma multiplo recidivante e refrattario che hanno ricevuto in precedenza almeno tre linee terapeutiche con almeno un inibitore del proteasoma, un principio attivo immunomodulatore e un anticorpo anti-CD38, e che hanno mostrato una progressione dall'ultima terapia.	Sì	In valutazione I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	1.7.2025 fino al 31.12.2027

3 Ginecologia e 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	In caso di adolescenti in età postpuberale e di adulti fino al compimento del 40° anno che - 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. Misure per la donna: – 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. Misure per l'uomo: – crioconservazione di spermatozoi; – se necessario: biopsia dei testicoli (estrazione testicolare di spermatozoi). 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. 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.	1.7.2019/ 1.7.2020
Inseminazione artificiale	Sì	Inseminazione intrauterina. Al massimo tre cicli di terapia per gravidanza.	1.1.2001
Fecondazione in vitro per esame della sterilità	No		1.4.1994
Fecondazione in vitro e trasferimento d'embrione (FIVETE)	No		28.8.1986/ 1.4.1994
Sterilizzazione: – della donna	Sì	Nell'ambito della cura medica di una donna in età feconda, la sterilizzazione è una prestazione obbligatoria, se a causa di uno stato patologico verosimilmente permanente o di un'anomalia fisica, una gravidanza mette in pericolo la vita della	11.12.1980

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
– del marito		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).	
	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
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 ⁴⁸ .	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)»⁴⁹. – L'impianto Reemex® non viene pagato.	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2019

⁴⁸ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: www.ufsp.admin.ch/rif

⁴⁹ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: www.ufsp.admin.ch/rif

4 Pediatria

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	1. Indicazione: a. in caso di obesità (IMC > 97 percentili); b. in caso di sovrappeso (IMC tra 90 e 97 percentili) e in presenza di almeno una delle seguenti malattie, la cui prognosi è aggravata dal sovrappeso o costituisce una delle cause dell'eccesso ponderale: ipertonia, diabete mellito di tipo 2, alterata tolleranza al glucosio, disturbi endocrini, sindrome delle ovaie policistiche, malattie ortopediche, steatoepatite non alcolica, malattie respiratorie, glomerulopatia, disturbi alimentari contratti durante un trattamento psichiatrico. Definizione di obesità, sovrappeso e malattie secondo le raccomandazioni pubblicate dalla Società svizzera di pediatria (SSP) nella rivista specializzata «Pediatria», edizione n. 6/2006 del 19 dicembre 2006⁵⁰ e n. 1/2011 del 4 marzo 2011⁵¹. 2. Programma: programma in gruppo medicalmente assistito con approccio terapeutico multiprofessionale secondo le esigenze stabilite dall'Associazione svizzera obesità nell'infanzia e nell'adolescenza (akj) e pubblicate nella rivista specializzata «Pediatria», edizione n. 2/2007 del 13 aprile 2007⁵². 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. 3. È necessario convenire un rimborso forfettario.	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	1. Indicazione: a. in caso di obesità (IMC > 97 percentili); b. in caso di sovrappeso (IMC tra 90 e 97 percentili) e in presenza di almeno una delle seguenti malattie, la cui prognosi è aggravata dal sovrappeso o costituisce una delle cause dell'eccesso ponderale: ipertonia, diabete mellito di tipo 2, alterata tolleranza al glucosio, disturbi endocrini, sindrome delle ovaie policistiche, malattie ortopediche, steatoepatite non alcolica, malattie	1.1.2014

⁵⁰ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: www.ufsp.admin.ch/rif

⁵¹ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: www.ufsp.admin.ch/rif

⁵² Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: www.ufsp.admin.ch/rif

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		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. 6/2006⁵³ del 19 dicembre 2006 e n. 1/2011 del 4 marzo 2011⁵⁴. 2. Terapia: 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, 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, c. 4^a tappa: trattamento fornito da un medico. 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 2007⁵⁵. 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.	
Elettrostimolazione della vescica	Sì	In caso di disturbi organici della minzione.	16.2.1978
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
Trattamento dei disturbi dello spettro autistico con il metodo «Packing»	No		1.7.2019

⁵³ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: www.ufsp.admin.ch/rif

⁵⁴ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: www.ufsp.admin.ch/rif

⁵⁵ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: www.ufsp.admin.ch/rif

5 Dermatologia

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Trattamento fotodinamico di malattie della pelle con derivati dell'acido aminolevulinico	Sì		1.4.2020
Embolizzazione degli emangiomi del viso (radiologia di intervento)	Sì	A condizione che non risulti più cara del trattamento chirurgico (escissione).	27.8.1987
Terapia al laser in caso di:			
– 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 cute equivalente	Sì	Per il trattamento di ferite croniche. Con cute equivalente autologa, allogenica 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 2021⁵⁶. 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/ 1.1.2022
Terapia con larve	Sì	Per il trattamento di ferite croniche.	1.7.2011

⁵⁶

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

6 Oftalmologia

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
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
	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	Sì	– 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	Sì	Indicazioni: – in caso di glaucoma dal trattamento difficile, indicazioni per l'intervento chirurgico – indicazioni per trattamenti alla retina Esame nel centro in cui deve essere eseguito l'intervento o il trattamento.	1.1.2004/ 1.8.2008

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Cross linking della cornea (CXL) in caso di cheratocono progressivo	Sì	Indicazione e esecuzione da medici specialisti in oftalmologia con formazione approfondita in chirurgia oftalmologica (<i>Weiterbildungsprogramm vom 1. Juli 2014, revidiert am 3. Juli 2019⁵⁷</i>)	1.8.2008/ 1.7.2022
Cura del cheratocono mediante anelli intrastromali	Sì	Per correggere l'astigmatismo irregolare in caso di cheratocono, unicamente se una correzione con occhiali o lenti a contatto non è possibile oppure se vi è incompatibilità con le lenti a contatto. Esecuzione in centri/cliniche del tipo A, B e C (secondo la lista FMH dei centri di perfezionamento in oftalmologia riconosciuti)	1.8.2007
Misurazione dell'osmolarità del film lacrimale	No		1.1.2010
Chirurgia mini-invasiva del glaucoma (MIGS)	No		1.1.2024

⁵⁷
Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: www.ufsp.admin.ch/rif

7 Otorinolaringologia

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Terapia mediante un «orecchio elettronico» secondo il metodo Tomatis (detta: audio-psicofonologia)	No		18.1.1979
Terapia al laser in caso di: – papillomatosi delle vie respiratorie – 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 Otorinolaringologia e Chirurgia Cervico-facciale (SSORL) del 7 marzo 2018 ⁵⁸ . L'allenamento uditivo dispensato nel centro è parte integrante della terapia.	1.4.1994/ 1.7.2002/ 1.1.2004/ 1.7.2020/ 1.7.2022
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
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

⁵⁸

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

8 Psichiatria e psicoterapia

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Psicoterapia secondo Samuel Widmer (denominazione: «autentica psicoterapia»)	No		1.1.2021
Terapia con agonisti oppioidi (TAO) della sindrome da dipendenza da oppioidi	Sì	Terapia con prescrizione di metadone, di buprenorfina, di morfina a lento rilascio e di eroina 1. Secondo le raccomandazioni mediche per la terapia con agonisti oppioidi (TAO) della Società Svizzera di Medicina delle Dipendenze (SSAM) del 16 luglio 2020⁵⁹ e nel rispetto delle prescrizioni nazionali e cantonali in materia di legislazione sugli stupefacenti 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 con agonisti oppioidi (TAO) comprende le prestazioni seguenti: a. prestazioni mediche: – esame d'entrata, inclusa l'anamnesi della dipendenza, status psichico e somatico con attenzione particolare alle turbe legate alla dipendenza e alla radice della dipendenza; – richiesta d'informazioni supplementari (famiglia, convivente, servizi 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 TAO; – 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. b. Prestazioni del farmacista:	1.1.2001/ 1.1.2007/ 1.1.2010/ 1.7.2012/ 1.1.2014/ 1.7.2021

⁵⁹Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: www.ufsp.admin.ch/rif

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		– 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.	
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
Terapia di rilassamento secondo Ajuria-guerra	Sì	Nello studio medico o in ospedale sotto sorveglianza diretta del medico.	22.3.1973
Controllo della terapia per video	No		16.2.1978
Trattamento dell'insonnia attraverso una terapia cognitivo-comportamentale basata su Internet	Sì	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. La terapia si basa su un manuale e implica il contatto regolare tra fornitori di prestazioni e assicurati nonché una fase diagnostica iniziale, intermedia e conclusiva. 2. Previa consultazione 3. L'assicurazione assume al massimo i costi di 16 settimane di terapia. La procedura relativa all'assunzione dei costi in caso di proseguimento della terapia dopo le 16 settimane è disciplinata per analogia dall'articolo 3b OPre.	1.1.2017
Stimolazione magnetica transcranica ripetitiva (rTMS) per il trattamento della depressione	No		1.1.2018

9 Radiologia, radio-oncologia / radioterapia e medicina nucleare

9.1 Radiologia diagnostica

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Risonanza magnetica nucleare (MRI)	Sì		1.1.1999
Osteodensitometria mediante assorbimetria - a raggi X doppia energia (DEXA)	Sì	– 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) – In caso di terapia con anticonvulsivanti Esami DEXA periodici finché sussiste la situazione di rischio predisponente, di norma al massimo ogni due anni.	1.3.1995/ 1.1.1999/ 1.7.2010/ 1.7.2012/ 1.1.2015/ 1.7.2019/ 1.4.2020/ 1.7.2023
- mediante scanner totale del corpo	No		1.3.1995
- 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 Radiologia interventistica

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Embolizzazione delle arterie prostatiche in caso di iperplasia benigna sintomatica della prostata	Sì	In valutazione Per pazienti con sintomi ostruttivi moderati a gravi (IPSS > 8, QoL > 3) e iperplasia benigna della prostata > 30-50 ml e in presenza di almeno uno dei criteri seguenti: - insuccesso di una terapia medicamentosa o intolleranza ai medicinali; oppure - ritenzione urinaria cronica senza limiti di volume della prostata; oppure - Preoccupazione che subentrino disturbi quali eiaculazione retrograda, disfunzione erettile o incontinenza urinaria; oppure - intervento controindicato a causa dell'età, di comorbidità multiple o di coagulopatie; oppure - intervento rifiutato dal paziente. I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	1.7.2022 fino al 31.12.2025
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
Dissectomia percutanea con controllo fluoroscopico e sotto guida TC	No		1.1.2014

9.3 Radio-oncologia / radioterapia

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Irradiazione terapeutica con pioni	No		28.8.1986/ 1.1.1993
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
Radioterapia stereotassica ambulatoriale (fotoni) della degenerazione maculare umida determinata dall'età	No		1.1.2018/ 1.7.2020

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Irradiazione terapeutica con protoni		Esecuzione presso l'Istituto Paul Scherrer, Villigen. I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	
	Sì	a) In caso di melanomi intraoculari.	28.8.1986/ 1.1.1993
	Sì	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, neuroesthesioblastomi, 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.	1.1.2002/ 1.7.2002/ 1.8.2007/ 1.1.2011/ 1.7.2011
	Sì	c) In valutazione Carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) agli stadi UICC IIB e IIIA/B analogamente al protocollo dello studio RTOG 1308 (Estratto del registro di studio datato 24 maggio 2024) ⁶⁰ .	1.4.2020/ 1.1.2022/ 1.7.2024 fino al 31.12.2025
	Sì	d) In valutazione Per il carcinoma dell'esofago localmente avanzato (≥ T2 o N+, M0), nel quadro dello studio controllato randomizzato PROTECT. È necessario convenire un rimborso forfettario specifico per l'indicazione carcinoma dell'esofago.	1.1.2022 fino al 31.12.2026
	No	– Radioterapia postoperatoria di carcinomi mammari – Tutte le altre indicazioni	1.7.2012/ 15.7.2015/ 1.1.2018/ 1.4.2020
Radiochirurgia (LINAC, Gamma-Knife)	Sì	Per le indicazioni seguenti: – 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
	Sì	In caso di disturbi funzionali, in particolare sindromi dolorose (p. es. neuralgia del trigemino, cefalea a grappolo), disturbi motori (p. es. tremore	1.1.1996/ 1.7.2012

60

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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		essenziale, in caso di morbo di Parkinson), epilessie (p. es. epilessia del lobo temporale, amartomi associati ad epilessia, epilessie extratemporali).	
Radiochirurgia con LINAC o Gamma-Knife	Sì	Per le indicazioni seguenti: – 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. Per la radiochirurgia con Gamma-Knife è necessario convenire un rimborso forfettario specifico per l'indicazione.	1.1.1999/ 1.1.2000/ 1.1.2003/ 1.7.2020
Applicazione di marcatori d'oro	Sì	Per la radiomarcatura della prostata.	1.8.2008
Iniezione di idrogel di glicole polietilenico	No	Con funzione di distanziatore tra prostata e retto in caso di irraggiamento della prostata.	1.7.2012/ 1.7.2014/ 1.7.2022
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: – 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	I trattamenti avvengono nel quadro di una clinica affiliata allo <i>Swiss Hyperthermia Network</i>; le indicazioni sono fornite dalla sua <i>tumorboard</i>. Per le indicazioni seguenti: - carcinoma del collo dell'utero, in caso di controindicazioni per la chemioterapia o in una zona già sottoposta a radioterapia - metastasi ossee dolorose della colonna vertebrale e del bacino, profondità del focolaio > 5 cm - recidiva locale del tumore con sintomatologia da compressione in situazione palliativa, profondità del focolaio > 5 cm - sarcoma dei tessuti molli (tumori recidivanti, resecabili marginalmente o non resecabili)	1.1.2017/ 1.1.2019/ 1.7.2021/ 1.1.2022/ 1.7.2023

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
	No	- Carcinoma della vescica - Carcinoma del retto - Carcinoma del pancreas	1.7.2023
Ipertermia oncologica profonda locale in abbinamento con la chemioterapia perioperatoria	Sì	Per l'indicazione seguente: - sarcoma dei tessuti molli (trattamento primario oppure dopo un preintervento con resezione R1 o R2, se non è possibile un ulteriore intervento oncologicamente adeguato, oppure in caso di recidiva). I trattamenti avvengono nel quadro di una clinica affiliata allo <i>Swiss Hyperthermia Network</i> . Esecuzione della chemioterapia concomitante sotto supervisione di un medico specializzato in oncologia medica. Indicazione fornita dal centro sarcomi inviante e confermata da parte del tumorboard dello <i>Swiss Hyperthermia Network</i> .	1.7.2023/ 1.7.2025

9.4 Medicina nucleare

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Radioterapia selettiva interna (SIRT) con microsferi di Y-90	Sì	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. Esecuzione in un centro interdisciplinare epatobiliare, con consulenza epatobiliare (specializzato in chirurgia epatobiliare, radiologia interventoriale, medicina nucleare e medicina oncologica).	1.7.2010
Terapia con radioligando ¹⁷⁷ Lu-PSMA nel carcinoma prostatico progressivo, PSMA-positivo, metastatico e resistente alla castrazione (mCRPC)	Sì	In valutazione I seguenti criteri devono essere soddisfatti cumulativamente: – dopo un trattamento preparatorio con inibizione della via di segnalazione del recettore degli androgeni (AR) – dopo una chemioterapia a base di tassani o se la chemioterapia non era indicata massimo 6 cicli, altrimenti solo previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	1.7.2024 fino al 31.12.2026
Tomografia con emissione di positroni (PET/TC, PET/RM) escluso l'accertamento della demenza	Sì	Radiofarmaci utilizzati, indicazioni e quesiti secondo le direttive cliniche della Società Svizzera di Medicina Nucleare (SGNM/SSMN) del 1° luglio 2024 ⁶¹ . I radiofarmaci utilizzati devono disporre di un'omologazione valida.	1.1.1994/ 1.4.1994/ 1.1.1997/ 1.1.1999/ 1.1.2001/ 1.1.2004/ 1.1.2005/

61

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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		Esecuzione nei centri che soddisfano le direttive amministrative del 1° marzo 2021 ⁶² della Società svizzera di medicina nucleare (SSMN).	1.1.2006/ 1.8.2006/ 1.1.2009/ 1.1.2011/ 1.7.2013/ 1.7.2014/ 1.1.2016/ 1.7.2018/ 1.1.2019/ 1.3.2019/ 1.4.2020/ 1.1.2021/ 1.7.2021/ 1.1.2022/ 1.7.2022/ 1.7.2023/ 1.1.2025
Tomografia con emissione di positroni (PET/TC, PET/RM) per l'accertamento della demenza	Sì	I radiofarmaci utilizzati devono disporre di un'omologazione valida. Esecuzione nei centri che soddisfano le direttive amministrative del 1° marzo 2021⁶³ della Società svizzera di medicina nucleare (SSMN). a) per mezzo di 18F-fluorodeossiglucosio (FDG): come ulteriore accertamento nei casi poco chiari, previo consulto interdisciplinare e su prescrizione di medici specialisti in medicina interna generale con formazione approfondita in geriatria (programma di perfezionamento del 1° gennaio 2000, riveduto il 21 giugno 2018⁶⁴), psichiatria e psicoterapia o neurologia; con un Mini-Mental-Status-Test totalizzante almeno 10 punti e una demenza insorta al massimo da 5 anni; I costi per gli esami a partire dagli 81 anni di età e per gli esami sequenziali con PET o SPECT (Single Photon Emission Computed Tomography) sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. b) per mezzo di PET amiloide con tracciante marcato: come ulteriore accertamento nei casi poco chiari, dopo una diagnostica del liquor inconcludente o se la puntura lombare non è possibile o è controindicata, previo consulto interdisciplinare e su prescrizione di medici specialisti in medicina interna generale con formazione approfondita in geriatria (programma di perfezionamento del 1°	1.1.2001/ 1.1.2006/ 1.8.2006/ 1.7.2013/ 1.7.2014/ 1.1.2015/ 1.4.2020/ 1.1.2022

⁶² Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: www.ufsp.admin.ch/rif

⁶³ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: www.ufsp.admin.ch/rif

⁶⁴ I documenti possono essere consultati al seguente indirizzo: www.ufsp.admin.ch/rif

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		gennaio 2000, riveduto il 21 giugno 2018 ⁶⁵), psichiatria e psicoterapia o neurologia; con un Mini-Mental-Status-Test totalizzante almeno 10 punti e una demenza insorta al massimo da 5 anni fino al compimento dell'ottantesimo anno di età; nessun esame precedente con PET o SPECT (Single Photon Emission Computed Tomography).	
Tomografia con emissione di positroni (PET/TC, PET/RM)	No	Mediante ittrio-90 a seguito di una radiosinoviotesi dell'articolazione del ginocchio	1.1.2023

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

⁶⁵

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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
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
Ozonoterapia (tutte le applicazioni)	No		13.5.1976/ 1.1.2022
Ossigenoterapia endovenosa (somministrazione endovenosa di ossigeno, sinonimi: ossigenoterapia secondo Regelsberger, insufflazione di ossigeno, terapia con infusione di ossigeno, ossigenoterapia endovenosa complessa)	No		27.6.1968/ 1.1.2022
Ossigenoterapia multifase secondo von Ardenne (tutte le varianti e i processi, inclusa la cura all'ossigeno Oxicur, l'attivazione multifase con ossigeno Oxicur, la cura all'ossigeno Vitalkur)	No		1.1.2022
Celluloterapia a base di cellule fresche	No		1.1.1976
Sierocitoterapia	No		3.12.1981
Musicoterapia	No		11.12.1980

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		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: – accresciuto rischio cardiaco – diminuzione della funzione del miocardio – comorbidità (diabetes mellitus, COPD, ecc.). Il programma di riabilitazione ambulatoriale può durare da due a sei mesi, a dipendenza dell'intensità dell'offerta di trattamento. Di regola la durata del trattamento ospedaliero è di quattro settimane ma può essere ridotta a due o tre settimane nei casi meno complessi. La riabilitazione è praticata in un istituto sotto direzione medica, con programma personale e infrastrutture che soddisfano le seguenti direttive: Riabilitazione cardiaca: profilo di esigenze 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 2011⁶⁶. Riabilitazione in caso di malattia occlusiva arteriosa periferica: profilo delle esigenze della Società svizzera d'angiologia del 5 marzo 2009⁶⁷. Riabilitazione in caso di diabete: profilo delle esigenze della Società svizzera di endocrinologia e di diabetologia (SSED) del 14 novembre 2024⁶⁸.	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/ 1.7.2025
	Sì	Indicazioni: – Dopo un infarto del miocardio, con o senza PTCA – dopo bypass-operation – dopo altri interventi sul cuore e sui grandi vasi – dopo PTCA, in particolare in caso di precedente inattività o di molteplici fattori di rischio – malattia cronica e fattori multipli di rischio refrattari alla terapia ma con buona speranza di vita – malattia cronica con cattiva funzione ventricolare – pazienti con diabete mellito di tipo II (limite: al massimo una volta ogni tre anni).	

⁶⁶ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: www.ufsp.admin.ch/rif

⁶⁷ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: www.ufsp.admin.ch/rif

⁶⁸ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: www.ufsp.admin.ch/rif

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
	Sì	– pazienti con malattia occlusiva arteriosa periferica sintomatica, dallo stadio IIa secondo Fontaine.	1.7.2009/ 1.1.2013
	No	– pazienti con malattia occlusiva arteriosa periferica asintomatica, nello stadio I secondo Fontaine.	1.7.2013
Riabilitazione polmonare	Sì	Programmi per pazienti affetti da gravi malattie polmonari croniche. 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 2003⁶⁹ 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. L'assunzione dei costi è garantita al massimo una volta all'anno. I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	1.1.2005

69
Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: www.ufsp.admin.ch/rif

12 Medicina intensiva, anestesia e terapia del dolore

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Anestesia per infiltrazione, locale e segmentale (terapia neurale locale e segmentale)	Si		1.7.2011/ 1.7.2012
Crineurolisi	No	Cura dei dolori delle articolazioni intervertebrali lombari.	1.1.1997
Denervazione delle faccette mediante radiofrequenza	No		1.1.2004/ 1.1.2005