

# **Allegato 1**

## **dell'Ordinanza sulle prestazioni (OPre)**

Edizione del 1° gennaio 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 1<sup>1</sup>*  
(Art. 1)

## **Allegato 1 OPre**

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

Edizione del 1° gennaio 2025

*tiene conto delle modifiche decise dal Dipartimento federale dell'interno (DFI) del 29 novembre 2024<sup>2</sup>*

---

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

<sup>2</sup> [RU 2024 788 del 23.12.2024](#)

|                                                                         |           |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Indice delle materie</b>                                             |           |
| <b>1 Chirurgia</b>                                                      | <b>4</b>  |
| 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                       | 13        |
| <b>2 Medicina interna</b>                                               | <b>15</b> |
| 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        |
| <b>3 Ginecologia e ostetricia, medicina della procreazione</b>          | <b>30</b> |
| <b>4 Pediatria</b>                                                      | <b>32</b> |
| <b>5 Dermatologia</b>                                                   | <b>34</b> |
| <b>6 Oftalmologia</b>                                                   | <b>35</b> |
| <b>7 Otorinolaringologia</b>                                            | <b>37</b> |
| <b>8 Psichiatria e psicoterapia</b>                                     | <b>38</b> |
| <b>9 Radiologia, radio-oncologia / radioterapia e medicina nucleare</b> | <b>40</b> |
| 9.1 Radiologia diagnostica                                              | 40        |
| 9.2 Radiologia interventistica                                          | 41        |
| 9.3 Radio-oncologia / radioterapia                                      | 41        |
| 9.4 Medicina nucleare                                                   | 44        |
| <b>10 Medicina complementare</b>                                        | <b>46</b> |
| <b>11 Riabilitazione</b>                                                | <b>48</b> |
| <b>12 Medicina intensiva, anestesia e terapia del dolore</b>            | <b>50</b> |

## 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<br>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.<br>Assunzione dei costi soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore, il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 1.7.2021<br>fino al<br>31.12.2026                                                                                             |
| Liposuzione per il trattamento dei dolori associati al lipedema                                 | Sì                         | In valutazione<br>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.<br>Assunzione dei costi soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore, il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.<br>Indicazione interdisciplinare da parte di almeno due dei seguenti medici specialisti: medico specialista in angiologia, chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica, endocrinologia/diabetologia o dermatologia.<br>Esecuzione da parte di un medico specialista con conoscenze approfondite della tecnica della liposuzione.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 1.7.2021/<br>1.1.2025<br>fino al<br>31.12.2026                                                                                |
| Terapia chirurgica dell'obesità                                                                 | Sì                         | Il paziente ha un indice di massa corporea (IMC) superiore a 35.<br>Un'adeguata terapia per ridurre il peso della durata di due anni non ha avuto successo.<br>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 <sup>3</sup> della « <i>Swiss Society for the Study of Morbid Obesity and Metabolic Disorders (SMOB)</i> ».<br>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.<br>Si suppone che i centri riconosciuti dalla SMOB in base alle direttive di quest'ultima del 1° luglio 2023 soddisfino tale condizione.<br>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/<br>1.1.2004/<br>1.1.2005/<br>1.1.2007/<br>1.7.2009/<br>1.1.2011/<br>1.1.2014/<br>1.1.2018/<br>1.7.2021/<br>1.7.2023 |

| Provvedimento                                                                            | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Decisione valida a partire dal                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| Chirurgia metabolica                                                                     | Sì                         | <p>In valutazione</p> <p>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.</p> <p>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 2023<sup>4</sup> sulla terapia chirurgica dell'obesità.</p> <p>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.</p> <p>Si suppone che i centri riconosciuti dalla SMOB in base alle direttive di quest'ultima del 1° luglio 2023 soddisfino tale condizione.</p> <p>Se l'intervento deve essere eseguito in un centro non riconosciuto dalla SMOB, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p> | 1.1.2021/<br>1.7.2021/<br>1.7.2023<br>fino al<br>31.12.2025 |
| Trattamento dell'obesità con palloncini gastrici                                         | Non                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 25.8.1988                                                   |
| Termoablazione endovenosa delle safene in caso di varici                                 | Sì                         | <p>Con radiofrequenza o laser</p> <p>Da parte di medici con un perfezionamento che corrisponde al programma di formazione complementare per la termoablazione endovenosa delle safene in caso di varici del 1° gennaio 2016, riveduto il 29 settembre 2016<sup>5</sup>.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 1.7.2002/<br>1.1.2004/<br>1.1.2016/<br>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                         | <p>Sono incluse le spese d'operazione sul donatore, compreso il trattamento per eventuali complicazioni, nonché le prestazioni secondo l'articolo 14 capoversi 1 e 2 della legge federale dell'8 ottobre 2004<sup>6</sup> sul trapianto di organi, tessuti e cellule (legge sui trapianti) e secondo l'articolo 12 dell'ordinanza del 16 marzo 2007<sup>7</sup> concernente</p> | 25.3.1971/<br>23.3.1972/<br>1.8.2008 |

<sup>4</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

<sup>5</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

<sup>6</sup> RS 810.21

<sup>7</sup> RS 810.211

| Provvedimento                                                    | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Decisione valida a partire dal                                                         |
|------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                  |                            | il trapianto di organi, tessuti e cellule umani (ordinanza sui trapianti).<br>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/<br>1.4.2020                                                                  |
| Trapianto cuore-polmone                                          | No                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 31.8.1989/<br>1.4.1994                                                                 |
| Trapianto isolato del fegato                                     | Sì                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 31.8.1989/<br>1.3.1995/<br>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 <sup>8</sup> e secondo l'articolo 12 dell'ordinanza sui trapianti <sup>9</sup> .<br>È invece esclusa la responsabilità dell'assicuratore del ricevente in caso di morte del donatore. | 1.7.2002/<br>1.1.2003/<br>1.1.2005/<br>1.7.2005/<br>1.7.2008/<br>1.1.2012/<br>1.4.2020 |
| Trapianto simultaneo del pancreas e del rene                     | Sì                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 1.1.2003/<br>1.4.2020                                                                  |
| Trapianto del pancreas dopo un trapianto del rene                | Sì                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 1.7.2010/<br>1.4.2020                                                                  |
| Trapianto isolato del pancreas                                   | Sì                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 31.8.1989/<br>1.4.1994/<br>1.7.2002/<br>1.7.2010/<br>1.4.2020                          |
| Trapianto simultaneo delle Isole di Langerhas e del rene         | Sì                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 1.7.2010/<br>1.4.2020                                                                  |
| Trapianto delle Isole di Langerhans dopo un trapianto del rene   | Sì                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 1.7.2010/<br>1.4.2020                                                                  |
| Allotrapianto isolato delle Isole di Langerhans                  | Sì                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 1.7.2002/<br>1.7.2010/<br>1.4.2020                                                     |
| Autotrapianto isolato delle Isole di Langerhans                  | Sì                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 1.7.2002/<br>1.7.2010/<br>1.4.2020                                                     |
| Trapianto isolato dell'intestino tenue                           | Sì                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 1.7.2002/<br>1.7.2010/<br>1.4.2020                                                     |

<sup>8</sup> RS 810.21

<sup>9</sup> 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/<br>1.7.2010/<br>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 <sup>2</sup> . Per il trattamento di lesioni del tessuto osseo e cartilagineo nell'osteocondrite dissecante dell'articolazione del ginocchio.<br><br>I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore, che tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.                                                                                                                                                 | 1.1.2002/<br>1.1.2017/<br>1.1.2021                                                                 |
| Trapianto autologo di condrociti                                                 | Sì                         | In valutazione<br><br>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 <sup>10-1</sup> .<br><br>Per il trattamento di lesioni del tessuto cartilagineo nell'osteocondrite dissecante dell'articolazione del ginocchio.<br><br>I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. | 1.1.2002/<br>1.1.2004/<br>1.1.2017/<br>1.1.2020/<br>1.1.2021/<br>1.7.2024<br>fino al<br>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/<br>1.1.2005/<br>1.1.2008/<br>1.1.2011/<br>1.1.2013/<br>1.7.2022/<br>1.1.2024 |

<sup>10</sup>

Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

| Provvedimento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Decisione valida a partire dal                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                            | <p>neuroradiologia e della Società svizzera di ortopedia e traumatologia dell'apparato locomotore del 12 giugno 2023<sup>11</sup>.</p> <p>Indicazione interdisciplinare da parte di uno «Spine Board» composto da un medico specialista in neurochirurgia o chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore in possesso di un titolo di formazione approfondita in chirurgia spinale (SSNC e SO, programma di perfezionamento del 1° gennaio 2021)<sup>12</sup> e almeno un medico specialista in medicina interna generale o reumatologia o endocrinologia. La discussione e l'indicazione devono essere documentate.</p> <p>Esecuzione in un centro in cui esercita almeno un medico specialista in neurochirurgia o chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore con formazione approfondita in chirurgia spinale (SSNC e SO, programma di perfezionamento del 1° gennaio 2021)<sup>13</sup>.</p> |                                                                                                                                               |
| <p>Spondilodesi con gabbie intersomatiche o trapianto osseo per la terapia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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</li> <li>- dopo insuccesso di una spondilodesi posteriore con il sistema di viti pedicolari</li> </ul> | Sì                         | <p>Esecuzione dell'intervento solo da parte di medici specialisti in neurochirurgia o chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore in possesso di un titolo di formazione approfondita in chirurgia spinale (SSNC e SO, programma di perfezionamento del 1° gennaio 2021)<sup>14</sup>.</p> <p>Se l'intervento deve essere eseguito da un chirurgo che non soddisfa i requisiti summenzionati, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <p>1.1.1999/<br/>1.1.2002/<br/>1.7.2002/<br/>1.1.2004/<br/>1.1.2024</p>                                                                       |
| Protesi del disco intervertebrale cervicale                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Sì                         | <p>Indicazione:</p> <p>Malattia sintomatica degenerativa del disco intervertebrale della colonna vertebrale a livello cervicale.</p> <p>Mancato successo di una terapia conservativa della durata di tre mesi. Ad eccezione di pazienti che presentano malattie degenerative della colonna vertebrale a livello cervicale e che soffrono di dolori incontrollabili nonostante siano sottoposti a terapie ospedaliere o che presentano disfunzioni neurologiche progressive nonostante venga applicata una terapia conservativa.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Degenerazione di due segmenti al massimo</li> <li>– Nessuna cifosi primaria segmentale</li> <li>– Osservanza delle controindicazioni generali.</li> </ul> <p>Esecuzione dell'intervento solo da parte di medici specialisti in neurochirurgia o chirurgia ortopedica</p>                                                                               | <p>1.1.2004/<br/>1.1.2005/<br/>1.1.2008/<br/>1.1.2009/<br/>1.7.2009/<br/>1.1.2011/<br/>1.1.2012/<br/>1.7.2017/<br/>1.7.2022/<br/>1.1.2024</p> |

<sup>1111</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

<sup>12</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

<sup>13</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

<sup>14</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://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) <sup>15</sup> .<br>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:<br>Malattia sintomatica degenerativa del disco intervertebrale della colonna vertebrale a livello lombare.<br>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.<br>– Degenerazione di due segmenti al massimo<br>– Nessuna artrosi primaria delle faccette articolari<br>– Osservanza delle controindicazioni generali.<br>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) <sup>16</sup> .<br>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/<br>1.1.2005/<br>1.1.2008/<br>1.1.2009/<br>1.7.2009/<br>1.1.2011/<br>1.1.2012/<br>1.7.2017/<br>1.7.2022/<br>1.1.2024 |
| Stabilizzazione intraspinale e dinamica della colonna vertebrale | Sì                         | Indicazione:<br>Stenosi spinale dinamica, stenosi spinale con decompressione, ernia discale recidiva con decompressione e sindrome da iperpressione delle faccette.<br>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) <sup>17</sup> .<br>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/<br>1.1.2008/<br>1.1.2009/<br>1.7.2009/<br>1.1.2011/<br>1.1.2012/<br>1.1.2014/<br>1.7.2017/<br>1.7.2022/<br>1.1.2024 |

<sup>15</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

<sup>16</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

<sup>17</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://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                         | <p>Indicazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– 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.</li> <li>– Degenerazione del disco intervertebrale al massimo su due piani eventualmente con un'artrosi delle faccette</li> </ul> <p>Mancato successo di una terapia conservativa della durata di sei mesi. Ad eccezione di pazienti che presentano malattie degenerative della colonna vertebrale e che soffrono di dolori incontrollabili nonostante siano sottoposti a terapie ospedaliere o che presentano disfunzioni neurologiche progressive nonostante venga applicata una terapia conservativa.</p> <p>Esecuzione dell'intervento solo da parte di medici specialisti in neurochirurgia o chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore in possesso di un titolo di formazione approfondita in chirurgia spinale (SSNC e SO, programma di perfezionamento del 1° gennaio 2021)<sup>18</sup>.</p> <p>Se l'intervento deve essere eseguito da un chirurgo che non soddisfa i requisiti summenzionati, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p> | 1.1.2007/<br>1.1.2008/<br>1.1.2009/<br>1.7.2009/<br>1.1.2011/<br>1.1.2012/<br>1.1.2014/<br>1.7.2017/<br>1.7.2022/<br>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/<br>1.1.2012         |
| Litotripsia renale extra-corporea mediante onde d'urto (abbreviazione in tedesco: ESWL), frantumazione dei calcoli renali | Sì                         | <p>Indicazioni:</p> <p>L'ESWL è indicato in caso di</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>litiasi del bacinetto,</li> <li>litiasi dei calici renali,</li> <li>litiasi dell'uretere,</li> </ol> <p>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.</p> | 22.8.1985/<br>1.8.2006         |

| 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:                                                                                                                              |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                           |
| – protesi del pene                                                                                                                                                          | No                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 1.1.1993/<br>1.4.1994                                                     |
| – chirurgia di rivascolarizzazione                                                                                                                                          | No                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 1.1.1993/<br>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 terapia dell'incontinenza urinaria e dei disturbi dello svuotamento della vescica | Sì                         | <p>Come terapia di seconda o terza linea dopo aver adottato delle misure conservative e considerato opzioni di terapia non invasive o mininvasive (stimolazione del nervo tibiale/pudendo, infiltrazioni intradetrusoriali di tossina onabotulinica A).</p> <p>Indicazione, esecuzione, garanzia della qualità e controlli successivi secondo le direttive neuromodulazione sacra della «Swiss Society for Sacral Neuromodulation (SSSNM)» del 30 settembre 2021<sup>19</sup>.</p> <p>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 2017<sup>20</sup>).</p> <p>Esecuzione in centri che per organizzazione e personale soddisfano le direttive della «SSSNM» del 30 settembre 2021<sup>21</sup>. Si suppone che i centri riconosciuti dalla SSSNM soddisfino questi requisiti.</p> <p>Se l'intervento deve essere eseguito in un centro non riconosciuto dalla SSSNM, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore, il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p> | 1.7.2000/<br>1.7.2002/<br>1.1.2005/<br>1.1.2008/<br>1.7.2020/<br>1.7.2022 |

<sup>19</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

<sup>20</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

<sup>21</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

| Provvedimento                                                                                                                                 | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Decisione valida a partire dal                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Elettro-neuromodulazione dei nervi spinali sacrali mediante apparecchio impiantato per la terapia dell'incontinenza fecale                    | Sì                         | <p>Dopo terapie conservative e/o chirurgiche (inclusa la riabilitazione) senza successo.</p> <p>Indicazione, esecuzione, garanzia della qualità e controlli successivi secondo le direttive neuromodulazione sacra della «Swiss Society for Sacral Neuromodulation (SSSNM)» del 30 settembre 2021<sup>22</sup>.</p> <p>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 2020<sup>23</sup>) o medici specialisti in chirurgia con diploma europeo in coloproctologia (EBSQ Coloproctology).</p> <p>Esecuzione in centri che per organizzazione e personale soddisfano le direttive della «SSSNM» del 30 settembre 2021<sup>24</sup>. Si suppone che i centri riconosciuti dalla SSSNM soddisfino questi requisiti.</p> <p>Se l'intervento deve essere eseguito in un centro non riconosciuto dalla SSSNM, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore, il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p> | 1.1.2003/<br>1.1.2008/<br>1.7.2020/<br>1.7.2022                                         |
| Elettro-neuromodulazione percutanea del nervo tibiale mediante elettrodi ad ago                                                               | Sì                         | <p>Per la terapia dell'iperattività vescicale idiopatica o dell'incontinenza fecale</p> <p>Dopo l'esaurimento delle opzioni di trattamento conservative</p> <p>Indicazione ed effettuazione solo da parte di medici specialisti in urologia o in ginecologia e ostetricia con formazione approfondita in uroginecologia (programma di perfezionamento del 1° gennaio 2016, riveduto il 16 febbraio 2017<sup>25</sup>) (in caso di vescica iperattiva) oppure in gastroenterologia o chirurgia con formazione approfondita in chirurgia viscerale (in caso d'incontinenza fecale)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 1.3.2019/<br>1.7.2019                                                                   |
| Stimolazione magnetica periferica ripetitiva (rPMS, magnetic innervation therapy) del pavimento pelvico in caso di incontinenza urinaria      | No                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 1.7.2017                                                                                |
| Trattamento delle turbe della ritenzione della vescica mediante iniezione cistoscopica di tossina botulinica di tipo A nella parete vescicale | Sì                         | <p>Dopo l'esaurimento delle opzioni di trattamento conservative</p> <p>Per le indicazioni seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– incontinenza urinaria dovuta all'iperattività detrusoriale neurogena associata a un'affezione neurologica nell'adulto se il trattamento è effettuato da medici specialisti in urologia.</li> <li>– Iperattività vescicale idiopatica nell'adulto se il trattamento è effettuato da medici specialisti in</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 1.1.2007/<br>1.8.2008/<br>1.7.2013/<br>1.1.2014/<br>1.1.2015/<br>15.7.2015/<br>1.8.2016 |

<sup>22</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

<sup>23</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

<sup>24</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

<sup>25</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

| Provvedimento                                                                                                 | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Decisione valida a partire dal                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
|                                                                                                               |                            | urologia o in ginecologia e ostetricia con formazione approfondita in uroginecologia (programma di perfezionamento del 1° gennaio 2016, riveduto il 16 febbraio 2017).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                |
| 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<br>Alle condizioni seguenti (adempite cumulativamente): <ul style="list-style-type: none"> <li>- presenza di carcinoma della prostata della categoria di rischio intermediate risk (PSA &gt; 10 - 20 ng/ml o punteggio di Gleason 7 o categoria cT 2c);</li> <li>- i costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia;</li> <li>- esecuzione da parte di medici specializzati in urologia iscritti al registro HIFU della Società svizzera di urologia.</li> </ul> | 1.7.2009/<br>1.7.2023<br>fino al<br>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/<br>1.3.1995/<br>1.1.2015                          |
| Trapianto autologo di grasso per la ricostruzione mammaria postoperatoria                                                  | Sì                         | Come misura complementare alla misura «Ricostruzione mammaria operatoria»<br>Effettuato da medici specialisti in chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica.<br>Al massimo tre sedute e nessun trattamento successivo con trapianto autologo di grasso.                                                                                                                                         | 1.7.2018/<br>1.7.2023/<br>1.1.2024/<br>1.7.2024/<br>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/<br>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.<br>- entro 5 anni da una terapia di una malattia tumorale o una ricostruzione mammaria<br>- per mezzo di una protesi al silicone e/o<br>- 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                                                     |

| Provvedimento                                                                                            | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Decisione valida a partire dal |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| 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.<br>I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.                                                                     | 1.8.2016/<br>1.7.2018          |
| Trapianto con epidermide autologa di coltura (cheratinociti)                                             | Sì                         | Adulti:<br>– bruciature del 70 % o più della superficie totale del corpo;<br>– bruciature profonde del 50 % o più della superficie totale del corpo.<br>Bambini:<br>– bruciature del 50 % o più della superficie totale del corpo;<br>– bruciature del 40 % o più della superficie totale del corpo. | 1.1.1997/<br>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.<br>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:<br>– lesioni attiniche croniche o tardive;                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 1.4.1994                           |
|                                                                   |                            | – osteomielite acuta della mascella;<br>– 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 <sup>26</sup> . | 1.1.2006/<br>1.7.2011              |
|                                                                   | No                         | – sordità neurosensoriale improvvisa idiopatica;                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 1.1.2016                           |
| Terapia dell'obesità                                              | Sì                         | – Sovrappeso indice di massa corporea (IMC) $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ .<br>– Sovrappeso (IMC $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ ) e malattia conseguente che può essere influenzata da una riduzione di peso.                                                                                                                                                                                             | 7.3.1974/<br>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» <sup>27</sup> del gennaio 2013.                                                                                                                                                                                     | 1.7.2002/<br>1.7.2012/<br>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/<br>1.1.2005             |

26

Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

27

Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

| Provvedimento                   | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Decisione valida a partire dal                                                          |
|---------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
|                                 | No                         | In caso di ipercolesterolemia familiare eterozigota.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 1.1.1993/<br>1.3.1995<br>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.<br><br>Litotripsia dei calcoli della cistifellea, se il paziente non è operabile (esclusa anche la colecistectomia laparoscopica).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 1.4.1994                                                                                |
| Polisonnografia<br>Poligrafia   | Sì                         | In caso di forte sospetto di:<br>– apnea del sonno<br>– movimento periodico delle gambe nel sonno<br>– narcolessia, se la diagnosi clinica è incerta<br>– parasonnia grave (ad es. distonia epilettica notturna o comportamento violento durante il sonno), se la diagnosi è incerta e se ne risultano conseguenze terapeutiche.<br><br>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 <sup>28</sup> della « Swiss Society for Sleep Research, Sleep Medicine and Chronobiology » (SSSSC).<br><br>Si suppone che i centri riconosciuti dalla SSSSC soddisfino questi requisiti.<br>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/<br>1.1.1997/<br>1.1.2002/<br>1.7.2017/<br>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:<br>– turbe nell'addormentarsi e del sonno, se la diagnosi iniziale è incerta e se la terapia del comportamento o medicamentosa è senza successo<br>– turbe persistenti del ritmo circadiano, quando la diagnosi clinica è incerta.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 1.1.1997/<br>1.1.2002/<br>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.<br>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) <sup>29</sup> , la cui formazione ed esperienza pratica in poligrafia respiratoria soddisfano i requisiti delle « Richtlinien                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 1.7.2002/<br>1.1.2006/<br>1.1.2012/<br>15.7.2015/<br>1.7.2017/<br>1.7.2020/<br>1.1.2024 |

<sup>28</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

<sup>29</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://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 2019 <sup>30</sup> 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 2015 <sup>31</sup> della Società svizzera di otorinolaringologia e di chirurgia cervico-facciale (SSORL).<br><br>Si suppone che i medici specialisti (pneumologia, ORL o pediatria con formazione approfondita in pneumologia pediatrica [programma di perfezionamento del 16 giugno 2016]) <sup>32</sup> , riconosciuti dalla Società svizzera di pneumologia (SSP) o dalla SSORL soddisfino questi requisiti.<br><br>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 2019 <sup>33</sup> della SSSSC.<br><br>Si suppone che i centri riconosciuti dalla SSSSC soddisfino questi requisiti.<br><br>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/<br>1.7.2017/<br>1.7.2020 |
| Maintenance of Wakefulness Test | Sì                         | Indicazione ed esecuzione in centri che soddisfano i requisiti delle «Richtlinien zur Anerkennung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikates zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» del 1° gennaio 2019 <sup>34</sup> della SSSSC.<br><br>Si suppone che i centri riconosciuti dalla SSSSC soddisfino questi requisiti.<br><br>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/<br>1.7.2017/<br>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/<br>1.7.2017/<br>1.7.2020 |

<sup>30</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

<sup>31</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

<sup>32</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

<sup>33</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

<sup>34</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

| Provvedimento                                                                                                                                                                                                                                                                | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Decisione valida a partire dal                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                              |                            | <p>Zertifikates zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» del 1° gennaio 2019<sup>35</sup> della SSSSC.</p> <p>Si suppone che i centri riconosciuti dalla SSSSC soddisfino questi requisiti.</p> <p>Se l'esame deve essere eseguito in un centro non riconosciuto dalla SSSSC, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p>                                                                   |                                                                          |
| Test respiratorio all'urea 13C per Helicobacter-pylori                                                                                                                                                                                                                       | Sì                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 16.9.1998/<br>1.1.2001                                                   |
| Calorimetria e/o misura della densità corporea nella terapia dell'obesità                                                                                                                                                                                                    | No                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 1.1.2004                                                                 |
| Endoscopia con capsula                                                                                                                                                                                                                                                       | Sì                         | <p>Per esame dell'intestino tenue nel tratto che va dal legamento del Treitz fino alla valvola ileocecale in caso di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– emorragie di causa ignota;</li> <li>– malattie infiammatorie croniche dell'intestino tenue.</li> </ul> <p>In seguito a gastroscopia e colono-scopia con esito negativo.</p> <p>I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p>     | 1.1.2004/<br>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/<br>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/<br>1.1.2012                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                              | Sì                         | In valutazione<br>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/<br>1.8.2016/<br>1.1.2020/<br>1.1.2022<br>fino al<br>31.12.2025 |
| <p>Terapia endovascolare della disfunzione erettile vascolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- rivascolarizzazione endovascolare delle arterie afferenti del pene;</li> <li>- terapia di embolizzazione endovascolare delle vene efferenti del pene.</li> </ul> | Sì                         | <p>In valutazione</p> <p>Alle condizioni seguenti (adempite cumulativamente):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mancata risposta a sostanze vasoattive o se queste sono controindicate;</li> <li>- previa esclusione di cause urologiche e ormonali;</li> <li>- 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</li> </ul> | 1.1.2022/<br>1.7.2022<br>fino al<br>31.12.2025                           |

| Provvedimento                        | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Decisione valida a partire dal |
|--------------------------------------|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
|                                      |                            | <p>computerizzata o angiografia mediante cateterismo);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- accertamento ed esecuzione da parte di medici specialisti in angiologia con formazione complementare «Angiologia interventistica (SSA)» del 1° gennaio 2022<sup>36</sup> 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.</li> <li>- disponibilità della documentazione dei fattori di rischio cardiovascolari e degli approcci terapeutici;</li> </ul> <p>Partecipazione al registro di valutazione «SwissPOWER».</p> <p>I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p> |                                |
| 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/<br>1.1.2018             |
| Sorveglianza a distanza di dispositivi impiantabili per il controllo del ritmo cardiaco | Sì                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 1.7.2010<br>1.7.2012/<br>1.1.2015 |
| Programma di telemedicina per pazienti con insufficienza cardiaca cronica               | Sì                         | <p>In caso di insufficienza cardiaca allo stadio NYHA II o III e alle seguenti condizioni adempiute cumulativamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– frazione d'eiezione ventricolare sinistra &lt; 40 %</li> <li>– ospedalizzazione per scompenso cardiaco negli ultimi 12 mesi</li> <li>– prescrizione da parte di un medico diverso da quello della centrale di telemedicina</li> <li>– la prescrizione medica deve essere rinnovata dopo 3 mesi e 12 mesi dalla prima, poi ogni anno</li> </ul> <p>Il programma diretto da un medico comprende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– direzione da parte di un medico esercitante in Svizzera</li> <li>– istruzioni alla persona partecipante per l'uso del telemonitoraggio</li> <li>– telemonitoraggio quotidiano del peso</li> </ul> | 1.4.2024                          |

<sup>36</sup>

Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

| Provvedimento                                                                                                                    | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Decisione valida a partire dal |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
|                                                                                                                                  |                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>– richiesta periodica alla persona partecipante di riferire se ha presentato o meno sintomi rilevanti per la malattia</li> <li>– una centrale di telemedicina che esegue l'elaborazione algoritmica dei dati e classifica gli allarmi del telemonitoraggio</li> <li>– definizione di valori soglia individuali che provocano allarmi</li> <li>– in caso di anomalie o superamento dei valori soglia individuali la persona partecipante e/o il medico curante vengono contattati telefonicamente da uno specialista</li> <li>– 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)</li> </ul> <p>Deve essere concordata una remunerazione forfettaria.</p> |                                |
| 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                         | <p>In caso di insufficienza cardiaca cronica severa refrattaria al trattamento farmacologico e con desincronizzazione cardiaca.</p> <p>Alle condizioni seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Insufficienza cronica severa (NYHA III o IV) con frazione d'eiezione ventricolare sinistra <math>\leq 35\%</math> malgrado trattamento medico adeguato</li> <li>– Blocco di branca sinistro con QRS largo <math>\geq 130</math> millisecondi</li> </ul> <p>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).</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 1.1.2003/<br>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                         | <p>Indicazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– restenosi in-stent</li> <li>– stenosi di piccole arterie coronariche</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 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.<br>Partecipazione a «Mitra Swiss Registry».                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 1.1.2013                                                     |
| Impianto trans-catetere di valvola aortica (TAVI)                                   |                            | Alle condizioni seguenti (adempite cumulativamente):<br>1. la stenosi aortica è grave e sintomatica;<br>2. la procedura TAVI può essere praticata soltanto nelle istituzioni che praticano la cardiocirurgia in sede;<br>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;<br>4. tutti i centri che praticano la procedura TAVI devono comunicare i propri dati allo SWISS TAVI Registry. | 1.7.2013/<br>1.1.2019/<br>1.7.2019/<br>1.7.2020/<br>1.7.2023 |
|                                                                                     | Sì                         | Per pazienti con stenosi aortica grave inoperabili o ad alto rischio operatorio (rischio di mortalità $\geq 8$ % secondo il punteggio di rischio della Society of Thoracic Surgeons o EuroScore II).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 1.7.2013/<br>1.1.2019/<br>1.7.2019/<br>1.7.2020/<br>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/<br>1.7.2023                                        |
|                                                                                     | Sì                         | In valutazione<br>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 $\geq 75$ anni nonché accesso femorale adeguato.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 1.7.2020 /<br>1.7.2023<br>fino al<br>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/<br>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.<br><br>Terapie di distonie gravi con insufficiente controllo dei sintomi mediante la terapia medicamentosa.<br><br>Accertamenti ed esecuzione in centri specializzati che dispongono delle necessarie infrastrutture (neurochirurgia stereotassica, neurologia specializzata in disturbi locomotori, neuroradiologia). | 1.3.1995/<br>1.7.2011          |
| Elettro-neuromodulazione dei nervi pelvici mediante sistema impiantato per laparoscopia (procedura LION: Laparoscopic Implantation of Neuroprosthesis)                                                              | No                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1.7.2013/<br>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).<br><br>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.<br><br>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/<br>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/<br>1.7.2020/<br>1.1.2022                          |
|                                                                                                                                                                 | Sì                         | In valutazione<br>Per il trattamento dei dolori cronici gravi neuropatici refrattari alla terapia.<br>Tenuta di un registro di valutazione.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 15.7.2015/<br>1.7.2020/<br>1.1.2021<br>fino al<br>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 <sup>37</sup> ).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 1.7.2014                                                     |
| Potenziali evocati motori come esame neurologico specializzato                                                                                                  | Sì                         | Diagnosi di malattie neurologiche<br>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 <sup>38</sup> , o secondo il programma di formazione complementare in elettroencefalografia (SSNC) del 1° gennaio 2016, riveduto il 12 marzo 2020 <sup>39</sup> .                                                                                                                                                                                                                                         | 1.1.1999/<br>1.1.2021                                        |
| Resezione curativa di focolai epilettogeni                                                                                                                      | Sì                         | Indicazioni:<br>– Prova dell'esistenza di un'epilessia focale.<br>– Gravi menomazioni causate dall'epilessia.<br>– Resistenza alla farmacoterapia.<br>– 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/<br>1.8.2006                                        |
| Chirurgia palliativa dell'epilessia mediante:<br>– commissurotomia<br>– operazione sub-appiale multipla secondo Morell-Whisler<br>– 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.<br>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.<br>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/<br>1.7.2002/<br>1.1.2005/<br>1.8.2006/<br>1.1.2009 |
| Magnetoencefalografia                                                                                                                                           | No                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 1.7.2002                                                     |

<sup>37</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

<sup>38</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

<sup>39</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://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/<br>1.1.2000/<br>1.1.2002              |
| Terapia ad onde d'urto radiali                                                              | No                         |            | 1.1.2004                                        |
| Viscosupplemento per il trattamento della gonartrosi                                        | No                         |            | 1.7.2002/<br>1.1.2003/<br>1.1.2004/<br>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.<br><br>La terapia è effettuata da un team di chirurghi oncologici, chirurghi vascolari, ortopedisti, anestesisti specialisti in medicina intensiva.<br><br>La terapia deve essere effettuata in sala operatoria, sotto anestesia totale e controllo continuo mediante catetere Swan-Ganz. | 1.1.1997/<br>1.1.2001          |
|                                                                                                           | No                         | In caso di melanomi e sarcomi con:<br>– invasione o infiltrazione delle radici delle estremità (ad es. invasione inguinale);<br>– 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                         | <p>In valutazione</p> <p>Indicazione:</p> <p>Esame del tessuto tumorale di un carcinoma mammario primario invasivo con le seguenti caratteristiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– positivo al recettore estrogenico;</li> <li>– negativo al recettore 2 del fattore di crescita epidermico umano (HER2-);</li> <li>– con fino a 3 linfonodi loco regionali colpiti;</li> <li>– i soli referti convenzionali non consentono una decisione univoca a favore di una chemioterapia adiuvante.</li> </ul> <p>Condizioni per l'effettuazione del test:</p> <p>Esecuzione da parte di un medico specialista in patologia, principalmente in patologia molecolare (programma di perfezionamento del 1° gennaio 2002, riveduto il 6 giugno 2013<sup>40</sup>). Se la parte concernente la tecnica di laboratorio è effettuata in un laboratorio estero, questo deve essere conforme ai requisiti della direttiva IVDD 98/79/CE<sup>41</sup> o ISO 15189 /17025<sup>42</sup>.</p>                                                                                                                       | 1.1.2011/<br>1.1.2015/<br>1.1.2019/<br>1.1.2024<br>fino al<br>31.12.2025  |
| Vaccinazione con cellule dendritiche per il trattamento del melanoma in stadio avanzato | No                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 1.7.2002                                                                  |
| Trapianto di cellule staminali emopoietiche                                             |                            | <p>In centri qualificati secondo l'organo di certificazione «Swiss Blood Stem Cell Transplantation and Cellular Therapy» (SBST).</p> <p>Esecuzione nei centri accreditati dal «The Joint Accreditation Committee- ISCT &amp; 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<sup>a</sup> edizione del febbraio 2017, 7<sup>a</sup> edizione del marzo 2018, 8<sup>a</sup> edizione del maggio 2021 o 8.1<sup>a</sup> edizione del dicembre 2021<sup>43</sup>.</p> <p>Sono incluse le spese d'operazione sul donatore, compreso il trattamento di eventuali complicazioni, nonché le prestazioni secondo l'articolo 14 capoversi 1 e 2 della legge dell'8 ottobre 2004<sup>44</sup> sui trapianti e secondo l'articolo 12 dell'ordinanza del 16 marzo 2007<sup>45</sup> sui trapianti.</p> <p>È invece esclusa la responsabilità dell'assicuratore del ricevente in caso di morte del donatore.</p> | 1.8.2008/<br>1.1.2011/<br>1.7.2013/<br>1.3.2019/<br>1.1.2022/<br>1.7.2024 |
| – autologo                                                                              | Sì                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>– linfomi</li> <li>– leucemia linfatica acuta</li> <li>– leucemia mieloide acuta</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 1.1.1997/<br>1.1.2013/<br>1.1.2018                                        |

<sup>40</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

<sup>41</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

<sup>42</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

<sup>43</sup> I documenti possono essere consultati al seguente indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

<sup>44</sup> RS 810.21

<sup>45</sup> RS 810.211

| Provvedimento | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Decisione valida a partire dal                                                                    |
|---------------|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
|               |                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>– mieloma multiplo</li> <li>– neuroblastoma</li> <li>– medulloblastoma</li> <li>– carcinoma germinale</li> <li>– sclerosi sistemica.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                   |
|               | Sì                         | In valutazione <ul style="list-style-type: none"> <li>– sarcoma di Ewing</li> <li>– sarcoma dei tessuti molli</li> <li>– tumore di Wilms.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 1.1.2002/<br>1.1.2008/<br>1.1.2013/<br>1.1.2018/<br>1.1.2023<br>fino al<br>31.12.2027             |
|               | Sì                         | In valutazione <ul style="list-style-type: none"> <li>– malattie auto-immuni a eccezione di sclerosi sistemica, sclerosi multipla, morbo di Crohn e diabete mellito.</li> </ul> I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.<br>Dopo una terapia convenzionale fallita o in caso di una progressione della malattia.                                                                                           | 1.1.2002/<br>1.1.2008/<br>1.1.2013/<br>1.1.2018/<br>1.1.2023/<br>1.7.2023<br>fino al<br>30.6.2028 |
|               | Sì                         | In valutazione <ul style="list-style-type: none"> <li>– in caso di sclerosi multipla</li> </ul> Esecuzione in centri che prendono parte allo studio di registro «aHSCT-in-MS».<br>Indicazione da parte di un comitato interdisciplinare « <i>MS-Stammzell-Transplantationsboard</i> ».                                                                                                                                                                                                                       | 1.7.2018/<br>1.7.2023<br>fino al<br>30.6.2029                                                     |
|               | No                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>– recidiva di leucemia mieloide acuta</li> <li>– recidiva di leucemia linfatica acuta</li> <li>– carcinoma del seno</li> <li>– carcinoma bronchiale a piccole cellule</li> <li>– malattie congenite</li> <li>– carcinoma ovarico</li> <li>– tumore solido raro del bambino</li> <li>– sindrome mielodisplastica</li> <li>– leucemia mieloide cronica</li> <li>– morbo di Crohn</li> <li>– diabete mellito</li> </ul>                                                  | 1.1.1997/<br>1.1.2008/<br>1.1.2013/<br>1.1.2018                                                   |
| – allogeno    | Sì                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>– leucemia mieloide acuta</li> <li>– leucemia linfatica acuta</li> <li>– leucemia mieloide cronica nonché neoplasie mieloproliferative BCR-ABL1-negative</li> <li>– sindrome mielodisplastica</li> <li>– anemia aplastica</li> <li>– deficienze immunitarie e Inborn errors</li> <li>– talassemia e anemia drepanocitica</li> <li>– mieloma multiplo</li> <li>– malattie linfatiche (linfoma di Hodgkin, linfoma non-Hodgkin, leucemia linfatica cronica).</li> </ul> | 1.1.1997/<br>1.1.2013/<br>1.1.2018/<br>1.1.2024                                                   |
|               | Sì                         | In valutazione <ul style="list-style-type: none"> <li>– malattie auto-immuni.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 1.1.2002/<br>1.1.2008/<br>1.1.2013/<br>1.1.2018/<br>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.<br><br>Dopo una terapia convenzionale fallita o in caso di una progressione della malattia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 1.7.2023<br>fino al<br>30.6.2028                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | No                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>– tumori solidi</li> <li>– melanoma</li> <li>– carcinoma del seno</li> <li>– carcinoma renale</li> <li>– artrite reumatoide.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 1.1.1997/<br>1.1.2002/<br>1.1.2008/<br>1.1.2013/<br>1.1.2018             |
| Terapia cellulare CAR-T<br>(CAR = recettore chimerico per l'antigene)<br>con/in caso di:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                            | La terapia comprende il complesso terapeutico che consiste in: prelievo di cellule autologhe T (aferesi), 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.<br><br>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 <sup>46</sup> .<br><br>Tutti i casi devono essere rilevati in un registro.<br><br>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/<br>1.1.2022/<br>1.7.2024                                       |
| – Tisagenlecleucel:<br>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.<br><br>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: <ul style="list-style-type: none"> <li>– refrattaria,</li> <li>– recidivante dopo il trapianto autologo di cellule staminali, o</li> <li>– recidivante dopo due o più linee terapeutiche.</li> </ul> | Sì                         | In valutazione<br><br>I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 1.1.2020/<br>1.1.2023/<br>1.1.2024/<br>1.1.2025<br>fino al<br>31.12.2025 |

46

I documenti possono essere consultati al seguente indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

| Provvedimento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni                                                                                                                                                    | Decisione valida a partire dal                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| - Tisagenlecleucel:<br>in caso di linfoma follicolare recidivante o refrattario dopo tre o più linee di terapia sistemica.                                                                                                                                                                                                                           | Sì                         | In valutazione<br>I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.  | 1.7.2024<br>fino al<br>31.12.2026                                        |
| - Axicabtagen-Ciloleucel:<br>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<br>I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.  | 1.1.2020/<br>1.1.2023/<br>1.1.2024/<br>1.1.2025<br>fino al<br>31.12.2025 |
| - Axicabtagen-Ciloleucel:<br>in caso di linfoma follicolare recidivante o refrattario dopo tre o più linee di terapia sistemica.                                                                                                                                                                                                                     | Sì                         | In valutazione<br>I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.  | 1.7.2024<br>fino al<br>31.12.2026                                        |
| - Axicabtagen-Ciloleucel:<br>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<br>I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.  | 1.1.2025<br>fino al<br>31.12.2027                                        |
| - Lisocabtagen Maraleucel:<br>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<br>I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.  | 1.7.2024<br>fino al<br>31.12.2026                                        |
| - Lisocabtagen Maraleucel:<br>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:<br>I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. | 1.1.2025<br>fino al<br>31.12.2027                                        |
| - Idecabtagen Vicleucel:<br>negli adulti con mieloma multiplo recidivante e refrattario che hanno ricevuto in precedenza almeno tre linee terapeutiche, tra cui un                                                                                                                                                                                   | Sì                         | In valutazione<br>I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.  | 1.7.2024<br>fino al<br>31.12.2026                                        |

| Provvedimento                                                                                                                                                                                                           | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni                                                                                                                                                               | Decisione valida a partire dal            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <p>principio attivo immunomodulatore, un inibitore del proteasoma e un anticorpo anti-CD38, e che hanno mostrato una progressione dopo l'ultima terapia.</p>                                                            |                            |                                                                                                                                                                          |                                           |
| <p>– Brexucabtagene Autoleucel:<br/>Per adulti con linfoma mantellare refrattario o recidivante, dopo almeno due linee terapeutiche, tra cui un inibitore della tirosin-chinasi di Bruton.</p>                          | Sì                         | <p>In valutazione</p> <p>I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p>  | <p>1.7.2022<br/>fino al<br/>30.6.2027</p> |
| <p>- Brexucabtagen-Autoleucel:<br/>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.</p> | Sì                         | <p>In valutazione:</p> <p>I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p> | <p>1.1.2025<br/>fino al<br/>30.6.2027</p> |

**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                         | <p>In caso di adolescenti in età postpuberale e di adulti fino al compimento del 40° anno che</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- presentano un rischio medio o elevato (&gt; 20 %) di amenorrea persistente nelle donne o di azoospermia negli uomini a causa della terapia di una malattia tumorale;</li> <li>- ricevono un trapianto di cellule staminali a causa di una malattia non oncologica; oppure</li> <li>- sono trattati con ciclofosfamide e presentano un rischio medio o elevato (&gt; 20 %) di amenorrea persistente nelle donne o di azoospermia negli uomini.</li> </ul> <p>Misure per la donna:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– 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</li> <li>– resezione, crioconservazione e reimpianto del tessuto ovarico.</li> </ul> <p>Misure per l'uomo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– crioconservazione di spermatozoi;</li> <li>– se necessario: biopsia dei testicoli (estrazione testicolare di spermatozoi).</li> </ul> <p>Crioconservazione per al massimo 5 anni; proroga per ulteriori 5 anni solo in caso di persistenza dell'insufficienza ovarica o di azoospermia.</p> <p>Assunzione dei costi di una crioconservazione di spermatozoi e di oociti non fecondati in caso di persistenza dell'insufficienza ovarica o dell'azoospermia solo se è stata data precedentemente la garanzia speciale dell'assicuratore, il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p> <p>Indicazione ed esecuzione da parte di centri multidisciplinari che partecipano a un programma multicentrico di garanzia della qualità con tenuta di registri per misure atte a preservare la fertilità di uomini e donne in età fertile affetti da tumore, o che sono associati a tali centri.</p> | 1.7.2019/<br>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/<br>1.4.1994         |
| Sterilizzazione:<br>– 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 <sup>47</sup> .                                                                                                                                                 | 1.7.2002/<br>1.1.2007/<br>1.1.2008/<br>1.7.2009 |
| Ansa sottouretrale per il trattamento dell'incontinenza da sforzo nella donna | Sì                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>– 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)»<sup>48</sup>.</li> <li>– L'impianto Reemex® non viene pagato.</li> </ul> | 1.1.2004/<br>1.1.2005/<br>1.1.2019              |

<sup>47</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

<sup>48</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://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                         | <p>1. Indicazione:</p> <p>a. in caso di obesità (IMC &gt; 97 percentili);</p> <p>b. in caso di sovrappeso (IMC tra 90 e 97 percentili) e in presenza di almeno una delle seguenti malattie, la cui prognosi è aggravata dal sovrappeso o costituisce una delle cause dell'eccesso ponderale: ipertonia, diabete mellito di tipo 2, alterata tolleranza al glucosio, disturbi endocrini, sindrome delle ovaie policistiche, malattie ortopediche, steatoepatite non alcolica, malattie respiratorie, glomerulopatia, disturbi alimentari contratti durante un trattamento psichiatrico. 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 2006<sup>49</sup> e n. 1/2011 del 4 marzo 2011<sup>50</sup>.</p> <p>2. Programma:</p> <p>programma in gruppo medicalmente assistito con approccio terapeutico multiprofessionale secondo le esigenze stabilite dall'Associazione svizzera obesità nell'infanzia e nell'adolescenza (akj) e pubblicate nella rivista specializzata «Pediatria», edizione n. 2/2007 del 13 aprile 2007<sup>51</sup>.</p> <p>Si suppone che i programmi in gruppi medicalmente assistiti riconosciuti dalla commissione congiunta della SSP e dell'akj adempiano questa condizione.</p> <p>Se la terapia deve essere svolta nell'ambito di un programma non riconosciuto dalla commissione congiunta della SSP e dell'akj, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p> <p>3. È necessario convenire un rimborso forfettario.</p> | 1.1.2008/<br>1.7.2009/<br>1.1.2014/<br>1.7.2014 |
|                                                                                                                                         | No                         | Programma alleggerito per bambini in età compresa tra i 4 e gli 8 anni compiuti.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 1.1.2014                                        |
| Terapia individuale multiprofessionale ambulatoriale strutturata per bambini e adolescenti affetti da sovrappeso o obesità, in 4 tappe. | Sì                         | <p>1. Indicazione:</p> <p>a. in caso di obesità (IMC &gt; 97 percentili);</p> <p>b. in caso di sovrappeso (IMC tra 90 e 97 percentili) e in presenza di almeno una delle seguenti malattie, la cui prognosi è aggravata dal sovrappeso o costituisce una delle cause dell'eccesso ponderale: ipertonia, diabete mellito di tipo 2, alterata tolleranza al glucosio, disturbi endocrini, sindrome delle ovaie policistiche, malattie ortopediche, steatoepatite non alcolica, malattie</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 1.1.2014                                        |

<sup>49</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

<sup>50</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

<sup>51</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

| Provvedimento                                                                               | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Decisione valida a partire dal |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
|                                                                                             |                            | <p>respiratorie, glomerulopatia, disturbi alimentari contratti durante un trattamento psichiatrico. Definizione di obesità, sovrappeso e malattie secondo le raccomandazioni pubblicate dalla Società svizzera di pediatria (SSP) nella rivista specializzata «Pediatria», edizione n. 6/2006<sup>52</sup> del 19 dicembre 2006 e n. 1/2011 del 4 marzo 2011<sup>53</sup>.</p> <p>2. Terapia:</p> <p>a. 1<sup>a</sup> tappa: trattamento multidisciplinare fornito da un medico durante 6 mesi, con un massimo di 6 sedute di consulenza nutrizionale e 2 sedute di fisioterapia diagnostica,</p> <p>b. 2<sup>a</sup> e 3<sup>a</sup> tappa: programmi multidisciplinari diretti da un medico nel caso in cui la durata della terapia superi i 6 mesi per la 1<sup>a</sup> tappa o in presenza di una comorbidità significativa,</p> <p>c. 4<sup>a</sup> tappa: trattamento fornito da un medico.</p> <p>3. Programmi per la 2<sup>a</sup> e la 3<sup>a</sup> 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 2007<sup>54</sup>. Si suppone che i programmi in gruppi medicalmente assistiti riconosciuti dalla commissione congiunta della SSP e dell'akj adempiano questa condizione. Se la terapia deve essere svolta nell'ambito di un programma non riconosciuto dalla commissione congiunta della SSP e dell'akj, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p> |                                |
| 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/<br>1.1.1996         |
| Screening sonografico dell'anca dei neonati e dei lattanti secondo Graf                     | Sì                         | Effettuato da un medico specialmente formato.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1.7.2004/<br>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                       |

<sup>52</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

<sup>53</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

<sup>54</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://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/<br>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                         | <p>Per il trattamento di ferite croniche.</p> <p>Con cute equivalente autologa, allogenica o di origine non umana ammessi secondo le corrispondenti prescrizioni di legge.</p> <p>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 2021<sup>55</sup>.</p> <p>Esecuzione in centri riconosciuti dalla Società svizzera di dermatologia e venereologia e dalla Schweizerische Gesellschaft für Wundbehandlung.</p> <p>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.</p> | 1.7.2011/<br>1.3.2019/<br>1.7.2020/<br>1.1.2022 |
| Terapia con larve                                                                                                                                          | Sì                         | Per il trattamento di ferite croniche.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 1.7.2011                                        |

55

Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://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.<br>I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. | 1.1.1995/<br>1.1.1997/<br>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.<br>I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.                                                                                                                                                                 | 1.1.2000/<br>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/<br>1.7.2002/<br>1.1.2004/<br>1.1.2005/<br>1.1.2006/<br>1.1.2009/<br>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/<br>1.1.2005                                                                  |
| Dilatazione mediante catetere a palloncino per stenosi del canale lacrimale | Sì                         | – Sotto controllo radioscopico<br>– con o senza impianto Stent<br>– esecuzione da parte di esperti di radiologia di intervento con rispettiva esperienza.                                                                                                                                                                                                                                                                       | 1.1.2006/<br>1.1.2008                                                                  |
| Oftalmoscopia a scansione laser                                             | Sì                         | Indicazioni:<br>– in caso di glaucoma dal trattamento difficile, indicazioni per l'intervento chirurgico<br>– indicazioni per trattamenti alla retina<br>Esame nel centro in cui deve essere eseguito l'intervento o il trattamento.                                                                                                                                                                                            | 1.1.2004/<br>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 2019<sup>56</sup></i> )                                                                                                                           | 1.8.2008/<br>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.<br>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                       |

---

<sup>56</sup>
Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://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: <ul style="list-style-type: none"> <li>– papillomatosi delle vie respiratorie</li> <li>– resezione della lingua</li> </ul> | 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.<br>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 <sup>57</sup> .<br>L'allenamento uditivo dispensato nel centro è parte integrante della terapia.                    | 1.4.1994/<br>1.7.2002/<br>1.1.2004/<br>1.7.2020/<br>1.7.2022 |
| Impianto di apparecchi uditivi a trasmissione ossea o di loro parti (sistemi transcutanei e percutanei)                                                 | Sì                         | Indicazioni: <ul style="list-style-type: none"> <li>– malattie e malformazioni dell'orecchio medio e del condotto uditivo esterno che non possono essere corrette chirurgicamente;</li> <li>– unica alternativa a un intervento chirurgico a rischio sul solo orecchio funzionale;</li> <li>– intolleranza ad apparecchi a trasmissione aerea;</li> <li>– sostituzione di un apparecchio convenzionale a trasmissione ossea, a seguito dell'insorgenza di turbe, di tenuta o funzionalità insufficienti</li> </ul> | 1.1.1996/<br>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/<br>1.1.2000/<br>1.1.2001/<br>1.1.2004              |

<sup>57</sup>

Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://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                         | <p>Terapia con prescrizione di metadone, di buprenorfina, di morfina a lento rilascio e di eroina</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Secondo le raccomandazioni mediche per la terapia con agonisti oppioidi (TAO) della Società Svizzera di Medicina delle Dipendenze (SSAM) del 16 luglio 2020<sup>58</sup> e nel rispetto delle prescrizioni nazionali e cantonali in materia di legislazione sugli stupefacenti</li> <li>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.</li> <li>3. La terapia con agonisti oppioidi (TAO) comprende le prestazioni seguenti: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. prestazioni mediche: <ul style="list-style-type: none"> <li>– 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;</li> <li>– richiesta d'informazioni supplementari (famiglia, convivente, servizi terapeutici precedenti);</li> <li>– determinazione della diagnosi e dell'indicazione;</li> <li>– approntamento del piano terapeutico;</li> <li>– procedura di domanda d'autorizzazione e approntamento di rapporti destinati agli assicuratori-malattie;</li> <li>– avvio ed esecuzione della terapia TAO;</li> <li>– consegna sorvegliata della sostanza o del preparato a condizione che non avvenga attraverso un farmacista;</li> <li>– garanzia della qualità;</li> <li>– terapia di turbe legate all'uso di altre sostanze psicotrope;</li> <li>– valutazione del processo terapeutico;</li> <li>– richiesta d'informazioni presso l'istituzione preposta alla consegna dei prodotti;</li> <li>– verifica della diagnosi e dell'indicazione;</li> <li>– adeguamento della terapia e relativo scambio di corrispondenza con le autorità; rapporti all'attenzione delle autorità e degli assicuratori-malattie;</li> <li>– controllo della qualità.</li> </ul> </li> <li>b. Prestazioni del farmacista:</li> </ol> </li> </ol> | 1.1.2001/<br>1.1.2007/<br>1.1.2010/<br>1.7.2012/<br>1.1.2014/<br>1.7.2021 |

<sup>58</sup>

Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

| Provvedimento                                                                                                                       | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Decisione valida a partire dal |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
|                                                                                                                                     |                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>– preparazione di soluzioni perorali secondo l'EMT, compreso il controllo della qualità;</li> <li>– consegna controllata della sostanza o del preparato;</li> <li>– contabilità concernente la sostanza attiva e rapporti destinati alle autorità;</li> <li>– rapporti all'attenzione del medico responsabile;</li> <li>– consulenza.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                |
| 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                         | <p>1. Psicoterapia effettuata dal medico secondo l'articolo 2 OPre basata su un approccio cognitivo-comportamentale, che prevede in particolare gli elementi seguenti: riduzione del sonno, il controllo degli stimoli, tecniche di rilassamento, ristrutturazione cognitiva, profilassi delle recidive.</p> <p>La terapia si basa su un manuale e implica il contatto regolare tra fornitori di prestazioni e assicurati nonché una fase diagnostica iniziale, intermedia e conclusiva.</p> <p>2. Previa consultazione</p> <p>3. L'assicurazione assume al massimo i costi di 16 settimane di terapia.</p> <p>La procedura relativa all'assunzione dei costi in caso di proseguimento della terapia dopo le 16 settimane è disciplinata per analogia dall'articolo 3b OPre.</p> | 1.1.2017                       |
| Stimolazione magnetica transcranica ripetitiva (rTMS) per il trattamento della depressione                                          | No                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 1.1.2018                       |

## 9 Radiologia, 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<br>- a raggi X doppia energia (DEXA) | Sì                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>– In caso d'osteoporosi manifesta e dopo frattura ossea da trauma inadeguato</li> <li>– In caso di terapia a lungo termine al cortisone o in caso di ipogonadismo</li> <li>– In caso di malattie gastrointestinali con sindrome di malassorbimento (in particolare morbo di Crohn, colite ulcerosa, celiachia)</li> <li>– In caso di iperparatiroidismo primario (se l'indicazione di operare non è chiara)</li> <li>– In caso di osteogenesis imperfecta</li> <li>– HIV</li> <li>– 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)</li> <li>– In caso di terapia con anticonvulsivanti</li> </ul> <p>Esami DEXA periodici finché sussiste la situazione di rischio predisponente, di norma al massimo ogni due anni.</p> | 1.3.1995/<br>1.1.1999/<br>1.7.2010/<br>1.7.2012/<br>1.1.2015/<br>1.7.2019/<br>1.4.2020/<br>1.7.2023 |
| - mediante scanner totale del corpo                                            | No                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 1.3.1995                                                                                            |
| - mediante TC periferica quantitativa (pQTC)                                   | No                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 1.1.2003/<br>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/<br>1.8.2006                                                                               |
| – «Marker» della formazione ossea                                              | No                         | Per la diagnosi precoce del rischio di fratture osteoporotiche                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 1.1.2003/<br>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<br>Per pazienti con sintomi ostruttivi moderati a gravi (IPSS > 8, QoL > 3) e iperplasia benigna della prostata > 30-50 ml<br>e<br>in presenza di almeno uno dei criteri seguenti:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- insuccesso di una terapia medicamentosa o intolleranza ai medicinali; oppure</li> <li>- ritenzione urinaria cronica senza limiti di volume della prostata; oppure</li> <li>- Preoccupazione che subentrino disturbi quali eiaculazione retrograda, disfunzione erettile o incontinenza urinaria; oppure</li> <li>- intervento controindicato a causa dell'età, di comorbidità multiple o di coagulopatie; oppure</li> <li>- intervento rifiutato dal paziente.</li> </ul> I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. | 1.7.2022<br>fino al<br>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/<br>1.1.2005/<br>1.1.2010/<br>1.1.2011/<br>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/<br>1.1.1993                          |
| Low-dose-rate-brachiterapia                                                                               | Sì                         | Con semi di Iodio125 o semi di Palladio 103.<br>In caso di carcinoma della prostata localizzato, con basso o medio rischio di recidiva e:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>– aspettativa di vita &gt; cinque anni</li> <li>– nessuna TUR-P eseguita in precedenza volume della prostata &lt; 60 ccm</li> <li>– uretra non ostruita in modo grave disturbi del deflusso.</li> </ul> Centro qualificato con intensa cooperazione interdisciplinare tra urologi, radio-oncologi e fisici-medici. | 1.7.2002/<br>1.1.2005/<br>1.1.2009/<br>1.7.2011 |
| Radioterapia stereotassica ambulatoriale (fotoni) della degenerazione maculare umida determinata dall'età | No                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 1.1.2018/<br>1.7.2020                           |

| Provvedimento                        | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Decisione valida a partire dal                               |
|--------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Irradiazione terapeutica con protoni |                            | Esecuzione presso l'Istituto Paul Scherrer, Villigen.<br>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/<br>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.<br><br>Per le indicazioni seguenti:<br>– 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);<br>– tumori del cervello e delle meningi (gliomi grado 1 e 2; meningiomi);<br>– tumori al di fuori del cranio nelle regioni della colonna vertebrale, del tronco e delle estremità (sarcoma dei tessuti molli e dell'osso);<br>– tumori nei bambini e negli adolescenti. | 1.1.2002/<br>1.7.2002/<br>1.8.2007/<br>1.1.2011/<br>1.7.2011 |
|                                      | Sì                         | c) In valutazione<br>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) <sup>59</sup> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 1.4.2020/<br>1.1.2022/<br>1.7.2024<br>fino al<br>31.12.2025  |
|                                      | Sì                         | d) In valutazione<br>Per il carcinoma dell'esofago localmente avanzato (≥ T2 o N+, M0), nel quadro dello studio controllato randomizzato PROTECT.<br><br>È necessario convenire un rimborso forfettario specifico per l'indicazione carcinoma dell'esofago.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 1.1.2022<br>fino al<br>31.12.2026                            |
|                                      | No                         | – Radioterapia postoperatoria di carcinomi mammari<br>– Tutte le altre indicazioni                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 1.7.2012/<br>15.7.2015/<br>1.1.2018/<br>1.4.2020             |
| Radiochirurgia (LINAC, Gamma-Knife)  | Sì                         | Per le indicazioni seguenti:<br>– neurinomi del nervo acustico<br>– recidive di adenomi ipofisari o di craniofaringiomi<br>– adenomi ipofisari o craniofaringiomi non operabili in modo radicale<br>– malformazioni arteriovenose<br>– 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/<br>1.7.2012                                        |

| 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                         | <p>Per le indicazioni seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– in caso di metastasi cerebrali del volume di 25 cm<sup>3</sup> 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;</li> <li>– in caso di tumori maligni cerebrali primari del volume di 25 cm<sup>3</sup> al massimo risp. del diametro di 3,5 cm al massimo se la localizzazione del tumore non permette di operarlo.</li> </ul> <p>Per la radiochirurgia con Gamma-Knife è necessario convenire un rimborso forfettario specifico per l'indicazione.</p>                         | 1.1.1999/<br>1.1.2000/<br>1.1.2003/<br>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/<br>1.7.2014/<br>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                         | <p>Per le indicazioni seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Recidiva di un carcinoma mammario inoperabile a livello del seno o della parete toracica, in una zona già sottoposta a radioterapia</li> <li>– Metastasi linfonodali inoperabili dovute a un tumore ORL, in una zona già sottoposta a radioterapia</li> <li>– Metastasi linfonodali superficiali e recidive locali in caso di melanoma maligno</li> <li>– Recidiva locale di un tumore, con fenomeni di compressione in situazioni palliative</li> </ul> <p>I trattamenti avvengono nel quadro di una clinica affiliata alla <i>Swiss Hyperthermia Network</i>; le indicazioni sono fornite dalla sua <i>Tumorboard</i>.</p>                                        | 1.1.2017                                                     |
| Ipertermia oncologica profonda locale in abbinamento con la radioterapia esterna o la brachiterapia     | Sì                         | <p>I trattamenti avvengono nel quadro di una clinica affiliata allo <i>Swiss Hyperthermia Network</i>; le indicazioni sono fornite dalla sua <i>tumorboard</i>.</p> <p>Per le indicazioni seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- carcinoma del collo dell'utero, in caso di controindicazioni per la chemioterapia o in una zona già sottoposta a radioterapia</li> <li>- metastasi ossee dolorose della colonna vertebrale e del bacino, profondità del focolaio &gt; 5 cm</li> <li>- recidiva locale del tumore con sintomatologia da compressione in situazione palliativa, profondità del focolaio &gt; 5 cm</li> <li>- sarcoma dei tessuti molli (tumori recidivanti, resecabili marginalmente o non resecabili)</li> </ul> | 1.1.2017/<br>1.1.2019/<br>1.7.2021/<br>1.1.2022/<br>1.7.2023 |

| Provvedimento                                                                            | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Decisione valida a partire dal   |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
|                                                                                          | No                         | - Carcinoma della vescica<br>- Carcinoma del retto<br>- Carcinoma del pancreas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 1.7.2023                         |
| Ipertermia oncologica profonda locale in abbinamento con la chemioterapia perioperatoria | Sì                         | In valutazione<br>Per l'indicazione seguente:<br>- sarcoma dei tessuti molli (trattamento primario e dopo una resezione R1 o R2, se non è possibile rioperare).<br>I trattamenti avvengono nel quadro di una clinica affiliata allo <i>Swiss Hyperthermia Network</i> .<br>Esecuzione della chemioterapia concomitante sotto supervisione di un medico specializzato in oncologia medica.<br>Indicazione fornita dal centro sarcomi inviante e confermata da parte del tumorboard dello <i>Swiss Hyperthermia Network</i> . | 1.7.2023<br>fino al<br>30.6.2025 |

## 9.4 Medicina nucleare

| Provvedimento                                                                                                                                          | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Decisione valida a partire dal                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Radioterapia selettiva interna (SIRT) con microsfere di Y-90                                                                                           | Sì                         | In casi di tumori al fegato inoperabili refrattari alla chemioterapia, per i quali non è possibile applicare altre tecniche ablativo locali o quando queste non hanno avuto effetto.<br>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 <sup>177</sup> Lu-PSMA nel carcinoma prostatico progressivo, PSMA-positivo, metastatico e resistente alla castrazione (mCRPC) | Sì                         | In valutazione<br>I seguenti criteri devono essere soddisfatti cumulativamente:<br>– dopo un trattamento preparatorio con inibizione della via di segnalazione del recettore degli androgeni (AR)<br>– dopo una chemioterapia a base di tassani o se la chemioterapia non era indicata<br>massimo 6 cicli, altrimenti solo previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. | 1.7.2024<br>fino al<br>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 <sup>60</sup> .<br>I radiofarmaci utilizzati devono disporre di un'omologazione valida.                                                                                                                                                                                         | 1.1.1994/<br>1.4.1994/<br>1.1.1997/<br>1.1.1999/<br>1.1.2001/<br>1.1.2004/<br>1.1.2005/<br>1.1.2006/ |

60

Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://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 <sup>61</sup> della Società svizzera di medicina nucleare (SSMN).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 1.8.2006/<br>1.1.2009/<br>1.1.2011/<br>1.7.2013/<br>1.7.2014/<br>1.1.2016/<br>1.7.2018/<br>1.1.2019/<br>1.3.2019/<br>1.4.2020/<br>1.1.2021/<br>1.7.2021/<br>1.1.2022/<br>1.7.2022/<br>1.7.2023/<br>1.1.2025 |
| Tomografia con emissione di positroni (PET/TC, PET/RM) per l'accertamento della demenza | Sì                         | <p>I radiofarmaci utilizzati devono disporre di un'omologazione valida.</p> <p>Esecuzione nei centri che soddisfano le direttive amministrative del 1° marzo 2021<sup>62</sup> della Società svizzera di medicina nucleare (SSMN).</p> <p>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 2018<sup>63</sup>), psichiatria e psicoterapia o neurologia; con un Mini-Mental-Status-Test totalizzante almeno 10 punti e una demenza insorta al massimo da 5 anni;</p> <p>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.</p> <p>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° gennaio 2000, riveduto il 21 giugno 2018<sup>64</sup>), psichiatria e psicoterapia o neurologia; con un Mini-Mental-Status-Test totalizzante almeno 10</p> | 1.1.2001/<br>1.1.2006/<br>1.8.2006/<br>1.7.2013/<br>1.7.2014/<br>1.1.2015/<br>1.4.2020/<br>1.1.2022                                                                                                         |

<sup>61</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

<sup>62</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

<sup>63</sup> I documenti possono essere consultati al seguente indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

<sup>64</sup> I documenti possono essere consultati al seguente indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

| Provvedimento                                          | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni                                                                                                                                                                              | Decisione valida a partire dal |
|--------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
|                                                        |                            | 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/<br>1.1.2012/<br>1.8.2016/<br>1.8.2017              |
| Medicina antroposofica | Sì                         |            | 1.7.1999/<br>1.1.2005/<br>1.7.2005/<br>1.1.2012/<br>1.8.2017 |

| Provvedimento                                                                                                                                                                                                            | Rimunerazione obbligatoria | Condizioni | Decisione valida a partire dal                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Terapia medicamentosa della medicina tradizionale cinese (MTC)                                                                                                                                                           | Sì                         |            | 1.7.1999/<br>1.1.2005/<br>1.7.2005/<br>1.1.2012/<br>1.8.2016/<br>1.8.2017 |
| Omeopatia unicista (classica)                                                                                                                                                                                            | Sì                         |            | 1.7.1999/<br>1.1.2005/<br>1.7.2005/<br>1.1.2012/<br>1.8.2016/<br>1.8.2017 |
| Fitoterapia                                                                                                                                                                                                              | Sì                         |            | 1.7.1999/<br>1.1.2005/<br>1.7.2005/<br>1.1.2012/<br>1.8.2017              |
| Terapia del campo di disturbo (Terapia neurale secondo Huneke)                                                                                                                                                           | No                         |            | 1.7.1999/<br>1.1.2005/<br>1.7.2005/<br>1.7.1999/<br>1.1.2012/<br>1.7.2012 |
| Ozonoterapia (tutte le applicazioni)                                                                                                                                                                                     | No                         |            | 13.5.1976/<br>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/<br>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 |                            | <p>I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. La riabilitazione in caso di malattia occlusiva arteriosa periferica e di diabete, quale diagnosi principale, è praticata ambulatorialmente. La riabilitazione cardiaca può essere praticata ambulatorialmente o stazionario. I seguenti fattori inducono a optare per una riabilitazione stazionaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– accresciuto rischio cardiaco</li> <li>– diminuzione della funzione del miocardio</li> <li>– comorbidità (diabetes mellitus, COPD, ecc.).</li> </ul> <p>Il programma di riabilitazione ambulatoriale può durare da due a sei mesi, a dipendenza dell'intensità dell'offerta di trattamento.</p> <p>Di regola la durata del trattamento ospedaliero è di quattro settimane ma può essere ridotta a due o tre settimane nei casi meno complessi.</p> <p>La riabilitazione è praticata in un istituto sotto direzione medica, con programma personale e infrastrutture che soddisfano le seguenti direttive:</p> <p>Riabilitazione cardiaca: profilo di esigenze del Gruppo di lavoro per la riabilitazione cardiaca. Società svizzera di cardiologia (SSC) per le cliniche e gli istituti di riabilitazione ufficialmente riconosciuti dalla SSC del 15 marzo 2011<sup>65</sup>.</p> <p>Riabilitazione in caso di malattia occlusiva arteriosa periferica: profilo delle esigenze della Società svizzera d'angiologia del 5 marzo 2009<sup>66</sup>.</p> <p>Riabilitazione in caso di diabete: profilo delle esigenze della Società svizzera di endocrinologia e di diabetologia del 17 novembre 2010<sup>67</sup>.</p> | 12.5.1977/<br>1.1.1997/<br>1.1.2000/<br>1.1.2003/<br>1.1.2009/<br>1.7.2009/<br>1.1.2010/<br>1.7.2011/<br>1.1.2013 |
|                                                                             | Sì                         | <p>Indicazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Dopo un infarto del miocardio, con o senza PTCA</li> <li>– dopo bypass-operation</li> <li>– dopo altri interventi sul cuore e sui grandi vasi</li> <li>– dopo PTCA, in particolare in caso di precedente inattività o di molteplici fattori di rischio</li> <li>– malattia cronica e fattori multipli di rischio refrattari alla terapia ma con buona speranza di vita</li> <li>– malattia cronica con cattiva funzione ventricolare</li> <li>– pazienti con diabete mellito di tipo II (limite: al massimo una volta ogni tre anni).</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                   |

<sup>65</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

<sup>66</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

<sup>67</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://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/<br>1.1.2013          |
|                          | No                         | – pazienti con malattia occlusiva arteriosa periferica asintomatica, nello stadio I secondo Fontaine.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 1.7.2013                       |
| Riabilitazione polmonare | Sì                         | <p>Programmi per pazienti affetti da gravi malattie polmonari croniche.</p> <p>La terapia può essere ambulatoriale o ospedaliera in un'istituzione diretta da medici. Lo svolgimento del programma, il personale e l'infrastruttura devono adempire i requisiti del 2003<sup>68</sup> posti dalla Società svizzera di pneumologia, Commissione per la riabilitazione polmonare. Il responsabile del programma deve essere riconosciuto dalla Società svizzera di pneumologia, Commissione per la riabilitazione polmonare.</p> <p>L'assunzione dei costi è garantita al massimo una volta all'anno.</p> <p>I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p> | 1.1.2005                       |

68

Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://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/<br>1.7.2012          |
| Crineurolisi                                                                           | No                         | Cura dei dolori delle articolazioni intervertebrali lombari. | 1.1.1997                       |
| Denervazione delle faccette mediante radiofrequenza                                    | No                         |                                                              | 1.1.2004/<br>1.1.2005          |