Ordinanza del DFI sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie

(Ordinanza sulle prestazioni, OPre)[1]

del 29 settembre 1995 (Stato 1° gennaio 2009)

Il Dipartimento federale dell'interno,

visti gli articoli 33, 36 capoverso 1, 54 capoversi 2–4, 59*a*, 62, 65 capoverso 3, 71 capoverso 4, 75, 77 capoverso 4 e 105 capoverso 1bis dell'ordinanza del 27 giugno 1995[2] sull'assicurazione malattie (OAMal),[3]

ordina:

Titolo 1: Prestazioni

Capitolo 1: Prestazioni mediche, chiropratiche e farmaceutiche[4]

Sezione 1: Rimunerazione obbligatoria

Art. 1[5]

L'allegato 1 indica le prestazioni di cui all'articolo 33 lettere a e c OAMal, che sono state esaminate dalla Commissione delle prestazioni e delle questioni fondamentali e di cui l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (assicurazione):

a. assume i costi;

b. assume i costi a determinate condizioni;

c. non assume i costi.

RU **1995** 4964

1 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 7 ott. 2002, in vigore dal 1°gen. 2003 (RU **2002** 3670).

2 RS **832.102**

3 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 26 giu. 2008, in vigore dal 1° ago. 2008 (RU **2008** 3553).

4 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 27 nov. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU **2000** 3088).

5 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 10 dic. 2008, in vigore dal 1° gen. 2009 (RU **2008** 6493).

Sezione 2: Psicoterapia effettuata dal medico

Art. 2[6] Principio

1 L'assicurazione assume i costi della psicoterapia effettuata dal medico secondo i metodi la cui efficacia è dimostrata scientificamente.

2 Per psicoterapia s'intende una forma di terapia per la cura di malattie psichiche e psicosomatiche basata prevalentemente sulla comunicazione verbale e che si fonda su una teoria del comportamento normale e patologico nonché su una diagnostica orientata all'eziologia. Essa comprende la riflessione sistematica, la costruzione e il mantenimento dell'alleanza terapeutica, è caratterizzata da sedute regolari e pianificate in anticipo e persegue un obiettivo terapeutico definito mediante tecniche apprendibili.

Art. 3[7] Assunzione dei costi

L'assicurazione assume al massimo i costi di dieci sedute d'accertamento e di terapia. Sono fatti salvi gli articoli 3*a* e 3*b*.

Art. 3*a*[8] Procedura per l'assunzione dei costi per una terapia che duri più di dieci sedute

1 Se si prevede che la psicoterapia necessiti più di dieci sedute, il medico curante deve notificare al medico di fiducia, dopo sei sedute o, in casi eccezionali motivati, al più tardi dopo nove sedute, l'inizio della terapia. Tale notificazione deve contenere informazioni sul tipo di patologia, sull'obiettivo e sullo scopo nonché sulla prevista durata del trattamento.

2 Se in base a questa notificazione giunge alla conclusione che il trattamento deve essere protratto, il medico di fiducia propone all'assicuratore di rimunerare i costi per al massimo 30 ulteriori sedute.

3 Entro 15 giorni dal ricevimento della notificazione l'assicuratore comunica all'assicurato, con copia al medico curante, se e in che misura saranno ulteriormente rimunerati i costi della psicoterapia.

6 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 3 lug. 2006, in vigore dal 1° gen. 2007 (RU **2006** 2957). Vedi anche il cpv. 2 delle disp. fin. di questa modifica alla fine del presente testo.

7 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 3 lug. 2006, in vigore dal 1° gen. 2007 al 31 dic. 2010 (RU **2006** 2957). Vedi anche il cpv. 2 delle disp. fin. di questa modifica alla fine del presente testo.

8 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 3 lug. 2006, in vigore dal 1° gen. 2007 al 31 dic. 2010 (RU **2006** 2957).

Art. 3*b*[9] Procedura per l'assunzione dei costi per una terapia che duri più di 40 sedute

[1] Affinché dopo 40 sedute la cura continui ad essere rimunerata, il medico curante deve trasmettere al medico di fiducia dell'assicuratore un rapporto con una proposta debitamente motivata.

[2] Il medico di fiducia propone all'assicuratore se e in quale misura la psicoterapia può essere continuata a carico dell'assicurazione.

[3] Se la cura è continuata, il medico curante deve trasmettere al medico di fiducia, almeno una volta all'anno, un rapporto concernente il decorso e l'indicazione della terapia.

Art. 3*c*[10] Contenuto delle notificazioni e dei rapporti

Le notificazioni e i rapporti trasmessi al medico di fiducia secondo gli articoli 3*a* e 3*b* possono contenere unicamente le indicazioni necessarie a stabilire la rimunerazione obbligatoria dell'assicuratore.

Art. 3*d*[11] Indagine scientifica

L'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), in collaborazione con gli assicuratori e i fornitori di prestazioni, svolge un'indagine scientifica relativa all'applicazione e agli effetti del disciplinamento ai sensi degli articoli 3*a* e 3*b*. Può integrare nell'esecuzione dello studio istituti scientifici e gruppi peritali.

Sezione 3: Prestazioni prescritte dai chiropratici

Art. 4

L'assicurazione assume i costi delle analisi, dei medicamenti, dei mezzi e degli apparecchi diagnostici e terapici come pure i procedimenti di formazione d'immagini seguenti, prescritti dai chiropratici:[12]

a.[13] analisi:

le analisi sono designate separatamente nell'elenco delle analisi giusta l'articolo 62 capoverso 1 lettera b OAMal;

b. medicamenti:

9 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 3 lug. 2006, in vigore dal 1° gen. 2007 al 31 dic. 2010 (RU **2006** 2957).
10 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 3 lug. 2006, in vigore dal 1° gen. 2007 al 31 dic. 2010 (RU **2006** 2957).
11 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 3 lug. 2006, in vigore dal 1° gen. 2007 al 31 dic. 2010 (RU **2006** 2957).
12 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 10 lug. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU **2000** 2546).
13 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 17 nov. 2003, in vigore dal 1° gen. 2004 (RU **2003** 5283).

le specialità farmaceutiche dei gruppi terapeutici 01.01. Analgetica e 07.10. Artriti e affezioni reumatiche dell'elenco delle specialità, purché il competente organo svizzero di controllo ne abbia specificato come modalità di vendita quella in farmacia senza ricetta medica (C) oppure quella in farmacia e drogheria (D);

c. mezzi e apparecchi:
   1. i prodotti del gruppo 05.12.01. Collare cervicale dell'elenco dei mezzi e degli apparecchi,
   2. i prodotti del gruppo 34. Materiale per medicazione, dell'elenco dei mezzi e degli apparecchi, se utilizzati per la colonna vertebrale;

d.[14] diagnostica per immagini:
   1. radiografia dello scheletro,
   2. tomografia computerizzata (TC) dello scheletro,
   3. risonanza magnetica nucleare (RMN) dello scheletro assiale,
   4. scintigrafia dello scheletro.

Sezione 4:[15] Prestazioni farmaceutiche

Art. 4*a*

[1] L'assicurazione assume i costi delle seguenti prestazioni dei farmacisti:

a. consulenza in relazione all'esecuzione di una ricetta medica che comprende almeno un medicamento dell'elenco delle specialità;

b. esecuzione di una ricetta medica all'infuori delle ore d'apertura usuali locali, in caso d'urgenza;

c. sostituzione di un preparato originale o di un generico prescritti dal medico con un generico meno caro;

d. assistenza prescritta dal medico per l'assunzione di un medicamento.

[2] L'assicurazione può assumere, nell'ambito di una convenzione tariffale, i costi di prestazioni più estese atte a contenere i costi, fornite a favore di un gruppo di assicurati.

14 Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 10 lug. 2000 (RU **2000** 2546). Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 9 dic. 2002 (RU **2002** 4253).
15 Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 27 nov. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU **2000** 3088).

Capitolo 2: Prestazioni effettuate da persone che dispensano cure previa prescrizione o mandato medico

Sezione 1: Fisioterapia

Art. 5

[1] Sono assunti i costi delle seguenti prestazioni dei fisioterapisti ai sensi degli articoli 46 e 47 OAMal, se effettuate previa prescrizione medica:

a. raggi ultravioletti;

b. raggi colorati e infrarossi;

c. aria calda;

d. onde corte, onde ultracorte;

e. radar (microonde);

f. diatermia;

g. aerosol;

h. massaggio manuale e chinesiterapia:
   1. massaggio muscolare, locale o generale, massaggio del tessuto connettivo e riflessogeno,
   2. ginnastica medica (motulizzazione articolare, chinesiterapia passiva, meccanoterapia, ginnastica respiratoria ivi compreso l'impiego di apparecchi per combattere l'insufficienza respiratoria, ginnastica in piscina),
   3. ginnastica secondo Bobath o Kabath,
   4. ginnastica di gruppo,
   5. estensione vertebrale,
   6. drenaggio linfatico di edemi linfatici, eseguito da fisioterapisti con formazione speciale in questa terapia,
   7. ippoterapia-K in caso di sclerosi multipla, eseguita da fisioterapisti con formazione speciale in questa terapia;

i. ultrasuoni;

k. elettroterapia:
   1. galvanizzazione (locale e generale), iontoforesi,
   2. faradizzazione (corrente esponenziale, corrente a bassa e media frequenza);

l. idroterapia:
   1. impacchi e compresse,
   2. applicazione di fango e di paraffina,
   3. docce medicali,
   4. bagni medicinali,
   5. bagni elettrici,

6. massaggio al getto (idromassaggio),
7. massaggio sott'acqua,
8. bagni ipertermici.

2 L'assicurazione assume al massimo, per ogni prescrizione medica, i costi di nove sedute effettuate in un periodo di tre mesi dalla prescrizione.[16]

3 Per la rimunerazione di ulteriori sedute è necessaria una nuova prescrizione medica.

4 Se la fisioterapia dev'essere continuata a carico dell'assicuratore dopo una cura equivalente a 36 sedute, il medico curante deve informarne il medico di fiducia e trasmettergli una proposta debitamente motivata in merito alla continuazione della terapia. Il medico di fiducia la esamina e propone se, in quale misura e per quale durata fino al prossimo rapporto la terapia può essere continuata a carico dell'assicurazione.[17]

5 Se il decorso di una malattia cronica o di un'infermità congenita di un assicurato rende necessarie provvisoriamente più di nove sedute su un periodo di tre mesi, il medico curante deve trasmettere al medico di fiducia un rapporto e sottoporgli una proposta debitamente motivata. Dopo l'esame della proposta il medico di fiducia può proporre l'assunzione dei costi per il numero di sedute resosi necessario.[18]

Sezione 2: Ergoterapia

Art. 6

1 Le prestazioni effettuate previa prescrizione medica dagli ergoterapisti e dalle organizzazioni di ergoterapia ai sensi degli articoli 46, 48 e 52 OAMal sono assunte purché:

a. in caso d'affezioni somatiche procurino all'assicurato, migliorandone le funzioni corporee, l'autonomia nel compimento degli atti ordinari della vita oppure

b.[19] siano effettuate nell'ambito di una cura psichiatrica.

2 L'assicurazione assume al massimo, per ogni prescrizione medica, i costi di nove sedute effettuate in un periodo di tre mesi dalla prescrizione.[20]

3 Per la rimunerazione di ulteriori sedute è necessaria una nuova prescrizione medica.

4 Se l'ergoterapia dev'essere continuata a carico dell'assicuratore dopo una cura equivalente a 36 sedute, il medico curante deve informarne il medico di fiducia e

16 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 9 dic. 2002 (RU **2002** 4253).
17 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 9 dic. 2002 (RU **2002** 4253). Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 10 dic. 2008, in vigore dal 1° gen. 2009 (RU **2008** 6493)
18 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 10 dic. 2008, in vigore dal 1° gen. 2009 (RU **2008** 6493)
19 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 13 dic. 1996 (RU **1997** 564).
20 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 9 dic. 2002 (RU **2002** 4253).

trasmettergli una proposta debitamente motivata in merito alla continuazione della terapia. Il medico di fiducia la esamina e propone se, in quale misura e per quale durata fino al prossimo rapporto la terapia può essere continuata a carico dell'assicurazione.[21]

5 Se il decorso di una malattia cronica o di un'infermità congenita di un assicurato rende necessarie provvisoriamente più di nove sedute su un periodo di tre mesi, il medico curante deve trasmettere al medico di fiducia un rapporto e sottoporgli una proposta debitamente motivata. Dopo l'esame della proposta il medico di fiducia può proporre l'assunzione dei costi per il numero di sedute resosi necessario.[22]

Sezione 3: Cure dispensate a domicilio, ambulatoriamente o in una casa di cura

Art. 7 Definizione delle cure

1 L'assicurazione assume i costi degli esami, delle terapie e delle cure (prestazioni) effettuati secondo la valutazione dei bisogni (art. 7 cpv. 2 e art. 8*a*) previa prescrizione o mandato medico:[23]

a. da infermieri (art. 49 OAMal);

b. da organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio (art. 51 OAMal);

c. in case di cura (art. 39 cpv. 3 della LF del 18 mar. 1994[24] sull'assicurazione malattie, LAMal).

2 Sono prestazioni ai sensi del capoverso 1:

a.[25] consigli e istruzioni:

1. valutazione dei bisogni del paziente e dell'ambiente in cui vive e piano dei provvedimenti necessari, redatto in collaborazione con il medico e il paziente,
2. consigli al paziente ed eventualmente agli ausiliari non professionisti per l'effettuazione delle cure, segnatamente per il riconoscimento dei sintomi della malattia, la somministrazione dei medicamenti o l'impiego d'apparecchi medici come pure i controlli necessari;

b. esami e cure:

1. controllo dei segni vitali (polso, pressione sanguigna, temperatura, respirazione, peso),
2. test semplice dello zucchero nel sangue e nell'urina,

21 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 9 dic. 2002 (RU **2002** 4253). Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 10 dic. 2008, in vigore dal 1° gen. 2009 (RU **2008** 6493)
22 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 10 dic. 2008, in vigore dal 1° gen. 2009 (RU **2008** 6493)
23 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 3 lug. 1997, in vigore dal 1° gen. 1998 (RU **1997** 2039).
24 RS **832.10**
25 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 20 dic. 2006 (RU **2006** 5769).

3. prelievo di materiale per esame di laboratorio,
4. provvedimenti inerenti la terapia respiratoria (quali somministrazione di ossigeno, inalazioni, esercizi respiratori semplici, aspirazione),
5. posa di sonde e di cateteri come pure le cure corrispettive,
6. cure in caso di emodialisi o di dialisi peritoneale,
7. somministrazione di medicamenti, in particolare per iniezione o perfusione,
8. somministrazione enterale e parenterale di soluzioni nutritive,
9. sorveglianza delle perfusioni e delle trasfusioni come pure d'apparecchi che servono al controllo e al mantenimento delle funzioni vitali o di uso terapeutico,
10. lavaggio, pulitura e medicazione di piaghe (compresi decubiti e ulcere) e delle cavità del corpo (comprese cure per pazienti con stoma o tracheostoma) come pure la pedicure per diabetici,
11. cure in caso di turbe dell'evacuazione urinaria o intestinale, compresa la ginnastica di riabilitazione in caso d'incontinenza,
12. assistenza per bagni medicinali parziali o completi; applicazione d'impacchi, cataplasmi e fango,
13. [26]assistenza per l'applicazione di terapie mediche nella prassi quotidiana, quali l'esercizio di strategie d'intervento e le istruzioni comportamentali per i casi di aggressione, paura e psicosi deliranti,
14. [27]sostegno alle persone malate psichicamente in situazioni di crisi, volto segnatamente a impedire attacchi acuti pericolosi per loro stesse e per gli altri;

c. cure di base:
   1. cure di base generali per i pazienti dipendenti quali: bendare le gambe, infilare le calze compressive, rifacimento del letto, installazione del paziente, esercizi di mobilizzazione, prevenzione antidecubito, prevenzione e cure delle lesioni cutanee conseguenti a una terapia; aiuto alle cure d'igiene corporale e della bocca, a vestire e svestire il paziente e a nutrirlo,
   2. [28] provvedimenti volti a sorvegliare e assistere persone malate psichicamente nel quadro delle attività fondamentali quotidiane, quali: l'elaborazione e l'attuazione di un ritmo di vita strutturato adeguato, una pratica mirata alla creazione e all'incoraggiamento di contatti sociali e l'assistenza nell'ambito dell'aiuto all'orientamento e dell'applicazione di misure di sicurezza.

[2bis] La valutazione se occorra attuare i provvedimenti di cui alla lettera b numeri 13 e 14 nonché alla lettera c numero 2 deve essere effettuata da un infermiere (art. 49 OAMal) che possa provare un'attività pratica di due anni nel ramo della psichiatria.[29]

26 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 20 dic. 2006 (RU **2006** 5769).
27 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 20 dic. 2006 (RU **2006** 5769).
28 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 20 dic. 2006 (RU **2006** 5769).
29 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 20 dic. 2006 (RU **2006** 5769).

3 Le spese generali d'infrastruttura e di gestione dei fornitori di prestazioni non sono calcolate nel costo delle prestazioni.[30]

Art. 8[31] Prescrizione o mandato medico, valutazione dei bisogni

1 La prescrizione o il mandato medico delle prestazioni degli infermieri o delle organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio vanno definiti in base alla valutazione dei bisogni e del piano comune dei provvedimenti necessari.

2 La valutazione dei bisogni comprende l'analisi dello stato generale del paziente, dell'ambiente in cui vive, delle cure e dell'assistenza necessarie.

3 La valutazione dei bisogni si basa su criteri uniformi. I risultati sono registrati in un formulario. Deve essere segnatamente indicato il tempo necessario previsto. Le parti alla convenzione tariffale approntano un formulario uniforme.

4 La valutazione dei bisogni nelle case di cura si basa sui livelli dei bisogni di cure (art. 9 cpv. 4). L'assegnazione ad un livello dei bisogni di cure da parte del medico equivale a prescrizione o mandato medico.

5 L'assicuratore può esigere che gli siano comunicati i dati della valutazione dei bisogni concernenti le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2.

6 La durata della prescrizione o del mandato medico dev'essere limitata. Non può superare:

a. tre mesi in caso di malattia acuta;

b. sei mesi in caso di malattia di lunga durata.

6bis Per le persone che ricevono un assegno per grandi invalidi dell'assicurazione vecchiaia e superstiti, dell'assicurazione invalidità e dell'assicurazione infortuni a causa di una grande invalidità di grado medio o elevato, il mandato medico o la prescrizione medica è di durata illimitata per quanto concerne le prestazioni attinenti alla grande invalidità. L'assicurato deve comunicare all'assicuratore l'esito della revisione dell'assegno per grandi invalidi. Al termine di una siffatta revisione, il mandato medico o la prescrizione medica vanno rinnovati.[32]

7 La prescrizione o il mandato medico possono essere rinnovati.

Art. 8*a*[33] Procedura di controllo e di conciliazione

1 Per le cure dispensate a domicilio, assicuratori e fornitori di prestazioni convengono la procedura di controllo e di conciliazione da inserire nelle convenzioni tariffali.

30 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 3 lug. 1997, in vigore dal 1° gen. 1998 (RU **1997** 2039). Nuovo testo giusta il n. I dell'O del 18 dic. 1997 (RU **1998** 150).
31 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 3 lug. 1997, in vigore dal 1° gen. 1998 (RU **1997** 2039).
32 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 18 set. 1997, in vigore dal 1° gen. 1998 (RU **1997** 2436).
33 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 3 lug. 1997, in vigore dal 1° gen. 1998 (RU **1997** 2039).

2 In assenza di convenzione tariffale (art. 47 LAMal[34]), il governo cantonale, sentite le parti interessate, stabilisce oltre alla tariffa la procedura di cui al capoverso 1.

3 La procedura serve alla verifica della valutazione dei bisogni e al controllo dell'adeguatezza e dell'economicità delle prestazioni. Le prescrizioni o i mandati medici devono essere verificati se prevedono oltre 60 ore di cure per trimestre. Se prevedono meno di 60 ore per trimestre, vanno effettuate sistematiche verifiche a saggio.

Art. 9 Fatturazione

1 Le prestazioni possono essere fatturate segnatamente in base a una tariffa temporale o forfettaria (art. 43 LAMal[35]).

2 I diversi tipi di tariffe possono essere combinati.

3 Per le prestazioni effettuate dagli infermieri o dalle organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio, le parti alla convenzione o le autorità competenti concordano rispettivamente stabiliscono tariffe scalate secondo la natura e la difficoltà delle prestazioni.[36]

4 Per le prestazioni effettuate nelle case di cura, le parti alla convenzione o le autorità competenti concordano rispettivamente stabiliscono tariffe scalate secondo il livello dei bisogni di cure. Devono essere previsti almeno quattro livelli.[37]

Art. 9*a*[38] Trasparenza dei costi e limiti tariffali

1 Finché i fornitori di prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 1 lettere a e b non dispongono di basi di calcolo dei costi stabilite d'intesa con gli assicuratori, le seguenti tariffe limite orarie non possono essere superate:

a. per le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettera c, in situazioni semplici e stabili: 30–48.50 franchi;

b. per le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettera c, in situazioni complesse e instabili come pure per le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettera b: 45–70.00 franchi;

c. per le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettera a: 50–75.00 franchi.[39]

2 Finché i fornitori di prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 1 lettera c non dispongono di una contabilità analitica uniforme (art. 49 cpv. 6 e 50 LAMal[40]), le seguenti tariffe limite giornaliere non possono essere superate:

34 RS **832.10**
35 RS **832.10**
36 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 3 lug. 1997, in vigore dal 1° gen. 1998 (RU **1997** 2039).
37 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 3 lug. 1997, in vigore dal 1° gen. 1998 (RU **1997** 2039).
38 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 18 set. lug. 1997, in vigore dal 1° gen. 1998 (RU **1997** 2436).
39 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 21 nov. 2007, in vigore dal 1° gen. 2008 (RU **2007** 6839).
40 RS **832.10**

a. per il primo livello dei bisogni di cure: 10–20.50 franchi,

b. per il secondo livello dei bisogni di cure: 15–41.50 franchi,

c. per il terzo livello dei bisogni di cure: 30–67.00 franchi,

d. per il quarto livello dei bisogni di cure: 40–82.50 franchi.[41]

3 È applicabile l'articolo 44 LAMal.

Sezione 3*a*:[42] Consulenza nutrizionale

Art. 9*b*[43]

1 I dietisti ai sensi degli articoli 46 e 50*a* OAMal prestano consulenza, previa prescrizione medica o mandato medico, ai pazienti affetti dalle malattie seguenti:[44]

a.[45] turbe del metabolismo,

b. obesità (Body-mass-index oltre 30) e malattie conseguenti al sovrappeso oppure concomitanti,

c. malattie cardiovascolari,

d. malattie del sistema digestivo,

e. malattie dei reni,

f. stato di malnutrizione o di denutrizione,

g. allergie alimentari o reazioni allergiche dovute all'alimentazione.

2 Sono assunti al massimo i costi di sei sedute di consulenza nutrizionale prescritta dal medico curante. La prescrizione medica può essere rinnovata se sono necessarie ulteriori consultazioni.

3 Affinché la cura continui ad essere rimunerata dopo 12 consultazioni, il medico curante deve trasmettere al medico di fiducia una proposta debitamente motivata. Il medico di fiducia propone all'assicuratore se e in quale misura la consulenza nutrizionale può essere continuata a carico dell'assicurazione.

41 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 21 nov. 2007, in vigore dal 1° gen. 2008 (RU **2007** 6839).
42 Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 13 dic. 1996, in vigore dal 1° lug. 1997 (RU **1997** 564).
43 Originario art. 9*a*.
44 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 18 nov. 1998, in vigore dal 1° gen. 1999 (RU **1999** 528).
45 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 18 nov. 1998, in vigore dal 1° gen. 1999 (RU **1999** 528).

Sezione 3*b*:[46] Consulenza ai diabetici

Art. 9*c*

[1] L'assicurazione assume i costi della consulenza ai diabetici prestata previa prescrizione medica o mandato medico da:

a. infermiere e infermieri (art. 49 OAMal) con formazione speciale riconosciuta dall'Associazione svizzera infermiere e infermieri (ASI),

b. un centro di consulenza dell'Associazione svizzera per il diabete, autorizzato conformemente all'articolo 51 OAMal, che dispone del personale diplomato con formazione speciale riconosciuta dall'Associazione svizzera infermiere e infermieri (ASI).

[2] La consulenza ai diabetici comprende i consigli e l'istruzione attinenti all'ambito delle cure (*Diabetes mellitus*).

[3] L'assicurazione assume al massimo i costi di dieci sedute per prescrizione medica. Se la consulenza dev'essere continuata a carico dell'assicuratore dopo dieci sedute, il medico curante deve informare il medico di fiducia e trasmettergli une proposta debitamente motivata. Il medico di fiducia la esamina e propone se e in quale misura la consulenza può essere continuata a carico dell'assicurazione.[47]

[4] I dietisti (art. 50*a* OAMal) che operano in centri di consulenza dell'Associazione svizzera per il diabete possono effettuare le prestazioni di cui all'articolo 9*b* capoverso 1 lettera a e capoversi 2 e 3.

Sezione 4: Logopedia

Art. 10 Principio

I logopedisti curano, previa prescrizione medica, i pazienti affetti da turbe del linguaggio, dell'articolazione, della voce e della dizione conseguenti a:

a. danno cerebrale causato da infezione, trauma, postumi operatori, intossicazione, tumore o turbe vascolari;

b. affezioni foniatriche (ad es. malformazione parziale o totale delle labbra, del palato e della mascella; alterazione della mobilità della lingua e della muscolatura della bocca o del velo palatino d'origine infettiva, traumatica o postoperatoria; disfonia funzionale ipocinetica o ipercinetica; alterazioni della funzione della laringe d'origine infettiva, traumatica o postoperatoria).

46 Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 18 nov. 1998, in vigore dal 1° gen. 1999 (RU **1999** 528).
47 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 9 dic. 2002 (RU **2002** 4253).

Art. 11 Condizioni

1 L'assicurazione assume al massimo, per ogni prescrizione medica, i costi di dodici sedute di terapia logopedica effettuate in un periodo non superiore ai tre mesi dalla prescrizione medica.

2 Per la rimunerazione di ulteriori sedute è necessaria una nuova prescrizione medica.

3 Se una terapia logopedica dev'essere continuata a carico dell'assicurazione dopo una cura equivalente a 60 sedute di un'ora comprese in un periodo di un anno, il medico curante deve informare il medico di fiducia e trasmettergli una relativa proposta debitamente motivata. Il medico di fiducia la esamina e propone se e in quale misura la terapia può essere continuata a carico dell'assicurazione.

4 Il medico curante deve informare il medico di fiducia almeno una volta all'anno in merito al decorso e all'ulteriore indicazione della terapia.

5 I rapporti trasmessi al medico di fiducia in applicazione dei capoversi 3 e 4 possono contenere unicamente le indicazioni necessarie a stabilire la rimunerazione obbligatoria dell'assicuratore.

Capitolo 3: Misure di prevenzione

Art. 12[48] Principio

L'assicurazione assume i costi delle misure di medicina preventiva seguenti (art. 26 LAMal[49]):

a. vaccinazioni profilattiche (art. 12*a*);

b. misure di profilassi di malattie (art. 12*b*);

c. esami sullo stato di salute generale (art. 12*c*);

d. misure per l'individuazione precoce di malattie in determinati gruppi a rischio (art. 12*d*);

e. misure per l'individuazione precoce di malattie nella popolazione in generale, incluse le misure destinate a tutte le persone di una determinata classe d'età oppure a tutti gli uomini o donne (art. 12*e*).

48 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 21 nov. 2007, in vigore dal 1° gen. 2008 (RU **2007** 6839).

49 RS **832.10**

Art. 12*a*[50] Vaccinazioni profilattiche

L'assicurazione assume i costi delle seguenti vaccinazioni alle condizioni elencate:

Misura		Condizione
a.	Vaccinazione e richiami contro difteria, tetano, pertosse, poliomielite; vaccinazione contro morbillo, orecchioni, rosolia	Per fanciulli e adolescenti fino a sedici anni, nonché per adulti non immunizzati, secondo il «Piano svizzero delle vaccinazioni 2008», curato dall'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) e dalla Commissione federale per le vaccinazioni (CFV)[51].
b.	Richiamo dT	Per le persone di oltre sedici anni, secondo il «Piano svizzero delle vaccinazioni 2008», curato dall'UFSP e dalla CFV.
c.	Vaccinazione contro l'Haemofilus influenzae	Per i fanciulli fino a cinque anni, secondo il «Piano svizzero delle vaccinazioni 2008», curato dall'UFSP e dalla CFV.
d.	Vaccinazione contro l'influenza	1. Vaccinazione annuale per le persone affette da una malattia cronica, per coloro ai quali un'influenza potrebbe causare complicazioni gravi (secondo le raccomandazioni per la prevenzione dell'influenza stabilite dall'UFSP, dal gruppo di lavoro Influenza e dalla Commissione federale per le vaccinazioni [CFV], stato agosto 2000. Supplementum XIII, UFSP, 2000) e per le persone di età superiore ai 65 anni.

50 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 21 nov. 2007 (RU **2007** 6839). Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 10 dic. 2008, in vigore dal 1° gen. 2009 (RU **2008** 6493)

51 Direttive e raccomandazioni n. 8 (Piano svizzero delle vaccinazioni 2008). Ufficio federale della sanità pubblica e Commissione federale per le vaccinazioni, Berna 2008.

Misura		Condizione
		2. In caso di minaccia di pandemia d'influenza o nel corso di tale pandemia, per coloro ai quali l'UFSP raccomanda una vaccinazione (conformemente all'art. 12 dell'O del 27 apr. 2005[52] sulla pandemia di influenza, OPI). Questa prestazione non è soggetta ad alcuna franchigia. Per la vaccinazione, compreso il vaccino, viene concordato un rimborso forfettario.
e.	Vaccinazione contro l'epatite B	1. Per i neonati di madri HbsAg-positive e le persone esposte a rischi di contagio. Se effettuato per motivi professionali, i costi non sono assunti dall'assicurazione. 2. Vaccinazione secondo le raccomandazioni stabilite nel 1997 dall'UFSP e dalla CFV (Allegato al Bollettino dell'UFSP 5/98 e Complemento del Bollettino 36/98), secondo il «Piano svizzero delle vaccinazioni 2008», curato dall'UFSP e dalla CFV.
f.	Vaccinazione passiva con Epatite B-Immunglobuline	Per i neonati di madri HBsAg-positive.
g.	Vaccinazione contro i pneumococchi	1. Con vaccino polisaccaridico: adulti a partire dai 65 anni nonché adulti e fanciulli di età superiore ai due anni, con una malattia cronica grave, stato di deficienza immunitaria, diabete mellito, fistola di liquido cefalorachidiano, splenectomia funzionale o anatomica, impianto cocleare, malformazione della base del cranio o prima di una splenectomia o di un impianto cocleare secondo il «Piano svizzero delle vaccinazioni 2008» curato dall'UFSP e dalla CFV.

52 RS **818.101.23**

Misura		Condizione
		2. Con vaccino coniugato: fanciulli d'età inferiore ai due anni e fanciulli d'età inferiore ai cinque anni affetti da malattie croniche secondo il «Piano svizzero delle vaccinazioni 2008» curato dall'UFSP e dalla CFV.
h.	Vaccinazione contro i meningococchi	Secondo il «Piano svizzero delle vaccinazioni 2008» curato dall'UFSP e dalla CFV.
i.	Vaccinazione contro la tubercolosi	Con il vaccino BCG secondo le direttive dell'Associazione svizzera contro la tubercolosi e le malattie polmonari (ASTP) e dell'UFSP del 1996 (bollettino dell'UFSP 16/1996).
j.	Vaccinazione contro l'encefalite da zecca (FSME)	Secondo il «Piano svizzero delle vaccinazioni 2008» curato dall'UFSP e dalla CFV e secondo le raccomandazioni del marzo 2006 (bollettino dell'UFSP n. 13, 2006). Se effettuato per motivi professionali, i costi non sono assunti dall'assicurazione.
k.	Vaccinazione contro la varicella	Vaccinazione di giovani e adulti non immunizzati, nonché di gruppi specifici a rischio, conformemente alle raccomandazioni dell'UFSP e della Commissione federale per le vaccinazioni (CFV) del novembre 2004 (bollettino dell'UFSP n. 45, 2004). Vaccinazione di soggetti contatto (quali genitori, fratelli, personale di assistenza) di bambini nati prima della 33esima settimana di gravidanza.

Misura	Condizione
l. Vaccinazione contro i virus del papilloma umano (HPV)	1. Conformemente alle raccomandazioni dell'UFSP e della CFV del giugno 2007 (Bollettino dell'UFSP n. 25, 2007): a. vaccinazione generale delle ragazze in età scolastica; b. vaccinazione delle donne d'età compresa tra i 15 e i 19 anni. Questa disposizione è applicabile fino al 31 dicembre 2012. 2. Vaccinazione nel quadro di programmi cantonali di vaccinazione che devono soddisfare i seguenti requisiti minimi: a. l'informazione ai giovani appartenenti ai gruppi target e ai loro genitori (o rappresentanti legali) in merito alla disponibilità della vaccinazione e alle raccomandazioni dell'UFSP e della CFV è garantita; b. l'acquisto del vaccino avviene centralmente; c. la completezza delle vaccinazioni (schema di vaccinazione conformemente alle raccomandazioni dell'UFSP e della CFV) è ricercata; d. le prestazioni e gli obblighi dei responsabili del programma, dei medici che effettuano le vaccinazioni e degli assicuratori malattia sono definiti; e. il rilevamento di dati, il conteggio, i flussi delle informazioni e delle finanze sono disciplinati. 3. Questa prestazione non è soggetta ad alcuna franchigia.

Misura	Condizione
m. Vaccinazione contro l'epatite A	Per pazienti affetti da una malattia cronica del fegato; per bambini provenienti da Paesi con un'endemicità media o elevata che vivono in Svizzera e che ritornano al loro Paese d'origine per un soggiorno temporaneo; per persone che si iniettano droghe; per uomini che hanno contatti sessuali con altri uomini al di fuori di una relazione stabile. Conformemente alle raccomandazioni dell'UFSP e della CFV del gennaio 2007 (supplemento al Bollettino dell'UFSP n. 3, 2007). Se effettuato per motivi professionali o di medicina di viaggio, i costi non sono assunti dall'assicurazione.

Art. 12*b*[53] Misure di profilassi di malattie

L'assicurazione assume i costi delle seguenti misure di profilassi di malattie alle condizioni elencate:

Misura	Condizione
a. Profilassi alla vitamina K	Per i neonati (3 dosi).
b. Profilassi del rachitismo mediante vitamina D	Durante il primo anno.

Art. 12*c*[54] Esami sullo stato di salute generale

L'assicurazione assume i costi dei seguenti esami sullo stato di salute generale:

Misura	Condizione
a. Esame dello stato di salute e dello sviluppo del fanciullo in età prescolare	Secondo le raccomandazioni pubblicate nel manuale «Esami preventivi» della Società svizzera di pediatria (2ª edizione, Berna 1993). In totale otto esami.

53 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 21 nov. 2007, in vigore dal 1° gen. 2008 (RU **2007** 6839).
54 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 21 nov. 2007, in vigore dal 1° gen. 2008 (RU **2007** 6839).

Art. 12*d*[55] Misure per l'individuazione precoce di malattie in determinati gruppi a rischio

L'assicurazione assume i costi delle seguenti misure per l'individuazione precoce di malattie in determinati gruppi a rischio alle condizioni elencate:

Misura	Condizione
a. Test HIV	Per i neonati di madri sieropositive e le persone esposte a pericolo di contagio, seguito da un colloquio che dev'essere documentato.
b. Colonoscopia	In caso di cancro del colon in famiglia (ne sono stati affetti almeno 3 parenti di primo grado o uno prima dell'età di 30 anni).
c. Esame della pelle	In caso di rischio accresciuto di melanoma in famiglia (melanoma riscontrato in un parente di primo grado).
d. Mammografia	In caso di cancro del seno della madre, della figlia o della sorella. Frequenza secondo la valutazione clinica, fino ad un esame preventivo l'anno. La prima mammografia deve essere preceduta da un colloquio approfondito con spiegazioni e consulenza, che va documentato. La mammografia va effettuata da un medico specialista in radiologia medica. La sicurezza degli apparecchi deve corrispondere alle linee direttrici UE del 1996 (European Guidelines for quality in mammography screening, 2nd edition)[56].
	Questa disposizione è applicabile fino al 31 dicembre 2009.

55 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 21 nov. 2007, in vigore dal 1° gen. 2008 (RU **2007** 6839).

56 Queste linee direttrici possono essere consultate presso l'UFSP, 3003 Berna.

Misura	Condizione
	Le parti contrattuali devono presentare all'Ufficio federale della sanità pubblica, entro il 30 giugno 2008, una convenzione relativa alla garanzia della qualità per tutta la Svizzera ai sensi dell'articolo 77 OAMal. Se le parti non riescono a stipulare una convenzione, il Dipartimento emana le necessarie disposizioni.
e. Test di contrattura muscolare in vitro in esito alla diagnosi di una predisposizione all'ipertermia maligna	Per persone che, durante un'anestesia, hanno presentato un episodio sospetto d'ipertermia maligna e per i consanguinei di primo grado di persone per le quali un'ipertermia maligna sotto anestesia è conosciuta ed è documentata una predisposizione all'ipertermia maligna. In un centro riconosciuto dall'European Malignant Hyperthermia Group.
f. Consulenza genetica, indicazione per le analisi genetiche e prescrizione delle relative analisi di laboratorio in conformità dell'elenco delle analisi (EA), in caso di sospetta predisposizione a una malattia cancerogena ereditaria	A pazienti e familiari di primo grado di pazienti affetti da: – una sindrome ereditaria di cancro al seno e dell'ovaia – poliposi del colon/forma attenuata di poliposi del colon – sindrome ereditaria del carcinoma non poliposo del colon (hereditary non polypotic colon cancer HNPCC) – retinoblastoma. Da parte di medici specializzati in medicina genetica o di membri del «Network for Cancer Predisposition Testing and Counseling» dell'Istituto Svizzero per la Ricerca Applicata sul Cancro (SIAK) in grado di dimostrare di aver svolto una collaborazione scientifica con un medico specializzato in medicina genetica.

Art. 12*e*[57] Misure per l'individuazione precoce di malattie nella popolazione in generale

L'assicurazione assume i costi delle seguenti misure per l'individuazione precoce di malattie nella popolazione in generale alle condizioni elencate:

Misura		Condizione
a.	Screening di: fenilchetonuria, galattosemia, deficit in biotinidasi, sindrome adrenogenitale, ipotiroidismo	Per i neonati.
b.	Esame ginecologico preventivo, compreso lo striscio	I primi due anni: un esame ogni anno, compreso lo striscio. Successivamente, se i risultati sono normali, un esame ogni tre anni; altrimenti frequenza degli esami secondo la valutazione clinica.
c.	Mammografia di diagnosi precoce	Dai 50 anni, ogni due anni. Nell'ambito di un programma di diagnosi precoce del cancro del seno secondo l'ordinanza del 23 giugno 1999[58] sulla garanzia della qualità dei programmi di diagnosi precoce del cancro del seno mediante mammografia. Per questa prestazione non è riscossa nessuna franchigia. Questa disposizione è applicabile fino al 31 dicembre 2009.

Capitolo 4: Prestazioni specifiche di maternità

Art. 13 Esami di controllo

In caso di maternità, l'assicurazione assume gli esami di controllo seguenti (art. 29 cpv. 2 lett. a LAMal[59]):

57 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 21 nov. 2007, in vigore dal 1° gen. 2008 (RU **2007** 6839).
58 RS **832.102.4**
59 RS **832.10**

Misura	Condizione
a. Controlli	
1.[60] Sette esami in caso di gravidanza normale	– *Prima consultazione:* anamnesi, esame clinico e vaginale e consigli, esame delle varici e degli edemi alle gambe. Prescrizione di analisi di laboratorio necessarie secondo l'elenco delle analisi (EA). – *Ulteriori consultazioni:* controllo del peso, della pressione sanguigna, dello stato del fondo, uroscopia e ascoltazione dei toni cardiaci fetali. Prescrizione di analisi di laboratorio necessarie in secondo l'elenco delle analisi (EA).
2. In caso di gravidanza a rischio	Ripetizione di esami secondo la valutazione clinica
b.[61] Controllo agli ultrasuoni	
1. In caso di gravidanza normale: un esame di routine tra la 11ª e la 14ª settimana di gravidanza; un esame di routine tra la 20ª e la 23ª settimana di gravidanza	Dopo approfondito colloquio, con spiegazioni e consulenza, che dev'essere documentato. Effettuazione, secondo le «raccomandazioni relative agli esami con ultrasuoni durante la gravidanza» della Società Svizzera di Ultrasuoni in Medicina (SGUM), nella versione del 15 ottobre 2002, solo da parte di medici titolari di un attestato di capacità per gli esami ecografici in gravidanza (SGUM).
2. In caso di gravidanza a rischio	Ripetizione di esami secondo la valutazione clinica. Solo da parte di medici titolari di un attestato di capacità per gli ultrasuoni in gravidanza (SGUM)
c.[62] Esami preparto mediante cardiotocografia	In caso di gravidanza a rischio

60 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 10 dic. 2008, in vigore dal 1° gen. 2009 (RU **2008** 6493)
61 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 26 giu. 2008, in vigore dal 1° ago. 2008 (RU **2008** 3553).
62 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 26 giu. 2008, in vigore dal 1° ago. 2008 (RU **2008** 3553).

Misura		Condizione
d.[63]	Amniocentesi, prelievo di villi coriali	Dopo approfondito colloquio con spiegazioni e consulenza che dev'essere autenticato nei casi seguenti: – donne a partire dai 35 anni d'età – donne d'età inferiore ai 35 anni, presso le quali sussiste un rischio pari o superiore a 1:380 che il bambino sia affetto da una malattia esclusivamente genetica. Analisi di laboratorio secondo l'elenco delle analisi (EA).
e.	Controllo post-partum un esame	Tra la sesta e la decima settimana post-partum: anamnesi intermedia, esame clinico e ginecologico, consulenza compresa.

Art. 14 Preparazione al parto

L'assicurazione assume un contributo di 100 franchi per un corso di preparazione al parto, eseguito in gruppo e diretto dalla levatrice.

Art. 15 Consulenza per l'allattamento

[1] La consulenza per l'allattamento (art. 29 cpv. 2 lett. c LAMal[64]) è assunta dall'assicurazione se dispensata da una levatrice o da un infermiere con relativa formazione speciale.

[2] La rimunerazione è limitata a tre sedute.

Art. 16[65] Prestazioni delle levatrici

[1] Le levatrici possono effettuare a carico dell'assicurazione le prestazioni seguenti:

a. le prestazioni di cui all'articolo 13 lettera a:
   1. in caso di gravidanza normale, la levatrice può effettuare sei esami di controllo. Deve segnalare all'assicurata che una consultazione medica è indicata prima della sedicesima settimana di gravidanza,
   2. in caso di gravidanza a rischio, senza patologia manifesta, la levatrice collabora con il medico. In caso di gravidanza patologica, la levatrice effettua le prestazioni secondo la prescrizione medica;

63 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 10 dic. 2008, in vigore dal 1° gen. 2009 (RU **2008** 6493)
64 RS **832.10**
65 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 10 dic. 2008, in vigore dal 1° gen. 2009 (RU **2008** 6493)

b. nel corso di un esame di controllo, la levatrice può prescrivere un controllo agli ultrasuoni di cui all'articolo 13 lettera b;

c. le prestazioni di cui all'articolo 13 lettere c ed e, come pure agli articoli 14 e 15.

2 Le levatrici possono fare effettuare le necessarie analisi di laboratorio per le prestazioni di cui all'articolo 13 lettere a ed e secondo una designazione separata nell'elenco delle analisi.

2 Possono anche effettuare a carico dell'assicurazione prestazioni secondo l'articolo 7 capoverso 2. Queste prestazioni vanno effettuate dopo un parto a domicilio, un parto ambulatoriale o dopo l'uscita anticipata dall'ospedale oppure dalla casa per partorienti.

Capitolo 5: Cure dentarie

Art. 17 Malattie dell'apparato masticatorio

L'assicurazione assume i costi delle cure dentarie attinenti alle seguenti malattie gravi e non evitabili dell'apparato masticatorio (art. 31 cpv. 1 lett. a LAMal[66]). La condizione è che l'affezione abbia il carattere di malattia; la cura va assunta dall'assicurazione solo in quanto la malattia la esiga:

a. malattie dentarie:
   1. granuloma dentario interno idiopatico,
   2. dislocazioni o soprannumero di denti o germi dentari che causano una malattia (ad es. ascesso, ciste);

b. malattie del parodonto (parodontopatie):
   1. parodontite prepuberale,
   2. parodontite giovanile progressiva,
   3. effetti secondari irreversibili dovuti a medicamenti;

c. malattie dei mascellari e dei tessuti molli:
   1. tumori benigni dei mascellari, della mucosa e lesioni pseudo-tumorali,
   2. tumori maligni del viso, dei mascellari e del collo,
   3. osteopatie dei mascellari,
   4. cisti (senza legami con elementi dentari),
   5. osteomieliti dei mascellari;

d. malattie dell'articolazione temporo-mandibolare e dell'apparato motorio:
   1. artrosi dell'articolazione temporo-mandibolare,
   2. anchilosi,
   3. lussazione del condilo e del disco articolare;

66 RS **832.10**

e. malattie del seno mascellare:
   1. rimozione di denti o frammenti dentali dal seno mascellare,
   2. fistola oro-antrale;

f. disgrazie che provocano affezioni considerate come malattie, quali:
   1. sindrome dell'apnea del sonno,
   2. turbe gravi di deglutizione,
   3. asimmetrie cranio-facciali gravi.

Art. 18 Malattie sistemiche[67]

[1] L'assicurazione assume i costi delle cure dentarie attinenti alle malattie gravi sistemiche seguenti o ai loro postumi e necessarie al trattamento dell'affezione: (art. 31 cpv. 1 lett. b LAMal[68]):

a.[69] malattie del sistema sanguigno:
   1. neutropenia, agranulocitosi,
   2. anemia aplastica grave,
   3. leucemie,
   4. sindromi mielodisplastiche (SMD),
   5. diatesi emorragiche.
   6. sindrome pre-leucemica,
   7. granulocitopenia cronica,
   8. sindrome del «lazy-leucocyte»,
   9. diatesi emorragiche;

b. malattie del metabolismo:
   1. acromegalia,
   2. iperparatiroidismo,
   3. ipoparatiroidismo idiopatico,
   4. ipofosfatasi (rachitismo genetico dovuto ad una resistenza alla vitamina D);

c. altre malattie:
   1. poliartrite cronica con lesione ai mascellari,
   2. morbo di Bechterew con lesione ai mascellari,
   3. artrite psoriatica con lesione ai mascellari,
   4. sindrome di Papillon-Lefèvre,
   5. sclerodermia,
   6. AIDS,

67 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 9 lug. 1998, in vigore dal 1° gen. 1999 (RU **1998** 2923).
68 RS **832.10**
69 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 9 lug. 1998, in vigore dal 1° gen. 1999 (RU **1998** 2923).

7. psicopatie gravi con lesione consecutiva grave della funzione masticatoria;

d. malattie delle ghiandole salivari;

e. ...[70]

[2] Le spese delle prestazioni di cui al capoverso 1 vengono coperte soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia.[71]

Art. 19[72] Malattie sistemiche; cura dentaria di focolai

L'assicurazione assume i costi delle cure dentarie necessarie per conseguire le cure mediche (art. 31 cpv. 1 lett. c LAMal[73]) in caso di:

a. sostituzione delle valvole cardiache, impianto di protesi vascolari o di shunt del cranio;

b. interventi che necessitano di un trattamento immunosoppressore a vita;

c. radioterapia o chemioterapia di una patologia maligna;

d. endocardite.

Art. 19*a*[74] Infermità congenite

[1] L'assicurazione assume i costi delle cure dentarie conseguenti ad infermità congenita di cui al capoverso 2, se:[75]

a. le cure sono necessarie dopo il 20° anno di età;

b. le cure sono necessarie prima del 20° anno di età per persona soggetta alla LAMal[76] ma non all'assicurazione federale per l'invalidità (AI).

[2] Sono infermità congenite ai sensi del capoverso 1:

1. displasia ectodermale;
2. malattie bullose congenite della pelle (epidermolisi bullosa ereditaria, acrodermatite enteropatica e pemfigo cronico benigno familiare);
3. condrodistrofia (per es.: acondroplasia, ipocondroplasia, displasia epifisaria multipla);
4. disostosi congenite;
5. esostosi cartilagine, per quanto sia necessaria un'operazione;

70 Abrogata dal n. I dell'O del DFI del 9 lug. 1998 (RU **1998** 2923).
71 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 2 lug. 2002 (RU **2002** 3013).
72 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 9 lug. 1998, in vigore dal 1° gen. 1999 (RU **1998** 2923).
73 RS **832.10**
74 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 13 dic. 1996 (RU **1997** 564).
75 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 4 lug. 1997, in vigore dal 1° gen. 1998 (RU **1997** 2697).
76 RS **832.10**

6. emiipertrofie ed altre asimmetrie corporee congenite, per quanto sia necessaria un'operazione;
7. difetti ossei del cranio;
8. sinostosi del cranio;
9. malformazioni vertebrali congenite (vertebra fortemente a cuneo, vertebre saldate a blocco tipo Klippel-Feil, aplasia della vertebra, forte displasia della vertebra);
10. artromiodisplasia congenita (artrogriposi);
11. distrofia muscolare progressiva e altre miopatie congenite;
12. miosite ossificante progressiva congenita;
13. cheilo-gnato-palatoschisi (fessura labiale, mascellare, palatina);
14. fessure facciali mediane, oblique e trasversali;
15. fistole congenite del naso e delle labbra;
16.[77] proboscide laterale;
17.[78] displasie dentarie congenite, per quanto ne siano colpiti in modo grave almeno 12 denti della seconda dentizione dopo la crescita e se è prevedibile trattarli definitivamente mediante una posa di corone;
18. anodontia congenita totale o anodontia congenita parziale, per assenza di almeno due denti permanenti contigui o di quattro denti permanenti per ogni mascella ad esclusione dei denti del giudizio;
19. iperodontia congenita, quando il o i denti soprannumerari provocano una deformazione intramascellare o intramandibolare per cui sia necessaria una cura a mezzo di apparecchi;
20. micrognatismo inferiore congenito, se, nel corso del primo anno di vita, provoca delle turbe di deglutizione e di respirazione che rendono necessaria una cura o se:
    - l'esame craniometrico rivela una discrepanza dei rapporti sagittali della mascella misurata con un angolo ANB di 9° o più (rispettivamente con un angolo di almeno 7° combinato con un angolo mascellobasale di almeno 37°);
    - i denti permanenti, ad esclusione dei denti del giudizio, presentano una nonocclusione di almeno tre paia di denti antagonisti nei segmenti laterali per metà di mascella;
21. mordex apertus congenito, se provoca una beanza verticale dopo la crescita degli incisivi permanenti e se l'esame craniometrico rivela un angolo mascello-basale di 40° e più (rispettivamente di almeno 37° combinato con un angolo ANB di 7° e più).

77 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 9 lug. 1998, in vigore retroattivamente dal 1° gen. 1998 (RU **1998** 2923).
78 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 9 lug. 1998, in vigore retroattivamente dal 1° gen. 1998 (RU **1998** 2923).

Mordex clausus congenito, se provoca una sopraocclusione dopo la crescita degli incisivi permanenti e se l'esame craniometrico rivela un angolo mascello-basale di 12° o meno (rispettivamente di 15° o meno combinato con un angolo ANB di 7° e più);

22. prognatismo inferiore congenito, quando l'esame craniometrico rivela una divergenza dei rapporti sagittali della mascella misurata con un angolo ANB di almeno –1° e quando almeno due paia di denti antagonisti della seconda dentizione si trovano in posizione d'occlusione incrociata o a martello, o quando esiste una divergenza di +1° e meno combinato con un angolo mascello-basale di 37° e più, o di 15° o meno;
23. epulis dei neonati;
24. atresia delle coane (uni o bilaterale);
25. glossoschisi;
26. macroglossia e microglossia congenite, per quanto sia necessaria un'operazione della lingua;
27. cisti e tumori congeniti della lingua;
28.[79] affezioni congenite delle ghiandole salivari e dei loro canali escretori (fistole, stenosi, cisti, tumori, ectasie e ipo- o aplasie di tutte le grandi ghiandole salivari importanti);

28*a*.[80] ritenzione o anchilosi congenita di denti se sono colpiti diversi molari oppure almeno due premolari o molari contigui della seconda dentizione (esclusi i denti del giudizio); l'assenza di abbozzi (esclusi i denti del giudizio) è equiparata alla ritenzione e all'anchilosi dei denti;

29. cisti congenite del collo, fistole e fessure cervicali congenite e tumori congeniti (cartilagine di Reichert);
30. emangioma cavernoso o tuberoso;
31. linfangioma congenito, se è necessaria un'operazione;
32. coagulopatie e trombocipatie congenite (emofilie ed altri difetti dei fattori di coagulazione);
33. istiocitosi (granuloma eosinofilo, morbo di Hand-Schüller-Christian e Letterer-Siwe);
34. malformazioni del sistema nervoso centrale e del suo rivestimento (encefalocele, ciste aracnoide, mielomeningocele ed idromielia, meningocele, megaloencefalia, porencefalia, diastematomielia);
35. affezioni eredodegenerative del sistema nervoso (per es.: atassia di Friedreich, leucodistrofie ed affezioni progressive della materia grigia, atrofie mu-

79 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 9 lug. 2001, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU **2001** 2150).
80 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 9 lug. 1998 (RU **1998** 2923). Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 9 lug. 2001, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU **2001** 2150).

scolari di origine spinale o neurale, disautonomia familiare, analgesia congenita);

36. epilessia congenita;
37. paralisi cerebrali congenite (spastiche, atetosiche ed atassiche);
38. paralisi e paresi congenite;
39. ptosi congenita della palpebra;
40. aplasia dei canali lacrimali;
41. anoftalmia;
42. tumori congeniti della cavità orbitale;
43. atresia congenita dell'orecchio, compresa l'anotia e la microtia;
44. malformazioni congenite dello scheletro del padiglione auricolare;
45. turbe congenite del metabolismo dei mucopolisaccaridi e delle glicoproteine (p. es.: morbo di Pfaundler-Hurler, morbo di Morquio);
46. turbe congenite del metabolismo delle ossa (p. es.: ipofosfatasia, displasia diafisaria progressiva di Camurati-Engelmann, osteodistrofia di Jaffé-Lichtenstein, rachitismo resistente alla vitamina D);
47. turbe congenite della funzione tiroidea (atireosi, ipotireosi, cretinismo);
48. turbe congenite della funzione ipotalamo-ipofisaria (nanismo ipofisario, diabete insipido, sindrome di Prader-Willi e sindrome di Kallmann);
49. turbe congenite della funzione delle gonadi (sindrome di Turner, malformazioni delle ovaie, anorchismo, sindrome di Klinefelter);
50. neurofibromatosi;
51. angiomatosi encefalo-trigeminea (Sturge-Weber-Krabbe);
52. distrofie congenite del tessuto connettivo (p. es.: sindrome di Marfan, sindrome di Ehlers-Danlos, cutis laxa congenita, pseudoxanthoma elastico);
53. teratomi e altri tumori delle cellule germinali (p. es.: disgerminoma, carcinoma embrionale, tumore misto delle cellule germinali, tumore vitellino, coriocarcinoma, gonadoblastoma).

Capitolo 6: Mezzi e apparecchi diagnostici o terapeutici

Art. 20[81] Principio

L'assicurazione assume una determinata rimunerazione dei mezzi e degli apparecchi che servono alla cura o alla diagnosi per sorvegliare il trattamento e le conseguenze di una malattia, consegnati previa prescrizione medica dai centri di consegna secon-

81 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 28 giu. 2007, in vigore dal 1° ago. 2008 (RU **2007** 3581).

do l'articolo 55 OAMal e utilizzati dalla persona assicurata da sola o con l'aiuto di una persona non professionista che collabora alla diagnosi e alla cura.

Art. 20*a*[82] Elenco dei mezzi e degli apparecchi

1 I mezzi e gli apparecchi sono definiti per metodi e per gruppo nell'allegato 2.

2 I mezzi e gli apparecchi che sono impiantati nel corpo o utilizzati da fornitori di prestazioni secondo l'articolo 35 capoverso 2 LAMal[83] nel quadro della loro attività a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie non figurano nell'elenco. La loro rimunerazione e quella della corrispettiva diagnosi o cura sono stabilite nelle convenzioni tariffali.

3 L'elenco dei mezzi e degli apparecchi non è pubblicato né nella Raccolta ufficiale delle leggi federali (RU) né nella Raccolta sistematica del diritto federale (RS). È pubblicato di regola ogni anno.[84]

Art. 21[85] Domanda

La domanda d'ammissione nell'elenco di nuovi mezzi e apparecchi e della corrispettiva rimunerazione va presentata all'UFSP. L'UFSP esamina la domanda e la sottopone alla Commissione federale delle analisi, dei mezzi e degli apparecchi.

Art. 22 Limitazioni

L'ammissione nell'elenco può essere vincolata a limitazioni. La limitazione può segnatamente concernere la quantità, la durata dell'utilizzo, le indicazioni mediche o l'età degli assicurati.

Art. 23 Requisiti

Riguardo le categorie dei mezzi e degli apparecchi indicati nell'elenco, possono essere consegnati quelli che la legislazione federale o cantonale permette di veicolare. È applicabile la legislazione del Cantone in cui ha sede il centro di consegna.

82 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 28 giu. 2007, in vigore dal 1° ago. 2007 (RU **2007** 3581).
83 RS **832.10**
84 L'elenco dei mezzi e degli apparecchi è ottenibile presso l'Ufficio federale delle costruzioni e della logistica, Vendita di pubblicazioni federali, 3003 Berna e può essere consultato presso l'Ufficio federale della sanità pubblica, assicurazione malattie e infortunio, 3003 Berna o mediante il seguente collegamento ipertestuale http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/02874/index.html?lang=it.
85 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 28 giu. 2007, in vigore dal 1° gen. 2008 (RU **2007** 3581).

Art. 24 Rimunerazione

1 I mezzi e gli apparecchi sono rimunerati al massimo fino a un importo pari a quello indicato nell'elenco per la corrispettiva categoria.

2 Se l'importo fatturato dal centro di consegna supera quello indicato nell'elenco, la differenza è a carico dell'assicurato.

3 L'ammontare della rimunerazione può corrispondere al prezzo di vendita o di noleggio. I mezzi e gli apparecchi costosi che possono essere riutilizzati da altri pazienti vengono di regola noleggiati.

4 L'assicurazione assume i costi conformemente all'allegato 2 solo per mezzi e apparecchi pronti ad essere utilizzati. In caso di vendita, può essere prevista nell'elenco una rimunerazione dei costi d'adeguamento e di manutenzione necessari. I costi d'adeguamento e di manutenzione sono compresi nel prezzo di noleggio.

Capitolo 7: Contributo alle spese di cure balneari, di trasporto e di salvataggio

Art. 25 Contributo alle spese di cure balneari

L'assicurazione assume, durante al massimo 21 giorni per anno civile, un contributo giornaliero di 10 franchi alle spese di cure balneari prescritte dal medico.

Art. 26 Contributo alle spese di trasporto

1 L'assicurazione assume il 50 per cento delle spese per trasporti indicati dal profilo medico al fine della somministrazione di cure da parte di un fornitore di prestazioni idoneo e che il paziente ha il diritto di scegliere, se il suo stato di salute non gli consente di utilizzare un altro mezzo di trasporto pubblico o privato. Il contributo massimo è di 500 franchi per anno civile.

2 Il trasporto dev'essere effettuato tramite un mezzo corrispondente alle esigenze mediche del caso.

Art. 27 Contributo alle spese di salvataggio

Per salvataggi in Svizzera, l'assicurazione assume il 50 per cento delle relative spese. Il contributo massimo è di 5000 franchi per anno civile.

Capitolo 8: Analisi e medicamenti
Sezione 1: Elenco delle analisi

Art. 28[86]

1 L'elenco previsto nell'articolo 52 capoverso 1 lettera a numero 1 LAMal[87] è parte integrante della presente ordinanza e ne costituisce l'allegato 3 sotto il titolo Elenco delle analisi (abbreviato «EA»).[88]

2 L'elenco delle analisi non viene pubblicato né nella Raccolta ufficiale delle leggi federali (RU) né nella Raccolta sistematica del diritto federale (RS). È pubblicato di regola ogni anno[89].[90]

Sezione 2: Elenco dei medicamenti con tariffa

Art. 29[91]

1 L'elenco previsto nell'articolo 52 capoverso 1 lettera a numero 2 LAMal[92] è parte integrante della presente ordinanza e ne costituisce l'allegato 4 sotto il titolo di Elenco dei medicamenti con tariffa (abbreviato «EMT»).

2 L'elenco dei medicamenti con tariffa non viene pubblicato né nella RU né nella RS. Esso è diffuso di regola ogni anno ed è ottenibile presso l'Ufficio federale delle costruzioni e della logistica, Distribuzione pubblicazioni, CH-3003 Berna.[93]

86 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 3 lug. 1996, in vigore dal 1° ott. 1996 (RU **1996** 2430).
87 RS **832.10**
88 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 10 lug. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU **2000** 2546).
89 L'elenco delle analisi è ottenibile presso l'Ufficio federale delle costruzioni e della logistica, Vendita di pubblicazioni federali, 3003 Berna e può essere consultato presso l'Ufficio federale della sanità pubblica, assicurazione malattie e infortunio, 3003 Berna o mediante il seguente collegamento ipertestuale http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/02874/index.html?lang=it .
90 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 30 nov. 2004, in vigore dal 1° gen. 2005 (RU **2004** 5401).
91 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 26 feb. 1996, in vigore dal 1° giu. 1996 (RU **1996** 1232).
92 RS **832.10**
93 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 2 lug. 2002 (RU **2002** 3013).

Sezione 3: Elenco delle specialità

Art. 30 Principio

1 Un medicamento è ammesso nell'elenco delle specialità se:[94]

a.[95] ne sono dimostrati l'efficacia, il valore terapeutico e l'economicità;

b.[96] è stato omologato dall'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici (Swissmedic).

2 …[97]

Art. 30*a*[98] Domanda di ammissione

1 Una domanda di ammissione nell'elenco delle specialità deve contenere in particolare:

a. il preavviso di Swissmedic, in cui si comunicano la prevista omologazione ed i dati concernenti le indicazioni e i dosaggi da omologare;

b. l'informazione specializzata fornita a Swissmedic;

b^bis^.[99] in caso di preparati originali protetti da un brevetto: i numeri dei brevetti e i certificati protettivi complementari con la data di scadenza;

c. le informazioni specializzate approvate all'estero, se il medicamento è già omologato all'estero;

d. il riassunto della documentazione clinica inoltrato a Swissmedic;

e. gli studi clinici più importanti;

f. i prezzi di fabbrica per la consegna praticati in tutti gli Stati di riferimento ai sensi dell'articolo 35 e il prezzo d'obiettivo per la Comunità europea;

g. una dichiarazione in cui il richiedente si impegna a versare eventuali eccedenze all'istituzione comune ai sensi dell'articolo 67 capoverso 2^ter^ OAMal.

2 Unitamente alla decisione di omologazione e al relativo attestato si devono presentare in seguito l'informazione specializzata definitiva con l'indicazione di eventuali modifiche e il prezzo d'obiettivo definitivo per la Comunità europea.

94 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 27 nov. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU **2000** 3088).
95 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 27 nov. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU **2000** 3088).
96 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 2 lug. 2002 (RU **2002** 3013).
97 Abrogato dal n. II 2 dell'O del DFI del 26 ott. 2001 (RU **2001** 3397).
98 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 2 lug. 2002 (RU **2002** 3013).
99 Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 26 apr. 2006 (RU **2006** 1757).

Art. 31[100] Procedura di ammissione

[1] L'UFSP sottopone le domande di ammissione nell'elenco delle specialità alla Commissione federale dei medicamenti (Commissione), di regola in occasione della sua seduta.

[2] La Commissione classifica ogni medicamento in una delle categorie seguenti:

a. assoluta innovazione medico-terapeutica;

b. progresso terapeutico;

c. diminuzione del costo rispetto ad altri medicamenti;

d. nessun progresso terapeutico e nessuna diminuzione del costo;

e. inadeguato per l'assicurazione sociale malattie.

[3] Alla Commissione non sono sottoposte le domande concernenti:

a. nuove forme galeniche offerte allo stesso prezzo di una forma galenica paragonabile che figura già nell'elenco delle specialità;

b. medicamenti per cui è stata presentata una domanda presso Swissmedic da un secondo richiedente giusta l'articolo 12 della legge del 15 dicembre 2000[101] sugli agenti terapeutici, se il preparato originale figura già nell'elenco delle specialità;

c. medicamenti in co-marketing, se il preparato di base figura già nell'elenco delle specialità.

[4] Se Swissmedic ha già approvato lo svolgimento di una procedura di omologazione accelerata giusta l'articolo 5 dell'ordinanza del 17 ottobre 2001[102] sui medicamenti, l'UFSP esegue una procedura di ammissione accelerata, che prevede la possibilità di presentare una domanda al più tardi 20 giorni prima della seduta della Commissione durante la quale verrà trattata.

[5] Se l'omologazione è stata attestata e la Commissione propone l'ammissione del medicamento, l'UFSP emana una decisione in tal senso di regola entro 30 giorni.

Art. 31*a*[103]

Art. 32[104] Efficacia

Per la valutazione dell'efficacia, l'UFSP si avvale dei documenti su cui si è fondato Swissmedic per procedere all'omologazione. Swissmedic può esigere ulteriori documenti.

100 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 2 lug. 2002 (RU **2002** 3013).
101 RS **812.21**
102 RS **812.212.21**
103 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 2 lug. 2002 (RU **2002** 3013). Abrogato dal n. I dell'O del DFI del 26 apr. 2006 (RU **2006** 1757).
104 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 2 lug. 2002 (RU **2002** 3013).

Art. 33[105] Valore terapeutico

[1] Il valore terapeutico di un medicamento in relazione alla sua efficacia e alla sua composizione è valutato dal profilo clinico-farmatologico e galenico, in rapporto agli effetti secondari e al pericolo di abuso.

[2] Per la valutazione del valore terapeutico, l'UFSP si avvale dei documenti su cui si è fondato Swissmedic per procedere all'omologazione. Swissmedic può esigere ulteriori documenti.[106]

Art. 34 Economicità

[1] Un medicamento è economico quando al minor costo possibile produce l'effetto terapeutico desiderato.

[2] Per determinare se un medicamento è economico si terrà conto:

a. dei prezzi di fabbrica per la consegna praticati all'estero;

b. dell'efficacia terapeutica rispetto ad altri medicamenti con uguale indicazione o effetti analoghi;

c. del costo giornaliero o della cura rispetto a quello di medicamenti con uguale indicazione o effetti analoghi;

d. di un premio all'innovazione per una durata massima di 15 anni se si tratta di un medicamento ai sensi dell'articolo 31 capoverso 2 lettere a e b; in questo premio sono presi equamente in considerazione i costi di ricerca e di sviluppo. [107]

[3] Nell'ammissione nell'elenco delle specialità un generico è considerato economico se adempie le condizioni di cui all'articolo 65 capoverso 5bis OAMal; i prezzi di fabbrica per la consegna dei preparati originali riesaminati giusta l'articolo 37 sono determinanti.[108]

Art. 35[109] Paragone con il prezzo praticato all'estero

[1] Di regola, il prezzo di fabbrica per la consegna di un medicamento, dedotta l'imposta sul valore aggiunto, non può superare il relativo prezzo medio di fabbrica per la consegna praticato in Stati con strutture economiche comparabili nel settore farmaceutico. L'UFSP procede al paragone con Stati in cui il prezzo di fabbrica per la consegna può essere determinato inequivocabilmente da disposizioni di autorità o di federazioni.

[2] Gli Stati presi a paragone sono Germania, Danimarca, Gran Bretagna e Paesi Bassi. A titolo sussidiario sono prese in considerazione Francia, Austria e Italia. I loro

105 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 27 nov. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU **2000** 3088).
106 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 2 lug. 2002 (RU **2002** 3013).
107 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 2 lug. 2002 (RU **2002** 3013).
108 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 26 apr. 2006 (RU **2006** 1757).
109 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 2 lug. 2002 (RU **2002** 3013).

prezzi possono essere considerati come indicatori generali. Si può effettuare il paragone con altri Stati.

3 Il prezzo di fabbrica per la consegna praticato negli Stati menzionati è comunicato all'UFSP dall'azienda responsabile della distribuzione del medicamento, che lo calcola in base ai regolamenti di autorità o di federazioni e lo fa attestare da un'autorità o da una federazione. Il prezzo è convertito in franchi svizzeri in base a un tasso di cambio medio calcolato dall'UFSP sull'arco di sei mesi.

Art. 35*a*[110] Parte propria alla distribuzione

1 Per i medicamenti che, in base alla classificazione di Swissmedic sono soggetti a prescrizione medica, la parte propria alla distribuzione consta di un supplemento calcolato in rapporto al prezzo di fabbrica per la consegna (supplemento attinente al prezzo) e di un supplemento per confezione.[111]

2 Il supplemento attinente al prezzo giusta il capoverso 1 considera segnatamente i costi del capitale per la gestione delle scorte e per gli averi da riscuotere.

3 Il supplemento per imballaggio considera segnatamente i costi di trasporto, d'infrastruttura e del personale. Può essere graduato secondo l'entità del prezzo di fabbrica per la consegna.

4 Per i medicamenti che, in base alla classificazione di Swissmedic, non sono soggetti a prescrizione medica, la parte propria alla distribuzione consiste in un supplemento calcolato in rapporto al prezzo di fabbrica per la consegna (supplemento attinente al prezzo). Lo stesso considera tutti i costi saldati con la parte propria alla distribuzione.[112]

5 L'UFSP può calcolare differentemente la parte propria alla distribuzione secondo il fornitore di prestazioni e la categoria di consegna. Può inoltre considerare particolari circostanze di distribuzione. Prima di fissare la parte propria alla distribuzione, l'UFSP consulta le federazioni interessate dalla distribuzione[113]

Art. 35*b*[114] Riesame entro 36 mesi [115]

1 In caso di riesame di un preparato originale giusta l'articolo 65*a* capoverso 1 OAMal, il titolare dell'omologazione deve fornire all'UFSP, entro 30 mesi dall'ammissione del preparato originale nell'elenco delle specialità, i documenti seguenti:[116]

110 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 27 nov. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU **2000** 3088).
111 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 2 lug. 2002 (RU **2002** 3013).
112 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 2 lug. 2002 (RU **2002** 3013).
113 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 17 nov. 2003, in vigore dal 1° gen. 2004 (RU **2003** 5283).
114 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 2 lug. 2002 (RU **2002** 3013).
115 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 28 giu. 2007, in vigore dal 1° ago. 2007 (RU **2007** 3581).
116 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 28 giu. 2007, in vigore dal 1° ago. 2007 (RU **2007** 3581).

a. i prezzi praticati in tutti gli Stati di riferimento giusta l'articolo 35 capoverso 2;

b. il numero di confezioni del preparato originale vendute in tutte le forme di commercio dall'ammissione nell'elenco delle specialità;

c. la conferma da parte dell'organo di revisione dell'azienda titolare dell'omologazione del preparato originale dell'esattezza delle indicazioni giusta la lettera b.[117]

2 Nella valutazione dell'economicità, il paragone è di regola eseguito con i medicamenti già presi in considerazione per l'ammissione.

3 Se il riesame rivela che il prezzo è troppo alto, l'UFSP ne decide la riduzione. L'UFSP esamina inoltre se sono state conseguite eccedenze ai sensi dell'articolo 67 capoverso 2ter OAMal.

4 Per stabilire i limiti determinanti per una restituzione giusta l'articolo 67 capoverso 2ter OAMal si prendono in considerazione tutte le forme di commercio di un medicamento.

5 Le eccedenze sono calcolate nel modo seguente:

a. si calcola dapprima la differenza tra il prezzo di fabbrica per la consegna al momento dell'ammissione e quello praticato dopo che ne è stata decisa la riduzione;

b. si moltiplica in seguito questa differenza per il numero di confezioni vendute dall'ammissione del medicamento alla riduzione del prezzo.

6 L'UFSP decide l'ammontare delle eccedenze e il termine entro cui queste devono essere versate all'istituzione comune.

Art. 36 Riesame dell'economicità durante i primi 15 anni[118]

1 L'UFSP riesamina i medicamenti oggetto di una domanda d'aumento di prezzo al fine di verificare se soddisfano ancora le condizioni d'ammissione di cui agli articoli 32 a 35*a*.[119]

2 Se questo riesame rivela che il prezzo domandato è troppo alto, l'UFSP rifiuta la domanda.

3 La Commissione può proporre all'UFSP di sopprimere in tutto o in parte il premio all'innovazione se le condizioni che ne avevano determinato la concessione non sono più soddisfatte.

117 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 26 apr. 2006 (RU **2006** 1757).
118 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 26 apr. 2006 (RU **2006** 1757).
119 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 26 apr. 2006 (RU **2006** 1757).

Art. 37[120] Riesame alla scadenza della protezione del brevetto o dopo 15 anni

1 Per il riesame di un preparato originale giusta l'articolo 65*b* capoverso 1 OAMal, il titolare dell'omologazione deve notificare spontaneamente all'UFSP i prezzi praticati in tutti gli Stati di riferimento ai sensi dell'articolo 35 capoverso 2:

a. al più tardi sei mesi prima della scadenza della protezione del brevetto;

b. se la protezione del brevetto scade oltre 15 anni dopo l'ammissione del preparato originale nell'elenco delle specialità, al più tardi sei mesi prima della scadenza dei 15 anni.

2 Se questo riesame rivela che il prezzo è troppo alto, l'UFSP ne decide la diminuzione.

Art. 37*a*[121]

Art. 37*b*[122] Ampliamento delle indicazioni

Per il riesame di un preparato originale a seguito di un ampliamento delle indicazioni giusta l'articolo 66 OAMal, il titolare dell'omologazione deve notificare all'UFSP, al più tardi sette anni dopo l'ammissione del preparato originale nell'elenco delle specialità, la relativa decisione di omologazione e fornirgli i documenti giusta l'articolo 30*a* capoverso 1 lettere b–f.

Art. 37*c*[123]

Art. 37*d*[124] Portata e momento del riesame

1 I riesami giusta gli articoli 37–37*c* comprendono tutte le grandezze d'imballaggio, i dosaggi e le forme galeniche del preparato originale.

2 La data d'ammissione nell'elenco delle specialità della prima grandezza d'imballaggio, del primo dosaggio o della prima forma galenica di un preparato originale determina il momento del riesame.

Art. 38 Tasse

1 Per ogni domanda di nuova ammissione di un medicamento è riscossa una tassa di 2000 franchi per ogni forma galenica. La tassa ammonta a 2400 franchi se la domanda concerne un medicamento omologato nel corso di una procedura accelerata e se la domanda dev'essere trattata anche dall'UFSP con una procedura accelerata.[125]

120 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 26 apr. 2006 (RU **2006** 1757).
121 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 26 apr. 2006 (RU **2006** 1757). Abrogato dal n. I dell'O del DFI del 21 nov. 2007, con effetto dal 1° gen. 2008 (RU **2007** 6839).
122 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 26 apr. 2006 (RU **2006** 1757).
123 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 26 apr. 2006 (RU **2006** 1757). Abrogato dal n. I dell'O del DFI del 24 set. 2007 (RU **2007** 4443 4633).
124 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 26 apr. 2006 (RU **2006** 1757).
125 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 2 lug. 2002 (RU **2002** 3013).

2 Per ogni domanda d'aumento di prezzo, di estensione della limitazione, di modifica della dose della sostanza attiva o della grandezza dell'imballaggio come pure di riesame è riscossa una tassa di 400 franchi per ogni forma galenica.[126]

3 Per ogni altra decisione dell'UFSP è riscossa una tassa da 100 a 1600 franchi a seconda dell'entità delle spese.

4 Spese straordinarie, segnatamente per ulteriori perizie, possono essere conteggiate in più.

5 Per ogni medicamento ammesso nell'elenco delle specialità e per ogni imballaggio ivi indicato va pagata una tassa annua di 20 franchi.

Sezione 4:[127] Aliquota percentuale dei medicamenti

Art. 38*a*[128]

1 L'aliquota percentuale ammonta al 20 % dei costi eccedenti la franchigia, per:[129]

a. [130] un preparato originale, quando questo è sostituibile con un generico figurante nell'elenco delle specialità e il cui prezzo massimo (art. 67 cpv. 1bis OAMal) è inferiore del 20 % almeno rispetto a quello del preparato originale corrispondente;

b. il medicamento in co-marketing ai sensi dell'articolo 2 lettera c dell'ordinanza dell'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici del 9 novembre 2001[131] concernente l'omologazione semplificata e l'obbligo di notificazione di medicamenti (OOSM) corrispondente al preparato originale di cui alla lettera a.

2 Se il medico o il chiropratico prescrivono esplicitamente, per motivi d'ordine medico, un preparato originale, il capoverso 1 non è applicabile.[132]

3 Il medico o il chiropratico informano il paziente dell'esistenza di almeno un generico figurante nell'elenco delle specialità, idoneo a sostituire il preparato originale.[133]

126 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 27 nov. 2000, in vigore dal 1° gen. 2001 (RU **2000** 3088).
127 Introdotta dal n. I dell'O del DFI del 9 nov. 2005, in vigore dal 1° gen. 2006 (RU **2006** 23).
128 Vedi anche le disp. fin. della modifica del 12 dic. 2005 alla fine del presente testo.
129 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 12 dic. 2005 (RU **2006** 21).
130 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 12 dic. 2005 (RU **2006** 21).
131 [RU **2001** 3469. RU **2006** 3623 art. 43]. Vedi ora l'O del dell'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici del 2 set. 2006 concernente l'omologazione semplificata di medicamenti e l'omologazione di medicamenti con procedura di notifica (RS **812.212.23**).
132 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 12 dic. 2005 (RU **2006** 21).
133 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 12 dic. 2005 (RU **2006** 21).

Titolo 2: Condizioni per la fornitura di prestazioni

Capitolo 1:[134] ...

Art. 39

Capitolo 2: Scuole di chiropratica

Art. 40

[1] Gli istituti seguenti sono riconosciuti siccome scuole di chiropratica ai sensi dell'articolo 44 capoverso 1 lettera a OAMal:

a. Canadian Memorial Chiropractic College
1900 Bayview Avenue, Toronto, Ontario, M4G 3E6, Canada;

b. Cleveland Chiropractic College
6401 Rockhill Road, Kansas City, Missouri 64131, USA;

c. Logan College of Chiropractic
1851 Schoettler Road, Box 100, Chesterfield, Missouri 63017, USA;

d. Los Angeles College of Chiropractic
16200 East Amber Valley Drive, P.O. Box 1166, Whittier, California 90609, USA;

e. National College of Chiropractic
200 East Roosevelt Road, Lombard, Illinois 60148, USA;

f. New York Chiropractic College
POB 167, Glen Head, New York 11545, USA;

g. Northwestern College of Chiropractic
2501 West 84th Street, Bloomington, Minnesota 55431, USA;

h. Palmer College of Chiropractic
1000 Brady Street, Davenport, Iowa 52803, USA;

i. Palmer College of Chiropractic West
1095 Dunford Way, Sunnyvale, California 94087, USA;

j. Texas Chiropractic College
5912 Spencer Highway, Pasadena, Texas 77505, USA;

k. Western States Chiropractic College
2900 N.E. 132nd Avenue, Portland, Oregon 97230, USA.[135]

134 Abrogato dal n. I dell'O del DFI del 2 lug. 2002 (RU **2002** 3013).
135 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 9 nov. 2005, in vigore dal 1° gen. 2006 (RU **2006** 23).

2 Oltre agli istituti menzionati al capoverso 1, in singoli casi i Cantoni possono riconoscere come equivalente un'altra scuola di chiropratica. I Cantoni esaminano la scuola e garantiscono l'equivalenza con gli istituti menzionati al capoverso 1.[136]

Capitolo 3:[137] ...

Art. 41

Capitolo 4: Laboratori

Art. 42 Formazione e perfezionamento

1 È ritenuto formazione universitaria ai sensi dell'articolo 54 capoversi 2 e 3 lettera a OAMal il conseguimento degli studi universitari in medicina dentaria, medicina veterinaria, chimica, biochimica, biologia o microbiologia.

2 È ritenuto formazione superiore ai sensi dell'articolo 54 capoverso 2 OAMal il conseguimento del diploma di assistente di laboratorio con formazione speciale superiore, rilasciato da un'istituzione di formazione riconosciuta dalla Croce Rossa svizzera, oppure di un diploma da quest'ultima riconosciuto equipollente.

3 È ritenuta formazione di perfezionamento ai sensi dell'articolo 54 capoverso 3 lettera b OAMal quella riconosciuta dall'Associazione svizzera dei direttori di laboratorio d'analisi mediche (FAMH) in ematologia, chimica clinica, immunologia clinica o microbiologia medica. Il Dipartimento federale dell'interno (dipartimento) decide l'equipollenza di un perfezionamento non rispondente alle norme della FAMH.

4 ...[138]

Art. 43[139] Esigenze supplementari in materia di genetica medica

1 Le analisi del capitolo «Genetica» dell'elenco delle analisi possono essere eseguite solo nei laboratori:

a. il cui direttore attesta una formazione conformemente all'articolo 42 capoverso 1, riconosciuta per dirigere un laboratorio, e un perfezionamento ai sensi dell'articolo 42 capoverso 3 in genetica medica (genetica umana specializzata sulla salute e le malattie) riconosciuto dalla FAMH o riconosciuto equipollente dal Dipartimento federale dell'interno;

136 Introdotto dal n. I dell'O del DFI del 9 nov. 2005, in vigore dal 1° gen. 2006 (RU **2006** 23).
137 Abrogato dal n. I dell'O del DFI del 9 giu. 1999 (RU **1999** 2517).
138 Abrogato dal n. I dell'O del DFI del 4 apr. 2007 (RU **2007** 1367).
139 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 17 nov. 2003, in vigore dal 1° gen. 2004 (RU **2003** 5283). Vedi anche le disp. fin. di detta modifica alla fine del presente testo.

b. i quali, per tali analisi, hanno ottenuto un'autorizzazione dell'UFSP di eseguire esami genetici sull'essere umano.[140]

2 Singole analisi del capitolo «Genetica» dell'elenco delle analisi possono anche essere eseguite nei laboratori il cui direttore attesta un perfezionamento riconosciuto dalla FAMH o riconosciuto equipollente dal Dipartimento federale dell'interno e comprendente la genetica medica. I requisiti posti al perfezionamento necessario per le singole analisi sono definiti nell'elenco delle analisi mediante un suffisso.

Titolo 3: Disposizioni finali

Art. 44 Abrogazione del diritto previgente

Sono abrogate:

a. l'ordinanza 2 del DFI sull'assicurazione contro le malattie del 16 febbraio 1965[141] che stabilisce i contributi degli assicurati alle spese di diagnosi e di trattamento della tubercolosi;

b. l'ordinanza 3 del DFI sull'assicurazione contro le malattie del 5 maggio 1965[142] concernente l'esercizio del diritto ai sussidi federali per la cura medica e i medicamenti degli invalidi;

c. l'ordinanza 4 del DFI sull'assicurazione contro le malattie del 30 luglio 1965[143] concernente il riconoscimento e la vigilanza dei preventori autorizzati ad accogliere assicurati minorenni;

d. l'ordinanza 6 del DFI sull'assicurazione contro le malattie del 10 dicembre 1965[144] concernente gli istituti di chiropratica riconosciuti;

e. l'ordinanza 7 del DFI sull'assicurazione contro le malattie del 13 dicembre 1965[145] concernente le terapie scientificamente riconosciute che devono essere prese a carico dalle casse malati riconosciute;

f. l'ordinanza 8 del DFI sull'assicurazione contro le malattie del 20 dicembre 1985[146] concernente i trattamenti psicoterapeutici a carico delle casse malati riconosciute;

g. l'ordinanza 9 del DFI sull'assicurazione contro le malattie del 18 dicembre 1990[147] concernente determinati provvedimenti diagnostici e terapeutici a carico delle casse malati riconosciute;

140 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 4 apr. 2007 (RU **2007** 1367). Vedi anche le disp. fin. del del 4 apr. 2007 alla fine del presente testo
141 [RU **1965** 131, **1970** 949, **1971** 1719, **1986** 1487 n. II]
142 [RU **1965** 423, **1968** 968, **1974** 688, **1986** 891]
143 [RU **1965** 612, **1986** 1487 n. II]
144 [RU **1965** 1201, **1986** 1487 n. II, **1988** 973]
145 [RU **1965** 1202, **1968** 754, **1971** 1258, **1986** 1487 n. II, **1988** 2012, **1993** 349, **1995** 890]
146 [RU **1986** 87]
147 [RU **1991** 519, **1994** 743 1078, **1995** 891]

h. l'ordinanza 10 del DFI sull'assicurazione contro le malattie del 19 novembre 1968[148] concernente l'ammissione di medicamenti nell'elenco delle specialità;

i. l'ordinanza del DFI del 28 dicembre 1989[149] concernente i medicamenti obbligatoriamente a carico delle casse malati riconosciute;

k. l'ordinanza del DFI del 23 dicembre 1988[150] concernente le analisi obbligatoriamente a carico delle casse malati riconosciute.

Art. 45[151]

Art. 46 Entrata in vigore[152]

1 La presente ordinanza entra in vigore il 1° gennaio 1996.

2 …[153]

3 …[154]

Disposizione finale della modifica del 17 novembre 2003[155]

I laboratori il cui direttore attesta un perfezionamento riconosciuto dalla FAMH non comprendente la genetica medica e che, prima dell'entrata in vigore della presente modifica d'ordinanza, hanno già eseguito analisi ai sensi dell'articolo 43 capoverso 2 possono continuare ad eseguirle, a condizione che il direttore disponga di un attestato della FAMH che ne certifichi l'esperienza in genetica medica conformemente al punto 8.4 delle disposizioni transitorie del regolamento e del programma di perfezionamento per specialisti FAMH in analisi di laboratorio medico del 1° marzo 2001 (complemento «diagnostica DNA/RNA»)[156].

Disposizione finale della modifica del 12 dicembre 2005[157]

Gli assicuratori applicano il disciplinamento dell'aliquota percentuale previsto all'articolo 38*a* al più tardi entro il 1° aprile 2006.

148 [RU **1968** 1463, **1986** 1487]
149 [RU **1990** 127, **1991** 959, **1994** 765]
150 [RU **1989** 374, **1995** 750 3688]
151 Abrogato dal n. I dell'O del DFI del 27 nov. 2000 (RU **2000** 3088).
152 Nuovo testo giusta il n. I dell'O del DFI del 26 feb. 1996, in vigore dal 1° giu. 1996 (RU **1996** 1232).
153 Abrogato dal n. I dell'O del DFI del 15 gen. 1996 (RU **1996** 909).
154 Abrogato dal n. I dell'O del DFI del 26 feb. 1996 (RU **1996** 1232).
155 RU **2003** 5283
156 Non pubblicato nella RU. Questo regolamento con le disposizioni transitorie può essere consultato presso l'Ufficio federale della sanità pubblica, Schwarzenburgstrasse 165, 3003 Berna.
157 RU **2006** 21

Disposizioni finali della modifica del 3 luglio 2006[158]

1 Per il periodo compreso tra il 1° luglio e il 30 settembre 2006 l'assunzione dei costi per la tomografia ad emissione di positroni (PET) è effettuata secondo l'allegato 1 numero 9.2 della versione del 9 novembre 2005[159].[160]

2 Per i trattamenti psicoterapeutici iniziati prima dell'entrata in vigore della presente modifica[161] si applicano gli articoli 2 e 3 della versione del 29 settembre 1995[162].

Disposizioni finali della modifica del 4 aprile 2007[163]

1 I direttori di laboratori che non soddisfano le esigenze di cui all'articolo 42 capoverso 3 e che secondo il diritto anteriore erano autorizzati ad eseguire determinate analisi speciali continuano ad esserlo anche dopo l'entrata in vigore della modifica del 4 aprile 2007.[164]

2 Per le domande pendenti al momento dell'entrata in vigore della modifica del 4 aprile 2007 si applica il diritto anteriore.

Disposizioni finali della modifica del 21 settembre 2007[165]

1 L'UFSP esamina i prezzi di fabbrica per la consegna dei preparati originali ammessi nell'elenco delle specialità tra il 1° gennaio 1993 e il 31 dicembre 2002 e i prezzi dei corrispettivi generici.

2 L'azienda responsabile della distribuzione di un preparato originale che deve essere riesaminato calcola, in base ai disciplinamenti rilasciati dalle relative autorità o associazioni, i prezzi di fabbrica per la consegna in Germania, Danimarca, Regno Unito e Paesi Bassi degli imballaggi maggiormente venduti in Svizzera. L'azienda provvede a far confermare tali prezzi da una persona con potere di firma rappresentante del fabbricante nel rispettivo Paese. L'azienda responsabile della distribuzione del corrispettivo generico non è tenuta a presentare all'UFSP alcun confronto di prezzi.

3 L'azienda responsabile della distribuzione di un preparato originale deve comunicare all'UFSP, entro il 30 novembre 2007, i prezzi medi di fabbrica per la consegna vigenti il 1° ottobre 2007. L'UFSP calcola il prezzo medio di fabbrica per la consegna in base ai prezzi vigenti in Germania, Danimarca, Regno Unito e Paesi Bassi e lo converte in franchi svizzeri in base al corso medio del cambio vigente tra i mesi di aprile e settembre 2007.

158 RU **2006** 2957
159 RU **2006** 23
160 In vigore dal 1° lug. 2006.
161 La modifica entra in vigore il 1° gen. 2007.
162 RU **1995** 4964
163 RU **2007** 1367
164 La modifica entra in vigore il 1° apr. 2007.
165 RU **2007** 4443

4 L'UFSP riduce il prezzo di fabbrica per la consegna dei preparati originali con effetto a partire dal 1° marzo 2008 fino al prezzo medio di fabbrica per la consegna calcolato secondo il capoverso 3, se:

a. il 1° ottobre 2007 il prezzo di fabbrica per la consegna del preparato originale (valore originario) è superiore di più dell'8 per cento al prezzo calcolato secondo il capoverso 3;

b. fino al 30 novembre 2007 l'azienda non ha presentato domanda di riduzione del prezzo di fabbrica per la consegna con effetto a partire dal 1° marzo 2008 fino a un importo che superi dell'8 per cento al massimo il prezzo di fabbrica per la consegna calcolato secondo il capoverso 3.

5 La riduzione di prezzo secondo il capoverso 4 può avvenire progressivamente. Se la riduzione di prezzo secondo il capoverso 4 è superiore al 30 per cento del valore originario, un primo adeguamento è effettuato il 1° marzo 2008 con una riduzione di prezzo al 70 per cento del valore originario, e il 1° gennaio 2009, con una riduzione fino al prezzo medio di fabbrica per la consegna calcolato secondo il capoverso 3. Se la riduzione di prezzo su domanda calcolata secondo il capoverso 4 lettera b è superiore al 20 per cento del valore originario, l'azienda può chiedere per il 1° marzo 2008 una riduzione di prezzo all'80 per cento del valore originario e per il 1° gennaio 2009 una riduzione fino al livello di prezzo medio necessario secondo il capoverso 4 lettera b.

6 Se in base all'esame determina un nuovo prezzo per un preparato originale, l'UFSP adegua pure i prezzi dei corrispettivi generici secondo le disposizioni vigenti.

Allegato 1[166]
(art. 1)

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

Premessa

Il presente allegato si basa sull'articolo 1 dell'ordinanza sulle prestazioni. Non contiene quindi un'enumerazione esaustiva delle prestazioni mediche a carico o no dell'assicurazione. Nello stesso sono registrate:

- prestazioni la cui efficacia, valore terapeutico o economicità sono stati esaminati dalla Commissione delle prestazioni e delle questioni fondamentali e i cui costi sono rimunerati, se del caso a determinate condizioni, oppure non rimunerati;
- prestazioni la cui efficacia, valore terapeutico o economicità sono in fase di valutazione, ma i cui costi sono, a determinate condizioni, assunti in una determinata misura;
- prestazioni particolarmente costose o difficili, assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie solo se effettuate da fornitori di prestazioni qualificati.

166 Nuovo testo giusta il n. II cpv. 1 dell'O del DFI del 9 nov. 2005, in vigore dal 1° gen. 2006 (RU **2006** 23). Aggiornato dal n. II dell'O del DFI del 3 lug. 2006 (RU **2006** 2957), dai n. II cpv. 1 delle O del DFI del 20 dic. 2006 (RU **2006** 5769), del 28 giu. 2007 (RU **2007** 3581), del 21 nov. 2007 (RU **2007** 6839), del 26 giu. 2008 (RU **2008** 3553) e del 10 dic. 2008, in vigore dal 1° gen. 2009 (RU **2008** 6493)

Indice delle materie dell'allegato 1

1 Chirurgia
1.1 In generale
1.2 Chirurgia di trapianto
1.3 Ortopedia, Traumatologia
1.4 Urologia e Proctologia
2 Medicina interna
2.1 In generale
2.2 Malattie cardiovascolari, medicina intensiva
2.3 Neurologia, inclusa la terapia del dolore
2.4 Medicina fisica, reumatologia
2.5 Oncologia
3 Ginecologia, ostetricia
4 Pediatria, psichiatria infantile
5 Dermatologia
6 Oftalmologia
7 Otorinolaringoiatria
8 Psichiatria
9 Radiologia
9.1 Radiodiagnostica
9.2 Altri procedimenti di formazione d'immagini
9.3 Radiologia intervenzionale
10 Medicina complementare
11 Riabilitazione
Indice alfabetico

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
1 Chirurgia			
1.1 In generale			
Provvedimenti in caso d'operazione al cuore	Sì	Sono inclusi: Cateterismo cardiaco; angiocardiografia, compresi i mezzi di contrasto; ibernazione artificiale; impiego del circuito artificiale cuore-polmone; impiego del «Cardioverter» come «Pace-maker», defibrillatore o «Monitor»; conserve di sangue e sangue fresco; applicazione di una valvola cardiaca artificiale, compresa la protesi; applicazione del «Pace-maker», compreso l'apparecchio.	1.9.1967
Sistemi di stabilizzazione per operazioni di bypass coronarico effettuate sul cuore pulsante	Sì	Tutti i pazienti previsti per un'operazione di bypass. Particolari vantaggi possono essere ottenuti nei casi seguenti: – aorta gravemente calcificata; – insufficienza renale; – sindrome respiratorie ostruttive croniche; – età avanzata (oltre i 70–75 anni). Controindicazioni: – vasi sanguigni profondi intramiocardici e vasi gravemente calcificati o molto sottili e diffusi (> 1,5 mm); – instabilità emodinamica peroperatoria a causa di manipolazioni del cuore o a causa di ischemia	1.1.2002
Ricostruzione mammaria operatoria	Sì	Per ristabilire l'integrità fisica e psichica della paziente dopo un'amputazione indicata dal profilo medico.	23.8.1984/ 1.3.1995
Autotrasfusione	Sì		1.1.1991
Terapia chirurgica dell'obesità (Gastric Roux-Y Bypass, Gastric Banding, Vertical Banded Gastro-plasty)	Sì	In valutazione a. Previo colloquio con il medico di fiducia. b. Il paziente non deve avere più di 60 anni. c. Il paziente ha un Bodymass Index (BMI) superiore a 40. d. Una terapia adeguata per ridurre il peso, durata due anni, non ha avuto successo.	1.1.2000/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2007

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		e. Il paziente soffre di una delle affezioni seguenti: ipertensione arteriale misurata con un bracciale a pressione largo; diabete mellito; sindrome d'apnea del sonno; dislipidemia; affezioni degenerative invalidanti dell'apparato locomotore; coronaropatie; sterilità con iperandrogenismo; ovaie policistiche della donna in età feconda. f. L'operazione va eseguita in un centro ospedaliero che disponga di una équipe interdisciplinare e con la necessaria esperienza (chirurgia, psicoterapia, consulenza nutrizionale, medicina interna). g. Piano di valutazione unitario con statistica delle quantità e dei costi.	
Terapia dell'obesità con palloncino intragastrico	No		25.8.1988
Terapia a base di radiofrequenza per il trattamento delle varici	No	In valutazione	1.7.2002
Trattamento laser endovasale di varici	No		1.1.2004
1.2 Chirurgia di trapianto			
Trapianto renale isolato	Si	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[167] sul trapianto di organi, tessuti e cellule (legge sui trapianti) e secondo l'articolo 12 dell'ordinanza del 16 marzo 2007[168] concernente il trapianto di organi, tessuti e cellule umani (ordinanza sui trapianti). È invece esclusa la responsabilità dell'assicuratore del trapiantato in caso di morte del donatore.	25.3.1971/ 23.3.1972/ 1.8.2008
Trapianto cardiaco isolato	Sì	In caso di affezioni cardiache gravi e incurabili, quali la cardiopatia ischemica, la cardiomiopatia idiopatica, le malformazioni cardiache e l'aritmia maligna.	31.8.1989

[167] RS **810.21**
[168] RS **810.211**

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Trapianto isolato del polmone (proveniente da donatore deceduto)	Sì	Stadio terminale di una malattia polmonare cronica. Nei centri seguenti: Universitätsspital di Zurigo, Hôpital cantonal universitaire di Ginevra in collaborazione con il Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, a condizione che il centro partecipi al registro di SwissTransplant.	1.1.2003
Trapianto cuore-polmone	No		31.8.1989/ 1.4.1994
Trapianto isolato del fegato	Sì	Esecuzione in un centro che disponga dell'infrastruttura e dell'esperienza necessarie (mediamente 10 trapianti di fegato all'anno).	31.8.1989/ 1.3.1995
Trapianto del fegato da donatore vivo	Si	In valutazione Le spese vengono coperte solamente previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia. Nei centri seguenti: Universitätsspital di Zurigo, Hôpital Cantonal Universitaire di Ginevra. Sono incluse le spese d'operazione sul donatore, compreso il trattamento di eventuali complicazioni, nonché le prestazioni secondo l'articolo 14 capoversi 1 e 2 della legge sui trapianti e secondo l'articolo 12 dell'ordinanza sui trapianti. È invece esclusa la responsabilità dell'assicuratore del trapiantato in caso di morte del donatore. I fornitori di prestazioni devono presentare all'UFSP un registro di valutazione coerente con un rapporto annuale (monitoraggio: numero di casi, indicazione, decorso presso i riceventi/ i donatori, costi globali per riceventi e per donatori separatamente).	1.7.2002/ 1.1.2003/ 1.1.2005/ 1.7.2005/ 1.7.2008 bis 31.12.2011
Trapianto simultaneo del pancreas e del rene	Sì	Nei centri seguenti: Universitätsspital di Zurigo, Hôpital Cantonal Universitaire di Ginevra, a condizione che il centro partecipi al registro di SwissTransplant.	1.1.2003
Trapianto isolato del pancreas	No	In valutazione	31.8.1989/ 1.4.1994/ 1.7.2002

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Allotrapianto delle Isole di Langerhans	No	In valutazione	1.7.2002
Autotrapianto delle Isole di Langerhans	No	In valutazione	1.7.2002
Trapianto isolato dell'intestino tenue	No	In valutazione	1.7.2002
Trapianto simultaneo del fegato e dell'intestino tenue e trapianto multiviscerale	No	In valutazione	1.7.2002
Trapianto con epidermide autologa di coltura (cheratinociti)	Sì	Adulti: – bruciature del 70 % o più della superficie totale del corpo; – bruciature profonde del 50 % o più della superficie totale del corpo. Bambini: – bruciature del 50 % o più della superficie totale del corpo; – bruciature del 40 % o più della superficie totale del corpo.	1.1.1997/ 31.12.2001
Trattamento di ferite di difficile guarigione con espianti di pelle coltivata	Si	Con equivalenti di pelle autologa o allogenica ammessi secondo le corrispondenti prescrizioni di legge. Dopo una terapia conservativa eseguita a regola d'arte che non ha avuto successo. Indicazione per la scelta del metodo o del prodotto secondo le «Direttive per l'impiego di cute equivalente in caso di ferite di difficile guarigione» del 1° aprile 2008 della Società svizzera di dermatologia e venereologia e della Schweizerische Gesellschaft für Wundbehandlung. Esecuzione in centri certificati dalla Società svizzera di dermatologia e venereologia e dalla Schweizerische Gesellschaft für Wundbehandlung.	1.1.2001/ 1.7.2002/ 1.1.2003/ 1.4.2003/ 1.1.2004/ 1.1.2008/ 1.8.2008

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
1.3 Ortopedia, Traumatologia			
Terapia di difetti di portamento	Sì	Prestazione obbligatoria per provvedimenti unicamente terapeutici, ossia solo se risultano radiologicamente manifeste modifiche di struttura o malformazioni della colonna vertebrale. I provvedimenti profilattici aventi lo scopo d'impedire modifiche imminenti dello scheletro, segnatamente la ginnastica speciale per rafforzare una schiena debole, non sono a carico dell'assicurazione malattia.	16.1.1969
Terapia dell'artrosi con iniezione intraarticolare di un lubrificante artificiale	No		25.3.1971
Terapia dell'artrosi con iniezione intraarticolare di teflon o silicone come «lubrificante»	No		12.5.1977
Terapia dell'artrosi con iniezione di soluzione mista contenente olio allo iodoformio	No		1.1.1997
Terapia mediante onde d'urto extracorporee (litotripsia) applicata all'apparato locomotore	No	In valutazione	1.1.1997/ 1.1.2000/ 1.1.2002
Terapia ad onde d'urto radiali	No		1.1.2004
Protezione delle anche per prevenire le fratture del collo del femore	No		1.1.1999/ 1.1.2000
Osteochondrale Mosaicplasty per coprire lesioni del tessuto osseo e cartilagineo	No		1.1.2002
Trapianto autologo di chondrociti	No		1.1.2002/ 1.1.2004
Viscosupplemento per il trattamento della gonartrosi	No		1.7.2002/ 1.1.2003/ 1.1.2004/ 1.1.2007

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Chifoplastica a palloncino per il trattamento di fratture vertebrali	Si	Fratture recenti e dolorose del corpo vertebrale che non rispondono al trattamento analgesico e che evidenziano deformità tali da richiedere una correzione. Indicazioni secondo la guideline della Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie del 23.9.2004. Esecuzione dell'intervento solo da parte di un operatore certificato dalla Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, dalla Società svizzera d'ortopedia e dalla Società svizzera di neurochirurgia. I fornitori di prestazioni tengono un registro nazionale gestito dall'«Institut für Evaluative Forschung in der orthopädischen Chirurgie» dell'Università di Berna.	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008
Gel di piastrine per protesi totale del ginocchio	No		1.1.2006
Impianto meniscale di collagene	No		1.8.2008
Meniscotomia al laser	No		1.1.2006
1.4 Urologia e Proctologia			
Uroflowmetria (misurazione del flusso urinario mediante la registrazione di curve)	Sì	Limitata agli adulti.	3.12.1981
Litotripsia renale extra-corporea mediante onde d'urto (abbreviazione in tedesco: ESWL), frantumazione dei calcoli renali	Sì	Indicazioni: L'ESWL è indicato in caso di a. litiasi del bacinetto, b. litiasi dei calici renali, c. litiasi dell'uretere, se la terapia conservativa non ha avuto successo e se a causa della posizione, della forma e della dimensione del calcolo, la sua eliminazione spontanea è improbabile. Gli elevati rischi dovuti alla particolare posizione del paziente durante la narcosi esigono una vigilanza anestesiologica appropriata (formazione speciale dei medici e paramedici, nonché adeguati apparecchi di controllo).	22.8.1985/ 1.8.2006

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Terapia chirurgica delle turbe dell'erezione			
– protesi del pene	No		1.1.1993/ 1.4.1994
– chirurgia di rivascolarizzazione	No		1.1.1993/ 1.4.1994
Applicazione di uno sfintere artificiale	Sì	Incontinenza grave	31.8.1989
Terapia al laser dei tumori vescicali o del pene	Sì		1.1.1993
Embolizzazione terapeutica della varicocele testicolare			
– mediante sclerotizzazione o applicazione di coils	Sì		1.3.1995
– mediante balloons o microcoils	No		1.3.1995
Prostatectomia transuretrale mediante laser agli ultrasuoni	No		1.1.1997
Terapia transuretrale a microonde ad alta energia (TTM-AE)	No		1.1.2004
Elettroneuromodulazione dei nervi spinali sacrali mediante apparecchio impiantato per la terapia dell'incontinenza urinaria e delle turbe dello svuotamento della vescica	Si	Le spese vengono coperte soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia. In un'istituzione riconosciuta che disponga di un'unità d'urodinamica atta a realizzare una valutazione urodinamica completa, come pure di un'unità di neuromodulazione per la valutazione della funzione dei nervi periferici (test PNE). Dopo insuccesso di trattamenti conservatori (compresa la riabilitazione). Dopo un test di stimolazione (PNE) positivo.	1.7.2000/ 1.7.2002/ 1.1.2005/ 1.1.2008

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Elettroneuromodulazione dei nervi spinali sacrali mediante apparecchio impiantato per la terapia dell'incontinenza fecale	Si	Le spese vengono coperte soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia. In un'istituzione riconosciuta, che disponga di una unità di manometria anorettale in grado di realizzare una completa valutazione manometrica, così come di una unità di valutazione della funzione dei nervi periferici (test PNE). Dopo fallimento di terapie conservative e/o chirurgiche (inclusa la riabilitazione). Dopo un test di stimolazione (PNE) positivo.	1.1.2003/ 1.1.2008
Trattamento della vescica iperattiva neurogena mediante iniezione cistoscopica di tossina botulinica di tipo A nella parete vescicale	No		1.1.2007/ 1.8.2008
Stent urologici	Sì	Se un intervento chirurgico è controindicato per comorbidità, per gravi limitazioni fisiche o per motivi tecnici.	1.8.2007
2 Medicina interna			
2.1 In generale			
Terapia con iniezione di ozono	No		13.5.1976
Terapia con ossigeno iperbarico	Sì	In casi di: – lesioni attiniche croniche o tardive; – osteomielite della mascella; – osteomielite cronica; – malattia da decompressione, nella misura in cui non è soddisfatta la definizione di infortunio.	1.4.1994 1.9.1988 1.1.2006
Celluloterapia a base di cellule fresche	No		1.1.1976
Sierocitoterapia	No		3.12.1981
Vaccinazione contro la rabbia	Sì	In caso di terapia di un paziente morso da un animale affetto dalla rabbia o sospetto di avere questa malattia.	19.3.1970
Terapia dell'obesità	Sì	– Eccedenza rispetto al peso ideale del 20 per cento o più. – Malattia concomitante che può essere proficuamente influenzata da una riduzione di peso.	7.3.1974

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
– con anfetamine e loro derivati	No		1.1.1993
– con ormoni tiroidei	No		7.3.1974
– con diuretici	No		7.3.1974
– con iniezioni di coriogonadotropina	No		7.3.1974
Emodialisi («Rene artificiale»)	Sì		1.9.1967
Emodialisi a domicilio	Sì		27.11.1975
Dialisi peritoneale	Sì		1.9.1967
Nutrizione enterica a domicilio	Sì	Se senza impiego di sonda è esclusa una sufficiente nutrizione per via orale.	1.3.1995
Nutrizione enterica senza sonda a domicilio	No		1.7.2002
Nutrizione parenterale a domicilio	Sì		1.3.1995
Insulinoterapia con pompa a perfusione continua	Sì	Rimunerazione delle spese di noleggio della pompa alle condizioni seguenti: – il paziente soffre di diabete estremamente labile; – l'affezione non può essere stabilizzata in modo soddisfacente nemmeno mediante iniezioni multiple; – l'indicazione della terapia con la pompa e l'assistenza del paziente è determinata e assicurata da un centro qualificato o, previa consultazione del medico di fiducia, da un medico specialista con prassi privata.	27.8.1987 1.1.2000
Perfusione parenterale di antibiotici con pompa (ambulatoriamente)	Sì		1.1.1997
Plasmaferesi	Sì	Indicazioni: – Sindrome d'iperviscosità. – Malattie del sistema immunitario, se la plasmaferesi si è rivelata efficace, in particolare in caso di: – miastenia grave – porpora trombotica trombocitopenica – anemia emolitica immune – leucemia – sindrome di Goodpasture – sindrome di Guillain-Barré – avvelenamenti acuti – ipercolesterolemia familiare omozigota.	25.8.1988

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
LDL-Aferesi	Sì	In caso di ipercolesterolemia familiare omozigota. Realizzato in un centro che ha l'infrastruttura e l'esperienza richieste.	25.8.1988/ 1.1.2005
	No	In caso di ipercolesterolemia familiare eterozigota.	1.1.1993/ 1.3.1995 1.1.2005
	No	In caso di ipercolesterolemia refrattaria alla terapia.	1.1.2007
Trapianto di protogenociti ematopoietici		In centri qualificati secondo l'organo di certificazione STABMT (Gruppo di lavoro SwissTransplant für Blood and Marrow Transplantation), secondo le prescrizioni del «The Joint Accreditation Committee-ISCT & EBMT (JACIE)» e della «Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy (Fact)»: «International standards for cellular therapy product collection, procession and administration. Third edition» del 19 febbraio 2007. Sono incluse le spese d'operazione sul donatore, compreso il trattamento di eventuali complicazioni, nonché le prestazioni secondo l'articolo 14 capoversi 1 e 2 della legge sui trapianti e secondo l'articolo 12 dell'ordinanza sui trapianti. È invece esclusa la responsabilità dell'assicuratore del trapiantato in caso di morte del donatore.	1.8.2008
– autologo	Si	– linfomi – leucemia linfatica acuta – leucemia mieloide acuta – mieloma multiplo.	1.1.1997
	Si	Nel quadro di studi clinici: – sindrome mielodisplastica – neuroblastoma – medulloblastoma – leucemia mieloide cronica – carcinoma del seno – carcinoma germinale – carcinoma ovarico – sarcoma di Ewing – sarcoma dei tessuti molli – tumore di Wilms – rabdomiosarcoma – tumore solido raro del bambino.	1.1.2002/ 1.1.2008 fino all 31.12.2012

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
	Si	In studi clinici prospettici multicentrici controllati: – nel caso di malattie auto-immuni. Le spese vengono coperte soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia. Dopo una terapia convenzionale fallita o in caso di una progressione della malattia.	1.1.2002/ 1.1.2008 fino all 31.12.2012
	No	– recidiva di leucemia mieloide acuta – recidiva di leucemia linfatica acuta – carcinoma del seno con metastasi ossee avanzate – carcinoma bronchiale a piccole cellule – malattie congenite.	1.1.1997/ 1.1.2008
– allogeno	Si	In caso di: – leucemia mieloide acuta – leucemia linfatica acuta – leucemia mieloide cronica – sindrome mielodisplastica – anemia aplastica – deficienze immunitarie e Inborn errors – talassemia e anemia drepanocitica (donatore: fratello o sorella con identico HLA).	1.1.1997
	Si	Nel quadro di studi clinici: – mieloma multiplo – malattie linfatiche (linfoma di Hodgkin, linfoma non-Hodgkin, leucemia linfatica cronica) – carcinoma renale.	1.1.2002/ 1.1.2008 fino all 31.12.2012
	Si	In studi clinici prospettici multicentrici controllati: – malattie auto-immuni. Le spese vengono coperte soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia. Dopo una terapia convenzionale fallita o in caso di una progressione della malattia.	1.1.2002/ 1.1.2008 fino all 31.12.2012
	No	In caso di: – tumori solidi – melanoma.	1.1.1997/ 1.1.2008
	No	In valutazione – carcinoma del seno.	1.1.2002/ 1.1.2008

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Litotripsia dei calcoli biliari	Sì	Calcoli biliari intraepatici; calcoli biliari extraepatici nella regione del pancreas e del coledoco. Litotripsia dei calcoli della cistifellea, se il paziente non è operabile (esclusa anche la colecistectomia laparoscopica).	1.4.1994
Polisonnografia Poligrafia	Sì	In caso di forte sospetto di: – apnea del sonno – movimento periodico delle gambe nel sonno – narcolessia, se la diagnosi clinica è incerta – parasonnia grave (ad es. distonia epilettica notturna o comportamento violento durante il sonno), se la diagnosi è incerta e se ne risultano conseguenze terapeutiche. Indicazione e esecuzione in centri qualificati, secondo le direttive del 6 settembre 2001 della Società svizzera di ricerca sul sonno, medicina del sonno e cronobiologia	1.3.1995/ 1.1.1997/ 1.7.2002
	No	Esame di routine dell'insonnia passeggera e cronica, della fibrositis e Chronic fatigue syndrome.	1.1.1997
	No	In valutazione In caso di forte sospetto di: – turbe nell'addormentarsi e del sonno, se la diagnosi iniziale è incerta e se la terapia del comportamento o medicamentosa è senza successo – turbe persistenti del ritmo circadiano, quando la diagnosi clinica è incerta.	1.1.1997/ 1.1.2002/ 1.4.2003
Poligrafia	Sì	In caso di forte sospetto di apnea del sonno Esecuzione: medici specializzati (FMH pneumologia) in poligrafia respiratoria con esperienza pratica secondo le direttive della Società svizzera di ricerca sul sonno, medicina del sonno e cronobiologia del 6 settembre 2001.	1.7.2002/ 1.1.2006
Misura della melatonina nel siero	No		1.1.1997
Multiple Sleep Latency test	Sì	Indicazione ed esecuzione in centri qualificati, secondo le direttive della Società svizzera di ricerca sul sonno, medicina del sonno e cronobiologia del 1999.	1.1.2000

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Maintenance of Wakefullness Test	Sì	Indicazione ed esecuzione in centri qualificati, secondo le direttive della Società svizzera di ricerca sul sonno, medicina del sonno e cronobiologia del 1999.	1.1.2000
Actigrafia	Sì	Indicazione ed esecuzione in centri qualificati, secondo le direttive della Società svizzera di ricerca sul sonno, medicina del sonno e cronobiologia del 1999.	1.1.2000
Test respiratorio all'urea 13C per Helicobacter-pylori	Sì		16.9.1998/ 1.1.2001
Vaccinazione con cellule dendritiche per il trattamento del melanoma in stadio avanzato	No	In valutazione	1.7.2002
Trattamento fotodinamico con estere metilico dell'acido aminolevulinico	Sì	Pazienti con cheratosi attinica, carcinomi basocellulari, morbo di Bowen e carcinomi spinocellulari con spessore sottile	1.7.2002
Calorimetria e/o misura della densità corporea nella terapia dell'obesità	No		1.1.2004
Endoscopia con capsula	Sì	Per esame dell'intestino tenue nel tratto che va dal legamento del Treitz fino alla valvola ileocecale in caso di: – emorragie di causa ignota; – malattie infiammatorie croniche dell'intestino tenue; – in seguito a gastroscopia e colonoscopia con esito negativo. Le spese vengono coperte soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia.	1.1.2004/ 1.1.2006
Fotoforesi extracorporea	Sì	In caso di linfoma T-Zell cutaneo (Sézary-Syndrom).	1.1.1997
	No	– In caso di Graft-Versus-Host-Disease. – In caso di trapianto di polmoni.	1.1.2009
2.2 Malattie cardiovascolari, medicina intensiva			
Insufflazione di ossigeno	No		27.6.1968
Pressomassaggio sequenziale peristaltico	Sì		27.3.1969/ 1.1.1996

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Registrazione dell'ECG per telemetria	Sì	Sono da prendere in considerazione, quali indicazioni, soprattutto i disturbi del ritmo e della trasmissione, i disturbi della circolazione sanguigna del miocardio (malattie delle coronarie). L'apparecchio può servire anche a sorvegliare l'efficacia della terapia.	13.5.1976
Sistema impiantabile per la registrazione di un elettrocardiogramma sottocutaneo	Sì	Secondo le direttive del Gruppo di lavoro «Stimolazione cardiaca ed elettrofisiologica» della Società svizzera di cardiologia del 26 maggio 2000.	1.1.2001
Sorveglianza telefonica dei pazienti con stimolatore cardiaco (Pace-maker)	No		12.5.1977
Applicazione di un defibrillatore	Sì		31.8.1989
PTCA mediante pompa-pallone intraaortale	Sì		1.1.1997
Rivascolarizzazione transmiocardica per laser	No	In valutazione	1.1.2000
Terapia di risincronizzazione cardiaca sulla base di uno stimolatore cardiaco tricamerale, impianto e sostituzione del aggregato	Sì	In caso di insufficienza cardiaca cronica severa refrattaria al trattamento farmacologico e con desincronizzazione cardiaca. Alle condizioni seguenti: – Insufficienza cronica severa (NYHA III o IV) con frazione d'eiezione ventricolare sinistra ≤ 35 % malgrado trattamento medico adeguato – Blocco di branca sinistro con QRS largo ≥ 130 millisecondi Le analisi e l'impianto potranno essere eseguiti esclusivamente in un centro cardiologico qualificato dotato di un gruppo interdisciplinare con le competenze richieste in elettrofisiologia cardiaca e dell'infrastruttura necessaria (ecocardiografia, programmatore esterno, laboratorio di cateterismo cardiaco).	1.1.2003/ 1.1.2004
Brachiterapia intracoronarica	No	In valutazione	1.1.2003
Impianto di stent coronarici rivestiti	Sì		1.1.2005

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
2.3 Neurologia, inclusa la terapia del dolore			
Massaggi in caso di paralisi consecutiva ad affezioni del sistema nervoso centrale	Sì		23.3.1972
Potenziali evocati visuali nell'ambito di esami neurologici speciali	Sì		15.11.1979
Elettrostimolazione del midollo spinale mediante applicazione di un sistema di neurostimolazione	Sì	Terapia di dolori gravi specialmente di tipo di deafferentazione (algoallucinosi), status dopo ernia del disco con aderenze delle radici e corrispondente perdita di sensibilità nei dermatomi, causalgie e in particolare dolori provocati da fibrosi del plesso dopo irradiazione (carcinoma del seno), se esiste una precisa indicazione e se è stato effettuato un test mediante elettrodo percutaneo. Il cambiamento del generatore d'impulsi è compreso nella prestazione obbligatoria.	21.4.1983/ 1.3.1995
Elettrostimolazione delle strutture cerebrali profonde mediante applicazione di un sistema di neurostimolazione	Sì	Terapia di dolori cronici gravi di tipo di deafferentazione d'origine centrale (ad. es. lesioni del midollo spinale e lesioni cerebrali, lacerazione intradurale del nervo) se esiste una stretta indicazione e se è stato effettuato un test con elettrodo percutaneo. Il cambiamento del generatore d'impulsi è compreso nella prestazione obbligatoria.	1.3.1995
Operazioni con metodo stereotassico per la terapia del morbo di Parkinson cronica e refrattaria ai trattamenti non chirurgici (lesioni per radiofrequenza e stimolazioni croniche nel pallidum, talamo e subtalamo)	Sì	Diagnosi stabilita di un morbo di Parkinson idiopatico. Progressione dei sintomi su un minimo di due anni. Controllo insufficiente dei sintomi mediante il trattamento dopaminergico (fenomeni off, fluttuazioni on/off, dischinesie on). Accertamenti ed esecuzioni in centri specializzati che dispongono delle necessarie infrastrutture (neurochirurgia funzionale, neurologia, neuroradiologia).	1.7.2000

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Operazione con metodo stereotassico (lesioni provocate da radiofrequenza e stimolazione cronica nel talamo) per la terapia del tremore cronico non causato dal morbo di Parkinson e refrattario ai trattamenti non chirurgici	Sì	Diagnosi stabilita di un tremore cronico non causato dal morbo di Parkinson, progressione dei sintomi su un minimo di due anni; controllo insufficiente dei sintomi mediante terapia medicamentosa. Accertamenti ed esecuzione in centri specializzati, che dispongono della necessaria infrastruttura (neurochirurgia funzionale, neurologia, elettrofisiologia neurologica, neuroradiologica).	1.7.2002
Elettroneurostimolazione transcutanea (abbreviazione in tedesco: TENS)	Sì	Se il paziente utilizza personalmente lo stimolatore TENS, l'assicuratore gli rimborsa le spese di noleggio dell'apparecchio alle condizioni seguenti: – il medico o, su suo ordine, il fisioterapista deve aver provato l'efficacia del TENS sul paziente e averlo istruito circa l'uso dello stimolatore; – il medico di fiducia deve aver confermato che l'autoterapia praticata dal paziente è indicata; – l'indicazione è data segnatamente nei casi seguenti: – dolori derivanti da un neuroma; p. es. dolori localizzati che possono insorgere con pressione nel settore delle membra amputate (monconi), – dolori che possono essere provocati o accresciuti con stimolazione (pressione, estensione o stimolazione elettrica) di un punto nevralgico: p. es. dolori sotto forma di sciatica o le sindromi della spalla e del braccio, – dolori provocati da compressione dei nervi; p. es. dolori irradianti persistenti dopo operazione dell'ernia del disco o del canale carpale.	23.8.1984
Terapia con baclofene con applicazione di un dosatore di medicamenti	Sì	In caso di spasticità resistente alla terapia	1.1.1996
Terapia intratecale di dolori cronici somatici con applicazione di un dosatore di medicamenti	Sì		1.1.1991

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Potenziali evocati motori come esame neurologico specializzato	Sì	Diagnosi di malattie neurologiche. L'esaminatore responsabile è titolare del certificato di capacità risp. dell'attestato di formazione complementare in elettroencefalografia o in elettroneuromiografia della Società svizzera di neurofisiologia clinica.	1.1.1999
Resezione curativa di focolai epilettogeni	Sì	Indicazioni: – Prova dell'esistenza di un'epilessia focale. – Gravi menomazioni causate dall'epilessia. – Resistenza alla farmacoterapia. – Accertamenti ed esecuzioni in un centro per epilettici che dispone della necessaria infrastruttura diagnostica segnatamente in elettrofisiologia, MRI, in neuropsicologia, di esperienza chirurgoterapeutica e di possibilità di adeguati trattamenti postoperatori.	1.1.1996/ 1.8.2006
Chirurgia palliativa dell'epilessia mediante: – commisurotomia – operazione sub-appiale multipla secondo Morell-Whisler – stimolazione del nervo vago	Sì	Le spese vengono coperte soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia. Se le investigazioni dimostrano che la chirurgia curativa dell'epilessia focale non è indicata e che un metodo palliativo permette un miglior controllo delle crisi e un miglioramento della qualità della vita. Accertamenti in un centro per epilettici che dispone della necessaria infrastruttura diagnostica segnatamente in elettrofisiologia, MRI, in neuropsicologia, di esperienza chirurgoterapeutica e di possibilità di adeguati trattamenti postoperatori.	1.1.1996/ 1.7.2002/ 1.1.2005/ 1.8.2006/ 1.1.2009
Operazione risp. decompressione al laser dell'ernia discale	No		1.1.1997
Terapia elettrotermica intradiscale	No		1.1.2004
Crineurolisi	No	Cura dei dolori delle articolazioni intervertebrali lombari.	1.1.1997
Denervazione delle faccette mediante radiofrequenza	No		1.1.2004/ 1.1.2005

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Spondilodesi con gabbie intersomatiche o trapianto osseo	Sì	Le spese vengono coperte soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia. – Instabilità della colonna vertebrale con ernia discale, recidiva di ernia discale o stensi per pazienti con sindrome vertebrale o radicolare invalidante, resistente al trattamento conservativo, causata da patologie degenerative e instabilità della colonna vertebrale verificate clinicamente e radiologicamente. – Dopo insuccesso di una spondilodesi posteriore con il sistema di viti pedicolari.	1.1.1999/ 1.1.2002/ 1.7.2002/ 1.1.2004
Protesi del disco intervertebrale	Sì	In valutazione. Malattia sintomatica degenerativa del disco intervertebrale della colonna vertebrale a livello cervicale e lombare. Mancato successo di una terapia conservativa della durata di 3 mesi (cervicale) o di 6 mesi (vertebre lombari) – ad eccezione di pazienti che presentano malattie degenerative della colonna vertebrale a livello cervicale o lombare, i quali soffrono di dolori incontrollabili nonostante siano sottoposti a terapie ospedaliere o presentano disfunzioni neurologiche progressive, nonostante venga applicata una terapia conservativa. – Degenerazione di 2 segmenti al massimo. – Degenerazione minima degli altri segmenti contigui. – Nessuna artrosi primaria delle faccette articolari (livello lombare). – Nessuna cifosi primaria segmentale (livello cervicale). – Osservanza delle controindicazioni generali. Esecuzione dell'intervento solo da parte di un operatore certificato dalla Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, dalla Società svizzera d'ortopedia e dalla Società svizzera di neurochirurgia.	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2009 fino al 31.7.2009

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		I fornitori di prestazioni tengono un registro nazionale gestito dall'«Institut für Evaluative Forschung in der orthopädischen Chirurgie» dell'Università di Berna.	
Stabilizzazione intraspinale e dinamica della colonna vertebrale (p.es. del tipo DIAM)	Sì	In valutazione. Esecuzione dell'intervento solo da parte di un operatore certificato dalla Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, dalla Società svizzera d'ortopedia e dalla Società svizzera di neurochirurgia. I fornitori di prestazioni tengono un registro nazionale gestito dall'«Institut für Evaluative Forschung in der orthopädischen Chirurgie» dell'Università di Berna.	1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009 fino al 31.7.2009
Stabilizzazione dinamica della colonna vertebrale (p.es. del tipo DYNESIS)	Sì	In valutazione. Esecuzione dell'intervento solo da parte di un operatore certificato dalla Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie, dalla Società svizzera d'ortopedia e dalla Società svizzera di neurochirurgia. I fornitori di prestazioni tengono un registro nazionale gestito dall'«Institut für Evaluative Forschung in der orthopädischen Chirurgie» dell'Università di Berna.	1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009 fino al 31.7.2009
2.4 Medicina fisica, reumatologia			
Terapia dell'artrosi con iniezioni intraarticolari di un lubrificante artificiale	No		25.3.1971
Terapia dell'artrosi con iniezioni intraarticolari di teflon o silicone come «lubrificante»	No		12.5.1977
Sinoviortesi	Sì		12.5.1977
Terapia al low-level-laser	No		1.1.2001
2.5 Oncologia			
Terapia del cancro con pompa a perfusione (chemioterapia)	Sì		27.8.1987
Terapia al laser per chirurgia minimale palliativa	Sì		1.1.1993

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Perfusione isolata delle membra con ipertermia e Tumor-Necrosis-Factors (TNF)	Sì	In caso di melanomi maligni con esclusiva invasione di un'estremità. In caso di sarcomi delle parti molli con esclusiva invasione di un'estremità. In centri specializzati con esperienza nella terapia interdisciplinare di melanomi e sarcomi estesi con questo metodo. La terapia è effettuata da un team di chirurghi oncologici, chirurghi vascolari, ortopedisti, anestesisti e specialisti in medicina intensiva. La terapia deve essere effettuata in sala operatoria, sotto anestesia totale e controllo continuo mediante catetere Swan-Ganz.	1.1.1997/ 1.1.2001
	No	In caso di melanomi e sarcomi con: – invasione o infiltrazione delle radici delle estremità (ad es. invasione inguinale); – metastasi a distanza.	1.1.2001
Brachiterapia mediante impianto interstiziale di I-125 per il trattamento del carcinoma della prostata	Sì	In valutazione Carcinoma della prostata localizzato, con basso o medio rischio di recidiva e – aspettativa di vita > 5 anni – nessuna TUR-P eseguita in precedenza volume della prostata < 60 ccm – uretra non ostruita in modo grave disturbi del deflusso Centro qualificato con intensa cooperazione interdisciplinare tra urologi, radio-oncologi e fisici-medici. Sorveglianza delle radiazioni: – personale con formazione specialistica – licenza di esercizio rilasciata dall'UFSP per lo I-125 in forma sigillata Piano di valutazione unitario con statistica delle quantità e dei costi.	1.7.2002/ 1.1.2005 fino al 31.12.2008
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
Low-dose-rate-brachiterapia	Sì	In valutazione. Con semi di Iodio125 o semi di Palladio 103. In caso di carcinoma della prostata localizzato, con basso o medio rischio di recidiva e – aspettativa di vita > 5 anni – nessuna TUR-P eseguita in precedenza volume della prostata < 60 ccm – uretra non ostruita in modo grave disturbi del deflusso. Centro qualificato con intensa cooperazione interdisciplinare tra urologi, radio-oncologi e fisici-medici. Piano di valutazione unitario con statistica delle quantità e dei costi.	1.7.2002/ 1.1.2005/ 1.1.2009 fino al 31.12.2013
3 Ginecologia, ostetricia			
Diagnosi agli ultrasuoni in ostetricia e ginecologia	Sì	È fatto salvo l'articolo 13 lettera b OPre per i controlli agli ultrasuoni in caso di gravidanza	23.3.1972/ 1.1.1997
Inseminazione artificiale	Sì	Inseminazione intrauterina. Al massimo tre cicli di terapia per gravidanza.	1.1.2001
Fecondazione in vitro per esame della sterilità	No		1.4.1994
Fecondazione in vitro e trasferimento d'embrione (FIVETE)	No		28.8.1986/ 1.4.1994
Sterilizzazione:			
– della donna	Sì	Nell'ambito della cura medica di una donna in età feconda, la sterilizzazione è una prestazione obbligatoria, se a causa di uno stato patologico verosimilmente permanente o di un'anomalia fisica, una gravidanza mette in pericolo la vita della paziente o procura un danno probabilmente duraturo alla sua salute e se altri metodi contraccettivi non possono essere presi in considerazione per motivi medici (in senso lato).	11.12.1980
– del marito	Sì	Se la sterilizzazione della moglie, di per sé rimborsabile, non può essere effettuata o non è auspicata dai coniugi, l'assicuratore cui è affiliata la moglie deve assumere le spese della sterilizzazione del marito.	1.1.1993

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Terapia al laser del cancro del collo in situ	Sì		1.1.1993
Ablazione non chirurgica dell'endometrio	Sì	In caso di menorragie funzionali resistenti alla terapia nella premenopausa	1.1.1998
Embolizzazione di mioma uterino	No		1.1.2004/ 1.1.2005
Test di Papanicolau per la diagnosi precoce del cancro del collo dell'utero (art. 12*e* lett. b OPre)	Si		1.1.1996/ 1.8.2008
Citologia in strati sottili per la diagnosi precoce del cancro del collo dell'utero secondo i metodi ThinPrep oppure Autocyte Prep / Sure Path (art. 12*e* lett. b OPre)	Si		1.4.2003/ 1.7.2005/ 1.8.2008
Individuazione del Human Papilloma Virus nell'ambito dello screening per il carcinoma del collo dell'utero (art. 12*e* lett. b OPre)	No	In valutazione	1.7.2002/ 1.8.2008
Interventi mammari miniinvasivi sotto controllo radiologico o ecografico	Sì	Secondo le direttive della Società Svizzera di Senologia del 2 novembre 2001.	1.7.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2009 fino al 31.7.2009
Ansa sottouretrale per il trattamento dell'incontinenza da sforzo nella donna	Sì	– Secondo le raccomandazioni dell'associazione di uro-ginecologia e patologia del pavimento pelvico, comunicazione degli esperti, aggiornamento del 27.7.2004 intitolato «Tension free Vaginal Tape (TVT) per il trattamento dell'incontinenza urinaria a sforzo». – L'impianto Reemex® non viene pagato.	1.1.2004/ 1.1.2005

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
4 Pediatria, psichiatria infantile			
Programmi per terapie multiprofessionali ambulatoriali per bambini e adolescenti affetti da sovrappeso e adiposità	Si	In valutazione 1. Indicazione terapeutica: a. in caso di adiposità (BMI > 97 percentili); b. in caso di sovrappeso (BMI tra 90 e 97 percentili) e in presenza di almeno una delle seguenti malattie, la cui prognosi è aggravata dal sovrappeso o costituisce una della cause dell'eccesso ponderale: ipertonia, diabete mellito di tipo 2, alterata tolleranza al glucosio, disturbi endocrini, sindrome delle ovarie policistiche, malattie ortopediche, epatite dovuta al fegato grasso non per causa di alcol, malattie respiratorie, glomerulopatia, disturbi alimentari nel corso di un trattamento psichiatrico. Definizione di adiposità, sovrappeso e malattie secondo le linee guida della Società svizzera di pediatria (SSP) del 19 dicembre 2006. 2. Programma: a. approccio terapeutico multiprofessionale secondo le raccomandazioni della SSP e dell'Association suisse Obésité de l'enfant et de l'adolescent/ Schweizerische Fachverein Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AKJ) del 13 aprile 2007; b. il programma in gruppo medicalmente assistito è stato ratificato dalla commissione congiunta dell'SSP e dell'AKJ. 3. Design di valutazione unitario con statistica quantitativa e dei costi: a. trattamenti nel quadro del progetto di valutazione dell'SSP e dell'AKJ; b. per trattamenti nel quadro di questo progetto di valutazione è pattuito un compenso forfettario.	1.1.2008 fino al 31.12.2012
Terapia del gioco e della pittura per fanciulli	Sì	Praticata dal medico o sotto la sua sorveglianza diretta.	7.3.1974

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Terapia dell'enuresi con apparecchio avvertitore	Sì	Dai 5 anni compiuti.	1.1.1993
Elettrostimolazione della vescica	Sì	In caso di disturbi organici della minzione.	16.2.1978
Ginnastica di gruppo per fanciulli obesi	No		18.1.1979
Monitoraggio della respirazione; monitoraggio della respirazione e della frequenza cardiaca	Sì	In caso di lattanti a rischio, previa prescrizione di un medico di un centro regionale di diagnosi della morte improvvisa (SIDS).	25.8.1988/ 1.1.1996
Screening sonografico dell'anca dei neonati e dei lattanti secondo Graf	Si	Effettuato da un medico specialmente formato.	1.7.2004/ 1.8.2008
Terapia ospedaliera lontano dal domicilio in caso di soprappeso eccessivo	No		1.1.2005
5 Dermatologia			
Terapia alla luce nera (PUVA) delle affezioni cutanee	Sì		15.11.1979
Fototerapia selettiva agli ultravioletti (abbreviazione in tedesco: SUP)	Sì	Sotto la responsabilità e il controllo del medico.	11.12.1980
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:			
– naevus teleangiectaticus	Sì		1.1.1993
– condylomata acuminata	Sì		1.1.1993
– cicatrici dell'acne	No	In valutazione	1.7.2002
– cheloide	No		1.1.2004
Terapia climatica al Mare Morto	No		1.1.1997/ 1.1.2001
Balneo-fototerapia ambulatoriale	No	In valutazione	1.7.2002

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
6 Oftalmologia			
Ortottica	Sì	Se eseguita dal medico o sotto la sua sorveglianza diretta.	27.3.1969
Potenziali evocati visuali nell'ambito di esami oftalmologici speciali	Sì		15.11.1979
Biometria ultrasonica dell'occhio, prima di un'operazione della cataratta	Sì		8.12.1983
Terapia al laser in caso di:	Sì		1.1.1993
– retinopatie diabetiche			
– lesioni della retina (inclusa apoplessia retinica)	Sì		1.1.1993
– capsulotomia	Sì		1.1.1993
– trabeculotomia	Sì		1.1.1993
Chirurgia refrattiva (Cheratomia 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. Le spese vengono coperte soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia.	1.1.1995/ 1.1.1997/ 1.1.2005
Correzione refrattiva mediante lente intraoculare	Sì	Obbligo di prestazione unicamente quando l'anisometropia supera le 10 diottrie, in combinazione con la cheratomia. Le spese vengono coperte soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia.	1.1.2000/ 1.1.2005
Copertura di difetti della cornea con membrane amniotiche	Sì		1.1.2001
Terapia fotodinamica della degenerazione maculare con Verteporfin	Sì	Forma classica predominante esudativa di degenerazione maculare determinata dall'età.	1.1.2006

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
	Sì	In valutazione. In caso di neovascolarizzazioni provocate da miopia patologica. Piano di valutazione unitario con statistiche delle quantità e dei costi.	1.7.2000/ 1.7.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2006/ 1.1.2009 fino al 31.12.2011
	No	Altre forme di degenerazione maculare determinata dall'età.	1.1.2008
Dilatazione per stenosi del canale lacrimale con Lacri-Cath	No		1.1.2003/ 1.1.2005
Dilatazione mediante catetere a palloncino per stenosi del canale lacrimale	Si	– Sotto controllo radioscopico – con o senza impianto Stent – esecuzione da parte di esperti di radiologia di intervento con rispettiva esperienza.	1.1.2006/ 1.1.2008
Oftalmoscopia a scansione laser	Si	Indicazioni: – in caso di glaucoma dal trattamento difficile, indicazioni per l'intervento chirurgico – indicazioni per trattamenti alla retina Esame nel centro in cui deve essere eseguito l'intervento o il trattamento.	1.1.2004/ 1.8.2008
Cross linking della cornea in caso di cheratocono	No		1.8.2008
Cura del cheratocono mediante anelli intrastromali	Sì	Per correggere l'astigmatismo irregolare in caso di cheratocono, unicamente se una correzione con occhiali o lenti a contatto non è possibile oppure se vi è incompatibilità con le lenti a contatto. Esecuzione in centri/cliniche del tipo A, B e C (secondo la lista FMH dei centri di perfezionamento in oftalmologia riconosciuti)	1.8.2007
7 Otorinolaringoiatria			
Logopedia	Sì	Se eseguita dal medico o sotto la sua direzione e sorveglianza diretta (v. anche gli art. 10 e 11 OPre).	23.3.1972
Nebulizzatore a ultrasuoni	Sì		7.3.1974

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
Protesi vocale	Sì	Applicazione in caso di laringectomia totale o dopo una laringectomia totale. Il cambiamento di una protesi vocale applicata è compreso nella prestazione obbligatoria.	1.3.1995
Terapia al laser in caso di: – papillomatosi delle vie respiratorie – resezione della lingua	Sì Sì		1.1.1993 1.1.1993
Impianto della chiocciola per la terapia della sordità delle due orecchie con resti uditivi inutilizzabili	Sì	Le spese vengono coperte soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia. Per fanciulli affetti da sordità peri e postlinguale e per adulti affetti da sordità tardiva. Nei centri seguenti: Hôpital Cantonal Universitaire di Ginevra, Ospedali universitari di Basilea, Berna e Zurigo, Kantonsspital di Lucerna. L'allenamento uditivo dispensato nel centro è parte integrante della terapia.	1.4.1994/ 1.7.2002/ 1.1.2004
Impianto di un apparecchio uditivo mediante ancoraggio osseo percutaneo	Sì	Indicazioni: – malattie e malformazioni dell'orecchio medio e del condotto uditivo esterno che non possono essere corrette chirurgicamente; – unica alternativa a un intervento chirurgico a rischio sul solo orecchio funzionale; – intolleranza ad apparecchi a trasmissione aerea; – sostituzione di un apparecchio convenzionale a trasmissione ossea, a seguito dell'insorgenza di turbe, di tenuta o funzionalità insufficienti.	1.1.1996
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

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Palatoplastica al laser	No		1.1.1997
Litotripsia del calcolo salivare	Sì	Esecuzione in un centro che disponga dell'esperienza necessaria (mediamente 30 primi trattamenti all'anno).	1.1.1997/ 1.1.2000/ 1.1.2001/ 1.1.2004
8 Psichiatria			
Terapia della tossicodipendenza			
– ambulatoria	Sì	Ammissibile una riduzione delle prestazioni in caso di colpa grave dell'assicurato.	25.3.1971
– ospedaliera	Sì		
Terapia sostitutiva in caso di dipendenza dagli oppiacei	Sì	1. Osservanza delle direttive e raccomandazioni seguenti: a. In caso di terapia con prescrizione di metadone: rapporto sul metadone «Suchtmittelersatz in der Behandlung Heroinabhängiger in der Schweiz» (terza edizione) dicembre 1995. b. In caso di terapia con prescrizione di buprenorfina «Empfehlungen des Bundesamtes für Gesundheit (BAG/UFSP) an die kantonalen Gesundheitsbehörden für die Anwendung von Buprenorphin (Subutex) zur Behandlung von Opioidabhängigen», gennaio 2000. c. In caso di terapia con prescrizione di eroina: le disposizioni dell'ordinanza 8 marzo 1999 concernente la prescrizione medica di eroina (RS *812.121.6*) come pure le direttive e le raccomandazioni del manuale dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) «Richtlinien, Empfehlungen, Information», settembre 2000. 2. La sostanza o il preparato utilizzati devono figurare nell'Elenco dei medicamenti con tariffa (EMT) oppure nell'Elenco delle specialità (ES) nel gruppo terapico (IT) approvato dall'UICM.	1.1.2001/ 1.1.2007

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		3. La terapia sostitutiva comprende le prestazioni seguenti: a. prestazioni mediche: – esame d'entrata, inclusa l'anamnesi della dipendenza, status psichico e somatico con attenzione particolare alle turbe legate alla dipendenza e alla radice della dipendenza; – richiesta d'informazioni supplementari (famiglia, convivente, servizi terapici precedenti); – determinazione della diagnosi e dell'indicazione; – approntamento del piano terapico; – procedura di domanda d'autorizzazione e approntamento di rapporti destinati agli assicuratori-malattie; – avvio ed esecuzione della terapia sostitutiva; – consegna sorvegliata della sostanza o del preparato a condizione che non avvenga attraverso un farmacista; – garanzia della qualità; – terapia di turbe legate all'uso di altre sostanze psicotrope; – valutazione del processo terapico; – richiesta d'informazioni presso l'istituzione preposta alla consegna dei prodotti, – verifica della diagnosi e dell'indicazione; – adeguamento della terapia e relativo scambio di corrispondenza con le autorità; – rapporti all'attenzione delle autorità e degli assicuratori-malattie; – controllo della qualità. b. Prestazioni del farmacista: – preparazione di soluzioni perorali secondo l'EMT, compreso il controllo della qualità; – consegna controllata della sostanza o del preparato; – contabilità concernente la sostanza attiva e rapporti destinati alle autorità; – rapporti all'attenzione del medico responsabile; – consulenza.	

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		4. La prestazione va fornita dall'istituzione competente secondo il numero 1. 5. Per la terapia sostitutiva è possibile convenire rimunerazioni forfettarie.	
Svezzamento ultracorto dagli oppiacei (UROD) sotto sedazione	No		1.1.2001
Svezzamento ultracorto dagli oppiacei (UROD) sotto anestesia	No	In valutazione	1.1.1998
Svezzamento ambulatoriale dagli oppiacei secondo il metodo Endorphine Stimulated Clean & Addiction Personality Enhancement (ESCAPE)	No		1.1.1999
Psicoterapia di gruppo	Sì	Secondo gli articoli 2 e 3 OPre.	25.3.1971/ 1.1.1996
Terapia di rilassamento secondo Ajuria-guerra	Sì	Nello studio medico o in ospedale sotto sorveglianza diretta del medico.	22.3.1973
Terapia mediante il gioco e la pittura per fanciulli	Sì	Se eseguita dal medico o sotto la sua diretta sorveglianza.	7.3.1974
Psicodramma	Sì	Secondo gli articoli 2 e 3 OPre.	13.5.1976/ 1.1.1996
Controllo della terapia per video	No		16.2.1978
Musicoterapia	No		11.12.1980
9 Radiologia			
9.1 Radiodiagnostica			
Tomografia assiale computerizzata (scanner)	Sì	Esclusi gli esami di routine (Screening)	15.11.1979
Osteodensitometria – mediante assorziometria a doppia energia ai raggi X (DEXA)	Sì	– In caso d'osteoporosi manifesta e dopo frattura ossea da trauma inadeguato. – In caso di terapia a lungo termine al cortisone o in caso di ipogonadismo.	1.3.1995

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		– In caso di malattie gastrointestinali (sindrome di malassorbimento, morbo di Crohn, colite ulcerosa). – In caso di iperparatiroidismo primario (se l'indicazione di operare non è chiara). – In caso di osteogenesis imperfecta.	1.1.1999
		I costi degli esami DEXA sono assunti solo per l'esecuzione limitata a una regione del corpo. Ulteriori esami DEXA sono assunti solo in caso di terapia medicamentosa dell'osteoporosi e al massimo ogni due anni.	1.3.1995
– mediante scanner	No		1.3.1995
Osteodensitometria mediante TC periferica quantitativa (pQTC)	No		1.1.2003/ 1.1.2006
Ultrasonografia ossea	No		1.1.2003
Metodi di analisi dell'attività ossea			
– «Marker» dell'attività osteoclastica	No	Per la diagnosi precoce del rischio di fratture osteoporotiche	1.1.2003/ 1.8.2006
– «Marker» della formazione ossea	No	Per la diagnosi precoce del rischio di fratture osteoporotiche	1.1.2003/ 1.8.2006
Mammografia	Si	Per la diagnostica in caso di sospetto clinico urgente di una patologia al seno.	1.1.2008
9.2 Altri procedimenti di formazione d'immagini			
Risonanza magnetica nucleare (MRI)	Sì		1.1.1999
Tomografia con emissione di positroni (PET)	Sì	1. Esecuzione conformemente alle direttive cliniche relative alla FDG-PET del 7 aprile 2008 della Società svizzera di medicina nucleare (SSMN) nei centri che soddisfano le direttive amministrative del 20 giugno 2008 della SSMN. 2. Per le seguenti indicazioni: a. in cardiologia: – come provvedimento preoperatorio in caso di trapianto cardiaco. b. in oncologia.	1.1.1994/ 1.4.1994/ 1.1.1997/ 1.1.1999/ 1.1.2001/ 1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2006/ 1.8.2006/ 1.1.2009
	No	Per le indicazioni seguenti: a. in cardiologia:	1.8.2006/ 1.1.2007

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		– in una situazione documentata d'infarto e di sospetto di «hibernating myocardium» prima di un intervento (PTCA/CABG) – per confermare o escludere una ischemia in caso di malattie coronariche, documentate dal profilo angiografico, o in caso di anatomia complessa delle coronarie, p. es. dopo una rivascolarizzazione, oppure in caso di sospetto di disturbo microcircolatorio. b. in neurologia: – valutazione preoperatoria per la chirurgia di rivascolarizzazione complessa in caso d'ischemia cerebrale – investigazione di demenze – in caso di epilessia focale resistente alla terapia.	
Magnetoencefalografia	No	In valutazione	1.7.2002
9.3 Radiologia intervenzionale			
Irradiazione terapeutica con pioni	No	In valutazione	1.1.1993
Irradiazione terapeutica con protoni	Sì	In caso di melanomi intraoculari	28.8.1986
Irradiazione terapeutica con protoni	Sì	In valutazione Le spese vengono coperte soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia. Indicazioni: – tumori del cranio: chordoma, chondrosarcoma, tumori ORL (ad es. Carcinomi epidermidi, adenocarcinomi, carcinomi adenocistici, carcinomi mucoepidermoidi, neuroestesioblastomi, tumori rari come ad esempio para-gangliomi o emangiopericitomi). – tumori del cervello e delle meningi (gliomi Low Grade 1 e 2; meningiomi). – tumori al di fuori del cranio nelle regioni della colonna vertebrale, del tronco e delle estremità (sarcoma dei tessuti molli e dell'osso). – tumori nei bambini e negli adolescenti, se è indicata un'irradiazione particolarmente riguardosa dell'organismo in crescita	1.1.2002/ 1.7.2002 fino al 31.12.2007

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		Esecuzione in un centro qualificato che dispone dell'infrastruttura necessaria, come: – Gantry – utilizzazione moderna delle radiazioni (ad es. spotscanning, IMPT) – acceleratore di protoni – estesi provvedimenti tecnici di sicurezza – radioprotezione, sorveglianza delle radiazioni supporto tecnico – personale con formazione specialistica (medici, fisici, personale non accademico). Il centro deve disporre di un'autorizzazione d'esercizio dell'Ufficio federale della sanità pubblica e avere sufficiente esperienza in materia di terapia con i protoni. Piano di valutazione unitario con statistiche delle quantità e dei costi.	
Irradiazione terapeutica con protoni	Sì	In valutazione Le spese vengono coperte soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia. 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. Indicazioni: – tumori del cranio (chordoma, chondrosarcoma, spinalioma, adenocarcinomi e carcinomi adenocistici, lin-foepitelioma, carcinomi mucoepidermoidi, neuroestesioblastomi, sarcoma dei tessuti molli e delle ossa, tumori rari come ad esempio paragangliomi) – tumori del cervello e delle meningi (gliomi Low Grade 1 e 2; meningiomi) – tumori al di fuori del cranio nelle regioni della colonna vertebrale, del tronco e delle estremità (sarcoma dei tessuti molli e dell'osso) – tumori nei bambini e negli adolescenti Esecuzione presso l'Istituto Paul Scherrer, Villigen	1.1.2002/ 1.7.2002/ 1.8.2007 fino al 31.12.2010

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		Piano di valutazione unitario con statistica delle quantità e dei costi	
Radiochirurgia (LINAC, Gamma-Knife)	Sì	Indicazioni: – neurinomi del nervo acustico – recidive di adenomi ipofisari o di craniofaringiomi – adenomi ipofisari o craniofaringiomi non operabili in modo radicale – malformazioni arteriovenose – meningiomi	1.1.1996
	No	In valutazione – in caso di turbe funzionali	1.1.1996
Radiochirurgia con LINAC	Sì	– in caso di metastasi cerebrali del volume di 25 cm^3 al massimo risp. del diametro di 3,5 cm al massimo se non sono presenti oltre tre metastasi e se l'affezione primaria è sotto controllo (metastasi sistematiche non dimostrabili) in caso di dolori resistenti a ogni altra terapia. – in caso di tumori maligni cerebrali primari del volume di 25 cm^3 al massimo risp. del diametro di 3,5 cm al massimo se la localizzazione del tumore non permette di operarlo.	1.1.1999/ 1.1.2000/ 1.1.2003
Radiochirurgia con Gamma Knife	No	– in caso di metastasi cerebrali del volume di 25 cm^3 al massimo risp. del diametro di 3,5 cm al massimo se non sono presenti oltre tre metastasi e se l'affezione primaria è sotto controllo (metastasi sistematiche non dimostrabili) in caso di dolori resistenti a ogni altra terapia. – in caso di tumori maligni cerebrali primari del volume di 25 cm^3 al massimo risp. del diametro di 3,5 cm al massimo se la localizzazione del tumore non permette di operarlo.	1.1.1999/ 1.1.2000/ 1.4.2003
Applicazione di marcatori d'oro	Si	Per la radiomarcatura della prostata.	1.8.2008
10 Medicina complementare			
Agopuntura	Sì	Praticata da medici la cui formazione in questa disciplina è riconosciuta dalla Federazione dei medici svizzeri (FMH).	1.7.1999
Medicina antroposofica	No		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Medicina cinese	No		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005
Omeopatia	No		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005
Terapia neurale	No		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005
Fitoterapia	No		1.7.1999/ 1.1.2005/ 1.7.2005
11 Riabilitazione			
Riabilitazione ospedaliera	Sì	Le spese vengono coperte soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia.	1.1.2003
Riabilitazione di pazienti affetti da malattie cardiovascolari	Sì	Le spese vengono coperte soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia. – Dopo un infarto del miocardio, con o senza PTCA – dopo bypass-operation – dopo altri interventi sul cuore e sui grandi vasi – dopo PTCA, in particolare in caso di precedente inattività o di molteplici fattori di rischio – malattia cronica e fattori multipli di rischio refrattari alla terapia ma con buona speranza di vita – malattia cronica con cattiva funzione ventricolare. La terapia può essere praticata ambulatorialmente o stazionariamente in un istituto sotto direzione medica, con programma personale e infrastrutture corrispondenti alle esigenze formulate nel 29 marzo 2001 dal Gruppo di lavoro per la riabilitazione cardiaca, della Società svizzera di cardiologia. La riabilitazione ospedaliera è segnatamente indicata in caso di: – accresciuto rischio cardiaco – diminuzione della funzione del miocardio – comorbidità (diabetes mellitus, COPD, ecc.).	12.5.1977/ 1.1.1997/ 1.1.2000/ 1.1.2003/ 1.1.2009

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		Di regola la durata del trattamento ospedaliero è di quattro settimane ma può essere ridotta a due o tre settimane nei casi meno complessi.	
Riabilitazione polmonare	Sì	Programmi per pazienti affetti da gravi malattie polmonari croniche. La terapia può essere ambulatoriale o ospedaliera in un'istituzione diretta da medici. Lo svolgimento del programma, il personale e l'infrastruttura devono adempire i requisiti del 2003 posti dalla Società svizzera di pneumologia, Commissione per la riabilitazione polmonare. Il responsabile del programma deve ottenere la certificazione da parte della Società svizzera di pneumologia, Commissione per la riabilitazione polmonare. La copertura delle spese è garantita al massimo una volta all'anno. Le spese sono coperte soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore e previo esplicito accordo del medico di fiducia.	1.1.2005

Allegato 2[169]
(art. 20)

Elenco dei mezzi e degli apparecchi (EMAp)

169 Non pubblicato nella RU. Questo all. è applicabile nel suo tenore del 1° gen. 2009 (vedi RU **2008** 3553 n. II cpv. 2, 6493 n. II cpv. 2).

Allegato 3[170]
(art. 28)

Elenco delle analisi

170 Non pubblicato nella RU. Questo all. è applicabile nel suo tenore del 1° gen. 2009 (vedi RU **2008** 3553 n. II cpv. 3, 6493 n. II cpv. 3).

Allegato 4[171]
(art. 29)

Elenco dei medicamenti con tariffa

171 Non pubblicato nella RU. Questo all. è applicabile nel suo tenore del 1° lug. 2005 (vedi RU **2005** 2875 n. II cpv. 2).