



## Risposte alle domande più frequenti concernenti le prestazioni «Frequently Asked Questions» (FAQ)

I	Debitore della rimunerazione .....	1
II	Medicamenti .....	3
III	Trattamenti e prestazioni forniti all'estero .....	4
IV	Vaccinazioni .....	5
V	Prestazioni in caso di maternità .....	5
VI	Degenza ospedaliera .....	8
VII	Cure dentarie.....	8

### I Debitore della remunerazione

#### 1. Principio

Nell'ambito del sistema dell'assicurazione-malattie svizzera, gli assicuratori rimborsano i costi delle cure in caso di malattia una volta che sono state fornite. Si tratta del principio di assunzione dei costi, o principio di rimborso. I fornitori di prestazioni possono essere remunerati per le prestazioni fornite con due modalità diverse: 1. dagli assicurati, ai quali l'assicuratore rimborsa successivamente i costi generati (sistema del terzo garante); 2. dagli assicuratori, se questi si sono accordati con i fornitori di prestazioni sulla remunerazione diretta delle loro prestazioni (sistema del terzo pagante).

#### 2. Cosa s'intende con sistema del terzo garante?

Ai sensi dell'articolo 42 capoverso 1 LAMal, il sistema del terzo garante si applica se assicuratori e fornitori di prestazioni non hanno convenuto altrimenti. L'assicurato è debitore della remunerazione nei confronti del fornitore di prestazioni. Quest'ultimo pertanto invia la fattura all'assicurato, che la trasmette poi al proprio assicuratore. Questo controlla la fattura e rimborsa all'assicurato l'importo che prende a carico, deducendo la partecipazione ai costi. Se il pagamento della fattura da parte dell'assicurato debba avvenire prima che questa sia rimborsata dall'assicuratore dipende dal termine di pagamento stabilito dal fornitore di prestazioni e dal termine di rimborso osservato dall'assicuratore. Questa forma di fatturazione è prevalente per le cure ambulatoriali. Gran parte dei medici che gestisce un proprio studio fattura le prestazioni secondo il sistema del terzo garante.

### 3. Cosa s'intende con sistema del terzo pagante?

Secondo l'articolo 42 capoverso 2 LAMal, gli assicuratori e i fornitori di prestazioni possono convenire che l'assicuratore è il debitore della remunerazione (sistema del terzo pagante). La fattura del fornitore di prestazioni è inviata all'assicuratore, che la paga e successivamente fattura all'assicurato la partecipazione ai costi. Il principio del terzo pagante si applica sempre in caso di cura ospedaliera stazionaria (secondo periodo dell'art. 42 cpv. 2 LAMal). Questo sistema è applicato soprattutto dagli ospedali anche per le prestazioni ambulatoriali e gli stabilimenti medico-sociali, nonché nel settore delle cure dispensate in ambulatorio. Questa pratica è utilizzata comunemente anche dalle farmacie per la fornitura dei medicinali. Il sistema del terzo pagante prevede che l'assicurato riceva una copia della fattura che è stata inviata all'assicuratore (art. 42 cpv. 3 LAMal). In linea generale, il fornitore di prestazioni deve far pervenire all'assicurato la copia della fattura, ma può convenire con l'assicuratore che sia quest'ultimo a trasmetterla (art. 59 cpv. 4 dell'ordinanza sull'assicurazione malattie, OAMal).

### 4. Cosa s'intende con sistema del «terzo saldante»

Questo sistema di remunerazione è applicato nell'ambito dell'assicurazione contro gli infortuni. La fattura del fornitore di prestazioni è inviata direttamente all'assicuratore. Dal momento che questo tipo di assicurazione non prevede né aliquota percentuale, né franchigia, l'assicuratore paga direttamente al fornitore di prestazioni l'intero importo della fattura. Si parla di terzo saldante anche quando, nel sistema del terzo garante, l'assicurato cede al fornitore di prestazioni il diritto al rimborso da parte dell'assicuratore (come concesso dall'art. 42 cpv. 1 LAMal), benché non si tratti di un terzo saldante propriamente detto, dal momento che l'assicurato resta debitore dell'aliquota percentuale e della franchigia.

#### Nella pratica

Nel sistema del terzo garante, le prestazioni devono essere pagate dall'assicurato (che chiede successivamente il rimborso al proprio assicuratore). Se le prestazioni dovessero rivelarsi troppo costose per l'assicurato, questo ha a disposizione diverse possibilità. Può ad esempio cedere al fornitore di prestazioni («terzo saldante») il proprio diritto al rimborso da parte dell'assicuratore o richiedere una fattura da saldare dopo un certo periodo (ad esempio a 15 o 30 giorni). Nel secondo caso, l'assicurato trasmette tempestivamente la fattura all'assicuratore. In queste situazioni, è essenziale informarsi presso il proprio fornitore di prestazioni e/o il proprio assicuratore.

Va ricordato che la legislazione non prevede un termine per il rimborso delle prestazioni, per concedere all'assicuratore il tempo necessario per controllare le fatture e l'economicità del trattamento. Tuttavia, in linea generale, l'assicuratore-malattie procede al rimborso nei 30 giorni successivi alla ricezione del conteggio da parte dell'assicurato (terzo garante) o delle fatture da parte del fornitore di prestazioni (terzo pagante). Gli assicuratori sono tenuti a verificare se la prestazione può essere rimborsata dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e questo termine può essere prolungato in caso di fattura mancante di determinati elementi o se l'assicuratore necessita di informazioni supplementari da parte del fornitore di prestazioni. I termini di controllo e di rimborso sono più lunghi anche nel caso in cui dovesse essere necessario interpellare un medico di fiducia dell'assicuratore.

Se le richieste all'assicuratore di rimborsare le fatture entro un termine ragionevole dovessero rivelarsi infruttuose, l'assicurato può rivolgersi all'Ufficio di mediazione dell'assicurazione malattie ([www.om-kv.ch/it](http://www.om-kv.ch/it)).

## II Medicamenti

### 1. Quali medicinali sono rimborsati dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie?

L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie rimborsa i medicinali prescritti da un medico, utilizzati nel quadro dell'indicazione/applicazione ammessa secondo il foglietto illustrativo e riportati nell'elenco delle specialità soggette all'obbligo di rimborso (Elenco delle specialità ES). Il rimborso di medicinali dell'ES può essere limitato a determinate indicazioni o a certe quantità (le cosiddette limitazioni, indicate nell'ES come Limitatio L).

Sono anche rimborsate le preparazioni magistrali prescritte da un medico, confezionate in una farmacia e composte da sostanze attive e ausiliarie figuranti nell'elenco dei medicinali con tariffa (EMT).

L'ES è disponibile all'indirizzo [www.elencodellespecialita.ch](http://www.elencodellespecialita.ch), l'EMT all'indirizzo

[www.bag.admin.ch/bag/it/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Arzneimittel.html](http://www.bag.admin.ch/bag/it/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Arzneimittel.html).

### 2. I costi dei medicinali che figurano sull'ES sono rimborsati dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie se sono utilizzati con un'indicazione diversa da quella ammessa o prevista nella limitazione (=off label use)?

No, in linea di principio, i costi di tali medicinali non sono rimborsati.

Tuttavia, eccezionalmente questi medicinali possono essere rimborsati se soddisfano le condizioni seguenti:

- se l'uso di un medicinale costituisce una condizione indispensabile alla realizzazione di un'altra prestazione presa a carico dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e se quest'ultima è largamente predominante;
- se il medicinale promette un elevato beneficio terapeutico contro una malattia che può avere esito letale per l'assicurato o può provocare danni gravi e cronici alla sua salute e, a causa della mancanza di alternative terapeutiche, un altro trattamento omologato efficace non è disponibile.

Il Suo assicuratore decide, previa consultazione del suo servizio dei medici di fiducia, se le condizioni per una tale eccezione sono soddisfatte e se i costi dei medicinali possono essere rimborsati.

Previo accordo con il titolare dell'autorizzazione, l'assicuratore stabilisce l'importo della remunerazione. Verifica se i costi assunti sono proporzionati al beneficio terapeutico. Il prezzo da remunerare deve essere inferiore al prezzo massimo iscritto nell'ES.

Il Suo medico deve informarla nel caso in cui Le prescriva un medicinale da utilizzare con un'indicazione diversa da quella ammessa.

Se l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie non si fa carico dei costi del medicinale, è possibile eventualmente richiedere un rimborso sulla base di un'assicurazione complementare.

### 3. Cosa succede se il medico prescrive un medicinale che non figura in uno degli elenchi, ma che è autorizzato da Swissmedic per le indicazioni menzionate sul foglio illustrativo o al di fuori di esse?

In linea di principio, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie non rimborsa i costi di un tale medicinale. Il rimborso può essere effettuato, in via eccezionale, unicamente se soddisfa le medesime condizioni come nel caso dei medicinali utilizzati con un'indicazione diversa da quella ammessa o al di fuori delle limitazioni previste (cfr. punto 2).

Il Suo medico deve informarla nel caso in cui Le prescriva un medicamento che non figura in uno degli elenchi.

Se l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie non si fa carico dei costi del medicamento, è possibile eventualmente richiedere un rimborso sulla base di un'assicurazione complementare.

#### **4. L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi di un medicamento importato, non autorizzato da Swissmedic?**

Il rimborso può essere effettuato, in via eccezionale, se il medicamento può essere importato secondo la legge sugli agenti terapeutici, se soddisfa le condizioni di un medicamento utilizzato al di fuori delle indicazioni autorizzate o al di fuori delle limitazioni (cfr. punto 2). Il medicamento deve essere autorizzato per l'indicazione corrispondente da uno Stato avente un sistema equivalente a quello della Svizzera.

L'assicuratore rimborsa i costi a cui il medicamento è stato importato dall'estero. Verifica se i costi assunti sono proporzionati al beneficio terapeutico.

Se l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie non si fa carico dei costi del medicamento, è possibile eventualmente richiedere un rimborso sulla base di un'assicurazione complementare.

### **III Trattamenti e prestazioni forniti all'estero**

#### **1. I costi dei trattamenti all'estero sono rimborsati dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie?**

Nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie vige il principio della territorialità, secondo cui sono pagate unicamente le prestazioni obbligatorie fornite da fornitori di prestazioni autorizzati in Svizzera.

Fanno eccezione i soggiorni temporanei all'estero, per i quali è necessario distinguere in base al Paese:

- nei Paesi dell'UE/AELS ha diritto, con la tessera europea d'assicurazione malattia che ha ricevuto dal Suo assicuratore, a tutte le prestazioni materiali che risultano necessarie sotto il profilo medico, tenendo conto del tipo di prestazione e della durata prevista del soggiorno. Ha pure diritto al rimborso delle medesime prestazioni degli assicurati nel Paese in questione. Maggiori informazioni sono disponibili all'indirizzo: [www.bag.admin.ch/bag/it/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherte-mit-wohnsitz-in-der-schweiz/versicherungspflicht/touristinnen-ausland-weltreisende.html](http://www.bag.admin.ch/bag/it/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherte-mit-wohnsitz-in-der-schweiz/versicherungspflicht/touristinnen-ausland-weltreisende.html).
- al di fuori dei Paesi dell'UE/AELS l'assicuratore assume i costi dei trattamenti effettuati in caso d'urgenza, per i quali per motivi medici un rientro in Svizzera non è possibile. È assunto al massimo un importo doppio di quello che il medesimo trattamento sarebbe costato in Svizzera. Per i trattamenti stazionari, ciò significa che assume al massimo il 90 % dei costi del medesimo ricovero ospedaliero in Svizzera (motivo: per i trattamenti ospedalieri in Svizzera i Cantoni prendono a carico una quota dei costi almeno del 55 %, cosa che non avviene per i ricoveri all'estero).

Se deve recarsi all'estero per un trattamento medico non disponibile in Svizzera, il medico curante deve presentare una domanda motivata al medico di fiducia del Suo assicuratore. Il Suo assicuratore decide, dietro consultazione del servizio del suo medico di fiducia, se i costi di tale trattamento possono essere rimborsati.

## **2. L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie rimborsa i costi di medicinali acquistati all'estero?**

Tali costi sono rimborsati unicamente se i medicinali sono necessari per curare una malattia durante un soggiorno temporaneo all'estero (cfr. punto 1).

## **IV Vaccinazioni**

### **1. Quali vaccinazioni sono remunerate dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie?**

L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi di diverse vaccinazioni, conformemente alle direttive e alle raccomandazioni del calendario vaccinale svizzero (cfr. [www.bag.admin.ch/bag/it/home/gesund-leben/gesundheitsfoerderung-und-praevention/impfungen-prophylaxe/schweizerischer-impfplan.html](http://www.bag.admin.ch/bag/it/home/gesund-leben/gesundheitsfoerderung-und-praevention/impfungen-prophylaxe/schweizerischer-impfplan.html)).

Per esempio:

- le vaccinazioni contro la difterite, il tetano, la pertosse, la poliomielite, l'Haemophilus influenzae tipo b (Hib), la varicella; il morbillo, gli orecchioni e la rosolia
- le vaccinazioni contro l'epatite B e, per particolari gruppi a rischio, contro l'epatite A;
- la vaccinazione contro l'influenza per persone d'età a partire dai 65 anni e per persone esposte a un elevato rischio di complicazioni in caso di infezione;
- la vaccinazione contro la meningococcemia da zecche, conosciuta sotto il nome di meningococcemia verno-estiva;
- per ragazze e giovani donne d'età compresa tra 11 e 26 anni la vaccinazione contro il tumore al collo dell'utero e, per ragazzi e giovani adulti d'età compresa tra 11 e 26 anni, la vaccinazione contro altre malattie tumorali causate dal virus del papilloma umano, a condizione che sia effettuata nel quadro di un programma cantonale di vaccinazione. Per questa vaccinazione la franchigia non è dovuta.
- Vaccinazione anti-COVID-19 durante un'epidemia di COVID-19 per le persone esposte a rischio elevato (attualmente, tutte le vaccinazioni per le persone di cui alle raccomandazioni di vaccinazione anti-COVID-19). Queste prestazioni non sono soggette a franchigia e aliquota percentuale.

Non sono rimborsate le vaccinazioni speciali e le profilassi per i viaggi (p.es. contro la febbre gialla o la malaria).

Il vostro medico curante può fornirvi ulteriori informazioni e consigli in merito alle vaccinazioni.

## **V Prestazioni in caso di maternità**

### **1. Quali esami di controllo possono essere eseguiti durante/dopo la gravidanza e dopo il parto?**

Nel corso di una gravidanza normale sono rimborsati sette esami di controllo. La prima consultazione comprende l'anamnesi, l'esame clinico e vaginale e i consigli, l'esame delle varici e degli edemi alle gambe, nonché la prescrizione delle analisi di laboratorio necessarie secondo l'elenco delle analisi. Le consultazioni ulteriori comprendono il controllo del peso, della pressione sanguigna, dello stato del fondo, l'uroscopia e l'ascoltazione dei toni cardiaci fetali, nonché la prescrizione di analisi di laboratorio necessarie secondo l'elenco delle analisi.

Nel caso di una gravidanza a rischio, questi controlli possono essere rinnovati secondo le necessità; inoltre è rimborsato un esame mediante cardiocotografia.

Tra la sesta e la decima settimana dopo il parto può essere eseguito un controllo post partum, che include un'anamnesi intermedia nonché un esame clinico e ginecologico, consulenza compresa.

Un controllo può essere svolto dopo un aborto spontaneo o un'interruzione di gravidanza indicata dal profilo medico a partire dalla 13<sup>a</sup> fino alla 23<sup>a</sup> settimana di gravidanza compresa; esso include un'anamnesi intermedia, un esame clinico e ginecologico, una consulenza nonché analisi di laboratorio e un'ecografia secondo la valutazione clinica.

## **2. Quante ecografie sono rimborsate per ogni gravidanza?**

Nel corso di una gravidanza normale sono rimborsate un'ecografia tra la 12<sup>esima</sup> e la 14<sup>esima</sup> settimana e un'altra tra la 20<sup>esima</sup> e la 23<sup>esima</sup>. Nel caso di una gravidanza a rischio, sono assunte ecografie supplementari se il ginecologo lo ritiene necessario in base a una valutazione clinica.

## **3. I costi per la preparazione al parto sono rimborsati?**

La cassa malati versa un contributo di 150 franchi per un corso di preparazione al parto eseguito individualmente o in gruppo da una levatrice o dall'organizzazione delle levatrici o per un colloquio di consulenza con la levatrice o l'organizzazione delle levatrici in vista del parto, della pianificazione del puerperio a domicilio e della preparazione all'allattamento.

## **4. Il test del primo trimestre viene remunerato?**

Sì, questo esame prenatale è remunerato. Esso è volto a valutare il rischio di trisomie 21, 18 e 13 in base alla misurazione della translucenza nucale attraverso l'ecografia (tra la 12esima e la 14esima settimana) e ad accertare determinati fattori nel sangue della madre nonché altri fattori materni (tra cui l'età) e fetali.

## **5. Quando viene assunto un test per trisomia (test genetico prenatale non invasivo, NIPT)?**

L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume le spese di questo test per l'identificazione di una trisomia 21, 18 o 13 a partire dalla 12esima settimana di gravidanza, in caso di rischio elevato di trisomia 21, 18 e 13. Il rischio è elevato quando è pari o superiore a 1:1000. Per confermare un esito positivo del NIPT, dovrebbe essere eseguita un'amniocentesi (v. punto 6).

## **6. L'amniocentesi è rimborsata in tutti casi?**

L'amniocentesi, il prelievo di villi coriali (biopsia della placenta), o la cordocentesi (punzione del cordone ombelicale) sono assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie se:

- sussiste un sospetto di grado elevato, in base al NIPT, o un rischio pari o superiore a 1:380, in base al test del primo trimestre, che il feto sia affetto da una trisomia 21, 18 o 13;
- nelle donne incinte presso le quali, in base all'esito dell'ecografia o all'anamnesi familiare o per un altro motivo, sussiste un rischio pari o superiore a 1:380 che il feto sia affetto da una malattia di origine esclusivamente genetica;
- il feto è in pericolo a causa di una complicazione insorta nella gravidanza, di una malattia della madre o di una malattia di origine non genetica o di un disturbo dello sviluppo del feto.

**7. Partorire all'ospedale, a domicilio o in una casa per partorienti?**

L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi del parto a domicilio, in ospedale o in una casa per partorienti a condizione che questi ultimi due istituti figurino nell'elenco ospedaliero del cantone di domicilio.

I costi per l'assistenza di un medico o di una levatrice sono parimenti assunti.

**8. Le consulenze per l'allattamento sono remunerate?**

Sì, sono remunerate tre sedute di consulenza per l'allattamento dispensate da una levatrice, un'organizzazione delle levatrici o un'infermiere/un'infermiera titolare di una formazione specifica nel settore.

**9. Quali prestazioni possono fornire le levatrici e le organizzazioni delle levatrici a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie?**

a) Sette esami di controllo durante una gravidanza normale. La levatrice o l'organizzazione delle levatrici informa la donna incinta sul fatto che nel primo trimestre è indicata una visita medica. In caso di una gravidanza a rischio senza manifestazioni patologiche, la levatrice o l'organizzazione delle levatrici collabora con il medico. In caso di una gravidanza patologica, fornisce prestazioni secondo la prescrizione medica.

b) La prescrizione di un controllo agli ultrasuoni in occasione di un esame di controllo.

c) Un esame preparto mediante la cardiocografia, un controllo post-partum, la preparazione al parto e i consigli per l'allattamento.

d) La prescrizione di certe analisi di laboratorio.

e) l'assistenza durante il puerperio nei 56 giorni successivi al parto, nel quadro di visite a domicilio per curare madre e bambino e sorvegliare il loro stato di salute, nonché per sostenere, guidare e consigliare la madre nelle cure e nell'alimentazione del bambino.

Dopo un parto prematuro, un parto plurigemellare, per le primipare e dopo un taglio cesareo, la levatrice può effettuare al massimo 16 visite a domicilio; in tutte le altre situazioni la levatrice può effettuare al massimo dieci visite a domicilio. Nei primi dieci giorni successivi al parto, oltre alle visite a domicilio, la levatrice o l'organizzazione delle levatrici può effettuare una seconda visita nello stesso giorno per un massimo di cinque volte. Per ulteriori visite a domicilio, anche per quelle dopo i 56 giorni successivi al parto, è necessaria una prescrizione medica.

f) Prestare assistenza effettuando fino a un massimo di dieci visite a domicilio per curare l'assicurata e sorvegliare il suo stato di salute dopo un aborto spontaneo o un'interruzione di gravidanza indicata dal profilo medico, a partire dalla 13<sup>a</sup> fino alla 23<sup>a</sup> settimana di gravidanza compresa. Per visite a domicilio supplementari è necessaria la prescrizione medica.

**10. Tutte le prestazioni fornite durante una gravidanza o un parto sono esentate dalla partecipazione ai costi?**

Per prestazioni speciali di maternità di cui ai punti 1-9, l'assicuratore non può riscuotere alcuna partecipazione ai costi.

Inoltre, a partire dalla 13<sup>esima</sup> settimana di gravidanza e fino a otto settimane dopo il parto, le donne non dovranno più partecipare ai costi delle prestazioni generiche e delle prestazioni di cura in caso di malattia. In questo modo, decade anche la partecipazione ai costi per la cura di malattie contratte indipendentemente dalla gravidanza.

#### **11. Quale assicurazione assume i costi per le cure dispensate al neonato?**

Le cure dispensate al neonato in buona salute e la sua degenza in ospedale sono prese a carico dall'assicurazione malattie della madre e sono considerate prestazioni in caso di maternità, dunque non sono soggette alla partecipazione ai costi. Se però il neonato ha problemi di salute, le spese del trattamento non sono più considerate prestazioni in caso di maternità e sono pertanto prese a carico dall'assicurazione malattie del neonato, comprese quelle legate alla degenza in ospedale.

### **VI Degenza ospedaliera**

#### **1. È ancora necessario avere un'assicurazione complementare che offre la libera scelta dell'ospedale sul territorio svizzero?**

Sì, ciò può rivelarsi utile, anche se l'assicurato ha la libera scelta tra gli ospedali che figurano nell'elenco del suo Cantone di domicilio o in quello del Cantone di ubicazione dell'ospedale (ospedale figurante nell'elenco). L'assicuratore e il Cantone di domicilio remunereranno la loro aliquota percentuale rispettiva, ma al massimo le spese che il trattamento avrebbe causato se fosse stato dispensato in un ospedale figurante nell'elenco del Cantone di domicilio dell'assicurato. Se la tariffa applicata dall'ospedale extra-cantonale nel quale il trattamento viene effettuato è più elevata della tariffa applicata da un ospedale figurante nell'elenco del Cantone di domicilio dell'assicurato, la differenza di tariffa sarà a carico dell'assicurato o della sua assicurazione complementare nel caso ne abbia conclusa una.

Se, però, i trattamenti ospedalieri extra-cantonali risultano necessari per motivi medici, quindi in casi d'emergenza, o se trattamenti concreti non vengono offerti dall'ospedale figurante nell'elenco del Cantone di domicilio, l'assicurazione di base assume comunque tutti i costi.

### **VII Cure dentarie**

#### **1. Le cure dentarie sono prese a carico dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie?**

In linea di principio, i costi causati dalle cure dentarie non sono presi a carico dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Sono rimborsate unicamente spese causate da una malattia grave e non evitabile dell'apparato masticatorio, da una malattia grave sistemica o dai suoi postumi, oppure se le cure sono necessarie per il trattamento di una malattia grave o dei suoi postumi. Secondo una giurisprudenza costante, l'elenco delle affezioni che necessitano cure dentarie prese a carico dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie in caso di malattia è esaustiva; tali affezioni sono elencate agli articoli 17-19 dell'ordinanza sulle prestazioni (OPre) [www.admin.ch/opc/it/classified-compilation/19950275/index.html](http://www.admin.ch/opc/it/classified-compilation/19950275/index.html).