

Allegato 1 dell'ordinanza sulle prestazioni (OPre)

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

è modificato come segue:

1.3 Chirurgia dell'apparato locomotore

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Trapianto autologo di condrociti	Sì	In valutazione Per il trattamento di lesioni del tessuto cartilagineo post-traumatiche dell'articolazione del ginocchio. Secondo le indicazioni e l'elenco della Commissione delle tariffe mediche LAINF (CTM) del 10 dicembre 2019 secondo la scheda informativa Nr. 2019.147.829.01 ² -1. Per il trattamento di lesioni del tessuto cartilagineo nell'osteocondrite disseccante dell'articolazione del ginocchio. I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	1.1.2002/ 1.1.2004/ 1.1.2017/ 1.1.2020/ 1.1.2021/ 1.7.2024 fino al 31.12.2025

1.6 Chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Trapianto autologo di grasso per la ricostruzione mammaria postoperatoria	Sì	In valutazione Come misura complementare alla misura «Ricostruzione mammaria operatoria» Effettuato da medici specialisti in chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica. Al massimo tre sedute e nessun trattamento successivo con trapianto autologo di grasso.	1.7.2018/ 1.7.2023/ 1.1.2024/ 1.7.2024 fino al 31.12.2024

¹ Non pubblicato nella RU.

² Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: www.ufsp.admin.ch/rif.

2.5 Oncologia e ematologia

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Trapianto di cellule staminali emopoietiche		<p>In centri qualificati secondo l'organo di certificazione «Swiss Blood Stem Cell Transplantation and Cellular Therapy» (SBST).</p> <p>Esecuzione secondo nei centri accreditati dal «The Joint Accreditation Committee- ISCT & EBMT (JACIE)» secondo le norme pubblicate dal JACIE e dalla «Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy (Fact)»: «FACT-JACIE International Standards for hematopoietic Cellular Therapy Product Collection, Processing and Administration», 6.1ª edizione del febbraio 2017, 7ª edizione del marzo 2018, 8ª edizione del maggio 2021 o 8.1ª edizione del dicembre 2021³.</p> <p>Sono incluse le spese d'operazione sul donatore, compreso il trattamento di eventuali complicazioni, nonché le prestazioni secondo l'articolo 14 capoversi 1 e 2 della legge dell'8 ottobre 2004⁴ sui trapianti e secondo l'articolo 12 dell'ordinanza del 16 marzo 2007⁵ sui trapianti.</p> <p>È invece esclusa la responsabilità dell'assicuratore del ricevente in caso di morte del donatore.</p>	1.8.2008/ 1.1.2011/ 1.7.2013/ 1.3.2019/ 1.1.2022/ 1.7.2024
Terapia cellulare CAR-T (CAR = recettore chimerico per l'antigene) con/in caso di:		<p>La terapia comprende il complesso terapeutico che consiste in: prelievo di cellule autologhe T (aferesi), loro modifica ed espansione genetica ex-vivo, eventuali terapie preparatorie linfodepletive, infusione delle cellule CAR-T e trattamento di eventuali effetti collaterali specifici della terapia cellulare CAR-T.</p> <p>Esecuzione nei centri accreditati dal «The Joint Accreditation Committee-ISCT & EBMT (JACIE)» per un trapianto allogenico e/o autologo di cellule staminali secondo le norme pubblicate dal JACIE e dalla «Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy (Fact)»: «FACT-JACIE International Standards for hematopoietic Cellular Therapy Product Collection, Processing and Administration», 6ª edizione del marzo 2015, 6.1ª edizione del febbraio 2017, 7ª edizione del marzo 2018 o 8ª edizione del maggio 2021 o 8.1ª edizione del dicembre 2021⁶.</p> <p>Tutti i casi devono essere rilevati in un registro.</p> <p>Se la terapia dovesse essere effettuata in un centro non riconosciuto secondo le condizioni menzionate, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p>	1.1.2020/ 1.1.2022/ 1.7.2024
– Tisagenlecleucel: in caso di linfoma diffuso a grandi cellule B recidivante o	Sì	In valutazione	1.1.2020/ 1.1.2023

³ I documenti possono essere consultati al seguente indirizzo: www.ufsp.admin.ch/rif.

⁴ RS 810.21

⁵ RS 810.211

⁶ I documenti possono essere consultati al seguente indirizzo: www.ufsp.admin.ch/rif.

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
<p>refrattario alla terapia (DLBCL, secondo la classificazione OMS 2008 delle neoplasie ematologiche e linfatiche) dopo almeno due linee terapeutiche.</p> <p>Per il trattamento di pazienti in età pediatrica e adulta fino al compimento dei 25 anni con leucemia linfoblastica acuta a cellule B (LLA-B), che è:</p> <ul style="list-style-type: none"> - refrattaria, - recidivante dopo il trapianto autologo di cellule staminali, o - recidivante dopo due o più linee terapeutiche. 		I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	fino al 31.12.2024
- Tisagenlecleucel: in caso di linfoma follicolare recidivante o refrattario dopo tre o più linee di terapia sistemica.	Sì	In valutazione I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	1.7.2024 fino al 31.12.2026
- Axicabtagen-Ciloleucel: in caso di linfoma diffuso a grandi cellule B recidivante o refrattario alla terapia (DLBCL, secondo la classificazione OMS 2008 delle neoplasie ematologiche e linfatiche) e di linfoma primitivo mediastinico a cellule B (PMBCL) dopo almeno due linee terapeutiche	Sì	In valutazione I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	1.1.2020/ 1.1.2023 fino al 31.12.2024
- Axicabtagen-Ciloleucel: in caso di linfoma follicolare recidivante o refrattario dopo tre o più linee di terapia sistemica.	Sì	In valutazione I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	1.7.2024 fino al 31.12.2026
- Lisocabtagen Maraleucel: in caso di linfoma diffuso a grandi cellule B recidivante o refrattario (DLBCL), di linfoma a cellule B di alto grado (HGBCL, secondo la classificazione OMS 2016 delle neoplasie ematologiche e linfatiche) e di linfoma primitivo mediastinico a grandi cellule B (PMBCL) dopo due o più linee di terapia sistemica.	Sì	In valutazione I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	1.7.2024 fino al 31.12.2026

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
- Idecabtagen Vicleucel: negli adulti con mieloma multiplo recidivante e refrattario che hanno ricevuto in precedenza almeno tre linee terapeutiche, tra cui un principio attivo immunomodulatore, un inibitore del proteasoma e un anticorpo anti-CD38, e che hanno mostrato una progressione dopo l'ultima terapia.	Sì	In valutazione I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	1.7.2024 fino al 31.12.2026

9.3 Radio-oncologia / radioterapia

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Irradiazione terapeutica con protoni	Sì	c) In valutazione Carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) agli stadi UICC IIB e IIIA/B nel quadro dello studio controllato randomizzato analogamente al protocollo dello studio RTOG 1308 (Estratto del registro di studio datato 24 maggio 2024) ⁷ .	1.4.2020 / 1.1.2022/ 1.7.2024 fino al 31.12.2025

9.4 Medicina nucleare

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Tomografia con emissione di positroni (TEP/TC, TEP/RM) nel morbo di Parkinson, con F-18-diidrossifenilalanina (DOPA)	Sì	Indicazione e prescrizione da parte di medici specializzati in neurologia.	1.7.2024
Tomografia con emissione di positroni (TEP/TC, TEP/RM) nel carcinoma prostatico, con traccianti per PSMA, p. es. F-18-PSMA	Sì	Per le seguenti indicazioni: <ul style="list-style-type: none"> – in caso di carcinoma prostatico a rischio intermedio e alto – in caso di recidiva biochimica (aumento del PSA) – per la selezione dei pazienti idonei alla terapia con PSMA – per la valutazione della risposta alla terapia in corso e successiva alla terapia con PSMA 	1.7.2023/ 1.7.2024
Terapia con radioligando ¹⁷⁷ Lu-PSMA nel carcinoma prostatico progressivo, PSMA-positivo,	Sì	In valutazione	1.7.2024

⁷ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: www.ufsp.admin.ch/rif.

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
metastatico e resistente alla castrazione (mCRPC)		<p>I seguenti criteri devono essere soddisfatti cumulativamente:</p> <ul style="list-style-type: none">- dopo un trattamento preparatorio con inibizione della via di segnalazione del recettore degli androgeni (AR)- dopo una chemioterapia a base di tassani o se la chemioterapia non era indicata- massimo 6 cicli, altrimenti solo previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	fino al 31.12.2026