

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:

1.1 Chirurgia in generale e varia

Provvedimento	Rimunerazione e obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Liposuzione per il trattamento dei dolori associati al lipedema	Sì	In valutazione In caso di risposta insufficiente dei dolori associati al lipedema a una terapia conservativa intensa, documentata (terapia compressiva sistematica, terapia con drenaggio linfatico manuale) della durata di almeno 12 mesi. Assunzione dei costi soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore, il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. Indicazione interdisciplinare da parte di almeno due dei seguenti medici specialisti: medico specialista in angiologia, chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica, endocrinologia/diabetologia o dermatologia. Esecuzione da parte di un medico specialista con conoscenze approfondite della tecnica della liposuzione.	1.7.2021/ 1.1.2025 fino al 31.12.2025 31.12.2026

1.6 Chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica

Provvedimento	Rimunerazione e 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/ 1.1.2025 fino al 31.12.2024

¹ Non pubblicato nella RU.

2.1 Medicina interna generale e varia

Provvedimento	Rimunerazione e obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Epatico- o pancreatico-gastrostomia ecoendo-guidata (EUS-HGS/PGS)	Sì		1.1.2025
Fotoferesi extracorporea	Sì	In valutazione In caso di sindrome da bronchiolite obliterante in seguito a trapianto di polmoni, se l'incremento dell'immunosoppressione come anche un tentativo di trattamento con i macrolidi non hanno avuto successo.	1.1.2009/ 1.8.2016/ 1.1.2020/ 1.1.2022 fino al 31.12.2024 31.12.2025

2.5 Oncologia e ematologia

Provvedimento	Rimunerazione e obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Terapia cellulare CAR-T (CAR = recettore chimerico per l'antigene) con/in caso di:		La terapia comprende il complesso terapeutico che consiste in: prelievo di cellule autologhe T (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. Esecuzione nei centri accreditati dal «The Joint Accreditation Committee-ISCT & EBMT (JACIE)» secondo le norme pubblicate dal JACIE e dalla «Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy (Fact)»: «FACT-JACIE International Standards for hematopoietic Cellular Therapy Product Collection, Processing and Administration», 6.1ª edizione del febbraio 2017, 7ª edizione del marzo 2018 o 8ª edizione del maggio 2021 o 8.1ª edizione del dicembre 2021 ² . Tutti i casi devono essere rilevati in un registro. Se la terapia dovesse essere effettuata in un centro non riconosciuto secondo le condizioni menzionate, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	1.1.2020/ 1.1.2022/ 1.7.2024
– Tisagenlecleucel: in caso di linfoma diffuso a grandi cellule B recidivante o refrattario alla terapia (DLBCL, secondo la classificazione OMS 2008 delle neoplasie ematologiche e linfatiche) dopo almeno due linee terapeutiche. Per il trattamento di pazienti in età pediatrica e adulta fino al compimento dei 25 anni con	Sì	In valutazione: I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	1.1.2020/ 1.1.2023/ 1.1.2024/ 1.1.2025 fino al 31.12.2025

2

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

<p>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. 			
<p>- Acicabtagen-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</p>	Sì	<p>In valutazione: I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p>	<p>1.1.2020/ 1.1.2023/ 1.1.2024/ 1.1.2025 fino al 31.12.2025</p>
<p>- Acicabtagen-Ciloleucel: in caso di linfoma diffuso a grandi cellule B (DLBCL) o di linfoma a cellule B di alto grado (HGBL) refrattario alla terapia di prima linea oppure recidivante nei primi 12 mesi dopo la terapia di prima linea.</p>	Sì	<p>In valutazione: I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p>	<p>1.1.2025 fino al 31.12.2027</p>
<p>- Lisocabtagen Maraleucel: in caso di linfoma diffuso a grandi cellule B (DLBCL), di linfoma a cellule B di alto grado (HGBL) o di linfoma primitivo mediastinico a cellule B (PMBCL) refrattario alla terapia di prima linea oppure recidivante nei primi 12 mesi dopo la terapia di prima linea.</p>	Sì	<p>In valutazione: I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p>	<p>1.1.2025 fino al 31.12.2027</p>
<p>- Brexucabtagen-Autoleucel: negli adulti con leucemia linfoblastica acuta a precursori di cellule B (leucemia linfoblastica acuta, LLA) recidivante o refrattaria dopo due o più linee di terapia sistemica.</p>	Sì	<p>In valutazione: I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p>	<p>1.1.2025 fino al 30.6.2027</p>

9.2 Radiologia interventistica

Provvedimento	Rimunerazione e obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Embolizzazione delle arterie prostatiche in caso di iperplasia benigna sintomatica della prostata	Sì	<p>In valutazione. Per pazienti con sintomi ostruttivi moderati a gravi (IPSS > 8, QoL > 3) e iperplasia benigna della prostata > 30-50 ml e in presenza di almeno uno dei criteri seguenti:</p>	<p>1.7.2022 fine al 31.12.2024 1.1.2025 fino al 31.12.2025</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - insuccesso di una terapia medicamentosa o intolleranza ai medicinali; oppure - ritenzione urinaria cronica senza limiti di volume della prostata; oppure - Preoccupazione che subentrino disturbi quali eiaculazione retrograda, disfunzione erettile o incontinenza urinaria; oppure - intervento controindicato a causa dell'età, di comorbidità multiple o di coagulopatie; oppure - intervento rifiutato dal paziente. <p>I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p>	
--	--	--	--

9.4 Medicina nucleare

Provvedimento	Rimunerazione e 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: — 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
Tomografia con emissione di positroni (PET/TC, PET/RM) escluso l'accertamento della demenza	Sì	<p>Radiofarmaci utilizzati, indicazioni e quesiti secondo le direttive cliniche della Società Svizzera di Medicina Nucleare (SGNM/SSMN) del 1° luglio 2023 1° luglio 2024³.</p> <p>I radiofarmaci utilizzati devono disporre di un'omologazione valida.</p> <p>Esecuzione nei centri che soddisfano le direttive amministrative del 1° marzo 2021⁴ della Società svizzera di medicina nucleare (SSMN).</p>	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/ 1.1.2011/ 1.7.2013/ 1.7.2014/ 1.1.2016/ 1.7.2018/ 1.1.2019/ 1.3.2019/ 1.4.2020/ 1.1.2021/ 1.7.2021/ 1.1.2022/ 1.7.2022/

³ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo: www.ufsp.admin.ch/rif

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

			1.7.2023/ 1.1.2025
--	--	--	-----------------------