

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:

Capitolo 1 Chirurgia

1.4 Urologia e proctologia

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Elettro-neuromodulazione dei nervi spinali sacrali mediante apparecchio impiantato per la terapia dell'incontinenza urinaria e delle turbe dello svuotamento della vescica	Sì	<p>I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto raccomandazione del medico di fiducia.</p> <p>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).</p> <p>Dopo insuccesso di trattamenti conservatori (compresa la riabilitazione).</p> <p>Dopo un test di stimolazione (PNE) positivo.</p> <p>Come terapia di seconda o terza linea dopo l'esaurimento delle misure conservative e dopo aver considerato opzioni di terapia non invasive o mininvasive (stimolazione del nervo tibiale/pudendo, infiltrazioni intradetrusoriali di tossina onabotulinica A)</p> <p>Indicazione, esecuzione, garanzia della qualità e controlli successivi secondo le direttive neuromodulazione sacra della «Swiss Society for Sacral Neuromodulation (SSNM)» del 9 aprile 2020².</p> <p>Indicazione e interventi (impianto degli elettrodi e del neuromodulatore) solo da parte di medici specialisti in urologia con formazione approfondita in neuro-urologia.</p> <p>Esecuzione in centri che per organizzazione e personale soddisfano le direttive della «SSNM» del 9 aprile 2020³. Si suppone che i centri riconosciuti dalla SSSNM soddisfino questi requisiti.</p>	<p>1.7.2000/ 1.7.2002/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.7.2020</p>

¹ Non pubblicato nella RU.

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

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

		Se l'intervento deve essere eseguito in un centro non riconosciuto dalla SSSNM, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore, il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	
Elettro-neuromodulazione dei nervi spinali sacrali mediante apparecchio impiantato per la terapia dell'incontinenza fecale	Sì	<p>I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p> <p>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).</p> <p>Dopo il fallimento di terapie conservative e/o chirurgiche (inclusa la riabilitazione).</p> <p>Dopo un test di stimolazione (PNE) positivo.</p> <p>Indicazione, esecuzione, garanzia della qualità e controlli successivi secondo le direttive neuromodulazione sacra della «Swiss Society for Sacral Neuromodulation (SSSNM)» del 9 aprile 2020⁴.</p> <p>Indicazione e interventi (impianto degli elettrodi e del neuromodulatore) solo da parte di medici specialisti in chirurgia con formazione approfondita in chirurgia viscerale.</p> <p>Esecuzione in centri che per organizzazione e personale soddisfano le direttive della «SSSNM» del 9 aprile 2020⁵. Si suppone che i centri riconosciuti dalla SSSNM soddisfino questi requisiti.</p> <p>Se l'intervento deve essere eseguito in un centro non riconosciuto dalla SSSNM, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore, il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p>	1.1.2003/ 1.1.2008/ 1.7.2020

Capitolo 2 Medicina interna

2.1 In generale

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Trapianto di cellule staminali emopoietiche		<p>In centri riconosciuti dal gruppo «Swiss Blood Stem Cell Transplantation and Cellular Therapy» (SBST).</p> <p>Esecuzione secondo le norme pubblicate da «The Joint Accreditation Committee- ISCT & EBMT (JACIE)» e dalla «Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy (Fact)»: «FACT-JACIE International Standards for hematopoietic Cellular</p>	1.8.2008/ 1.1.2011/ 1.7.2013/ 1.3.2019

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

⁵ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.ufsp.admin.ch/rif

		Therapy Product Collection, Processing and Administration», 7 ^a edizione marzo 2018 ⁶ . Sono incluse le spese d'operazione sul donatore, compreso il trattamento di eventuali complicazioni, nonché le prestazioni secondo l'articolo 14 capoversi 1 e 2 della legge dell'8 ottobre 2004 ⁷ sui trapianti e secondo l'articolo 12 dell'ordinanza del 16 marzo 2007 ⁸ sui trapianti. È invece esclusa la responsabilità dell'assicuratore del ricevente in caso di morte del donatore.	
...			
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 ed esecuzione in centri che soddisfano i requisiti delle « Richtlinien zur Zertifizierung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikats zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien Richtlinien zur Anerkennung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikates zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» del 2 novembre 2016 1° gennaio 2019 ⁹ della «Swiss Society for Sleep Research, Sleep Medicine and Chronobiology» (SSSSC). Si suppone che i centri riconosciuti dalla SSSSC soddisfino questi requisiti. Se l'esame deve essere eseguito in un centro non riconosciuto dalla SSSSC, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	1.3.1995/ 1.1.1997/ 1.1.2002/ 1.7.2017/ 1.7.2020
	No	Esame di routine dell'insonnia passeggera e cronica, della fibromialgia e della sindrome da stanchezza cronica.	1.1.1997
	No	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/
	No	Fratelli e sorelle di lattanti morti di sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS).	1.7.2011
Poligrafia	Sì	In caso di forte sospetto di apnea del sonno. Esecuzione solo da parte di medici specializzati in pneumologia od otorinolaringologia la cui	1.7.2002/ 1.1.2006/ 1.1.2012/

⁶ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.ufsp.admin.ch/rif

⁷ RS 810.21

⁸ RS 810.211

⁹ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.ufsp.admin.ch/rif

		<p>formazione ed esperienza pratica in poligrafia respiratoria soddisfano i requisiti delle «Richtlinien zur Zertifizierung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikats zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien Richtlinien zur Anerkennung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikates zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» del-2 novembre 2016 1° gennaio 2019¹⁰ della «Swiss Society for Sleep Research, Sleep Medicine and Chronobiology» (SSSSC) o le «Richtlinien für die Erteilung eines Zertifikats für die Durchführung von respiratorischen Polygraphien durch ORL-Ärzte» del 26 marzo 2015¹¹ della Società svizzera di otorinolaringologia e di chirurgia cervico-facciale (SSORL).</p> <p>Si suppone che i medici specializzati (pneumologia od ORL), riconosciuti dalla Società svizzera di pneumologia (SSP) o dalla SSORL soddisfino questi requisiti.</p> <p>Se l'esame deve essere eseguito da un medico specialista che non è riconosciuto né dalla SSP né dalla SSORL, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p>	15.7.2015/ 1.7.2017/ 1.7.2020
Multiple Sleep Latency Test	Sì	<p>Indicazione ed esecuzione in centri che soddisfano i requisiti delle «Richtlinien zur Zertifizierung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikats zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien Richtlinien zur Anerkennung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikates zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien » del-2 novembre 2016 1° gennaio 2019¹² della SSSSC.</p> <p>Si suppone che i centri riconosciuti dalla SSSSC soddisfino questi requisiti.</p> <p>Se l'esame deve essere eseguito in un centro non riconosciuto dalla SSSSC, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p>	1.1.2000/ 1.7.2017/ 1.7.2020
Maintenance of Wakefulness Test	Sì	<p>Indicazione ed esecuzione in centri che soddisfano i requisiti delle «Richtlinien zur Zertifizierung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikats zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien Richtlinien zur Anerkennung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikates zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien » del-2 novembre 2016 1° gennaio 2019¹³ della SSSSC.</p> <p>Si suppone che i centri riconosciuti dalla SSSSC soddisfino questi requisiti.</p> <p>Se l'esame deve essere eseguito in un centro non riconosciuto dalla SSSSC, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il</p>	1.1.2000/ 1.7.2017/ 1.7.2020

¹⁰ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.ufsp.admin.ch/rif

¹¹ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.ufsp.admin.ch/rif

¹² Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.ufsp.admin.ch/rif

¹³ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.ufsp.admin.ch/rif

		quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	
Actigrafia	Sì	Indicazione ed esecuzione in centri che soddisfano i requisiti delle « Richtlinien zur Zertifizierung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikats zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien Richtlinien zur Anerkennung von Zentren für Schlafmedizin und für die Erteilung des Zertifikates zur Durchführung von respiratorischen Polygraphien» del 2 novembre 2016 1° gennaio 2019 ¹⁴ della SSSSC. Si suppone che i centri riconosciuti dalla SSSSC soddisfino questi requisiti. Se l'esame deve essere eseguito in un centro non riconosciuto dalla SSSSC, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	1.1.2000/ 1.7.2017/ 1.7.2020
...			
Fotoferesi extracorporea	Sì	In caso di linfoma T-Zell cutaneo a cellule T (Sindrome di Sézary o micosi fungoide eritrodermica in stadio IIIA, IIIB, IV).	1.1.1997/ 1.7.2020

2.2 Malattie cardiovascolari, medicina intensiva

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
<p>Impianto trans-catetere di valvola aortica (TAVI)</p> <p>per pazienti con stenosi aortica grave inoperabili o ad alto rischio operatorio (rischio di mortalità \geq 8 % secondo il punteggio di rischio della Society of Thoracic Surgeons o EuroScore II)</p>	Sì	<p>In valutazione In caso di stenosi aortica grave nei pazienti inoperabili e ad alto rischio operatorio, Alle condizioni seguenti (adempite cumulativamente):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. indicazione ed esecuzione secondo le direttive europee «2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease» del 26 agosto 2017¹⁵; 2. la procedura TAVI può essere praticata soltanto nelle istituzioni che praticano la cardiocirurgia in sede; 3. la decisione sull'ammissibilità dei pazienti alla procedura TAVI deve essere presa in seno all'équipe Heart Team, comprendente almeno i seguenti specialisti: due medici specializzati in cardiologia, uno dei quali con specializzazione in cardiologia interventistica e formazione in interventi TAVI, nonché rispettivamente un medico specializzato in cardiocirurgia e un medico specializzato in anestesia; 4. tutti i centri che praticano la procedura TAVI devono comunicare i propri dati al SWISS TAVI Registry. 	1.7.2013/ 1.1.2019/ 1.7.2019/ fino al 30.06.2020 1.7.2020

¹⁴ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.ufsp.admin.ch/rif

¹⁵ I documenti possono essere consultati al seguente indirizzo Internet: www.ufsp.admin.ch/rif

<p>Impianto trans-catetere di valvola aortica (TAVI)</p> <p>per pazienti con stenosi aortica grave a rischio operatorio medio (rischio di mortalità 4-8 % secondo il punteggio di rischio della Society of Thoracic Surgeons o EuroScore II)</p>	Sì	<p>In valutazione.</p> <p>Alle condizioni seguenti (adempite cumulativamente):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. indicazione ed esecuzione secondo le direttive europee «2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease» del 26 agosto 2017¹⁶; 2. la procedura TAVI può essere praticata soltanto nelle istituzioni che praticano la cardiocirurgia in sede; 3. la decisione sull'ammissibilità dei pazienti alla procedura TAVI deve essere presa in seno all'équipe Heart Team, comprendente almeno i seguenti specialisti: due medici specializzati in cardiologia, uno dei quali con specializzazione in cardiologia interventistica e formazione in interventi TAVI, nonché rispettivamente un medico specializzato in cardiocirurgia e un medico specializzato in anestesia; 4. tutti i centri che praticano la procedura TAVI devono comunicare i propri dati al SWISS TAVI Registry. 	<p>1.7.2020 fino al 30.6.2023</p>
<p>Impianto trans-catetere di valvola aortica (TAVI)</p> <p>per pazienti con stenosi aortica grave a rischio operatorio basso (rischio di mortalità < 4 % secondo il punteggio di rischio della Society of Thoracic Surgeons o EuroScore II)</p>	No		<p>1.7.2020</p>

2.3 Neurologia, inclusa la terapia del dolore e l'anestesia

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
<p>Terapia con ultrasuoni focalizzati nel globo pallido, nel talamo e nel subtalamo</p>	Sì	<p>In valutazione. Per il trattamento in caso di diagnosi stabilita di un tremore non Parkinson, progressione dei sintomi su un minimo di due anni, controllo insufficiente dei sintomi mediante la terapia farmacologica.</p>	<p>15.7.2015/ fino al 30.6.2020 1.7.2020</p>
	Sì	<p>In valutazione.</p> <p>Per il trattamento in caso di diagnosi stabilita di un morbo di Parkinson idiopatico, progressione dei sintomi su un minimo di due anni, controllo insufficiente dei sintomi mediante il trattamento dopaminergico (fenomeni off, fluttuazioni on/off, dischinesie on).</p> <p>Tenuta di un registro di valutazione.</p>	<p>15.7.2015/ 1.7.2020 fino al 31.12.2021</p>
	Sì	<p>In valutazione.</p> <p>Per il trattamento dei dolori cronici gravi neuropatici refrattari alla terapia.</p>	<p>15.7.2015/ 1.7.2020 fino al 31.12.2020</p>

16

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

		Tenuta di un registro di valutazione.	
...			
Anestesia generale volta a consentire interventi diagnostici e terapeutici (incl. interventi di medicina dentaria)	Sì	Nel caso in cui interventi diagnostici e terapeutici fossero possibili solo sotto anestesia a causa di gravi disabilità mentali e fisiche.	1.7.2019

2.5 Oncologia

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Misure atte a preservare la fertilità degli adolescenti e degli adulti malati di cancro	Sì	<p>In caso di adolescenti in età postpuberale e di adulti fino al compimento del 40° anno con rischio medio o elevato (> 20 %) di amenorrea persistente nelle donne o di azoospermia negli uomini a causa della terapia.</p> <p>Misure per la donna: — prelievo di oociti dopo la stimolazione ovarica, crioconservazione di oociti fecondati e non fecondati; un'eventuale fertilizzazione prima della crioconservazione non è a carico dell'assicurazione; oppure — resezione, crioconservazione e reimpianto del tessuto ovarico.</p> <p>Misure per l'uomo: — crioconservazione di spermatozoi; — se necessario: biopsia dei testicoli (estrazione testicolare di spermatozoi).</p> <p>Crioconservazione per al massimo 5 anni; proroga per ulteriori 5 anni solo in caso di persistenza dell'insufficienza ovarica o di azoospermia. Assunzione dei costi di una crioconservazione di spermatozoi e di oociti non fecondati in caso di persistenza dell'insufficienza ovarica o dell'azoospermia solo se è stata data precedentemente la garanzia speciale dell'assicuratore, il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. Indicazione ed esecuzione da parte di centri multidisciplinari che partecipano a un programma multicentrico di garanzia della qualità con tenuta di registri per misure atte a preservare la fertilità di uomini e donne in età fertile affetti da tumore, e che sono associati a tali centri.</p>	1.7.2019

Capitolo 3 Ginecologia, ostetricia, medicina della procreazione

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Misure atte a preservare la fertilità degli adolescenti e degli	Sì	In caso di adolescenti in età postpuberale e di adulti fino al compimento del 40° anno che	1.7.2019/ 1.7.2020

<p>adulti delle persone malati di cancro sottoposte a terapie che la compromettono</p>		<ul style="list-style-type: none"> - presentano un rischio medio o elevato (> 20 %) di amenorrea persistente nelle donne o di azoospermia negli uomini a causa della terapia di una malattia tumorale; - ricevono un trapianto di cellule staminali a causa di una malattia non oncologica; oppure - sono trattati con ciclofosfamide e presentano un rischio medio o elevato (> 20 %) di amenorrea persistente nelle donne o di azoospermia negli uomini. <p>Misure per la donna:</p> <ul style="list-style-type: none"> - prelievo di oociti dopo la stimolazione ovarica, crioconservazione di oociti fecondati e non fecondati; un'eventuale fertilizzazione prima della crioconservazione non è a carico dell'assicurazione; oppure - resezione, crioconservazione e reimpianto del tessuto ovarico. <p>Misure per l'uomo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - crioconservazione di spermatozoi; - se necessario: biopsia dei testicoli (estrazione testicolare di spermatozoi). <p>Crioconservazione per al massimo 5 anni; proroga per ulteriori 5 anni solo in caso di persistenza dell'insufficienza ovarica o di azoospermia.</p> <p>Assunzione dei costi di una crioconservazione di spermatozoi e di oociti non fecondati in caso di persistenza dell'insufficienza ovarica o dell'azoospermia solo se è stata data precedentemente la garanzia speciale dell'assicuratore, il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p> <p>Indicazione ed esecuzione da parte di centri multidisciplinari che partecipano a un programma multicentrico di garanzia della qualità con tenuta di registri per misure atte a preservare la fertilità di uomini e donne in età fertile affetti da tumore, o che sono associati a tali centri.</p>	
--	--	---	--

Capitolo 5 Dermatologia

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
<p>Applicazione di equivalenti di pelle</p>	<p>Sì</p>	<p>Per il trattamento di ferite croniche.</p> <p>Con equivalenti di pelle autologa, allogenica o di origine non umana ammessi secondo le corrispondenti prescrizioni di legge.</p> <p>Indicazione secondo le «Richtlinien zum Einsatz von azellulären biologisch aktiven Materialien bei schwer heilenden Wunden» della Società svizzera di dermatologia e venerologia e della «Schweizerische Gesellschaft für Wundbehandlung (SafW)» del 1° aprile 2018¹⁷.</p>	<p>1.7.2011/ 1.3.2019/ 1.7.2020</p>

¹⁷ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.ufsp.admin.ch/rif

		Esecuzione in centri riconosciuti dalla Società svizzera di dermatologia e venerologia e dalla Schweizerische Gesellschaft für Wundbehandlung. Se il trattamento deve essere eseguito in un centro non riconosciuto dalla Società svizzera di dermatologia e venerologia e dalla «Schweizerische Gesellschaft für Wundbehandlung» va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	
--	--	--	--

Capitolo 7 Otorinolaringoiatria

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Impianto cocleare della chiocciola per la terapia della sordità delle due orecchie con resti uditivi inutilizzabili	Sì	I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. Per fanciulli affetti da sordità peri e postlinguale e per adulti affetti da sordità tardiva. Indicazione ed esecuzione secondo le «Richtlinien für Cochlea-Implantat-Versorgung und Nachbetreuung» del gruppo di lavoro Impianti cocleari della Società Svizzera di Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico-facciale (SSORL) del 7 marzo 2018 ¹⁸ . Nei centri seguenti: Ospedali universitari di Ginevra, Basilea, Berna e Zurigo, Ospedale cantonale di Lucerna. L'allenamento uditivo dispensato nel centro è parte integrante della terapia.	1.4.1994/ 1.7.2002/ 1.1.2004/ 1.7.2020

Capitolo 9 Radiologia

9.2 Altri procedimenti di formazione d'immagini

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Tomografia con emissione di positroni (TEP, TEP/TC)	Sì	Esecuzione nei centri che soddisfano le direttive amministrative del 20 giugno 2008 ¹⁹ della Società svizzera di medicina nucleare (SSMN). ...	
		d) Mediante 18F-fluorocolina, solo per le indicazioni seguenti: Per l'accertamento di una recidiva biochimica (aumento del PSA) di un carcinoma prostatico. — In valutazione:	1.7.2014/ 1.1.2018/ 1.1.2019/ 1.7.2018/ fino al

¹⁸ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.ufsp.admin.ch/rif

¹⁹ Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: www.ufsp.admin.ch/rif

		Per la localizzazione preoperatoria di adenomi della paratiroide in caso di iperparatiroidismo primario dopo una diagnostica per immagini convenzionale negativa o non conclusiva (scintigrafia con sestamibi o -SPECT/TC). ...	30.6.2020 1.7.2020
--	--	--	----------------------------------

9.3 Radiologia interventistica e radioterapia

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Radioterapia stereotassica ambulatoriale (fotoni) della degenerazione maculare umida determinata dall'età	Si No	In valutazione Se sono soddisfatte tutte le seguenti condizioni: — neovascolarizzazione coroideale (CNV) con segni di attività come fluido intraretinico e emorragie; — terapia anti VEGF in corso da almeno 6 mesi per escludere l'ipotesi di un trattamento insufficiente; — nessun cambiamento dello stato di attività della CNV nonostante l'intensa terapia di iniezioni e nessuna riduzione prevista della frequenza, elevata e necessaria, delle iniezioni; — diametro della CNV non superiore a 4 mm (distanza tra centro e fovea di 3 mm al massimo).	1.1.2018/ fino al 30.06.2020 1.7.2020
...			
Radiochirurgia con LINAC o Gamma-Knife	Si	Per le indicazioni seguenti: – 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. Per la radiochirurgia con Gamma-Knife è necessario convenire un rimborso forfettario specifico per l'indicazione.	1.1.1999/ 1.1.2000/ 1.1.2003/ 1.7.2020
Radiochirurgia con Gamma-Knife	No	— in caso di metastasi cerebrali del volume di 25 cm³ 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 cm³ 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/ 1.7.2014
...			