

## 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:

#### 2.1 Medicina interna in generale e varia

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
...			
Fotoferesi extracorporea	Sì	In caso di linfoma cutaneo a cellule T (Sindrome di Sézary o micosi fungoide eritrodermica in stadio IIIA, IIIB, IV).	1.1.1997/ 1.7.2020
	Sì	In caso di Graft-Versus-Host-Disease se la terapia convenzionale (p.es. corticosteroidi) non ha avuto successo.	1.1.2009/ 1.1.2012
	Sì	In valutazione In caso di sindrome da bronchite 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/ <b>1.1.2022</b> <b>fino al</b> <b>31.12.2024</b>
Terapia endovascolare della disfunzione erettile dovuta a causa vascolare: - rivascolarizzazione endovascolare delle arterie afferenti del pene; - terapia di embolizzazione endovascolare delle vene efferenti del pene.	Sì	In valutazione Alle condizioni seguenti (adempite cumulativamente): - mancata risposta o controindicazione a un trattamento con inibitori della fosfodiesterasi 5; - previa esclusione di cause urologiche e ormonali; - in caso di causa vascolare della disfunzione erettile documentata da esami diagnostici emodinamici (ecografia duplex con iniezione intracavernosa di prostaglandina) e di diagnostica per immagini (tomografia computerizzata o angiografia mediante cateterismo); - accertamento ed esecuzione da parte di medici specialisti in angiologia con formazione complementare in competenza per esami e interventi terapeutici a dosi intense in angiologia (USSMV, programma del 1° gennaio 2001,	<b>1.1.2022</b> <b>fino al</b> <b>31.12.2025</b>

<sup>1</sup> Non pubblicato nella RU.

		<p>riveduto il 13 gennaio 2004<sup>2)</sup> o da medici specialisti in radiologia;</p> <p>- disponibilità della documentazione dei fattori di rischio cardiovascolari e del loro trattamento;</p> <p>Partecipazione al registro di valutazione «SwissPOWER».</p> <p>I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p>	
...			

## 2.2 Cardiologia

Provvedimento	Rimunerazione e obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
...			
<b>Insufflazione di ossigeno</b>	<b>No</b>		<b>27.6.1968</b>
...			

## 2.3 Neurologia

Provvedimento	Rimunerazione e obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
...			
Terapia con ultrasuoni focalizzati nel pallidum, talamo e subtalamo	Sì	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.	15.7.2015/ 1.7.2020
	Sì	<p><del>In valutazione.</del></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><del>Tenuta di un registro di valutazione.</del></p>	15.7.2015/ 1.7.2020/ <b>1.1.2022</b> <del>fino al</del> <b>31.12.2021</b>
	Sì	<p>In valutazione.</p> <p>Per il trattamento dei dolori cronici gravi neuropatici refrattari alla terapia.</p> <p>Tenuta di un registro di valutazione.</p>	15.7.2015/ 1.7.2020/ 1.1.2021 fino al 31.12.2025
...			

2

Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

## 2.5 Oncologia e ematologia

Provvedimento	Rimunerazione e obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
...			
Trapianto di progenociti ematopoietici		<p>In centri qualificati secondo l'organo di certificazione «Swiss Blood Stem Cell Transplantation and Cellular Therapy » (SBST).</p> <p>Esecuzione secondo le normative pubblicate da «The Joint Accreditation Committee- ISCT &amp; EBMT (JACIE)» e dalla «Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy (Fact)»: «FACT-JACIE International Standards for hematopoietic Cellular Therapy Product Collection, Processing and Administration», <b>8<sup>a</sup> edizione maggio 2021</b> <del>7<sup>a</sup> edizione marzo 2018</del><sup>3</sup>.</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 2004<sup>4</sup> sui trapianti e secondo l'articolo 12 dell'ordinanza del 16 marzo 2007<sup>5</sup> 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/ <b>1.1.2022</b>
...			
Terapia cellulare CAR-T (CAR = recettore chimerico per l'antigene) con/in caso di:	Sì	<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. Esecuzione nei centri accreditati dal «<i>The Joint Accreditation Committee-ISCT &amp; EBMT (JACIE)</i>» per un trapianto allogenico e/o autologo di cellule staminali secondo le norme pubblicate dal JACIE e dalla «<i>Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy (Fact)</i>»: «<i>FACT-JACIE International Standards for hematopoietic Cellular Therapy Product Collection, Processing and Administration</i>», <b>6<sup>a</sup> edizione del marzo 2015</b>, <b>6.1<sup>a</sup> edizione del febbraio 2017</b>, <b>7<sup>a</sup> edizione del marzo 2018</b> o <b>8<sup>a</sup> edizione del maggio 2021</b>.</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/ <b>1.1.2022</b>
...			

<sup>3</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

<sup>4</sup> RS 810.21

<sup>5</sup> RS 810.211

## 5 Dermatologia

Provvedimento	Rimunerazione e obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
...			
Applicazione di <del>equivalenti di pelle cute equivalente</del>	Sì	<p>Per il trattamento di ferite croniche.</p> <p>Con <del>equivalenti di pelle cute equivalente</del> autologa, allogenica o di origine non umana ammessa secondo le corrispondenti prescrizioni di legge.</p> <p>Indicazione secondo le «Richtlinien zum Einsatz von Hautersatzverfahren bei schwer heilenden Wunden» della Società svizzera di dermatologia e venereologia e della Schweizerische Gesellschaft für Wundbehandlung del 1° aprile <del>2018</del> 2021<sup>6</sup>.</p> <p>Esecuzione in centri riconosciuti dalla Società svizzera di dermatologia e venereologia e dalla Schweizerische Gesellschaft für Wundbehandlung.</p> <p>Se il trattamento deve essere eseguito in un centro non riconosciuto dalla Società svizzera di dermatologia e venereologia e dalla «Schweizerische Gesellschaft für Wundbehandlung» va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p>	1.7.2011/ 1.3.2019/ 1.7.2020/ 1.1.2022
...			

## 9.3 Radio oncologia / radioterapia

Provvedimento	Rimunerazione e obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
...			
Irradiazione terapeutica con protoni		Esecuzione presso l'Istituto Paul Scherrer, Villigen. <del>I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</del>	
	Sì	a) In caso di melanomi intraoculari.	28.8.1986/ 1.1.1993
	Sì	<p>b) 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.</p> <p>Per le indicazioni seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– tumori del cranio (chordoma, chondrosarcoma, spinalioma, adenocarcinomi e carcinomi adenocistici, linfopitelioma, carcinomi mucoepidermoidi, neuroestesioblastomi, sarcoma dei tessuti molli e delle ossa, tumori rari come p. es. paragangliomi);</li> </ul>	1.1.2002/ 1.7.2002/ 1.8.2007/ 1.1.2011/ 1.7.2011

6

Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- tumori del cervello e delle meningi (gliomi grado 1 e 2; meningiomi);</li> <li>- tumori al di fuori del cranio nelle regioni della colonna vertebrale, del tronco e delle estremità (sarcoma dei tessuti molli e dell'osso);</li> <li>- tumori nei bambini e negli adolescenti.</li> </ul> <p><del>I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</del></p>	
	Si	<p>c) In valutazione</p> <p><del>— per l'indicazione seguente</del></p> <p>Carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) agli stadi UICC IIB e IIIA/B nel quadro dello studio controllato randomizzato RTOG 1308.</p> <p><del>I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia</del></p>	1.4.2020 fino al 31.12.2025
	Si	<p>d) In valutazione</p> <p>Per il carcinoma dell'esofago localmente avanzato (≥ T2 o N+, M0), nel quadro dello studio controllato randomizzato PROTECT.</p> <p>È necessario convenire un rimborso forfettario specifico per l'indicazione carcinoma dell'esofago.</p>	1.1.2022 fino al 31.12.2026
...			
Ipertermia oncologica profonda locale in abbinamento con la radioterapia esterna o la brachiterapia	Si	<p>I trattamenti avvengono nel quadro di una clinica affiliata alla Swiss Hyperthermia Network; le indicazioni sono fornite dalla sua Tumorboard.</p> <p>Per le indicazioni seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- carcinoma del collo dell'utero, in caso di controindicazioni per la chemioterapia o in una zona già sottoposta a radioterapia</li> <li><del>— carcinoma del pancreas, tumore primario inoperabile in stadio avanzato a livello locale</del></li> <li>- metastasi ossee dolorose della colonna vertebrale e del bacino, profondità del focolaio &gt; 5 cm</li> </ul>	1.1.2017/ 1.1.2019/ 1.7.2021/ 1.1.2022
	Si	<p>In valutazione, per le indicazioni seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sarcoma dei tessuti molli (mantenimento delle funzioni), in caso di controindicazioni per la chemioterapia</li> <li>- recidiva locale del tumore con sintomatologia da compressione in situazione palliativa, profondità del focolaio &gt; 5 cm</li> </ul>	1.1.2017/ 1.1.2019/ 1.7.2021 fino al 30.6.2023

## 9.4 Medicina nucleare

Provvedimento	Rimunerazione e obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
...			
Tomografia con emissione di positroni (TEP/TC, TEP/RM) <b>escluso l'accertamento della demenza</b>	Sì	<p>Radiofarmaci utilizzati, indicazioni e quesiti secondo le direttive cliniche della Società Svizzera di Medicina Nucleare (SGNM/SSMN) del 9 febbraio 2021<sup>7</sup>.</p> <p>I radiofarmaci utilizzati devono disporre di un'omologazione valida.</p> <p>Esecuzione nei centri che soddisfano le direttive amministrative del 1° marzo 2021<sup>8</sup> della Società svizzera di medicina nucleare (SSMN).</p>	<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/ <b>1.1.2022</b></p>
Tomografia con emissione di positroni (TEP/TC, TEP/RM) per l'accertamento della demenza	Sì	<p>I radiofarmaci utilizzati devono disporre di un'omologazione valida.</p> <p>Esecuzione nei centri che soddisfano le direttive amministrative del 1° marzo 2021<sup>9</sup> della Società svizzera di medicina nucleare (SSMN).</p> <p>a) per mezzo di 18F-fluorodeossiglucosio (FDG): come ulteriore accertamento nei casi poco chiari, previo consulto interdisciplinare e su prescrizione di medici specialisti in medicina interna generale con formazione approfondita in geriatria, psichiatria e psicoterapia o neurologia; con un Mini-Mental-Status-Test totalizzante almeno 10 punti e una demenza insorta al massimo da 5 anni;</p> <p>I costi per gli esami a partire dagli 81 anni di età e per gli esami sequenziali con PET o SPECT (Single Photon Emission Computed Tomography) sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p> <p>b) per mezzo di PET amiloide con tracciante marcato: come ulteriore accertamento nei casi poco chiari, dopo una diagnostica del liquor inconcludente o se la puntura lombare non è possibile o è controindicata, previo consulto interdisciplinare e su prescrizione di</p>	<p>1.1.2001/ 1.1.2006/ 1.8.2006/ 1.7.2013/ 1.7.2014/ 1.1.2015/ 1.4.2020/ <b>1.1.2022</b></p>

<sup>7</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

<sup>8</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

<sup>9</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: [www.bag.admin.ch/ref](http://www.bag.admin.ch/ref)

		medici specialisti in medicina interna generale con formazione approfondita in geriatria, psichiatria e psicoterapia o neurologia; con un Mini-Mental-Status-Test totalizzante almeno 10 punti e una demenza insorta al massimo da 5 anni fino al compimento dell'ottantesimo anno di età; nessun esame precedente con PET o SPECT (Single Photon Emission Computed Tomography).	
...			

## 10 Medicina complementare

Massnahmen	Leistungs- pflicht	Voraussetzungen	gültig ab
...			
Ozonoterapia (tutte le applicazioni)	No		13.5.1976/ 1.1.2022
Ossigenoterapia endovenosa (somministrazione endovenosa di ossigeno, sinonimi: ossigenoterapia secondo Regelsberger, insufflazione di ossigeno, terapia con infusione di ossigeno, ossigenoterapia endovenosa complessa)	No		27.6.1968/ 1.1.2022
Ossigenoterapia multifase secondo von Ardenne (tutte le varianti e i processi, inclusa la cura all'ossigeno Oxicur, l'attivazione multifase con ossigeno Oxicur, la cura all'ossigeno Vitalkur)	No		1.1.2022
...			