

## Allegato 1 OPre

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

è modificato come segue:

#### Capitolo 2.1 Oncologia e ematologia

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Trapianto di progenociti ematopoietici  – autologo	Sì	<del>Nel quadro di studi clinici:</del> In valutazione. – sarcoma di Ewing – sarcoma dei tessuti molli – tumore di Wilms.	1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013/ 1.1.2018/ 1.1.2023 fino al 31.12.2027
– autologo	Sì	In studi clinici prospettici multicentrici controllati: – malattie auto-immuni a eccezione di sclerosi sistemica, sclerosi multipla, morbo di Crohn e diabete mellito.  I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.  Dopo una terapia convenzionale fallita o in caso di una progressione della malattia.	1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013/ 1.1.2018/ 1.1.2023 fino al 30.06.2023
– allogenico	Sì	In studi clinici prospettici multicentrici controllati: – malattie auto-immuni.  I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.  Dopo una terapia convenzionale fallita o in caso di una progressione della malattia.	1.1.2002/ 1.1.2008/ 1.1.2013/ 1.1.2018/ 1.1.2023 fino al 31.12.2023
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 &	1.1.2020/ 1.1.2022

<sup>1</sup> Pubblicato nella Raccolta ufficiale delle leggi federali (RU) mediante rimando. È consultabile all'indirizzo Internet dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP): [www.ufsp.admin.ch](http://www.ufsp.admin.ch) > Assicurazioni > Assicurazione malattie > Prestazioni e tariffe > Prestazioni mediche > Allegato 1 dell'OPre

		<p><i>EBMT (JACIE)</i>» per un trapianto allogeno 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>», 6<sup>a</sup> edizione del marzo 2015, 6.1<sup>a</sup> edizione del febbraio 2017, 7<sup>a</sup> edizione del marzo 2018 o 8<sup>a</sup> edizione del maggio 2021.</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>	
<p>– 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.</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"> <li>– refrattaria,</li> <li>– recidivante dopo il trapianto autologo di cellule staminali, o</li> <li>– recidivante dopo due o più linee terapeutiche.</li> </ul>	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 fino al 31.12.2024</p>
<p>– 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</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 fino al 31.12.2024</p>

### Capitolo 9.4 Medicina nucleare

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
<p>Tomografia con emissione di positroni (TEP/TC, TEP/RM) per la localizzazione preoperatoria degli adenomi paratiroidei nell'iperparatiroidismo primario</p>	Sì	<p>Mediante un derivato della colina per la localizzazione preoperatoria degli adenomi paratiroidei nell'iperparatiroidismo primario.</p> <p>I radiofarmaci utilizzati devono disporre di una omologazione valida.</p>	1.7.2023

		Esecuzione nei centri che soddisfano le direttive amministrative del 1° marzo 2021 <sup>2</sup> della Società svizzera di medicina nucleare (SSMN).	
Tomografia con emissione di positroni (TEP/TC, TEP/RM)	Sì	Mediante ittrio-90 a seguito di una radioterapia selettiva interna (SIRT)  I radiofarmaci utilizzati devono disporre di una omologazione valida.  Esecuzione nei centri che soddisfano le direttive amministrative del 1° marzo 2021 <sup>3</sup> .	1.7.2023
Tomografia con emissione di positroni (TEP/TC, TEP/RM)	No	Mediante ittrio-90 a seguito di una radiosinovioresi dell'articolazione del ginocchio	1.1.2023

---

<sup>2</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

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