

## 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 Chirurgia

### 1.4 Chirurgia della colonna vertebrale

Provvedimento	Rimunerazione e obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
Chifoplastica a palloncino per il trattamento Cementazione (Vertebroplastica / Chifoplastica) per la terapia di fratture vertebrali osteoporotiche	Sì	<p><del>Fratture recenti e dolorose del corpo vertebrale che non rispondono al trattamento analgesico e che evidenziano deformità tali da richiedere una correzione.</del></p> <p><del>Indicazioni secondo le linee guida della Società svizzera di chirurgia spinale del 23 settembre 2004<sup>2</sup>.</del></p> <p><del>Esecuzione dell'intervento solo da parte di un chirurgo qualificato. Si suppone che i chirurghi riconosciuti dalla Società svizzera di chirurgia spinale, dalla Società svizzera d'ortopedia e dalla Società svizzera di neurochirurgia siano conformemente qualificati.</del></p> <p><del>Se l'intervento deve essere eseguito da un chirurgo non riconosciuto dalla Società svizzera di chirurgia spinale, dalla Società svizzera d'ortopedia e dalla Società svizzera di neurochirurgia, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</del></p> <p>In caso di frattura vertebrale osteoporotica, se la terapia conservativa del dolore non produce o non si prevede che produca un sollievo sufficiente per la mobilizzazione, secondo le linee guida «Trattamento chirurgico delle fratture del corpo vertebrale osteoporotico» della Società svizzera di chirurgia spinale, della Società svizzera di neurochirurgia e della Società svizzera di ortopedia e traumatologia dell'apparato locomotore dell'8 settembre 2021<sup>3</sup>.</p>	1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2011/ 1.1.2013/ 1.7.2022

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

<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)

		<p>Indicazione interdisciplinare da parte di uno «Spine Board» composto da un medico specialista in neurochirurgia o chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore con formazione approfondita in chirurgia spinale (programma di perfezionamento del 1° gennaio 2021) e almeno un medico specialista in medicina interna generale o reumatologia o endocrinologia. La discussione e l'indicazione devono essere documentate.</p> <p>Esecuzione in un centro in cui è attivo almeno un medico specialista in neurochirurgia o chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore con formazione approfondita in chirurgia spinale (programma di perfezionamento del 1° gennaio 2021)<sup>4</sup>.</p>	
...			
Protesi del disco intervertebrale cervicale	Sì	<p>Indicazione: Malattia sintomatica degenerativa del disco intervertebrale della colonna vertebrale a livello cervicale.</p> <p>Mancato successo di una terapia conservativa della durata di tre mesi. Ad eccezione di pazienti che presentano malattie degenerative della colonna vertebrale a livello cervicale e che soffrono di dolori incontrollabili nonostante siano sottoposti a terapie ospedaliere o che presentano disfunzioni neurologiche progressive nonostante venga applicata una terapia conservativa.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Degenerazione di due segmenti al massimo</li> <li>– Nessuna cifosi primaria segmentale</li> <li>– Osservanza delle controindicazioni generali.</li> </ul> <p>Esecuzione dell'intervento solo da parte di medici specialisti in neurochirurgia o chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore con formazione approfondita in chirurgia spinale (SSNC e SO, programma di perfezionamento del 1° gennaio 2021<sup>5</sup>).</p> <p><del>di un chirurgo qualificato. Si suppone che i chirurghi riconosciuti dalla Società svizzera di chirurgia spinale, dalla Società svizzera d'ortopedia o dalla Società svizzera di neurochirurgia siano conformemente qualificati.</del></p> <p>Se l'intervento deve essere eseguito da un chirurgo che non soddisfa i requisiti summenzionati <del>non</del> <del>riconosciuto dalla Società svizzera di chirurgia spinale, dalla Società svizzera d'ortopedia o dalla Società svizzera di neurochirurgia</del>, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p>	<p>1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.7.2017/ <b>1.7.2022</b></p>
Protesi del disco intervertebrale lombare	Sì	<p>Indicazione:</p>	<p>1.1.2004/ 1.1.2005/ 1.1.2008/</p>

<sup>4</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

<sup>5</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

		<p>Malattia sintomatica degenerativa del disco intervertebrale della colonna vertebrale a livello lombare.</p> <p>Mancato successo di una terapia conservativa della durata di sei mesi. Ad eccezione di pazienti che presentano malattie degenerative della colonna vertebrale a livello lombare e che soffrono di dolori incontrollabili nonostante siano sottoposti a terapie ospedaliere o che presentano disfunzioni neurologiche progressive nonostante venga applicata una terapia conservativa.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Degenerazione di due segmenti al massimo</li> <li>- Nessuna artrosi primaria delle faccette articolari</li> <li>- Osservanza delle controindicazioni generali.</li> </ul> <p>Esecuzione dell'intervento solo da parte di medici specialisti in neurochirurgia o chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore con formazione approfondita in chirurgia spinale (SSNC e SO, programma di perfezionamento del 1° gennaio 2021<sup>6</sup>). <del>di un chirurgo qualificato. Si suppone che i chirurghi riconosciuti dalla Società svizzera di chirurgia spinale, dalla Società svizzera d'ortopedia e dalla Società svizzera di neurochirurgia siano conformemente qualificati.</del></p> <p>Se l'intervento deve essere eseguito da un chirurgo che non soddisfa i requisiti summenzionati <del>non riconosciuti dalla Società svizzera di chirurgia spinale, dalla Società svizzera d'ortopedia e dalla Società svizzera di neurochirurgia</del>, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p>	<p>1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.7.2017/ 1.7.2022</p>
<p>Stabilizzazione intraspinale e dinamica della colonna vertebrale</p>	<p>Sì</p>	<p>Indicazione:</p> <p>Stenosi spinale dinamica, stenosi spinale con decompressione, ernia discale recidiva con decompressione e sindrome da iperpressione delle faccette.</p> <p>Esecuzione dell'intervento solo da parte di medici specialisti in neurochirurgia o chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore con formazione approfondita in chirurgia spinale (SSNC e SO, programma di perfezionamento del 1° gennaio 2021<sup>7</sup>). <del>di un chirurgo qualificato. Si suppone che i chirurghi riconosciuti dalla Società svizzera di chirurgia spinale, dalla Società svizzera d'ortopedia e dalla Società svizzera di neurochirurgia siano conformemente qualificati.</del></p> <p>Se l'intervento deve essere eseguito da un chirurgo che non soddisfa i requisiti summenzionati <del>non riconosciuto dalla Società svizzera di chirurgia spinale, dalla Società svizzera d'ortopedia e dalla Società svizzera di neurochirurgia</del>, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p>	<p>1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.1.2014/ 1.7.2017/ 1.7.2022</p>

<sup>6</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

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

<p>Stabilizzazione dinamica della colonna vertebrale con il sistema di viti peduncolari posteriori</p>	<p>Sì</p>	<p>Indicazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Stenosi spinale con o senza spondilolistesi degenerativa, al massimo su due livelli; se su più di due livelli, va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</li> <li>– Degenerazione del disco intervertebrale al massimo su due piani eventualmente con un'artrosi delle faccette</li> </ul> <p>Mancato successo di una terapia conservativa della durata di sei mesi. Ad eccezione di pazienti che presentano malattie degenerative della colonna vertebrale e che soffrono di dolori incontrollabili nonostante siano sottoposti a terapie ospedaliere o che presentano disfunzioni neurologiche progressive nonostante venga applicata una terapia conservativa.</p> <p>Esecuzione dell'intervento solo da parte di medici specialisti in neurochirurgia o chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore con formazione approfondita in chirurgia spinale (SSNC e SO, programma di perfezionamento del 1° gennaio 2021<sup>8</sup>). <del>Si suppone che i chirurghi riconosciuti dalla Società svizzera di chirurgia spinale, dalla Società svizzera d'ortopedia e dalla Società svizzera di neurochirurgia siano conformemente qualificati.</del></p> <p>Se l'intervento deve essere eseguito da un chirurgo <del>che non soddisfa i requisiti summenzionati non riconosciuto dalla Società svizzera di chirurgia spinale, dalla Società svizzera d'ortopedia e dalla Società svizzera di neurochirurgia,</del> va precedentemente richiesta la garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p>	<p>1.1.2007/ 1.1.2008/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2011/ 1.1.2012/ 1.1.2014/ 1.7.2017/ <b>1.7.2022</b></p>
--	-----------	---	--

### 1.5 Urologia

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
<p>...</p>			
<p>Elettro-neuromodulazione dei nervi spinali sacrali mediante apparecchio impiantato per la terapia dell'incontinenza urinaria e dei disturbi dello svuotamento della vescica</p>	<p>Sì</p>	<p>Come terapia di seconda o terza linea dopo <del>l'esaurimento aver adottato</del> delle misure conservative e 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 (SSSNM)» del <del>9 aprile 2020</del> <b>30 settembre 2021</b><sup>9</sup>.</p>	<p>1.7.2000/ 1.7.2002/ 1.1.2005/ 1.1.2008/ 1.7.2020/ <b>1.7.2022</b></p>

<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.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		<p>Indicazione e interventi (impianto degli elettrodi e del neuromodulatore) <del>sele</del> <b>solo sotto la responsabilità da parte</b> di medici specialisti in urologia con formazione approfondita in neurourologia (programma di perfezionamento del 1° luglio 2014, riveduto il 19 ottobre 2017<sup>10</sup>).</p> <p>Esecuzione in centri che per organizzazione e personale soddisfano le direttive della «SSSNM» del <del>9 aprile 2020</del> <b>30 settembre 2021</b><sup>11</sup>. 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>	
Elettro-neuromodulazione dei nervi spinali sacrali mediante apparecchio impiantato per la terapia dell'incontinenza fecale	Sì	<p>Dopo terapie conservative e/o chirurgiche (inclusa la riabilitazione) senza successo.</p> <p>Indicazione, esecuzione, garanzia della qualità e controlli successivi secondo le direttive neuromodulazione sacra della «Swiss Society for Sacral Neuromodulation (SSSNM)» del <del>9 aprile 2020</del> <b>30 settembre 2021</b><sup>12</sup>.</p> <p>Indicazione e interventi (impianto degli elettrodi e del neuromodulatore) <del>sele</del> <b>solo sotto la responsabilità da parte</b> di medici specialisti in chirurgia con formazione approfondita in chirurgia viscerale (programma di perfezionamento del 1° gennaio 2020<sup>13</sup>) <b>o medici specialisti in chirurgia con diploma europeo in coloproctologia (EBSQ Coloproctology)</b>.</p> <p>Esecuzione in centri che per organizzazione e personale soddisfano le direttive della «SSSNM» del <del>9 aprile 2020</del> <b>30 settembre 2021</b><sup>14</sup>. 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/ <b>1.7.2022</b>

<sup>10</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

<sup>11</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

<sup>12</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

<sup>13</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

<sup>14</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

## 2 Medicina interna

### 2.1 Medicina interna generale e varia

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
...			
Terapia dell'obesità	Sì	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <del>Eccedenza rispetto al peso ideale del 20 per cento o più.</del> Sovrappeso (indice di massa corporea [IMC] <math>\geq 30</math> kg/m<sup>2</sup>).</li> <li>- <del>Malattia concomitante che può essere proficuamente influenzata da una riduzione di peso.</del> Sovrappeso (IMC <math>\geq 25</math> kg/m<sup>2</sup>) e malattia conseguente che può essere influenzata da una riduzione di peso.</li> </ul>	7.3.1974/ 1.7.2022
...			
Terapia endovascolare della disfunzione erettile vascolare: <ul style="list-style-type: none"> <li>- rivascularizzazione endovascolare delle arterie afferenti del pene;</li> <li>- terapia di embolizzazione endovascolare delle vene efferenti del pene.</li> </ul>	Sì	In valutazione Alle condizioni seguenti (adempite cumulativamente): <ul style="list-style-type: none"> <li>- mancata risposta a sostanze vasoattive o se queste sono controindicate;</li> <li>- previa esclusione di cause urologiche e ormonali;</li> <li>- 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);</li> <li>- accertamento ed esecuzione da parte di medici specialisti in angiologia con formazione complementare «Angiologia interventistica (SSA)» del 1° gennaio 2022<sup>15</sup><del>in competenza per esami e interventi terapeutici a dosi intense in angiologia (USSMV, programma del 1° gennaio 2001, riveduto il 13 gennaio 2004)</del> o da medici specialisti in radiologia; con esperienza in tecniche di radiologia interventistica o da medici specialisti in chirurgia vascolare con esperienza in tecniche endovascolari.</li> <li>- disponibilità della documentazione dei fattori di rischio cardiovascolari e degli approcci terapeutici trattamento;</li> </ul> Partecipazione al registro di valutazione «SwissPOWER». I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	1.1.2022/ 1.7.2022 fino al 31.12.2025

15

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	Rimunerazioni e obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
...			
<p>Terapia cellulare CAR-T (CAR = recettore chimerico per l'antigene) con/in caso di:</p>	Sì	<p>La terapia comprende il complesso terapeutico che consiste in: prelievo di cellule autologhe T (afèresi), 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>», 6ª edizione del marzo 2015, 6.1ª edizione del febbraio 2017, 7ª edizione del marzo 2018 o 8ª 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>	1.1.2020/ 1.1.2022
<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:</p> <p>I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p>	1.1.2020 fino al 31.12.2022
<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:</p> <p>I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.</p>	1.1.2020 fino al 31.12.2022

<b>Brexucabtagene Autoleucel:</b> Per adulti con linfoma mantellare refrattario o recidivante, dopo almeno due linee terapeutiche, tra cui un inibitore della tirosin-chinasi di Bruton.	Sì	In valutazione: I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	1.7.2022 fino al 1.7.2027
---	----	---	---------------------------------

## 6 Oftalmologia

Provvedimento	Rimunerazione e obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
...			
Cross linking della cornea (CXL) in caso di cheratocono <b>progressivo</b>	<del>No</del> Sì	Indicazione e esecuzione da medici specialisti in oftalmologia con formazione approfondita in chirurgia oftalmologica ( <i>Weiterbildungsprogramm vom 1. Juli 2014, revidiert am 3. Juli 2019<sup>16</sup></i> )	1.8.2008/ 1.7.2022

## 7 Otorinolaringologia

Provvedimento	Rimunerazione e obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
...			
Impianto cocleare	Sì	I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. Indicazione ed esecuzione secondo le «Richtlinien für Cochlea-Implantat-Versorgung und Nachbetreuung» del gruppo di lavoro Impianti cocleari della Società Svizzera di Otorinolaringologia e Chirurgia Cervico-facciale (SSORL) del 7 marzo 2018 <sup>17</sup> . <del>Nei centri seguenti: Hôpital Cantonal Universitaire di Ginevra, Ospedali universitari di Basilea, Berna e Zurigo, Ospedale cantonale di Lucerna.</del> L'allenamento uditivo dispensato nel centro è parte integrante della terapia.	1.4.1994/ 1.7.2002/ 1.1.2004/ 1.7.2020/ 1.7.2022

<sup>16</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

<sup>17</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)



## 9 Radiologia, radio-oncologia / radioterapia e medicina nucleare

### 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	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: - 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. I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	1.7.2022 fino al 31.12.2024
...			

### 9.3 Radio oncologia / radioterapia

Provvedimento	Rimunerazione e obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
...			
Irradiazione terapeutica con protoni	Sì	Esecuzione presso l'Istituto Paul Scherrer, Villigen. I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia.	
...			
Iniezione di idrogel di glicole polietilenico	No	Come distanziatore tra la prostata e il retto durante l'irradiazione della prostata	1.7.2012/ 1.7.2014/ 1.7.2022
...			

## 9.4 Medicina nucleare

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
...			
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 <del>9 febbraio 2024</del> del 10 dicembre 2021<sup>18</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>19</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/ 1.1.2022/ 1.7.2022</p>
...			

## 11 Riabilitazione

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
...			
Riabilitazione di pazienti affetti da malattie cardiovascolari o da diabete	Sì	<p>I costi sono assunti soltanto previa garanzia speciale dell'assicuratore il quale tiene conto della raccomandazione del medico di fiducia. La riabilitazione in caso di malattia occlusiva arteriosa periferica e di diabete, quale diagnosi principale, è praticata ambulatorialmente. La riabilitazione cardiaca può essere praticata ambulatorialmente o stazionariamente. I seguenti fattori inducono a optare per una riabilitazione stazionaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– accresciuto rischio cardiaco</li> <li>– diminuzione della funzione del miocardio</li> <li>– comorbilità (diabetes mellitus, COPD, ecc.).</li> </ul> <p>Il programma di riabilitazione ambulatoriale può durare da due a sei mesi, a dipendenza dell'intensità dell'offerta di trattamento.</p> <p>Di regola la durata del trattamento ospedaliero è di quattro settimane ma può essere ridotta a due o tre settimane nei casi meno complessi.</p>	<p>12.5.1977/ 1.1.1997/ 1.1.2000/ 1.1.2003/ 1.1.2009/ 1.7.2009/ 1.1.2010/ 1.7.2011/ 1.1.2013</p>

<sup>18</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

<sup>19</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

Provvedimento	Rimunerazione obbligatoria	Condizioni	Decisione valida a partire dal
		<p>La riabilitazione è praticata in un istituto sotto direzione medica, con programma personale e infrastrutture che soddisfano le seguenti direttive:</p> <p>Riabilitazione cardiaca: profilo di esigenze del Gruppo di lavoro per la riabilitazione cardiaca. Società svizzera di cardiologia (SSC) per le cliniche e gli istituti di riabilitazione ufficialmente riconosciuti dalla SSC del 15 marzo 2011<sup>20</sup>.</p> <p>Riabilitazione in caso di malattia occlusiva arteriosa periferica: profilo delle esigenze della Società svizzera d'angiologia del 5 marzo 2009<sup>21</sup>.</p> <p>Riabilitazione in caso di diabete: profilo delle esigenze della Società svizzera di endocrinologia e di diabetologia del 17 novembre 2010<sup>22</sup>.</p>	
...			

<sup>20</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

<sup>21</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)

<sup>22</sup> Il documento può essere consultato al seguente indirizzo Internet: [www.ufsp.admin.ch/rif](http://www.ufsp.admin.ch/rif)