

REPUBBLICA ITALIANA  
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE  
Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica  
Servizio 4 "Programmazione Ospedaliera"

Prot./n. 48898

Palermo, 13.06.2019

Oggetto: Test di Genetica Medica e appropriatezza prescrittiva – Chiarimenti alla Circolare n. 4 del 13.03.2019 – Nuovo Modello di dichiarazione di effettuazione consulenza pre-test

Alle Aziende Sanitarie Provinciali,  
Aziende Ospedaliere, ARNAS,  
Aziende Ospedaliero-Universitarie  
Policlinici, IRCCS pubblici e privati,  
Ospedali Classificati della Regione Siciliana  
Fondazioni

All'AIOP Regionale

All'Ordine dei Medici

Alla FIMMG

Alla FIMP

Al Centro Regionale di Qualità dei Laboratori

Ai Laboratori privati accreditati

LORO SEDI

A seguito dell'emanazione della Circolare Assessoriale n. 4 del 13 marzo 2019 recante "Test di Genetica Medica e appropriatezza prescrittiva" sono pervenute alcune richieste di chiarimento in ordine al numero di codice regionale da inserire nel Modello di dichiarazione di effettuazione di consulenza pre-test, allegato alla Circolare, e se tale Modello debba utilizzarsi all'atto della richiesta di esecuzione di specifici test genetici, in particolare quelli somatici.

Per quanto concerne il numero del codice regionale previsto dal suddetto modello, considerato che le strutture private accreditate non dispongono di ricettario SSN, tutte le figure professionali deputate a compilare il modello dovranno apporre il numero di iscrizione all'Ordine dei Medici (OMCEO).

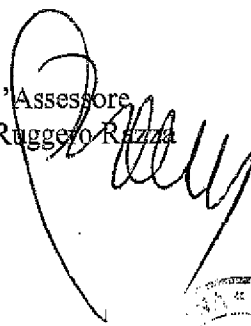
Per quanto riguarda invece le richieste di effettuazione di determinati test genetici, l'obbligatorietà dell'utilizzo del modello è riferita esclusivamente alla richiesta di test genetici costituzionali e non per quelli somatici.

Alla luce di quanto sopra si allega il nuovo Modello da utilizzare che sostituisce integralmente quello allegato alla Circolare n. 4 del 13.03.2019.

Resta fermo quant'altro previsto dalla suddetta Circolare n. 4/2019

Tutti i destinatari in indirizzo hanno il compito di dare massima divulgazione della presente e di assicurare il controllo di quanto prescritto.

L'Assessore  
Avv. Ruggero Rizza



REPUBBLICA ITALIANA

Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE

### Modello dichiarazione di effettuazione consulenza pre-test

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ medico  
genetista/specialista di branca \_\_\_\_\_, numero di  
iscrizione all'OMCEO \_\_\_\_\_; affermo, sotto la mia responsabilità, di aver fornito in  
data \_\_\_\_\_ a/la Sig.re/ra \_\_\_\_\_  
consulenza genetica/specialistica di branca \_\_\_\_\_ su  
scopi, procedure, accuratezza, implicazioni dei risultati, aspetti incidentali, limiti e vantaggi  
dell'indagine genetica costituzionale in conformità al PDTA "Consulenza Genetica"(Suppl.  
ord. n. 2 alla GURS n. 39 del 25-9-2015).

Luogo e data \_\_\_\_\_

**Firma e timbro dello specialista**