



CONSIGLIO  
REGIONALE  
DEL LAZIO

**PROPOSTA DI LEGGE REGIONALE CONCERNENTE:**

**“MISURE PER IL POTENZIAMENTO DELLO SCREENING DI POPOLAZIONE  
SUL TUMORE MAMMARIO E ISTITUZIONE DEL PROGRAMMA DI  
VALUTAZIONE DEL RISCHIO PER PAZIENTI E FAMIGLIE CON MUTAZIONI  
GENICHE GERMINALI”**

**di iniziativa della consigliera**

**Eleonora Mattia**

Firmato digitalmente da:  
Eleonora Mattia  
Data: 13/10/2023 11:36:50

## RELAZIONE

Il carcinoma della mammella è il tumore più frequentemente diagnosticato nelle donne in Italia. Tra i fattori di rischio: età, fattori riproduttivi, fattori ormonali, fattori dietetici e metabolici, pregressa radioterapia a livello toracico, precedenti displasie o neoplasie mammarie, familiarità ed ereditarietà.

Nel 6-7% dei casi il tumore alla mammella si presenta metastatico già alla diagnosi. Grazie ai progressi diagnostico-terapeutici, alla disponibilità di nuovi farmaci antitumorali, alle migliori terapie di supporto e alla migliore integrazione delle terapie sistemiche con le terapie locali, la sopravvivenza globale delle pazienti con malattia metastatica (circa 37.000 oggi in Italia) è notevolmente aumentata.

Si stima che una donna su otto/nove si ammalerà nell'arco della sua vita, con il 5-10 per cento d'origine ereditaria.

Grazie allo screening e alla maggior consapevolezza delle donne, la maggior parte dei tumori maligni mammari è diagnosticata in fase iniziale quando il trattamento chirurgico può essere più spesso conservativo e la terapia adottata più efficace permettendo di ottenere sopravvivenze a 5 anni molto elevate.

È grazie al programma di screening che ogni anno la sanità laziale salva la vita di tante cittadine, garantendo cure appropriate e tempestive, a tutto vantaggio delle pazienti e dell'organizzazione del sistema sanitario. Il coinvolgimento attivo e sistematico di tutta la popolazione in età giudicata a rischio di insorgenza tumori, che deve essere adeguatamente informata sui benefici e i possibili rischi al fine di una partecipazione consapevole e volontaria, è uno dei requisiti fondamentali per il successo di un programma di screening gratuito durante l'intero percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale.

Sia nel caso di tumori sporadici che eredo-familiari, la diagnosi precoce e i programmi di sorveglianza clinico-strumentale aiutano a risparmiare vite umane, in considerazione - innanzitutto - di adeguate terapie in grado di aumentare sempre più le aspettative di vita.

Attualmente nel Lazio lo screening è assicurato ogni due anni alle donne nella fascia d'età 50-69 su invito della ASL, alle donne nella fascia d'età 70-74 mediante chiamate delle interessate al numero verde delle ASL, alle donne nella fascia d'età 45-49 su impegnativa del medico curante,

mentre la fascia d'età 40-44 non viene in alcun modo considerata, nonostante nella stessa le percentuali d'incidenza di malattia risultino altamente significative.

Seguendo le indicazioni del Piano Nazionale della Prevenzione, basate sui più recenti dati epidemiologici, diverse Regioni hanno esteso o stanno estendendo lo screening anche alle donne più giovani o più anziane, dai 45 ai 74 anni, con possibilità di includere nei programmi di screening anche le donne dai 40 ai 44 in caso di rischi di familiarità.

Con questa proposta di legge, anche la Regione Lazio intende seguire la strada delle Regioni più virtuose, indicata già come obiettivo strategico nel Programma Regionale di Prevenzione 2021-2025 di cui alla DGR 970 del 21/12/2021 (obiettivo strategico MO1OS20), il quale indica altresì tra le linee strategiche altresì l'implementazione di percorsi diagnostico terapeutici, integrati con i programmi di screening in essere, per donne ad alto rischio di cancro alla mammella per mutazioni genetiche di BRCA1 e BRCA (linea strategica MO1LSq).

Con l'articolo 1 sono esplicitate le finalità della presente proposta di legge, consistenti nel potenziamento del programma di screening di popolazione per la diagnosi precoce del tumore della mammella, nonché nell'istituzione del programma di valutazione del rischio per tumore della mammella e dell'ovaio in pazienti con mutazioni di geni.

Il Capo I è dedicato al primo dei due obiettivi.

L'articolo 2 estende lo screening biennale su invito della ASL alle donne fino a 74 anni, mentre per quelle di età compresa tra i 45 e i 49 anni l'invito sarà recapitato ogni anno. Viene inoltre individuata un'ulteriore fascia di età, che va dai 40 ai 44 anni, per la quale si rimette ai medici di medicina generale la prima valutazione del rischio nelle donne con familiarità, demandando però ai centri senologici la decisione definitiva sull'opportunità di ammetterle anticipatamente al programma di screening. In caso affermativo, anche queste donne effettueranno ogni anno una mammografia fino al raggiungimento del cinquantesimo anno di età.

L'articolo 3 introduce l'obbligo di invitare allo screening tutte le donne aventi diritto, di fissare le date dello screening imposto ai centri di senologia e la sanzione per le donne che disertano l'appuntamento concordato senza fornire valida giustificazione.

L'articolo 4 rinvia alla disposizione del decreto legislativo 502 del 1992, a norma del quale "L'accertamento da parte della regione del mancato conseguimento degli obiettivi di salute e

assistenziali costituisce per il direttore generale grave inadempimento contrattuale e comporta la decadenza automatica dello stesso”.

Il Capo II disciplina il programma di valutazione del rischio per tumore della mammella e dell'ovaio in pazienti con mutazioni di geni, che prevede la gratuità dei test genetici per le donne sane a rischio di tumore per sospetta causa eredo-familiare oppure a rischio per una predisposizione accertata di tipo familiare, assegnandole, in caso di positività, ad un programma gratuito di sorveglianza intensiva clinico-strumentale, sempre sotto la gestione dei centri senologici.

In particolare, con l'articolo 5 è istituito il programma di Consulenza Genetica Oncologica - CGO assicurato a tutte le persone affette da tumore della mammella e dell'ovaio o a rischio per una predisposizione di tipo familiare, allo scopo di programmare eventuali misure di sorveglianza clinica e strumentale, nel rispetto delle linee guida nazionali e internazionali.

Centri di CGO sono i Centri senologici - Breast Unit, i cui responsabili definiscono i criteri d'accesso alla CGO, le modalità di contatto dell'utente e dei suoi familiari, i criteri diagnostici per le diverse fasce di rischio e per l'accesso a eventuali test genetici, le caratteristiche dei test genetici offerti, i Laboratori di riferimento nell'ambito del Servizio sanitario regionale e i tempi e le modalità di esecuzione delle eventuali misure di sorveglianza.

A norma dell'articolo 6, la CGO è prevista per persone con storia personale e familiare di tumore.

L'articolo 7 chiarisce che il test genetico è una fase eventuale del programma di CGO.

L'articolo 8 disciplina la modalità di esecuzione del test genetico BRCA1 e BRCA2, ovvero esteso, in casi particolari stabiliti dallo specialista richiedente e sulla base dell'evoluzione delle conoscenze scientifiche, a pannelli di geni implicati in particolari forme tumorali eredo-familiari.

L'articolo 9 disciplina il contenuto del referto e le sue conseguenze, in termini di ulteriori verifiche in caso di esito incerto.

L'articolo 10 disciplina l'esito del programma di CGO, prevedendo che, nel caso di accertamento della mutazione genetica, i centri di screening mammografico e cervicale provvedono all'esecuzione del programma di sorveglianza clinico strumentale e alla prescrizione delle relative prestazioni, normate dall'articolo 11.

Il Capo III reca le norme transitorie e finali della proposta di legge.

In particolare, l'articolo 12 dispone in merito alla data di applicazione ed esecuzione delle disposizioni di cui all'articolo 2, relative al programma di screening, alle relative fasce di età e alla sua periodicità.

L'articolo 13 istituisce il codice di esenzione – D99 per le persone con storia familiare di tumore.

L'articolo 14 autorizza la Giunta regionale a modificare i criteri e le modalità di accesso e svolgimento della CGO sulla base di valutazioni motivate susseguenti alla sua prima applicazione.

Con l'articolo 15 viene indicata la clausola di neutralità finanziaria, sul presupposto che il percorso di screening per la prevenzione del carcinoma della mammella, ivi compreso l'invito attivo sia per la chiamata iniziale che per eventuali approfondimenti, si configura come livello essenziale di assistenza (LEA) ai sensi dell'allegato 1 (Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica) al D.P.C.M. 12 gennaio 2017 (Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502). Tanto più se si considera che l'aumento della estensione dei programmi di screening oncologico alla popolazione target è contemplato negli obiettivi strategici del Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025, oltre ad essere già indicato come obiettivo strategico nel Programma Regionale di Prevenzione 2021-2025 di cui alla deliberazione della Giunta regionale 970 del 21/12/2021 (obiettivo strategico MO1OS20), il quale indica tra le linee strategiche altresì l'implementazione di percorsi diagnostico terapeutici, integrati con i programmi di screening in essere, per donne ad alto rischio di cancro alla mammella per mutazioni genetiche di BRCA1 e BRCA (linea strategica MO1LSq).

L'articolo 16, infine, disciplina l'entrata in vigore della legge.

## **Art. 1**

*(Finalità)*

1. Le presenti disposizioni sono finalizzate a potenziare il programma di screening di popolazione per la diagnosi precoce del tumore della mammella, attraverso l'integrazione e la modifica delle disposizioni amministrative vigenti, nel rispetto della normativa statale e del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001 (Definizione dei livelli essenziali di assistenza), del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 (Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502) e del decreto ministeriale 22 luglio 1996 (Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e relative tariffe), e alla prevenzione primaria, diagnosi precoce e programmi di sorveglianza clinica e strumentale delle forme eredo-familiari del tumore della mammella e dell'ovaio.

**CAPO I**  
**MISURE DI POTENZIAMENTO DELLO SCREENING DI POPOLAZIONE SU**  
**TUMORE DELLA MAMMELLA**

**Art. 2**

*(Programma di screening, fasce d'età e periodicità)*

1. Il programma di screening di popolazione per la diagnosi precoce del tumore alla mammella è rivolto a tutta la popolazione femminile con età compresa tra quarantacinque e settantaquattro anni, attraverso un test di classificazione rivolto a distinguere le persone sospette di malattia, eseguito sulla base d'inviti equiparati per natura giuridica alle prenotazioni ordinarie per le prestazioni diagnostiche a richiesta, inviati dalla Azienda Sanitaria Locale (ASL) di riferimento territoriale all'intera popolazione interessata, nel rispetto della propria organizzazione e delle modalità previste dagli atti normativi e amministrativi vigenti.
2. Il test di classificazione di cui al comma 1 è ripetuto ogni anno per la fascia d'età compresa tra quarantacinque e quarantanove anni e ogni due anni per la fascia d'età compresa tra cinquanta e settantaquattro anni.
3. L'esecuzione del test comporta la contestuale prenotazione a data fissa del test successivo, secondo la periodicità prevista dal comma 2.
4. Per la fascia d'età compresa tra quaranta e quarantaquattro anni, i medici di medicina generale analizzano, previo consenso formale, la storia familiare dei propri assistiti per la prima valutazione del rischio e in caso risulti la necessità di approfondimento inviano al Centro senologico - Breast Unit territorialmente competente la proposta di valutazione ulteriore, al fine dell'eventuale ammissione anticipata nel programma ordinario di screening e secondo le modalità utilizzate per la fascia d'età compresa tra quarantacinque e quarantanove anni. Il mancato consenso alla valutazione del rischio è sempre revocabile.

### **Art. 3**

#### *(Invio degli inviti)*

1. La struttura di riferimento della ASL territorialmente competente invia tempestivamente a tutta la popolazione interessata l'invito all'esecuzione del test, fatte salve le esclusioni previste dalle disposizioni amministrative vigenti.
2. Nella lettera d'invito di cui al comma 1 sono indicate la data, l'ora e il centro d'esecuzione della prestazione, e ogni elemento utile a consentire il contatto anche in forma telematica.
3. Entro e non oltre quindici giorni dal ricevimento dell'invito o dalla prenotazione ai sensi dell'articolo 2, comma 3, è possibile rifiutare formalmente la sottoposizione al test. Il rifiuto non esclude l'invio dell'invito nell'annualità successiva, salvo il rifiuto espresso al ricevimento degli inviti successivi.
4. Salvo documentata richiesta presentata per motivi di salute o gravi motivi familiari, che determina il diritto a ottenere una nuova prenotazione in tempo ragionevole e comunque entro e non oltre sessanta giorni dall'appuntamento rinviato, in caso di mancata presentazione nella data fissata per il test con la lettera invito di cui all'articolo 2, comma 1, o con la modalità di cui all'articolo 2, comma 3, la ASL territorialmente competente irroga la sanzione pecuniaria prevista per le mancate disdette; la sanzione è revocata qualora nel termine fissato per il pagamento sia presentata al centro di riferimento la documentazione attestante l'avvenuta esecuzione del test. L'esecuzione del test eseguito al di fuori del programma organizzato e la presentazione della documentazione d'attestazione comporta l'inserimento nel programma di screening periodico in base alla classe d'età di riferimento.
5. La sanzione prevista dal comma 4 non si applica qualora ricorrano le circostanze di giustificazione previste dalle regole ordinarie vigenti di gestione delle prenotazioni.



#### **Art. 4**

*(Obiettivi e conseguenze per il mancato raggiungimento)*

1. Il mancato raggiungimento degli obiettivi di salute, di estensione totale degli inviti alla popolazione target e di programmazione a data fissa per l'esecuzione dei test successivi al primo, è valutato ai sensi dell'articolo 3 bis, comma 7 bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421).

## CAPO II

### PROGRAMMA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO PER TUMORE DELLA MAMMELLA E DELL'OVAIO IN PAZIENTI CON MUTAZIONE DI GENI

#### Art. 5

*(Consulenza Genetica Oncologica - CGO)*

1. Al fine di realizzare percorsi di prevenzione primaria e diagnosi precoce per le forme ereditarie del tumore della mammella e dell'ovaio, è istituito il programma di Consulenza Genetica Oncologica (CGO).
2. La CGO è assicurata a tutte le persone a rischio di tumore della mammella e dell'ovaio sospette di causa eredo-familiare o a tutte le persone sane a rischio per una predisposizione accertata di tipo familiare, allo scopo di programmare eventuali misure di sorveglianza clinica e strumentale, nel rispetto delle linee guida nazionali e internazionali.
3. L'adesione all'intero programma o a parti variabili di esso avviene sulla base di consenso informato ed è assicurata in ogni momento la possibilità di revocarlo o il diritto di non conoscere l'esito.
4. I Centri di CGO sono organizzati all'interno dei Centri senologici – Breast Unit così come individuati dagli atti amministrativi regionali vigenti. Sulla base delle esigenze del territorio potranno essere individuati ulteriori Centri per la erogazione della CGO, sempre in stretto raccordo con il Centro senologico - Breast Unit di riferimento di quel territorio.
5. Il responsabile del Centro senologico - Breast Unit prende atto del programma di consulenza e dei criteri d'accesso alla CGO, definendo le modalità di contatto del paziente con i Centri di Genetica clinica di riferimento. Il Centro di Genetica clinica, nel rispetto delle linee guida vigenti, definisce i criteri diagnostici per le diverse fasce di rischio e per l'accesso a eventuali test genetici, le caratteristiche dei test genetici offerti, i laboratori di riferimento nell'ambito del Servizio sanitario regionale e i tempi e le modalità di esecuzione delle eventuali misure di sorveglianza.
6. Il responsabile del Laboratorio di riferimento di cui al comma 5 provvede ad adottare, entro 30 giorni dall'entrata in vigore della presente legge e sentito il parere obbligatorio e vincolante del responsabile del Centro, un protocollo operativo, contenente anche regole di rivalutazione delle varianti di significato incerto

## **Art. 6**

### *(Criterio di avvio del programma di CGO)*

1. La CGO è avviata, nel rispetto dei criteri indicati dai commi 2, 3 e 4, dai medici di medicina generale, dai medici dei centri di screening mammografico e ginecologico, dai medici dei consultori, dagli specialisti genetisti, ginecologi, senologi e oncologi del Servizio sanitario regionale e dalla persona interessata.
2. Per persone con storia personale di tumore, i criteri di avvio del programma sono:
  - a) maschio con carcinoma mammario;
  - b) donna con carcinoma mammario di età inferiore a 36 anni;
  - c) donna con carcinoma mammario bilaterale di età inferiore a 50 anni;
  - d) donna con carcinoma mammario di età inferiore a 50 anni e con storia familiare di un parente con carcinoma mammario insorto in età inferiore a 50 anni, con carcinoma ovarico, con carcinoma mammario bilaterale e carcinoma mammario maschile;
  - e) donna con storia familiare di carcinoma mammario e ovarico in almeno 2 parenti;
  - f) donna con carcinoma mammario "triplo negativo" e con età inferiore a 60 anni;
  - g) donna con storia familiare di carcinoma esocrino del pancreas in almeno 2 parenti;
  - h) donna con carcinoma ovarico-tuba-primitivo del peritoneo;
  - i) persona con carcinoma esocrino del pancreas e storia familiare di carcinoma della mammella o dell'ovaio o esocrino del pancreas in almeno due parenti.
3. Per persone con storia familiare di tumore, i criteri di avvio del programma sono:
  - a) persone con parenti rientranti nel comma 2;
  - b) persone con precedente identificazione in famiglia di una mutazione ereditaria in un gene predisponente;
  - c) persone con storia familiare oncologica legata a casi di carcinoma mammario e modelli complicati di tumori multipli insorti in giovane età.
4. I parenti di cui alle lettere d), e), g) e i) del comma 2 devono essere di primo grado tra loro e almeno uno in primo grado con il soggetto proposto in CGO. Per il lato paterno della parentela vanno considerati anche i parenti di secondo grado.

## **Art. 7**

*(Accesso al test genetico)*

1. Il test genetico è una fase eventuale del programma di CGO, avviata sottoponendo alla persona interessata la proposta avanzata dal responsabile genetista del Centro competente, corredandola di tutti gli elementi necessari a renderla facilmente comprensibile, anche con riferimento ai limiti e all'interpretazione dei risultati, così da rendere possibile una scelta libera e consapevole.

## **Art. 8**

### *(Esecuzione del test genetico)*

1. L'esecuzione del test genetico è avviata con il prelievo di sangue periferico della persona ammessa con diagnosi o con storia familiare di tumore, oppure con mutazione nota in ambito familiare, finalizzato all'analisi nel DNA estratto dei geni candidati BRCA1 e BRCA2. In assenza di mutazione nota familiare, il test deve comprendere sia l'analisi di sequenza che quella di riarrangiamenti genici, utilizzando le tecniche a più elevata sensibilità e specificità.
2. In casi particolari stabiliti dallo specialista richiedente e sulla base dell'evoluzione delle conoscenze scientifiche, il test potrà essere esteso a pannelli di geni implicati in particolari forme tumorali eredo-familiari.

## **Art. 9**

### *(Referto del test)*

1. La classificazione delle varianti identificate deve seguire criteri internazionali e il referto deve contenere informazioni interpretative rispetto al quesito posto e con riferimento ai diversi gradi di classificazione del rischio patogenetico.
2. Ogni Laboratorio provvederà, sulla base del protocollo di cui all'articolo 5, comma 6, a comunicare allo specialista genetista richiedente l'eventuale e successiva riclassificazione delle varianti di significato incerto o sconosciuto in varianti patogenetiche o di scarso significato clinico.
3. Qualora il significato delle varianti, anche a seguito del procedimento di riclassificazione di cui al comma 2, dovesse restare incerto o sconosciuto, lo specialista genetista richiedente potrà valutare l'opportunità di segnalare la variante ed estendere il test, al solo scopo di chiarire il ruolo biologico della stessa, ad altri membri della famiglia.

## **Art. 10**

*(Esito del programma di CGO)*

1. Al termine del programma di CGO è discussa e redatta una scheda clinica in cui si evidenzia la stima del rischio genetico, incluso il risultato del test genetico eventualmente eseguito, la stima del rischio di tumore moderato, alto non su base genetica, alto genetico equivalente e alto genetico accertato, e le opzioni di sorveglianza e riduzione del rischio relative alla fascia di età considerata.
2. Qualora reputato necessario, alle persone con rischio di tumore alto genetico equivalente o accertato deve essere assicurata la presa in carico del Centro e della equipe multidisciplinare di riferimento. Nell'atto di cui all'articolo 5, comma 5, sono definite le modalità della presa in carico.

## **Art. 11**

### *(Programma di sorveglianza)*

1. Nel caso di accertamento della mutazione genetica, i centri di screening mammografico e cervicale provvedono all'esecuzione del programma di sorveglianza clinico-strumentale e alla prescrizione delle relative prestazioni, nel rispetto di massima del seguente screening mammario, ovarico e prostatico:
  - a) superiore a venticinque anni: anamnesi senologica personale, familiare ed ecografia mammaria ogni sei mesi;
  - b) donne da venticinque a ventinove anni d'età: anamnesi senologica personale, familiare ed ecografia mammaria ogni sei mesi; risonanza magnetica mammaria ogni anno;
  - c) donne da trenta a cinquanta anni d'età: anamnesi senologica personale, familiare ed ecografia mammaria ogni sei mesi; mammografia e risonanza magnetica mammaria ogni anno;
  - d) donne da trentacinque anni d'età: visita ginecologica, ecografia transvaginale e dosaggio del Ca125 ogni sei mesi;
  - e) uomini da trentacinque a settantaquattro anni d'età: valutazione senologica annuale;
  - f) uomini da quaranta anni d'età: monitoraggio del PSA con intervallo stabilito dal centro screening;
  - g) donna da cinquanta a settantaquattro anni d'età: anamnesi senologica personale, familiare ed ecografia mammaria ogni sei mesi; mammografia ogni anno e risonanza magnetica ogni anno in caso di seno denso;
  - h) donne da settantacinque anni d'età: sorveglianza strumentale da stabilirsi caso per caso;
  - i) uomini da settantacinque anni d'età: sorveglianza strumentale da stabilirsi caso per caso.
2. La sorveglianza di cui al comma 1 può essere avviata, sulla base di valutazione del centro di screening:
  - a) prima del compimento dei venticinque anni d'età, qualora nella storia familiare siano accertati casi di carcinoma mammario prima dei venticinque anni d'età;
  - b) a partire dal compimento dei diciotto anni d'età, qualora nella storia familiare siano accertati casi di carcinoma mammario prima dei venticinque anni d'età.



**CAPO III**  
**NORME TRANSITORIE E FINALI**

**Art. 12**

*(Applicazione ed esecuzione dell'articolo 2)*

1. La disposizione dell'articolo 2, comma 3, si applica a tutti i test effettuati dopo l'entrata in vigore della presente legge.
2. Al fine dell'esecuzione dell'articolo 2, comma 4, i responsabili dei Centri senologici – Breast Unit adottano, entro trenta giorni dall'entrata in vigore delle presenti norme, un atto d'indirizzo operativo rivolto ai medici di medicina generale operanti nel territorio di riferimento. In caso di mancata adozione provvede, entro i successivi quindici giorni, il Direttore sanitario dell'Azienda sanitaria territorialmente competente.
3. In sede di prima applicazione dell'articolo 2, comma 4, e dopo l'adempimento di cui al comma 2, i medici di medicina generale analizzano la storia familiare degli assistiti ricadenti nella relativa fascia d'età e inviano le proprie proposte di valutazione al Centro di riferimento, entro e non oltre i novanta giorni successivi.

### **Art. 13**

*(Istituzione del codice di esenzione - D99)*

1. La CGO e l'eventuale test genetico per le persone di cui all'articolo 6, comma 3, nonché per gli eventuali programmi di sorveglianza di cui all'articolo 11, sono disposti con il codice di esenzione D99, per prestazione “Test genetico mirato” e prescrizione “Probando sano a rischio familiare”.

## **Art. 14**

*(Norma finale)*

1. La Giunta regionale può provvedere con propria deliberazione, previo parere della commissione consiliare competente, a modificare i criteri e le modalità di accesso e svolgimento della CGO così come previsti dalle presenti disposizioni, sulla base di motivate valutazioni susseguenti alla sua prima applicazione, ovvero qualora alcune disposizioni previste dovessero interferire con l'utilizzo delle migliori metodologie standardizzate oggetto di protocolli operativi nazionali e internazionali.
2. Le competenze previste dalla presente legge in capo ai medici di medicina generale sono attribuite ai medesimi previa concertazione con le organizzazioni sindacali di categoria e compatibilmente con il vigente accordo collettivo nazionale.

**Art. 15**

*(Disposizioni finanziarie)*

1. La presente legge non comporta oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale.

**Art. 16**

*(Entrata in vigore)*

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione sul Bollettino ufficiale della Regione.