ASL 3 GENOVESE

Distretto n° 5
Val Bisagno - Valtrebbia
Prot. n° 211
Genova, li 4/4/16

www.asl3.liguria.it

**DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE**
**E ATTIVITA' DISTRETTUALI**
**S.C. Cure Primarie**
**Via G. Maggio, 6**
**16147 Genova**

Ai Direttori
Distretti Sociosanitari 8-9-10-11-12-13

E p. c.

Alla Dott.ssa M.E. Nerva
Dirigente Responsabile
Ufficio stampa e della Comunicazione

LORO SEDI

Genova li - 4 APR. 2016
Prot. n° ID. 46679308
Rif. Prot /anno

Oggetto : **Designazione Fiduciario ai sensi del regolamento regionale 9 aprile 2014, n. 2 modificato dal regolamento regionale 25 marzo 2015 n. 2 - art. 8 l.r. 52/2009.**

Si trasmette, per opportuna conoscenza e per quanto di competenza, il Regolamento di cui all'oggetto e l'allegato modulo predisposto dalla Regione Liguria con il quale il paziente ricoverato può nominare un Suo fiduciario al quale gli operatori sanitari possano riferire informazioni relative al Suo stato di salute.

Cordiali saluti

Il Direttore S.C. Cure Primarie
(Dottor Lorenzo Bistolfi)

# REGOLAMENTO REGIONALE 9 APRILE 2014 N. 2

**Regolamento regionale di attuazione dell'articolo 8 della legge regionale 10 novembre 2009 n. 52 (Norme contro le discriminazioni determinate dall'orientamento sessuale o dall'identità di genere).**

(Bollettino Ufficiale n. 5, del 16.04.2014 )

## *Art. 1*
## *(Ambito di applicazione)*

1. Il presente Regolamento è emanato in attuazione dell'articolo 8 della legge regionale 10 novembre 2009, n. 52 (Norme contro le discriminazioni determinate dall'orientamento sessuale o dall'identità di genere) e nel rispetto degli articoli 7 e 9 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali).

2. Ciascuno ha il diritto, purché abbia raggiunto la maggiore età, di designare, in aggiunta agli aventi diritto ai sensi di legge, una persona maggiorenne e capace di intendere e volere a cui gli operatori sanitari devono riferirsi per comunicare le informazioni relative allo stato di salute del paziente, qualora l'interessato versi in condizioni di incapacità naturale o di pericolo di un grave pregiudizio alla sua salute o alla sua integrità fisica.

3. Nel caso di ricovero ospedaliero in strutture pubbliche o private è fatto l'obbligo agli operatori sanitari di verificare l'avvenuta manifestazione della dichiarazione di cui al comma 2 e di darvi attuazione.

4. La manifestazione di volontà di cui al comma 2 garantisce altresì alla persona designata di accedere per prestare assistenza e sostegno psicologico al malato in ogni fase della degenza, nel rispetto delle modalità definite dai regolamenti delle strutture di ricovero e cura.

## *Art. 2*
## *(Forma della designazione del fiduciario)*

1. La designazione del fiduciario di cui al comma 2 dell'articolo 1 deve essere redatta in forma scritta, su modulistica predisposta dalla Regione, con atto avente data certa e firma dell'interessato.

2. Il fiduciario, che deve essere maggiorenne e capace di intendere e di volere, deve sottoscrivere per accettazione l'atto di nomina di cui al comma 1.

3. L'atto di designazione del fiduciario è ricevuto dal medico di medicina generale che lo conserva tra i suoi atti e lo trascrive nel Fascicolo Sanitario Elettronico personale del designante, previsto dall'articolo 12 del decreto legge 18 ottobre 2012, n. 179 (Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese) convertito nella legge 17 dicembre 2012, n. 221.

4. La designazione può essere revocata o modificata in ogni momento dal soggetto interessato.

## *Art. 3*
## *(Effetti della designazione)*

1. L'interessato, qualora non abbia proceduto alla designazione di un fiduciario con le forme previste dall'articolo 2, può procedere alla designazione scritta dello stesso direttamente nella struttura ospedaliera o di cura.

2. Dell'avvenuta ricezione è data ricevuta scritta al paziente e al fiduciario, se nominato.

3. La nomina del fiduciario di cui all'articolo 1, comma 2, qualora resa sia nelle forme dell'articolo 2 che in quelle previste dal comma 1 del presente articolo, è allegata, in caso di ricovero ospedaliero, alla cartella clinica ed è vincolante per i sanitari.

4. Il fiduciario, cui sono attribuite la titolarità, in caso di incapacità dell'interessato, dei diritti e delle facoltà che a questi competono ai sensi del presente regolamento nonché la tutela del rispetto da parte dei sanitari delle direttive espresse dallo stesso interessato, agisce in conformità alle volontà del paziente.

## *Art. 4*
## *(Attività di pubblicizzazione e informazione)*

1. La Regione e le Aziende Sanitarie Locali ciascuno per le proprie competenze, si attivano affinché le disposizioni del presente regolamento siano pubblicizzate in tutto il territorio regionale, nelle forme ritenute più opportune.

2. L'informazione sulle disposizioni del presente regolamento è, altresì, assicurata prevedendo la diffusione sui siti istituzionali della Regione Liguria e delle Aziende Sanitarie Locali.

## *Art. 5*
## *(Privacy)*

1. Nell'ambito dell'applicazione del presente regolamento deve essere garantita la tutela della privacy degli utenti di cui al d. lgs 196/2003.

## *Art. 6*
## *(Norma transitoria)*

1. In attesa dell'attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico Personale di cui all'articolo 3 la designazione del fiduciario di cui all'articolo 2, potrà essere trascritta sul libretto sanitario.

ALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE
N. _____

# DESIGNAZIONE DI UN FIDUCIARIO

**AI SENSI DEL REGOLAMENTO REGIONALE 9 APRILE 2014 N. 2 " Regolamento regionale di attuazione dell'articolo 8 della legge regionale 10 novembre 2009 n. 52 *(Norme contro le discriminazioni determinate dall'orientamento sessuale o dall'identità di genere)*"**

Io sottoscritto/a..... nato/a a .....il....., residente in.....via.....n..... codice fiscale.....;
nel pieno possesso delle mie facoltà, ai sensi dell'art. 1 del "*Regolamento Regionale 9 Aprile 2014 N. 2*",

**NOMINO**

mio **fiduciario,** il/la **sig./sig.ra**....., che agisce in conformità alle mie volontà, autorizzando gli operatori sanitari a riferire allo/a stesso/a ogni informazione relativa al mio stato di salute.

Data_____

Firma

_____

**Per accettazione della nomina, il fiduciario**

Data_____

Firma

_____

***Si comunica che i dati saranno trattati nel rispetto degli articoli 7 e 8 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali).***