



Regione Siciliana  
Azienda Sanitaria Provinciale di  
**AGRIGENTO**

DELIBERAZIONE COMMISSARIO STRAORDINARIO N. 469 DEL 05/03/2024

**OGGETTO:** Adozione Procedura Aziendale Segnalazione Eventi Sentinella/Avversi/Near Miss. Incident Reporting. Scheda segnalazione Eventi Sentinella/Avversi. Revisione Delibera N. 490 del 21-11-2017.

STRUTTURA PROPONENTE: U.O.S. Gestione del Rischio Clinico , della Qualità Aziendale C.U.R. e C.U.P.	
PROPOSTA N. <u>501</u> DEL <u>04/03/2024</u>	
IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO <i>[Signature]</i> Dott. Paolo Consiglio	IL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA <i>[Signature]</i> Dott. Girolamo Maurizio Galletto

IL DIRETTORE  
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO  
Dr. Beatrice Salvaggio

VISTO CONTABILE	
Si attesta la copertura finanziaria: ( ) come da prospetto allegato ( ALL. N. _____ ) che è parte integrante della presente delibera.	
( ) Autorizzazione n. _____ del _____ C.E. / C.P. _____	
IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO <i>[Signature]</i> Sig.ra Siracusa Maria ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	IL DIRETTORE UOC SEF e P. <i>[Signature]</i>

RICEVUTA DALL'UFFICIO ATTI DELIBERATIVI IN DATA 05 MAR 2024

L'anno duemilaventiquattro il giorno CINQUE del mese di MARZO nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

**IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

Dott. Giuseppe Capodiecì , nominato con Decreto Assessoriale n. 1/2024/Gab del 31/01/2024 , acquisito il parere del Direttore Sanitario , dott. Emanuele Cassarà , nominato con Delibera n. 376 del 22/02/2023 e s.m.i. , con l'assistenza del Segretario verbalizzante DOTT. SSA TERESA CINQUE adotta la presente delibera sulla base della proposta di seguito riportata.

## PROPOSTA

**Il Dirigente Responsabile della U.O.S. Gestione del Rischio Clinico, Qualità Aziendale , della C.U.R. e del C.U.P. in Staff alla Direzione Generale Dott. Girolamo Maurizio Galletto**

**Visto** l'Atto Aziendale di questa ASP, adottato con delibera n. 265 del 23/12/2019 ed approvato con D.A. n. 478 del 04/06/2020, di cui si è preso atto con Delibera n. 880 del 10/06/2020;

**Visto** l'Atto Deliberativo n. 490 del 21-11-2017 Modifica e aggiornamento Delibera n. 7843 del 30 Novembre 2012. " Documento segnalazione Eventi avversi/near miss ;

**Vista** la necessità di aggiornare il documento di cui sopra , con le modifiche ed integrazioni avvenute negli anni e rendere il documento attuale alle necessità Aziendali;

**Preso** Atto del Documento " Adozione Procedura Aziendale Segnalazione Eventi Sentinella/Avversi/Near Miss. Incident Reporting. Scheda segnalazione Eventi Sentinella/Avversi. Revisione Delibera N. 490 del 21-11-2017 ";

**Stante** la necessità di questa Azienda di munirsi dell'apposito documento " Adozione Procedura Aziendale Segnalazione Eventi Sentinella/Avversi/Near Miss . Incident Reporting. Scheda segnalazione Eventi Sentinella/Avversi . Revisione Delibera n. 490 del 21-11-2017 " ;

## PROPONE

Per le motivazioni espresse in premessa che si intendono qui riportate:

**Adottare** il documento " Adozione Procedura Aziendale Segnalazione Eventi Sentinella/Avversi/Near Miss. Incident Reporting . Scheda segnalazione Eventi Sentinella/Avversi. Revisione Delibera n. 490 del 21—11-2017 " ;

**Che l'esecuzione** della deliberazione verrà curata dalla U.O.S. Gestione del Rischio Clinico e della Qualità Aziendale , C.U.R. e C.U.P. in Staff alla Direzione Generale;

**Di munire** la deliberazione della clausola di immediata esecuzione, per le motivazioni di seguito specificate: necessità di attivare prontamente la procedura aggiornata.

**Attesta**, altresì, che la presente proposta, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è legittima e pienamente conforme alla normativa che disciplina la fattispecie trattata.

**Il Dirigente Responsabile della U.O.S. Gestione del Rischio Clinico , della Qualità Aziendale , della C.U.R. e del C.U.P.**  
**Dott. Girolamo Maurizio Galletto**

**SULLA SUPERIORE PROPOSTA VIENE ESPRESSO**

Parere

Data

*favorabile*

*05/03/24*

**Il Direttore Sanitario**  
Dott. Emanuele Cassara

*Emanuele Cassara*

**IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

**Vista** la superiore proposta di deliberazione, formulata dal dott. Girolamo Maurizio Galletto Dirigente Responsabile della U.O.S. Gestione del Rischio Clinico , della Qualità Aziendale , della C.U.R. e del C.U.P. che, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, ne ha attestato la legittimità e la piena conformità alla normativa che disciplina la fattispecie trattata;

**Ritenuto** di condividere il contenuto della medesima proposta;

**Tenuto** conto del parere espresso dal Direttore Sanitario;

**DELIBERA**

di approvare la superiore proposta, che qui si intende integralmente riportata e trascritta, per come sopra formulata e sottoscritta dal dott. Girolamo Maurizio Galletto , Dirigente Responsabile della U.O.S. Gestione del Rischio Clinico , della Qualità Aziendale della C.U.R. e del C.U.P.

**IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

Dott. Giuseppe Capodieci

*Giuseppe Capodieci*

**Il Segretario verbalizzante**

IL COLLABORATORE AMM.VO TPO

"Ufficio Studi e Controllo di Gestione"

Dott.ssa Teresa Cinque

*Teresa Cinque*





<p>Tipo di Ricovero</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ programmato</li> <li>○ urgente</li> <li>○ TSO</li> <li>○ ricovero programmato con pre-ricovero</li> </ul>		
<p>Tipo di prestazione</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ prestazione ambulatoriale</li> <li>○ prestazione in urgenza</li> <li>○ intervento chirurgico</li> </ul>		
<p><b>Breve Descrizione dell'Evento</b> <i>(che cosa è successo?)</i></p>		
<p><b>Tipo di evento:</b>  (classificare l'evento indicando una delle tipologie proposte)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ procedura diagnostica</li> <li>○ procedura terapeutica</li> <li>○ procedura chirurgica</li> <li>○ prescrizione/somministrazione/ reazione da farmaci</li> <li>○ prestazione assistenziale</li> <li>○ procedura anestesiologicala</li> <li>○ caduta</li> <li>○ autolesione</li> <li>○ parto</li> <li>○ lesione da inadeguata postura/decubito</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ evento legato a somministrazione di sangue</li> <li>○ infezione</li> <li>○ intossicazione alimentare</li> <li>○ non corretta identificazione di paziente/lato sede</li> <li>○ maltrattamento</li> <li>○ perdita/rottura di protesi</li> <li>○ malfunzionamento di dispositivo/apparecchiatura</li> <li>○ informazione e consenso</li> <li>○ erroneo utilizzo apparecchiatura/dispositivo medico</li> </ul>



Servizio Sanitario Nazionale  
 Regione Siciliana  
 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento  
 P. Iva e C.F. 02570930848

**STAFF DIREZIONE GENERALE**  
**U.O.S. GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E DELLA QUALITA'**  
 0922407296/367  
 Dirigente Responsabile Dott. G. Maurizio Galletto

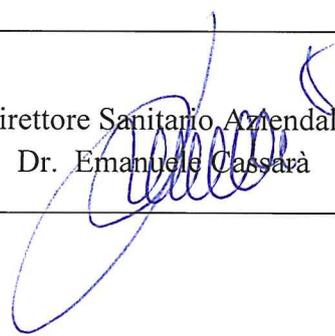
**“SCHEDA SEGNALAZIONI EVENTI SENTINELLA / AVVERSI”**

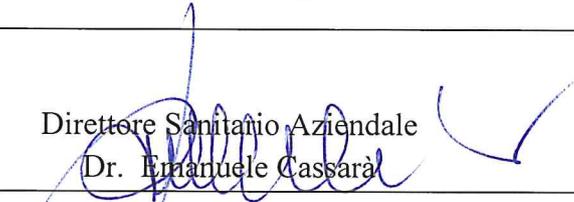
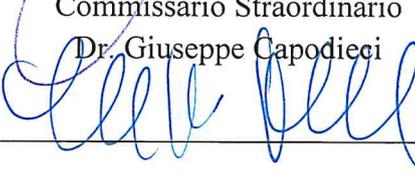
Possibili cause dell'evento	Fattori legati al paziente	Fattori legati al personale	Fattori strutturali/organizzativi	
(è possibile indicare più di una risposta)	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> condizioni precarie</li> <li><input type="checkbox"/> non cosciente/disorien.</li> <li><input type="checkbox"/> poca /mancata autonomia</li> <li><input type="checkbox"/> barriere linguistiche/culturali</li> <li><input type="checkbox"/> mancata adesione programma terap</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> difficoltà nel seguire le procedure</li> <li><input type="checkbox"/> inadeguate conoscenze/esperienza</li> <li><input type="checkbox"/> fatica/stress</li> <li><input type="checkbox"/> regola non seguita</li> <li><input type="checkbox"/> mancata/inesatta lettura documentazione</li> <li><input type="checkbox"/> mancata supervisione</li> <li><input type="checkbox"/> scarso lavoro di gruppo</li> <li><input type="checkbox"/> non verifica preventiva apparecchiatura</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> staff inadeguato/insufficiente</li> <li><input type="checkbox"/> insufficiente addestramento</li> <li><input type="checkbox"/> gruppo nuovo/inesperto</li> <li><input type="checkbox"/> elevato turn-over</li> <li><input type="checkbox"/> scarsa continuità assistenza</li> <li><input type="checkbox"/> procedura inesistente/ambigua</li> <li><input type="checkbox"/> insuccesso nel far rispettare procedura/protocollo</li> <li><input type="checkbox"/> mancato coordinamento</li> <li><input type="checkbox"/> mancata/inadeguata comunicazione</li> <li><input type="checkbox"/> mancanza/inadeguata manutenzione attrezzature</li> <li><input type="checkbox"/> mancanza/inadeguatezza materiale di consumo</li> <li><input type="checkbox"/> ambiente inadeguato</li> </ul>	
Fattori che possono aver ridotto l'esito	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> individuazione precoce</li> <li><input type="checkbox"/> buona assistenza</li> <li><input type="checkbox"/> buona pianificazione/protocollo</li> <li><input type="checkbox"/> fortuna</li> </ul>			
A seguito dell'evento è stato necessario eseguire indagini o prestazioni sanitarie?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Esami di laboratorio <input type="checkbox"/></li> <li>Esami radiologici <input type="checkbox"/></li> <li>ECG <input type="checkbox"/></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Visita medica <input type="checkbox"/></li> <li>Consulenza special. <input type="checkbox"/></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medicazioni <input type="checkbox"/></li> <li>Intervento CH <input type="checkbox"/></li> <li>Ricovero ord. <input type="checkbox"/></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ricovero in T.I. <input type="checkbox"/></li> <li>Trasferimento <input type="checkbox"/></li> </ul>
Come si poteva prevenire l'evento? (specificare)				
L'evento è documentato in cartella clinica? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Il paziente è stato informato dell'evento? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				

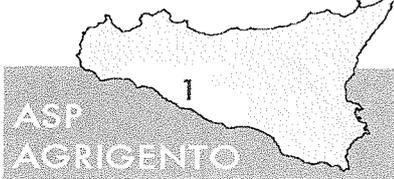
Firma (facoltativa).....

	<p style="text-align: center;"> <b>Servizio Sanitario Nazionale</b>  <b>Regione Siciliana</b>  <i>Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento</i>  P. Iva e C.F. 02570930848  <b>STAFF DIREZIONE GENERALE</b>  <b>U.O.S. GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E DELLA QUALITA'</b>  <b>C.U.R. CABINA UNICA DI REGIA</b>  <b>CUP CENTRO UNICO PRENOTAZIONI</b>  0922407296/367 </p>
---	---

**Segnalazione Eventi Avversi/Eventi Sentinella/Near Miss**  
**Procedura Incident Reporting**  
**Modalità operative**

Rev.	Data	Redatta	Valutata
1	01-03-2024	Dr. G. Maurizio Galletto 	Direttore Sanitario Aziendale Dr. Emanuele Cassarà 

Approvata da	Direttore Sanitario Aziendale Dr. Emanuele Cassarà 
	Commissario Straordinario Dr. Giuseppe Capodieci 

	<p style="text-align: center;"> <b>Servizio Sanitario Nazionale</b>  <b>Regione Siciliana</b>  <i>Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento</i>  P. Iva e C.F. 02570930848  <b>STAFF DIREZIONE GENERALE</b>  <b>U.O.S. GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E DELLA QUALITA'</b>  <b>C.U.R. CABINA UNICA DI REGIA</b>  <b>CUP CENTRO UNICO PRENOTAZIONI</b>  0922407296/367 </p>

### Segnalazione eventi sentinella Modalità Operative

La segnalazione deve essere effettuata da ogni operatore coinvolto o da chi viene a conoscenza di un E.A./E.S./EVENTO MANCATO alla U.O.S. Rischio Clinico e alla Direzione Sanitaria Aziendale attraverso una scheda di segnalazione definita e che costituisce parte integrante della procedura aziendale.

In relazione alla gravità dell'evento il Risk Manager deve inviare, entro 5 giorni, comunicazione dell'accaduto al Servizio Legale Settore Assicurativo per l'apertura cautelativa del sinistro.

Nel più breve tempo possibile deve essere avviata la procedura di comunicazione con il paziente e/o familiari.

Il Direttore dell'U.O.S. di Risk Management deve avviare immediatamente un'indagine interna ( Audit ) per stabilire se l'evento avverso soddisfa i criteri per essere definito evento sentinella.

Se, dall'indagine interna, emerge che l'evento avverso è conseguente ad errore (attivo o latente) e che può avere provocato un grave danno deve segnalare l'E.S. al Ministero secondo le modalità previste.

La segnalazione avviene, **al momento del verificarsi dell'evento o dell'avvenuta conoscenza dello stesso**, attraverso la compilazione della “ **SCHEDA A: SEGNALAZIONE DELL'EVENTO SENTINELLA**”.

Quindi vengono raccolte e analizzate tutte le informazioni necessarie al fine di comprendere i fattori e le cause che hanno contribuito e determinato il verificarsi dell'evento utilizzando le metodologie di analisi disponibili in letteratura.

Come da raccomandazione ministeriale, entro **45 giorni solari** dall'evento, deve essere inviata la “**SCHEDA B: ANALISI DELLE CAUSE E DEI FATTORI CONTRIBUENTI E PIANO D'AZIONE**”.

#### **METODOLOGIE DI ANALISI:**

- 1) **ROOT CAUSE ANALYSIS (R.C.A.):** riservata ad eventi di particolare complessità serve ad identificare le cause e i fattori che hanno contribuito al manifestarsi dell' E.A./E.S. permettendo di mettere in atto azioni utili a contrastare il ripetersi di tali eventi e di sviluppare raccomandazioni per l'implementazione sistematica delle azioni preventive.
- 2) **AUDIT CLINICO (A.C.):** applicata dai professionisti è finalizzata alla valutazione della pratica clinica rispetto a criteri espliciti di riferimento (evidence based practice, linee guida e raccomandazioni, best practices di altri ospedali), per identificare gli scostamenti rispetto a

standard conosciuti, individuare gli indicatori, attuare le opportunità di cambiamento e monitorare l'impatto delle misure di miglioramento introdotte. L' Audit Clinico, dovrebbe diventare una pratica diffusa di valutazione delle attività, per cui sarebbe necessaria una formazione estesa a tutti gli operatori.

- 3) SIGNIFICANT EVENT AUDIT (S.E.A.): si focalizza su particolari eventi significativi, sia positivi che negativi, analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure individuando i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri.

Il S.E.A., di minore complessità rispetto alla R.C.A. può essere applicato anche a livello territoriale.

- 4) METODOLOGIE DI ANALISI PIU' SEMPLICI: **Briefing, discussione casi, focus group** e altri che presuppongono un minor impiego di risorse, tempo e competenze.

In seguito all'analisi delle cause e dei fattori devono essere proposte alla Direzione Strategica Aziendale le azioni correttive elaborando un programma di azione e implementazione indicando: tempi di attuazione, responsabilità e indicatori di monitoraggio. Le informazioni derivanti dall'analisi delle segnalazioni debbono essere restituite ai servizi interessati.

Inoltre occorre redigere un report annuale contenente: tipologia dell'informazione, ambito, numero di segnalazioni, tipologia di analisi effettuate, azioni implementate al fine di individuare e trasferire le buone pratiche eventualmente emerse.

#### **COMUNICAZIONE DELL'EVENTO**

La comunicazione di un E.A./E.S. al paziente e/o ai parenti deve essere chiara, onesta e trasparente e gli operatori sanitari ne hanno la responsabilità etica in ogni momento del processo assistenziale.

La comunicazione al paziente/famiglia deve essere fatta preferibilmente dal personale sanitario di riferimento. Solo in un secondo momento può essere predisposto un colloquio con il direttore della struttura sanitaria, con il personale aziendale appositamente formato per la mediazione trasformativa, con il Risk Manager.

Durante il colloquio deve essere garantita assoluta riservatezza e tranquillità e la comunicazione deve avvenire, compatibilmente con la gestione delle condizioni sanitarie del paziente, il prima possibile.

Devono essere riferiti solo gli elementi accertati, tralasciando conclusioni premature e attribuzioni di colpa e responsabilità ad altri componenti dell'equipe.

È necessario non sovraccaricare di informazioni né banalizzare eccessivamente, lasciando al paziente/famiglia il tempo necessario per assimilare le informazioni ricevute, non sollecitando immediate risposte.

Il colloquio deve essere annotato in cartella clinica e deve essere programmato un incontro successivo per fornire ulteriori informazioni riguardanti sia la continuazione delle cure sia la eventuale richiesta di risarcimento.

#### **COINVOLGIMENTO OPERATORI SANITARI**

L'analisi di un E.A./E.S. dovrebbe costituire un'occasione di apprendimento essendo fondamentale il mantenimento di un clima di ragionevole "tranquillità" all'interno dell'equipe per evitare che gli operatori sanitari coinvolti diventino la "seconda vittima" provando sentimenti di colpa e vergogna, di svalutazione ed inferiorità nei confronti degli altri componenti dell'equipe e preoccupazione per la propria reputazione professionale.

Deve essere assolutamente evitata la ricerca di un "capro espiatorio" a cui attribuire la totale responsabilità dell'evento. La gestione delle procedure relative all'evento non deve essere a totale carico dell'operatore coinvolto ma deve riguardare l'intera equipe.

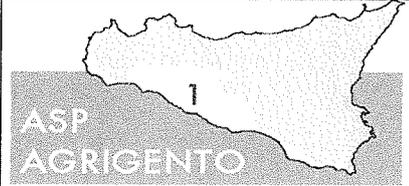
Contestualmente al piano di comunicazione interna la modalità di comunicazione di un evento avverso all'esterno, assimilabile ad una comunicazione di crisi, è uno strumento chiave per mantenere la fiducia dei cittadini nel sistema sanitario e, come tale, deve essere gestito da personale con specifiche competenze quale l'Ufficio Comunicazione/Ufficio Stampa.

L'informazione deve essere tempestiva, chiara, coerente con le informazioni veicolate all'interno della struttura sanitaria evitando "vuoti di informazione", omissioni, incoerenze e ambiguità.

Deve essere individuato un unico portavoce, rappresentante della struttura, che interagisce in maniera ufficiale con l'esterno gestendo il processo informativo.

Nel programmare il processo comunicativo dell'evento è necessario individuare tutti gli interlocutori esterni, (mass-media), adattando la tipologia della comunicazione sul target individuato.

Raccolte le informazioni disponibili sull'evento avverso e concordati con i responsabili delle strutture sanitarie coinvolte i contenuti da diffondere, il portavoce designato ed il responsabile della Comunicazione aziendale individuano le modalità comunicative più idonee al singolo evento (comunicati stampa, conferenze stampa, interviste, etc). In ogni caso la comunicazione dell'evento avverso dovrà contenere una descrizione chiara e l'esatta cronologia dei fatti avvenuti, priva di commenti e colpevolizzazioni. Nella comunicazione si deve percepire onestà, partecipazione, assunzione di responsabilità ed impegno nella gestione della indagine, assicurando la massima trasparenza e la volontà dell'amministrazione di tutelare il diritto alla salute del singolo e della comunità. Andranno inoltre esplicitate le azioni intraprese e l'eventuale costituzione di una task force interna per condurre un'analisi dell'accaduto.

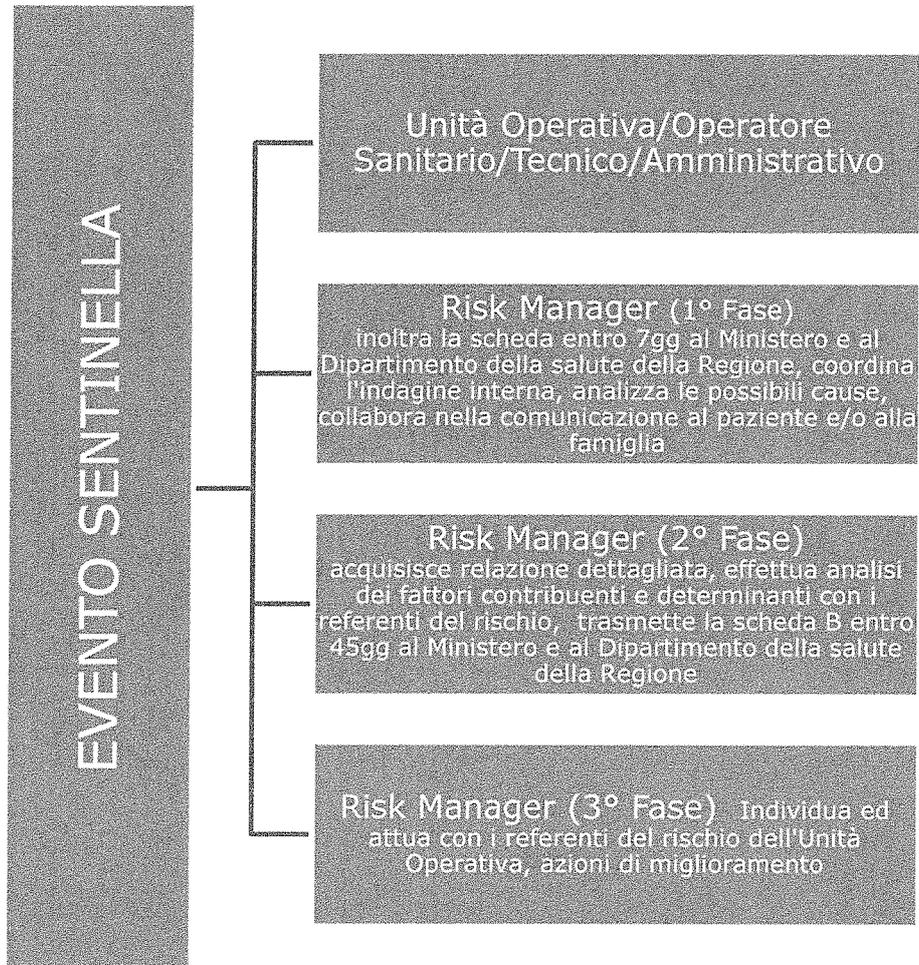
	<p style="text-align: center;"> <b>Servizio Sanitario Nazionale</b>  <b>Regione Siciliana</b>  <i>Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento</i>  P. Iva e C.F. 02570930848  <b>STAFF DIREZIONE GENERALE</b>  <b>U.O.S. GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E DELLA QUALITA'</b>  <b>C.U.R. CABINA UNICA DI REGIA</b>  <b>CUP CENTRO UNICO PRENOTAZIONI</b>  0922407296/367 </p>

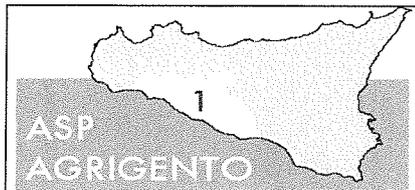
### Matrice di Responsabilità

Attività/Responsabilità	Operatore Sanitario/Tecnico/ Amministrativo	Responsabile/Direttore U.O./Servizio/Funzione/Dipartimento	Referente Richio Clinico	Direzione Sanitaria	Risk Manager
Segnalazione dell'evento	R	R	R	C	C
Segnalazione dell'evento sentinella	R	R	R	C	C
Elaborazione Piani di Miglioramento	C	R	C	R	R
Monitoraggio Piani di Miglioramento	C	R	R	R	R
Gestione Flusso Simes					R

**Legenda: R (Responsabile); C (Collabora)**

## FLOWCHART



	<p style="text-align: center;"><b>Servizio Sanitario Nazionale</b>  <b>Regione Siciliana</b>  <i>Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento</i>  P. Iva e C.F. 02570930848  <b>STAFF DIREZIONE GENERALE</b>  <b>U.O.S. GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E DELLA QUALITA'</b>  <b>C.U.R. CABINA UNICA DI REGIA</b>  <b>CUP CENTRO UNICO PRENOTAZIONI</b>  0922407296/367</p>

**- Contenuto della Scheda**

La scheda di segnalazione, allegata al presente documento, è anonima (la firma del redattore è facoltativa) ed è composta da tre parti che devono essere compilate dall'operatore che intende segnalare un Near Miss o un Evento Avverso o un errore di terapia.

Per facilitare la compilazione l'operatore deve apporre una crocetta nell'apposita casella presente nei campi e compilare per esteso, solo dove richiesto.

**La scheda è costituita da tre parti così esplicitate:**

1. *Prima Parte:*

Presidio Ospedaliero, U.O. di appartenenza, qualifica dell'Operatore che segnala;  
Generalità del paziente e n. cartella clinica o scheda nosologica  
Data, ora e luogo in cui si è verificato l'evento e data di nascita  
Descrizione dell'evento

2. *Seconda Parte:*

Possibili fattori (condizioni del paziente, problemi del personale e del sistema) che hanno contribuito al suo accadimento, fattori che hanno minimizzato l'esito, azioni che lo avrebbero potuto prevenire.  
Suggerimenti per eventuali azioni preventive

3. *Terza Parte:*

Fattori che potevano prevenire o diminuire la gravità dell'evento  
Indagini o erogazione di prestazioni, a seguito del verificarsi dell'evento  
Documentazione dell'evento in cartella  
Informazione al paziente ed ai suoi familiari  
Suggerimenti/osservazioni

## **Lista di distribuzione**

Direttori Presidi Ospedalieri con obbligo di massima diffusione

Direttori Dipartimenti con obbligo di massima diffusione

Direttori UU.OO. con obbligo di massima diffusione

Servizio Infermieristico del P.O. di pertinenza con obbligo di massima diffusione



## PUBBLICAZIONE

Si dichiara che la presente deliberazione, a cura dell'incaricato, è stata pubblicata in forma digitale all'albo pretorio on line dell'ASP di Agrigento, ai sensi e per gli effetti dell'art. 53, comma 2, della L.R. n.30 del 03/11/93 e dell'art. 32 della Legge n. 69 del 18/06/09 e s.m.i., dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

L'Incaricato

Il Funzionario Delegato  
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le  
Sig.ra Sabrina Terrasi

Notificata al Collegio Sindacale il \_\_\_\_\_ con nota prot. n. \_\_\_\_\_

### DELIBERA SOGGETTA AL CONTROLLO

Dell'Assessorato Regionale della Salute ex L.R. n. 5/09 trasmessa in data \_\_\_\_\_ prot. n. \_\_\_\_\_

#### SI ATTESTA

Che l'Assessorato Regionale della Salute:

- Ha pronunciato l'approvazione con provvedimento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- Ha pronunciato l'annullamento con provvedimento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

come da allegato.

Delibera divenuta esecutiva per decorrenza del termine previsto dall'art. 16 della L.R. n. 5/09 dal \_\_\_\_\_

### DELIBERA NON SOGGETTA AL CONTROLLO

- Esecutiva ai sensi dell'art. 65 della L. R. n. 25/93, così come modificato dall'art. 53 della L.R. n. 30/93 s.m.i., per decorrenza del termine di 10 gg. di pubblicazione all'Albo, dal \_\_\_\_\_

X Immediatamente esecutiva dal **05 MAR 2024**

Agrigento, li **05 MAR 2024**

Il Referente Ufficio Atti deliberativi

Il Collaboratore Amm.vo Prof.le Il Coadiutore Amm.vo  
Sig.ra Sabrina Terrasi Sig. Domenico Alaimo

### REVOCA/ANNULLAMENTO/MODIFICA

- Revoca/annullamento in autotutela con provvedimento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- Modifica con provvedimento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Agrigento, li

Il Referente Ufficio Atti deliberativi  
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le  
Sig.ra Sabrina Terrasi