

Regione Siciliana  
Azienda Sanitaria Provinciale di  
**AGRIGENTO**

DELIBERAZIONE DIRETTORE GENERALE N. 1290 DEL 24 GIU 2025

OGGETTO: Accreditamento Istituzionale nota Prot. D.S.A. n. 80655 del 15-05-2025 . Requisito n. 10 . Linee Guida Gestione Reclami.

STRUTTURA PROPONENTE: U.O.S. Gestione del Rischio Clinico , della Qualità Aziendale C.U.R. e C.U.P.

PROPOSTA N. 1351 DEL 23/06/2025

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Dott. Paolo Consiglio

IL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

Dott. Girolamo Maurizio Galletto

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

*CP*  
IL RESPONSABILE  
DEL PROCEDIMENTO  
DOTT. PAOLO CONSIGLIO  
DOTT. PAOLO CONSIGLIO

IL DIRETTORE UOC SEF e P.

*Su*

RICEVUTA DALL'UFFICIO ATTI DELIBERATIVI IN DATA

23 GIU 2025

L'anno duemilaventicinque il giorno VENTIQUATTRO del mese di  
GIUGNO nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

**IL DIRETTORE GENERALE**

Dott. Giuseppe Capodieci , nominato con Decreto del Presidente della Regione Siciliana n. 310/Serv.1°/S.G. del 21-06-2024 , acquisito il parere del Direttore Amministrativo , dott.ssa Ersilia Riggi , nominata con delibera n. 60 del 14-01-2025 e del Direttore Sanitario , dott. Raffaele Elia , nominato con Delibera n. 415 del 02-09-2024 , con l'assistenza del Segretario verbalizzante MARIA GRAZIA CRESCESTE 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;**

**Premesso che l'Assessorato Regionale alla Salute ha avviato in tutte le Aziende Sanitarie il processo di accreditamento istituzionale;**

**Vista la nota della Direzione Sanitaria Aziendale prot. 80655 del 15-05-2025 " Accreditamento Istituzionale " con la quale sono individuate le strutture aziendali incaricate della stesura della documentazione richiesta dall'Assessorato alla Salute;**

**Visto il documento " Accreditamento Istituzionale Prot. n. 80655 . Requisito n. 10 . " Linee Guida Gestione Reclami " redatto dal Dott. Paolo Ferrara Dirigente Medico di Direzione Sanitaria e Referente Rischio Clinico e Qualità;**

**Atteso che tra i documenti da adottare il documento " Linee Guida Gestione Reclami. Requisito n. 10 " , soddisfa il requisito richiesto al punto 10 della nota della Direzione Sanitaria Aziendale prot. 80655 del 15-05-2025 Accreditamento Istituzionale " ;**

**Stante la necessità di questa Azienda di munirsi dell'apposito documento " Linee Guida Gestione Reclami . Requisito 10 . Nota della Direzione Sanitaria Aziendale prot. 80655 del 15-05-2025 Accreditamento Istituzionale " ;**

## PROPONE

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

**Approvare il documento " Linee Guida Gestione Reclami . Requisito 10. Accreditamento Istituzionale . Nota prot. 80655 del 15-05-2025 della Direzione Sanitaria Aziendale " ;**

**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: tempistica immediata della presa in carico del Documento per soddisfare la richiesta dell'Assessorato alla Salute per l'Accreditamento Istituzionale;**

**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.**

Dott. Girolamo Maurizio Galletto

Il Dirigente Responsabile della U.O.S. Gestione del Rischio Clinico , della Qualità Aziendale , della C.U.R. e del C.U.P.

## SULLA SUPERIORE PROPOSTA VENGONO ESPRESSI

Parere FAVORABILE  
Data 26/06/2025

Il Direttore Amministrativo

Dott.ssa Ersilia Riggio

Parere Favorabile  
Data 24/06/2025

Il Direttore Sanitario

Dott. Raffaele Elia

## IL DIRETTORE GENERALE

Vista la superiore proposta di deliberazione, formulata dal dott. Girolamo Maurizio Galletto Dirigente Responsabile della U.O.S. Gestione del Rischio Clinico, 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 Amministrativo e 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 C.U.R. e del C.U.P.

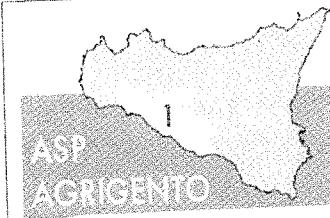
## IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Giuseppe Capodieci

Il Segretario verbalizzante

IL COLLABORATORE AMM.VO TPO  
"Uff Segreteria Dir. Generale e Collegio Sindacale"  
Maria Grazia Cremonese





SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE SICILIANA

Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

Viale Della Vittoria, 321 - 92100 AGRIGENTO

Direzione Strategica

Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

Direzione Sanitaria

Prot. Generale n. 00 80655

Data 15/05/2025

prot



Al Direttore del DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO

Al Responsabile UOS QUALITA' E RISCHIO CLINICO

Al Responsabile UOS FORMAZIONE

Al Responsabile UOS SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE

Al Responsabile UOS COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE

Al Responsabile del SISTEMA INFORMATICO AZIENDALE

Al dott. Alfonso CAVALERI, Direzione Sanitaria Aziendale

Al Responsabile UOS PSICOLOGIA

Al Direttore UOC PROVVEDITORATO

Al Direttore UOC CONTROLLO DI GESTIONE

**Oggetto: ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE**

Nella ricognizione della documentazione necessaria per il buon esito della procedura di accreditamento regionale dell'Azienda, sono emerse alcune criticità inerenti la evidenza documentale della presenza o meno di alcuni atti; e se - qualora esistenti - riguardo la conformità ai requisiti richiesti dall'Assessorato.

A tal proposito, si evidenzia che tale documentazione, per essere considerata valida ai fini della verifica di conformità devono:

- avere un'intestazione chiara
- individuare chiaramente il destinatario
- avere un contenuto coerente con quanto richiesto dall'evidenza
- recare una data e un numero di protocollo o di registrazione
- recare la firma dell'autore

Ciò premesso, le SS.LL. sono individuate quali responsabili della produzione della documentazione elencata in calce.

Pertanto, qualora essa fosse già acquisita, dovrà essere trasmessa alla dott.ssa Adriana Graceffa, Coordinatrice del Team, all'indirizzo mail [adriana.graceffa@aspag.it](mailto:adriana.graceffa@aspag.it) per il completamento del percorso di autorizzazione e accreditamento dell'Azienda entro e non oltre la data del 26 maggio p.v.

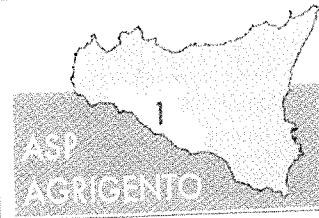
Qualora non presente, non reperibile o non rispondente ai requisiti richiesti, le SS.LL. provvederanno alla loro redazione, e/o integrazione, e/o aggiornamento secondo le necessità, in uno con le strutture aziendali ritenute deputate alla collaborazione entro il termine massimo del

Resta bene inteso che, in questo percorso individuato, la responsabilità della produzione del documento resta in capo alla UO indicata nella presente nota

Si elenca di seguito la documentazione ad oggi ritenuta critica:

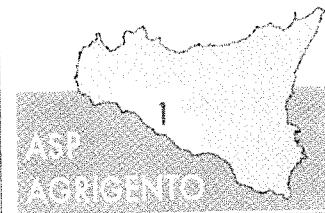
- 1) Procedura sistema informativo (modalità con cui è garantita l'integrità e la sicurezza dei dati; modalità di raccolta, conservazione e tracciamento dei dati; modalità di valutazione della qualità dei dati; modalità di diffusione e utilizzo delle informazioni da parte delle articolazioni organizzative aziendali);





- 2) Procedura valutazione e miglioramento qualità delle prestazioni e servizi erogati: esiste la procedura Piano Aziendale Gestione del Rischio Clinico e della Qualità – Triennio 2023/2025, ma bisogna integrare con il report delle attività messe in atto per il miglioramento della qualità del servizio, Analisi del contesto e/o dei risultati degli interventi già realizzati, Analisi dei punti di forza e delle criticità, definizione delle aree di intervento, metodi utilizzati o da utilizzare per la valutazione della qualità dei servizi e delle prestazioni; obiettivi e indicatori per il monitoraggio dei risultati delle azioni programmate;
- 3) Procedura piani di miglioramento della qualità dei servizi e delle prestazioni erogate a seguito dell'analisi dei disservizi con relativo report di monitoraggio dei piani di miglioramento;
- 4) Procedura accoglienza e formazione personale neoassunto o trasferito e report attività formazione;
- 5) Polizze assicurative in materia antinfonistica e DURC (documento unico regolarità contributiva);
- 6) Procedura valutazione del clima aziendale e soddisfazione del personale con indagini periodiche; report diffusi al personale e confronto sulle criticità emerse dalle indagini;
- 7) Report o procedura sistema di raccolta segnalazioni da parte del personale ed eventuali azioni di miglioramento;
- 8) Procedura di comunicazione esterna (con i cittadini) con lista di distribuzione al personale;
- 9) Carta dei servizi: pubblicazione sul sito, report;
- 10) Procedura Customer Satisfaction con relativo report;
- 11) Formazione personale a contatto con il pubblico: report /fascicoli personali;
- 12) Procedura Aziendale per la Gestione del Rischio orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambienti di lavoro (near miss, eventi avversi, eventi sentinella): esiste la procedura Aziendale adottata con delibera n. 469 del 05/03/2024, ma non risultano valorizzati i seguenti punti: la gestione delle emergenze sanitarie, la prevenzione e controllo delle ICA ; inoltre mancano i piani di intervento con le eventuali correzioni in caso di “near miss” e l'evidenza che il personale sia adeguatamente formato.
- 13) Procedura gestione documentale: redazione, approvazione e distribuzione dei documenti, controllo delle modifiche, disponibilità e sistema di archiviazione;
- 14) Report e piani di intervento per la valutazione della qualità del percorso di assistenza;
- 15) Procedura valutazione del percorso di cura da parte di pazienti e familiari;
- 16) Procedura, report o piani di intervento di attività di valutazione della qualità della documentazione sanitaria;
- 17) Procedura gestione del rischio ambientale e delle infrastrutture: DVR Aziendale nel quale però manca il programma per il monitoraggio dell'idoneità della struttura e la raccolta dei dati relativi ad incidenti, infortuni ed altri eventi a supporto della pianificazione della riduzione dei rischi (report, incontri periodici relativi alla gestione della sicurezza);
- 18) Procedura/report conoscenze acquisite esterno e condivisione tra operatori;
- 19) Procedura Job Description che definisce gli standard di competenza per posizione con report verifica periodica ECM;
- 20) Procedura attribuzione livelli di autonomia personale medico con relativa lista di distribuzione;
- 21) Procedura sulla comunicazione con pazienti e familiari;
- 22) Procedura coinvolgimento ascolto attivo di pazienti e familiari;
- 23) Report modalità di coinvolgimento dei pazienti e dei caregiver;
- 24) Procedura modalità di coinvolgimento dei pz ai processi di gestione del rischio clinico;
- 25) Procedura di programmazione acquisti di prodotti, attrezzature, e apparecchiature biomediche e dispositivi medici;
- 26) Procedura per l'uso sicuro appropriato ed economico delle apparecchiature biomediche sia sotto il profilo funzionale che tecnologico;





SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE SICILIANA

Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

Viale Della Vittoria, 321 - 92100 AGRIGENTO

Direzione Strategica

- 27) Procedura rilevazione fabbisogni emergenti e delle innovazioni tecnologiche e organizzative da implementare;
- 28) Report monitoraggio efficacia ed efficienza delle innovazioni introdotte;
- 29) Procedura modalità di integrazione assistenza, didattica e ricerca;
- 30) Procedura accoglienza pazienti e relative esigenze relative ad età, genere e a particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica e tenendo conto delle specificità di religione, etniche e linguistiche;
- 31) Documento di formazione di counseling tra professionisti sanitari, pazienti e loro familiari.
- 32) Procedura che semplifica gli adempimenti amministrativi per accesso agevolato alle prestazioni assistenziali, semplificando gli adempimenti amministrativi ed assicurando un'informazione tempestiva e trasparente, con particolare riferimento all'accesso alla documentazione sanitaria entro tempi predefiniti.

Si elencano di seguito le strutture individuate quali responsabili della produzione della documentazione:

**DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO:** Item 32

**UOS QUALITA' E RISCHIO CLINICO:** Item 2, 3, 6, 7, 9 (in collaborazione con la UO Comunicazione), 10, 12, 14 (in collaborazione con il Controllo di Gestione), 15, 16 (in collaborazione con il Controllo di Gestione), 20, 24 (in collaborazione con UOS Psicologia), 27 (in collaborazione con la Formazione), 30 Gestione)

**UOS FORMAZIONE:** Item 4, 11, 18, 29, 31 (in collaborazione con UOS Psicologia)

**UOS SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE:** Item 5, 17 (in collaborazione con la UOC Servizio Tecnico), 26 (in collaborazione con UOS Rischio Clinico)

**UOS COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE:** Item 1 (in collaborazione con i Sistemi Informatici Aziendali e con il Controllo di Gestione), 13, 8, 21 (in collaborazione con UOS Psicologia)

**DIREZIONE SANITARIA:** Item 19

**UOS PSICOLOGIA:** Item 22, 23

**UOC PROVVEDITORATO:** Item 25

**UOC CONTROLLO DI GESTIONE:** Item 28

dott.ssa Adriana GRACEFFA  
Coordinatrice del Team per il completamento  
del percorso di autorizzazione e accreditamento dell'Azienda

**IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO**

Dott.ssa *Silvia Raggi*

**IL DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE**

Dott. *Raffaele Elia*

**IL DIRETTORE GENERALE**

Dott. *Giuseppe Capodieci*





---

**LINEE GUIDA GESTIONE RECLAMI**

documento redatto il 16.06.2025 v.00

REDAZIONE	<p>Dott. Paolo Ferrara Dir. Medico Direzione Sanitaria e Referente Rischio Clinico e Qualità PO Sciacca</p> 
VERIFICA	<p>Dott. Maurizio Galletto Direttore UOS Rischio Clinico e Qualità ASP AG</p> 
APPROVAZIONE	<p>Dott. Raffaele Elia Direttore Sanitario Aziendale ASP AG</p> 

**STATO DELLE REVISIONI**

Rev. N.	SEZIONI REVISIONATE	MOTIVAZIONE DELLA REVISIONE	DATA
0	Prima stesura		16/6/2025



## INDICE

1. INTRODUZIONE.....	3
2. SCOPO .....	3
3. APPLICAZIONE.....	4
4. MATRICE DI RESPONSABILITA' .....	4
5. DESCRIZIONE DEL PROCESSO.....	5
6. PARAMETRI DI CONTROLLO.....	6
7. MODALITA' DI COMUNICAZIONE DELLA PROCEDURA.....	6
8. SCHEDA AREE DISAGIO.....	6
9. ALLEGATO 1.....	8



## 1. INTRODUZIONE

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) svolge funzioni di informazione, ascolto, accoglienza e risposta alle esigenze espresse dai cittadini. In particolare l'URP facilita il contatto dei cittadini con i servizi attraverso l'informazione sull'Azienda, sui servizi e sulle modalità di erogazione delle prestazioni, garantisce il diritto dei cittadini ad essere informati e ascoltati, a ricevere risposte chiare ed esaurienti, e promuove la semplificazione dei percorsi favorendo il ruolo attivo e la partecipazione al miglioramento dei servizi offerti.

L'URP raccoglie suggerimenti, osservazioni, proposte, reclami ed elogi. Le segnalazioni vengono tempestivamente prese in carico per contribuire alla risoluzione del problema manifestato dall'utenza e risultano utili per definire interventi di miglioramento della qualità. A tale scopo sono state redatte le Linee Guida per la Gestione dei reclami e delle segnalazioni, in particolare per rilevare e rispondere rapidamente alle situazioni di disagio e di insoddisfazione, nel rispetto dei principi di equità e trasparenza, in un'ottica di reciproca collaborazione tra cittadino e Azienda.

## 2. SCOPO

La procedura per la gestione dei reclami, segnalazioni, suggerimenti e apprezzamenti ha lo scopo di garantire la tutela dei cittadini descrivendo le modalità attraverso cui gli utenti possono esprimersi e richiedere una risposta ai loro bisogni, in modo chiaro, trasparente e tempestivo.

Rappresenta dunque uno strumento dell'organizzazione idoneo a:

- a) rilevare e rispondere rapidamente alle situazioni di disagio e insoddisfazione espresse dall'utente;
- b) consentire l'analisi delle espressioni e delle esigenze dell'utenza per contribuire al monitoraggio ed al miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate.



Affinché le segnalazioni possano veramente diventare uno strumento per l'attivazione di un percorso di miglioramento della qualità del servizio - e quindi per innescare riflessioni su quanto segnalato piuttosto che individuarne i responsabili - è necessario che la loro registrazione sia continua e completa, e che comprenda il maggior numero possibile di segnalazioni gestite informalmente/verbalmente e tutte quelle gestite formalmente.

### 3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura si applica a tutte le segnalazioni pervenute in qualsiasi forma in Azienda che, tramite l'Ufficio Relazioni con il Pubblico, si assume la responsabilità di rispondere e di chiarire la sua posizione, sempre e comunque, ad ogni segnalazione che non sia anonima o priva di un recapito.

### 4. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Funzione	Operatore U.R.P.	Resp.le U.R.P.	Resp.le U.O.
Attività			
Accoglienza utente all'URP	R		
Registrazione del reclamo	R		
Classificazione del reclamo	R		
Istruttoria	C	R	
Parere del Resp.le di U.O.			R
Risposta all'utente	C	R	
Reporting a UU.OO. , UOS Rischio Clinico e Qualità, D.S. di Presidio		R	

R = responsabile, C= coinvolto



## 5. DESCRIZIONE DEL PROCESSO

La procedura per la gestione dei reclami ha lo scopo di garantire la tutela dei cittadini descrivendo le modalità attraverso cui gli utenti possono esprimere insoddisfazione e richiedere una risposta ai loro bisogni, in modo chiaro, trasparente e tempestivo.

Attraverso un processo di gestione del sistema di raccolta dei reclami, l’Azienda rileva i problemi esistenti e può prevedere possibili azioni di miglioramento del servizio.

La struttura preposta all'accoglimento dei reclami è l'Ufficio Relazioni con il Pubblico. L'operatore dell'U.R.P. ha il compito di informare, dare consulenza, accogliere il reclamo e comunicare i tempi di risposta.

Provvederà, inoltre, a dare immediata risposta all'Utente in caso di segnalazioni risolvibili sulla scorta del proprio patrimonio informativo.

L'Utente può presentare reclamo per iscritto, sull'apposito modulo, telefonicamente, via fax o via e-mail e l'operatore dell'U.R.P. provvederà a fornire tutte le informazioni utili per un'attenta e completa compilazione del modulo, avendo cura di controfirmarlo e apporvi la data.

Inoltre, in ottemperanza alla Normativa sulla Privacy, informerà l'Utente sull'eventuale utilizzo dei dati personali contenuti nel modulo, specificandone le finalità e, a tal fine, chiederà di sottoscriverne il consenso al trattamento.

Il Responsabile dell'U.R.P., entro 6 giorni dalla ricezione del reclamo, provvederà ad acquisire tutte le informazioni necessarie alla risoluzione del problema sollevato.

Per le segnalazioni di più agevole definizione, la risposta verrà fornita entro 15 giorni dalla data di presentazione dell'esposto.

Nei casi di evidente complessità, il reclamo verrà trasmesso al Responsabile dell'Unità Organizzativa di competenza, affinché fornisca per iscritto il parere occorrente ad un'esauriente risposta.



Ad ogni reclamo firmato sarà assicurata una risposta, secondo la modalità indicata dall'Utente sul modulo (per iscritto, per telefono, per fax, per e-mail/pec), di norma entro 30 giorni.

Eventuali ritardi legati alla complessità del caso, saranno comunque comunicati all'Utente con le eventuali spiegazioni.

Il numero e la tipologia dei reclami, opportunamente registrati e classificati, saranno trasmessi periodicamente (mensilmente) ai Responsabili delle Unità Organizzative, alla UOS Rischio Clinico e Qualità ed alla Direzione Sanitaria di Presidio.

## 6. PARAMETRI DI CONTROLLO

- Risposta ai bisogni dell'Utente (N° reclami risolti/N° totale reclami inoltrati all'U.R.P.)
- Soddisfazione dell'Utente (N° Utenti soddisfatti/ N° totale reclami inoltrati all'U.R.P.)
- Rispetto dei tempi di risposta indicati nella procedura (N° reclami risolti entro il termine previsto dalla procedura/N° totale reclami inoltrati all'U.R.P.)
- Progetti di miglioramento della qualità dei servizi proposti a seguito di reclami (N° proposte di miglioramento)

## 7. MODALITA' DI COMUNICAZIONE DELLA PROCEDURA

La procedura verrà portata a conoscenza di tutte le Unità Organizzative attraverso il manuale delle procedure aziendali che, a sua volta, sarà anche inserito nel sito aziendale.

## 8. SCHEDA AREE DISAGIO

**Area 1. Aspetti strutturali:** ricadono in questo contesto le difficoltà incontrate nell'accesso alle strutture e al loro utilizzo, alla sicurezza e all'adeguatezza degli spazi.

Data 16/6/2025	Rev.0	Pagina 6 di 10





**Area 2. Informazione:** le segnalazioni che evidenziano una carenza di informazioni sia verbali che scritte.

**Area 3. Aspetti organizzativi, burocratici, amministrativi:** le segnalazioni inerenti la funzionalità organizzativa, i percorsi di accesso e di cura.

**Area 4. Aspetti tecnico-professionali:** le segnalazioni relative alla qualità percepita rispetto alla prestazione erogata.

**Area 5. Umanizzazione e aspetti relazionali:** le segnalazioni che fanno riferimento alla qualità relazionale del rapporto con gli operatori dell'Azienda.

**Area 6. Aspetti alberghieri e comfort:** le segnalazioni riferibili agli aspetti architettonici e alberghieri.

**Area 7. Tempi:** le segnalazioni per tempi d'attesa eccessivamente lunghi nell'arco del percorso assistenziale.

**Area 8. Aspetti economici:** le contestazioni per i ticket ritenuti impropri o non esatti, le richieste di rimborsi e risarcimenti.

**Area 9. Adeguamento alla normativa:** le lamentele conseguenti al mancato recepimento di normative.

**Area 10. Altro:** le pratiche riferibili a situazioni che non rientrano nelle categorie proposte.





## Allegato 1

### Modulo Segnalazione

#### MODULO PER SEGNALAZIONI, ISTANZE, RECLAMI ED ELOGI

**Soggetto segnalante:**Nome cognome

indirizzo (via, città)

telefono e-mail

N.B.: se la segnalazione viene formalizzata attraverso una Associazione che agisce in nome e per conto del diretto interessato compilare la seguente sezione:

Denominazione

sede

telefono e-mail**SEGNALAZIONE PRESENTATA:** per se stesso per il sig./sig.ra (inserire i relativi dati):Nome cognome

indirizzo (via, città)

telefono e-mail

relazione con chi segnala:

 coniuge  figlio/a  genitore  parente  altro

allega delega all'invio e gestione della segnalazione (vedi pagina 3)

**DESCRIZIONE SINTETICA DELL'EPISODIO CHE HA DATO ORIGINE ALLA SEGNALAZIONE SPECIFICANDO:**L'episodio è accaduto in data ora

località/luogo

reparto ospedaliero

ambulatorio/servizio/Sportello

Descrizione dell'accaduto: (se lo spazio per la descrizione dell'evento non è sufficiente è possibile aggiungere ulteriori fogli)





Che cosa chiede all'Azienda:

Eventuali osservazioni, suggerimenti e proposte di miglioramento (facoltativo):

---

luogo e data

firma  
(da allegare documento di identità del sottoscritto)

**Attestazione di presa visione informativa privacy**

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione e compreso le informazioni relative al trattamento dei propri dati personali così come riportate nell'informativa allegata al presente modulo, redatta ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016.

---

firma





## Delega all'invio e alla gestione della segnalazione

Io sottoscritto/a

residente in

documento di identità n.

(allegato in fotocopia ai sensi dell'art.38 comma III° DPR 28/12/2000 n. 445)

rilasciato da il

### DELEGO

il/la sig./sig.ra

residente in

documento di identità

Alla presentazione della segnalazione ed alla ricezione e gestione di tutte le comunicazioni connesse alla trattazione della pratica, con ciò autorizzando l'ASP AG a trasmettergli/le le informazioni che mi riguardano, anche relative alla salute, necessarie per le suddette comunicazioni.

Luogo e data

Firma del Delegante \_\_\_\_\_

Firma del Delegato \_\_\_\_\_





## 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

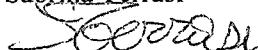
- Esecutiva ai sensi dell'art. 65 della L. R. n. 25/93, così come modificato dall'art. 53 della L.R. n. 30/93 s.m.i., per decorrenza del termine di 10 gg. di pubblicazione all'Albo,  
dal \_\_\_\_\_

 Immediatamente esecutiva dal 24 GIU 2025  
Agrigento, li 24 GIU 2025

Il Referente Ufficio Atti deliberativi

**Il Collaboratore Amm.vo Prof.le**

Sig.ra Sabrina Terrasi



## 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