

Modulo	Relazione audit	M_PQ-3_3 ed. 5 rev. 00 3 aprile 2023
--------	-----------------	--





---

**Consenso informato NON anestesiologicalo**  
**03/04/2025 - 08/05/2025**



Obiettivi dell'audit .....	5
Requisiti e standard di riferimento .....	5
Criteri dell'audit .....	5
Strutture coinvolte .....	6
Risultati .....	6
Presidio G. Rodolico .....	7
Anestesia e Rianimazione I - GR .....	8
Anestesia e Rianimazione III - GR .....	10
Cardiochirurgia - GR .....	12
Cardiologia (Degenza) - GR .....	14
Centro Trapianti - GR .....	16
Chirurgia Generale II - GR .....	18
Chirurgia Generale III - GR .....	20
Chirurgia Pediatrica - GR .....	22
Chirurgia Toracica - GR .....	24
Chirurgia Vascolare (Degenza) - GR .....	26
Clinica Chirurgica - GR .....	28
Clinica Neurologica - GR .....	30
Clinica Ortopedica - GR .....	32
Clinica Pediatrica - GR .....	34
Clinica Urologica - GR .....	36
Ematologia (Degenza) - GR .....	38
Ematologia DH - GR .....	40
Gastroenterologia - GR .....	42
MCAU - GR .....	44
Medicina Generale - GR .....	46
Medicina Interna - GR .....	48
Oncoematologia pediatrica - GR .....	50
Ostetricia e Ginecologia - GR .....	52
Otorinolaringoiatria - GR .....	54
Pneumologia - GR .....	56
Pronto Soccorso Generale - GR .....	58
Talassemia - GR .....	60
Trapianti di Midollo Osseo (TMO) - GR .....	62
UTIC - GR .....	64
UTIN - GR .....	66
Presidio San Marco .....	69
Anestesia e Rianimazione - SM .....	70
Broncopneumologia Pediatrica - SM .....	72
Cardiologia e UTIC - SM .....	74
Chirurgia Generale - SM .....	76
Chirurgia Maxillo Facciale - SM .....	78
Chirurgia Vascolare - SM .....	80
Dermatologia - SM .....	82
Malattie Infettive e Tropicali - SM .....	84
MCAU - SM .....	86
Medicina Generale - SM .....	88
Nefrologia e Dialisi - SM .....	90
Neurochirurgia - SM .....	92
Oculistica - SM .....	94
Ortopedia - SM .....	96

<b>Ostetricia e Ginecologia - SM</b> .....	98
<b>Patologia Ostetrica - SM</b> .....	100
<b>Pediatria e P.S. Pediatrico - SM</b> .....	102
<b>Pronto Soccorso Generale - SM</b> .....	104
<b>Radiologia - SM</b> .....	106
<b>Reumatologia - SM</b> .....	108
<b>Terapia del Dolore - SM</b> .....	110
<b>Urologia - SM</b> .....	112
<b>UTIN - SM</b> .....	114
<b>Conclusioni</b> .....	116
<b>Risultanze dell'audit</b> .....	117
<b>Riepilogo P.O. San Marco</b> .....	118
<b>Riepilogo P.O. G. Rodolico</b> .....	119
<b>Riepilogo A.O.U.P</b> .....	120
<b>Considerazioni finali</b> .....	123

Data e ora prevista	Data e ora effettiva	NORMATIVA DI RIFERIMENTO		
03/04/2025 - 08/05/2025	03/04/2025 - 08/05/2025	X	Norma UNI EN ISO 9001:2015 "Sistemi di gestione per la qualità - Requisiti"	 International Organization for Standardization
		X	DA n. 20 del 9 gennaio 2024 pubblicato nella GURS n. 4 del 26/01/202 "Semplificazione del sistema di requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'esercizio delle attività sanitarie e per l'accreditamento istituzionale e identificazione dei requisiti da applicare e delle evidenze da ricercare in ragione del livello di complessità delle strutture"	
		X	DA 13 settembre 2006 "Linee guida per la gestione del consenso informato ai fini dell'accreditamento istituzionale delle attività sanitarie - Indirizzi operativi per le strutture pubbliche e private della Regione siciliana e glossario dei termini utilizzati nell'ambito delle procedure per la sicurezza del paziente e la gestione del rischio clinico"	
		X	Standard Joint Commission International ""	 Joint Commission International
		X	Legge n. 219/2017, pubblicata nella GU Serie Generale n.12 del 16/01/2018 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento"	

Area		
	Politica, obiettivi, attività	Sistema struttura organizzativa
	Sistema informativo	Sistema gestione risorse umane
	Sistema gestione risorse strutturali	Sistema gestione risorse tecnologiche
	Sistema valutazione e miglioramento della qualità	Sistema comunicazione utenti
	Direzione U.O.	RQ
	Degenza	DH
	Ambulatorio	Chirurgia ambulatoriale
	Diagnostica	Radiologia
	Medicina nucleare	Laboratorio analisi
	Endoscopia	Terapia intensiva
	Cardiologia	Sala parto
	Reparto operatorio	Sterilizzazione
	Risveglio	Pronto Soccorso
	Day Surgery	Dialisi
	Anatomia Patologica	Odontoiatria

## Obiettivi dell'audit

---

L'audit che si è svolto dal 03/04/2025 al 08/05/2025 è stato finalizzato a verificare le modalità di registrazione dell'attività di acquisizione del consenso informato, per le attività sanitarie che prevedono l'acquisizione di un consenso informato scritto, ad eccezione delle procedure anestesologiche.

## Requisiti e standard di riferimento

---

**Procedura aziendale** "Modalità acquisizione consenso informato" PGS-7 ed. 3 rev. 01 del 3 aprile 2024

**Legge n° 219 del 22 dicembre 2017** "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento" (GURI n° 12/2018)

**DA 13 settembre 2006** "Linee guida per la gestione del consenso informato ai fini dell'accreditamento istituzionale delle attività sanitarie - Indirizzi operativi per le strutture pubbliche e private della Regione siciliana e glossario dei termini utilizzati nell'ambito delle procedure per la sicurezza del paziente e la gestione del rischio clinico"

**DA n. 20 del 9 gennaio 2024** "Semplificazione del sistema di requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'esercizio delle attività sanitarie e per l'accreditamento istituzionale e identificazione dei requisiti da applicare e delle evidenze da ricercare in ragione del livello di complessità delle strutture" (GURS n. 4 del 26/01/24);

1A.01.05.01 L'Organizzazione definisce specifiche modalità per la valutazione e il miglioramento della qualità delle prestazioni e dei servizi erogati

### Norma UNI EN ISO 9001:2015

Punto 8.2.1 Comunicazione con il cliente

Punto 9.2 Audit interno

### Manuale degli Standard Joint Commission International (JCI) per l'Accreditamento degli Ospedali Ed. 7, 2021

Standard PCC.4.1 "Il consenso informato del paziente è acquisito attraverso un processo definito dall'ospedale e implementato da personale addestrato, tramite una modalità e un linguaggio comprensibili dal paziente".

Standard PCC.4.2 "Il consenso informato è acquisito prima dell'esecuzione di interventi chirurgici, anestesia, sedazione procedurale, utilizzo di sangue ed emocomponenti e altri trattamenti e procedure ad alto rischio".

Standard PCC.4.3 "Il paziente e i familiari ricevono informazioni adeguate sulle condizioni del paziente, sulle procedure e sui trattamenti proposti e sui professionisti sanitari affinché possano prendere decisioni consapevoli ed esprimere il consenso".

Standard PCC.4.4 "L'ospedale stabilisce un processo, nel contesto della normativa vigente e della cultura prevalente, per l'espressione del consenso ad opera di soggetti diversi dal paziente".

Standard ASC.7.1 "I rischi, i benefici e le alternative sono discussi con il paziente e i suoi familiari o chi ne fa le veci".

## Criteri dell'audit

---

Nel corso dell'audit è stato valutato se:

- Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale
- Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)
- Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa
- Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)
- Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)
- Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)
- Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)
- È presente la sintesi della situazione clinica del paziente
- La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbilità e lo stato clinico attuale del

paziente (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)

- È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto
- La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle
- Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita
- È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni
- È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni
- È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto
- Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione
- Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico
- Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)
- È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso
- È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)
- In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari (se NO, indicare nel campo note la motivazione)
- È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso
- È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso

### Strutture coinvolte

---

L'audit che si è svolto dal 03/04/2025 al 08/05/2025 ha coinvolto 53 Unità Operative, 30 del P.O. G. Rodolico e 23 del P.O. San Marco.

### Risultati

---

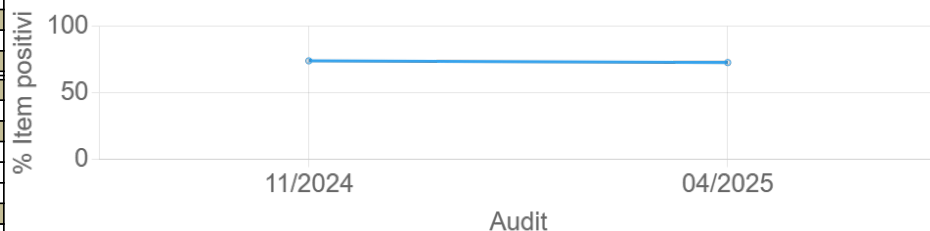
La valutazione è espressa sommando il numero di item positivi applicabili e standardizzando il totale come percentuale del punteggio massimo possibile.

I risultati sono presentati per presidio, per unità operativa e per requisito.

**P.O. G. Rodolico**

---

<b>Anestesia e Rianimazione I - GR</b>
DIRETTORE / RESPONSABILE
Dott. Paolo Murabito
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dott. Alfio Castro
REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
DATA
08/05/2025
AUDITOR
Eugenio Santo Trimarchi
Patrizia Auteri
Maria Luisa Strazzeri
PERSONALE CONTATTATO
I.P. Nunziatina Costanzo
dr.ssa Eleonora Trinagali
N. PAZIENTI RICOVERATI
4



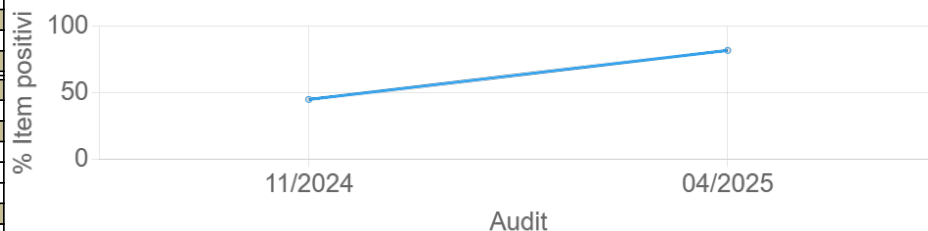
#### AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.		Anestesia e Rianimazione I GR	
Data		08/05/2025	
ID Valutazione		7361/2025	Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NO	
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	SI	
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NO	
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	NO	
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	NA	
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	NO	
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	SI	
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	



U.O.		Anestesia e Rianimazione I GR	
Data		08/05/2025	
ID Valutazione		7361/2025	Totale
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NO	
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO	
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	
TOTALE SI		16	16
TOTALE NO		6	6
SOMMA		22	22
%SI		72,7%	72,7%
%NO		27,3%	27,3%

<b>Anestesia e Rianimazione III - GR</b>
<b>DIRETTORE / RESPONSABILE</b>
Dott. Ettore Panascia
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dott. Paolo Imbrogio
<b>REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</b>
<b>DATA</b>
08/05/2025
<b>AUDITOR</b>
Eugenio Santo Trimarchi
Patrizia Auteri
Maria Luisa Strazzeri
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
I.P. La Porta Elisa
Dr.ssa Santonocito Cristina
<b>N. PAZIENTI RICOVERATI</b>
8

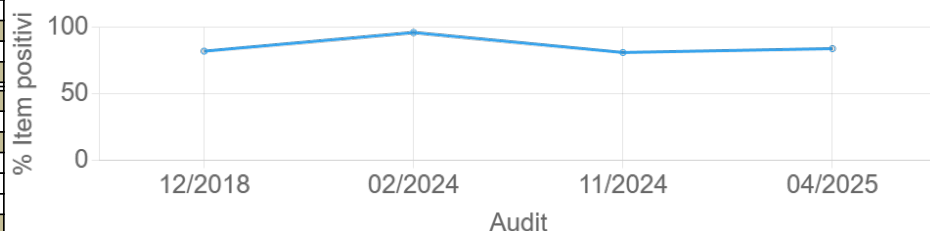


#### AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.		Anestesia e Rianimazione III GR			
Data		08/05/2025			
ID	Valutazione	16266/2025	14097/2025	13943/2025	Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	NO	SI	
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	SI	SI	
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	SI	
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	NO	NO	
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	NO	NO	
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	NO	NO	
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	NO	SI	

U.O.		Anestesia e Rianimazione III GR			
Data		08/05/2025			
ID	Valutazione	16266/2025	14097/2025	13943/2025	Totale
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	NA	SI	
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	SI	NA	SI	
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	NA	
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	NO	NO	
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	
TOTALE SI		19	11	15	45
TOTALE NO		0	6	4	10
SOMMA		19	17	19	55
%SI		100,0%	64,7%	78,9%	78,9%
%NO		0,0%	35,3%	21,1%	18,2%

<b>Cardiochirurgia - GR</b>
DIRETTORE / RESPONSABILE
Dott. Salvatore Lentini
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dott. Maurizio Di Rocco
REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
DATA
08/05/2025
AUDITOR
Nicola Russo
Cinzia Di Grazia
Giuseppina Coco
PERSONALE CONTATTATO
Maurizio di Rocco
N. PAZIENTI RICOVERATI
10

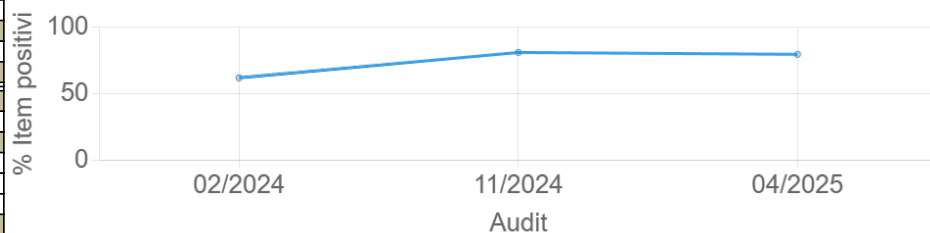


#### AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.		Cardiochirurgia GR			
Data		08/05/2025			
ID Valutazione		15654	13730	16582	Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI	SI	
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	NO	SI	
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	NO	SI	
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	NA	SI	
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	NO	SI	
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	NO	SI	
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	NO	SI	
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	NO	SI	
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	SI	NO	SI	
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	

U.O.		Cardiochirurgia GR			
Data		08/05/2025			
ID Valutazione		15654	13730	16582	Totale
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	NA	
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	NO	SI	
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	NO	SI	
TOTALE SI		19	9	19	47
TOTALE NO		0	9	0	9
SOMMA		19	18	19	56
%SI		100,0%	50,0%	100,0%	100,0%
%NO		0,0%	50,0%	0,0%	16,1%

<b>Cardiologia (Degenza) - GR</b>
DIRETTORE / RESPONSABILE
Prof. Davide Capodanno
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dott. Tommaso Castro
REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
DATA
08/05/2025
AUDITOR
Nicola Russo
Cinzia Di Grazia
Giuseppina Coco
PERSONALE CONTATTATO
Tommaso Castro
N. PAZIENTI RICOVERATI
30

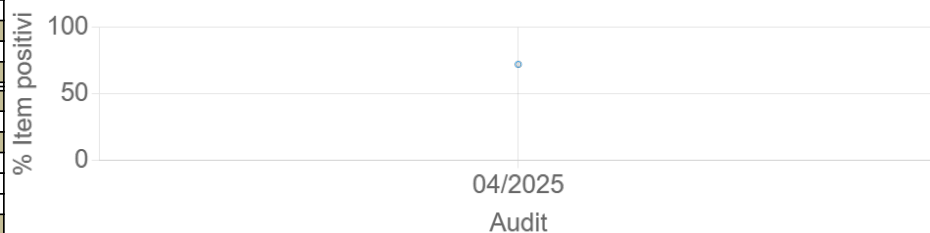


#### AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.		Cardiologia (Degenza) GR			
Data		08/05/2025			
ID Valutazione		16093	16230	16093 bis	Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	NO	SI	
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	NO	SI	
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	SI	SI	
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	SI	
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	SI	
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO	NO	NO	
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI	SI	
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	NA	SI	
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	NA	SI	
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NO	NA	NO	
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	

U.O.		Cardiologia (Degenza) GR			
Data		08/05/2025			
ID Valutazione		16093	16230	16093 bis	Totale
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	NA	
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO	SI	NO	
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	NO	SI	NO	
TOTALE SI		15	13	15	43
TOTALE NO		4	3	4	11
SOMMA		19	16	19	54
%SI		78,9%	81,3%	78,9%	78,9%
%NO		21,1%	18,8%	21,1%	20,4%

<b>Centro Trapianti - GR</b>
DIRETTORE / RESPONSABILE
Prof. PierFrancesco Veroux
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dott.ssa Di Bartolo Caterina
REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
DATA
08/05/2025
AUDITOR
Carola Cosentino
Adelaide Marraffa
Marco Torrisi
PERSONALE CONTATTATO
Bruno Francesca
N. PAZIENTI RICOVERATI
11



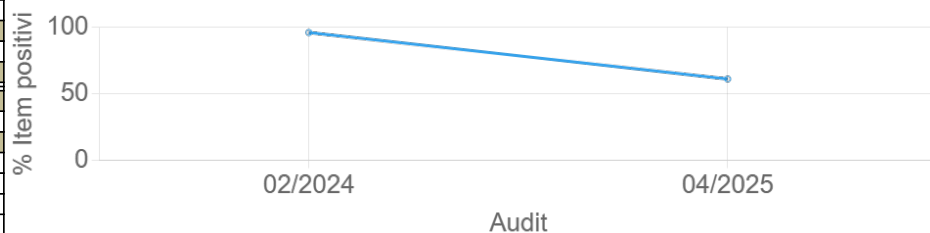
#### AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.		Centro Trapianti GR					
Data		08/05/2025					
ID	Valutazione	15842/25	16404/25	16022/25	16287/25	16042/25	Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	SI	SI	
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	NO	NO	NO	NO	
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	SI	SI	
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	SI	
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	NA	NA	
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	NA	NA	
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	NA	NA	
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	NO	SI	SI	NO	NO	
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	SI	NO	NA	NA	
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	NO	SI	NO	NO	NO	
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	NA	SI	SI	NA	NA	
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	NO	NO	SI	SI	SI	
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO	NO	NO	SI	SI	



U.O.	Centro Trapianti GR					
Data	08/05/2025					
ID Valutazione	15842/25	16404/25	16022/25	16287/25	16042/25	Totale
14 È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	NO	SI	SI	NO	NO	
15 È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	NA	SI	SI	SI	
16 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	NA	SI	SI	SI	
17 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	SI	NA	SI	SI	SI	
18 Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	SI	SI	
19 È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	NO	NO	
20 È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	SI	SI	
21 In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	NA	NA	NA	
22 È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	NO	NO	SI	
23 È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	
TOTALE SI	12	13	14	11	12	62
TOTALE NO	5	3	5	6	5	24
SOMMA	17	16	19	17	17	86
%SI	70,6%	81,3%	73,7%	64,7%	70,6%	70,6%
%NO	29,4%	18,8%	26,3%	35,3%	29,4%	27,9%

<b>Chirurgia Generale II - GR</b>
DIRETTORE / RESPONSABILE
Dott.ssa Rosalia Latino
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dott.ssa Rosa Maria Leto
REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
DATA
08/05/2025
AUDITOR
Viviana Frontini
Paolo Imbrogio
Markovic Uros
Antonino Trombetta
PERSONALE CONTATTATO
Leto Rosa Maria
Lizzio Achille

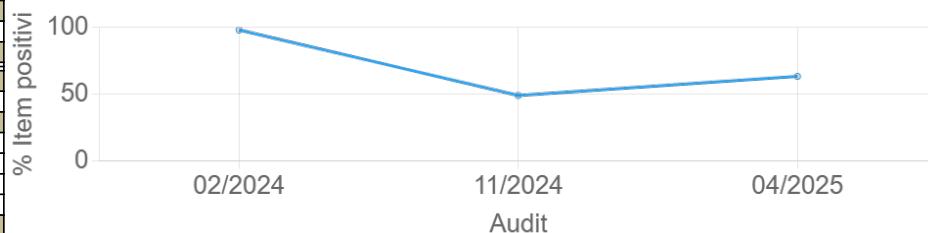


#### AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.		Chirurgia Generale II GR				
Data		08/05/2025				
ID Valutazione		165507	12315/2025	15230/2025	16520/2025	Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	SI	
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	NO	NO	SI	
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO	NO	NO	NO	
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	NA	
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	NA	
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	NA	
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	SI	
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	SI	SI	SI	
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	NO	SI	SI	SI	
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	NA	SI	NO	SI	
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	NO	NO	NO	SI	
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO	NO	NO	NO	
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	NO	NO	SI	SI	
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	NA	SI	SI	

U.O.		Chirurgia Generale II GR				
Data		08/05/2025				
ID Valutazione		165507	12315/2025	15230/2025	16520/2025	Totale
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	NA	SI	SI	
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NO	NA	NO	NO	
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	SI	
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	SI	
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	SI	
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	NA	NA	
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO	NO	NO	NO	
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	NO	NO	NO	NO	
TOTALE SI		10	9	11	14	44
TOTALE NO		8	7	8	5	28
SOMMA		18	16	19	19	72
%SI		55,6%	56,3%	57,9%	73,7%	73,7%
%NO		44,4%	43,8%	42,1%	26,3%	38,9%

<b>Chirurgia Generale III - GR</b>
<b>DIRETTORE / RESPONSABILE</b>
Prof. Alessandro Cappellani
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dott.ssa Giuseppina Di Dio
<b>REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</b>
<b>DATA</b>
08/05/2025
<b>AUDITOR</b>
Viviana Frontini
Paolo Imbrogio
Markovic Uros
Antonino Trombetta
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Di Dio Giovanna
Cavallaro Andrea
<b>N. PAZIENTI RICOVERATI</b>
15

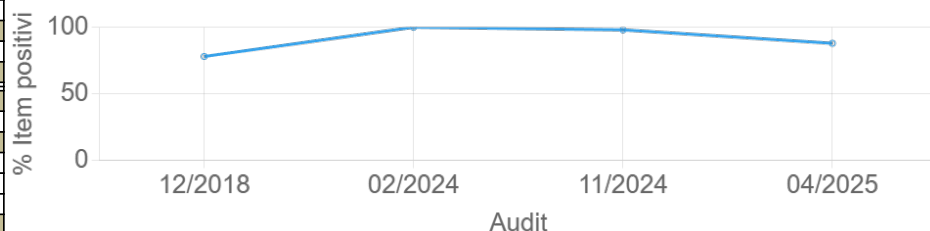


#### AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.		Chirurgia Generale III GR				
Data		08/05/2025				
ID Valutazione		10447/2025	0000	16394/2025	16383/2025	Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	NO	SI	
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	NO	NO	NO	NO	
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	NO	NO	
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	NO	SI	
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NO	NA	NA	
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NO	NA	NA	
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NO	NA	NA	
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	SI	
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	SI	SI	SI	
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	SI	SI	
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	NO	NO	NO	NO	
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO	NO	NO	NO	
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	NO	NO	NO	SI	

U.O.	Chirurgia Generale III GR				
Data	08/05/2025				
ID Valutazione	10447/2025	0000	16394/2025	16383/2025	Totale
15 È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	
16 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	SI	SI	SI	
17 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	SI	SI	NO	SI	
18 Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	NO	SI	
19 È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	NO	NO	
20 È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	SI	
21 In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	NA	NA	
22 È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	NO	NO	
23 È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	NO	SI	
<b>TOTALE SI</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>7</b>	<b>13</b>	<b>50</b>
<b>TOTALE NO</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>12</b>	<b>6</b>	<b>29</b>
<b>SOMMA</b>	<b>19</b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	<b>79</b>
<b>%SI</b>	<b>78,9%</b>	<b>68,2%</b>	<b>36,8%</b>	<b>68,4%</b>	<b>68,4%</b>
<b>%NO</b>	<b>21,1%</b>	<b>31,8%</b>	<b>63,2%</b>	<b>31,6%</b>	<b>36,7%</b>

<b>Chirurgia Pediatrica - GR</b>
<b>DIRETTORE / RESPONSABILE</b>
Prof. Vincenzo Di Benedetto
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dott.ssa Domenica Passarello
<b>REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</b>
<b>DATA</b>
08/05/2025
<b>AUDITOR</b>
Ramona pellegrino
Filippo La Paglia
Patrizia Marcantonio
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dott.ssa Maria Grazie Scuderi
<b>N. PAZIENTI RICOVERATI</b>
8



#### AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.	Chirurgia Pediatrica GR			
Data	08/05/2025			
ID Valutazione	15782	16025	16352	Totale
1 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	
2 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI	SI	
3 Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	
4 Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	
5 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	
6 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NO	NO	NO	
7 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NO	NO	NO	
8 È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	
9 La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	SI	SI	
10 È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	
11 La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	SI	
12 Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	SI	
13 È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	SI	SI	
14 È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI	SI	
15 È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	NA	NA	NA	
16 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	NA	NA	NA	
17 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NA	NA	NA	
18 Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	NO	
19 È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	
20 È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	

U.O.		Chirurgia Pediatrica GR			
Data		08/05/2025			
ID Valutazione		15782	16025	16352	Totale
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	NA	NA	
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	
TOTALE SI		18	17	16	51
TOTALE NO		2	2	3	7
SOMMA		20	19	19	58
%SI		90,0%	89,5%	84,2%	84,2%
%NO		10,0%	10,5%	15,8%	12,1%

<b>Chirurgia Toracica - GR</b>
DIRETTORE / RESPONSABILE
Dott. Alberto Terminella
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dott.ssa Musumeci Alessandra
REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
DATA
08/05/2025
AUDITOR
Carola Cosentino
Adelaide Marraffa
Marco Torrisi
PERSONALE CONTATTATO
Fontana Emanuele Gaspare
N. PAZIENTI RICOVERATI
10



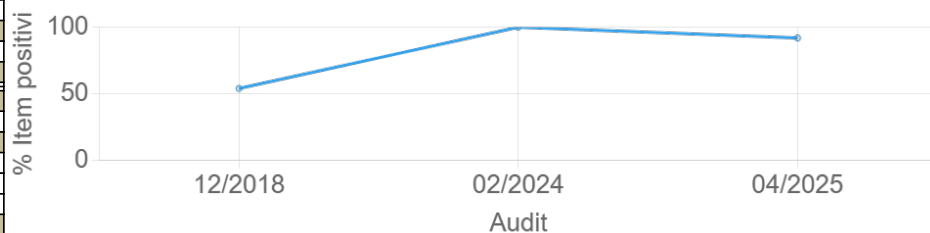
#### AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.		Chirurgia Toracica GR					
Data		08/05/2025					
ID Valutazione		16243/25	15442/25	15442/25 bis	15819/25	15819/25 bis	Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	SI	SI	
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	NO	NO	SI	SI	
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO	NO	NO	NO	NO	
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	SI	
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	NA	NA	
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	NA	NA	
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	NA	NA	
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NO	NO	NO	NO	NO	
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	SI	
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	SI	SI	SI	
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	SI	SI	SI	
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	NO	SI	SI	SI	



U.O.		Chirurgia Toracica GR					
Data		08/05/2025					
ID	Valutazione	16243/25	15442/25	15442/25 bis	15819/25	15819/25 bis	Totale
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	NO	NO	NO	NO	
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	SI	
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	SI	SI	SI	SI	
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NO	NO	SI	NO	SI	
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	SI	SI	
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	SI	SI	
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	NA	NA	NA	
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	
TOTALE SI		16	13	15	15	16	75
TOTALE NO		3	6	4	4	3	20
SOMMA		19	19	19	19	19	95
%SI		84,2%	68,4%	78,9%	78,9%	84,2%	84,2%
%NO		15,8%	31,6%	21,1%	21,1%	15,8%	21,1%

<b>Chirurgia Vascolare (Degenza) - GR</b>	
DIRETTORE / RESPONSABILE	
Prof. PierFrancesco Veroux	
COORDINATORE INFERMIERISTICO	
Dott.ssa Caterina Di Bartolo	
REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO	
DATA	
08/05/2025	
AUDITOR	
Marco Torrisi	
Adelaide Marraffa	
Carola Cosentino	
PERSONALE CONTATTATO	
Nicolosi Adriana	
N. PAZIENTI RICOVERATI	
14	

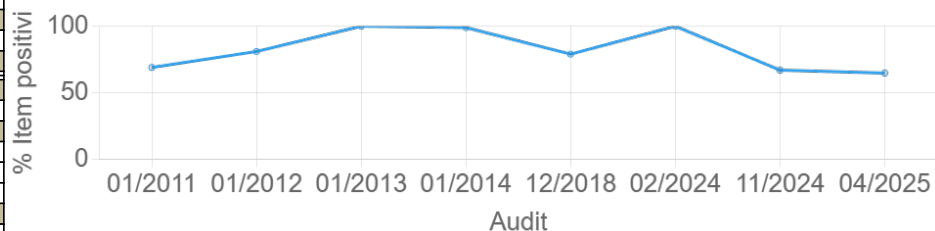


#### AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.		Chirurgia Vascolare (Degenza) GR						
Data		08/05/2025						
ID Valutazione		10309/25	15011/25	15011/25 bis	16129/25	16064/25	16422/25	Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	

U.O.		Chirurgia Vascolare (Degenza) GR						
Data		08/05/2025						
ID	Valutazione	10309/25	15011/25	15011/25 bis	16129/25	16064/25	16422/25	Totale
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	NO	SI	SI	SI	SI	
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO	NO	SI	SI	SI	SI	
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	NA	SI	SI	SI	SI	
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	NA	SI	SI	SI	SI	
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	SI	NA	SI	SI	SI	SI	
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
TOTALE SI		17	13	18	18	18	18	102
TOTALE NO		2	3	1	1	1	1	9
SOMMA		19	16	19	19	19	19	111
%SI		89,5%	81,3%	94,7%	94,7%	94,7%	94,7%	94,7%
%NO		10,5%	18,8%	5,3%	5,3%	5,3%	5,3%	8,1%

<b>Clinica Chirurgica - GR</b>
DIRETTORE / RESPONSABILE
Prof. Antonio Biondi
COORDINATORE INFERMIERISTICO
I.P. F.F. Foti Simona
REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
DATA
08/05/2025
AUDITOR
Eugenio Santo Trimarchi
Patrizia Auteri
Maria Luisa Strazzeri
PERSONALE CONTATTATO
I.P. FF Foti Simona
Dr Centamore Riccardo
N. PAZIENTI RICOVERATI
29

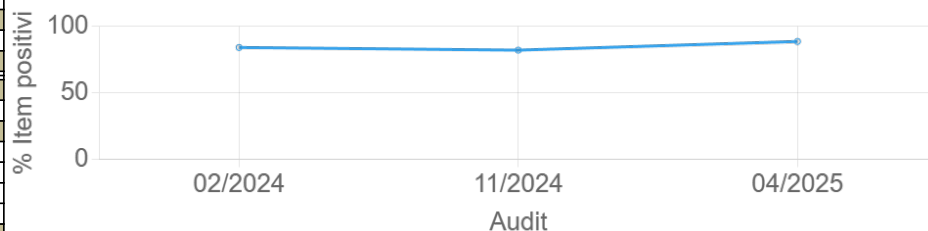


#### AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.		Clinica Chirurgica GR			
Data		08/05/2025			
ID Valutazione		16388/2025	15599/2025	15599/2025 bis	Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	NO	NO	NO	
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO	NO	NO	
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	NO	
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NO	SI	NA	
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	SI	
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	NO	
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO	NO	NO	
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI	NO	

U.O.		Clinica Chirurgica GR			
Data		08/05/2025			
ID Valutazione		16388/2025	15599/2025	15599/2025 bis	Totale
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	NO	SI	
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	NA	SI	
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	SI	NA	SI	
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	NO	SI	
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	NA	
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO	NO	NO	
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	NO	SI	SI	
TOTALE SI		13	11	11	35
TOTALE NO		6	6	7	19
SOMMA		19	17	18	54
%SI		68,4%	64,7%	61,1%	61,1%
%NO		31,6%	35,3%	38,9%	35,2%

<b>Clinica Neurologica - GR</b>
<b>DIRETTORE / RESPONSABILE</b>
Prof. Mario Zappia
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dott. Marcantonio Patrizia (FF)
<b>REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</b>
<b>DATA</b>
08/05/2025
<b>AUDITOR</b>
Viviana Frontini
Paolo Imbrogio
Markovic Uros
Antonino Trombetta
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Patti Francesco
<b>N. PAZIENTI RICOVERATI</b>
26

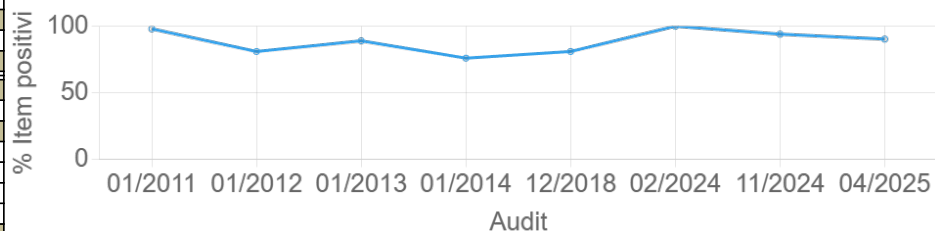


#### AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.	Clinica Neurologica GR			
Data	08/05/2025			
ID Valutazione	mon	14459/2025	tc	Totale
1 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	
2 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI	SI	
3 Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	NO	
4 Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	
5 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	SI	NA	
6 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	SI	NA	
7 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	SI	NA	
8 È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	NO	SI	
9 La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	NA	SI	
10 È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	
11 La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	SI	
12 Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	SI	
13 È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO	SI	SI	
14 È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	NO	SI	NO	
15 È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	NO	NA	NA	
16 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	NA	NA	NA	
17 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NA	NA	NA	

U.O.		Clinica Neurologica GR			
Data		08/05/2025			
ID	Valutazione	mon	14459/2025	tc	Totale
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	SI	NA	
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	
TOTALE SI		14	18	14	46
TOTALE NO		3	1	2	6
SOMMA		17	19	16	52
%SI		82,4%	94,7%	87,5%	87,5%
%NO		17,6%	5,3%	12,5%	11,5%

<b>Clinica Ortopedica - GR</b>
<b>DIRETTORE / RESPONSABILE</b>
Prof. Vito Pavone
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dott.ssa Giuseppina Coco
<b>REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</b>
<b>DATA</b>
08/05/2025
<b>AUDITOR</b>
Patrizia Maria Gozzi
Rosa Aiello
Rosanna Di Stefano
Giuseppa Pappalardo
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Raffa Angelo
<b>N. PAZIENTI RICOVERATI</b>
23



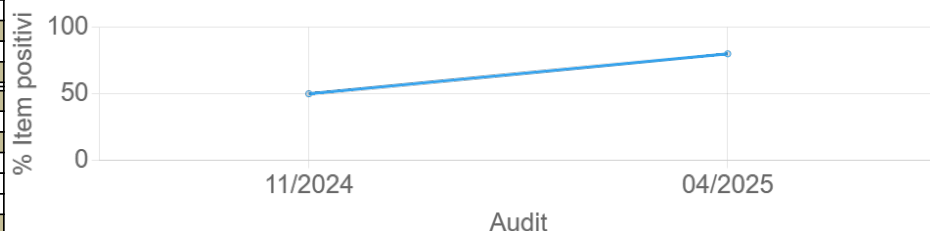
#### AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.	Clinica Ortopedica GR			
Data	08/05/2025			
ID Valutazione	14318	14318bis	15790	Totale
1 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	
2 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI	SI	
3 Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	
4 Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	
5 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NO	NO	NO	
6 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NO	NA	NA	
7 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NO	NA	NA	
8 È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	
9 La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	SI	SI	
10 È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	
11 La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	NO	SI	SI	
12 Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	SI	
13 È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	SI	SI	
14 È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI	SI	
15 È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	
16 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	SI	SI	
17 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	SI	SI	SI	
18 Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	
19 È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	



U.O.		Clinica Ortopedica GR			
Data		08/05/2025			
ID Valutazione		14318	14318bis	15790	Totale
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	NA	
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	
TOTALE SI		18	19	19	56
TOTALE NO		4	1	1	6
SOMMA		22	20	20	62
%SI		81,8%	95,0%	95,0%	95,0%
%NO		18,2%	5,0%	5,0%	9,7%

<b>Clinica Pediatrica - GR</b>
<b>DIRETTORE / RESPONSABILE</b>
Prof. Martino Ruggieri
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dott. Antonio Petronio
<b>REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</b>
<b>DATA</b>
08/05/2025
<b>AUDITOR</b>
Ramona pellegrino
Patrizia Marcantonio
Filippo La Paglia
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dott.ssa Tiziana Timpanaro
<b>N. PAZIENTI RICOVERATI</b>
11

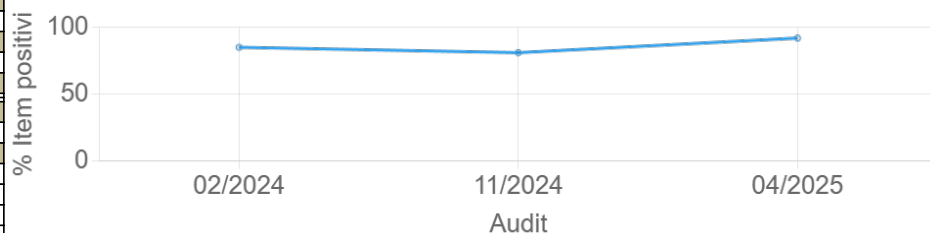


#### AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.		Clinica Pediatrica GR	
Data		08/05/2025	
ID Valutazione		12763	Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO	
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	SI	
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbilità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	NO	
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	NO	
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NO	
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	

U.O.		Clinica Pediatria GR	
Data		08/05/2025	
ID Valutazione		12763	Totale
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	
TOTALE SI		16	16
TOTALE NO		4	4
SOMMA		20	20
%SI		80,0%	80,0%
%NO		20,0%	20,0%

<b>Clinica Urologica - GR</b>
<b>DIRETTORE / RESPONSABILE</b>
Prof. Sebastiano Diego Cimino
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dott.ssa Francesca Mandolfo
<b>REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</b>
<b>DATA</b>
08/05/2025
<b>AUDITOR</b>
Patrizia Maria Gozzi
Rossella Aiello
Rosanna Di Stefano
Giuseppa Pappalardo
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Di Cristofalo Giampiero

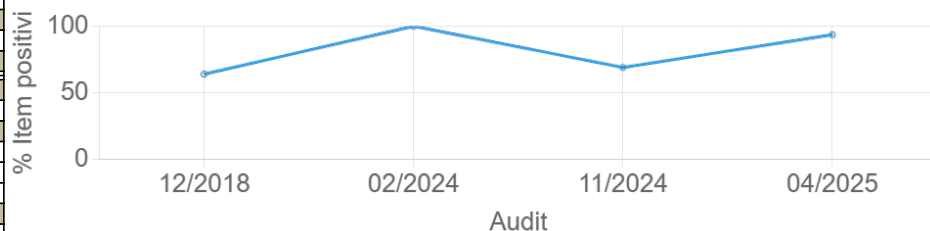


#### AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.		Clinica Urologica GR					
Data		08/05/2025					
ID Valutazione		15089	15089bis	15834	13017	16342	Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	SI	SI	
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI	SI	SI	SI	
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	SI	SI	
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	SI	
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NO	NO	NO	
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	NA	NA	
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	SI	NA	NA	NA	
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	SI	SI	SI	SI	
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	SI	
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	SI	NO	SI	
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	SI	SI	SI	
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO	SI	SI	SI	SI	
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI	SI	SI	SI	
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	SI	

U.O.	Clinica Urologica GR					
Data	08/05/2025					
ID Valutazione	15089	15089bis	15834	13017	16342	Totale
16 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	SI	SI	SI	SI	
17 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	SI	SI	SI	SI	SI	
18 Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	SI	SI	
19 È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	
20 È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	SI	SI	
21 In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	NA	NA	NA	
22 È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO	NO	SI	SI	SI	
23 È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	NO	SI	SI	SI	SI	
<b>TOTALE SI</b>	<b>16</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>91</b>
<b>TOTALE NO</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>8</b>
<b>SOMMA</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>99</b>
<b>%SI</b>	<b>84,2%</b>	<b>95,0%</b>	<b>95,0%</b>	<b>90,0%</b>	<b>95,0%</b>	<b>95,0%</b>
<b>%NO</b>	<b>15,8%</b>	<b>5,0%</b>	<b>5,0%</b>	<b>10,0%</b>	<b>5,0%</b>	<b>8,1%</b>

<b>Ematologia (Degenza) - GR</b>
<b>DIRETTORE / RESPONSABILE</b>
Prof. Francesco Di Raimondo
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dott.ssa Giuseppa Pappalardo
<b>REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</b>
<b>DATA</b>
08/05/2025
<b>AUDITOR</b>
Oksana Catania
Catena Arena
Daniela Scollo
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Marina Parisi
Cinzia Maugeri
<b>N. PAZIENTI RICOVERATI</b>
19

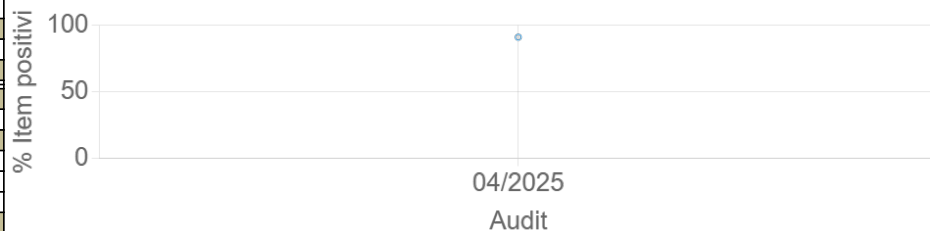


#### AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.		Ematologia (Degenza) GR						
Data		08/05/2025						
ID Valutazione		2025016497	2025016493	2025016363	2025012769	2025012769 - Bis	2025012769 - Tris	Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI	SI	NO	SI	SI	
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
5	Qualora sia compilata la sezione “dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari”, sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
6	Qualora sia compilata la sezione “dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari”, è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
7	Qualora sia compilata la sezione “dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari”, sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	NA	NA	NA	

U.O.		Ematologia (Degenza) GR						
Data		08/05/2025						
ID	Valutazione	2025016497	2025016493	2025016363	2025012769	2025012769 - Bis	2025012769 - Tris	Totale
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	SI	NO	SI	SI	SI	
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	SI	NO	SI	SI	
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	SI	NO	SI	SI	
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	SI	SI	NO	SI	SI	
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	NO	SI	NO	
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	SI	SI	NA	SI	NA	
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	SI	SI	SI	NA	SI	NA	
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
TOTALE SI		19	19	18	12	19	16	103
TOTALE NO		0	0	1	5	0	1	7
SOMMA		19	19	19	17	19	17	110
%SI		100,0%	100,0%	94,7%	70,6%	100,0%	94,1%	94,1%
%NO		0,0%	0,0%	5,3%	29,4%	0,0%	5,9%	6,4%

<b>Ematologia DH - GR</b>
<b>DIRETTORE / RESPONSABILE</b>
Dott. Di Raimondo Francesco
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dott. De Stradis Giancarlo
<b>REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</b>
<b>DATA</b>
08/05/2025
<b>AUDITOR</b>
Oksana Catania
Catena Arena
Daniela Scollo
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Giancarlo De Stradis
<b>N. PAZIENTI RICOVERATI</b>
28



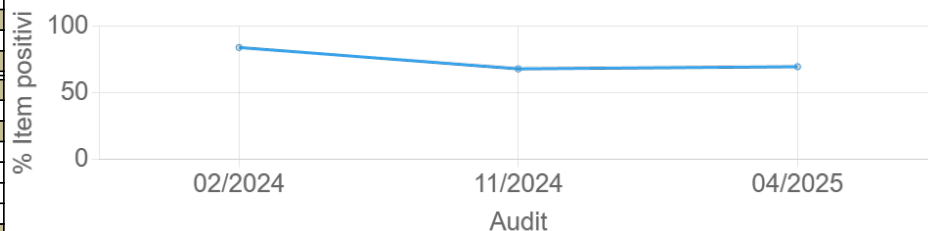
#### AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.		Ematologia DH GR					
Data		08/05/2025					
ID Valutazione		2025008223	2025008783	2025008783 - Bis	25001178	25001178 - Bis	Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	SI	SI	
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI	SI	SI	SI	
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	SI	SI	
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	SI	
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	NA	NA	
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	NA	NA	
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	NA	NA	
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	NO	NO	NO	NO	
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	SI	
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	SI	SI	SI	



U.O.		Ematologia DH GR					
Data		08/05/2025					
ID Valutazione		2025008223	2025008783	2025008783 - Bis	25001178	25001178 - Bis	Totale
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	SI	SI	SI	
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	NO	SI	SI	SI	
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI	SI	SI	SI	
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	NO	SI	NO	NO	SI	
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	NA	SI	NA	NA	SI	
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NA	SI	NA	NA	SI	
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	SI	SI	
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	SI	SI	
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	NA	NA	NA	
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	
TOTALE SI		16	17	15	15	18	81
TOTALE NO		1	2	2	2	1	8
SOMMA		17	19	17	17	19	89
%SI		94,1%	89,5%	88,2%	88,2%	94,7%	94,7%
%NO		5,9%	10,5%	11,8%	11,8%	5,3%	9,0%

<b>Gastroenterologia - GR</b>
DIRETTORE / RESPONSABILE
Dott. Santi Mangiafico
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dott.ssa Nunziata Tribulato
REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
DATA
08/05/2025
AUDITOR
Viviana Frontini
Paolo Imbrogio
Markovic Uros
Antonino Trombetta
PERSONALE CONTATTATO
Tribulato Nancy
N. PAZIENTI RICOVERATI
1

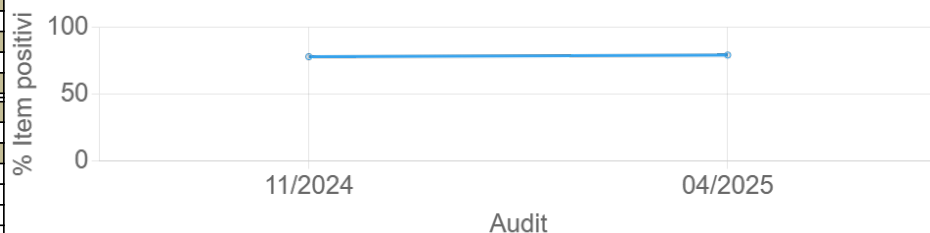


#### AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.	Gastroenterologia GR			
Data	08/05/2025			
ID Valutazione	15182/2025	10607/2025	na	Totale
1 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	
2 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	NO	NO	NO	
3 Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO	NO	NO	
4 Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	
5 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	
6 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	
7 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	
8 È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	NO	
9 La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	SI	NA	
10 È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	
11 La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	NO	NO	
12 Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	SI	
13 È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO	NO	NO	
14 È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI	SI	
15 È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	
16 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	SI	SI	
17 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	SI	SI	NO	

U.O.		Gastroenterologia GR			
Data		08/05/2025			
ID	Valutazione	15182/2025	10607/2025	na	Totale
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	NA	
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO	NO	NO	
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	NO	
TOTALE SI		15	14	10	39
TOTALE NO		4	5	8	17
SOMMA		19	19	18	56
%SI		78,9%	73,7%	55,6%	55,6%
%NO		21,1%	26,3%	44,4%	30,4%

<b>MCAU - GR</b>
<b>DIRETTORE / RESPONSABILE</b>
Dott. Giuseppe Carpinteri
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dott.ssa Maria Tomaselli
<b>REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</b>
<b>DATA</b>
08/05/2025
<b>AUDITOR</b>
Rosa Aiello
Rosanna Di Stefano
Patrizia Maria Gozzi
Giuseppa Pappalardo
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Gliozzo Bianca Maria

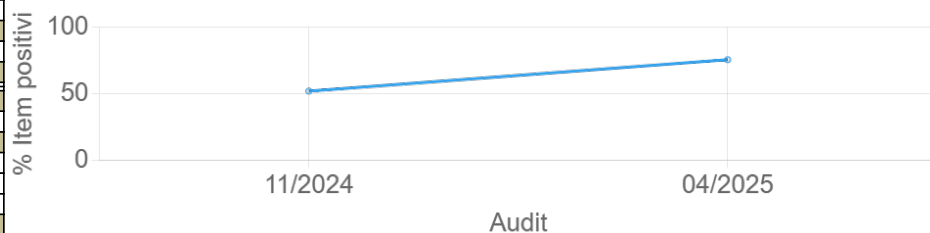


#### AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.		MCAU GR					
Data		08/05/2025					
ID Valutazione		16026	14677	14677/bis	06429	12570	Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	SI	SI	
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	NO	SI	SI	SI	
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	NO	SI	SI	SI	
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	NO	SI	SI	SI	SI	
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	NA	NA	
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	NA	NA	
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	NA	NA	
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	NO	SI	SI	SI	SI	
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NO	SI	SI	SI	SI	
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	NO	SI	SI	SI	SI	
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	NO	SI	SI	NO	SI	
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	SI	SI	SI	
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	SI	SI	NO	NO	
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI	SI	SI	SI	
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	SI	

U.O.	MCAU GR					
Data	08/05/2025					
ID Valutazione	16026	14677	14677/bis	06429	12570	Totale
16 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	NA	SI	SI	SI	NO	
17 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	SI	SI	SI	SI	SI	
18 Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	NO	SI	SI	
19 È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	
20 È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	NO	SI	NO	SI	NO	
21 In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NO	NA	NO	NA	NA	
22 È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	NO	SI	NO	SI	
23 È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	NO	SI	SI	SI	
TOTALE SI	12	15	17	16	16	76
TOTALE NO	7	4	3	3	3	20
SOMMA	19	19	20	19	19	96
%SI	63,2%	78,9%	85,0%	84,2%	84,2%	84,2%
%NO	36,8%	21,1%	15,0%	15,8%	15,8%	20,8%

<b>Medicina Generale - GR</b>
DIRETTORE / RESPONSABILE
Prof Castellino
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dott.ssa Daniela Marchese
REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
DATA
08/05/2025
AUDITOR
Claudio Giuseppe Mazzaglia
Paola Antonella Tirone
Salvatore Gioitta
PERSONALE CONTATTATO
Marchese Daniela
N. PAZIENTI RICOVERATI
19

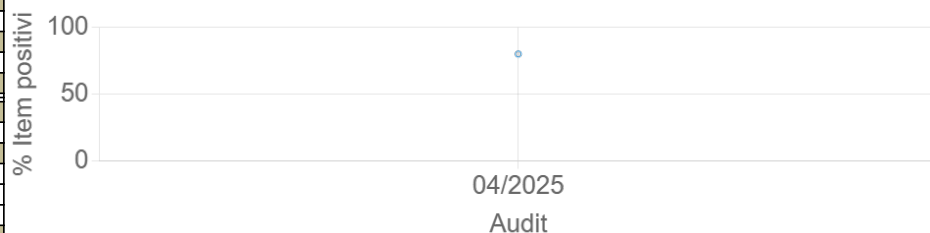


#### AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.		Medicina Generale GR				
Data		08/05/2025				
ID Valutazione		011697	25011697	014349	015650	Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	NO	
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	NO	SI	NO	NA	
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO	NO	NO	SI	
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NO	SI	NA	NO	
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	SI	SI	NA	NA	
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	SI	SI	NA	NA	
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	NO	SI	NO	
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	NA	SI	NA	
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	NO	SI	
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	SI	SI	
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO	NO	NO	SI	
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI	NO	SI	
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	NO	SI	NO	SI	
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	NA	SI	NA	SI	
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NA	SI	NA	SI	

U.O.		Medicina Generale GR				
Data		08/05/2025				
ID	Valutazione	011697	25011697	014349	015650	Totale
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	SI	
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	SI	
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	SI	
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	SI	NA	NA	
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO	SI	NO	SI	
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	
TOTALE SI		15	19	10	15	59
TOTALE NO		6	3	7	3	19
SOMMA		21	22	17	18	78
%SI		71,4%	86,4%	58,8%	83,3%	83,3%
%NO		28,6%	13,6%	41,2%	16,7%	24,4%

<b>Medicina Interna - GR</b>
<b>DIRETTORE / RESPONSABILE</b>
Prof. Pietro Castellino
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Sig.ra Maria Carmela Grasso
<b>REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</b>
<b>DATA</b>
08/05/2025
<b>AUDITOR</b>
Claudio Giuseppe Mazzaglia
Paola Antonella Tirone
Salvatore Gioitta
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Grasso Maria Carmela
Trovato Elisa



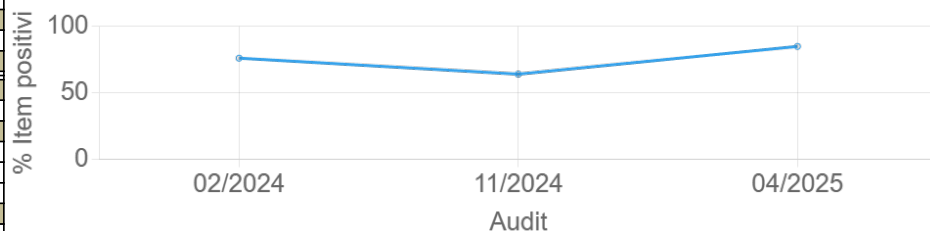
#### AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.		Medicina Interna GR					
Data		08/05/2025					
ID Valutazione		011982	25011982	015515	25015515	011207	Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	NO	SI	SI	SI	
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	NO	NA	SI	NO	SI	
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO	SI	SI	SI	SI	
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	SI	
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	NA	NA	
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	NA	NA	
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	NA	NA	
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	NO	NO	SI	SI	SI	
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	SI	SI	SI	
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	SI	
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	NO	SI	NO	
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	SI	SI	SI	
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	SI	SI	NO	NO	
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI	NO	SI	SI	
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	NO	SI	



U.O.		Medicina Interna GR					
Data		08/05/2025					
ID Valutazione		011982	25011982	015515	25015515	011207	Totale
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	SI	SI	NA	SI	
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	SI	SI	NO	NA	SI	
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	SI	SI	
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	SI	SI	
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	NA	NA	NA	
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO	SI	SI	NO	NO	
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	NO	SI	NO	
TOTALE SI		14	15	15	13	15	72
TOTALE NO		4	2	4	4	4	18
SOMMA		18	17	19	17	19	90
%SI		77,8%	88,2%	78,9%	76,5%	78,9%	78,9%
%NO		22,2%	11,8%	21,1%	23,5%	21,1%	20,0%

<b>Oncoematologia pediatrica - GR</b>	
<b>DIRETTORE / RESPONSABILE</b>	
Prof.ssa Giovanna Russo	
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>	
Dott. Luigi Coppola	
<b>REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</b>	
<b>DATA</b>	
08/05/2025	
<b>AUDITOR</b>	
Claudio Giuseppe Mazzaglia	
Paola Antonella Tirone	
Salvatore Gioiatta	
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>	
Coppola Luigi	
Piazza Krizia	
<b>N. PAZIENTI RICOVERATI</b>	
9	

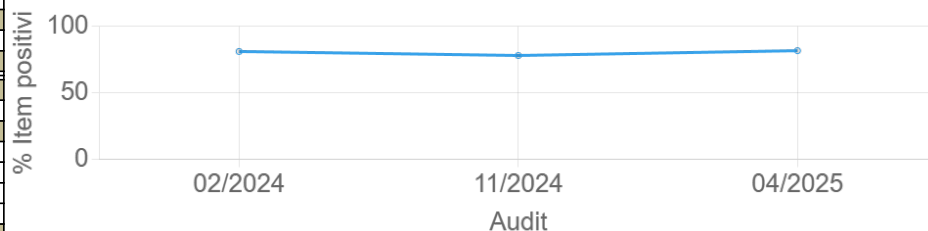


#### AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.		Oncoematologia pediatrica GR					
Data		08/05/2025					
ID Valutazione		2025009951	25009951	09951	2025005295	005295	Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	SI	SI	
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI	SI	SI	SI	
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO	NO	NO	NO	NO	
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	SI	
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	SI	
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	SI	SI	SI	SI	SI	
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	SI	SI	SI	SI	SI	
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	SI	SI	SI	SI	
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	SI	
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	SI	SI	SI	
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	SI	SI	SI	
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	SI	SI	NO	NO	

U.O.		Oncoematologia pediatrica GR					
Data		08/05/2025					
ID	Valutazione	2025009951	25009951	09951	2025005295	005295	Totale
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI	SI	SI	SI	
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	NO	NO	NO	SI	NO	
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	NA	NA	NA	NA	NA	
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NA	NA	NA	NA	NA	
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	SI	SI	
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	SI	SI	
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	SI	SI	SI	SI	
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO	NO	NO	NO	NO	
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	
TOTALE SI		18	18	18	18	17	89
TOTALE NO		3	3	3	3	4	16
SOMMA		21	21	21	21	21	105
%SI		85,7%	85,7%	85,7%	85,7%	81,0%	81,0%
%NO		14,3%	14,3%	14,3%	14,3%	19,0%	15,2%

<b>Ostetricia e Ginecologia - GR</b>
<b>DIRETTORE / RESPONSABILE</b>
Prof.ssa Liliana Mereu
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dott.ssa Rosa Maria Massimino
<b>REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</b>
<b>DATA</b>
08/05/2025
<b>AUDITOR</b>
Domenico Zerbo
Letizia Novello
Massimo Zappulla
Francesco Minio
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Carlo Di Stefano
<b>N. PAZIENTI RICOVERATI</b>
18

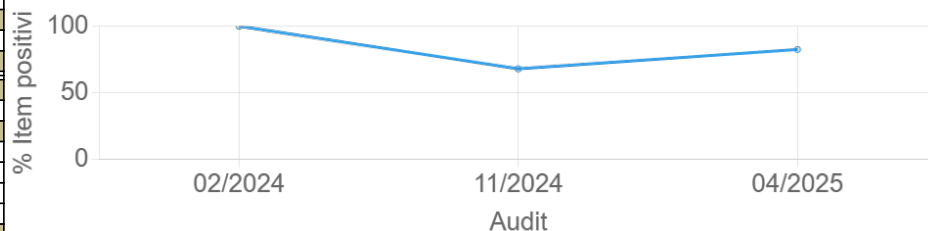


#### AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.	Ostetricia e Ginecologia GR				
Data	08/05/2025				
ID Valutazione	16087	16371	16242	16373	Totale
1 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	SI	
2 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI	SI	SI	
3 Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	NO	NO	NO	
4 Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	
5 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	NA	
6 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	NA	
7 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	NA	
8 È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	SI	
9 La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	NO	SI	NO	
10 È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	
11 La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	SI	NO	
12 Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	SI	SI	
13 È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	SI	NO	SI	
14 È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI	SI	SI	
15 È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	
16 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	SI	SI	SI	
17 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NO	SI	NO	SI	

U.O.		Ostetricia e Ginecologia GR				
Data		08/05/2025				
ID	Valutazione	16087	16371	16242	16373	Totale
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	SI	
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	SI	
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	SI	
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	NA	NA	
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO	NO	NO	NO	
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	NO	SI	
TOTALE SI		17	16	14	15	62
TOTALE NO		2	3	5	4	14
SOMMA		19	19	19	19	76
%SI		89,5%	84,2%	73,7%	78,9%	78,9%
%NO		10,5%	15,8%	26,3%	21,1%	18,4%

Otorinolaringoiatria - GR
DIRETTORE / RESPONSABILE
Prof. Ignazio La Mantia
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dott. Calogero Coniglio
REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
DATA
08/05/2025
AUDITOR
Domenico Zerbo
Letizia Novello
Massimo Zappulla
Francesco Minio
PERSONALE CONTATTATO
Angelo Conti
N. PAZIENTI RICOVERATI
8

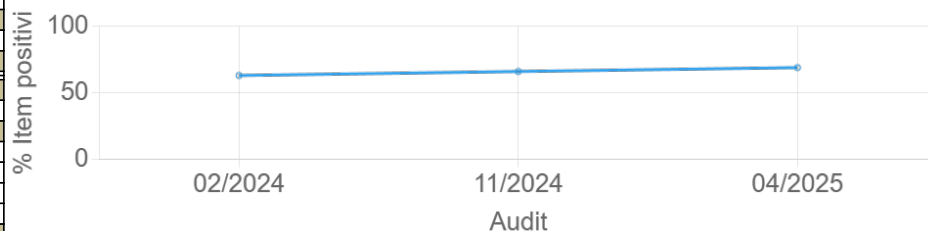


#### AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.	Otorinolaringoiatria GR			
Data	08/05/2025			
ID Valutazione	16169	16367	16349	Totale
1 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	
2 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI	SI	
3 Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	NO	NO	
4 Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	
5 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	
6 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	
7 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	
8 È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	
9 La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NO	SI	NO	
10 È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	
11 La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	SI	
12 Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	SI	
13 È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO	NO	NO	
14 È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI	SI	
15 È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	
16 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	SI	SI	
17 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	SI	NO	SI	
18 Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	
19 È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	
20 È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	

U.O.		Otorinolaringoiatria GR			
Data		08/05/2025			
ID Valutazione		16169	16367	16349	Totale
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	NA	
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO	NO	SI	
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	
TOTALE SI		16	15	16	47
TOTALE NO		3	4	3	10
SOMMA		19	19	19	57
%SI		84,2%	78,9%	84,2%	84,2%
%NO		15,8%	21,1%	15,8%	17,5%

<b>Pneumologia - GR</b>
DIRETTORE / RESPONSABILE
Prof. Carlo Vancheri
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dott. Silvio Caceci
REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
DATA
08/05/2025
AUDITOR
Domenico Zerbo
Letizia Novello
Massimo Zappulla
Francesco Minio
PERSONALE CONTATTATO
Rossella Intravaia
N. PAZIENTI RICOVERATI
22



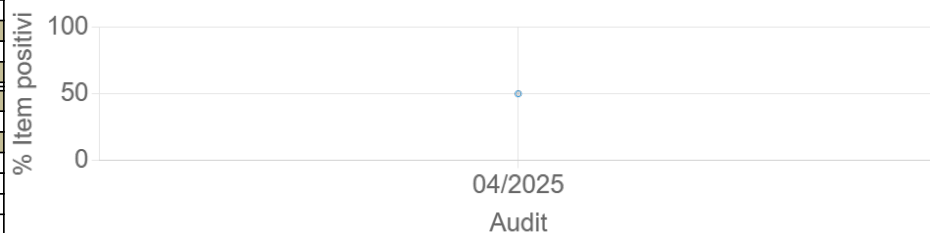
#### AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.	Pneumologia GR					
Data	08/05/2025					
ID Valutazione	12965	12965b	10707	11481	15065	Totale
1 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	SI	SI	
2 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	NO	NO	SI	NO	NO	
3 Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO	NO	SI	NO	NO	
4 Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	SI	
5 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	NA	NA	
6 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	NA	NA	
7 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	NA	NA	
8 È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	NO	NO	SI	
9 La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NO	SI	NA	NA	NA	
10 È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	SI	
11 La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	NO	SI	SI	SI	SI	
12 Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	SI	SI	SI	
13 È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO	NO	SI	NO	NO	
14 È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	NO	SI	SI	NO	
15 È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	NO	



U.O.	Pneumologia GR					
Data	08/05/2025					
ID Valutazione	12965	12965b	10707	11481	15065	Totale
16 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	SI	SI	NO	NA	
17 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	SI	SI	SI	NO	NA	
18 Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	SI	SI	
19 È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	SI	NO	
20 È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	SI	SI	
21 In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	NA	NA	NA	
22 È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO	NO	NO	NO	NO	
23 È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	NO	SI	
TOTALE SI	13	14	16	10	9	62
TOTALE NO	6	5	2	8	7	28
SOMMA	19	19	18	18	16	90
%SI	68,4%	73,7%	88,9%	55,6%	56,3%	56,3%
%NO	31,6%	26,3%	11,1%	44,4%	43,8%	31,1%

<b>Pronto Soccorso Generale - GR</b>	
<b>DIRETTORE / RESPONSABILE</b>	
dott. Carpinteri Giuseppe	
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>	
Adele Palmieri/ Giuseppe Nicolosi	
<b>REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</b>	
<b>DATA</b>	
08/05/2025	
<b>AUDITOR</b>	
Domenico Zerbo	
Letizia Novello	
Massimo Zappulla	
Francesco Minio	
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>	
Valentina Politi	
Oriana Sciacca	

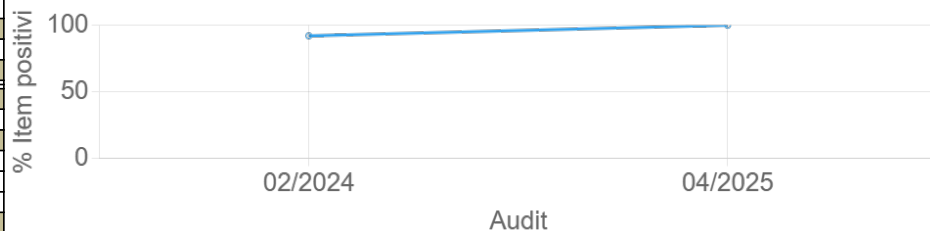


#### AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.		Pronto Soccorso Generale GR			
Data		08/05/2025			
ID Valutazione		18366	18557	18519	Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	NO	NO	NO	
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	NO	NO	NO	
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	NA	
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	NO	
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	NA	
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	NO	NO	NO	
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO	NO	NO	
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	NO	NO	SI	
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	NO	NO	NA	
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	NA	NA	NA	
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NA	NA	NA	
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	NO	SI	SI	
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	NO	SI	SI	

U.O.		Pronto Soccorso Generale GR			
Data		08/05/2025			
ID Valutazione		18366	18557	18519	Totale
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	NO	SI	SI	
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	NA	
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO	NO	NO	
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	
TOTALE SI		6	9	8	23
TOTALE NO		10	7	6	23
SOMMA		16	16	14	46
%SI		37,5%	56,3%	57,1%	57,1%
%NO		62,5%	43,8%	42,9%	50,0%

<b>Talassemia - GR</b>
DIRETTORE / RESPONSABILE
rosso rosa maria
COORDINATORE INFERMIERISTICO
campagna venera maria
REFERENTI PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
DATA
08/05/2025
AUDITOR
Ramona pellegrino
Patrizia Marcantonio
Filippo La Paglia
PERSONALE CONTATTATO
Dott.ssa Anna Bulla
N. PAZIENTI RICOVERATI
8

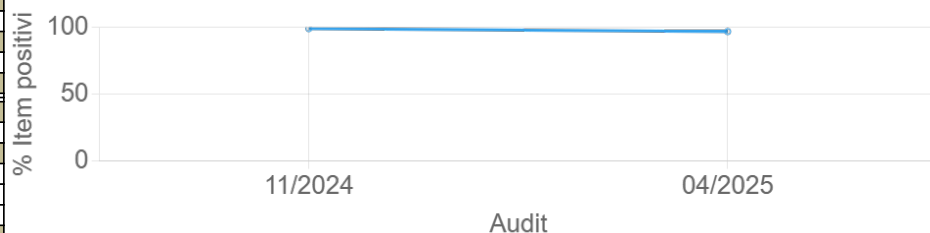


#### AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.		Talassemia GR									
Data		08/05/2025									
ID	Valutazione	2637	2637bis	2637ter	2136	2136bis	2136ter	794	794bis	794ter	Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	

U.O.		Talassemia GR									
Data		08/05/2025									
ID Valutazione		2637	2637bis	2637ter	2136	2136bis	2136ter	794	794bis	794ter	Totale
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
TOTALE SI		19	19	19	19	19	19	19	19	19	171
TOTALE NO		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SOMMA		19	19	19	19	19	19	19	19	19	171
%SI		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
%NO		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Trapianti di Midollo Osseo (TMO) - GR	
DIRETTORE / RESPONSABILE	
Dott. Di Raimondo Francesco	
COORDINATORE INFERMIERISTICO	
Dr.ssa Mascali Loredana	
REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO	
DATA	
08/05/2025	
AUDITOR	
Oksana Catania	
Catena Arena	
Daniela Scollo	
PERSONALE CONTATTATO	
Alessandra Cupri	
Loredana Mascali	

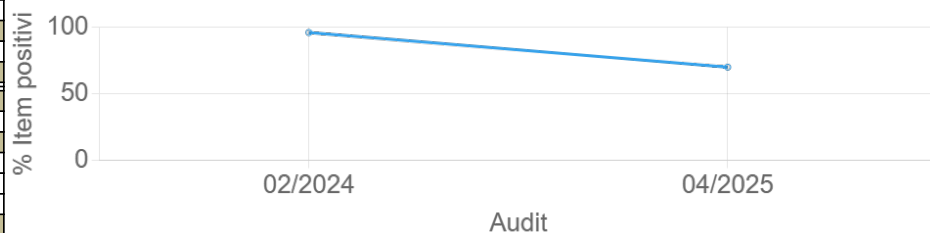


#### AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.		Trapianti di Midollo Osseo (TMO) GR					
Data		08/05/2025					
ID Valutazione		2025013962	2025013962 - Bis	2025013962 - Tris	2025014023	2025014023 - Bis	Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	SI	SI	
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI	SI	SI	SI	
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	SI	SI	
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	SI	
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	NA	NA	
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	NA	NA	
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	NA	NA	
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	SI	SI	SI	SI	

U.O.		Trapianti di Midollo Osseo (TMO) GR					
Data		08/05/2025					
ID	Valutazione	2025013962	2025013962 - Bis	2025013962 - Tris	2025014023	2025014023 - Bis	Totale
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	SI	
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	SI	SI	SI	
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	SI	NO	SI	
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	SI	SI	NO	SI	
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI	SI	NO	SI	
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	SI	
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	SI	SI	SI	SI	
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	SI	SI	SI	SI	SI	
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	SI	SI	
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	SI	SI	
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	NA	NA	NA	
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	
TOTALE SI		19	19	19	16	19	92
TOTALE NO		0	0	0	3	0	3
SOMMA		19	19	19	19	19	95
%SI		100,0%	100,0%	100,0%	84,2%	100,0%	100,0%
%NO		0,0%	0,0%	0,0%	15,8%	0,0%	3,2%

<b>UTIC - GR</b>
<b>DIRETTORE / RESPONSABILE</b>
Prof. Davide Capodanno
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Sig. Antonino Trombetta
<b>REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</b>
<b>DATA</b>
08/05/2025
<b>AUDITOR</b>
Nicola Russo
Cinzia Di Grazia
Giuseppina Coco
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Caruso Cinzia
<b>N. PAZIENTI RICOVERATI</b>
8



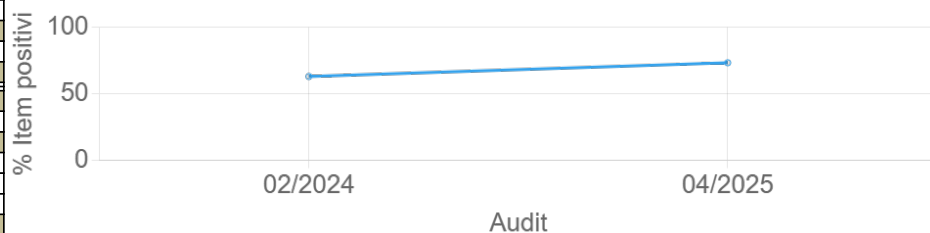
#### AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.		UTIC GR			
Data		08/05/2025			
ID	Valutazione	7785	5147	14883	Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI	SI	
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	NO	SI	
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	NA	SI	
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	NO	SI	
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	NA	SI	
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	NO	SI	
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO	NO	SI	
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	NO	SI	
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	NO	NO	NO	
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	NA	NA	NA	
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NA	NA	NA	
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	NO	SI	
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	NO	SI	
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	NO	



U.O.		UTIC GR			
Data		08/05/2025			
ID	Valutazione	7785	5147	14883	Totale
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	NO	
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO	NO	SI	
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	
TOTALE SI		14	6	15	35
TOTALE NO		3	9	3	15
SOMMA		17	15	18	50
%SI		82,4%	40,0%	83,3%	83,3%
%NO		17,6%	60,0%	16,7%	30,0%

<b>UTIN - GR</b>
<b>DIRETTORE / RESPONSABILE</b>
Dott.ssa Pasqua Betta
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dott. Marco Di Bartolo
<b>REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</b>
<b>DATA</b>
08/05/2025
<b>AUDITOR</b>
Ramona pellegrino
Patrizia Marcantonio
Filippo La Paglia
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dott.ssa Maria Annunziata Conversano
<b>N. PAZIENTI RICOVERATI</b>
11



#### AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.	UTIN GR			
Data	08/05/2025			
ID Valutazione	16176	16494	15671	Totale
1 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	
2 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	NO	NO	NO	
3 Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO	NO	NO	
4 Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	
5 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	
6 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	
7 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	
8 È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	NO	
9 La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	SI	NO	
10 È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	NO	
11 La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	NA	
12 Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	SI	
13 È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	SI	SI	
14 È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI	SI	
15 È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	NO	NO	NO	
16 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	NO	NO	NA	
17 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NO	NO	NA	
18 Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	
19 È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	
20 È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	

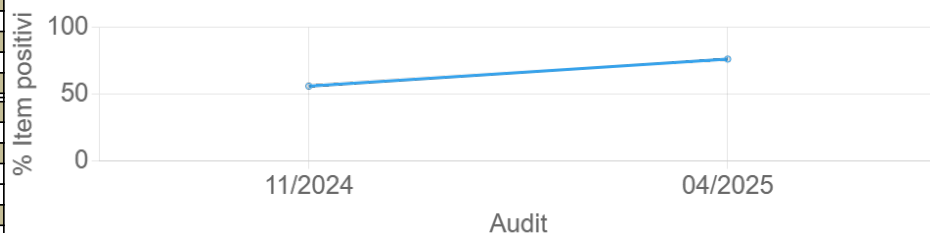
U.O.		UTIN GR			
Data		08/05/2025			
ID	Valutazione	16176	16494	15671	Totale
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	SI	SI	
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	
TOTALE SI		16	16	12	44
TOTALE NO		5	5	6	16
SOMMA		21	21	18	60
%SI		76,2%	76,2%	66,7%	66,7%
%NO		23,8%	23,8%	33,3%	26,7%



**P.O. San Marco**

---

<b>Anestesia e Rianimazione - SM</b>
<b>DIRETTORE / RESPONSABILE</b>
Dott. Paolo Murabito
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dott. Anello Vincenzo
<b>REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</b>
<b>DATA</b>
03/04/2025
<b>AUDITOR</b>
Roberta Narciso
Maria Giovanna Cantone
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Salvatore Lo Monaco
<b>N. PAZIENTI RICOVERATI</b>
10

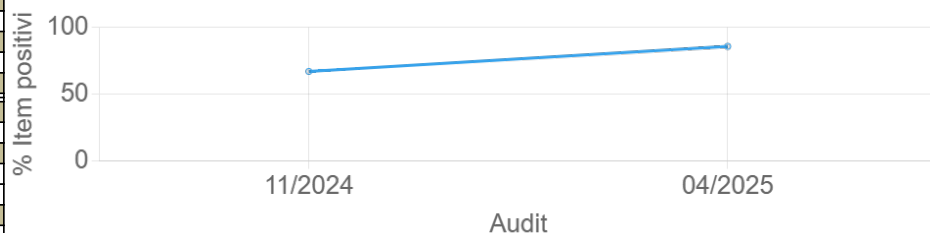


#### AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.	Anestesia e Rianimazione SM	
Data	03/04/2025	
ID Valutazione	2500010720	Totale
1 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	
2 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	
3 Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO	
4 Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	
5 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	SI	
6 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NO	
7 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NO	
8 È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	
9 La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	
10 È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	
11 La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	
12 Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	
13 È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO	
14 È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	
15 È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	NO	
16 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	NA	
17 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NA	
18 Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	
19 È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	
20 È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	

U.O.		Anestesia e Rianimazione SM	
Data		03/04/2025	
ID Valutazione		2500010720	Totale
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	
TOTALE SI		16	16
TOTALE NO		5	5
SOMMA		21	21
%SI		76,2%	76,2%
%NO		23,8%	23,8%

<b>Broncopneumologia Pediatrica - SM</b>
DIRETTORE / RESPONSABILE
Prof. Salvatore Leonardi
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dott. Salvatore Di Martino
REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
DATA
03/04/2025
AUDITOR
Raffaele Iorfida
Francesco Minio
PERSONALE CONTATTATO
TOSTO MONICA
N. PAZIENTI RICOVERATI
13



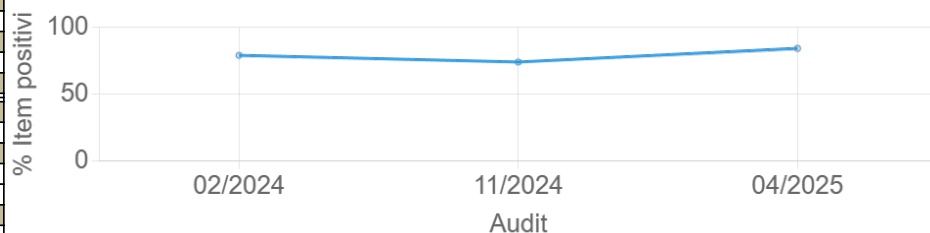
#### AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.		Broncopneumologia Pediatrica SM				
Data		03/04/2025				
ID Valutazione		2482/25	2485/25	2498/25	2618/25	Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	SI	
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	NO	NO	NO	NO	
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	SI	
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	SI	SI	SI	SI	
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	SI	SI	SI	SI	
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	SI	
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	SI	SI	SI	
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	SI	SI	
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	SI	SI	
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	SI	SI	SI	
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI	SI	SI	
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	NO	NO	NO	NO	
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	NA	NA	NA	NA	
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NA	NA	NA	NA	



U.O.		Broncopneumologia Pediatrica SM				
Data		03/04/2025				
ID	Valutazione	2482/25	2485/25	2498/25	2618/25	Totale
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	SI	
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	SI	
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	SI	
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	SI	SI	SI	
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO	NO	NO	NO	
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	
TOTALE SI		18	18	18	18	72
TOTALE NO		3	3	3	3	12
SOMMA		21	21	21	21	84
%SI		85,7%	85,7%	85,7%	85,7%	85,7%
%NO		14,3%	14,3%	14,3%	14,3%	14,3%

<b>Cardiologia e UTIC - SM</b>
DIRETTORE / RESPONSABILE
la manna Alessio
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Pezzino Marcello
REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
DATA
03/04/2025
AUDITOR
Raffaele Iorfida
Francesco Minio
PERSONALE CONTATTATO
PEZZINO MARCELLO
N. PAZIENTI RICOVERATI
14

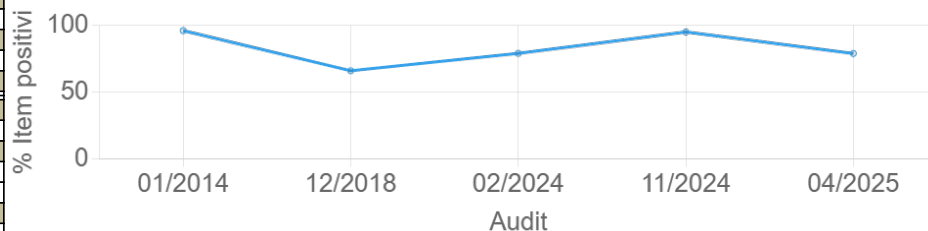


#### AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.		Cardiologia e UTIC SM		
Data		03/04/2025		
ID Valutazione		12331/25	2128/25	Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI	
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO	SI	
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	NO	
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	NO	
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	NO	
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	NO	NO	
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	SI	
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	SI	SI	
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	

U.O.		Cardiologia e UTIC SM		
Data		03/04/2025		
ID Valutazione		12331/25	2128/25	Totale
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	
TOTALE SI		17	15	32
TOTALE NO		2	4	6
SOMMA		19	19	38
%SI		89,5%	78,9%	78,9%
%NO		10,5%	21,1%	15,8%

<b>Chirurgia Generale - SM</b>
<b>DIRETTORE / RESPONSABILE</b>
Dott. Di Mauro Gianluca
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Sig. Calarco Emanuele
<b>REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</b>
<b>DATA</b>
03/04/2025
<b>AUDITOR</b>
Marco Torrisi
Giovanni Pedalino
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
dr tanzillo
<b>N. PAZIENTI RICOVERATI</b>
23

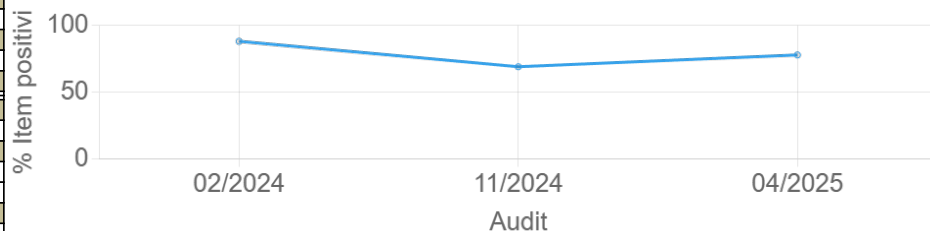


#### AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.		Chirurgia Generale SM		
Data		03/04/2025		
ID Valutazione		25/12/156	25/11/452	Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI	
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	NO	
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	NO	
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	NO	
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	NO	
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	NO	
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	SI	
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	SI	SI	
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	NO	
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	

U.O.		Chirurgia Generale SM		
Data		03/04/2025		
ID Valutazione		25/12156	25/11452	Totale
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO	NO	
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	
TOTALE SI		18	12	30
TOTALE NO		1	7	8
SOMMA		19	19	38
%SI		94,7%	63,2%	63,2%
%NO		5,3%	36,8%	21,1%

<b>Chirurgia Maxillo Facciale - SM</b>
DIRETTORE / RESPONSABILE
Prof. Bianchi Alberto
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dott.ssa Attanasio Giusy
REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
DATA
03/04/2025
AUDITOR
Morena Pennisi
Vincenzo Parrinello
PERSONALE CONTATTATO
CARMELO LO FARO
N. PAZIENTI RICOVERATI
11

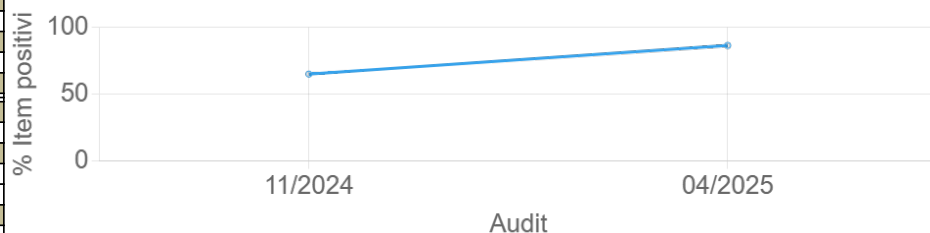


#### AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.		Chirurgia Maxillo Facciale SM				
Data		03/04/2025				
ID Valutazione		LG54	IA21	BG60	MM49	Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	SI	
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI	SI	SI	
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO	NO	SI	NO	
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	SI	NA	NA	
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	SI	NA	NA	
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	SI	NA	NA	
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	SI	
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NO	NO	NO	NO	
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	NO	SI	
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	SI	SI	
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO	NO	SI	SI	
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI	NO	SI	
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	NO	NO	NO	NO	
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	NA	NA	NA	NA	
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NA	NA	NA	NA	
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	NO	SI	

U.O.	Chirurgia Maxillo Facciale SM				
Data	03/04/2025				
ID Valutazione	LG54	IA21	BG60	MM49	Totale
19) È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	SI	
20) È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	SI	
21) In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	SI	NA	NA	
22) È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	
23) È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	
TOTALE SI	13	17	12	14	56
TOTALE NO	4	4	5	3	16
SOMMA	17	21	17	17	72
%SI	76,5%	81,0%	70,6%	82,4%	82,4%
%NO	23,5%	19,0%	29,4%	17,6%	22,2%

<b>Chirurgia Vascolare - SM</b>
<b>DIRETTORE / RESPONSABILE</b>
Dott. Turiano Salvatore
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dott.ssa Giuseppina Attanasio
<b>REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</b>
<b>DATA</b>
03/04/2025
<b>AUDITOR</b>
Morena Pennisi
Vincenzo Parrinello
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
NUNZIATA SINAGRA
<b>N. PAZIENTI RICOVERATI</b>
13



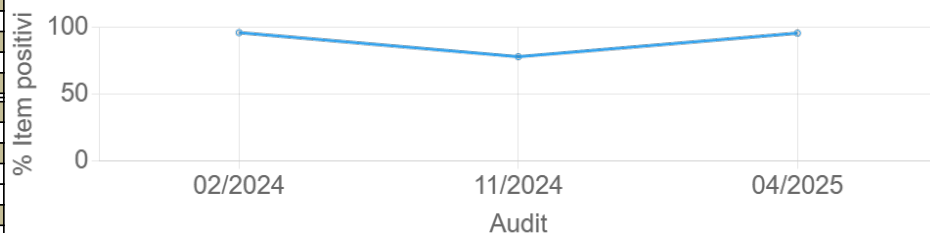
#### AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.		Chirurgia Vascolare SM					
Data		03/04/2025					
ID Valutazione		011526	2025-011526	012088	2025-012088	011253	Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	SI	SI	
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI	SI	SI	SI	
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	SI	SI	
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	SI	
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	NA	NA	
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	NA	NA	
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	NA	NA	
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	NO	SI	SI	SI	
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NO	NA	NO	NO	NO	
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	SI	
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	NO	SI	NO	SI	SI	
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	SI	SI	SI	
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	SI	SI	SI	SI	



U.O.	Chirurgia Vascolare SM					
Data	03/04/2025					
ID Valutazione	011526	2025-011526	012088	2025-012088	011253	Totale
14 È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	NO	SI	SI	SI	SI	
15 È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	NO	SI	NO	SI	NO	
16 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	NA	SI	NA	NO	NA	
17 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NA	SI	NA	SI	NA	
18 Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	SI	SI	
19 È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	
20 È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	SI	SI	
21 In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	NA	NA	NA	
22 È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	
23 È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	
TOTALE SI	13	17	14	17	15	76
TOTALE NO	4	1	3	2	2	12
SOMMA	17	18	17	19	17	88
%SI	76,5%	94,4%	82,4%	89,5%	88,2%	88,2%
%NO	23,5%	5,6%	17,6%	10,5%	11,8%	13,6%

<b>Dermatologia - SM</b>
<b>DIRETTORE / RESPONSABILE</b>
Prof. De Pasquale Rocco
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Sig.ra Tomasello Donatella
<b>REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</b>
<b>DATA</b>
03/04/2025
<b>AUDITOR</b>
Roberta Narciso
Maria Giovanna Cantone
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Tomasello Donatella
<b>N. PAZIENTI RICOVERATI</b>
446

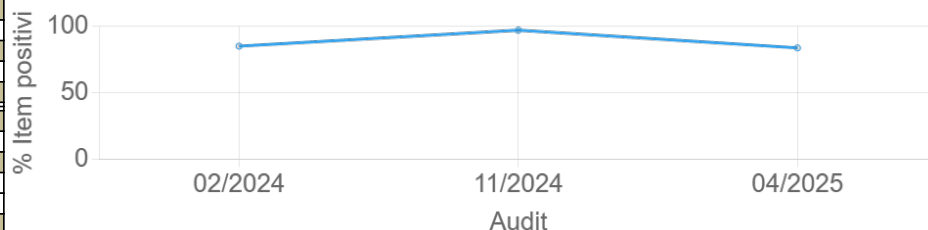


#### AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.		Dermatologia SM						
Data		03/04/2025						
ID	Valutazione	25003277	25003973	25003457	25003276	25002408	25003973bis	Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	

U.O.	Dermatologia SM						
Data	03/04/2025						
ID Valutazione	25003277	25003973	25003457	25003276	25002408	25003973bis	Totale
11 La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
12 Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
13 È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	SI	SI	NO	SI	SI	
14 È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
15 È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
16 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
17 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	SI	SI	SI	SI	SI	NO	
18 Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	NO	SI	SI	SI	
19 È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
20 È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
21 In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
22 È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	NO	SI	SI	SI	NO	
23 È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
<b>TOTALE SI</b>	<b>19</b>	<b>18</b>	<b>18</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>17</b>	<b>109</b>
<b>TOTALE NO</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>5</b>
<b>SOMMA</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	<b>114</b>
<b>%SI</b>	<b>100,0%</b>	<b>94,7%</b>	<b>94,7%</b>	<b>94,7%</b>	<b>100,0%</b>	<b>89,5%</b>	<b>89,5%</b>
<b>%NO</b>	<b>0,0%</b>	<b>5,3%</b>	<b>5,3%</b>	<b>5,3%</b>	<b>0,0%</b>	<b>10,5%</b>	<b>4,4%</b>

<b>Malattie Infettive e Tropicali - SM</b>
<b>DIRETTORE / RESPONSABILE</b>
Dr. Arturo Montineri
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr.ssa Giuseppa Scilletta
<b>REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</b>
<b>DATA</b>
03/04/2025
<b>AUDITOR</b>
Marco Torrisi
Giovanni Pedalino
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Spatafora Angelica
Alfio Gennaro

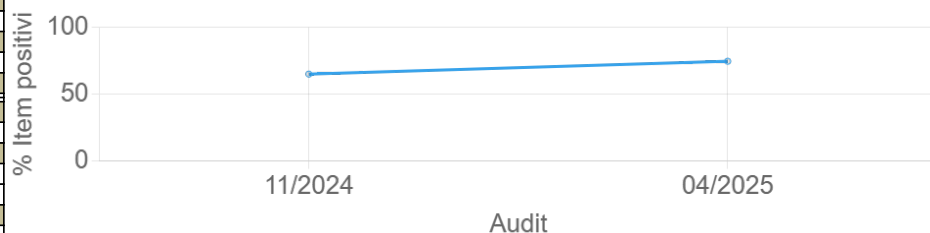


#### AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.		Malattie Infettive e Tropicali SM					
Data		03/04/2025					
ID Valutazione		prova	25/7228	25/7228/2	25/7228/3	25/7228/1	Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	SI	SI	
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI	SI	SI	SI	
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	NO	SI	SI	NO	
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	SI	
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	NA	NA	
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	NA	NA	
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	NA	NA	
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	SI	SI	SI	NO	
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	SI	
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	NO	SI	SI	
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	SI	SI	NO	
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	NO	NO	NO	NO	
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI	SI	SI	NO	

U.O.	Malattie Infettive e Tropicali SM					
Data	03/04/2025					
ID Valutazione	prova	25/7228	25/7228/2	25/7228/3	25/7228/1	Totale
15 È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	NO	SI	NO	SI	
16 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	NA	SI	NA	SI	
17 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	SI	NA	SI	NA	SI	
18 Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	SI	SI	
19 È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	
20 È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	NO	SI	SI	SI	
21 In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	NA	NA	NA	NA	
22 È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	NO	SI	SI	NO	
23 È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	
TOTALE SI	20	12	17	15	13	77
TOTALE NO	0	5	2	2	6	15
SOMMA	20	17	19	17	19	92
%SI	100,0%	70,6%	89,5%	88,2%	68,4%	68,4%
%NO	0,0%	29,4%	10,5%	11,8%	31,6%	16,3%

<b>MCAU - SM</b>
<b>DIRETTORE / RESPONSABILE</b>
Dr.ssa Paola Vittoria Noto
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Ferlito Alessandro
<b>REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</b>
<b>DATA</b>
03/04/2025
<b>AUDITOR</b>
Letizia Novello
Grazia Parasiliti
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Fichera Daniela
<b>N. PAZIENTI RICOVERATI</b>
10

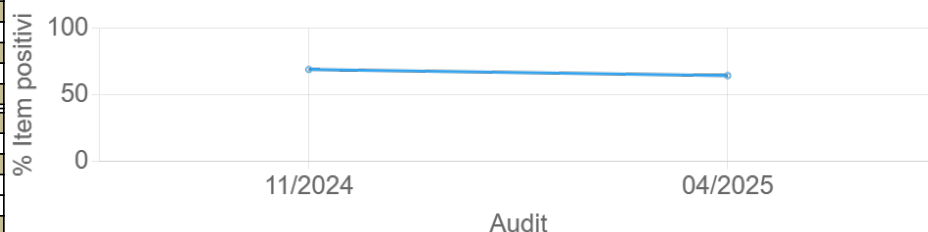


#### AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.		MCAU SM				
Data		03/04/2025				
ID Valutazione		2025011062bi8s	202512080	C.M	2025011062	Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	SI	
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI	NO	NO	
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO	NO	SI	SI	
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	NA	
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	NA	
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	NA	
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	NO	SI	
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	NO	NA	SI	
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	NO	SI	SI	SI	
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	NO	SI	
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	NO	NO	NO	
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI	SI	SI	

U.O.	MCAU SM				
Data	03/04/2025				
ID Valutazione	2025011062bi8s	202512080	C.M	2025011062	Totale
15 È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	NO	SI	SI	NO	
16 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	NA	SI	SI	NA	
17 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NA	NO	NO	NA	
18 Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	SI	
19 È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	SI	
20 È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	SI	
21 In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	NA	NA	
22 È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO	SI	NO	NO	
23 È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	
TOTALE SI	13	15	12	13	53
TOTALE NO	4	4	6	4	18
SOMMA	17	19	18	17	71
%SI	76,5%	78,9%	66,7%	76,5%	76,5%
%NO	23,5%	21,1%	33,3%	23,5%	25,4%

<b>Medicina Generale - SM</b>
<b>DIRETTORE / RESPONSABILE</b>
D.ssa Benedetta Stancanelli
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr. Salvatore Strano
<b>REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</b>
<b>DATA</b>
03/04/2025
<b>AUDITOR</b>
Marco Torrisi
Giovanni Pedalino
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Delli Eleni
Strano Salvatore



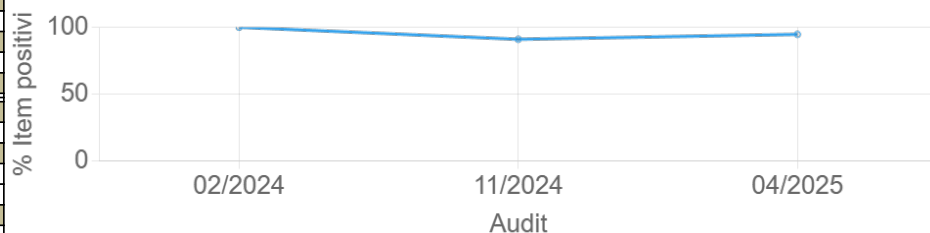
#### AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.	Medicina Generale SM					
Data	03/04/2025					
ID Valutazione	25/12622	25/11553	25/10320	25/11620	25/9166	Totale
1 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	SI	SI	
2 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	NO	SI	NO	SI	NO	
3 Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO	NO	NO	NO	NO	
4 Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	SI	
5 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	NA	NA	
6 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	NA	NA	
7 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	NA	NA	
8 È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	NO	SI	NO	SI	NO	
9 La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	SI	NA	SI	NA	
10 È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	NO	SI	NO	SI	NO	
11 La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	NA	SI	NA	SI	NA	
12 Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	NO	SI	SI	SI	
13 È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO	NO	NO	SI	NO	
14 È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	NO	SI	SI	SI	



U.O.	Medicina Generale SM					
Data	03/04/2025					
ID Valutazione	25/12622	25/11553	25/10320	25/11620	25/9166	Totale
15 È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	NO	SI	NO	SI	
16 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	NA	NO	NO	SI	
17 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	SI	NA	SI	NO	SI	
18 Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	NO	SI	SI	
19 È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	
20 È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	NO	SI	NO	
21 In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	NA	NA	NA	
22 È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	NO	NO	SI	NO	
23 È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	
TOTALE SI	12	11	8	15	10	56
TOTALE NO	5	6	9	4	7	31
SOMMA	17	17	17	19	17	87
%SI	70,6%	64,7%	47,1%	78,9%	58,8%	58,8%
%NO	29,4%	35,3%	52,9%	21,1%	41,2%	35,6%

<b>Nefrologia e Dialisi - SM</b>
<b>DIRETTORE / RESPONSABILE</b>
Dott.ssa Carmelina Marcantoni
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dott.ssa Agata Cannavò
<b>REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</b>
<b>DATA</b>
03/04/2025
<b>AUDITOR</b>
Roberta Narciso
Maria Giovanna Cantone
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Cannavò agata
<b>N. PAZIENTI RICOVERATI</b>
9

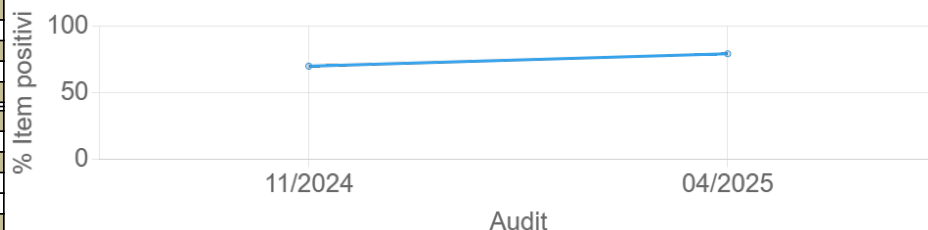


#### AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.		Nefrologia e Dialisi SM		
Data		03/04/2025		
ID Valutazione		250011913	250011681	Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI	
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO	SI	
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NO	SI	
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	SI	
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI	
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	SI	
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	SI	SI	
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	

U.O.		Nefrologia e Dialisi SM		
Data		03/04/2025		
ID Valutazione		250011913	250011681	Totale
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	
TOTALE SI		17	19	36
TOTALE NO		2	0	2
SOMMA		19	19	38
%SI		89,5%	100,0%	100,0%
%NO		10,5%	0,0%	5,3%

<b>Neurochirurgia - SM</b>
<b>DIRETTORE / RESPONSABILE</b>
Prof. Giuseppe Barbagallo
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Antonella Sarracino
<b>REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</b>
<b>DATA</b>
03/04/2025
<b>AUDITOR</b>
Morena Pennisi
Vincenzo Parrinello
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
CAMMARATA GIACOMO
SARRACINO ANTONELLA

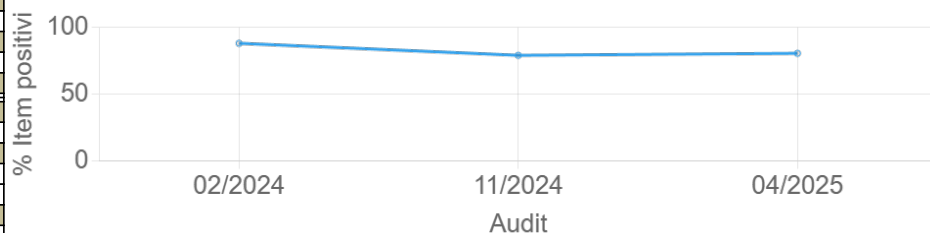


#### AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.	Neurochirurgia SM
Data	03/04/2025
ID Valutazione	012186 010524 012585 08652 Totale
1 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI SI SI SI
2 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	NO SI SI SI
3 Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO NO NO NO
4 Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI SI SI SI
5 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	SI SI NA NA
6 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	SI NO NA NA
7 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	SI SI NA NA
8 È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI SI SI SI
9 La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI SI NO NO
10 È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI SI SI SI
11 La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	NO NO SI NO
12 Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI SI SI SI
13 È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO SI SI SI
14 È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI SI SI SI
15 È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	NO SI SI SI
16 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	NA SI SI SI
17 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NA SI SI SI
18 Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI NO SI SI

U.O.	Neurochirurgia SM				
Data	03/04/2025				
ID Valutazione	012186	010524	012585	08652	Totale
19) È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	SI	
20) È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	NO	SI	SI	
21) In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	NO	NA	NA	
22) È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO	SI	SI	SI	
23) È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	
TOTALE SI	15	17	17	16	65
TOTALE NO	6	6	2	3	17
SOMMA	21	23	19	19	82
%SI	71,4%	73,9%	89,5%	84,2%	84,2%
%NO	28,6%	26,1%	10,5%	15,8%	20,7%

<b>Oculistica - SM</b>
DIRETTORE / RESPONSABILE
Dott. Davide Scollo
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Sig.ra Concetta Tripiciano
REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
DATA
03/04/2025
AUDITOR
Raffaele Iorfida
Francesco Minio
PERSONALE CONTATTATO
SFOGLIANO
N. PAZIENTI RICOVERATI
8

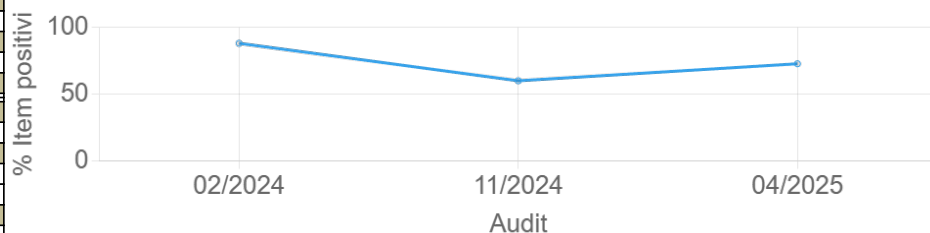


#### AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.		Oculistica SM		
Data		03/04/2025		
ID Valutazione		2773/25	5862/25	Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI	
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	NO	
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NO	NA	
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NO	NA	
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NO	NA	
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	NO	SI	
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NO	
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	SI	
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI	
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	SI	
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	SI	SI	
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	

U.O.		Oculistica SM		
Data		03/04/2025		
ID Valutazione		2773/25	5862/25	Totale
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NO	NA	
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO	SI	
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	
TOTALE SI		16	17	33
TOTALE NO		6	2	8
SOMMA		22	19	41
%SI		72,7%	89,5%	89,5%
%NO		27,3%	10,5%	19,5%

<b>Ortopedia - SM</b>	
<b>DIRETTORE / RESPONSABILE</b>	
Dott. Bruno Giulio	
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>	
Dott. David Simone Vinci	
<b>REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</b>	
<b>DATA</b>	
03/04/2025	
<b>AUDITOR</b>	
Letizia Novello	
Grazia Parasiliti	
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>	
Zuccalà Danilo	
<b>N. PAZIENTI RICOVERATI</b>	
20	



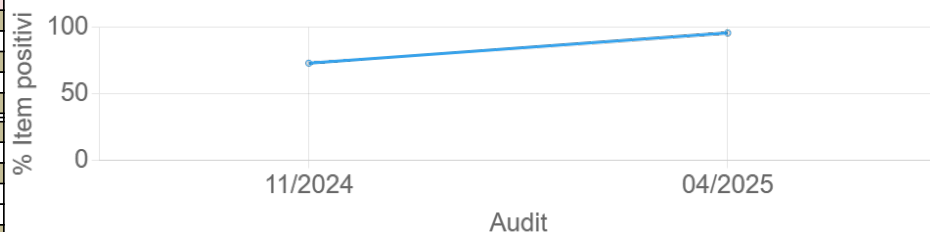
#### AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.		Ortopedia SM					
Data		03/04/2025					
ID Valutazione		2025012055	2025011763	2025012070	2025012070bis	2025012070tris	Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	SI	SI	
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI	NO	NO	SI	
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO	SI	NO	SI	SI	
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	SI	
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	NA	NA	
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	NA	NA	
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	NA	NA	
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	NO	SI	SI	



U.O.		Ortopedia SM					
Data		03/04/2025					
ID	Valutazione	2025012055	2025011763	2025012070	2025012070bis	2025012070tris	Totale
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	SI	NA	SI	SI	
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	SI	
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	SI	SI	SI	
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	NO	NO	SI	
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	NO	NO	NO	NO	
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI	NO	NO	SI	
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	NO	NO	SI	SI	SI	
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	NA	NA	NA	NO	NO	
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NA	NA	NA	NO	NO	
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	SI	SI	
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	NO	NO	SI	
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	SI	SI	
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	NA	NA	NA	
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	NO	NO	NO	SI	
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	
TOTALE SI		15	14	8	11	16	64
TOTALE NO		2	3	8	8	3	24
SOMMA		17	17	16	19	19	88
%SI		88,2%	82,4%	50,0%	57,9%	84,2%	84,2%
%NO		11,8%	17,6%	50,0%	42,1%	15,8%	27,3%

<b>Ostetricia e Ginecologia - SM</b>
<b>DIRETTORE / RESPONSABILE</b>
Dr. Antonino Rapisarda
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Sig.ra Atanasio Giusi
<b>REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</b>
<b>DATA</b>
03/04/2025
<b>AUDITOR</b>
Lorenzo Belvedere
Giuseppina Coco
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
atanasio giuseppa

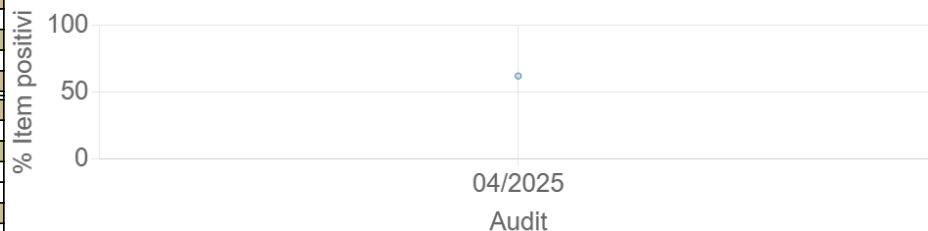


#### AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.	Ostetricia e Ginecologia SM					
Data	03/04/2025					
ID Valutazione	12390	12151	10224	12283	12252	Totale
1 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	SI	SI	
2 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI	SI	SI	SI	
3 Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	SI	SI	
4 Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	SI	
5 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	NA	NA	
6 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	NA	NA	
7 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	NA	NA	
8 È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	
9 La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	SI	SI	SI	SI	
10 È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	SI	
11 La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	SI	SI	SI	
12 Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	NO	SI	SI	SI	SI	
13 È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO	SI	SI	SI	SI	
14 È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	NO	SI	SI	SI	SI	
15 È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	NO	SI	
16 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	SI	SI	NA	SI	
17 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	SI	SI	SI	NA	SI	

U.O.		Ostetricia e Ginecologia SM					
Data		03/04/2025					
ID	Valutazione	12390	12151	10224	12283	12252	Totale
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	SI	SI	
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	SI	SI	
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	NA	NA	NA	
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	
TOTALE SI		16	19	19	16	19	89
TOTALE NO		3	0	0	1	0	4
SOMMA		19	19	19	17	19	93
%SI		84,2%	100,0%	100,0%	94,1%	100,0%	100,0%
%NO		15,8%	0,0%	0,0%	5,9%	0,0%	4,3%

<b>Patologia Ostetrica - SM</b>
<b>DIRETTORE / RESPONSABILE</b>
Prof. Marco Palumbo
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr.ssa Agata Distefano
<b>REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</b>
<b>DATA</b>
03/04/2025
<b>AUDITOR</b>
Lorenzo Belvedere
Giuseppina Coco
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Agata distefano
<b>N. PAZIENTI RICOVERATI</b>
17

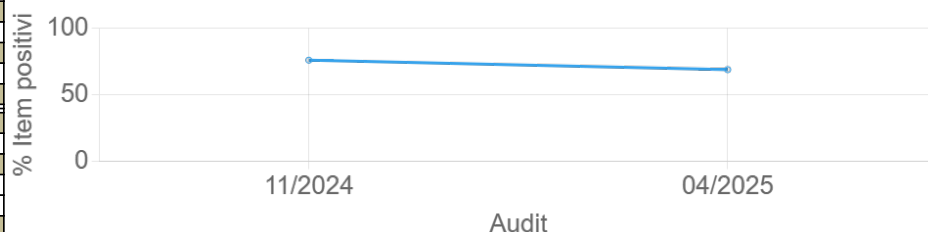


#### AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.		Patologia Ostetrica SM					
Data		03/04/2025					
ID Valutazione		12343	11642	12432	12357	11962	Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	SI	SI	
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	NO	SI	SI	SI	SI	
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO	NO	NO	SI	NO	
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	SI	
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	NA	NA	
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	NA	NA	
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	NA	NA	
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	SI	NO	
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	SI	SI	SI	NA	
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	NO	
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	SI	SI	NA	
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	NO	SI	SI	NO	NO	
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO	NO	NO	NO	NO	
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	NO	SI	SI	NO	NO	
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	NO	NO	NO	SI	SI	
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	NA	NA	NA	SI	SI	

U.O.	Patologia Ostetrica SM					
Data	03/04/2025					
ID Valutazione	12343	11642	12432	12357	11962	Totale
17 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NA	NA	NA	NO	SI	
18 Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	SI	SI	
19 È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	NO	NO	SI	
20 È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	SI	SI	
21 In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	NA	NA	NA	
22 È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO	NO	NO	NO	NO	
23 È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	NO	NO	NO	NO	
TOTALE SI	10	12	11	12	9	54
TOTALE NO	7	5	6	7	8	33
SOMMA	17	17	17	19	17	87
%SI	58,8%	70,6%	64,7%	63,2%	52,9%	52,9%
%NO	41,2%	29,4%	35,3%	36,8%	47,1%	37,9%

<b>Pediatria e P.S. Pediatrico - SM</b>
<b>DIRETTORE / RESPONSABILE</b>
Dr.ssa Milena La Spina
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Agrippino Speranza
<b>REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</b>
<b>DATA</b>
03/04/2025
<b>AUDITOR</b>
Letizia Novello
Grazia Parasiliti
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
tardino Lucia
Agrippino Speranza

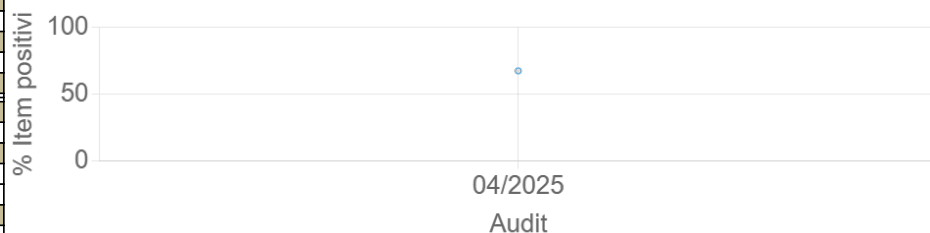


#### AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.		Pediatria e P.S. Pediatrico SM					
Data		03/04/2025					
ID Valutazione		12628	11186	12113	12046	12046bis	Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	SI	SI	
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI	SI	SI	SI	
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	SI	SI	
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	SI	
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	SI	
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NO	SI	SI	SI	SI	
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NO	NO	NO	NO	NO	
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	NO	NO	SI	SI	NO	
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	NO	NO	NA	
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	SI	
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	SI	SI	SI	
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	NO	SI	SI	SI	SI	
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO	SI	NO	SI	NO	
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	NO	NO	NO	NO	NO	
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	NO	SI	NO	SI	NO	
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	NA	SI	NA	SI	NA	

U.O.	Pediatria e P.S. Pediatrico SM					
Data	03/04/2025					
ID Valutazione	12628	11186	12113	12046	12046bis	Totale
17 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NA	SI	NA	SI	NA	
18 Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	SI	SI	
19 È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	NO	SI	NO	SI	SI	
20 È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	SI	SI	
21 In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	SI	SI	SI	SI	
22 È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO	NO	NO	NO	NO	
23 È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	NO	SI	NO	SI	NO	
TOTALE SI	10	18	13	19	13	73
TOTALE NO	10	4	8	4	7	33
SOMMA	20	22	21	23	20	106
%SI	50,0%	81,8%	61,9%	82,6%	65,0%	65,0%
%NO	50,0%	18,2%	38,1%	17,4%	35,0%	31,1%

<b>Pronto Soccorso Generale - SM</b>
<b>DIRETTORE / RESPONSABILE</b>
Dr.ssa Paola Vittoria Noto
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Sig.ra Gisella Vecchio
<b>REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</b>
<b>DATA</b>
03/04/2025
<b>AUDITOR</b>
Fabiola Ferlisi
Catia Arena
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Cannata Andrea
<b>N. PAZIENTI RICOVERATI</b>
25



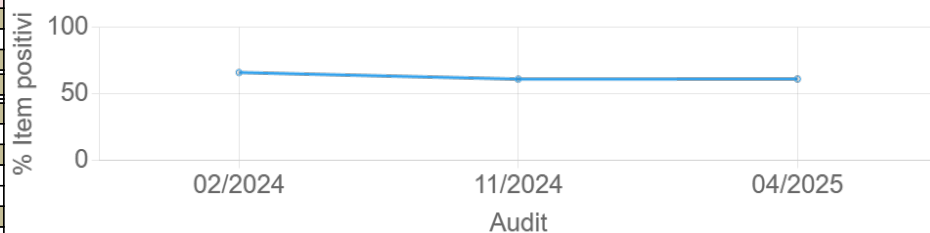
#### AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.		Pronto Soccorso Generale SM					
Data		03/04/2025					
ID Valutazione		12727	000861	010942	00978	001154	Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	SI	SI	
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	NO	NO	NO	NO	NO	
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	SI	SI	
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	SI	
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	NA	NA	
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	NA	NA	
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	NA	NA	
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	NO	NO	SI	NO	
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NO	NA	NA	NO	NA	
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	SI	
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	SI	SI	SI	
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	NO	NO	SI	NO	
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO	NO	NO	NO	NO	
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	NO	SI	SI	NO	
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	NO	SI	NO	NO	



U.O.	Pronto Soccorso Generale SM					
Data	03/04/2025					
ID Valutazione	12727	000861	010942	00978	001154	Totale
16 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	NA	SI	NA	NA	
17 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	SI	NA	SI	NA	NA	
18 Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	SI	SI	
19 È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	
20 È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	SI	SI	
21 In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	NA	NA	NA	
22 È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO	NO	NO	NO	NO	
23 È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	
<b>TOTALE SI</b>	<b>15</b>	<b>9</b>	<b>13</b>	<b>12</b>	<b>9</b>	<b>58</b>
<b>TOTALE NO</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>28</b>
<b>SOMMA</b>	<b>19</b>	<b>16</b>	<b>18</b>	<b>17</b>	<b>16</b>	<b>86</b>
<b>%SI</b>	<b>78,9%</b>	<b>56,3%</b>	<b>72,2%</b>	<b>70,6%</b>	<b>56,3%</b>	<b>56,3%</b>
<b>%NO</b>	<b>21,1%</b>	<b>43,8%</b>	<b>27,8%</b>	<b>29,4%</b>	<b>43,8%</b>	<b>32,6%</b>

<b>Radiologia - SM</b>
DIRETTORE / RESPONSABILE
Dr. Romeo Placido
COORDINATORE INFERMIERISTICO
REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
DATA
03/04/2025
AUDITOR
Morena Pennisi
Vincenzo Parrinello
PERSONALE CONTATTATO
Amato Giorgio
Scuderi Agata

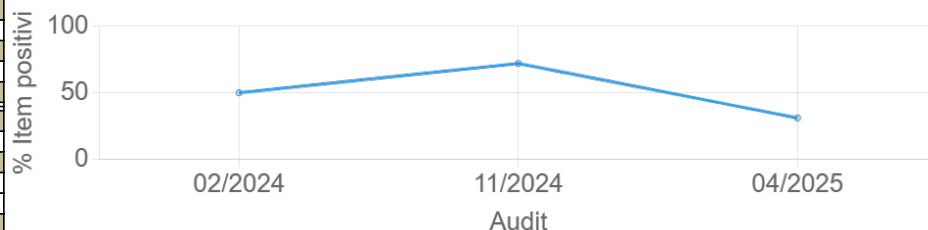


#### AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.		Radiologia SM							
Data		03/04/2025							
ID Valutazione		10524/25	71/25	4548	25/7779	25/3510	25/12109	11186	Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	NO	SI	SI	NO	NO	
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI	NA	SI	SI	NA	NA	
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	NA	NA	NA	SI	
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	NA	NA	NA	SI	
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NO	
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NO	SI	NA	NA	NA	NA	
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	NO	NO	SI	NO	NA	NA	SI	
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	

U.O.	Radiologia SM							
Data	03/04/2025							
ID Valutazione	10524/25	71/25	4548	25/7779	25/3510	25/12109	11186	Totale
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	NO	SI	SI	NO	SI	NO	SI
TOTALE SI		9	16	13	8	11	5	15
TOTALE NO		9	3	5	10	6	11	5
SOMMA		18	19	18	18	17	16	20
%SI		50,0%	84,2%	72,2%	44,4%	64,7%	31,3%	75,0%
%NO		50,0%	15,8%	27,8%	55,6%	35,3%	68,8%	25,0%

<b>Reumatologia - SM</b>
<b>DIRETTORE / RESPONSABILE</b>
Dr. Rosario Foti
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Scuderi Agata
<b>REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</b>
<b>DATA</b>
03/04/2025
<b>AUDITOR</b>
Fabiola Ferlisi
Catia Arena
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Amato Giorgio
Scuderi Agata

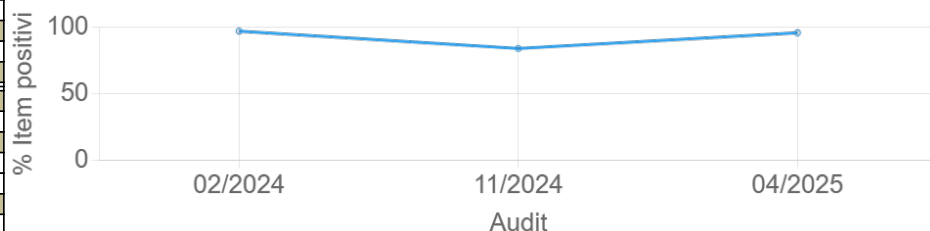


#### AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.	Reumatologia SM			
Data	03/04/2025			
ID Valutazione	2297	1822	4548	Totale
1 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	
2 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI	SI	
3 Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO	NO	NO	
4 Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	NO	NO	
5 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	
6 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	
7 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	
8 È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	NO	NO	NO	
9 La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	NA	
10 È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	NO	NO	NO	
11 La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	NA	NA	NA	
12 Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	NO	NO	NO	
13 È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO	NO	NO	
14 È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	NO	NO	NO	
15 È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	NO	NO	NO	
16 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	NA	NA	NA	
17 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NA	NA	NA	
18 Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	NO	NO	NO	
19 È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	NO	NO	
20 È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	
21 In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	NA	

U.O.	Reumatologia SM			
Data	03/04/2025			
ID Valutazione	2297	1822	4548	Totale
22 È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO	NO	NO	
23 È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	
TOTALE SI	6	4	4	14
TOTALE NO	9	11	11	31
SOMMA	15	15	15	45
%SI	40,0%	26,7%	26,7%	26,7%
%NO	60,0%	73,3%	73,3%	68,9%

<b>Terapia del Dolore - SM</b>
<b>DIRETTORE / RESPONSABILE</b>
Dr. Salvatore Caramma
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Falbo Lucia
<b>REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</b>
<b>DATA</b>
03/04/2025
<b>AUDITOR</b>
Fabiola Ferlisi
Catia Arena
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Caramma Salvatore
Zappietro Giuseppe
<b>N. PAZIENTI RICOVERATI</b>
5

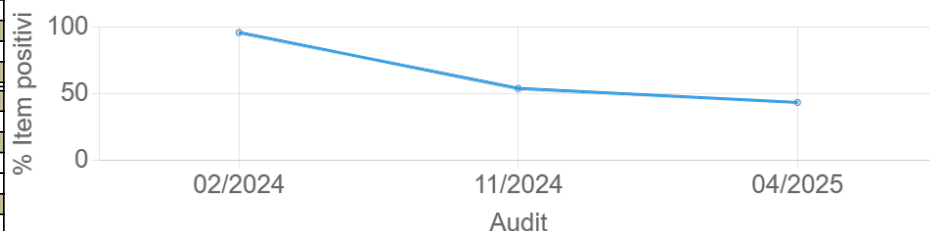


#### AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.		Terapia del Dolore SM					
Data		03/04/2025					
ID Valutazione		12376	12380	12381	12372	12377	Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	SI	SI	
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI	SI	SI	NO	
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	SI	SI	
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	SI	
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	NA	NA	
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	NA	NA	
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	NA	NA	
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	NO	SI	SI	SI	
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	SI	
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	SI	SI	SI	
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	SI	SI	SI	
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	SI	SI	SI	NO	
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI	SI	SI	SI	
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	SI	

U.O.	Terapia del Dolore SM					
Data	03/04/2025					
ID Valutazione	12376	12380	12381	12372	12377	Totale
16 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	SI	SI	SI	SI	
17 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	SI	SI	SI	SI	SI	
18 Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	SI	SI	
19 È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	
20 È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	SI	SI	
21 In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	NA	NA	NA	
22 È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	NO	
23 È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	
<b>TOTALE SI</b>	<b>19</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	<b>16</b>	<b>91</b>
<b>TOTALE NO</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>SOMMA</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	<b>95</b>
<b>%SI</b>	<b>100,0%</b>	<b>94,7%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>84,2%</b>	<b>84,2%</b>
<b>%NO</b>	<b>0,0%</b>	<b>5,3%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>15,8%</b>	<b>4,2%</b>

<b>Urologia - SM</b>
<b>DIRETTORE / RESPONSABILE</b>
Dott. Salvatore Bartolotta
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dott.ssa Maria Antonietta Meli
<b>REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</b>
<b>DATA</b>
03/04/2025
<b>AUDITOR</b>
Marco Torrisi
Giovanni Pedalino
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Livio Fiorino
Salomone Costanza
<b>N. PAZIENTI RICOVERATI</b>
15



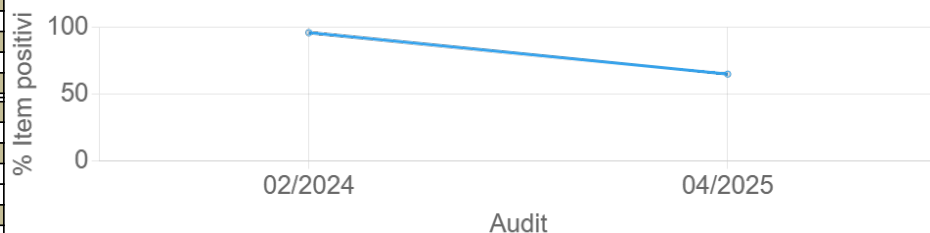
#### AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.		Urologia SM				
Data		03/04/2025				
ID Valutazione		25/12192	25/12259	24/12412	25/12530	Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	NO	NO	SI	SI	
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	NA	NA	SI	SI	
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO	NO	SI	SI	
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	NO	NO	SI	SI	
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	NA	
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	NA	
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	NA	
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	NO	NO	SI	NO	
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	NO	NA	
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	NO	SI	SI	NO	
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	NA	SI	SI	NA	
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	NO	SI	NO	NO	
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO	NO	NO	NO	
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	NO	NO	NO	NO	
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	



U.O.		Urologia SM				
Data		03/04/2025				
ID	Valutazione	25/12192	25/12259	24/12412	25/12530	Totale
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	SI	SI	SI	
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	SI	SI	SI	SI	
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	NO	NO	SI	NO	
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	NO	NO	SI	NO	
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	NO	NO	SI	NO	
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	NA	NA	
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO	NO	NO	NO	
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	NO	NO	SI	NO	
TOTALE SI		3	6	14	7	30
TOTALE NO		13	11	5	10	39
SOMMA		16	17	19	17	69
%SI		18,8%	35,3%	73,7%	41,2%	41,2%
%NO		81,3%	64,7%	26,3%	58,8%	56,5%

<b>UTIN - SM</b>
<b>DIRETTORE / RESPONSABILE</b>
Dr Marco Saporito
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Elvira Parrinello
<b>REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</b>
<b>DATA</b>
03/04/2025
<b>AUDITOR</b>
Lorenzo Belvedere
Giuseppina Coco
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
carmelina spadaro
<b>N. PAZIENTI RICOVERATI</b>
9



#### AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.		UTIN SM					
Data		03/04/2025					
ID	Valutazione	A.L. 2025	190903	G.G.2025	S.S.M.2025	:M.2025	Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	SI	SI	
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	NO	NO	SI	SI	SI	
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	NO	NO	NO	
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	SI	
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	SI	
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	SI	NO	SI	SI	SI	
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NO	NO	SI	NO	NO	
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	SI	SI	SI	SI	
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	NO	SI	NO	SI	
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	NA	SI	NA	SI	
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	NO	SI	NO	SI	NO	
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO	NO	NO	NO	NO	
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	NO	NO	NO	NO	NO	

U.O.		UTIN SM					
Data		03/04/2025					
ID Valutazione		A.L. 2025	190903	G.G.2025	S.S.M.2025	M.2025	Totale
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	NO	NO	NO	NO	NO	
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	NA	NA	NA	NA	NA	
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NA	NA	NA	NA	NA	
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	SI	SI	
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	SI	SI	
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	SI	SI	SI	SI	
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO	NO	NO	NO	NO	
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	NO	SI	
TOTALE SI		14	12	15	12	14	67
TOTALE NO		7	8	6	8	7	36
SOMMA		21	20	21	20	21	103
%SI		66,7%	60,0%	71,4%	60,0%	66,7%	66,7%
%NO		33,3%	40,0%	28,6%	40,0%	33,3%	35,0%

## Conclusioni

---

### Risultanze dell'audit

---

Sono stati valutati 215 moduli di registrazione del consenso per l'esecuzione di procedure non anestesiológicas (120 del P.O. Rodolico e 95 del P.O. San Marco) relativi a 53 UU.OO. (30 del P.O. Rodolico e 23 del P.O. San Marco) su 998 pazienti ricoverati nel momento dell'audit (350 del P.O. Rodolico e 648 del P.O. San Marco).

Sui 215 moduli di consenso valutati 99 erano relativi a procedure chirurgiche o endoscopiche, 56 a trasfusioni e 60 ad altri atti sanitari non anestesiológicos.

Dall'analisi dei risultati relativi alle modalità di gestione della registrazione dell'attività di acquisizione del consenso informato non anestesiológico emerge che in nessun modulo / In soli 10 moduli di registrazione del consenso informato è stato raggiunto lo standard di gestione di tale attività (100% di item positivi).

### Riepilogo P.O. San Marco

N. U.O.:	23	N. Valutazioni:	95	N. Pazienti ricoverati:	648
----------	----	-----------------	----	-------------------------	-----

Consenso informato NON anestesiológico		n. items positivi	n. item applicabili	% items positivi
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	90	95	94,7%
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	69	90	76,7%
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	55	95	57,9%
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	91	95	95,8%
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	19	20	95,0%
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	15	20	75,0%
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	8	20	40,0%
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	70	95	73,7%
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	47	70	67,1%
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	82	95	86,3%
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	71	82	86,6%
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	70	95	73,7%
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	40	95	42,1%
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	58	95	61,1%
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	56	95	58,9%
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	48	56	85,7%
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	47	56	83,9%
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	83	95	87,4%
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	83	95	87,4%
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	87	95	91,6%
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	18	20	90,0%
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	40	95	42,1%
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	81	95	85,3%
<b>TOTALE</b>		<b>1328</b>	<b>1764</b>	<b>75,3%</b>

**Riepilogo P.O. G. Rodolico**

N. U.O.:	30	N. Valutazioni:	120	N. Pazienti ricoverati:	350
----------	----	-----------------	-----	-------------------------	-----

Consenso informato NON anestesiológico		n. items positivi	n. item applicabili	% items positivi
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	117	120	97,5%
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	82	118	69,5%
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	78	120	65,0%
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	118	120	98,3%
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	14	24	58,3%
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	9	14	64,3%
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	9	15	60,0%
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	102	120	85,0%
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	77	103	74,8%
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	109	120	90,8%
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	98	111	88,3%
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	100	120	83,3%
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	67	120	55,8%
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	93	120	77,5%
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	85	110	77,3%
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	80	86	93,0%
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	68	87	78,2%
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	114	120	95,0%
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	113	120	94,2%
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	115	120	95,8%
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	12	16	75,0%
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	70	120	58,3%
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	104	120	86,7%
<b>TOTALE</b>		<b>1834</b>	<b>2244</b>	<b>81,7%</b>

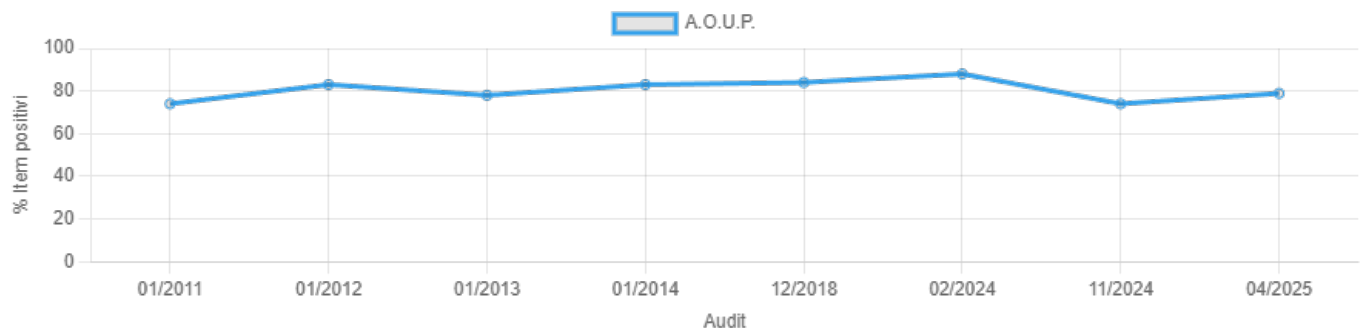
### Riepilogo A.O.U.P

N. U.O.:	53	N. Valutazioni:	215	N. Pazienti ricoverati:	998
----------	----	-----------------	-----	-------------------------	-----

Consenso informato NON anestesiológico		n. items positivi	n. item applicabili	% items positivi
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	207	215	96,3%
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	151	208	72,6%
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	133	215	61,9%
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	209	215	97,2%
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	33	44	75,0%
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	24	34	70,6%
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	17	35	48,6%
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	172	215	80,0%
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	124	173	71,7%
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	191	215	88,8%
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	169	193	87,6%
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	170	215	79,1%
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	107	215	49,8%
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	151	215	70,2%
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	141	205	68,8%
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	128	142	90,1%
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	115	143	80,4%
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	197	215	91,6%
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	196	215	91,2%
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	202	215	94,0%
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	30	36	83,3%
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	110	215	51,2%
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	185	215	86,0%
<b>TOTALE</b>		<b>3162</b>	<b>4008</b>	<b>78,9%</b>



PRESIDIO	U.O.	TOTALE ITEM POSITIVI	TOTALE ITEM APPLICABILI	PERCENTUALE ITEM POSITIVI	RAGGIUNGIMENTO STANDARD
GR	Talassemia	171	171	100,0%	raggiunto
GR	Trapianti di Midollo Osseo (TMO)	92	95	96,8%	spesso raggiunto
SM	Terapia del Dolore	91	95	95,8%	spesso raggiunto
SM	Ostetricia e Ginecologia	89	93	95,7%	spesso raggiunto
SM	Dermatologia	109	114	95,6%	spesso raggiunto
SM	Nefrologia e Dialisi	36	38	94,7%	spesso raggiunto
GR	Ematologia (Degenza)	103	110	93,6%	spesso raggiunto
GR	Clinica Urologica	91	99	91,9%	spesso raggiunto
GR	Chirurgia Vascolare (Degenza)	102	111	91,9%	spesso raggiunto
GR	Ematologia DH	81	89	91,0%	spesso raggiunto
GR	Clinica Ortopedica	56	62	90,3%	spesso raggiunto
GR	Clinica Neurologica	46	52	88,5%	spesso raggiunto
GR	Chirurgia Pediatrica	51	58	87,9%	spesso raggiunto
SM	Chirurgia Vascolare	76	88	86,4%	spesso raggiunto
SM	Broncopneumologia Pediatrica	72	84	85,7%	spesso raggiunto
GR	Oncoematologia pediatrica	89	105	84,8%	spesso raggiunto
SM	Cardiologia e UTIC	32	38	84,2%	spesso raggiunto
GR	Cardiochirurgia	47	56	83,9%	spesso raggiunto
SM	Malattie Infettive e Tropicali	77	92	83,7%	spesso raggiunto
GR	Otorinolaringoiatria	47	57	82,5%	spesso raggiunto
GR	Anestesia e Rianimazione III	45	55	81,8%	spesso raggiunto
GR	Ostetricia e Ginecologia	62	76	81,6%	spesso raggiunto
SM	Oculistica	33	41	80,5%	spesso raggiunto
GR	Clinica Pediatrica	16	20	80,0%	spesso raggiunto
GR	Medicina Interna	72	90	80,0%	spesso raggiunto
GR	Cardiologia (Degenza)	43	54	79,6%	parzialmente raggiunto
SM	Neurochirurgia	65	82	79,3%	parzialmente raggiunto
GR	MCAU	76	96	79,2%	parzialmente raggiunto
GR	Chirurgia Toracica	75	95	78,9%	parzialmente raggiunto
SM	Chirurgia Generale	30	38	78,9%	parzialmente raggiunto
SM	Chirurgia Maxillo Facciale	56	72	77,8%	parzialmente raggiunto
SM	Anestesia e Rianimazione	16	21	76,2%	parzialmente raggiunto
GR	Medicina Generale	59	78	75,6%	parzialmente raggiunto
SM	MCAU	53	71	74,6%	parzialmente raggiunto
GR	UTIN	44	60	73,3%	parzialmente raggiunto
SM	Ortopedia	64	88	72,7%	parzialmente raggiunto
GR	Anestesia e Rianimazione I	16	22	72,7%	parzialmente raggiunto
GR	Centro Trapianti	62	86	72,1%	parzialmente raggiunto
GR	UTIC	35	50	70,0%	parzialmente raggiunto
GR	Gastroenterologia	39	56	69,6%	parzialmente raggiunto
GR	Pneumologia	62	90	68,9%	parzialmente raggiunto
SM	Pediatria e P.S. Pediatrico	73	106	68,9%	parzialmente raggiunto
SM	Pronto Soccorso Generale	58	86	67,4%	parzialmente raggiunto
SM	UTIN	67	103	65,0%	parzialmente raggiunto
GR	Clinica Chirurgica	35	54	64,8%	parzialmente raggiunto
SM	Medicina Generale	56	87	64,4%	parzialmente raggiunto
GR	Chirurgia Generale III	50	79	63,3%	parzialmente raggiunto
SM	Patologia Ostetrica	54	87	62,1%	parzialmente raggiunto
GR	Chirurgia Generale II	44	72	61,1%	parzialmente raggiunto
SM	Radiologia	77	126	61,1%	parzialmente raggiunto
GR	Pronto Soccorso Generale	23	46	50,0%	parzialmente raggiunto
SM	Urologia	30	69	43,5%	non raggiunto
SM	Reumatologia	14	45	31,1%	non raggiunto



#### Considerazioni finali

---

Il livello di raggiungimento degli standard è stato attribuito nel modo seguente:

meno del 50%  
da 50% a 79%  
da 80% a 99%  
100%

non raggiunto  
parzialmente raggiunto  
spesso raggiunto  
raggiunto

Esito	
N. UU.OO. con tutti gli item positivi	N. UU.OO.
1	53
non raggiunto	1.9%

Esito	
Valutazioni con tutti gli item positivi	N. valutazioni
29	215
non raggiunto	13.5%

Data 27/05/2025