
Consenso informato NON anestesiologico
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

Ostetricia e Ginecologia - SM	98
Patologia Ostetrica - SM	100
Pediatria e P.S. Pediatrico - SM	102
Pronto Soccorso Generale - SM	104
Radiologia - SM	106
Reumatologia - SM	108
Terapia del Dolore - SM	110
Urologia - SM	112
UTIN - SM	114
Conclusioni	116
Risultanze dell'audit	117
Riepilogo P.O. San Marco	118
Riepilogo P.O. G. Rodolico	119
Riepilogo A.O.U.P	120
Considerazioni finali	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 26/01/2024 "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"	
		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 anestesiologiche.

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 prospettati 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 comorbidità 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.

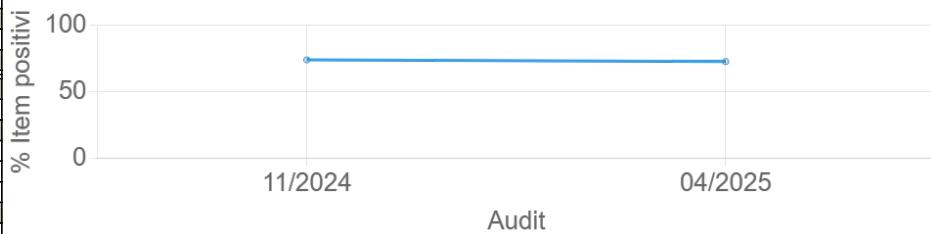
I risultati sono presentati per presidio, per unità operativa e per requisito.



P.O. G. Rodolico



Anestesia e Rianimazione I - GR	
DIRETTORE / RESPONSABILE	Dott. Paolo Murabito
COORDINATORE INFERMIERISTICO	Dott. Alfio Castro
REFERENTI PER LA QUALITA' 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

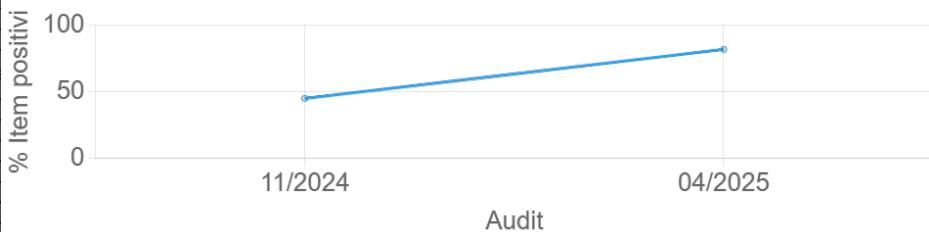
U.O.	Anestesia e Rianimazione I GR	
Data	08/05/2025	
ID Valutazione	7361/2025	Totale
1 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	
2 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	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%



Anestesia e Rianimazione III - GR	
DIRETTORE / RESPONSABILE	
Dott. Ettore Panascia	
COORDINATORE INFERMIERISTICO	
Dott. Paolo Imbrogio	
REFERENTI PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO	
DATA	
08/05/2025	
AUDITOR	
Eugenio Santo Trimarchi	
Patrizia Auteri	
Maria luisa strazzeri	
PERSONALE CONTATTATO	
I.P. La Porta Elisa	
Dr.ssa Santonocito Cristina	
N. PAZIENTI RICOVERATI	
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 comorbilità 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
TOTALE NO		0	6	4
SOMMA		19	17	19
%SI		100,0%	64,7%	78,9%
%NO		0,0%	35,3%	21,1%
				18,2%

Cardiochirurgia - GR	
DIRETTORE / RESPONSABILE	
Dott. Salvatore Lentini	
COORDINATORE INFERMIERISTICO	
Dott. Maurizio Di Rocco	
REFERENTI PER LA QUALITA' 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 comorbilità 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%

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



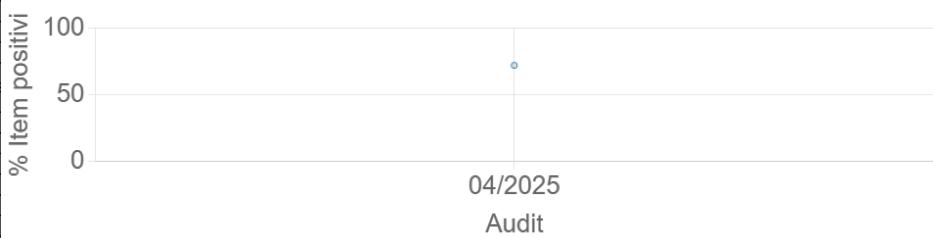
AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.	Cardiologia (Degenza) GR			
	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 comorbilità 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%

Centro Trapianti - GR	
DIRETTORE / RESPONSABILE	
Prof. PierFrancesco Veroux	
COORDINATORE INFERMIERISTICO	
Dott.ssa Di Bartolo Caterina	
REFERENTI PER LA QUALITA' 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

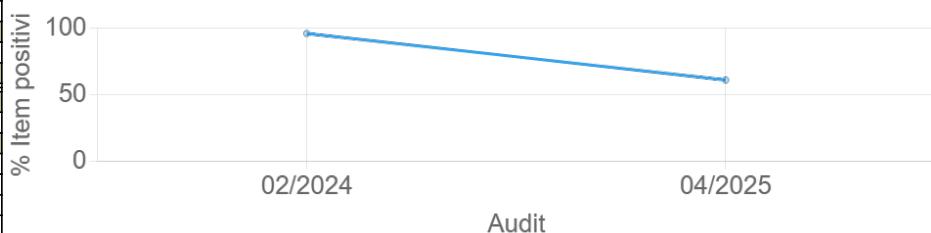
U.O.	Centro Trapianti GR				
Data	08/05/2025				
ID Valutazione	15842/25	16404/25	16022/25	16287/25	16042/25
1 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	SI	SI
2 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (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
TOTALE NO		5	3	5	6	5
SOMMA		17	16	19	17	17
%SI		70,6%	81,3%	73,7%	64,7%	70,6%
%NO		29,4%	18,8%	26,3%	35,3%	29,4%
						70,6%
						27,9%



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



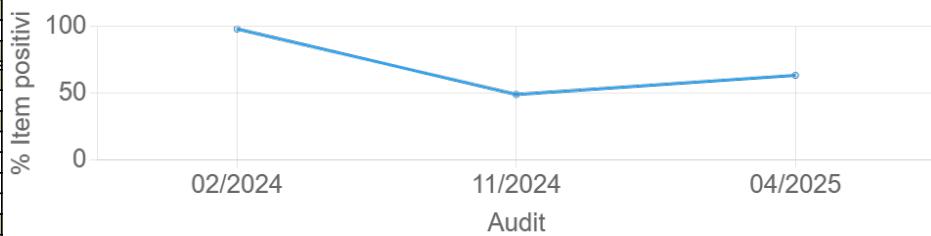
AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

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 comorbilità 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%

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



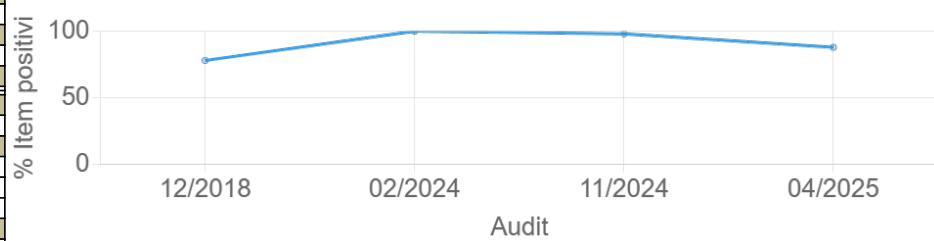
AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.	Chirurgia Generale III GR				
	08/05/2025				
ID Valutazione	10447/2025 0000 16394/2025 16383/2025				
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 comorbilità 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	
TOTALE SI	15	15	7	13	50
TOTALE NO	4	7	12	6	29
SOMMA	19	22	19	19	79
%SI	78,9%	68,2%	36,8%	68,4%	68,4%
%NO	21,1%	31,8%	63,2%	31,6%	36,7%

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



AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.	Chirurgia Pediatrica GR		
Data	08/05/2025		
ID Valutazione	15782	16025	16352
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 comorbilità 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%



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



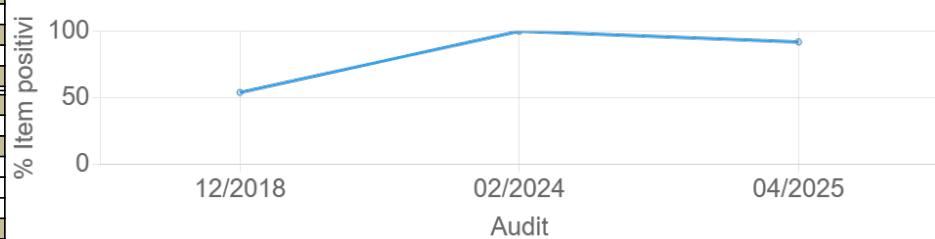
AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.	Chirurgia Toracica GR					
	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 comorbilità 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%

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



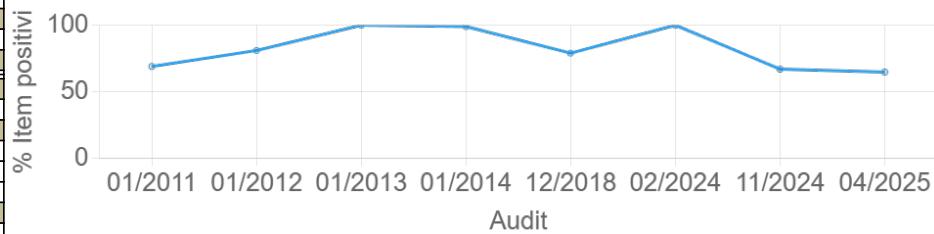
AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.	Chirurgia Vascolare (Degenza) GR						
	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 comorbilità 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%

Clinica Chirurgica - GR	
DIRETTORE / RESPONSABILE	
Prof. Antonio Biondi	
COORDINATORE INFERMIERISTICO	
I.P. F.F. Foti Simona	
REFERENTI PER LA QUALITA' 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	



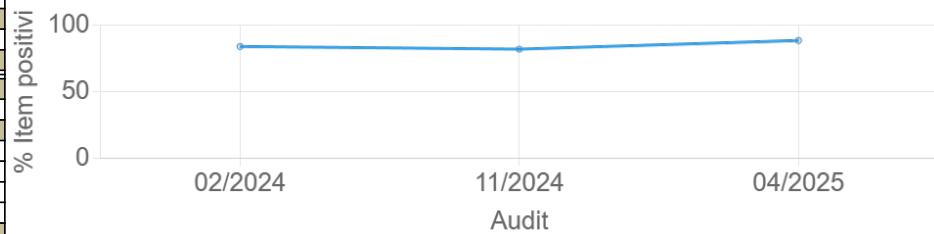
AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

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%

Clinica Neurologica - GR	
DIRETTORE / RESPONSABILE	
Prof. Mario Zappia	
COORDINATORE INFERMIERISTICO	
Dott. Marcantonio Patrizia (FF)	
REFERENTI PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO	
DATA	
08/05/2025	
AUDITOR	
Viviana Frontini	
Paolo Imbroglio	
Markovic Uros	
Antonino Trombetta	
PERSONALE CONTATTATO	
Patti Francesco	
N. PAZIENTI RICOVERATI	
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 comorbilità 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	Totalle
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%

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



AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

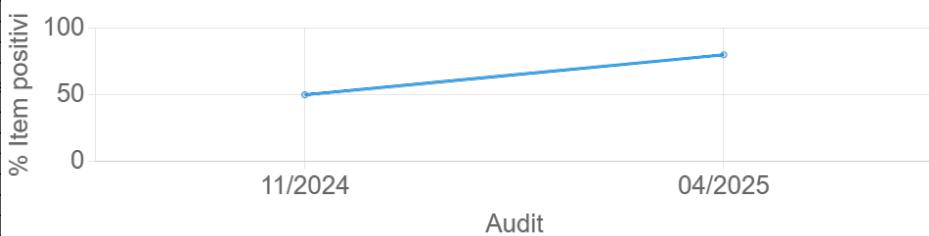
U.O.	Clinica Ortopedica GR			
Data	08/05/2025			
ID Valutazione	14318 14318bis 15790 Totale			
1 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	
2 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 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 comorbilità 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	Totalle
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%



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



AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

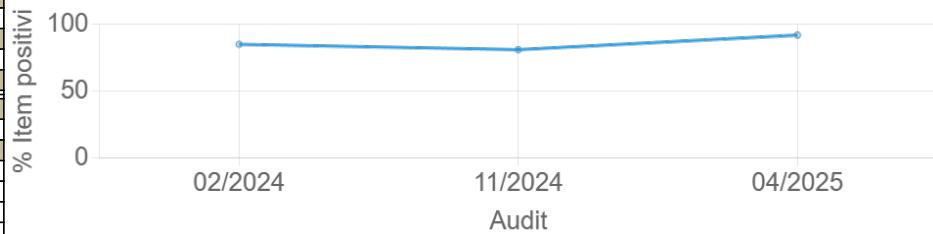
U.O.	Clinica Pediatrica GR	
Data	08/05/2025	
ID Valutazione	12763	Totale
1 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	
2 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	
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 Pediatrica 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%



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



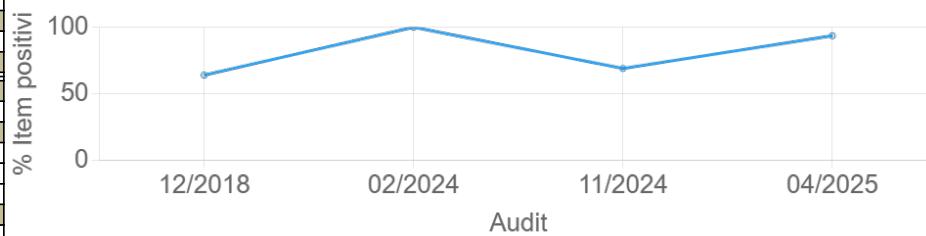
AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.	Clinica Urologica GR				
	08/05/2025				
ID Valutazione	15089	15089bis	15834	13017	16342
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 comorbilità 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	
TOTALE SI		16	19	19	18	19
TOTALE NO		3	1	1	2	1
SOMMA		19	20	20	20	20
%SI		84,2%	95,0%	95,0%	90,0%	95,0%
%NO		15,8%	5,0%	5,0%	10,0%	5,0%
						99
						95,0%
						8,1%

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



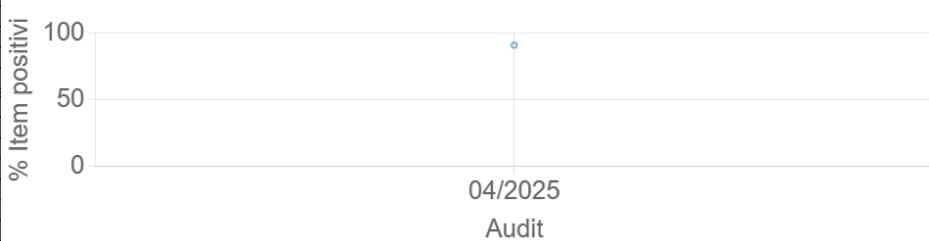
AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

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 comorbilità 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%

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



AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

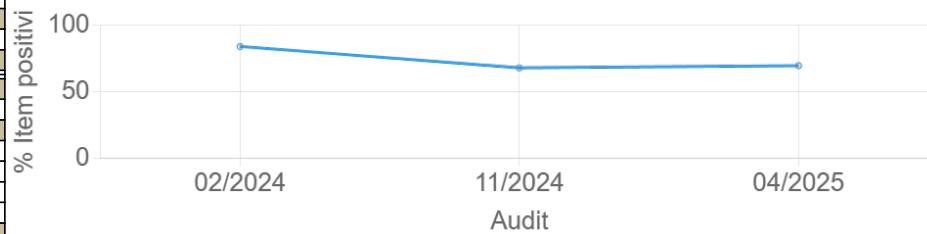
U.O.		Ematologia DH GR					
Data		08/05/2025					
ID Valutazione		2025008223	2025008783	2025008783 - Bis	25001178	25001178 - Bis	Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	SI	SI	
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato 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 comorbilità 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%



Gastroenterologia - GR	
DIRETTORE / RESPONSABILE	
Dott. Santi Mangiafico	
COORDINATORE INFERMIERISTICO	
Dott.ssa Nunziatella Tribulato	
REFERENTI PER LA QUALITA' 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

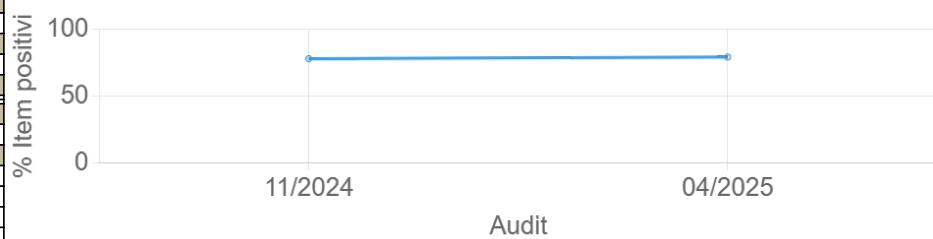
U.O.	Gastroenterologia GR			
Data	08/05/2025			
ID Valutazione	15182/2025 10607/2025 na Totale			
1 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	
2 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 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 comorbilità 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%



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



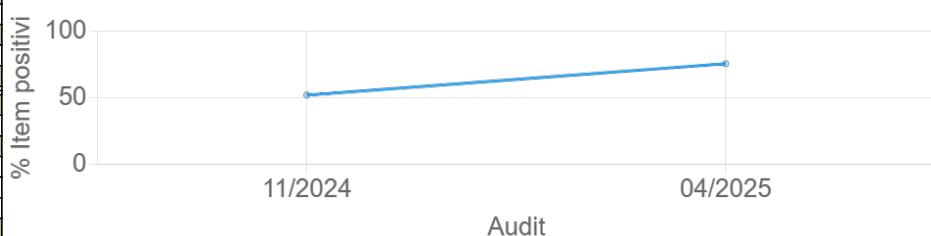
AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.	MCAU GR					
	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 comorbilità 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%

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



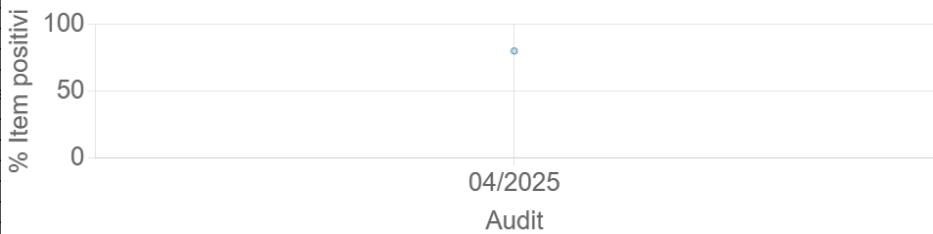
AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.	Medicina Generale GR				
	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
TOTALE NO		6	3	7	3
SOMMA		21	22	17	18
%SI		71,4%	86,4%	58,8%	83,3%
%NO		28,6%	13,6%	41,2%	16,7%
					83,3%
					24,4%

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



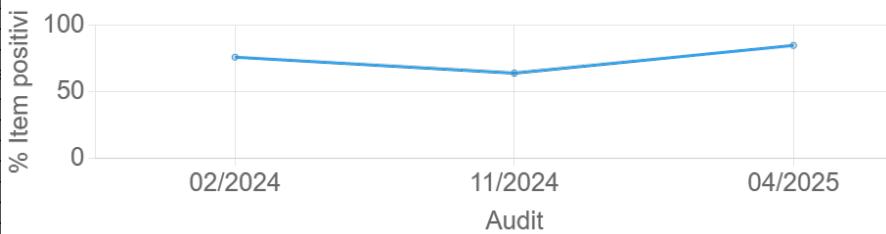
AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

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%

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



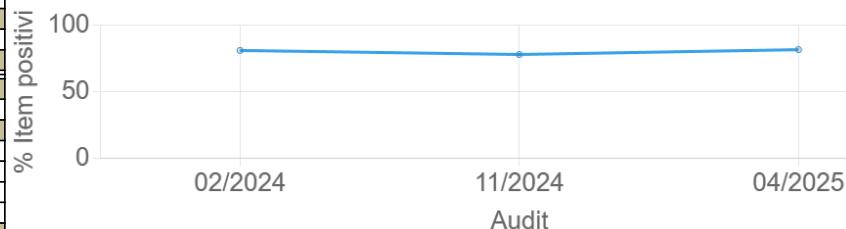
AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

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 comorbilità 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	89
TOTALE NO		3	3	3	3	16
SOMMA		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%

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



AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

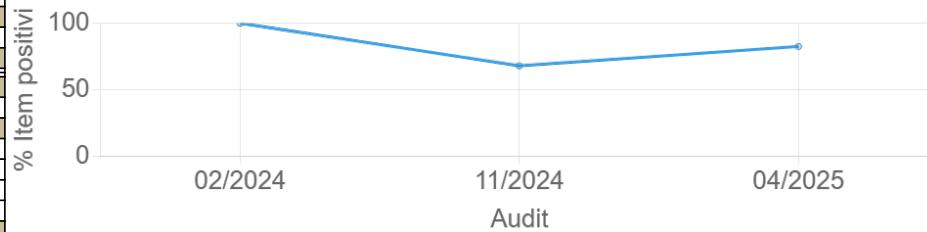
U.O.	Ostetricia e Ginecologia GR				
	08/05/2025				Totale
ID Valutazione	16087	16371	16242	16373	
1 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	SI	
2 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 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 comorbilità 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 QUALITA' E RISCHIO CLINICO	
DATA	
08/05/2025	
AUDITOR	
Domenico Zerbo	
Letizia Novello	
Massimo Zappulla	
Francesco Mino	
PERSONALE CONTATTATO	
Angelo Conti	
N. PAZIENTI RICOVERATI	
8	



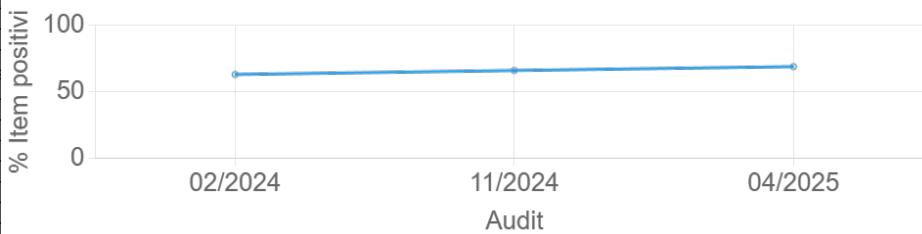
AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.	Otorinolaringoiatria GR		
Data	08/05/2025		
ID Valutazione			
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%

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



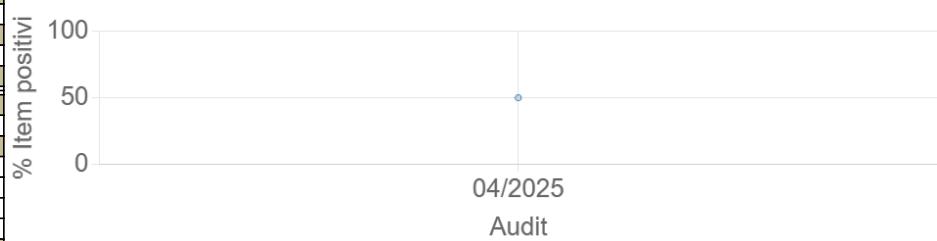
AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

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 comorbilità 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
TOTALE NO		6	5	2	8	7
SOMMA		19	19	18	18	16
%SI		68,4%	73,7%	88,9%	55,6%	56,3%
%NO		31,6%	26,3%	11,1%	44,4%	43,8%
						31,1%

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



AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

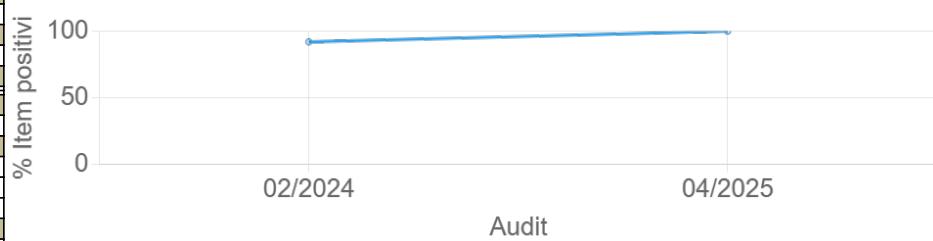
U.O.	Pronto Soccorso Generale GR			
Data	08/05/2025			
ID Valutazione	18366	18557	18519	Totale
1 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	
2 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 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%



Talassemia - GR	
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

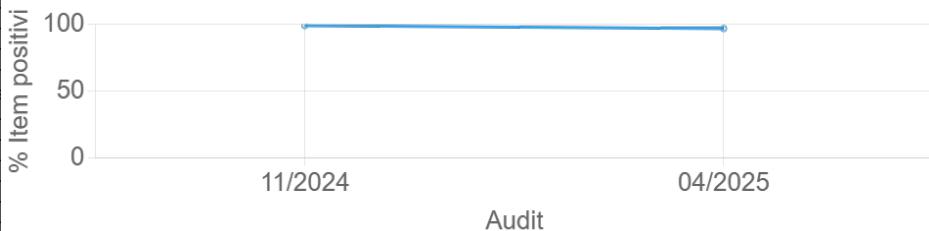
U.O.	Talassemia GR									
	08/05/2025									
ID Valutazione	2637	2637bis	2637ter	2136	2136bis	2136ter	794	794bis	794ter	Totale
1 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
2 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato 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 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?	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									
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)	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		19	171							
TOTALE NO		0								
SOMMA		19	171							
%SI		100,0%								
%NO		0,0%								



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



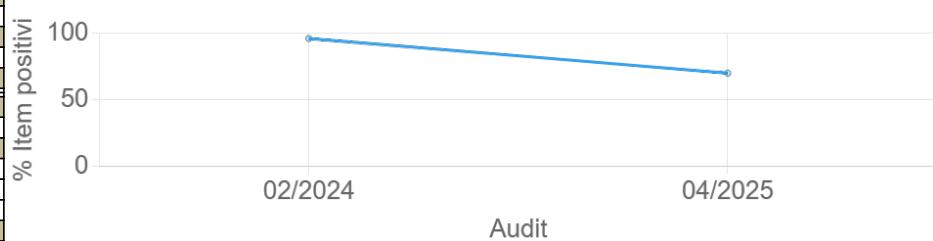
AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.	Trapianti di Midollo Osseo (TMO) GR					
	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 comorbilità 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%

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



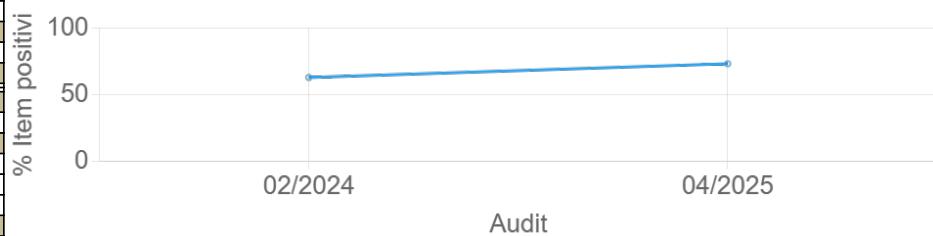
AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.	UTIC GR		
Data	08/05/2025		
ID Valutazione	7785	5147	14883
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 comorbilità 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	Totalle
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%

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



AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.	UTIN GR		
Data	08/05/2025		
ID Valutazione	16176	16494	15671
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 comorbilità 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



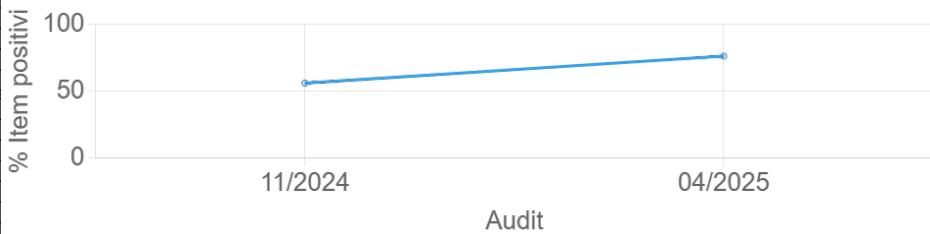
U.O.	UTIN GR		
Data	08/05/2025		
ID Valutazione	16176	16494	15671
21 In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	SI	SI
22 È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI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



P.O. San Marco



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



AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

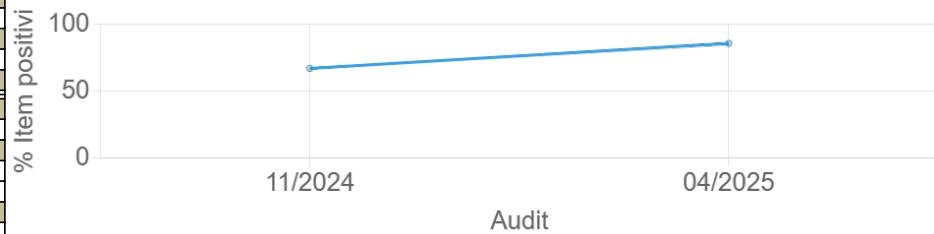
U.O.	Anestesia e Rianimazione SM	
Data	03/04/2025	
ID Valutazione	2500010720	Totale
1 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	
2 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	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%



Broncopneumologia Pediatrica - SM	
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 Mino	
PERSONALE CONTATTATO	
TOSTO MONICA	
N. PAZIENTI RICOVERATI	
13	



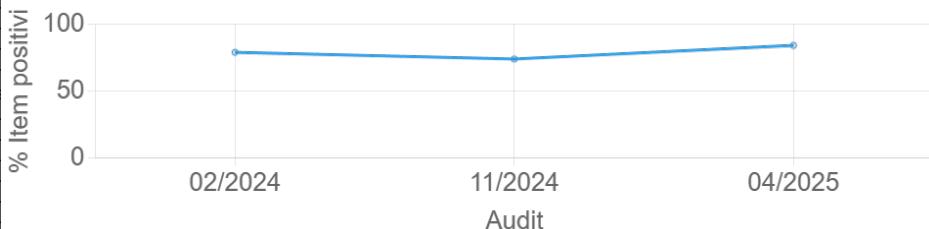
AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.	Broncopneumologia Pediatrica SM			
	03/04/2025			
ID Valutazione	2482/25	2485/25	2498/25	2618/25
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 comorbilità 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%

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



AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

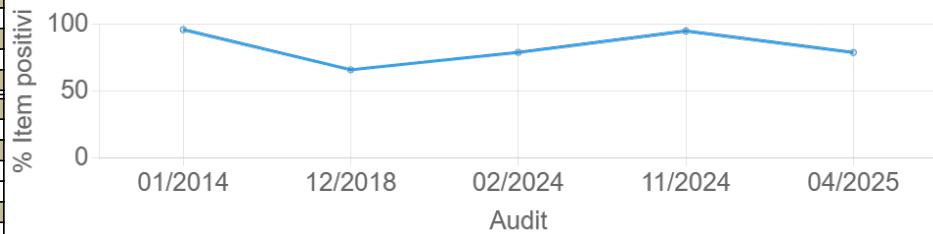
U.O.	Cardiologia e UTIC SM		
Data	03/04/2025		
ID Valutazione	12331/25	2128/25	Totale
1 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	
2 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 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%



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



AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

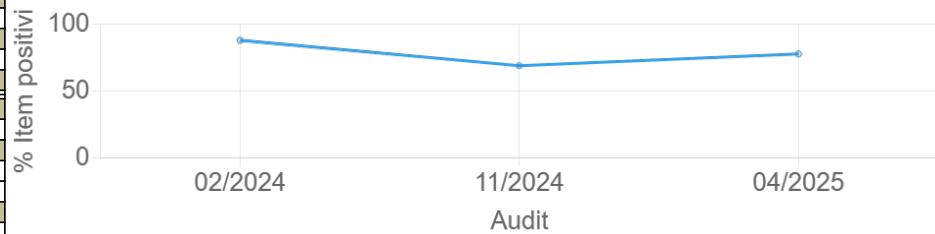
U.O.	Chirurgia Generale SM		
Data	03/04/2025		
ID Valutazione	25/12156	25/11452	Totale
1 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	
2 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 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%



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



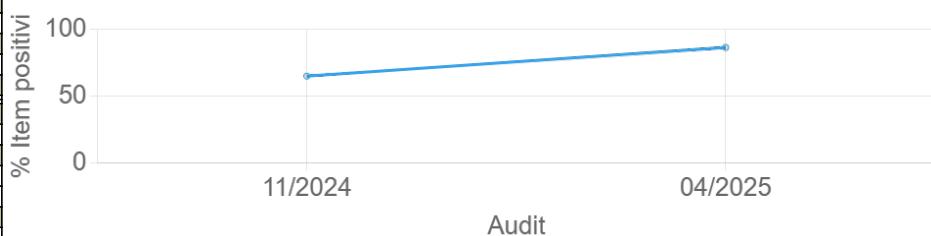
AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.	Chirurgia Maxillo Facciale SM				
	03/04/2025				Totale
ID Valutazione	LG54	IA21	BG60	MM49	
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%

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



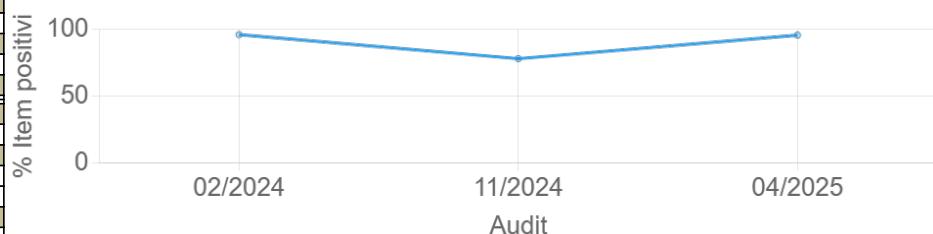
AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

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 comorbilità 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%

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



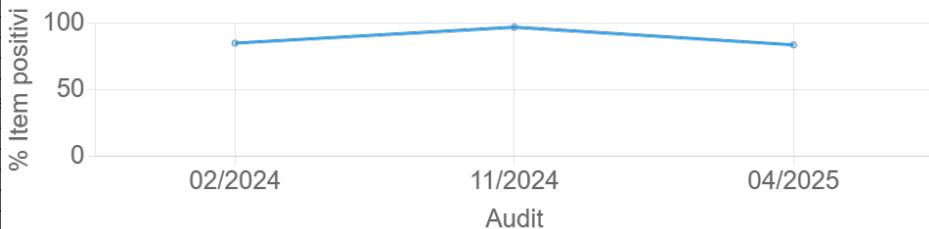
AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.		Dermatologia SM						
Data		03/04/2025						
ID Valutazione		25003277	25003973	25003457	25003276	25002408	25003973bis	Totalle
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 comorbilità 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	
TOTALE SI		19	18	18	18	19	17	109
TOTALE NO		0	1	1	1	0	2	5
SOMMA		19	19	19	19	19	19	114
%SI		100,0%	94,7%	94,7%	94,7%	100,0%	89,5%	89,5%
%NO		0,0%	5,3%	5,3%	5,3%	0,0%	10,5%	4,4%

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



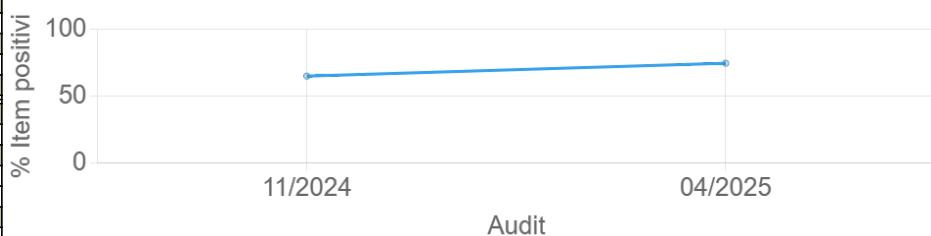
AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.	Malattie Infettive e Tropicali SM					
	03/04/2025					Totale
ID Valutazione	prova	25/7228	25/7228/2	25/7228/3	25/7228/1	
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 comorbilità 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
TOTALE NO		0	5	2	2	6
SOMMA		20	17	19	17	19
%SI		100,0%	70,6%	89,5%	88,2%	68,4%
%NO		0,0%	29,4%	10,5%	11,8%	31,6%
						92
						68,4%
						16,3%

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



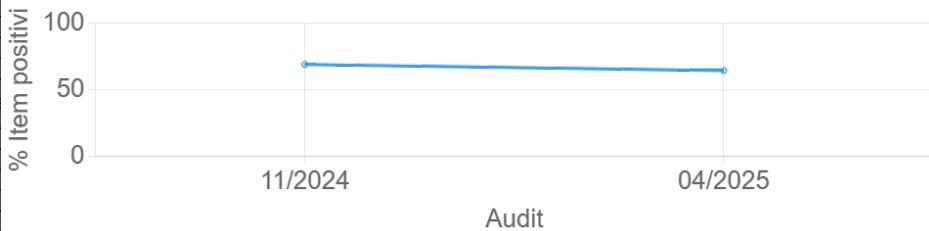
AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.	MCAU SM				
	03/04/2025				Totale
ID Valutazione	2025011062bi8s	202512080	C.M	2025011062	
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%

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



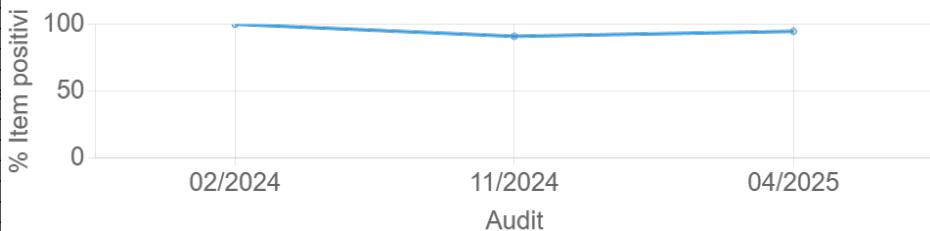
AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

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 comorbilità 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%

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



AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

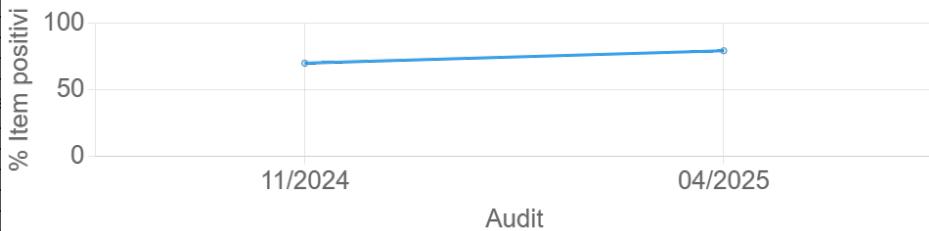
U.O.	Nefrologia e Dialisi SM		
Data	03/04/2025		
ID Valutazione	250011913	250011681	Totale
1 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	
2 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 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%



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



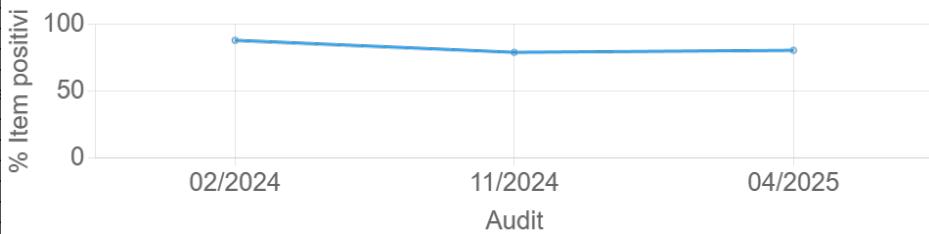
AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.	Neurochirurgia SM			
Data	03/04/2025			
ID Valutazione	012186	010524	012585	08652
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				
19 È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	SI	Totale
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%

Oculistica - SM	
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 Mino	
PERSONALE CONTATTATO	
SFOGLIANO	
N. PAZIENTI RICOVERATI	
8	



AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

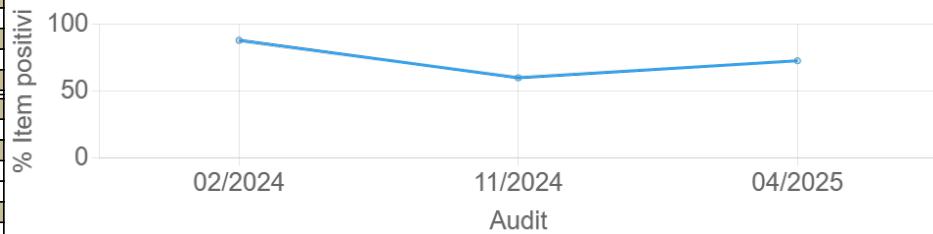
U.O.	Oculistica SM		
Data	03/04/2025		
ID Valutazione	2773/25	5862/25	Totale
1 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	
2 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	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%



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



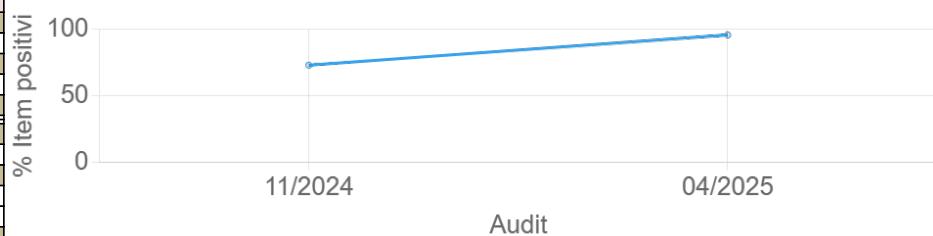
AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

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 comorbilità 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%

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



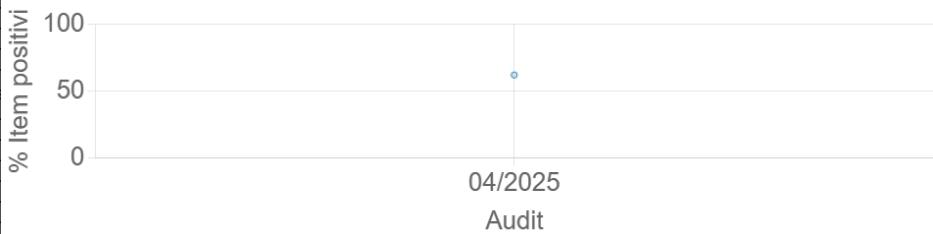
AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.	Ostetricia e Ginecologia SM					
	03/04/2025					Totale
ID Valutazione	12390	12151	10224	12283	12252	
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%

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



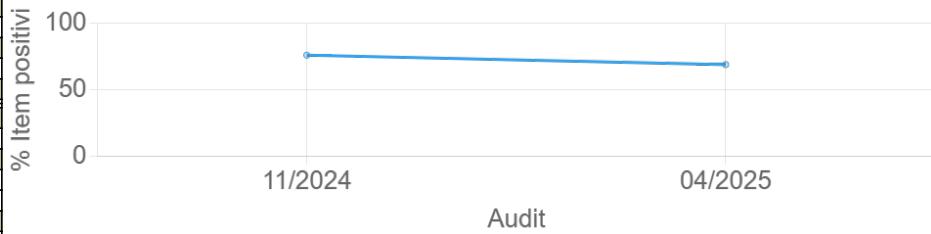
AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.	Patologia Ostetrica SM					
	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
TOTALE NO		7	5	6	7	8
SOMMA		17	17	17	19	17
%SI		58,8%	70,6%	64,7%	63,2%	52,9%
%NO		41,2%	29,4%	35,3%	36,8%	47,1%
						52,9%

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



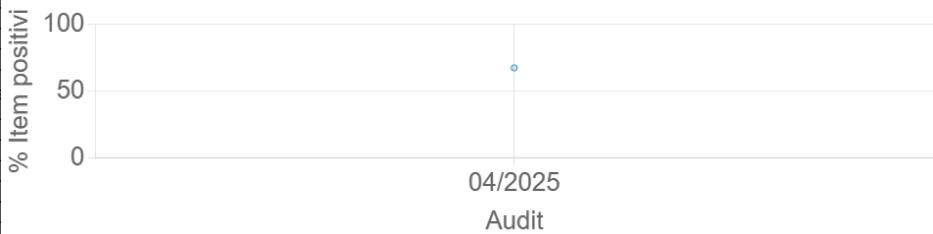
AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

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.	Pediatrica 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
TOTALE NO		10	4	8	4	7
SOMMA		20	22	21	23	20
%SI		50,0%	81,8%	61,9%	82,6%	65,0%
%NO		50,0%	18,2%	38,1%	17,4%	35,0%
						106
						65,0%
						31,1%

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



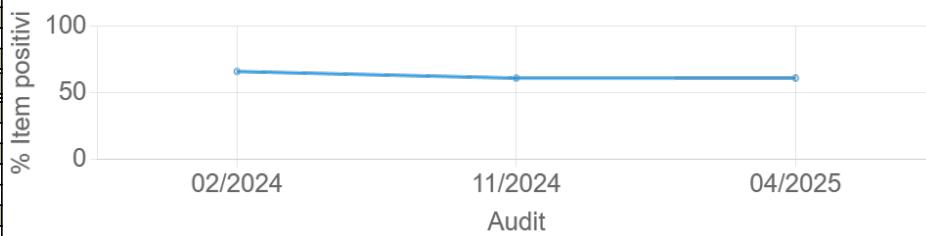
AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.	Pronto Soccorso Generale SM				
	03/04/2025				
ID Valutazione	12727	000861	010942	00978	001154
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 comorbilità 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	
TOTALE SI		15	9	13	12	9
TOTALE NO		4	7	5	5	7
SOMMA		19	16	18	17	16
%SI		78,9%	56,3%	72,2%	70,6%	56,3%
%NO		21,1%	43,8%	27,8%	29,4%	43,8%
						32,6%

Radiologia - SM	
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	



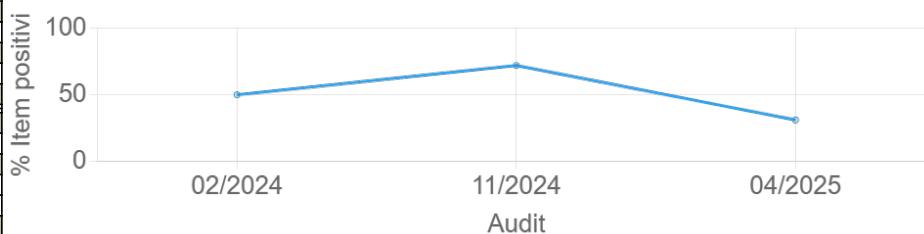
AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.	Radiologia SM							
	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 comorbilità 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	77
TOTALE NO	9	3	5	10	6	11	5	49
SOMMA	18	19	18	18	17	16	20	126
%SI	50,0%	84,2%	72,2%	44,4%	64,7%	31,3%	75,0%	75,0%
%NO	50,0%	15,8%	27,8%	55,6%	35,3%	68,8%	25,0%	38,9%

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



AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

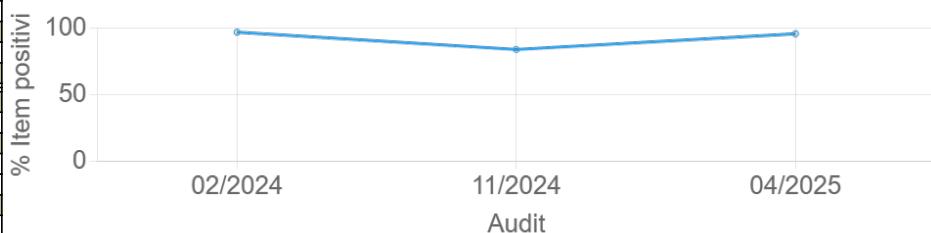
U.O.		Reumatologia SM			
Data		03/04/2025			
ID Valutazione		2297	1822	4548	Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 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 comorbilità 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%



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



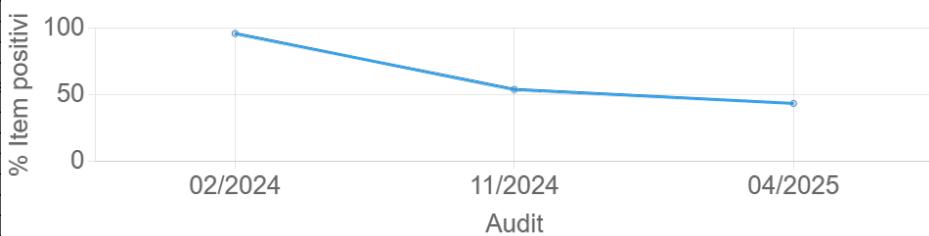
AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.	Terapia del Dolore SM					
	03/04/2025					Totale
ID Valutazione	12376	12380	12381	12372	12377	
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	
TOTALE SI	19	18	19	19	16	91
TOTALE NO	0	1	0	0	3	4
SOMMA	19	19	19	19	19	95
%SI	100,0%	94,7%	100,0%	100,0%	84,2%	84,2%
%NO	0,0%	5,3%	0,0%	0,0%	15,8%	4,2%

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



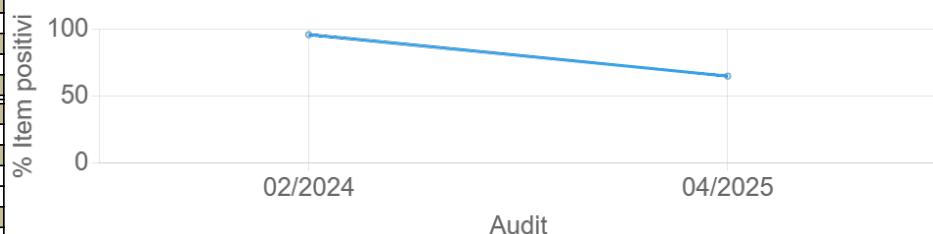
AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.		Urologia SM			
Data		03/04/2025			
ID Valutazione		25/12192	25/12259	24/12412	25/12530
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%

UTIN - SM	
DIRETTORE / RESPONSABILE	
Dr Marco Saporito	
COORDINATORE INFERNIERISTICO	
Elvira Parrinello	
REFERENTI PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO	
DATA	
03/04/2025	
AUDITOR	
Lorenzo Belvedere	
Giuseppe Coco	
PERSONALE CONTATTATO	
carmelina spadaro	
N. PAZIENTI RICOVERATI	
9	



AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

U.O.	UTIN SM					
	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 comorbilità 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 anestesiologiche (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 anestesiologici.

Dall'analisi dei risultati relativi alle modalità di gestione della registrazione dell'attività di acquisizione del consenso informato non anestesiologico 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 anestesiologico			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%		
TOTALE	1328	1764	75,3%		



Riepilogo P.O. G. Rodolico

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

Consenso informato NON anestesiologico		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%
TOTALE		1834	2244	81,7%



Riepilogo A.O.U.P

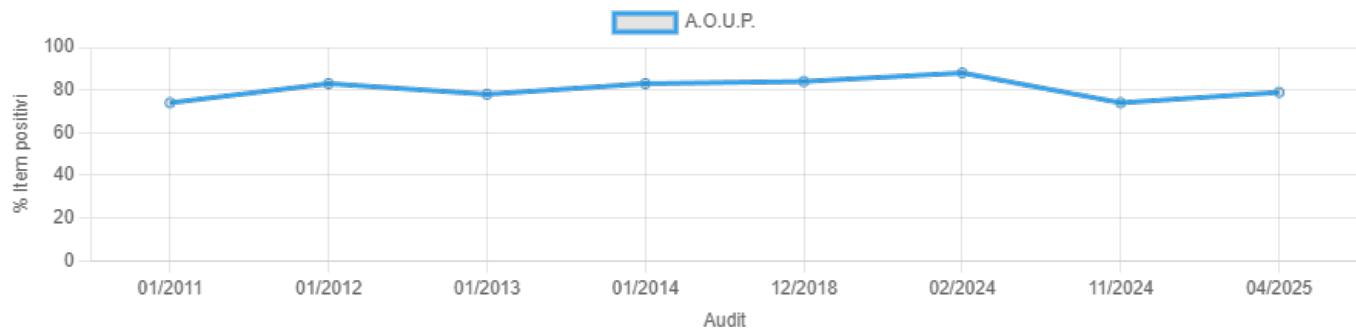
N. U.O.:	53	N. Valutazioni:	215	N. Pazienti ricoverati:	998
----------	----	-----------------	-----	-------------------------	-----

Consenso informato NON anestesiologico		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%
TOTALE		3162	4008	78,9%



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%	non raggiunto
da 50% a 79%	parzialmente raggiunto
da 80% a 99%	spesso raggiunto
100%	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

