
Consenso informato 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 (Ed. 1) - GR	8
Anestesia e Rianimazione I (Ed. 3) - GR	10
Anestesia e Rianimazione III - GR	12
Presidio San Marco	16
Anestesia e Rianimazione - SM	17
Conclusioni	19
Risultanze dell'audit	20
Riepilogo P.O. San Marco	21
Riepilogo P.O. G. Rodolico	22
Riepilogo A.O.U.P	23
Considerazioni finali	25



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 26/01/2022 "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 relativo alle 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.3.3 "I rischi, benefici e alternative della sedazione procedurale sono discussi con il paziente, i suoi familiari o chi ne fa le veci".

Standard ASC.5 "Il trattamento anestesiologico di ciascun paziente e, laddove applicabile, la terapia antalgica postoperatoria sono pianificati e il piano di assistenza anestesiologica è discusso con il paziente e/o chi ne fa le veci insieme a rischi, benefici e alternative ed è documentato in cartella clinica".

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

Criteri dell'audit

Nel corso dell'audit è stato valutato se:

- Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale
- Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)
- Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa
- Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)
- Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)
- Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)



- Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)
- È presente la sintesi della situazione clinica del paziente
- La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbilità e lo stato clinico attuale del paziente (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)
- È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto
- La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle
- Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita
- È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni
- È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni
- È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto
- Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione
- Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico
- Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)
- È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso
- È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)
- In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari (se NO, indicare nel campo note la motivazione)
- È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso
- È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso

Strutture coinvolte

L'audit che si è svolto dal 03/04/2025 al 08/05/2025 ha coinvolto 4 Unità Operative, 3 del P.O. G. Rodolico e 1 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 (Ed. 1) - GR
DIRETTORE / RESPONSABILE
Dott. Paolo Murabito
COORDINATORE INFERMIERISTICO
REFERENTI PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
DATA
08/05/2025
AUDITOR
Eugenio Santo Trimarchi
Patrizia Auteri
Maria Luisa Strazzeri
Rosa Aiello
Rosanna Di Stefano
Giuseppe Pappalardo
Viviana Frontini
Antonino Trombetta
Markovic Uros
Paolo Imbroglio
PERSONALE CONTATTATO
I.P. Nunziatina Costanzo
Dott.ssa Eleonora Tringali
Giozzo Bianca Maria
Raffa Angelo
Di Cristofalo Giampiero
Leto Rosa Maria
Lizzio
Di Dio Giuseppina
Cavallaro Andrea
Patti Francesco



AUDIT CONSENSO INFORMATO ANESTESIOLOGICO

U.O.	Anestesia e Rianimazione I (Ed. 1) GR															Totale
	08/05/2025															
ID Valutazione	14318	15790	13017	16342	14677	13730	06429	7631/2025	16507/2025	16520/2025	14872/2025	16394/2025	16383/2025	10447/2025	15094/2025	Totale
1 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	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	NO	SI	NO	NO	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	
3 Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	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	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	NO	NO	NA	NA	NA	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	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NO	NA							



U.O.		Anestesia e Rianimazione I (Ed. 1) GR																
Data		08/05/2025																
ID Valutazione		14318	15790	13017	16342	14677	13730	06429	7631/2025	16507/2025	16520/2025	14872/2025	16394/2025	16383/2025	10447/2025	15094/2025	Totale	
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	NO	NA								
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	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	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NA	SI	SI	SI	NA		
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI		
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI		
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI		
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	NO	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI		
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NA	NO	SI	SI	NO	NA	NA		
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	NO	NO	NO	NO	NO	NA	NO	SI	NA	NA	SI	NA	NA	NA	NA		
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NA	NO	NO	NA	NO	NA	NA	NO	NA	NA	NO	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	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI		
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI		
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	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	SI	NA	NA	SI	NA	NA	NA	NA	NA	NO	NA		
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI		
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI		
TOTALE SI		16	14	11	16	9	16	13	16	16	16	11	17	10	16	14	211	
TOTALE NO		2	6	9	2	11	1	5	7	0	1	7	0	7	1	1	60	
SOMMA		18	20	20	18	20	17	18	23	16	17	18	17	17	17	15	271	
%SI		88,9%	70,0%	55,0%	88,9%	45,0%	94,1%	72,2%	69,6%	100,0%	94,1%	61,1%	100,0%	58,8%	94,1%	93,3%	93,3%	
%NO		11,1%	30,0%	45,0%	11,1%	55,0%	5,9%	27,8%	30,4%	0,0%	5,9%	38,9%	0,0%	41,2%	5,9%	6,7%	22,1%	



Anestesia e Rianimazione I (Ed. 3) - GR	
DIRETTORE / RESPONSABILE	
Dott. Paolo Murabito	
COORDINATORE INFERMIERISTICO	
REFERENTI PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO	
DATA	
08/05/2025	
AUDITOR	
Ramona pellegrino	
Filippo La Paglia	
Patrizia Marcantonio	
Domenico Zerbo	
Letizia Novello	
Massimo Zappulla	
Francesco Minio	
PERSONALE CONTATTATO	
Dott.ssa Maria Grazie Scuderi	
Angelo Conti	
Carlo Di Stefano	



AUDIT CONSENSO INFORMATO ANESTESIOLOGICO

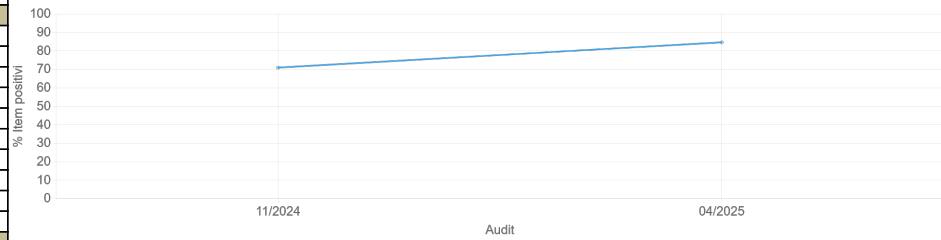
U.O.	Anestesia e Rianimazione I (Ed. 3) GR									
	08/05/2025									
ID Valutazione	16371	16242	16373	16349	16169	16367	16025	15782	16352	Totale
1 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
2 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	
3 Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	NO	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	
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	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	NA	NA	NA	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)?	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NO	NO	NO	
8 È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	SI	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)	NO	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI	NA	



U.O.		Anestesia e Rianimazione I (Ed. 3) GR									
Data		08/05/2025									
ID Valutazione		16371	16242	16373	16349	16169	16367	16025	15782	16352	Totale
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NA	NA	NA	
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	NA	SI	SI	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NA	SI	SI	NA	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	SI	SI	SI	NO	
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	SI	NA	
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
TOTALE SI		15	18	18	15	15	13	15	17	9	135
TOTALE NO		2	1	1	2	2	4	4	3	9	28
SOMMA		17	19	19	17	17	17	19	20	18	163
%SI		88,2%	94,7%	94,7%	88,2%	88,2%	76,5%	78,9%	85,0%	50,0%	50,0%
%NO		11,8%	5,3%	5,3%	11,8%	11,8%	23,5%	21,1%	15,0%	50,0%	17,2%



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 Eugenio Santo Trimarchi	
Patrizia Auteri	
Maria Luisa Strazzeri	
Adelaide Marrappa	
Marco Torrisi	
Carola Cosentino	
Nicola Russo	
Giuseppina Coco	
Cinzia Di Grazia	
PERSONALE CONTATTATO	
I.P. La Porta Elisa	
dr.ssa Santonocito Cristina	
I.P. FF Foti Simona	
Dr. Centamore Riccardo	
Fontana Emanuele Gaspare	
Nicolosi Adriana	
Tommaso Castro	
Maurizio di Rocco	



AUDIT CONSENSO INFORMATO ANESTESIOLOGICO

U.O.		Anestesia e Rianimazione III GR												
Data		08/05/2025												
ID Valutazione		16093	16129/25	16064/25	10309/25	15819/25	16243/25	15442/25	16388/2025	15599/2025	16266/2025	14097/2025	14097/2025 bis	Totalle
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	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	NO	SI	NO	NO	NO	
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	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	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	NA	NA	NA	



U.O.		Anestesia e Rianimazione III GR												
Data		08/05/2025												
ID Valutazione		16093	16129/25	16064/25	10309/25	15819/25	16243/25	15442/25	16388/2025	15599/2025	16266/2025	14097/2025	bis	Total
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	NA	NA	NA	
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	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	NA	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NA	SI	SI	
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	NO	NA	NA	NA	SI	NA	NA	SI	NO	NO	NO	SI	
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	NA	NA	NA	NA	SI	NA	NA	SI	NA	NA	NA	SI	
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NA	NA	NA	NA	SI	NA	NA	SI	NA	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	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	



U.O.		Anestesia e Rianimazione III GR												
Data		08/05/2025												
ID Valutazione		16093	16129/25	16064/25	10309/25	15819/25	16243/25	15442/25	16388/2025	15599/2025	16266/2025	14097/2025	Totalle	
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO		
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI		
TOTALE SI		15	13	16	15	17	15	15	15	13	10	13	15	172
TOTALE NO		2	2	0	1	2	1	1	4	4	6	4	4	31
SOMMA		17	15	16	16	19	16	16	19	17	16	17	19	203
%SI		88,2%	86,7%	100,0%	93,8%	89,5%	93,8%	93,8%	78,9%	76,5%	62,5%	76,5%	78,9%	78,9%
%NO		11,8%	13,3%	0,0%	6,3%	10,5%	6,3%	6,3%	21,1%	23,5%	37,5%	23,5%	21,1%	15,3%

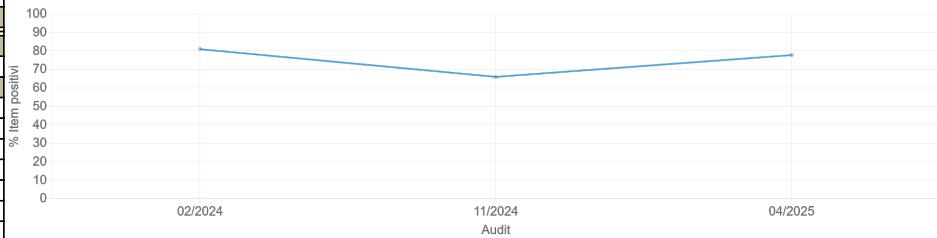




P.O. San Marco



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														
Maria Giovanna Cantone														
Roberta Narciso														
Morena Pennisi														
Vincenzo Parrinello														
Marco Torrisi														
Giovanni Pedalino														
Letizia Novello														
Grazia Parasiliti														
Lorenzo Belvedere														
Giuseppina Coco														
PERSONALE CONTATTATO														
Salvatore Lo Monaco														



AUDIT CONSENSO INFORMATO ANESTESIOLOGICO

U.O.	Anestesia e Rianimazione SM																									
	03/04/2025																									
1 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello attuale?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	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)	NO	NO	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO
3 Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO											
4 Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	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 singolari di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
6 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati nella documentazione sanitaria le motivazioni per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori / tutore / amministratore di sostegno / fiduciario / tutore /	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
7 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportate nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti esercitano il diritto di 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	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	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	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
9 La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in modo adeguato la condizione e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, inserire nel campo note la motivazione)	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI									
10 È presente la descrizione dell'attivo sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
11 La descrizione dell'attivo sanitario proposto è scritta per essere comprensibile e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NA	SI	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI										
12 Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI																
13 È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO						
14 È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
15 È presente nella documentazione sanitaria una copia dell'atto sanitario proposto?	NA	SI	SI	NA	NO	SI	SI	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI							
16 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	NA	SI	SI	NA	NA	SI	SI	NA	SI	NA	SI	NO	SI	NA	NA	NA	SI	NA	SI							
17 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NA	SI	SI	NA	NA	SI	SI	NA	SI	NO	SI	NA	NA	NA	SI	NA	SI									
18 Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'accettazione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	NO	SI																								
19 È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI



U.O.	Anestesia e Rianimazione SM																									Totale		
	03/04/2025																											
Data	25009390	2500012244	MM49	190903-2025012245	25/10451	25/12156	BG60	25/11452	25/12447	2512192	25/10074	25/12159	25/12412	125/12530	2025011763	2025012053	2025012105	2025012055bis	2025012070	12357	11962	2025011438	12151	10224	12390	12283	12252	
20 E presente la firma dell'intervallante/tutore/amministratore di sostegno/fiduciario?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI		
21 In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, chi sono gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA		
22 È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO
23 È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
TOTALE SI	11	15	17	14	11	16	12	12	17	16	14	16	16	17	18	11	10	14	12	15	15	9	15	14	15	12	15	379
TOTALE NO	5	4	2	2	6	3	6	5	2	3	5	3	3	2	1	6	7	5	7	4	2	7	2	3	4	5	4	108
SOMMA	16	19	19	16	17	19	18	17	19	19	19	19	19	19	19	19	17	19	19	19	17	16	17	17	19	17	19	487
%SI	68,8%	78,9%	89,5%	87,5%	64,7%	84,2%	66,7%	70,6%	89,5%	84,2%	73,7%	84,2%	84,2%	89,5%	94,7%	64,7%	58,8%	73,7%	63,2%	78,9%	88,2%	56,3%	88,2%	82,4%	78,9%	70,6%	78,9%	78,9%
%NO	31,3%	21,1%	10,5%	12,5%	35,3%	15,8%	33,3%	29,4%	10,5%	15,8%	26,3%	15,8%	15,8%	10,5%	5,3%	35,3%	41,2%	26,3%	36,8%	21,1%	11,8%	43,8%	11,8%	17,6%	21,1%	29,4%	21,1%	22,2%



Conclusioni



Risultanze dell'audit

Sono stati valutati 63 moduli di registrazione del consenso per l'esecuzione di procedure anestesiologiche (36 del P.O. Rodolico e 27 del P.O. San Marco).

Dall'analisi dei risultati relativi alle modalità di gestione della registrazione dell'attività di acquisizione del consenso informato anestesiologico emerge che in soli 3 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.:	1	N. Valutazioni:	27
----------	---	-----------------	----

Consenso informato anestesiologico		n. items positivi	n. item applicabili	% items positivi
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	27	27	100,0%
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	14	27	51,9%
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	1	27	3,7%
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	27	27	100,0%
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)?	0	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)?	0	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)?	0	0	/
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	26	27	96,3%
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)	21	26	80,8%
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	26	27	96,3%
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	14	26	53,8%
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	25	27	92,6%
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	10	27	37,0%
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	26	27	96,3%
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	16	25	64,0%
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	15	16	93,8%
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	15	16	93,8%
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	26	27	96,3%
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	27	27	100,0%
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	27	27	100,0%
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)	0	0	/
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	9	27	33,3%
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	27	27	100,0%
TOTALE		379	487	77,8%



Riepilogo P.O. G. Rodolico

N. U.O.:	3	N. Valutazioni:	36
----------	---	-----------------	----

Consenso informato anestesiologico		n. items positivi	n. item applicabili	% items positivi
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	36	36	100,0%
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	26	36	72,2%
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	26	36	72,2%
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	36	36	100,0%
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)?	4	6	66,7%
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)?	0	4	0,0%
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)?	0	4	0,0%
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	29	36	80,6%
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)	25	31	80,6%
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	36	36	100,0%
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	34	36	94,4%
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	33	36	91,7%
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	20	36	55,6%
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	30	36	83,3%
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	10	25	40,0%
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	7	13	53,8%
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	5	10	50,0%
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	33	36	91,7%
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	34	36	94,4%
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	36	36	100,0%
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)	3	4	75,0%
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	21	36	58,3%
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	34	36	94,4%
TOTALE		518	637	81,3%



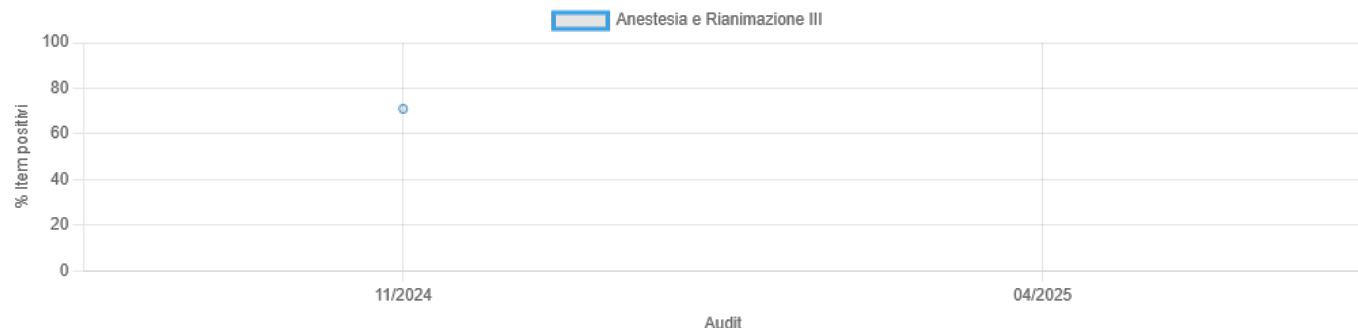
Riepilogo A.O.U.P

N. U.O.:	4	N. Valutazioni:	63
----------	---	-----------------	----

Consenso informato anestesiologico		n. items positivi	n. item applicabili	% items positivi
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	63	63	100,0%
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	40	63	63,5%
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	27	63	42,9%
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	63	63	100,0%
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)?	4	6	66,7%
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)?	0	4	0,0%
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)?	0	4	0,0%
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	55	63	87,3%
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)	46	57	80,7%
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	62	63	98,4%
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	48	62	77,4%
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	58	63	92,1%
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	30	63	47,6%
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	56	63	88,9%
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	26	50	52,0%
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	22	29	75,9%
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	20	26	76,9%
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	59	63	93,7%
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	61	63	96,8%
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	63	63	100,0%
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)	3	4	75,0%
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	30	63	47,6%
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	61	63	96,8%
TOTALE		897	1124	79,8%



PRESIDIO	U.O.	TOTALE ITEM POSITIVI	TOTALE ITEM APPLICABILI	PERCENTUALE ITEM POSITIVI	RAGGIUNGIMENTO STANDARD
GR	Anestesia e Rianimazione III	172	203	84,7%	spesso raggiunto
GR	Anestesia e Rianimazione I (Ed. 3)	135	163	82,8%	spesso raggiunto
GR	Anestesia e Rianimazione I (Ed. 1)	211	271	77,9%	parzialmente raggiunto
SM	Anestesia e Rianimazione	379	487	77,8%	parzialmente 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.
0	4
non raggiunto	0%

Esito	
Valutazioni con tutti gli item positivi	N. valutazioni
3	63
non raggiunto	4.8%

Data 27/05/2025

