





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

---

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



<b>Obiettivi dell'audit</b> .....	5
<b>Requisiti e standard di riferimento</b> .....	5
<b>Criteri dell'audit</b> .....	5
<b>Strutture coinvolte</b> .....	6
<b>Risultati</b> .....	6
<b>Presidio G. Rodolico</b> .....	7
<b>Anestesia e Rianimazione I (Ed. 1) - GR</b> .....	8
<b>Anestesia e Rianimazione I (Ed. 3) - GR</b> .....	10
<b>Anestesia e Rianimazione III - GR</b> .....	12
<b>Presidio San Marco</b> .....	16
<b>Anestesia e Rianimazione - SM</b> .....	17
<b>Conclusioni</b> .....	19
<b>Risultanze dell'audit</b> .....	20
<b>Riepilogo P.O. San Marco</b> .....	21
<b>Riepilogo P.O. G. Rodolico</b> .....	22
<b>Riepilogo A.O.U.P</b> .....	23
<b>Considerazioni finali</b> .....	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 26/01/202 "Semplificazione del sistema di requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'esercizio delle attività sanitarie e per l'accreditamento istituzionale e identificazione dei requisiti da applicare e delle evidenze da ricercare in ragione del livello di complessità delle strutture"	
		X	DA 13 settembre 2006 "Linee guida per la gestione del consenso informato ai fini dell'accreditamento istituzionale delle attività sanitarie - Indirizzi operativi per le strutture pubbliche e private della Regione siciliana e glossario dei termini utilizzati nell'ambito delle procedure per la sicurezza del paziente e la gestione del rischio clinico"	
		X	Standard Joint Commission International ""	 Joint Commission International
X	Legge n. 219/2017, pubblicata nella GU Serie Generale n.12 del 16/01/2018 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento"			

Area	
Politica, obiettivi, attività	Sistema struttura organizzativa
Sistema informativo	Sistema gestione risorse umane
Sistema gestione risorse strutturali	Sistema gestione risorse tecnologiche
Sistema valutazione e miglioramento della qualità	Sistema comunicazione utenti
Direzione U.O.	RQ
Degenza	DH
Ambulatorio	Chirurgia ambulatoriale
Diagnostica	Radiologia
Medicina nucleare	Laboratorio analisi
Endoscopia	Terapia intensiva

	Cardiologia		Sala parto
	Reparto operatorio		Sterilizzazione
	Risveglio		Pronto Soccorso
	Day Surgery		Dialisi
	Anatomia Patologica		Odontoiatria

## Obiettivi dell'audit

---

L'audit che si è svolto dal 03/04/2025 al 08/05/2025 è stato finalizzato a verificare le modalità di registrazione dell'attività di acquisizione del consenso informato relativo alle procedure anestesiológicas.

## 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 anestesiológico di ciascun paziente e, laddove applicabile, la terapia antalgica postoperatoria sono pianificati e il piano di assistenza anestesiológica 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 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 4 Unità Operative, 3 del P.O. G. Rodolico e 1 del P.O. San Marco.

### Risultati

---

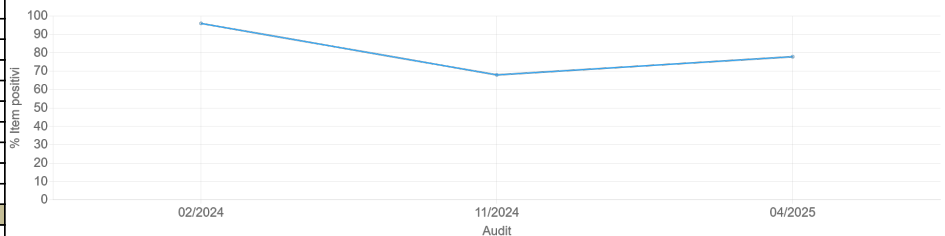
La valutazione è espressa sommando il numero di item positivi applicabili e standardizzando il totale come percentuale del punteggio massimo possibile.

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

**P.O. G. Rodolico**

---

<b>Anestesia e Rianimazione I (Ed. 1) - GR</b>	
<b>DIRETTORE / RESPONSABILE</b>	
Dott. Paolo Murabito	
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>	
<b>REFERENTI PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>	
<b>DATA</b>	
08/05/2025	
<b>AUDITOR</b>	
Eugenio Santo Trimarchi	
Patrizia Auteri	
Maria Luisa Strazzeri	
Rosa Aiello	
Rosanna Di Stefano	
Giuseppa Pappalardo	
Viviana Frontini	
Antonino Trombetta	
Markovic Uros	
Paolo Imbrogio	
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>	
I.P. Nunziatina Costanzo	
Dott.ssa Eleonora Tringali	
Glozzo Bianca Maria	
Raffa Angelo	
Di Cristofalo Giampiero	
Leto Rosa Maria	
Lizzio	
Di Dio Giuseppina	
Cavallaro Andrea	
Patti Francesco	

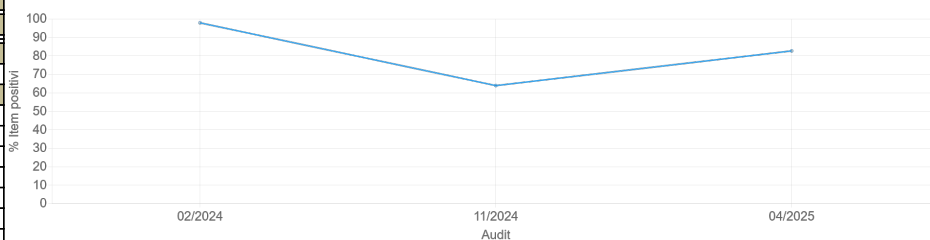


#### AUDIT CONSENSO INFORMATO ANESTESIOLOGICO

U.O.		Anestesia e Rianimazione I (Ed. 1) GR															
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
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	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	NO	NA	NA	NA	NA	NA	NA	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	NA	NA	NA	NA	NA	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	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	NO	SI	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%

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



#### AUDIT CONSENSO INFORMATO ANESTESIOLOGICO

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
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%

Table with 2 columns: Role/Category and Name. Rows include: 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 Marraffa, 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

Table with 15 columns: U.O., Data, ID Valutazione, and 13 data columns for various audit items (16093, 16129/25, 16064/25, 10309/25, 15819/25, 16243/25, 15442/25, 16388/2025, 15599/2025, 16266/2025, 14097/2025, 14097/2025 bis, Totale). Rows include audit questions about consent forms, data completeness, and subject identification.

U.O.		Anestesia e Rianimazione III GR												Totale
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	
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 comorbidità 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	

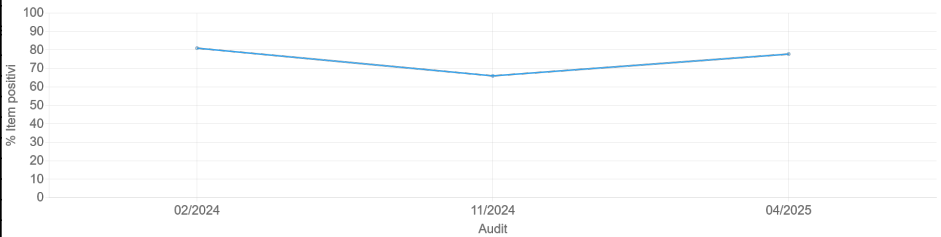
U.O.		Anestesia e Rianimazione III GR													
Data		08/05/2025													
ID Valutazione		16093	16129/25	16064/25	10309/25	15819/25	16243/25	15442/25	16388/2025	15599/2025	16266/2025	14097/2025	14097/2025 bis	Totale	
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO		
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	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**

---

Table with 2 columns: Role/Category and Name. Rows include: 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

Table with 19 columns (ID, Valutazione, and 17 data columns) and 19 rows of audit questions. The table contains 'SI', 'NO', and 'NA' responses for various criteria related to informed consent and patient safety.



U.O.	Anestesia e Rianimazione SM																											
Data	03/04/2023																											
ID Valutazione	25009390	2500012244	MM49	190903-2025012245	25/10451	25/12156	BG60	25/11452	25/12447	25/12192	25/10074	25/12159	25/12412	25/12530	2025011763	2025012055	2025012103	2025012055bis	2025012070	12357	11962	2025011436	12151	10224	12390	12283	12252	Totale
20	E' presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?																											
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)																											
22	E' presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?																											
23	E' presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?																											
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	17	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 anestesologiche (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 anestesologico 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 anestesilogico		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 comorbidità 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%
<b>TOTALE</b>		<b>379</b>	<b>487</b>	<b>77,8%</b>

### Riepilogo P.O. G. Rodolico

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

Consenso informato anestesiológico		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 comorbidità 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%
<b>TOTALE</b>		<b>518</b>	<b>637</b>	<b>81,3%</b>

### Riepilogo A.O.U.P

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

Consenso informato anestesiológico		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 comorbidità 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%
<b>TOTALE</b>		<b>897</b>	<b>1124</b>	<b>79,8%</b>

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

non raggiunto  
parzialmente raggiunto  
spesso raggiunto  
raggiunto

Esito	
N. UU.OO. con tutti gli item positivi	N. UU.OO.
0	4
non raggiunto	0%

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

Data 27/05/2025