

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

Consenso informato anestesiologicalo
17/03/2026

Indice



Obiettivi dell'audit	4
Requisiti e standard di riferimento	4
Criteri dell'audit	4
Strutture coinvolte	5
Risultati	5
Presidio G. Rodolico	6
Anestesia e Rianimazione I (Ed. 1) - GR	7
Presidio San Marco	10
Anestesia e Rianimazione - SM	11
Conclusioni	14
Risultanze dell'audit	15
Riepilogo P.O. San Marco	16
Riepilogo P.O. G. Rodolico	17
Riepilogo A.O.U.P	18
Considerazioni finali	20

Data e ora prevista	Data e ora effettiva	NORMATIVA DI RIFERIMENTO		
17/03/2026	17/03/2026	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 il 17/03/2026 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 il 17/03/2026 ha coinvolto 2 Unità Operative, 1 del P.O. G. Rodolico e 1 del P.O. San Marco.

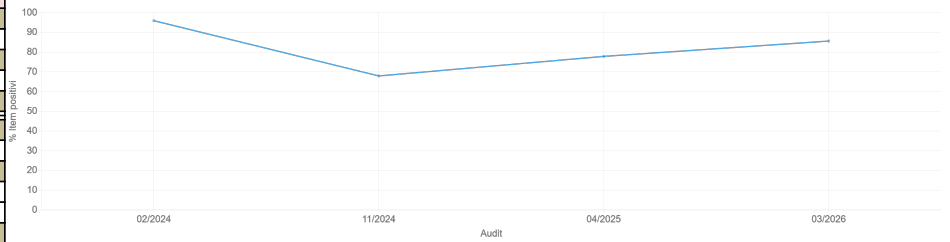
Risultati

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	
Alfio Castro	
REFERENTI PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO	
DATA	
17/03/2026	
AUDITOR	
Antonino Trombetta	
Francesca Ascia	
PERSONALE CONTATTATO	
costanzo nunziatina	



AUDIT CONSENSO INFORMATO ANESTESIOLOGICO

Anestesia e Rianimazione I (Ed. 1) GR												
Data	17/03/2026											
ID Valutazione	8180	8972	8172	2026008996 onc. em. ped.	26010260 chir. vasc	10455/26 CH. TOR.	10102/26 CH.TOR.	10114 CH.TOR.	9278/26 CARDIOCH.	2026005499 onco em ped	26008545 ch.vasc.	Totale
1 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	SI ¹	SI ²	SI ³	SI ³	SI ³	SI ⁴	SI ⁴	SI ⁴	
2 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI ⁴	SI ⁴	SI ⁴	SI ⁴	SI ⁴	SI ⁴	SI ⁴	SI ⁴	SI ⁴	SI ⁴	SI ⁴	
3 Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI ⁴	NO ⁴	SI ⁴	NO ⁴	SI ⁴	SI ⁴	SI ⁴	SI ⁴	SI ⁴	SI ⁴	SI ⁴	
4 Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI ⁴	SI ⁴	SI ⁴	SI ⁴	SI ⁴	SI ⁴	SI ⁴	SI ⁴	SI ⁴	SI ⁴	SI ⁴	
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 ⁴	SI ⁴	NA ⁴	SI ⁴	NA ⁴	NA ⁴	NA ⁴	SI ⁴	NA ⁴	NO ⁴	NA ⁴	
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 ⁵	SI ⁵	NA ⁵	SI ⁵	NA ⁵	NA ⁵	NA ⁵	SI ⁵	NA ⁵	NO ⁵	NA ⁵	
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 ⁶	SI ⁶	NA ⁶	SI ⁶	NA ⁶	NA ⁶	NA ⁶	SI ⁶	NA ⁶	NO ⁶	NA ⁶	
8 È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI 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)	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	NO ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	NO ⁷	SI ⁷	
10 È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	
11 La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	NO ⁷	NO ⁷	
12 Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	
13 È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI ⁷	SI ⁷	NO ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	
14 È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	
15 È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	NA ⁷	NA ⁷	NA ⁷	NO ⁷	NO ⁷	NO ⁷	NO ⁷	NO ⁷	NO ⁷	NO ⁷	NO ⁷	
16 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	NA ⁷	NA ⁷	NA ⁷	NA ⁷	NO ⁷	NA ⁷	NA ⁷	NA ⁷	NO ⁷	NO ⁷	NO ⁷	
17 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NA ⁷	NA ⁷	NA ⁷	NA ⁷	NO ⁷	NA ⁷	NA ⁷	NA ⁷	NO ⁷	NA ⁷	NO ⁷	
18 Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	
19 È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	NO ⁷	
20 È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	
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 ⁷	NA ⁷	NA ⁷	SI ⁷	SI ⁷	NA ⁷	NA ⁷	NA ⁷	NA ⁷	SI ⁷	SI ⁷	
22 È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI ⁷	SI ⁷	NO ⁷	NO ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	NO ⁷	
23 È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	NO ⁷	
TOTALE SI	19	18	14	18	17	15	16	19	16	15	13	180
TOTALE NO	0	1	2	3	3	2	1	1	3	7	7	30
SOMMA	19	19	16	21	20	17	17	20	19	22	20	210
% SI	100,0%	94,7%	87,5%	85,7%	85,0%	88,2%	94,1%	95,0%	84,2%	68,2%	65,0%	85,7%
% NO	0,0%	5,3%	12,5%	14,3%	15,0%	11,8%	5,9%	5,0%	15,8%	31,8%	35,0%	14,3%

Note:

¹ Personale contattato: Samperi Piera psamperi@unict.it - Coppola Luigi coppola@policlinico.unict.it Auditor: Giuseppina Coco - Daniela Giannazzo

² Personale contattato: Spinelli Domenico domenico.spinelli@unict.it - Di Bartolo Caterina dibartolo@policlinico.unict.it Auditor: Giuseppina Coco - Daniela Giannazzo

³ Personale contattato: Donzuso Michaela michaela.donzuso@policlinico.unict.it Auditor: Giuseppe Salamanca - Davide Maugeri

⁴ Personale contattato: Di Rocco Maurizio m.dirocco@policlinico.unict.it Auditor: Giuseppe Salamanca - Davide Maugeri

⁵ presente nome mamma e papà ma non altri dati

⁶ presente nome mamma e papà ma non altri dati

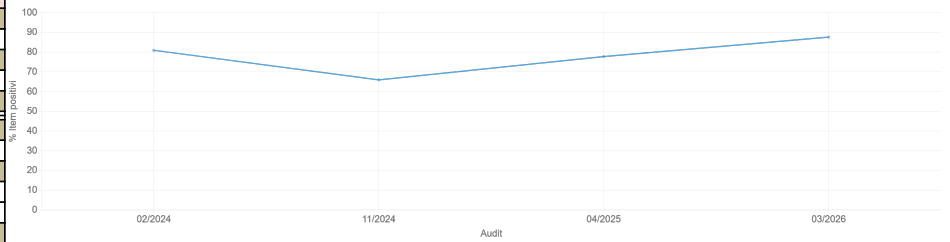
⁷ presente nome mamma e papà ma non altri dati

Note U.O.: consenso anestesilogico



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	
17/03/2026	
AUDITOR	
Salvatore Lo Monaco	
Giovanna Triglia	
PERSONALE CONTATTATO	
maria antonietta meli	



AUDIT CONSENSO INFORMATO ANESTESIOLOGICO

Data		Anestesia e Rianimazione SM																				
		17/03/2026																				
ID	Valutazione	pediatria 10762/2026	ortopedia 8679	ortopedia 8670/26	ortopedia 10326	ortopedia 9991	ortopedia 8207	ortopedia 6743	ost. ginec. 10771	ost. ginec. 10547	10752 pat.ostetrica	10751 pat.ostetrica	10206 pat.ostetrica	1666 pat. ostetrica	3405 pat.ostetrica	10501 bronco	10340 bronco	MAXILLO 10997	MAXILLO 10906	MAXILLO10868	MAXILLO 10417	
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	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	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	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	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)?	SI	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	SI	SI	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)?	NO	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NO	NO	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)?	SI	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NO	SI	NA	NA	NA	NA
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	NO	SI	NO	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 maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	SI	SI	NA	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	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'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	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	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	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	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO	NO	SI	NO	SI	SI
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	NA	NA	NA	NA	NA	SI	NA	SI	SI	SI	SI	SI	NA	SI	SI	NA	NA	SI	NA	SI	SI
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NA	NA	NA	NA	NA	NO	NA	SI	SI	SI	SI	SI	NA	SI	SI	NA	NA	SI	NA	SI	SI
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	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	SI	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	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)	SI	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	SI	SI	NA	NA	NA	NA
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
TOTALE SI		13	15	12	14	15	17	14	19	18	18	19	16	19	18	14	13	19	16	19	19	
TOTALE NO		7	2	4	3	2	2	3	0	1	1	0	1	0	1	7	8	0	1	0	0	
SOMMA		20	17	16	17	17	19	17	19	19	19	19	17	19	19	21	21	19	17	19	19	
% SI		65,0%	88,2%	75,0%	82,4%	88,2%	89,5%	82,4%	100,0%	94,7%	94,7%	100,0%	94,1%	100,0%	94,7%	66,7%	61,9%	100,0%	94,1%	100,0%	100,0%	
% NO		35,0%	11,8%	25,0%	17,6%	11,8%	10,5%	17,6%	0,0%	5,3%	5,3%	0,0%	5,9%	0,0%	5,3%	33,3%	38,1%	0,0%	5,9%	0,0%	0,0%	



Anestesia e Rianimazione SM											
Data		17/03/2026									
ID	Valutazione	MAXILLO 10706	MAXILLO	VASCOLARE 9365	VASCOLARE 8526	VASCOLARE 10498	VASCOLARE 8898	VASCOLARE 10826	7154	7190	Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	NO ⁵	SI ⁵	
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	NO ⁵	SI ⁵	NO ⁵	SI ⁵	NO ⁵	SI ⁵	SI ⁵	NO ⁵	SI ⁵	
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI ⁵	SI ⁵	NO ⁵	NO ⁵	NO ⁵	NO ⁵	SI ⁵	SI ⁵	NO ⁵	
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	
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 ⁵	SI ⁵	NA ⁵	NA ⁵	NA ⁵	NA ⁵	NA ⁵	SI ⁵	SI ⁵	
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 ⁵	SI ⁵	NA ⁵	NA ⁵	NA ⁵	NA ⁵	NA ⁵	SI ⁵	SI ⁵	
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 ⁵	SI ⁵	NA ⁵	NA ⁵	NA ⁵	NA ⁵	NA ⁵	SI ⁵	SI ⁵	
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	
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 ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI ⁵	SI ⁵	NO ⁵	SI ⁵	NO ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	NO ⁵	
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	NO ⁵	SI ⁵	NO ⁵	NO ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	NA ⁵	SI ⁵	NA ⁵	NA ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	NA ⁵	SI ⁵	
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NA ⁵	SI ⁵	NA ⁵	NA ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	NO ⁵	NO ⁵	NO ⁵	SI ⁵	
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	NO ⁵	SI ⁵	
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 ⁵	SI ⁵	NA ⁵	NA ⁵	NA ⁵	NA ⁵	NA ⁵	NA ⁵	SI ⁵	
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO ⁵	SI ⁵	NO ⁵	SI ⁵	NO ⁵	NO ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	
TOTALE SI		14	23	12	15	15	16	18	17	21	478
TOTALE NO		3	0	5	2	4	3	1	4	2	67
SOMMA		17	23	17	17	19	19	19	21	23	545
% SI		82,4%	100,0%	70,6%	88,2%	78,9%	84,2%	94,7%	81,0%	91,3%	87,7%
% NO		17,6%	0,0%	29,4%	11,8%	21,1%	15,8%	5,3%	19,0%	8,7%	12,3%

Note:

- ¹ rischio anestesilogico ASA
- ² modulo non aggiornato
- ³ modulo non aggiornato
- ⁴ modulo non aggiornato
- ⁵ modulo non aggiornato

Note U.O.: U.O. Urologia



Conclusioni

Risultanze dell'audit

Sono stati valutati 40 moduli di registrazione del consenso per l'esecuzione di procedure anestesiológicas, relativi all'U.O. di Anestesia e Rianimazione del P.O. San Marco e alle U.O. di Anestesia e Rianimazione del P.O. G. Rodolico.

Dall'analisi dei risultati relativi alle modalità di gestione della registrazione dell'attività di acquisizione del consenso informato anestesiológico emerge che solo 8 dei 40 moduli di registrazione del consenso informato valutati 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:	29
----------	---	-----------------	----

Consenso informato anestesilogico					
Data		17/03/2026			
ID	Evidenza	SI	NO	Somma	% SI
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	28	1	29	96,6%
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	22	7	29	75,9%
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	13	16	29	44,8%
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	29	0	29	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)?	6	0	6	100,0%
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)?	3	3	6	50,0%
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)?	5	1	6	83,3%
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	27	2	29	93,1%
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)	24	3	27	88,9%
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	29	0	29	100,0%
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	28	1	29	96,6%
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	28	1	29	96,6%
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	23	6	29	79,3%
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	29	0	29	100,0%
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	16	13	29	55,2%
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	15	0	15	100,0%
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	15	1	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	3	29	89,7%
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	29	0	29	100,0%
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	28	1	29	96,6%
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)	5	0	5	100,0%
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	21	8	29	72,4%
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	29	0	29	100,0%
TOTALE		478	67	545	87,7%

Riepilogo P.O. G. Rodolico

N. U.O.:	1	N. Valutazioni:	11
----------	---	-----------------	----

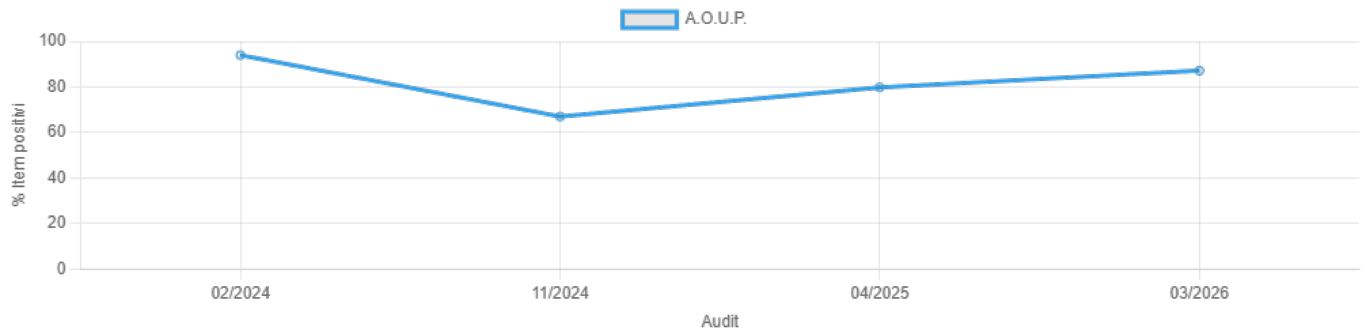
Consenso informato anestesilogico					
Data		17/03/2026			
ID	Evidenza	SI	NO	Somma	% SI
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	11	0	11	100,0%
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	11	0	11	100,0%
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	9	2	11	81,8%
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	11	0	11	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	1	5	80,0%
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)?	4	1	5	80,0%
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)?	4	1	5	80,0%
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	11	0	11	100,0%
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)	9	2	11	81,8%
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	11	0	11	100,0%
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	9	2	11	81,8%
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	11	0	11	100,0%
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	10	1	11	90,9%
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	11	0	11	100,0%
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	0	8	8	0,0%
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	0	4	4	0,0%
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	0	3	3	0,0%
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	11	0	11	100,0%
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	10	1	11	90,9%
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	11	0	11	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)	4	0	4	100,0%
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	8	3	11	72,7%
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	10	1	11	90,9%
TOTALE		180	30	210	85,7%

Riepilogo A.O.U.P

N. U.O.:	2	N. Valutazioni:	40
----------	---	-----------------	----

Consenso informato anestesilogico					
Data		17/03/2026			
ID	Evidenza	SI	NO	Somma	% SI
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	39	1	40	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)	33	7	40	82,5%
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	22	18	40	55,0%
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	40	0	40	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)?	10	1	11	90,9%
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)?	7	4	11	63,6%
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)?	9	2	11	81,8%
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	38	2	40	95,0%
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)	33	5	38	86,8%
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	40	0	40	100,0%
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	37	3	40	92,5%
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	39	1	40	97,5%
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	33	7	40	82,5%
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	40	0	40	100,0%
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	16	21	37	43,2%
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	15	4	19	78,9%
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	15	4	19	78,9%
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	37	3	40	92,5%
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	39	1	40	97,5%
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	39	1	40	97,5%
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)	9	0	9	100,0%
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	29	11	40	72,5%
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	39	1	40	97,5%
TOTALE		658	97	755	87,2%

PRESIDIO	U.O.	TOTALE ITEM POSITIVI	TOTALE ITEM APPLICABILI	PERCENTUALE ITEM POSITIVI	RAGGIUNGIMENTO STANDARD
SM	Anestesia e Rianimazione	478	545	87,7%	spesso raggiunto
GR	Anestesia e Rianimazione I (Ed. 1)	180	210	85,7%	spesso 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	2
non raggiunto	0%

Esito	
Valutazioni con tutti gli item positivi	N. valutazioni
8	40
non raggiunto	20%

Data 30/06/2026