

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

Consenso informato NON anestesilogico

17/03/2026

Indice



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 III - GR	8
Cardiochirurgia - GR	10
Cardiologia (Degenza) - GR	12
Chirurgia Generale II - GR	14
Chirurgia Generale III - GR	15
Chirurgia Pediatrica - GR	17
Chirurgia Toracica - GR	18
Chirurgia Vascolare (Degenza) - GR	19
Clinica Chirurgica - GR	21
Clinica Oculistica - GR	23
Clinica Ortopedica - GR	25
Clinica Pediatrica - GR	26
Clinica Urologica - GR	28
Ematologia (Degenza) - GR	29
Ematologia DH - GR	30
Medicina Generale - GR	32
Medicina Interna - GR	34
Oncoematologia pediatrica - GR	36
Ostetricia e Ginecologia - GR	38
Otorinolaringoiatria - GR	40
Pneumologia - GR	42
Talassemia - GR	44
Presidio San Marco	46
Anestesia e Rianimazione - SM	47
Broncopneumologia Pediatrica - SM	49
Cardiologia e UTIC - SM	51
Chirurgia Generale - SM	53
Chirurgia Maxillo Facciale - SM	55
Chirurgia Vascolare - SM	57
Malattie Infettive e Tropicali - SM	58
MCAU - SM	60
Medicina Generale - SM	62
Nefrologia e Dialisi - SM	64
Neurochirurgia - SM	66
Neurologia - SM	68
Ortopedia - SM	70
Ostetricia e Ginecologia - SM	72
Patologia Ostetrica - SM	74
Pediatria e P.S. Pediatrico - SM	76
Pronto Soccorso Generale - SM	78
Reumatologia - SM	80
Urologia - SM	82
UTIN - SM	84
Conclusioni	86
Risultanze dell'audit	87

Riepilogo P.O. San Marco	88
Riepilogo P.O. G. Rodolico	89
Riepilogo A.O.U.P	90
Considerazioni finali	93

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, per le attività sanitarie che prevedono l'acquisizione di un consenso informato scritto, ad eccezione delle procedure anestesologiche.

Requisiti e standard di riferimento

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

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

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

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

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

Norma UNI EN ISO 9001:2015

Punto 8.2.1 Comunicazione con il cliente

Punto 9.2 Audit interno

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

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

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

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

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

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

Criteri dell'audit

Nel corso dell'audit è stato valutato se:

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

paziente (analizzare anamnesi)

- 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
- 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 42 Unità Operative, 22 del P.O. G. Rodolico e 20 del P.O. San Marco.

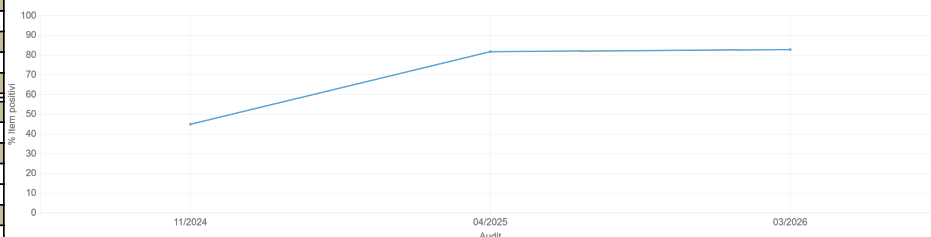
Risultati

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

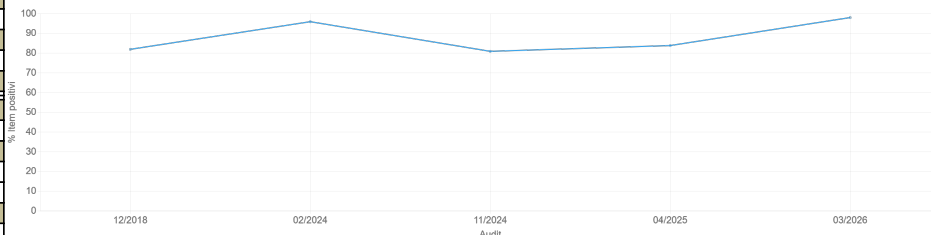
Anestesia e Rianimazione III - GR
DIRETTORE / RESPONSABILE
Dott. Ettore Panascia
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dott. Paolo Imbrogio
REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
DATA
17/03/2026
AUDITOR
Agatino Davide Maugeri
Giuseppe Salamanca
PERSONALE CONTATTATO
Imbrogio Paolo
N. PAZIENTI RICOVERATI
10



AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

Anestesia e Rianimazione III GR			
Data		17/03/2026	
ID	Valutazione	6933/26	6239/26 Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	SI	SI
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NO	NO
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	NO
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	NA
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	SI
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	NO	NO
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	NA	NA
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	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
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NO	NO
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI
TOTALE SI		18	16 34
TOTALE NO		3	4 7
SOMMA		21	20 41
% SI		85,7%	80,0% 82,9%
% NO		14,3%	20,0% 17,1%

Cardiochirurgia - GR
DIRETTORE / RESPONSABILE
Dott. Salvatore Lentini
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dott. Maurizio Di Rocco
REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
DATA
17/03/2026
AUDITOR
Agatino Davide Maugeri
Giuseppe Salamanca
PERSONALE CONTATTATO
Dott. Maurizio Di Rocco
N. PAZIENTI RICOVERATI
23



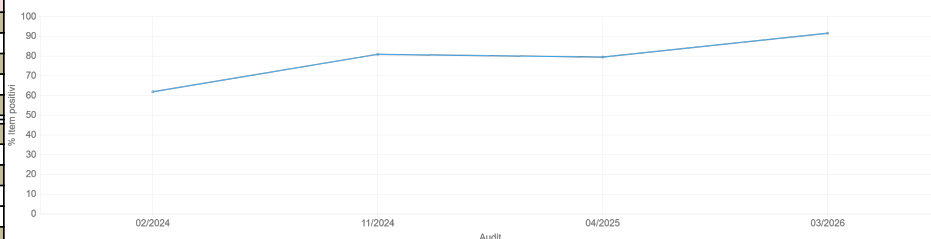
AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

Cardiochirurgia GR									
Data		17/03/2026							
ID	Valutazione	10086/26	10086/26.	10086/26..	10446/26	10446/26.	9278/26	9278/26.	Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	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	
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NO	NA	NA	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	NO	NA	NA	NA	NA	NA	
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NO	NA	NA	SI	NA	NA	
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	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)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	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	
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
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	
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	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	
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
TOTALE SI		19	19	19	19	20	19	19	153
TOTALE NO		0	3	0	0	0	0	0	3
SOMMA		19	22	19	19	20	19	19	156
% SI		100,0%	86,4%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	98,1%
% NO		0,0%	13,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,9%



Note U.O.: p consensi hiv

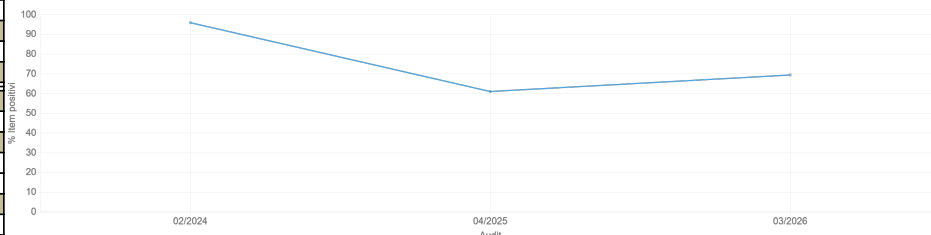
Cardiologia (Degenza) - GR
DIRETTORE / RESPONSABILE
Prof. Davide Capodanno
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dott. Tommaso Castro
REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
DATA
17/03/2026
AUDITOR
Giuseppa Pappalardo
Raffaele Iorfida
PERSONALE CONTATTATO
Tommaso Castro



AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

Cardiologia (Degenza) GR					
Data		17/03/2026			
ID Valutazione		10675/26	7174/26	10674/26	Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all’ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI	SI	
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	
5	Qualora sia compilata la sezione “dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari”, sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	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	SI	
7	Qualora sia compilata la sezione “dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari”, sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	SI	
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	SI	SI	
10	È presente la descrizione dell’atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	
11	La descrizione dell’atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l’utilizzo di sigle?	SI	SI	SI	
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l’informazione è stata fornita?	SI	SI	SI	
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO	NO	NO	
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI	SI	
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell’atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	
16	Se vi è allegata un’informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	SI	SI	
17	Se vi è allegata un’informativa, questa è stata firmata dal medico?	SI	SI	SI	
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell’acquisizione del consenso o del rifiuto all’atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	
20	È presente la firma dell’interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	NA	
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO	NO	SI	
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	
TOTALE SI		17	17	21	55
TOTALE NO		2	2	1	5
SOMMA		19	19	22	60
% SI		89,5%	89,5%	95,5%	91,7%
% NO		10,5%	10,5%	4,5%	8,3%

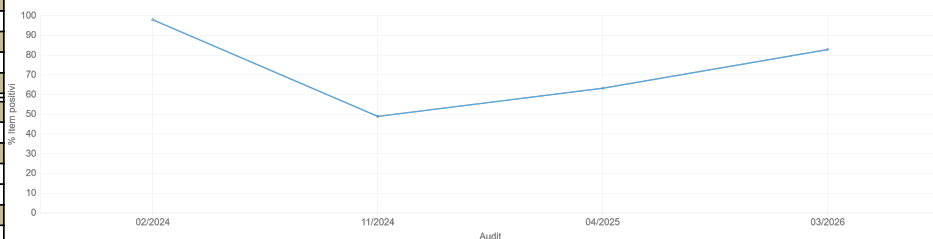
Chirurgia Generale II - GR
DIRETTORE / RESPONSABILE
Dott.ssa Rosalia Latino
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dott.ssa Rosa Maria Leto
REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
DATA
17/03/2026
AUDITOR
Oksana Catania
Daniela Scollo
PERSONALE CONTATTATO
lizio achille
rosa maria leto
N. PAZIENTI RICOVERATI
20



AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

Chirurgia Generale II GR						
Data		17/03/2026				
ID	Valutazione	26010874	26010854	26009927	26010787	26010513
Totale						
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	SI	SI
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI	NO	NO	SI
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO	SI	NO	NO	NO
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	SI
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	NA	NA
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	NA	NA
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	NA	NA
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NO	NO	NO	NO	SI
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	SI
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	SI	SI	SI
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	NO	SI	NO	SI	SI
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO	SI	NO	NO	SI
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	NO	SI	NO	SI	SI
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	SI
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	SI	SI	SI	SI
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NO	SI	NO	NO	SI
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	NO	SI	SI	SI	SI
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	NO	SI	SI	SI	SI
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	SI	SI
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	NA	NA	NA
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO	NO	NO	NO	SI
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	NO	SI	NO	NO	SI
TOTALE SI		9	17	10	12	18
TOTALE NO		10	2	9	7	1
SOMMA		19	19	19	19	19
% SI		47,4%	89,5%	52,6%	63,2%	94,7%
% NO		52,6%	10,5%	47,4%	36,8%	5,3%
						66
						29
						95
						69,5%
						30,5%

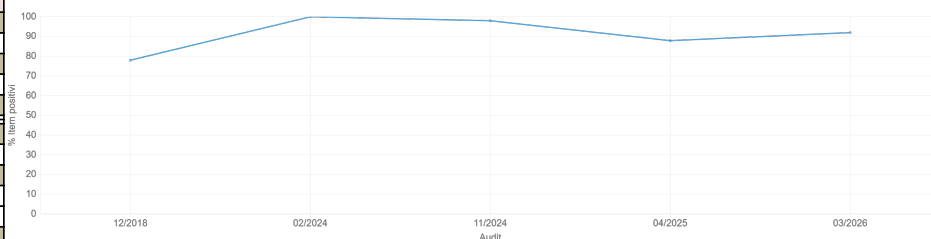
Chirurgia Generale III - GR
DIRETTORE / RESPONSABILE
Prof. Antonio Zanghi'
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dott.ssa Giuseppina Di Dio
REFERENTI PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
DATA
17/03/2026
AUDITOR
Oksana Catania
Daniela Scollo
PERSONALE CONTATTATO
di dio giuseppina
N. PAZIENTI RICOVERATI
20



AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

Chirurgia Generale III GR					
Data		17/03/2026			
ID Valutazione		26007672	26007333	26006792	10542/2026 Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	SI
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI	SI	SI
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO	NO	NO	NO
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	NO	SI	SI	SI
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	NA
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	NA
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	NA
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	SI
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	SI	SI	NO
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	SI	SI
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	SI	SI
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	SI	SI	NO
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI	SI	NO
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	SI	SI	SI
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	SI	SI	SI	NO
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	SI
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	SI
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	SI
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	NA	NA
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	NO	NO
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	NO	NO
TOTALE SI		17	18	16	12
TOTALE NO		2	1	3	7
SOMMA		19	19	19	19
% SI		89,5%	94,7%	84,2%	63,2%
% NO		10,5%	5,3%	15,8%	36,8%

Chirurgia Pediatrica - GR
DIRETTORE / RESPONSABILE
Prof. Vincenzo Di Benedetto
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dott.ssa Domenica Passarello
REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
DATA
17/03/2026
AUDITOR
Giuseppa Pappalardo
Raffaele Iorfida
PERSONALE CONTATTATO
Domenica Passarello



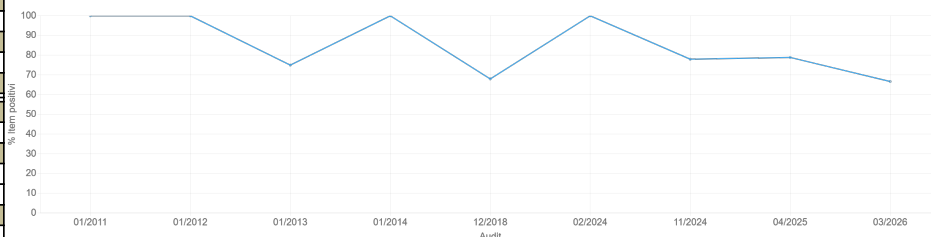
AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

Chirurgia Pediatrica GR					
Data	17/03/2026				
ID Valutazione	10761/26	4647/26	9784/26	26/10761	Totale
1 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	SI	
2 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI	SI	SI	
3 Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	SI	
4 Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	
5 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	
6 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	SI	SI	SI	SI	
7 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	SI	SI	SI	SI	
8 È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	SI	
9 La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	SI	SI	SI	
10 È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	
11 La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	SI	SI	
12 Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	SI	SI	
13 È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	SI	SI	SI	
14 È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI	SI	SI	
15 È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	NO	NO	NO	SI	
16 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	NA	NA	NA	SI	
17 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NO	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	
19 È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	SI	
20 È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	NO	SI	SI	NO	
21 In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	SI	SI	SI	
22 È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	NO	
23 È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	
TOTALE SI	19	20	20	21	80
TOTALE NO	3	1	1	2	7
SOMMA	22	21	21	23	87
% SI	86,4%	95,2%	95,2%	91,3%	92,0%
% NO	13,6%	4,8%	4,8%	8,7%	8,0%

Note U.O.: Anestesiologico



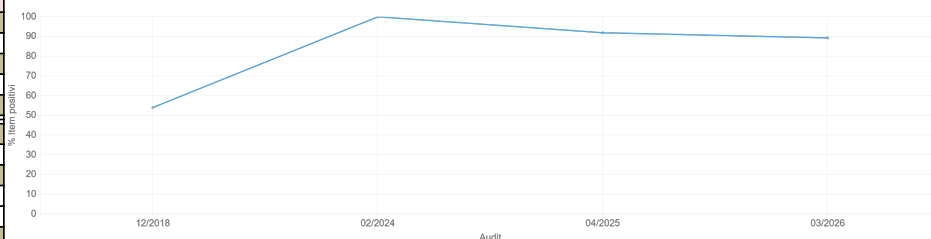
Chirurgia Toracica - GR
DIRETTORE / RESPONSABILE
Dott. Alberto Terminella
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dott.ssa Musumeci Alessandra
REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
DATA
17/03/2026
AUDITOR
Agatino Davide Maugeri
Giuseppe Salamanca
PERSONALE CONTATTATO
DONZUSO MICHAELA
N. PAZIENTI RICOVERATI
9



AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

Chirurgia Toracica GR							
Data	17/03/2026						
ID Valutazione	10102/26	10114/26	10114/26	10455/26	10455/26	10102/26	Totale
1 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	NO	SI	NO	SI	NO	SI	
2 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	NO	SI	NO	SI	NO	SI	
3 Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	NO	SI	SI	SI	NO	
4 Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	NO	SI	SI	
5 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
6 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
7 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
8 È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	NO	SI	NO	NO	SI	
9 La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	NA	SI	NA	NO	NO	
10 È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
11 La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	SI	SI	SI	NO	
12 Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
13 È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	NO	SI	SI	NO	NO	
14 È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	NO	SI	SI	SI	NO	
15 È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	NO	NO	NO	SI	NO	NO	
16 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	NA	NA	NA	SI	NA	NA	
17 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NA	NA	NA	SI	NA	NA	
18 Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
19 È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
20 È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
21 In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
22 È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
23 È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
TOTALE SI	13	9	13	14	10	9	68
TOTALE NO	4	7	4	4	7	8	34
SOMMA	17	16	17	18	17	17	102
% SI	76,5%	56,3%	76,5%	77,8%	58,8%	52,9%	66,7%
% NO	23,5%	43,8%	23,5%	22,2%	41,2%	47,1%	33,3%

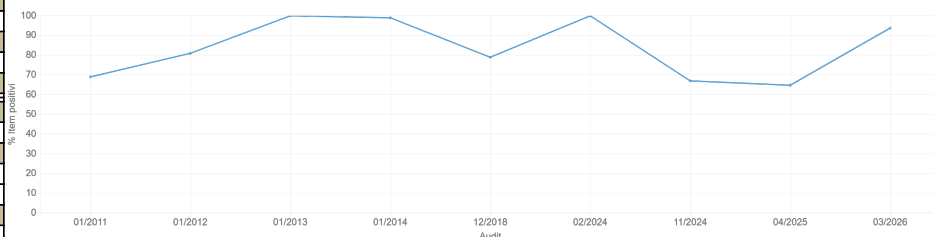
Chirurgia Vascolare (Degenza) - GR
DIRETTORE / RESPONSABILE
Prof. PierFrancesco Veroux
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dott.ssa Caterina Di Bartolo
REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
DATA
17/03/2026
AUDITOR
Daniela Giannazzo
Giuseppina Coco
PERSONALE CONTATTATO
coor. inf. Di Bartolo Caterina - Prof Spinelli Domenico



AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

Chirurgia Vascolare (Degenza) GR					
Data		17/03/2026			
ID Valutazione		26008545	26010260 chir. vasc	26010347	Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI	SI	
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	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)	NO	SI	SI	
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	NO	NO	SI	
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	NO	SI	SI	
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	SI	
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	SI	SI	
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI	SI	
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	NO	SI	
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	NA	SI	
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	SI	NA	SI	
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	SI	NA	
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	
TOTALE SI		15	16	19	50
TOTALE NO		4	2	0	6
SOMMA		19	18	19	56
% SI		78,9%	88,9%	100,0%	89,3%
% NO		21,1%	11,1%	0,0%	10,7%

Clinica Chirurgica - GR
DIRETTORE / RESPONSABILE
Prof. Antonio Biondi
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Arcoria Antonio
REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
DATA
17/03/2026
AUDITOR
Antonino Trombetta
Francesca Ascia
PERSONALE CONTATTATO
Antonio Arcoria
N. PAZIENTI RICOVERATI
22

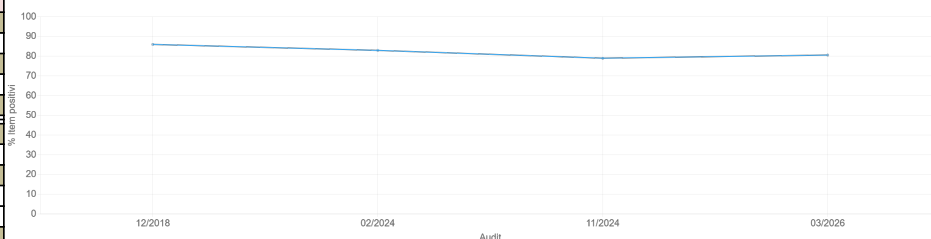


AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

Clinica Chirurgica GR					
Data		17/03/2026			
ID Valutazione		D.M.	10993	10522	Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI	SI	
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	NO	
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	
5	Qualora sia compilata la sezione “dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari”, sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	
6	Qualora sia compilata la sezione “dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari”, è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	
7	Qualora sia compilata la sezione “dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari”, sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	NO	SI	SI	
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbilità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NO	SI	SI	
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	SI	
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	SI	
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	SI	SI	
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI	SI	
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	NA	NA	NA	
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	NA	NA	NA	
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NA	NA	NA	
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	NA	
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	
TOTALE SI		14	16	15	45
TOTALE NO		2	0	1	3
SOMMA		16	16	16	48
% SI		87,5%	100,0%	93,8%	93,8%
% NO		12,5%	0,0%	6,3%	6,3%

Note U.O.: CONSENSO ANESTESIOLOGICO

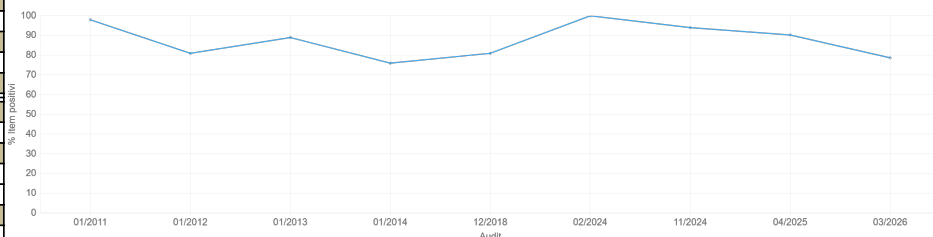
Clinica Oculistica - GR
DIRETTORE / RESPONSABILE
Prof. Teresio Avitabile
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Sig. Calogero Coniglio
REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
DATA
17/03/2026
AUDITOR
Giuseppa Pappalardo
Raffaele Iorfida
PERSONALE CONTATTATO
Calogero Coniglio



AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

Clinica Oculistica GR			
Data		17/03/2026	
ID	Valutazione	10047/26	9879/26 Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	NO
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	NA
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	NO
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	NA
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	NO
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	NO
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	NO
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	SI
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	SI
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	SI	NO
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	NO
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI
TOTALE SI		19	10 29
TOTALE NO		0	7 7
SOMMA		19	17 36
% SI		100,0%	58,8% 80,6%
% NO		0,0%	41,2% 19,4%

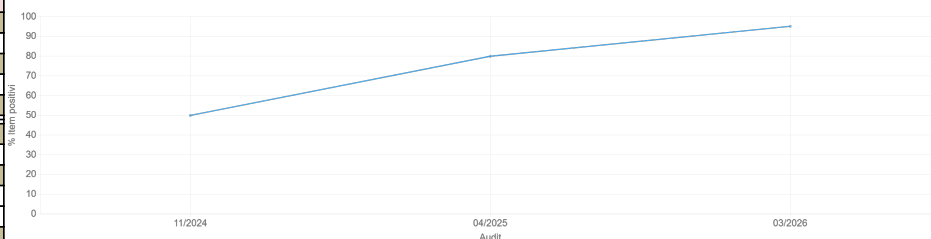
Clinica Ortopedica - GR
DIRETTORE / RESPONSABILE
Prof. Vito Pavone
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dott.ssa Giuseppina Coco
REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
DATA
17/03/2026
AUDITOR
Oksana Catania
Daniela Scollo
PERSONALE CONTATTATO
claudia de cristo
N. PAZIENTI RICOVERATI
24



AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

Clinica Ortopedica GR						
Data	17/03/2026					
ID Valutazione	26009535	26009491	26009968	26009968/1	26009535/1	Totale
1 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	SI	SI	
2 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI	SI	SI	SI	
3 Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	SI	SI	
4 Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	NO	SI	NO	SI	SI	
5 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	NA	NA	
6 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	NA	NA	
7 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	NA	NA	
8 È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	
9 La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	SI	SI	SI	SI	
10 È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	SI	
11 La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	SI	SI	SI	
12 Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	SI	NO	SI	
13 È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO	NO	NO	NO	NO	
14 È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI	SI	SI	SI	
15 È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	NO	NO	NO	SI	SI	
16 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	NA	NA	NA	SI	SI	
17 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NA	NA	NA	NO	NO	
18 Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	SI	SI	
19 È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	NO	SI	
20 È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	SI	SI	
21 In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	NA	NA	NA	
22 È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO	NO	SI	NO	NO	
23 È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	NO	SI	SI	SI	SI	
TOTALE SI	12	14	14	14	16	70
TOTALE NO	5	3	3	5	3	19
SOMMA	17	17	17	19	19	89
% SI	70,6%	82,4%	82,4%	73,7%	84,2%	78,7%
% NO	29,4%	17,6%	17,6%	26,3%	15,8%	21,3%

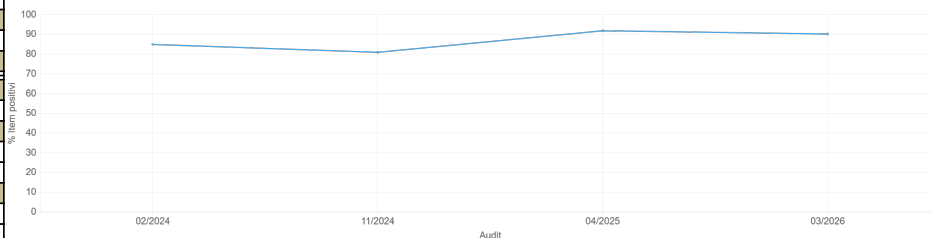
Clinica Pediatrica - GR
DIRETTORE / RESPONSABILE
Prof. Martino Ruggieri
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dott. Antonio Petronio
REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
DATA
17/03/2026
AUDITOR
Giuseppa Pappalardo
Raffaele Iorfida
PERSONALE CONTATTATO
Antonio Petronio



AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

Clinica Pediatrica GR			
Data		17/03/2026	
ID	Valutazione	6979/26	10793/26 Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	SI	SI
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	SI	SI
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	SI
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	SI
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	NO	NO
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	NA	NA
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	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
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	SI
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI
TOTALE SI		20	20 40
TOTALE NO		1	1 2
SOMMA		21	21 42
% SI		95,2%	95,2% 95,2%
% NO		4,8%	4,8% 4,8%

Clinica Urologica - GR
DIRETTORE / RESPONSABILE
Prof. Sebastiano Diego Cimino
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dott.ssa Francesca Mandolfo
REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
DATA
17/03/2026
AUDITOR
Oksana Catania
Daniela Scollo
PERSONALE CONTATTATO
luca sangrigori
damianozito
mandolfo francesca
N. PAZIENTI RICOVERATI
15

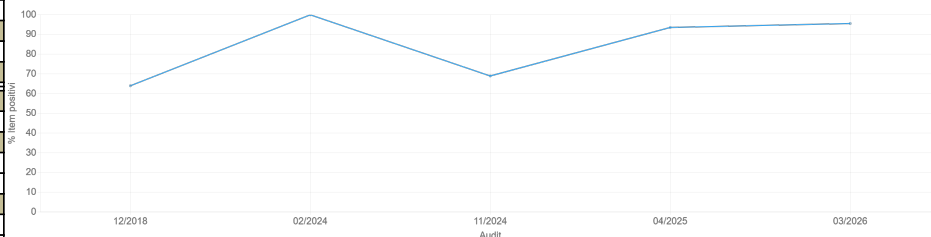


AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

Clinica Urologica GR						
Data		17/03/2026				
ID Valutazione		26008722	26007388	202610754	26008723	26007667
Totale						
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	SI	SI
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI	SI	SI	SI
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	SI	SI
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	SI
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	NA	NA
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	NA	NA
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	NA	NA
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NO	SI	NO	SI	SI
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	SI
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	NO	SI	NO	SI	SI
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	SI	SI	NO
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	NO	SI	SI	SI
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI	SI	SI	SI
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	NO	SI	SI	SI
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	NA	SI	SI	SI
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	SI	NA	SI	SI	NO
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	SI	SI
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	SI	NO
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	SI	SI
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	NA	NA	NA
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI
TOTALE SI		17	15	17	19	16
TOTALE NO		2	2	2	0	3
SOMMA		19	17	19	19	19
% SI		89,5%	88,2%	89,5%	100,0%	84,2%
% NO		10,5%	11,8%	10,5%	0,0%	15,8%
						9,7%



Ematologia (Degenza) - GR
DIRETTORE / RESPONSABILE
Prof. Francesco Di Raimondo
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dott.ssa Giuseppa Pappalardo
REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
DATA
17/03/2026
AUDITOR
Giuseppa Pappalardo
Giuseppe Salamanca
PERSONALE CONTATTATO
Parisi Marina
Maugeri Cinzia
N. PAZIENTI RICOVERATI
14



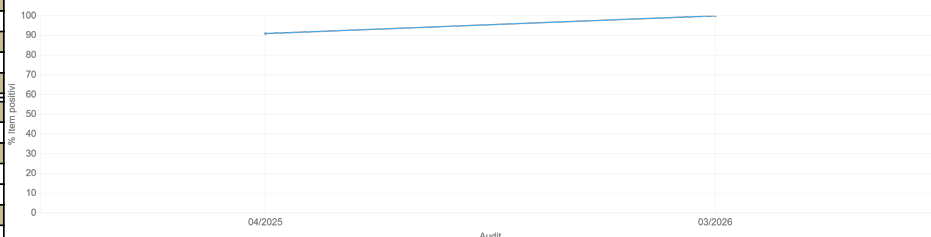
AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

Ematologia (Degenza) GR						
Data		17/03/2026				
ID	Valutazione	10087/26	10087/26.	5271/26	5271/26.	Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	SI	SI
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI	SI	SI	SI
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	SI	SI
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	SI
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	NA	NA	NA
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	NA	NA
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	NA	NA
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	SI	SI	SI	SI
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	SI
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	SI	SI	SI
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	SI	SI	SI
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	SI	SI	SI	SI
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI	SI	SI	SI
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	NO	SI	NO	NO
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	NA	SI	NA	NA
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	SI	NA	SI	NA	NA
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	NO	SI	SI
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	SI	SI
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	SI	SI
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	NA	NA	NA
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI
TOTALE SI		20	17	18	16	16
TOTALE NO		0	1	1	1	1
SOMMA		20	18	19	17	17
% SI		100,0%	94,4%	94,7%	94,1%	94,1%
% NO		0,0%	5,6%	5,3%	5,9%	5,9%

Note U.O.: P. si riferisce al consenso alla chemioterapia p1 cartella 5271 aspirato midollare p2 cartella 5271 rachicentesi diagnostica



Ematologia DH - GR
DIRETTORE / RESPONSABILE
Dott. Di Raimondo Francesco
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dott. De Stradis Giancarlo
REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
DATA
17/03/2026
AUDITOR
Antonino Trombetta
Francesca Ascia
PERSONALE CONTATTATO
Mascali Loredana
N. PAZIENTI RICOVERATI
6

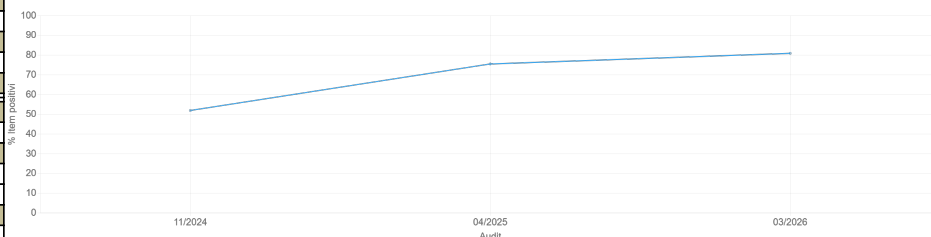


AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

Ematologia DH GR			
Data		17/03/2026	
ID	Valutazione	41	348
		Totale	
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	SI
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	SI
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	SI
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	SI
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	SI	SI
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI
TOTALE SI		19	19
TOTALE NO		0	0
SOMMA		19	19
% SI		100,0%	100,0%
% NO		0,0%	0,0%

Note U.O.: procedure tp.

Medicina Generale - GR
DIRETTORE / RESPONSABILE
Prof Castellino
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dott.ssa Daniela Marchese
REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
DATA
17/03/2026
AUDITOR
Daniela Giannazzo
Giuseppina Coco
PERSONALE CONTATTATO
Marchese Daniela
N. PAZIENTI RICOVERATI
19

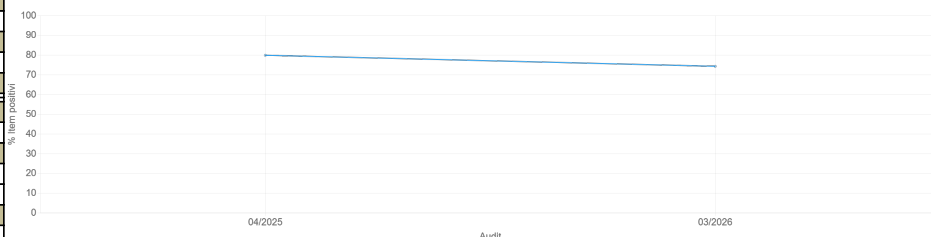


AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

Medicina Generale GR			
Data			17/03/2026
ID Valutazione	9370	Totale	
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	SI	
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	SI	
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NO	
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	NO	
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	NO	
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	NA	
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NA	
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO	
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	
TOTALE SI		17	17
TOTALE NO		4	4
SOMMA		21	21
% SI		81,0%	81,0%
% NO		19,0%	19,0%

Note U.O.: pic- gastroscopia

Medicina Interna - GR
DIRETTORE / RESPONSABILE
Prof. Pietro Castellino
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Sig.ra Maria Carmela Grasso
REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
DATA
17/03/2026
AUDITOR
Daniela Giannazzo
Giuseppina Coco
PERSONALE CONTATTATO
COORD Maria Carmela Grasso
N. PAZIENTI RICOVERATI
10



AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

Medicina Interna GR			
Data		17/03/2026	
ID	Valutazione	20008379	26008015
		Totale	
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI ¹	SI ²
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI ²	SI ²
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO ²	NO ²
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI ²	SI ²
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA ²	NA ²
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 ²	NA ²
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 ²	NA ²
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI ²	SI ²
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 ²	SI ²
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI ²	SI ²
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	NO ²	SI ²
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	NO ²	SI ²
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO ²	NO ²
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	NO ²	SI ²
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI ²	SI ²
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI ²	SI ²
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	SI ²	SI ²
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI ²	SI ²
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI ²	SI ²
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI ²	SI ²
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NO ²	NA ²
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO ²	SI ²
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI ²	SI ²
TOTALE SI		12	17
TOTALE NO		8	2
SOMMA		20	19
% SI		60,0%	89,5%
% NO		40,0%	10,5%

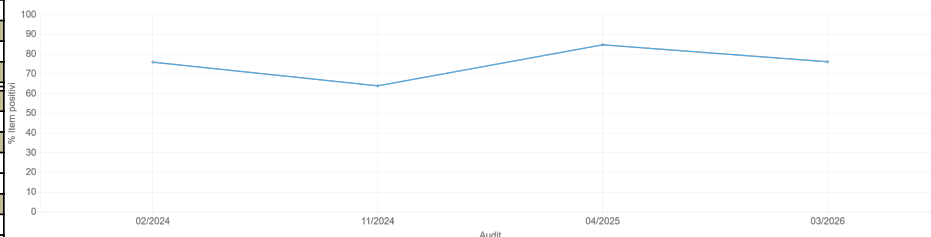
Note:



¹ consenso endoscopia

² conseso endoscopia

Oncoematologia pediatrica - GR
DIRETTORE / RESPONSABILE
Prof.ssa Giovanna Russo
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dott. Luigi Coppola
REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
DATA
17/03/2026
AUDITOR
Daniela Giannazzo
Giuseppina Coco
PERSONALE CONTATTATO
Samperi piera- COORD. coppola lucio
coord
N. PAZIENTI RICOVERATI
12



AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

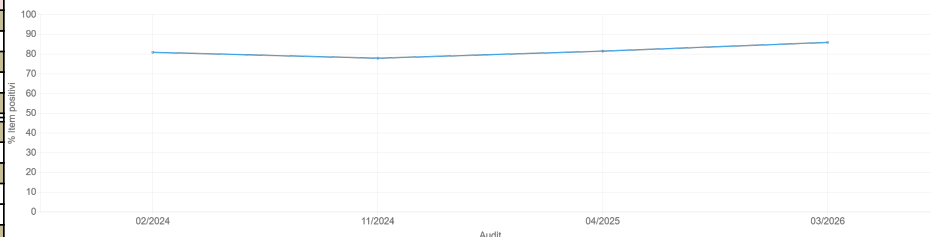
Oncoematologia pediatrica GR		
Data	17/03/2026	
ID Valutazione	202605499	Totale
1 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI ¹	
2 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	NO ¹	
3 Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO ¹	
4 Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI ¹	
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 ¹	
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 ¹	
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 ¹	
8 È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	NO 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)	NA ¹	
10 È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI ¹	
11 La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI ¹	
12 Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI ¹	
13 È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO ¹	
14 È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI ¹	
15 È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI ¹	
16 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	NA ¹	
17 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	SI ¹	
18 Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI ¹	
19 È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI ¹	
20 È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI ¹	
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 ¹	
22 È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO ¹	
23 È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI ¹	
TOTALE SI	16	16
TOTALE NO	5	5
SOMMA	21	21
% SI	76,2%	76,2%
% NO	23,8%	23,8%

Note:



¹ eseguita in radiologia interventistica

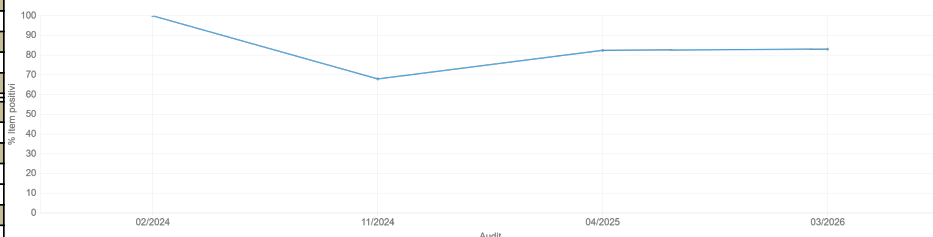
Ostetricia e Ginecologia - GR
DIRETTORE / RESPONSABILE
Prof.ssa Liliana Mereu
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dott.ssa Rosa Maria Massimino
REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
DATA
17/03/2026
AUDITOR
Giuseppa Pappalardo
Raffaele Iorfida
PERSONALE CONTATTATO
Rosa Maria Massimino



AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

Ostetricia e Ginecologia GR				
Data	17/03/2026			
ID Valutazione	10749/26	10766/26	10765/26	Totale
1 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	
2 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI	SI	
3 Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	NO	NO	
4 Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	
5 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	
6 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	
7 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	
8 È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	
9 La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	SI	SI	
10 È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	
11 La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	SI	
12 Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	NO	
13 È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO	SI	NO	
14 È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI	SI	
15 È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	
16 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	SI	SI	
17 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NO	SI	SI	
18 Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	
19 È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	NO	
20 È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	
21 In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	NA	
22 È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	
23 È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	NO	SI	SI	
TOTALE SI	16	18	15	49
TOTALE NO	3	1	4	8
SOMMA	19	19	19	57
% SI	84,2%	94,7%	78,9%	86,0%
% NO	15,8%	5,3%	21,1%	14,0%

Otorinolaringoiatria - GR
DIRETTORE / RESPONSABILE
FF. Prof. Cocuzza Salvatore
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dott. Calogero Coniglio
REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
DATA
17/03/2026
AUDITOR
Giuseppa Pappalardo
Raffaele Iorfida
PERSONALE CONTATTATO
Calogero Coniglio
N. PAZIENTI RICOVERATI
9

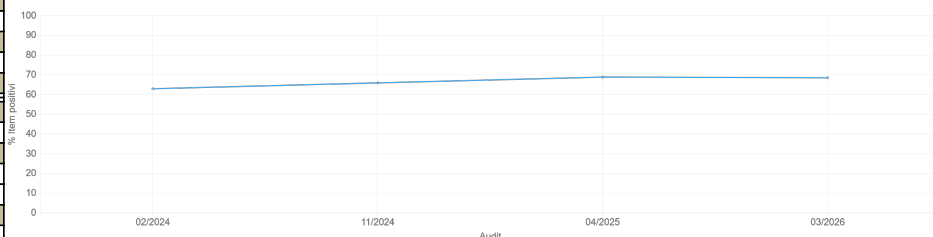


AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

Otorinolaringoiatria GR				
Data		17/03/2026		
ID	Valutazione	10914/26	10907/26	26/10914
Totale				
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI	SI
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO	SI	SI
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	SI	NA	SI
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	SI	NA	SI
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	SI	NA	SI
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	NO
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	SI	NA
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	SI
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	SI
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO	NO	NO
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI	SI
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	NA	NO
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	NA	NA
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	SI	NA	NA
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	NA	SI
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO	NO	NO
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	NO	SI
TOTALE SI		20	13	16
TOTALE NO		3	3	4
SOMMA		23	16	20
% SI		87,0%	81,3%	80,0%
% NO		13,0%	18,8%	20,0%

Note U.O.: anestesilogico

Pneumologia - GR
DIRETTORE / RESPONSABILE
Prof. Carlo Vancheri
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dott. Silvio Caceci
REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
DATA
17/03/2026
AUDITOR
Daniela Giannazzo
Giuseppina Coco
PERSONALE CONTATTATO
coor. Caceci Silvio- DOTT. Alia Stefano
N. PAZIENTI RICOVERATI
22

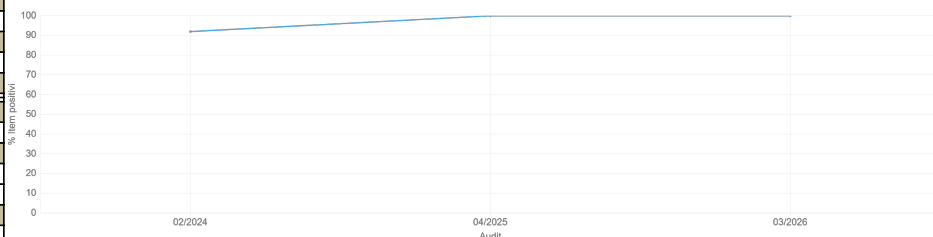


AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

Pneumologia GR			
Data		17/03/2026	
ID	Valutazione	26009740	26010937
		Totale	
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO	NO
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	NO	SI
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	SI
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	NO
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	NO
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	NO	SI
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	NO	NO
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	NA	SI
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NA	NO
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	NO
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	NO
TOTALE SI		12	12
TOTALE NO		4	7
SOMMA		16	19
% SI		75,0%	63,2%
% NO		25,0%	36,8%
			68,6%
			31,4%

Note U.O.: Broncoscopia

Talassemia - GR
DIRETTORE / RESPONSABILE
rosso rosa maria
COORDINATORE INFERMIERISTICO
campagna venera maria
REFERENTI PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
DATA
17/03/2026
AUDITOR
Antonino Trombetta
Francesca Ascia
PERSONALE CONTATTATO
campagna venera
N. PAZIENTI RICOVERATI
7



AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

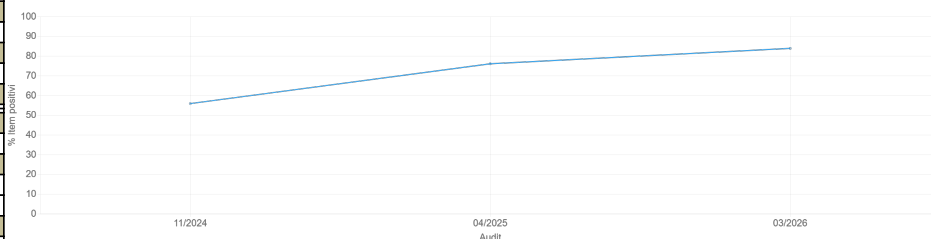
Talassemia GR						
Data		17/03/2026				
ID	Valutazione	1673	395	1673....	2453	2453.
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	SI	SI
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI	SI	SI	SI
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	SI	SI
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	SI
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	NA	NA
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	NA	NA
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	NA	NA
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	SI	SI	SI	SI
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	SI
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	SI	SI	SI
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	SI	SI	SI
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	SI	SI	SI	SI
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI	SI	SI	SI
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	NA	NA	NA	SI	SI
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	NA	NA	NA	SI	SI
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NA	NA	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
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	SI	SI
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	SI	SI
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	NA	NA	NA
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI
TOTALE SI		16	16	16	19	19
TOTALE NO		0	0	0	0	0
SOMMA		16	16	16	19	19
% SI		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
% NO		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Note U.O.: consenso terapia trasfusionale



P.O. San Marco

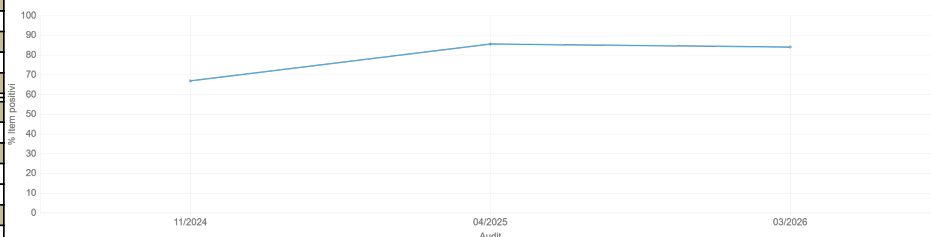
Anestesia e Rianimazione - SM	
DIRETTORE / RESPONSABILE	
Dott. Paolo Murabito	
COORDINATORE INFERMIERISTICO	
Dott. Anello Vincenzo	
REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO	
DATA	
17/03/2026	
AUDITOR	
Giovanni Pedalino	
Salvatore Gioitta	
PERSONALE CONTATTATO	
MARIANI ANTONELLA	
Indelicato Rosaria	



AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

Anestesia e Rianimazione SM								
Data		17/03/2026						
ID Valutazione		7260	7251	7154	7190	7198	7265	Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
5	Qualora sia compilata la sezione “dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari”, sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
6	Qualora sia compilata la sezione “dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari”, è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NO	SI	SI	SI	SI	SI	
7	Qualora sia compilata la sezione “dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari”, sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	SI	SI	SI	SI	NO	
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	SI	NO	SI	
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	SI	SI	SI	NO	SI	
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	SI	NO	
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	SI	NO	SI	NA	
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	NO	SI	SI	SI	SI	SI	
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	NO	NO	NO	SI	SI	SI	
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	NA	NA	NA	SI	SI	SI	
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NO	NA	NA	SI	SI	SI	
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	SI	SI	NO	
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	NO	SI	SI	SI	SI	SI	
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	NO	SI	SI	SI	
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	NO	SI	SI	SI	SI	
TOTALE SI		15	18	18	21	20	18	110
TOTALE NO		6	3	3	2	3	4	21
SOMMA		21	21	21	23	23	22	131
% SI		71,4%	85,7%	85,7%	91,3%	87,0%	81,8%	84,0%
% NO		28,6%	14,3%	14,3%	8,7%	13,0%	18,2%	16,0%

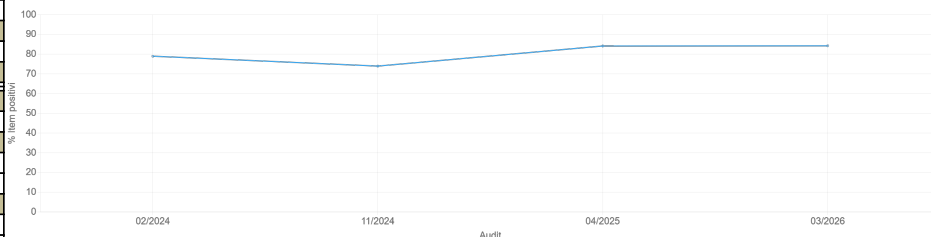
Broncopneumologia Pediatrica - SM
DIRETTORE / RESPONSABILE
Prof. Salvatore Leonardi
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dott. Salvatore Di Martino
REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
DATA
17/03/2026
AUDITOR
Danilo Andrea Curatolo
Lorenzo Belvedere
PERSONALE CONTATTATO
Di Martino Salvatore
N. PAZIENTI RICOVERATI
8



AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

Broncopneumologia Pediatrica SM						
Data		17/03/2026				
ID	Valutazione	10913	10912	10501	10340	9779
						Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	SI	SI
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI	SI	SI	SI
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO	NO	NO	NO	SI
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	SI
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	NA
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	SI	SI	SI	SI	NA
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NO	NO	NO	SI	NA
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NO	NO	SI	SI	NO
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	SI
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	SI	SI	SI
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	SI	SI	NO
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	SI	SI	SI	SI
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI	SI	SI	SI
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	NO	NO	NO	NO	NO
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	NA	NA	NA	NA	NA
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NA	NA	NA	NA	NA
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	SI	SI
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	SI	SI
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	SI	SI
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	SI	SI	SI	NA
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI
TOTALE SI		17	17	18	19	14
TOTALE NO		4	4	3	2	3
SOMMA		21	21	21	21	17
% SI		81,0%	81,0%	85,7%	90,5%	82,4%
% NO		19,0%	19,0%	14,3%	9,5%	17,6%

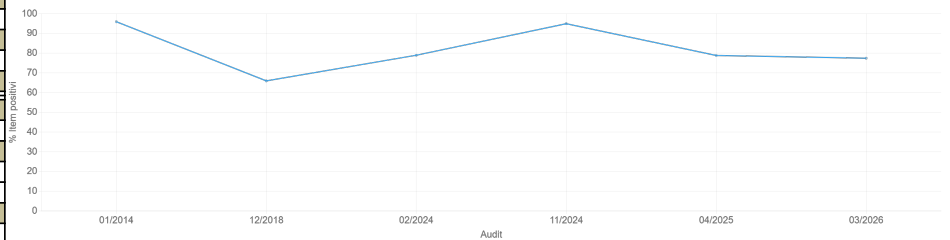
Cardiologia e UTIC - SM
DIRETTORE / RESPONSABILE
la manna Alessio
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Pezzino Marcello
REFERENTI PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
DATA
17/03/2026
AUDITOR
Danilo Andrea Curatolo
Lorenzo Belvedere
PERSONALE CONTATTATO
Marcello Pezzino
Mariarita Spitaleri
N. PAZIENTI RICOVERATI
10



AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

Cardiologia e UTIC SM							
Data		17/03/2026					
ID	Valutazione	5976	5910	5793	1723	9845	2682
		Totale					
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI	SI	SI	SI	SI
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO	NO	SI	SI	NO	SI
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	NA	NA	NA
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	NA	NA	NA
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	NA	NA	NA
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NO	NO	NO	NO	NO	NO
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	NO	SI	SI	SI	NO
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	NO	SI	SI	SI	SI	SI
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	NO	NO	SI	SI	SI	NO
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	NA	NA	SI	SI	SI	NA
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NA	NA	SI	NO	SI	NA
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	NA	NA	NA	NA
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	NO
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
TOTALE SI		13	13	18	17	17	13
TOTALE NO		4	4	1	2	2	4
SOMMA		17	17	19	19	19	17
% SI		76,5%	76,5%	94,7%	89,5%	89,5%	76,5%
% NO		23,5%	23,5%	5,3%	10,5%	10,5%	23,5%

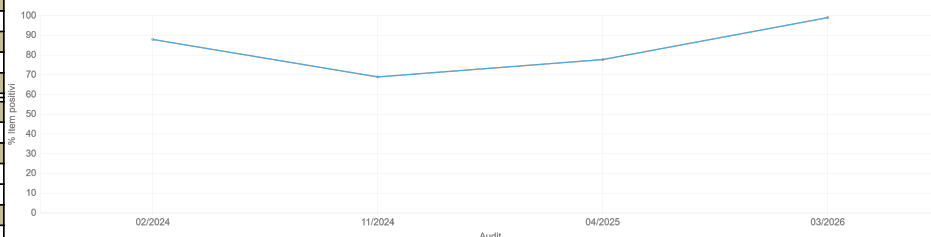
Chirurgia Generale - SM
DIRETTORE / RESPONSABILE
Dott. Di Mauro Gianluca
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Sig. Calarco Emanuele
REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
DATA
17/03/2026
AUDITOR
Elisabetta Lombardo
Savitree Beelato
PERSONALE CONTATTATO
calarco emanuele
N. PAZIENTI RICOVERATI
20



AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

Chirurgia Generale SM							
Data		17/03/2026					
ID	Valutazione	7306	7306 b	9469	9827	9827 b	10154 Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	SI	SI	
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI	SI	SI	SI	
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO	SI	SI	NO	NO	SI
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NO	NO	NO	NO	NO	NO
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	NA	NA	NA
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	NA	NA	NA
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	NO	SI	SI	SI	NO	SI
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NO	SI	SI	SI	NO	SI
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	NO	SI	SI	SI	SI	SI
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	NO	NO	SI	SI	NO	NO
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	NO	NO	SI	SI	SI	SI
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO	SI	NO	SI	SI	SI
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	NO	SI	SI	SI	SI	SI
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	NA	NA	NA	NA
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO	SI	SI	NO	NO	NO
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
TOTALE SI		10	17	18	17	14	17 93
TOTALE NO		10	3	2	3	6	3 27
SOMMA		20	20	20	20	20	20 120
% SI		50,0%	85,0%	90,0%	85,0%	70,0%	85,0% 77,5%
% NO		50,0%	15,0%	10,0%	15,0%	30,0%	15,0% 22,5%

Chirurgia Maxillo Facciale - SM
DIRETTORE / RESPONSABILE
Prof. Bianchi Alberto
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dott.ssa Attanasio Giusy
REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
DATA
17/03/2026
AUDITOR
Patrizia Auteri
Novella Rotolo
PERSONALE CONTATTATO
DI GRAZIA SALVATORE
N. PAZIENTI RICOVERATI
11



AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

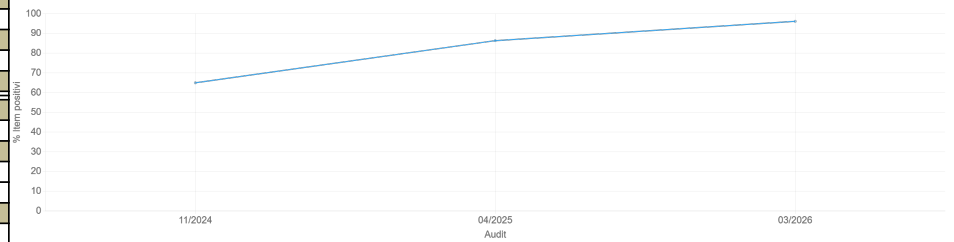
Chirurgia Maxillo Facciale SM							
Data	17/03/2026						
ID Valutazione	10417	10706	11001	10906	10997	10868	Totale
1 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
2 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI	SI	SI	SI	NO	
3 Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
4 Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
5 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
6 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
7 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
8 È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
9 La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
10 È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
11 La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
12 Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
13 È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
14 È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
15 È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	NA	SI	NA	SI	
16 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	SI	NA	SI	NA	SI	
17 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	SI	SI	NA	SI	NA	SI	
18 Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
19 È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
20 È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
21 In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	SI	NA	NA	NA	
22 È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
23 È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
TOTALE SI	19	19	17	19	16	18	108
TOTALE NO	0	0	0	0	0	1	1
SOMMA	19	19	17	19	16	19	109
% SI	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	94,7%	99,1%
% NO	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,3%	0,9%

Note U.O.: DELLA CARTELLA 11001 NON ESISTE LA NOTA INFORMATIVA PER L'INTERVENTO PREPOSTO DELLA SOCIETÀ SCIENTIFICA MAXILLO FACCIALE DELLA CARTELLA 10997 NON ESISTE LA NOTA INFORMATIVA PER L'INTERVENTO



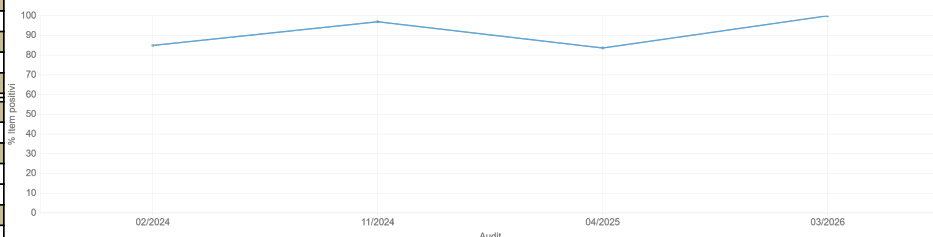
PREPOSTO DELLA SOCIETA' SCIENTIFICA MAXILLO FACCIALE

Chirurgia Vascolare - SM	
DIRETTORE / RESPONSABILE	
Dott.Tringale	
COORDINATORE INFERMIERISTICO	
Dott.ssa Giuseppina Attanasio	
REFERENTI PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO	
DATA	
17/03/2026	
AUDITOR	
Patrizia Auteri	
Novella Rotolo	
PERSONALE CONTATTATO	
DAVIDE VINCIGUERRA	
N. PAZIENTI RICOVERATI	
10	



AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

Malattie Infettive e Tropicali - SM
DIRETTORE / RESPONSABILE
Dr. Arturo Montineri
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr. Francesco Tuminelli
REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
DATA
17/03/2026
AUDITOR
Patrizia Auteri
Novella Rotolo
PERSONALE CONTATTATO
FRANCESCO TUMINELLI
N. PAZIENTI RICOVERATI
20



AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

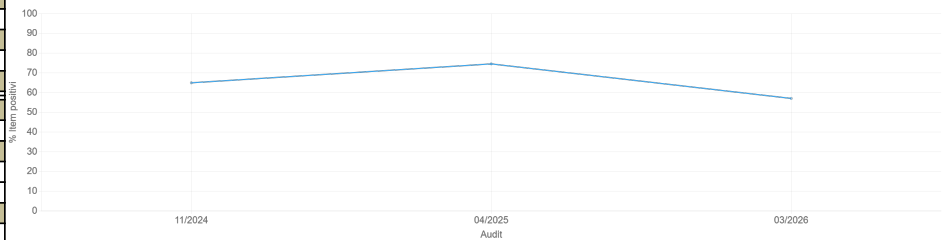
Malattie Infettive e Tropicali SM							
Data		17/03/2026					
ID	Valutazione	4286A	821A	821B	8465	8286B	1109
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI	SI	SI	SI	SI
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	NA	NA	NA
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	NA	NA	NA
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	NA	NA	NA
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	SI	SI	SI	SI	SI
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	NA	SI	SI	SI	SI	SI
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	NA	SI	SI	SI	SI	SI
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NA	SI	SI	SI	SI	SI
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	NA	NA	NA	NA
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
TOTALE SI		16	19	19	19	19	19
TOTALE NO		0	0	0	0	0	0
SOMMA		16	19	19	19	19	19
% SI		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
% NO		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Note U.O.: DELLA CARTELLA 428A RELATIVA AL CONTROLLO C E' PRESENTE UN CONSENSO PER L'ESECUZIONE



DELL'ESOFAGOGASTROSCOPIA DOVE IL PAZIENTE NON ACCETTA LA PROCEDURA, IL CONSENSO E' COMPILATO CORRETTAMENTE. MANCA IL FOGLIO INFORMATIVO PER L'ACQUISIZIONE DELLA PROCEDURA DIAGNOSTICA CHE DOVEVA ESSERE SOMMINISTRATO DAL REPARTO DOVE VIENE EDEGUITO L'ESAME

MCAU - SM
DIRETTORE / RESPONSABILE
Dr.ssa Paola Vittoria Noto
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Ferlito Alessandro
REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
DATA
17/03/2026
AUDITOR
Giovanni Pedalino
Salvatore Gioiatta
PERSONALE CONTATTATO
Ferlito Alessandro
N. PAZIENTI RICOVERATI
8



AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

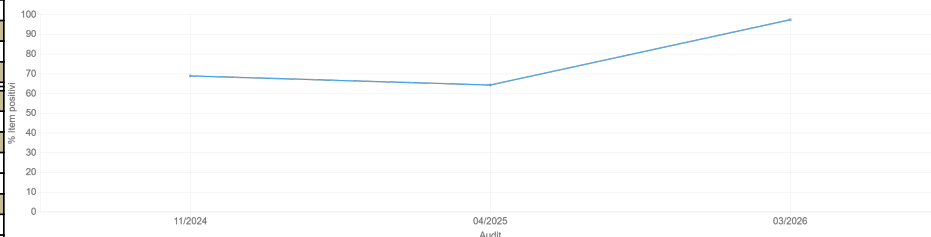
MCAU SM			
Data		17/03/2026	
ID	Valutazione	10536	10503 Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI ¹
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI ¹	SI ¹
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO ¹	NO ¹
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	NO ¹	SI ¹
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 ¹	NA ¹
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 ¹	NA ¹
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 ¹	NA ¹
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	NO ¹	SI 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)	NO ¹	SI ¹
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	NO ¹	SI ¹
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	NA ¹	SI ¹
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	NO ¹	NO ¹
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO ¹	NO ¹
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	NO ¹	NO ¹
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI ¹	NO ¹
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI ¹	NA ¹
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	SI ¹	NA ¹
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	NO ¹	SI ¹
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI ¹	SI ¹
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI ¹	SI ¹
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 ¹	NA ¹
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI ¹	NO ¹
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI ¹	SI ¹
TOTALE SI		9	11 20
TOTALE NO		9	6 15
SOMMA		18	17 35
% SI		50,0%	64,7% 57,1%
% NO		50,0%	35,3% 42,9%

Note:



¹ consenso radiologico

Medicina Generale - SM
DIRETTORE / RESPONSABILE
D.ssa Benedetta Stancanelli
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr. Salvatore Strano
REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
DATA
17/03/2026
AUDITOR
Patrizia Auteri
Novella Rotolo
PERSONALE CONTATTATO
SALVATORE STRANO
ELENI DELLI
N. PAZIENTI RICOVERATI
22



AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

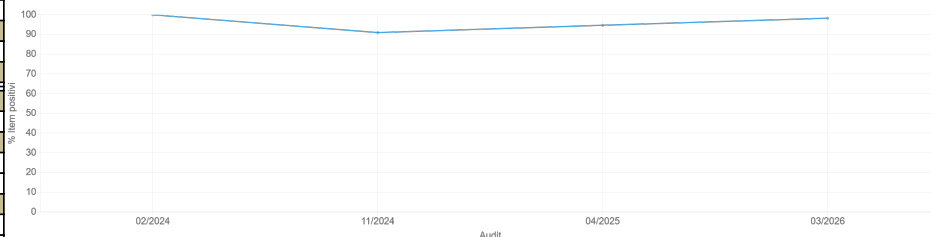
Medicina Generale SM							
Data		17/03/2026					
ID	Valutazione	9770	10705	10829	5431	9833	10178
Totale							
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI	SI	SI	SI	SI
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	NA	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	SI	NA
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	NA	SI	NA
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	SI	SI	SI	SI	SI
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	SI	SI	SI	SI	NO ¹
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	SI ¹	SI ¹	SI ¹	SI ¹	SI ¹	SI ¹
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI ¹	SI ¹	SI ¹	SI ¹	SI ¹	SI ¹
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI ¹	SI ¹	SI ¹	SI ¹	SI ¹	SI ¹
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI ¹	SI ¹	SI ¹	SI ¹	SI ¹	NO ¹
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 ¹	NA ¹	NA ¹	NA ¹	NA ¹	NO ¹
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI ¹	SI ¹	SI ¹	SI ¹	SI ¹	SI ¹
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI ¹	SI ¹	SI ¹	SI ¹	SI ¹	SI ¹
TOTALE SI		19	19	19	19	22	17
TOTALE NO		0	0	0	0	0	3
SOMMA		19	19	19	19	22	20
% SI		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	85,0%
% NO		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	15,0%

Note:

¹ MANCA LA FIRMA DEL PAZIENTE PERCHÉ NON IN GRADO DI FIRMARE. LA FIRMA E LA RESPONSABILITÀ È DEL MEDICO DI TURNO



Nefrologia e Dialisi - SM
DIRETTORE / RESPONSABILE
Dott.ssa Carmelina Marcantoni
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dott.ssa Agata Cannavò
REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
DATA
17/03/2026
AUDITOR
Salvatore Lo Monaco
Giovanna Triglia
PERSONALE CONTATTATO
Cannavò agata
Salvatore Bonaventura
N. PAZIENTI RICOVERATI
7

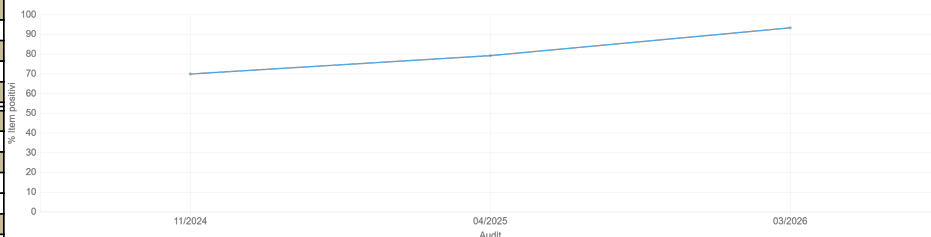


AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

Nefrologia e Dialisi SM				
Data	17/03/2026			
ID Valutazione	10633	8137	373	Totale
1 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	
2 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI	SI	
3 Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	
4 Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	
5 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	
6 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	
7 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	
8 È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	
9 La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	SI	SI	
10 È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	
11 La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	SI	
12 Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	SI	
13 È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	SI	SI	
14 È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI	SI	
15 È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	
16 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	SI	SI	
17 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	SI	SI	SI	
18 Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	
19 È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	
20 È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	
21 In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	NO	NA	
22 È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	
23 È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	
TOTALE SI	20	19	19	58
TOTALE NO	0	1	0	1
SOMMA	20	20	19	59
% SI	100,0%	95,0%	100,0%	98,3%
% NO	0,0%	5,0%	0,0%	1,7%

Note U.O.: Cartelle numero 10633 e 8137 U.O. Nefrologia. Cartella numero 373 U.O. Dialisi

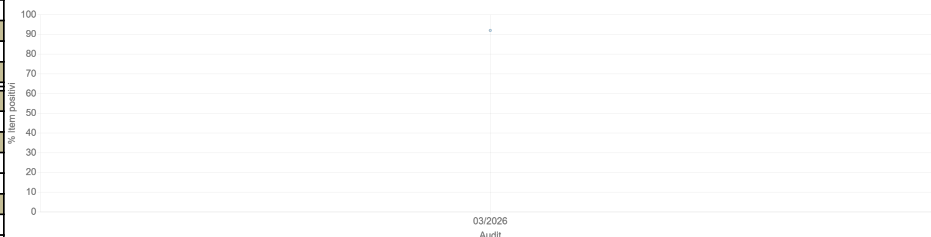
Neurochirurgia - SM
DIRETTORE / RESPONSABILE
Prof. Giuseppe Barbagallo
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Emmanuel Gozza
REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
DATA
17/03/2026
AUDITOR
Elisabetta Lombardo
Savitree Beelato
PERSONALE CONTATTATO
VACANTI VERONICA
GOZZA EMANUELE SANTO



AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

Neurochirurgia SM							
Data		17/03/2026					
ID	Valutazione	1636	0388	2807	1899	7193	38973 Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI	SI	SI	SI	SI
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NO	NO	NO	NO	NO	NO
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NO	NA	NA	NA
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	NA	NA	NA
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	SI	SI	SI	SI	SI
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	NO	SI	SI	SI	SI
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	NA	NA	NA	NA
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
TOTALE SI		19	18	19	19	19	113
TOTALE NO		1	2	2	1	1	8
SOMMA		20	20	21	20	20	121
% SI		95,0%	90,0%	90,5%	95,0%	95,0%	93,4%
% NO		5,0%	10,0%	9,5%	5,0%	5,0%	6,6%

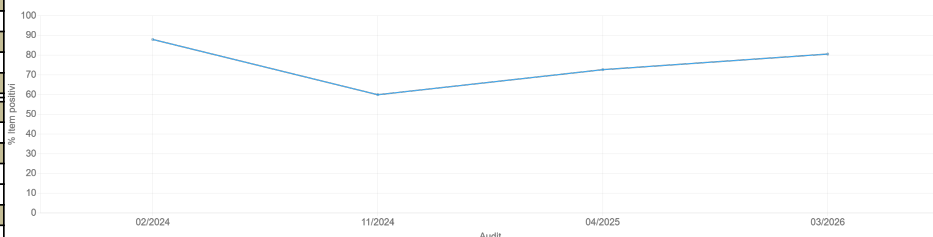
Neurologia - SM
DIRETTORE / RESPONSABILE
Dr.ssa Ester Reggio
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Antonella Sarracino
REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
DATA
17/03/2026
AUDITOR
Salvatore Lo Monaco
Giovanna Triglia
PERSONALE CONTATTATO
Ester Reggio
antonella Sarracino
N. PAZIENTI RICOVERATI
4



AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

Neurologia SM			
Data		17/03/2026	
ID	Valutazione	10335	9648
Totale			
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	SI
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	SI
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	SI
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	SI
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NO	SI
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO	NO
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI
TOTALE SI		17	18
TOTALE NO		2	1
SOMMA		19	19
% SI		89,5%	94,7%
% NO		10,5%	5,3%
		92,1%	7,9%

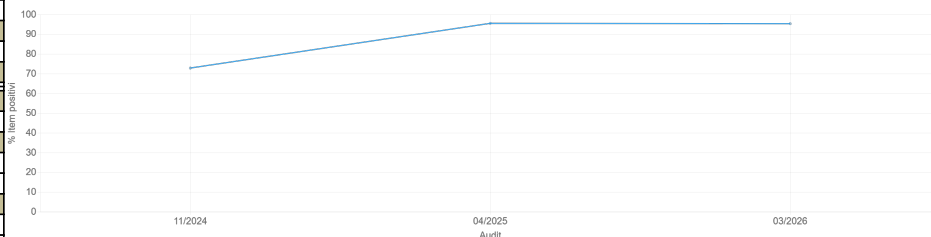
Ortopedia - SM
DIRETTORE / RESPONSABILE
Dott. Bruno Giulio
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dott. David Simone Vinci
REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
DATA
17/03/2026
AUDITOR
Giovanni Pedalino
Salvatore Gioitta
PERSONALE CONTATTATO
Sara Dimartino
N. PAZIENTI RICOVERATI
13



AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

Ortopedia SM								
Data		17/03/2026						
ID	Valutazione	9991	9991/bis	8207	8670	8789	10326	Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	NO	SI	SI	SI	SI	SI	
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO	SI	SI	SI	SI	SI	
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	NO	SI	NO	SI	SI	SI	
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	SI	NA	SI	SI	SI	
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	NO	SI	SI	SI	SI	SI	
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	NA	SI	SI	SI	SI	SI	
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	NO	SI	SI	SI	SI	SI	
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	NO	SI	NO	SI	NO	SI	
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	NO	SI	NO	NO	NO	
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	NA	SI	NA	NA	NA	
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	SI	NA	SI	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	
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO	SI	SI	SI	SI	SI	
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
TOTALE SI		9	15	15	15	14	15	83
TOTALE NO		8	2	3	2	3	2	20
SOMMA		17	17	18	17	17	17	103
% SI		52,9%	88,2%	83,3%	88,2%	82,4%	88,2%	80,6%
% NO		47,1%	11,8%	16,7%	11,8%	17,6%	11,8%	19,4%

Ostetricia e Ginecologia - SM
DIRETTORE / RESPONSABILE
Dr. Antonino Rapisarda
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Sig.ra Mariani Antonella
REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
DATA
17/03/2026
AUDITOR
Giovanni Pedalino
Salvatore Gioitta
PERSONALE CONTATTATO
MARIANI ANTONELLA
Indelicato Rosaria
N. PAZIENTI RICOVERATI
23



AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

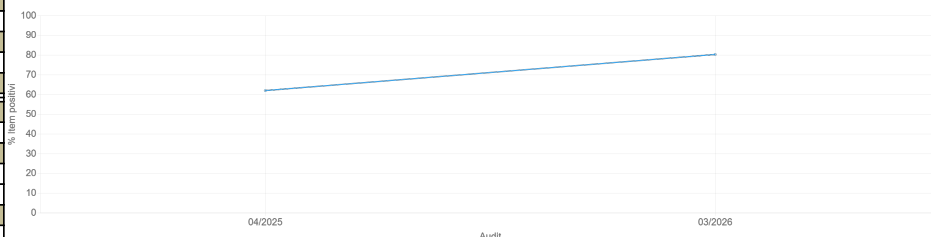
Ostetricia e Ginecologia SM						
Data		17/03/2026				
ID	Valutazione	10774	10771	10808	10743	10547
						Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	SI	SI
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI	SI	SI	SI
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	SI	SI
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	SI
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	NA	NA
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	NA	NA
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	NA	NA
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	SI	SI	SI	SI
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	SI
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI ¹	SI ¹	SI ¹	SI ¹	SI ¹
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI ¹	SI ¹	SI ¹	SI ¹	SI ¹
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI ¹	SI ¹	SI ¹	SI ¹	SI ¹
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI ¹	SI ¹	SI ¹	SI ¹	SI ¹
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	NO ¹	SI ¹	SI ¹	NO ¹	NO ¹
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	NA ¹	SI ¹	SI ¹	NA ¹	NA ¹
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NA ¹	SI ¹	SI ¹	NA ¹	NA ¹
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI ¹	SI ¹	SI ¹	SI ¹	SI ¹
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI ¹	SI ¹	SI ¹	SI ¹	SI ¹
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI ¹	SI ¹	SI ¹	SI ¹	SI ¹
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 ¹	NA ¹	NA ¹	NA ¹	NA ¹
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO ¹	SI ¹	SI ¹	SI ¹	SI ¹
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI ¹	SI ¹	SI ¹	SI ¹	SI ¹
TOTALE SI		15	19	19	16	16
TOTALE NO		2	0	0	1	1
SOMMA		17	19	19	17	17
% SI		88,2%	100,0%	100,0%	94,1%	94,1%
% NO		11,8%	0,0%	0,0%	5,9%	5,9%

Note:



¹ ricovero per accertamenti diagnostici

Patologia Ostetrica - SM
DIRETTORE / RESPONSABILE
Prof. Marco Palumbo
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr.ssa Agata Distefano
REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
DATA
17/03/2026
AUDITOR
Danilo Andrea Curatolo
Lorenzo Belvedere
PERSONALE CONTATTATO
Agata Di Stefano
N. PAZIENTI RICOVERATI
12



AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

Patologia Ostetrica SM							
Data		17/03/2026					
ID	Valutazione	10351	10206	10763	10036	10752	10751
		Totale					
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI	SI	SI	SI	NO
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO ¹	NO ¹	NO ¹	NO ²	SI ²	NO ²
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	NO ³	SI ³	NO ³	NO 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)?	NA ⁴	NA ⁴	NA ⁴	NA ⁴	NA 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)?	NA ⁴	NA ⁴	NA ⁴	NA ⁴	NA ⁴	NA ⁴
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 ⁴	NA ⁴	NA ⁴	NA ⁴	NA ⁴	NA ⁴
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI ⁴	SI ⁴	SI ⁴	SI ⁴	SI ⁴	SI ⁴
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 ⁴	SI ⁴	SI ⁴	NO ⁴	NO ⁴	SI ⁴
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI ⁴	SI ⁴	SI ⁴	SI ⁴	SI ⁴	SI ⁴
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI ⁴	SI ⁴	SI ⁴	SI ⁴	SI ⁴	SI ⁴
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	NO ⁴	SI ⁴	SI ⁴	SI ⁴	SI ⁴	SI ⁴
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI ⁴	SI ⁴	SI ⁴	SI ⁴	SI ⁴	NO ⁵
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	NO ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵	SI ⁵
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	NA ⁵	SI ⁵	NA ⁶	NO ⁶	NO ⁶	NO ⁶
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	NA ⁶	SI ⁶	NA ⁶	NA ⁶	NA ⁶	NA ⁶
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NA ⁶	SI ⁶	NA ⁶	NA ⁶	NA ⁶	NA ⁶
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI ⁶	SI ⁶	SI ⁶	SI ⁶	SI ⁶	SI ⁶
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI ⁶	SI ⁶	SI ⁶	SI ⁶	SI ⁶	SI ⁶
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI ⁶	SI ⁶	SI ⁶	SI ⁶	SI ⁶	SI 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)	NA ⁶	NA ⁶	NA ⁶	NA ⁶	NA ⁶	NA ⁶
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI ⁶	SI ⁶	SI ⁶	SI ⁶	NO ⁶	NO ⁷
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	SI ⁷	NO ⁷	SI ⁷
TOTALE SI		12	18	14	13	13	12
TOTALE NO		4	1	2	4	4	5
SOMMA		16	19	16	17	17	17
% SI		75,0%	94,7%	87,5%	76,5%	76,5%	70,6%
% NO		25,0%	5,3%	12,5%	23,5%	23,5%	29,4%

Note:

¹ label identificativo



² label identificativo

³ label identificativo

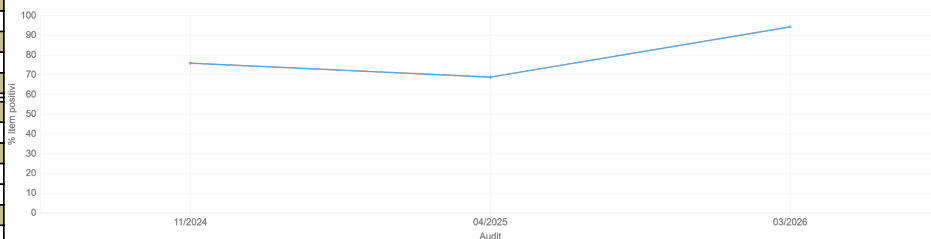
⁴ label identificativo

⁵ modulo non aggiornato, manca item nominativo medico

⁶ procedure generiche

⁷ modulo non aggiornato, manca item nominativo

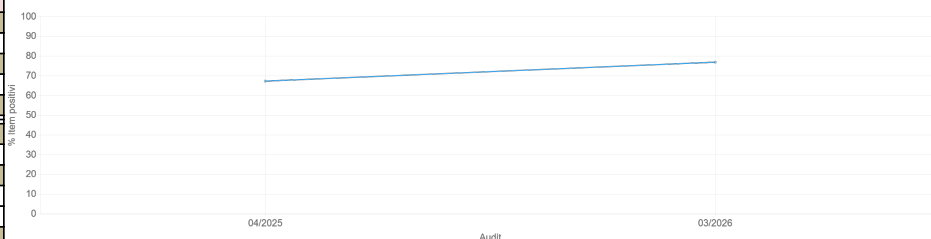
Pediatria e P.S. Pediatrico - SM	
DIRETTORE / RESPONSABILE	
Dr.ssa Milena La Spina	
COORDINATORE INFERMIERISTICO	
Agrippino Speranza	
REFERENTI PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO	
DATA	
17/03/2026	
AUDITOR	
Giovanni Pedalino	
Salvatore Gioitta	
PERSONALE CONTATTATO	
Agrippino Speranza	
N. PAZIENTI RICOVERATI	
18	



AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

Pediatria e P.S. Pediatrico SM								
Data		17/03/2026						
ID	Valutazione	10712	10764	10339	10376	10762	10762/bis	Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	NO	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	SI	SI	SI	
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	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	
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
TOTALE SI		18	20	20	20	20	20	118
TOTALE NO		2	1	1	1	1	1	7
SOMMA		20	21	21	21	21	21	125
% SI		90,0%	95,2%	95,2%	95,2%	95,2%	95,2%	94,4%
% NO		10,0%	4,8%	4,8%	4,8%	4,8%	4,8%	5,6%

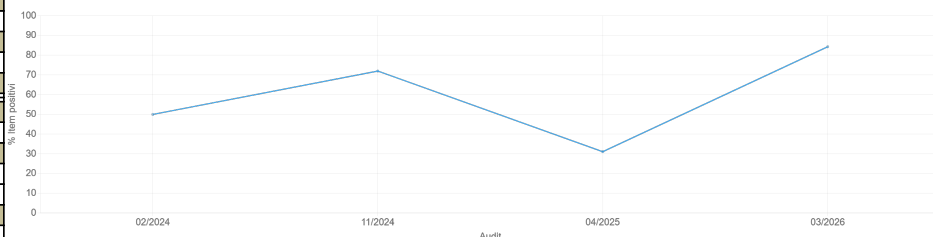
Pronto Soccorso Generale - SM	
DIRETTORE / RESPONSABILE	
Dr.ssa Paola Vittoria Noto	
COORDINATORE INFERMIERISTICO	
Sig.ra Gisella Vecchio	
REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO	
DATA	
17/03/2026	
AUDITOR	
Elisabetta Lombardo	
Savitree Beelato	
PERSONALE CONTATTATO	
VECCHIO GISELLA	



AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

Pronto Soccorso Generale SM						
Data		17/03/2026				
ID Valutazione		8207	8399	8409	8271	Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	SI	
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	NO	SI	NO	SI	
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	NO	SI	NO	
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NO	NO	NO	NO	
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	NA	
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	NA	
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	NO	SI	
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	SI	NO	SI	
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	NO	SI	SI	
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	SI	SI	
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO	SI	NO	SI	
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI	SI	SI	
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	NO	NO	NO	SI	
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	NA	NA	NA	SI	
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	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	
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	SI	
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	SI	
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NA	NA	NA	NA	
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	NO	SI	
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	
TOTALE SI		14	14	11	18	57
TOTALE NO		4	4	7	2	17
SOMMA		18	18	18	20	74
% SI		77,8%	77,8%	61,1%	90,0%	77,0%
% NO		22,2%	22,2%	38,9%	10,0%	23,0%

Reumatologia - SM
DIRETTORE / RESPONSABILE
Dr. Rosario Foti
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Scuderi Agata
REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
DATA
17/03/2026
AUDITOR
Danilo Andrea Curatolo
Lorenzo Belvedere
PERSONALE CONTATTATO
Scuderi Agata
N. PAZIENTI RICOVERATI
17



AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

Reumatologia SM							
Data		17/03/2026					
ID	Valutazione	3953	3935	4699	4704	637	3982
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI	SI	SI	SI	SI
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	NA	NA	NA
6	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	NA	NA	NA
7	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	NA	NA	NA
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NO ¹	NO	SI	NO	NO	NO
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI ¹	SI ²	SI ³	SI ⁴	SI ⁵	SI ⁶
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	NO ¹	NO ²	SI ³	NO ⁴	NO ⁵	NO ⁶
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI ⁶	SI ⁶	SI ⁶	SI ⁶	SI ⁶	SI ⁶
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI ⁶	SI ⁶	SI ⁶	SI ⁶	SI ⁶	SI ⁶
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI ⁶	SI ⁶	SI ⁶	SI ⁶	SI ⁶	SI ⁶
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	NO ¹	NO ²	NO ³	NO ⁴	NO ⁵	NO ⁶
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	NA ⁶	NA ⁶	NA ⁶	NA ⁶	NA ⁶	NA ⁶
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NA ⁶	NA ⁶	NA ⁶	NA ⁶	NA ⁶	NA ⁶
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI ⁶	SI ⁶	SI ⁶	SI ⁶	SI ⁶	SI ⁶
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI ⁶	SI ⁶	SI ⁶	SI ⁶	SI ⁶	SI ⁶
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI ⁶	SI ⁶	SI ⁶	SI ⁶	SI ⁶	SI 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)	NA ⁶	NA ⁶	NA ⁶	NA ⁶	NA ⁶	NA ⁶
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI ⁶	SI ⁶	SI ⁶	SI ⁶	SI ⁶	SI ⁶
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI ⁶	SI ⁶	SI ⁶	SI ⁶	SI ⁶	SI ⁶
TOTALE SI		14	14	16	14	14	14
TOTALE NO		3	3	1	3	3	3
SOMMA		17	17	17	17	17	17
% SI		82,4%	82,4%	94,1%	82,4%	82,4%	82,4%
% NO		17,6%	17,6%	5,9%	17,6%	17,6%	17,6%

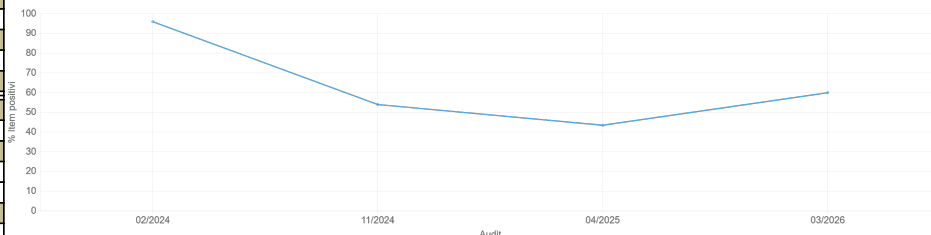
Note:

¹ atto sanitario proposto parziale (regime di ricovero)



- ² atto sanitario proposto parziale (regime di ricovero)
- ³ atto sanitario proposto parziale (regime di ricovero)
- ⁴ atto sanitario proposto parziale (regime di ricovero)
- ⁵ atto sanitario proposto parziale (regime di ricovero)
- ⁶ atto sanitario proposto parziale (regime di ricovero)

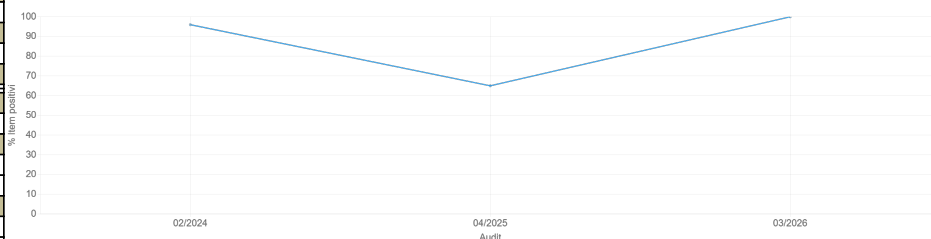
Urologia - SM
DIRETTORE / RESPONSABILE
Dott. Salvatore Bartolotta
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dott.ssa Maria Antonietta Meli
REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
DATA
17/03/2026
AUDITOR
Salvatore Lo Monaco
Giovanna Triglia
PERSONALE CONTATTATO
Maria Antonietta Meli
N. PAZIENTI RICOVERATI
14



AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

Urologia SM				
Data		17/03/2026		
ID Valutazione		6138	8124	Totale
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI	
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	
5	Qualora sia compilata la sezione “dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari”, sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NO	NO	
6	Qualora sia compilata la sezione “dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari”, è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NO	NO	
7	Qualora sia compilata la sezione “dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari”, sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NO	NO	
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	
9	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NO	NO	
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	NO	NO	
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO	NO	
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	NO	NO	
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	SI	
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	SI	SI	
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	NO	
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	NO	NA	
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO	NO	
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	
TOTALE SI		14	13	27
TOTALE NO		9	9	18
SOMMA		23	22	45
% SI		60,9%	59,1%	60,0%
% NO		39,1%	40,9%	40,0%

UTIN - SM
DIRETTORE / RESPONSABILE
Dr Alessandro Saporito
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Elvira Parrinello
REFERENTI PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
DATA
17/03/2026
AUDITOR
Salvatore Lo Monaco
Giovanna Triglia
PERSONALE CONTATTATO
Saporito Alessandro
Parrinello Elvira
N. PAZIENTI RICOVERATI
10



AUDIT CONSENSO INFORMATO NON ANESTESIOLOGICO

UTIN SM			
Data	17/03/2026		
ID Valutazione	8727	8817	Totale
1 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	
2 Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	SI	SI	
3 Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	
4 Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	
5 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	
6 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	SI	SI	
7 Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	SI	SI	
8 È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	
9 La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente? (analizzare anamnesi) (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	SI	
10 È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	
11 La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	
12 Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	
13 È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	SI	
14 È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI	
15 È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	
16 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	SI	
17 Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	SI	SI	
18 Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	
19 È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	
20 È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	
21 In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	SI	SI	
22 È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	
23 È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	
TOTALE SI	23	23	46
TOTALE NO	0	0	0
SOMMA	23	23	46
% SI	100,0%	100,0%	100,0%
% NO	0,0%	0,0%	0,0%

Conclusioni

Risultanze dell'audit

Sono stati valutati 167 moduli di registrazione del consenso per l'esecuzione di procedure non anestesilogiche (76 del P.O. Rodolico e 91 del P.O. San Marco), relativi a 42 UU.OO., su 469 pazienti ricoverati nel momento dell'audit (242 del P.O. Rodolico e 277 del P.O. San Marco).

Sui 167 moduli di consenso valutati 80 erano relativi a procedure chirurgiche o endoscopiche, 25 a trasfusioni e 62 ad altri atti sanitari non anestesilogici.

Dall'analisi dei risultati relativi alle modalità di gestione della registrazione dell'attività di acquisizione del consenso informato non anestesilogico emerge che in soli 41 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.:	20	N. Valutazioni:	90	N. Pazienti ricoverati:	227
----------	----	-----------------	----	-------------------------	-----

Consenso informato NON anestesiológico					
Data		17/03/2026			
ID	Evidenza	SI	NO	Somma	% SI
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	91	0	91	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)	86	5	91	94,5%
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	65	26	91	71,4%
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	87	4	91	95,6%
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	19	18	37	51,4%
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)?	18	4	22	81,8%
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)?	14	6	20	70,0%
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	83	8	91	91,2%
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)	65	23	88	73,9%
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	87	4	91	95,6%
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	74	14	88	84,1%
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	83	8	91	91,2%
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	74	17	91	81,3%
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	81	10	91	89,0%
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	49	37	86	57,0%
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	48	1	49	98,0%
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	47	3	50	94,0%
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	88	3	91	96,7%
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	90	1	91	98,9%
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	89	2	91	97,8%
21	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari? (se NO, indicare nel campo note la motivazione)	20	3	23	87,0%
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	76	15	91	83,5%
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	89	2	91	97,8%
TOTALE		1523	214	1737	87,7%

Riepilogo P.O. G. Rodolico

N. U.O.:	22	N. Valutazioni:	76	N. Pazienti ricoverati:	242
----------	----	-----------------	----	-------------------------	-----

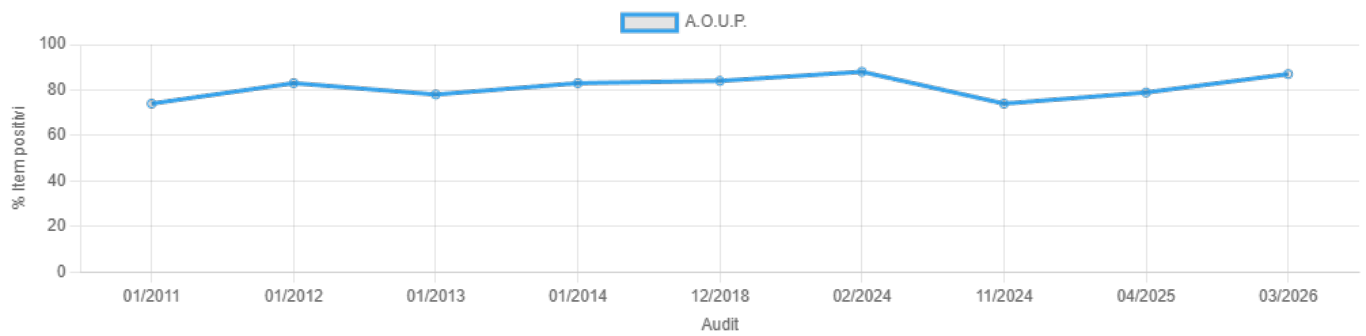
Consenso informato NON anestesiológico					
Data		17/03/2026			
ID	Evidenza	SI	NO	Somma	% SI
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	73	3	76	96,1%
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	70	6	76	92,1%
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	57	19	76	75,0%
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	72	4	76	94,7%
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)?	15	1	16	93,8%
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)?	13	1	14	92,9%
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)?	11	4	15	73,3%
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	66	10	76	86,8%
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)	57	12	69	82,6%
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	73	3	76	96,1%
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	68	7	75	90,7%
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	66	10	76	86,8%
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	50	26	76	65,8%
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	68	8	76	89,5%
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	45	24	69	65,2%
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	45	0	45	100,0%
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	36	11	47	76,6%
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	74	2	76	97,4%
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	72	4	76	94,7%
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	74	2	76	97,4%
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)	11	3	14	78,6%
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	49	27	76	64,5%
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	67	9	76	88,2%
TOTALE		1232	196	1428	86,3%

Riepilogo A.O.U.P

N. U.O.:	42	N. Valutazioni:	166	N. Pazienti ricoverati:	469
----------	----	-----------------	-----	-------------------------	-----

Consenso informato NON anestesiológico					
Data		17/03/2026			
ID	Evidenza	SI	NO	Somma	% SI
1	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	164	3	167	98,2%
2	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)	156	11	167	93,4%
3	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	122	45	167	73,1%
4	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	159	8	167	95,2%
5	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	34	19	53	64,2%
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)?	31	5	36	86,1%
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)?	25	10	35	71,4%
8	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	149	18	167	89,2%
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)	122	35	157	77,7%
10	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	160	7	167	95,8%
11	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	142	21	163	87,1%
12	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	149	18	167	89,2%
13	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	124	43	167	74,3%
14	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	149	18	167	89,2%
15	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	94	61	155	60,6%
16	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	93	1	94	98,9%
17	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	83	14	97	85,6%
18	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	162	5	167	97,0%
19	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	162	5	167	97,0%
20	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	163	4	167	97,6%
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)	31	6	37	83,8%
22	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	125	42	167	74,9%
23	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	156	11	167	93,4%
TOTALE		2755	410	3165	87,0%

PRESIDIO	U.O.	TOTALE ITEM POSITIVI	TOTALE ITEM APPLICABILI	PERCENTUALE ITEM POSITIVI	RAGGIUNGIMENTO STANDARD
GR	Ematologia DH	38	38	100,0%	raggiunto
SM	UTIN	46	46	100,0%	raggiunto
SM	Malattie Infettive e Tropicali	111	111	100,0%	raggiunto
GR	Talassemia	86	86	100,0%	raggiunto
SM	Chirurgia Maxillo Facciale	108	109	99,1%	spesso raggiunto
SM	Nefrologia e Dialisi	58	59	98,3%	spesso raggiunto
GR	Cardiochirurgia	153	156	98,1%	spesso raggiunto
SM	Medicina Generale	115	118	97,5%	spesso raggiunto
SM	Chirurgia Vascolare	102	106	96,2%	spesso raggiunto
GR	Ematologia (Degenza)	87	91	95,6%	spesso raggiunto
SM	Ostetricia e Ginecologia	85	89	95,5%	spesso raggiunto
GR	Clinica Pediatrica	40	42	95,2%	spesso raggiunto
SM	Pediatria e P.S. Pediatrico	118	125	94,4%	spesso raggiunto
GR	Clinica Chirurgica	45	48	93,8%	spesso raggiunto
SM	Neurochirurgia	113	121	93,4%	spesso raggiunto
SM	Neurologia	35	38	92,1%	spesso raggiunto
GR	Chirurgia Pediatrica	80	87	92,0%	spesso raggiunto
GR	Cardiologia (Degenza)	55	60	91,7%	spesso raggiunto
GR	Clinica Urologica	84	93	90,3%	spesso raggiunto
GR	Chirurgia Vascolare (Degenza)	50	56	89,3%	spesso raggiunto
GR	Ostetricia e Ginecologia	49	57	86,0%	spesso raggiunto
SM	Cardiologia e UTIC	91	108	84,3%	spesso raggiunto
SM	Reumatologia	86	102	84,3%	spesso raggiunto
SM	Broncopneumologia Pediatrica	85	101	84,2%	spesso raggiunto
SM	Anestesia e Rianimazione	110	131	84,0%	spesso raggiunto
GR	Otorinolaringoiatria	49	59	83,1%	spesso raggiunto
GR	Anestesia e Rianimazione III	34	41	82,9%	spesso raggiunto
GR	Chirurgia Generale III	63	76	82,9%	spesso raggiunto
GR	Medicina Generale	17	21	81,0%	spesso raggiunto
SM	Ortopedia	83	103	80,6%	spesso raggiunto
GR	Clinica Oculistica	29	36	80,6%	spesso raggiunto
SM	Patologia Ostetrica	82	102	80,4%	spesso raggiunto
GR	Clinica Ortopedica	70	89	78,7%	parzialmente raggiunto
SM	Chirurgia Generale	93	120	77,5%	parzialmente raggiunto
SM	Pronto Soccorso Generale	57	74	77,0%	parzialmente raggiunto
GR	Oncoematologia pediatrica	16	21	76,2%	parzialmente raggiunto
GR	Medicina Interna	29	39	74,4%	parzialmente raggiunto
GR	Chirurgia Generale II	66	95	69,5%	parzialmente raggiunto
GR	Pneumologia	24	35	68,6%	parzialmente raggiunto
GR	Chirurgia Toracica	68	102	66,7%	parzialmente raggiunto
SM	Urologia	27	45	60,0%	parzialmente raggiunto
SM	MCAU	20	35	57,1%	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.
4	42
non raggiunto	9.5%

Esito	
Valutazioni con tutti gli item positivi	N. valutazioni
41	166
non raggiunto	24.6%

Data 29/04/2026