





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

# Modalità di registrazione del consenso informato non anestesiologico 13-14 novembre 2024





Data e ora prevista	Data e ora effettiva	NORMATIVA DI RIFERIMENTO	
13 – 14 novembre 2024	13 - 14 novembre 2024	X	Norma UNI EN ISO 9001:2015 <i>"Sistemi di gestione per la qualità – Requisiti"</i>  International Organization for Standardization
		X	Legge n. 219/2017 <i>"Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento"</i> , pubblicata nella GU Serie Generale n.12 del 16/01/2018 
		X	DA n. 20 del 9 gennaio 2024 pubblicato nella GURS n. 4 del 26/01/2024 <i>"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"</i> ; 
		X	Standard Joint Commission International  Joint Commission International

Area	
<input type="checkbox"/> Politica, obiettivi, attività	<input type="checkbox"/> Sistema struttura organizzativa
<input type="checkbox"/> Sistema informativo	<input type="checkbox"/> Sistema gestione risorse umane
<input type="checkbox"/> Sistema gestione risorse strutturali	<input type="checkbox"/> Sistema gestione risorse tecnologiche
<input type="checkbox"/> Sistema valutazione e miglioramento della qualità	<input type="checkbox"/> Sistema comunicazione utenti
<input type="checkbox"/> Direzione U.O.	<input type="checkbox"/> RQ
<input checked="" type="checkbox"/> Degenza	<input type="checkbox"/> DH
<input type="checkbox"/> Ambulatorio	<input checked="" type="checkbox"/> Chirurgia ambulatoriale
	<input checked="" type="checkbox"/> Radiologia
	<input checked="" type="checkbox"/> Medicina nucleare
<input checked="" type="checkbox"/> Diagnostica	<input type="checkbox"/> Laboratorio analisi
	<input checked="" type="checkbox"/> Endoscopia
	<input checked="" type="checkbox"/> Cardiologia
<input checked="" type="checkbox"/> Terapia intensiva	<input checked="" type="checkbox"/> Sala parto
<input type="checkbox"/> Reparto operatorio	<input type="checkbox"/> Sterilizzazione
<input type="checkbox"/> Risveglio	<input checked="" type="checkbox"/> Pronto Soccorso
<input type="checkbox"/> Day Surgery	<input checked="" type="checkbox"/> Dialisi
<input type="checkbox"/> Anatomia Patologica	<input checked="" type="checkbox"/> Odontoiatria



## INDICE

Obiettivi dell'audit .....	7
Requisiti e standard di riferimento: .....	7
Criteri dell'audit.....	8
Strutture coinvolte .....	9
Risultati .....	9
Presidio San Marco .....	11
U.O. Anestesia e Rianimazione SM.....	13
U.O. Broncopneumologia Pediatrica .....	15
U.O. Cardiologia SM.....	17
U.O. Chirurgia Generale I SM.....	20
U.O. Chirurgia Maxillo-Facciale SM.....	23
U.O. Chirurgia Vascolare SM .....	25
U.O. Dermatologia SM.....	27
U.O. Malattie Infettive SM .....	29
U.O. MCAU SM .....	31
U.O. Medicina Generale SM.....	33
U.O. Medicina Nucleare SM.....	35
U.O. Nefrologia e Dialisi SM .....	37
U.O. Neurochirurgia .....	39
U.O.S.D. Oculistica SM.....	41
U.O. Ortopedia SM .....	43
U.O. Ostetricia e Ginecologia SM .....	45
U.O. Ostetricia e Ginecologia SM .....	47
U.O. Pediatria e P.S. Pediatrico SM .....	49
U.O. Radiologia SM .....	51
U.O. Reumatologia SM .....	54
U.O. Terapia del Dolore SM.....	56
U.O. Urologia SM.....	58
Presidio Gaspare Rodolico .....	60
U.O. Cardiocirurgia GR .....	62
U.O. Cardiologia GR.....	64
U.O. Chirurgia generale 2 GR.....	66
U.O. Chirurgia Generale 3 GR .....	67
U.O. Chirurgia Pediatrica GR .....	69
U.O. Chirurgia Toracica GR.....	71
U.O. Chirurgia Vascolare GR .....	73
U.O. Clinica Chirurgica .....	75

U.O. Clinica Neurologica GR .....	77
U.O. Clinica Oculistica.....	79
U.O. Clinica Odontoiatrica.....	81
U.O. Clinica Ortopedia .....	83
U.O. Clinica Pediatrica .....	85
U.O. Clinica Urologica .....	87
U.O. Ematologia .....	89
U.O. Gastroenterologia .....	91
U.O. MCAU GR .....	93
U.O. Medicina Generale GR.....	95
U.O. Oncoematologia Pediatrica.....	97
U.O. Oncologia GR.....	99
U.O. Ostetricia e Ginecologia GR .....	101
U.O. Otorinolaringoiatria GR .....	103
U.O. Pneumologia GR.....	105
U.O. Radiologia ed. 1 GR.....	107
U.O. Radiologia CAST GR.....	109
U.O. Rianimazione GR .....	111
U.O. Rianimazione CAST .....	113
U.O. Trapianto Midollo Osseo GR .....	115
Conclusioni.....	117
Risultanze dell'audit .....	118
Considerazioni finali .....	126

## Obiettivi dell'audit

---

L'audit che si è svolto il 13 e 14 novembre 2024 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 anestesiológicas.

## Requisiti e standard di riferimento:

---

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

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

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

**DA n. 20 del 9 gennaio 2024 pubblicato nella GURS n. 4 del 26/01/24** "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";

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

### Norma UNI EN ISO 9001:2015

Punto 8.2.1	Comunicazione con il cliente
-------------	------------------------------

Punto 9.2	Audit interno
-----------	---------------

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

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

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

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

- Standard PCC.4.4      *“L’ospedale stabilisce un processo, nel contesto della normativa vigente e della cultura prevalente, per l’espressione del consenso ad opera di soggetti diversi dal paziente”.*
- Standard ASC.7.1      *“I rischi, i benefici e le alternative sono discussi con il paziente e i suoi familiari o chi ne fa le veci”.*

---

### Criteri dell’audit

---

Nel corso dell’audit è stato valutato se:

- Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale
- Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all’ultima edizione/revisione? (Ed. 02 Rev. 04 del 03/04/2024)
- Sono presenti i dati identificativi dell’unità operativa
- Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)
- Qualora sia compilata la sezione “dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari”, sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)
- Qualora sia compilata la sezione “dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari”, è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)
- Qualora sia compilata la sezione “dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari”, sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)
- È presente la sintesi della situazione clinica del paziente
- La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente
- 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
- L’eventuale informativa allegata, è stata firmata dal paziente per la presa visione
- L’eventuale informativa allegata, 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 tra febbraio e marzo del 2024, ha coinvolto 48 Unità Operative, 26 del P.O. G. Rodolico e 22 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.



**Presidio San Marco**

---



<b>U.O. Anestesia e Rianimazione SM</b>
<b>DIRETTORE</b>
Dr. Paolo Murabito
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr. Anello Vincenzo
<b>DATA</b>
13 novembre 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr. Vincenzo Parrinello
Dr.ssa Fabiola Ferlisi
Dr.ssa Morena Pennisi
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr. Castiglione Giacomo
<b>NUMERO PAZIENTI RICOVERATI</b>
14

### AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Anestesia / Rianimazione					
Data	13-nov-24					
ID Cartella clinica	2024/33545	202433965				
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Altre procedure	Altre procedure				
1. Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	NO				
2. Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione?	NO	NA				
3. Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO	SI				
4. Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	NO				
5. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	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	NO				

Reparto	Anestesia / Rianimazione					
Data	13-nov-24					
ID Cartella clinica	2024/33545	202433965				
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Altre procedure	Altre procedure				
9. La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente?	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?	NO	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?	NA	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	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?	NO	NO				
22. È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO	SI				
23. È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI				
TOTALE SI	12	10				22
TOTALE NO	8	9				17
SOMMA	20	19				39
%SI	60%	53%				56%
%NO	40%	47%				44%

<b>U.O. Broncopneumologia Pediatrica</b>
<b>DIRETTORE</b>
Dr. Leonardi
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
Dr.ssa Novella Rotolo
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr. Di Martino Salvatore
<b>DATA</b>
13 novembre 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr.ssa Oriana Anna Licciardello
Dr.ssa Eleni Delli
Dr. Raffaele Iorfida
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr. Giovanni Pedalino
Dr. Di Martino Salvatore
<b>NUMERO PAZIENTI RICOVERATI</b>
13

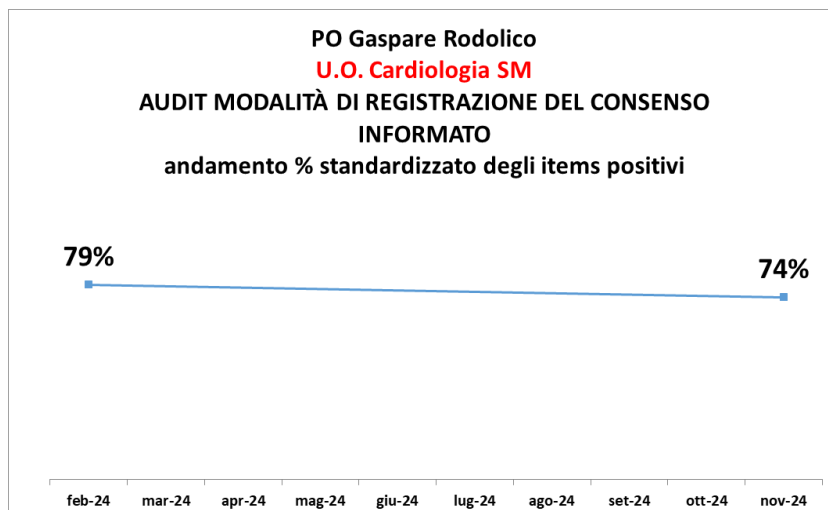
#### AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Broncopneumologia pediatrica					
Data	13-nov-24					
ID Cartella clinica	38376/24	37700/24	38205/24			
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Altre procedure	Altre procedure	Altre procedure			
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?	NO	NO	NO			
3. Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI			
4. Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI			
5. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	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			
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			
8. È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	NO	NO	SI			

Reparto	Broncopneumologia pediatrica					
Data	13-nov-24					
ID Cartella clinica	38376/24	37700/24	38205/24			
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Altre procedure	Altre procedure	Altre procedure			
9. La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente?	NA	NA	SI			
10. È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI			
11. La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	NO	NO	NO			
12. Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	NO	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?	NO	SI	SI			
15. È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	NO	NO	NO			
16. Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	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	NO	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?	SI	SI	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	SI	SI			
TOTALE SI	12	13	16			41
TOTALE NO	8	7	5			20
SOMMA	20	20	21			61
%SI	60%	65%	76%			67%
%NO	40%	35%	24%			33%



<b>U.O. Cardiologia SM</b>
<b>DIRETTORE</b>
Dr. Alessio La Manna
<b>REFERENTE PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</b>
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr. Marcello Pezzino
<b>DATA</b>
13 novembre 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr.ssa Oriana Anna Licciardello
Dr.ssa Eleni Delli
Dr. Raffaele Iorfida
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr. Claudio Licciardello
Dr. Marcello Pezzino
Dr. Marica Mondo
<b>NUMERO PAZIENTI RICOVERATI</b>
12



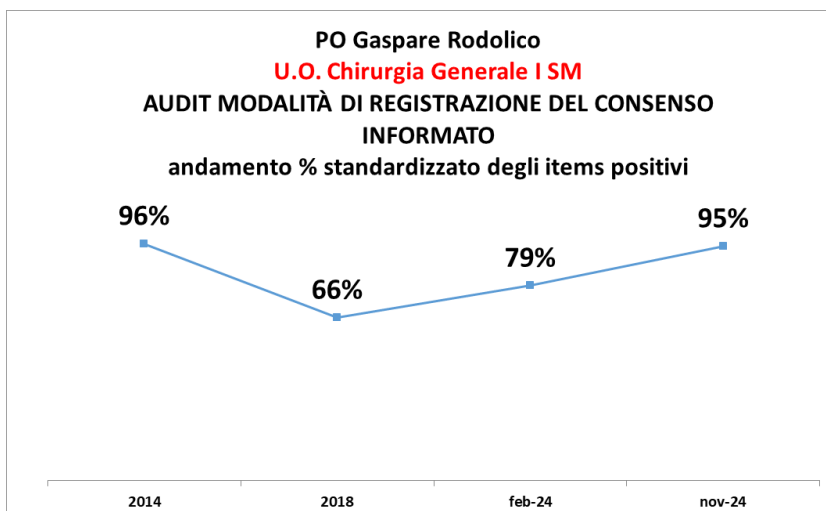
## AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Cardiologia UTIC					
Data	13-nov-24					
ID Cartella clinica	38004/24	38008/24	38185/24	38355/24		
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Proc. chir./endo.	Proc. chir./endo.	Altre procedure	Proc. chir./endo.		
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?	NO	NO	NO	NO		
3. Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO	NO	NO	NO		
4. Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI		
5. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	NA		
6. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	NA		
7. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno,	NA	NA	NA	NA		

Reparto	Cardiologia UTIC				
Data	13-nov-24				
ID Cartella clinica	38004/24	38008/24	38185/24	38355/24	
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Proc. chir./endo.	Proc. chir./endo.	Altre procedure	Proc. chir./endo.	
indicazione dei genitori del minore)?					
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?	NO	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?	NO	NO	SI	NO	
12. Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	SI	SI	
13. È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO	NO	NO	NO	
14. È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI	SI	SI	
15. È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	NO	NO	
16. Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	SI	NA	NA	
17. Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	SI	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	
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?	NA	NA	NA	NA	
22. È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	NO	SI	

Reparto	Cardiologia UTIC					
Data	13-nov-24					
ID Cartella clinica	38004/24	38008/24	38185/24	38355/24		
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Proc. chir./endo.	Proc. chir./endo.	Altre procedure	Proc. chir./endo.		
23. È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI		
TOTALE SI	14	15	12	12		53
TOTALE NO	5	4	5	5		19
SOMMA	19	19	17	17		72
%SI	74%	79%	71%	71%		74%
%NO	26%	21%	29%	29%		26%

<b>U.O. Chirurgia Generale I SM</b>
<b>DIRETTORE</b>
Dr. Gianluca Di Mauro
<b>REFERENTE PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</b>
Dr. Antonio Tanzillo
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr. Emanuele Calarco
<b>DATA</b>
09 febbraio 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr. Vincenzo Parrinello
Dr.ssa Fabiola Ferlisi
Dr.ssa Morena Pennisi
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr.ssa Maria Rosaria Valenti
<b>NUMERO PAZIENTI RICOVERATI</b>
18



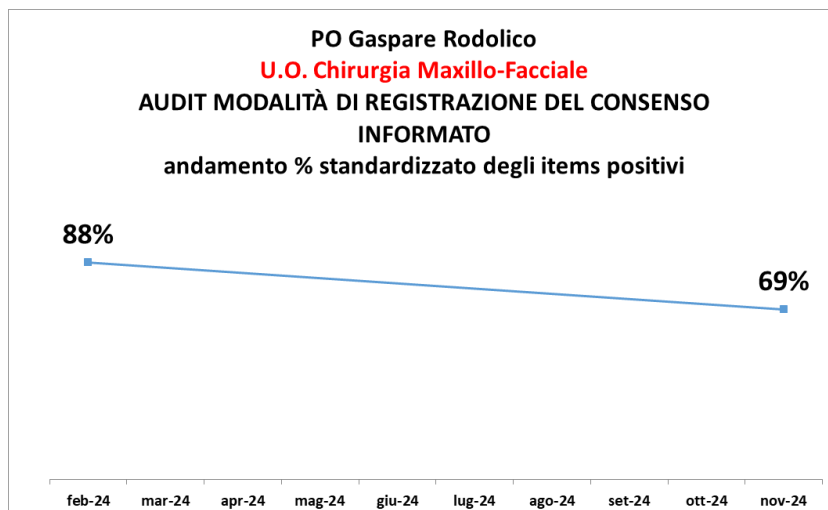
## AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reperto	Chirurgia Generale 1						
Data	13-nov-24						
ID Cartella clinica	2024-037667	2024-037795	2024-4038195	2024-036257	2024-036257	2024-036951	
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Proc. chir./endo.	Proc. chir./endo.	Proc. chir./endo.	Proc. chir./endo.	Trasfusioni	Proc. chir./endo.	
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?	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	

Reparto	Chirurgia Generale 1						
Data	13-nov-24						
ID Cartella clinica	2024-037667	2024-037795	2024-4038195	2024-036257	2024-036257	2024-036951	
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Proc. chir./endo.	Proc. chir./endo.	Proc. chir./endo.	Proc. chir./endo.	Trasfusioni	Proc. chir./endo.	
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	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?	NO	SI	NA	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	NO	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/	SI	SI	SI	SI	SI	SI	

Reparto	Chirurgia Generale 1						
Data	13-nov-24						
ID Cartella clinica	2024-037667	2024-037795	2024-4038195	2024-036257	2024-036257	2024-036951	
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Proc. chir./endo.	Proc. chir./endo.	Proc. chir./endo.	Proc. chir./endo.	Trasfusioni	Proc. chir./endo.	
amministratore di sostegno/fiduciario)?							
21. In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari?	NA	NA	NA	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	19	17	18	19	19	110
TOTALE NO	1	0	1	2	1	1	6
SOMMA	19	19	18	20	20	20	116
%SI	95%	100%	94%	90%	95%	95%	95%
%NO	5%	0%	6%	10%	5%	5%	5%

U.O. Chirurgia Maxillo-Facciale SM
DIRETTORE
Prof. Alberto Bianchi
REFERENTE PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
Dr. Tore Crimi
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr.ssa Giuseppina Attanasio
DATA
13 novembre 2024
AUDITOR
Dr. Marco Torrisi
Dr.ssa Federica Minerva
Dr.ssa Lorian Lo Monaco
Dr.ssa Denise De Luca
PERSONALE CONTATTATO
Dr. Francesco Seidita
NUMERO PAZIENTI RICOVERATI
12



### AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Chirurgia Maxillo-facciale							
Data	13-nov-24							
ID Cartella clinica	37180	38381	38141	38217	38217	37766	38157	
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Proc. chir./endo.	Proc. chir./endo.	Proc. chir./endo.	Trasfusioni	Proc. chir./endo.	Proc. chir./endo.	Proc. chir./endo.	
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?	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
3. Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO	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	SI	
5. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
6. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
7. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
8. È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	

Reparto	Chirurgia Maxillo-facciale							
Data	13-nov-24							
ID Cartella clinica	37180	38381	38141	38217	38217	37766	38157	
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Proc. chir./endo.	Proc. chir./endo.	Proc. chir./endo.	Trasfusioni	Proc. chir./endo.	Proc. chir./endo.	Proc. chir./endo.	
9. La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente?	SI	SI	SI	NO	NO	NO	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	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	SI	
13. È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
14. È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
15. È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	NO	NA	NA	NA	NO	NA	NA	
16. Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	NA	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	NA	
18. Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
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?	NA	na	NA	NA	NA	NA	NA	
22. È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
23. È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
TOTALE SI	11	12	11	11	11	11	12	79
TOTALE NO	6	4	5	5	6	5	4	35
SOMMA	17	16	16	16	17	16	16	114
%SI	65%	75%	69%	69%	65%	69%	75%	69%
%NO	35%	25%	31%	31%	35%	31%	25%	31%



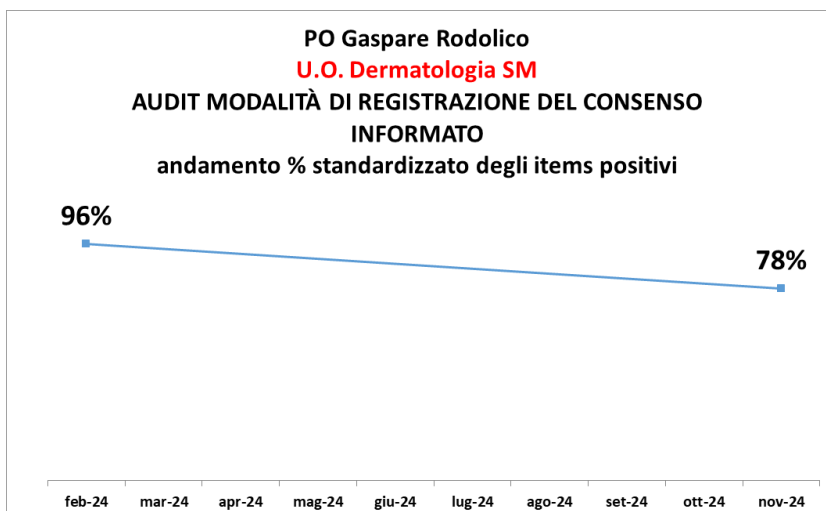
<b>U.O. Chirurgia Vascolare SM</b>
<b>DIRETTORE</b>
Dr. Salvatore Alberto Turiano (Referente)
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr. G. Attanasio
<b>DATA</b>
13 novembre 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr. Marco Torrisi
Dr.ssa Federica Minerva
Dr.ssa Lorian Lo Monaco
Dr.ssa Denise De Luca
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr.ssa Rosaria Catalfamo
Dott.ssa Nunzia Sinagra
<b>NUMERO PAZIENTI RICOVERATI</b>
14

## AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Chirurgia Vascolare								
Data	13-nov-24								
<b>ID Cartella clinica</b>	38135	38135	37624	37624	33572	38066	38270	38270	
<b>Tipologia Consenso NON Anestesiológico</b>	Proc. chir./e ndo.	Trasfusioni	Proc. chir./e ndo.	Trasfusioni	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	
1. Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
2. Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione?	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO	
3. Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	SI	
4. Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
5. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
6. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
7. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
8. È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	NO	NO	NO	SI	SI	NO	SI	

Reparto	Chirurgia Vascolare								
Data	13-nov-24								
ID Cartella clinica	38135	38135	37624	37624	33572	38066	38270	38270	
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Proc. chir./e ndo.	Trasfusioni	Proc. chir./e ndo.	Trasfusioni	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	
9. La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente?	SI	NA	NA	NA	SI	NO	NA	NO	
10. È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	
11. La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NA	SI	
12. Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	NO	
13. È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	
14. È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	
15. È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	NO	SI	no	SI	NO	NA	SI	NA	
16. Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	NA	SI	NA	NO	NA	NA	NO	NA	
17. Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NA	SI	NA	SI	na	NA	NO	NA	
18. Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	NA	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	
19. È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
20. È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
21. In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari?	SI	NA	NO	NO	NA	NA	NA	NA	
22. È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NA	NO	SI	NO	SI	NO	SI	SI	
23. È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
TOTALE SI	10	11	9	10	13	11	13	12	89
TOTALE NO	6	7	8	9	4	5	4	4	47
SOMMA	16	18	17	19	17	16	17	16	136
%SI	63%	61%	53%	53%	76%	69%	76%	75%	65%
%NO	38%	39%	47%	47%	24%	31%	24%	25%	35%

<b>U.O. Dermatologia SM</b>
<b>DIRETTORE</b>
Dr. Rocco De Pasquale
<b>REFERENTE PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</b>
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
<b>DATA</b>
13 novembre 2024
<b>AUDITOR</b>
Gabriella Patanè
Simona Di Caro
Eugenio Santo Trimarchi
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Prof. Rocco De Pasquale
Dr.ssa Donatella Tomasello
<b>NUMERO PAZIENTI RICOVERATI</b>

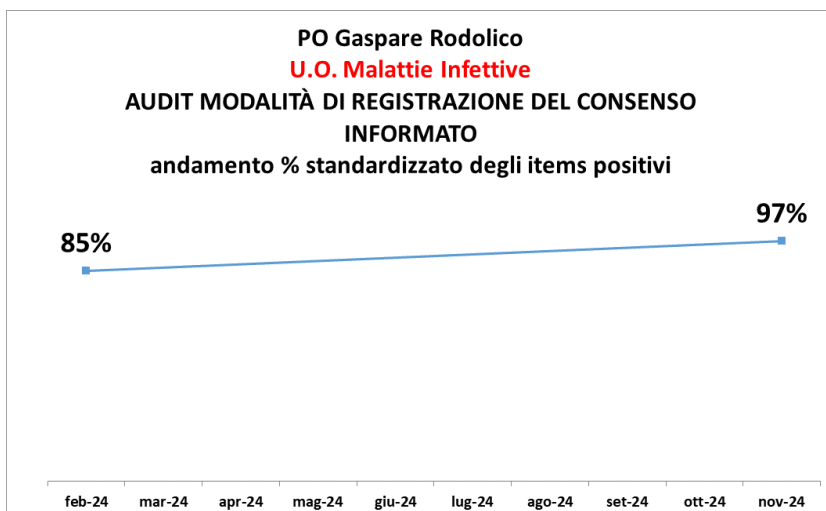


## AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto								
Data								
<b>ID Cartella clinica</b>	24009496	24038438	24035288	24030523	24037739			
<b>Tipologia Consenso NON Anestesiologico</b>	Proc. chir./endo.	Proc. chir./endo.	Proc. chir./endo.	Proc. chir./endo.	Proc. chir./endo.			
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?	NA	NO	NO	NO	NO			
3. Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	SI	SI			
4. Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	SI			
5. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	NA	NA			
6. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	NA	NA			
7. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	NA	NA			
8. È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	NO	SI	SI	SI	SI			

Reparto								
Data								
ID Cartella clinica	24009496	24038438	24035288	24030523	24037739			
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Proc. chir./endo.	Proc. chir./endo.	Proc. chir./endo.	Proc. chir./endo.	Proc. chir./endo.			
9. La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente?	NA	SI	SI	SI	SI			
10. È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	NO	SI	SI	SI	SI			
11. La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	NA	SI	SI	SI	SI			
12. Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	SI	SI	SI			
13. È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO	NO	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?	NA	NA	NA	NA	NA			
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?	NA	NA	NA	NA	NA			
22. È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO	NO	NO	NO	NO			
23. È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	NO	SI	SI	SI	SI			
TOTALE SI	8	13	13	13	13			60
TOTALE NO	5	3	3	3	3			17
SOMMA	13	16	16	16	16			77
%SI	62%	81%	81%	81%	81%			78%
%NO	38%	19%	19%	19%	19%			22%

<b>U.O. Malattie Infettive SM</b>
<b>DIRETTORE</b>
Dr. Arturo Montineri
<b>REFERENTE PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</b>
Dr. Rosa Manuele
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr.ssa Giuseppa Scilletta
<b>DATA</b>
13 novembre 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr. Marco Torrisi
Dr.ssa Federica Minerva
Dr.ssa Lorian Lo Monaco
Dr.ssa Denise De Luca
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr. Arturo Montineri
<b>NUMERO PAZIENTI RICOVERATI</b>
20



## AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Malattie infettive e tropicali							
Data	13-nov-24							
<b>ID Cartella clinica</b>	31625	31625	24031875	36657	38056			
<b>Tipologia Consenso NON Anestesilogico</b>	Trasfusioni	Trasfusioni	Trasfusioni	Altre procedure	Trasfusioni			
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?	SI	SI	SI	SI	SI			
3. Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	SI	SI			
4. Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	SI			
5. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	NA	NA			
6. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	NA	NA			
7. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	NA	NA			
8. È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	NO	SI	SI	SI			

Reparto	Malattie infettive e tropicali							
Data	13-nov-24							
ID Cartella clinica	31625	31625	24031875	36657	38056			
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Trasfusioni	Trasfusioni	Trasfusioni	Altre procedure	Trasfusioni			
9. La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente?	SI	NA	SI	SI	SI			
10. È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	SI			
11. La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	NO	SI	SI	SI			
12. Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	SI	SI	SI			
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	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			
17. Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NA	SI	SI	SI	SI			
18. Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	SI	SI			
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?	NA	NA	NA	NA	NA			
22. È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	NO	SI	SI			
23. È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI			
TOTALE SI	16	16	18	19	19			88
TOTALE NO	0	2	1	0	0			3
SOMMA	16	18	19	19	19			91
%SI	100%	89%	95%	100%	100%			97%
%NO	0%	11%	5%	0%	0%			3%

<b>U.O. MCAU SM</b>
<b>DIRETTORE</b>
Dr.ssa Paola Noto
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr. Alessandro Ferlito
<b>DATA</b>
13 novembre 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr. Antonio Tanzillo
Dr.ssa Antonella Sarracino
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr.ssa Paola Noto
Dr.ssa Nicoletta Arezzi
<b>NUMERO PAZIENTI RICOVERATI</b>
7

### AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	MCAU							
Data	13-nov-24							
<b>ID Cartella clinica</b>	37880	38360						
<b>Tipologia Consenso NON Anestesiologico</b>	Altre procedure	Altre procedure						
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?	NO	NO						
3. Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	NO						
4. Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI						
5. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA						
6. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA						
7. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA						
8. È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI						

Reparto	MCAU								
Data	13-nov-24								
ID Cartella clinica	37880	38360							
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Altre procedure	Altre procedure							
9. La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente?	SI	NO							
10. È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI							
11. La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI							
12. Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	NO							
13. È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO	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?	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?	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	13	9							22
TOTALE NO	4	8							12
SOMMA	17	17							34
%SI	76%	53%							65%
%NO	24%	47%							35%



<b>U.O. Medicina Generale SM</b>
<b>DIRETTORE</b>
Dr.ssa Benedetta Stancanelli
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr. Salvatore Strano
<b>DATA</b>
13 novembre 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr. Marco Torrisi
Dr.ssa Federica Minerva
Dr.ssa Lorian Lo Monaco
Dr.ssa Denise De Luca
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr.ssa Giuseppe Montalbano
Dr.ssa Giulia Pennisi
<b>NUMERO PAZIENTI RICOVERATI</b>
20

## AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Medicina Generale							
Data	13-nov-24							
<b>ID Cartella clinica</b>	36358	36358	37089	37089	37477	36968		
<b>Tipologia Consenso NON Anestesilogico</b>	Trasfu sioni	Altre proced ure	Altre proced ure	Trasfu sioni	Altre proce dure	Altre proced ure		
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?	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
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?	SI	NO	NO	SI	NO	NO		

Reparto	Medicina Generale								
Data	13-nov-24								
ID Cartella clinica	36358	36358	37089	37089	37477	36968			
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Trasfusioni	Altre procedure	Altre procedure	Trasfusioni	Altre procedure	Altre procedure			
9. La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente?	NO	NA	NA	NO	NA	NA			
10. È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	NO	NO	SI	NO	NO			
11. La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	NA	NA	SI	NA	NA			
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?	NO	NO	NO	NO	NO	NO			
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	NA	SI	SI			
16. Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	NA	SI	SI	NA	NO	SI			
17. Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NA	SI	SI	NA	SI	SI			
18. Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	SI	SI	SI			
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	NO	SI			
21. In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari?	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	11	12	12	12	10	12			69
TOTALE NO	5	5	5	4	7	5			31
SOMMA	16	17	17	16	17	17			100
%SI	69%	71%	71%	75%	59%	71%			69%
%NO	31%	29%	29%	25%	41%	29%			31%

<b>U.O. Medicina Nucleare SM</b>
<b>DIRETTORE</b>
Dr.ssa Sara Baldari
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr.ssa Anna Scabò
<b>DATA</b>
13 novembre 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr. Enzo Scuderi
Dr.ssa Giulia Amato
Dr.ssa Viviana Frontini
Dr.ssa Maria Giovanna Cantone
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr.ssa Cinzia Grillo
Dr. Carlo Vigneri
<b>NUMERO PAZIENTI RICOVERATI</b>
NA

## AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Medicina Nucleare								
Data	13-nov-24								
<b>ID Cartella clinica</b>	3232	3606	3199	3191	3216	3232			
<b>Tipologia Consenso NON Anestesiologico</b>	Altre proced ure	Altre proced ure	Altre proced ure	Altre proced ure	Altre proced ure	Altre proced ure			
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?	NO	NO	NO	NO	NO	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	SI	NA	NA	NA	NA			
6. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NO	NA	NA	NA	NA			
7. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NO	NA	NA	NA	NA			
8. È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	NO	NO	NO	NO	NO	NO			

Reparto	Medicina Nucleare								
Data	13-nov-24								
ID Cartella clinica	3232	3606	3199	3191	3216	3232			
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Altre procedure	Altre procedure	Altre procedure	Altre procedure	Altre procedure	Altre procedure			
9. La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente?	NA	NA	NA	NA	NA	NA			
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?	NO	NO	SI	SI	SI	NO			
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	NO	NO	NO	NO	NO			
15. È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	NO	NO	NO	NO	SI	NO			
16. Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	NA	NA	NA	NA	SI	NA			
17. Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NA	NA	NA	NA	SI	NA			
18. Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	SI	SI	SI			
19. È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI			
20. È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	NO	SI	SI	SI	SI			
21. In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari?	NA	SI	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	9	10	10	10	13	9			52
TOTALE NO	7	10	6	6	5	7			34
SOMMA	16	20	16	16	18	16			86
%SI	56%	50%	63%	63%	72%	56%			60%
%NO	44%	50%	38%	38%	28%	44%			40%

<b>U.O. Nefrologia e Dialisi SM</b>
<b>DIRETTORE</b>
Dr. Carmelita Marcantoni
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
Dr.ssa Irene Torrisi
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr.ssa Agata Cannavò
<b>DATA</b>
13 novembre 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr.ssa Gabriella Patanè
Dr.ssa Simona Di Caro
Dr. Eugenio Santo Trimarchi
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr.ssa Irene Torrisi
Dr.ssa Agata Cannavò
<b>NUMERO PAZIENTI RICOVERATI</b>
9

#### AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Nefrologia								
Data	13-nov-24								
<b>ID Cartella clinica</b>	24036 303	24036 303	24036 303	24037 137	24038 176	24037 697			
<b>Tipologia Consenso NON Anestesiologico</b>	Altre proced ure	Altre proced ure	Trasfu sioni	Trasfu sioni	Proc. chir./e ndo.	Altre proced ure			
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?	NO	SI	SI	SI	SI	SI			
3. Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO	NO	NO	SI	SI	SI			
4. Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	NO	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	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			

Reparto	Nefrologia								
Data	13-nov-24								
ID Cartella clinica	24036 303	24036 303	24036 303	24037 137	24038 176	24037 697			
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Altre proced ure	Altre proced ure	Trasfu sioni	Trasfu sioni	Proc. chir./e ndo.	Altre proced ure			
9. La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente?	SI	SI	SI	NO	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?	NO	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?	NO	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	SI	SI			
16. Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	SI	NA	SI	SI	SI			
17. Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	SI	SI	NA	SI	SI	SI			
18. Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	SI	SI	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?	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	14	17	14	18	19	19			101
TOTALE NO	5	2	2	1	0	0			10
SOMMA	19	19	16	19	19	19			111
%SI	74%	89%	88%	95%	100%	100%			91%
%NO	26%	11%	13%	5%	0%	0%			9%

<b>U.O. Neurochirurgia</b>
<b>DIRETTORE</b>
Prof. G. Barbagallo
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr.ssa Antonella Sarracino
<b>DATA</b>
13 novembre 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr. Vincenzo Parrinello
Dr.ssa Morena Pennisi
Dr.ssa Fabiola Ferlisi
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr. Marco Garozzo
<b>NUMERO PAZIENTI RICOVERATI</b>
25

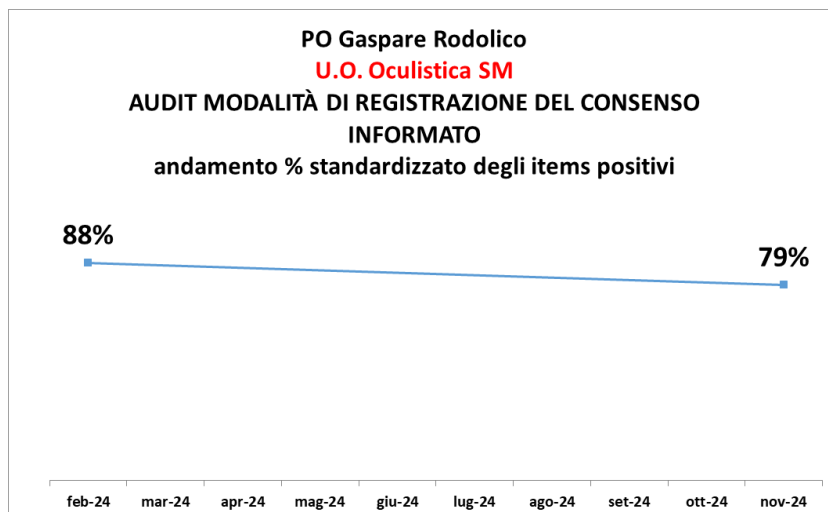
### AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Neurochirurgia								
Data	13-nov-24								
<b>ID Cartella clinica</b>	24037 685	24037 354	24037 179						
<b>Tipologia Consenso NON Anestesiologico</b>	Altre proced ure	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.						
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?	NO	NO	NO						
3. Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO	NO	NO						
4. Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI						
5. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA						
6. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA						
7. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA						
8. È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI						

Reparto	Neurochirurgia								
Data	13-nov-24								
ID Cartella clinica	24037 685	24037 354	24037 179						
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Alt proced ure	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.						
9. La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente?	NO	NO	NO						
10. È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	NO						
11. La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	NA						
12. Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	SI						
13. È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	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)?	NO	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?	NA	NA	NA						
22. È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO	NO	NO						
23. È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI						
TOTALE SI	13	14	12						39
TOTALE NO	6	5	6						17
SOMMA	19	19	18						56
%SI	68%	74%	67%						70%
%NO	32%	26%	33%						30%



<b>U.O.S.D. Oculistica SM</b>
<b>DIRETTORE</b>
Dott. Davide Scollo
<b>REFERENTE PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</b>
Dr. Davide Scollo
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr.ssa Maria Lucia Falbo
<b>DATA</b>
13 novembre 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr. Vincenzo Parrinello
Dr.ssa Morena Pennisi
Dr.ssa Fabiola Ferlisi
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr.ssa Maria Lucia Falbo
<b>NUMERO PAZIENTI RICOVERATI</b>
10

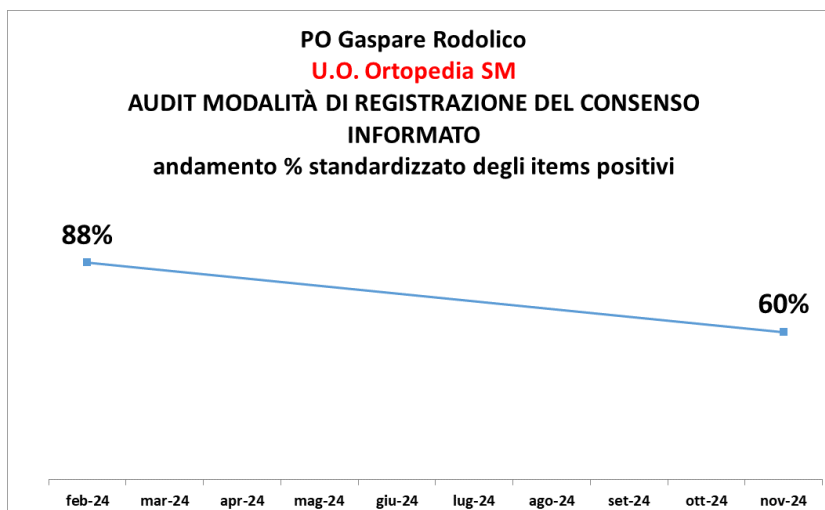


## AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Oculistica								
Data	13-nov-24								
<b>ID Cartella clinica</b>	SC21/ 11/19 53	17009							
<b>Tipologia Consenso NON Anestesilogico</b>	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.							
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?	NO	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							

Reparto	Oculistica								
Data	13-nov-24								
ID Cartella clinica	SC21/ 11/19 53	17009							
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.							
9. La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente?	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	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?	NO	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?	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	13	17							30
TOTALE NO	6	2							8
SOMMA	19	19							38
%SI	68%	89%							79%
%NO	32%	11%							21%

<b>U.O. Ortopedia SM</b>
<b>DIRETTORE</b>
Dr. Giulio Bruno
<b>REFERENTE PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</b>
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr. Davide Simone Vinci
<b>DATA</b>
13 novembre 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr.ssa Antonella Sarracino
Dr. Antonio Tanzillo
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr.ssa Alessandra Russo
Dr.ssa Roberta Riciputo
<b>NUMERO PAZIENTI RICOVERATI</b>
10



## AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Ortopedia								
Data	13-nov-24								
<b>ID Cartella clinica</b>	37105	37576	37208	36973	36973	37105	37086	37576	
<b>Tipologia Consenso NON Anestesilogico</b>	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	
1. Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
2. Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione?	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	
3. Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO	NO	NO	SI	SI	NO	SI	SI	
4. Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
5. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
6. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
7. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
8. È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	NO	SI	NO	SI	SI	SI	NO	SI	

Reparto	Ortopedia								
Data	13-nov-24								
ID Cartella clinica	37105	37576	37208	36973	36973	37105	37086	37576	
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	
9. La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente?	NA	NO	NA	NO	NO	NO	NA	NO	
10. È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
11. La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
12. Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	NO	NO	SI	NO	SI	SI	NO	NO	
13. È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
14. È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	NO	NO	SI	NO	SI	SI	NO	NO	
15. È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	NO	NO	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	NA	NA	
17. Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
18. Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
19. È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
20. È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
21. In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari?	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
22. È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
23. È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
TOTALE SI	8	9	10	10	13	11	9	10	80
TOTALE NO	8	8	6	7	4	6	7	7	53
SOMMA	16	17	16	17	17	17	16	17	133
%SI	50%	53%	63%	59%	76%	65%	56%	59%	60%
%NO	50%	47%	38%	41%	24%	35%	44%	41%	40%

<b>U.O. Ostetricia e Ginecologia SM</b>
<b>DIRETTORE</b>
Dr. Antonino Rapisarda
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr.ssa Maria Grazia Rapisarda
<b>DATA</b>
13 novembre 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr.ssa Antonella Sarracino
Dr. Antonio Tanzillo
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr.ssa Maria Grazia Rapisarda
<b>NUMERO PAZIENTI RICOVERATI</b>
31

## AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Ostetricia e Ginecologia								
Data	13-nov-24								
<b>ID Cartella clinica</b>	38035	38106	38326	38248	38133				
<b>Tipologia Consenso NON Anestesiológico</b>	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.				
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?	NO	NO	NO	NO	NO				
3. Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO	SI	SI	SI	SI				
4. Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	SI				
5. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	NA	NA				
6. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	NA	NA				
7. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	NA	NA				
8. È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI				

Reparto	Ostetricia e Ginecologia							
Data	13-nov-24							
ID Cartella clinica	38035	38106	38326	38248	38133			
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.			
9. La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente?	NO	NO	NO	NO	NO			
10. È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	SI			
11. La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	NO	SI	SI			
12. Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	NO	SI	SI	NO			
13. È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO	NO	NO	NO	NO			
14. È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	NO	SI	SI	NO			
15. È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	NA	SI	NA	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	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?	NA	NA	NA	NA	NA			
22. È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	NO	NO	NO	NO			
23. È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI			
TOTALE SI	15	10	14	12	10			61
TOTALE NO	4	6	5	4	7			26
SOMMA	19	16	19	16	17			87
%SI	79%	63%	74%	75%	59%			70%
%NO	21%	38%	26%	25%	41%			30%

<b>U.O. Ostetricia e Ginecologia SM</b>
<b>DIRETTORE</b>
Prof. Marco Palumbo
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr.ssa Agata Di Stefano
<b>DATA</b>
13 novembre 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr.ssa Eleni Delli
Dr.ssa Oriana Licciardello
Dr. Raffaele Iorfida
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr.ssa Agata Di Stefano
<b>NUMERO PAZIENTI RICOVERATI</b>
15

### AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reperto	Patologia Ostetrica								
Data	13-nov-24								
<b>ID Cartella clinica</b>	37560 /24	37992 /24	38378 /24	38063/ 24	38187 /24				
<b>Tipologia Consenso NON Anestesiologico</b>	Altre proced ure	Altre proced ure	Altre proced ure	Altre proced ure	Altre proce dure				
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?	SI	SI	NO	NO	SI				
3. Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	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)?	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	NO	SI				
9. La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente?	SI	SI	SI	NA	SI				

Reparto	Patologia Ostetrica								
Data	13-nov-24								
ID Cartella clinica	37560 /24	37992 /24	38378 /24	38063/ 24	38187 /24				
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Altre proced ure	Altre proced ure	Altre proced ure	Altre proced ure	Altre proce dure				
10. È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	SI				
11. La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	NO	SI	SI	NO	SI				
12. Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	NO	SI	SI	SI				
13. È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO	NO	NO	NO	NO				
14. È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	NO	NO	SI	SI	NO				
15. È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	NO	NO	SI	NO				
16. Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	NA	NA	SI	NA				
17. Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NO	NA	NA	NO	NA				
18. Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	SI	SI				
19. È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	SI	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?	NA	NA	NA	NA	NA				
22. È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO	SI	NO	NO	NO				
23. È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI				
TOTALE SI	14	13	13	11	13				64
TOTALE NO	5	4	4	7	4				24
SOMMA	19	17	17	18	17				88
%SI	74%	76%	76%	61%	76%				73%
%NO	26%	24%	24%	39%	24%				27%



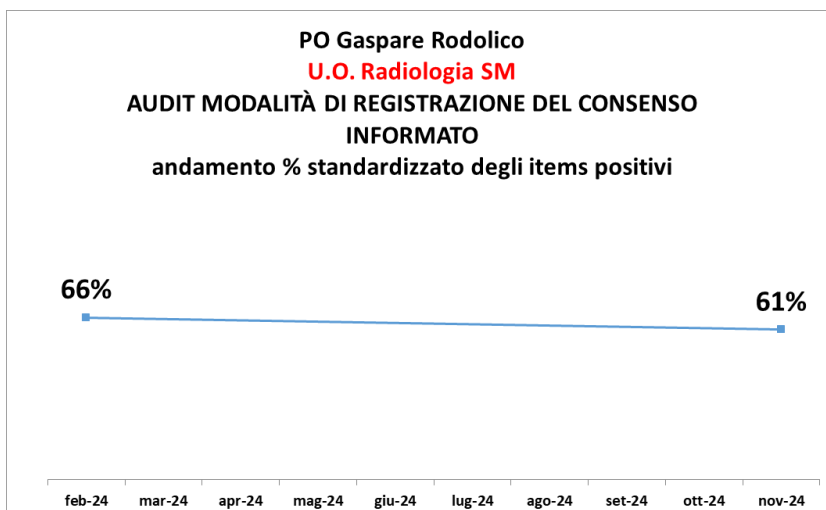
<b>U.O. Pediatria e P.S. Pediatrico SM</b>
<b>DIRETTORE</b>
Dott.ssa Silvia Marino
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr. Speranza Agrippino
<b>DATA</b>
13 novembre 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr. Antonio Tanzillo
Dr.ssa Antonella Sarracino
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dott.ssa Silvia Marino
Dr. Speranza Agrippino
<b>NUMERO PAZIENTI RICOVERATI</b>
15

### AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Pediatria / Pronto Soccorso Pediatrico								
Data	13-nov-24								
<b>ID Cartella clinica</b>	38206	37711	38029	38087					
<b>Tipologia Consenso NON Anestesiologico</b>	Altre proced ure	Altre proced ure	Altre proced ure	Altre proced ure					
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?	SI	NO	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	NO	SI	SI					
8. È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	NO	SI	SI	NO					
9. La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente?	NA	SI	SI	NA					

Reparto	Pediatria / Pronto Soccorso Pediatrico								
Data	13-nov-24								
ID Cartella clinica	38206	37711	38029	38087					
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Altre proced ure	Altre proced ure	Altre proced ure	Altre proced ure					
10. È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	NO	SI	SI	NO					
11. La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	NA	SI	SI	NA					
12. Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	NO	NO					
13. È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	NO	NO	NO					
14. È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI	SI	NO					
15. È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	NA	NO	NA	NA					
16. Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	NA	NA	NA	NA					
17. Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NA	NA	NA	NA					
18. Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	SI					
19. È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	NO	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?	SI	SI	NA	SI					
22. È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO	NO	NO	NO					
23. È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI					
TOTALE SI	14	16	16	12					58
TOTALE NO	4	5	3	6					18
SOMMA	18	21	19	18					76
%SI	78%	76%	84%	67%					76%
%NO	22%	24%	16%	33%					24%

<b>U.O. Radiologia SM</b>
<b>DIRETTORE</b>
Dr. Placido Romeo
<b>REFERENTE PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</b>
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr.ssa Anna Sciabò
<b>DATA</b>
13 novembre 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr. Vincenzo Scuderi
Dr.ssa Maria Giovanna Cantone
Dr.ssa Viviana Frontini
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr.ssa Caponnetto
Dr.ssa Anna Sciabò
<b>NUMERO PAZIENTI RICOVERATI</b>
NA



## AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Radiologia									
Data	13-nov-24									
<b>ID Cartella clinica</b>	consenso 1	consenso 2	d1279536	15339	38217 <sup>1</sup>	31875 <sup>2</sup>	31875 <sup>2</sup>	35605 <sup>2</sup>	37056 <sup>2</sup>	
<b>Tipologia Consenso NON Anestesiológico</b>	Altre procedure	Altre procedure	Altre procedure	Altre procedure	Altre procedure	Altre procedure	Altre procedure	Altre procedure	Altre procedure	
1. Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	NO	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	
2. Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione?	NA	NA	NO	NO	NO	NO	NA	NO	NA	
3. Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	SI	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	SI	SI	SI	
5. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	SI	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
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	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	

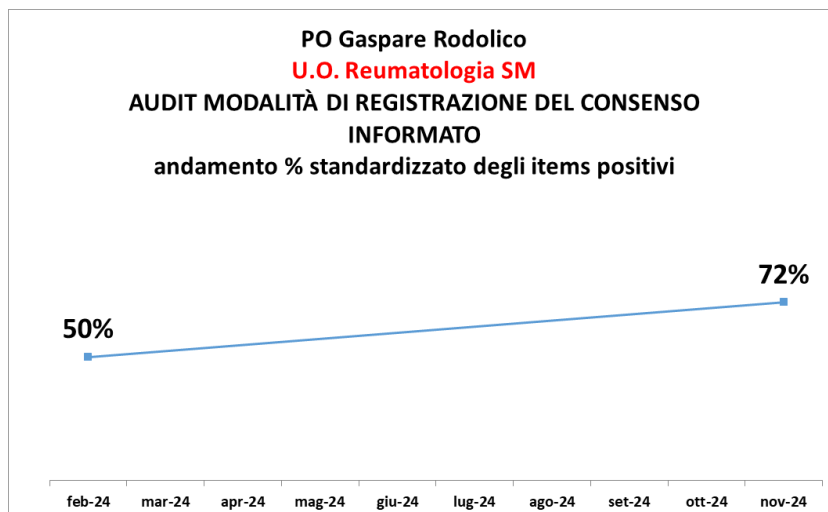
<sup>1</sup> Consenso visionato durante l'audit in Chirurgia Maxillo-Facciale

<sup>2</sup> Consenso visionato durante l'audit in Malattie Infettive

Reparto	Radiologia								
Data	13-nov-24								
ID Cartella clinica	consenso 1	consenso 2	d1279536	15339	38217 <sup>1</sup>	31875 <sup>2</sup>	31875 <sup>2</sup>	35605 <sup>2</sup>	37056 <sup>2</sup>
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Altre procedure	Altre procedure	Altre procedure	Altre procedure	Altre procedure	Altre procedure	Altre procedure	Altre procedure	Altre procedure
7. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NO	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
8. È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO
9. La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente?	NA	NA	SI	SI	NA	NA	NA	NA	NA
10. È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI
11. La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	NA	SI	SI	SI	NA	NA	SI	NO	SI
12. Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI
13. È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI
14. È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI
15. È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
16. Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	NA	NA	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO
17. Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NA	NA	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI
18. Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
19. È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
20. È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	NO	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?	SI	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
22. È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

Reparto	Radiologia									
Data	13-nov-24									
ID Cartella clinica	consenso 1	consenso 2	d1279536	15339	38217 <sup>1</sup>	31875 <sup>2</sup>	31875 <sup>2</sup>	35605 <sup>2</sup>	37056 <sup>2</sup>	
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Altre procedure	Altre procedure	Altre procedure	Altre procedure	Altre procedure	Altre procedure	Altre procedure	Altre procedure	Altre procedure	
23. È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	
TOTALE SI	10	6	16	14	9	7	11	11	12	96
TOTALE NO	8	9	3	5	8	10	6	7	5	61
SOMMA	18	15	19	19	17	17	17	18	17	157
%SI	56%	40%	84%	74%	53%	41%	65%	61%	71%	61%
%NO	44%	60%	16%	26%	47%	59%	35%	39%	29%	39%

<b>U.O. Reumatologia SM</b>
<b>DIRETTORE</b>
Dr. Rosario Foti
<b>REFERENTE PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</b>
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr.ssa Agata Scuderi
<b>DATA</b>
13 novembre 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr.ssa Oriana Licciardello
Dr.ssa Eleni Delli
Dr. Raffaele Iorfida
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr.ssa Agata Scuderi
Dr. Giorgio Amato
<b>NUMERO PAZIENTI RICOVERATI</b>
14

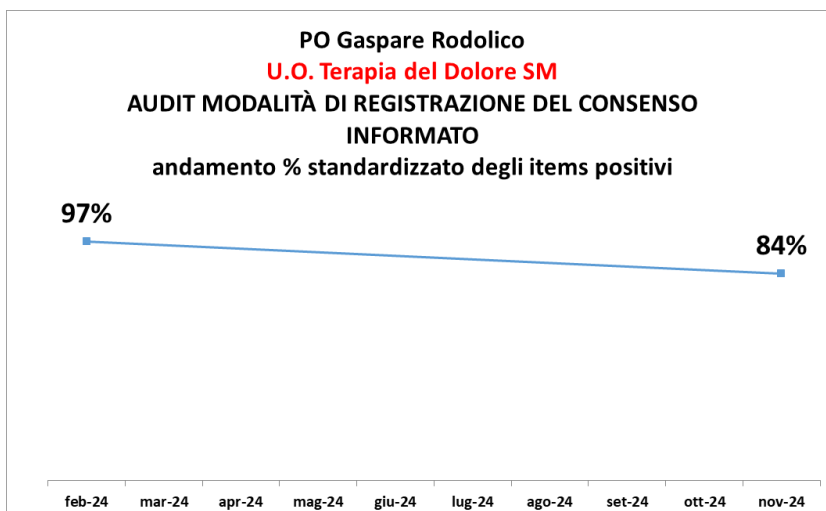


### AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Reumatologia							
Data	13-nov-24							
<b>ID Cartella clinica</b>	122/24	1539/24	1751/24					
<b>Tipologia Consenso NON Anestesiologico</b>	Altre procedure	Altre procedure	Altre procedure					
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?	NO	NO	NO					
3. Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO	NO	NO					
4. Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI					
5. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA					
6. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA					
7. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA					
8. È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI					
9. La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente?	SI	SI	SI					

Reparto	Reumatologia								
Data	13-nov-24								
ID Cartella clinica	122/24	1539/24	1751/24						
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Altre procedure	Altre procedure	Altre procedure						
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?	NA	NO	NO						
13. È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NA	NO	NO						
14. È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	NA	NO	NO						
15. È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	NO	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?	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	11	11						36
TOTALE NO	2	6	6						14
SOMMA	16	17	17						50
%SI	88%	65%	65%						72%
%NO	13%	35%	35%						28%

<b>U.O. Terapia del Dolore SM</b>
<b>DIRETTORE</b>
Dr. Salvatore Caramma
<b>REFERENTE PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</b>
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr.ssa Lucia Falbo
<b>DATA</b>
13 novembre 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr.ssa Giulia Amato
Dr. Vincenzo Scuderi
Dr.ssa Viviana Frontini
Dr.ssa Maria Grazia Cantone
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr.ssa Simona Brundo
Dr.ssa Maria Rita Sollami
<b>NUMERO PAZIENTI RICOVERATI</b>
5



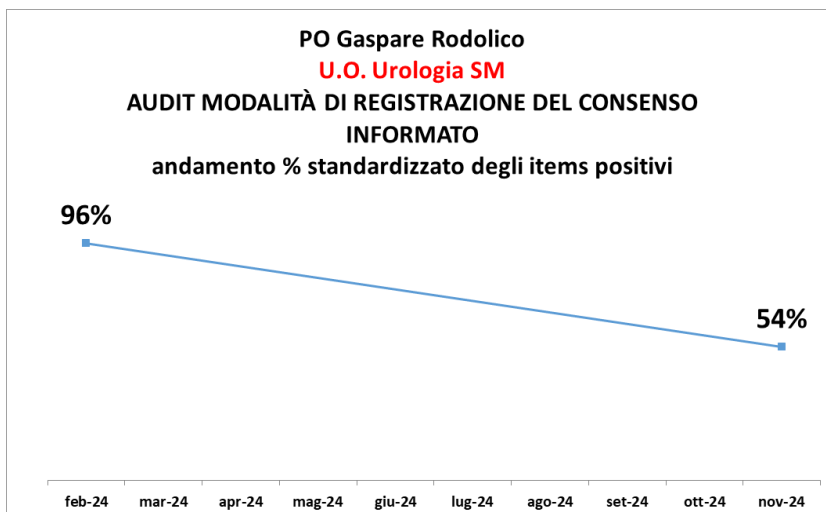
## AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Terapia del Dolore							
Data	13-nov-24							
<b>ID Cartella clinica</b>	38445	38444	38288	38287	38282			
<b>Tipologia Consenso NON Anestesiologico</b>	Altre procedure	Altre procedure	Altre procedure	Altre procedure	Altre procedure			
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?	NO	NO	NO	NO	NO			
3. Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	SI	SI			
4. Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	SI			
5. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	NA	NA			
6. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	NA	NA			
7. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	NA	NA			
8. È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	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?	SI	SI	SI	SI	SI			



Reparto	Terapia del Dolore								
Data	13-nov-24								
ID Cartella clinica	38445	38444	38288	38287	38282				
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Altre procedure	Altre procedure	Altre procedure	Altre procedure	Altre procedure				
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?	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?	SI	SI	SI	SI	SI				
16. Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	SI	SI	SI	SI				
17. Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	SI	SI	SI	SI	SI				
18. Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	SI	SI				
19. È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	SI	SI				
20. È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	SI	SI				
21. In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari?	NA	NA	NA	NA	NA				
22. È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO	NO	NO	NO	NO				
23. È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI				
TOTALE SI	16	16	16	16	16				80
TOTALE NO	3	3	3	3	3				15
SOMMA	19	19	19	19	19				95
%SI	84%	84%	84%	84%	84%				84%
%NO	16%	16%	16%	16%	16%				16%

<b>U.O. Urologia SM</b>
<b>DIRETTORE</b>
Dr. Salvatore Bartolotta
<b>REFERENTE PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</b>
Dr. Costanza Salomone
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr.ssa Antonella Meli
<b>DATA</b>
13 novembre 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr.ssa Gabriella Patanè
Dr.ssa Simona Di Caro
Dr. Eugenio Santo Trimarchi
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr. Livio Salvatore Fiornino
Dr.ssa Arianna Palazzolo
<b>NUMERO PAZIENTI RICOVERATI</b>
16



## AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Urologia							
Data	13-nov-24							
<b>ID Cartella clinica</b>	24038 094	24037 416	24038 000					
<b>Tipologia Consenso NON Anestesiologico</b>	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.					
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?	NO	NO	NO					
3. Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI					
4. Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI					
5. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA					
6. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA					
7. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA					
8. È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	NO	NO	NO					
9. La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente?	NA	NA	NA					

Reparto	Urologia								
Data	13-nov-24								
ID Cartella clinica	24038 094	24037 416	24038 000						
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.						
10. È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI						
11. La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	NO	SI						
12. Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	NO	NO	NO						
13. È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO	NO	NO						
14. È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	NO	NO	NO						
15. È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	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)?	NO	NO	NO						
19. È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	NO	NO	SI						
20. È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	NO	SI						
21. In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari?	NA	NA	NA						
22. È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	NO	NO						
23. È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	NO	SI						
TOTALE SI	11	7	11						29
TOTALE NO	7	11	7						25
SOMMA	18	18	18						54
%SI	61%	39%	61%						54%
%NO	39%	61%	39%						46%

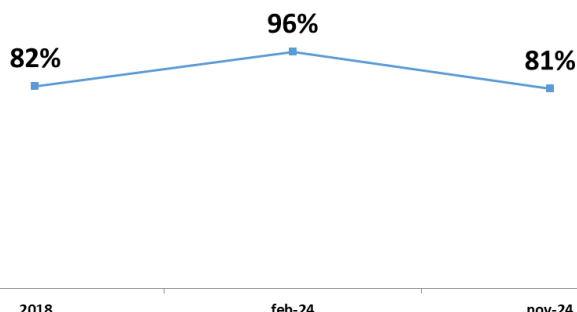
## Presidio Gaspare Rodolico

---



<b>U.O. Cardiocirurgia GR</b>
<b>DIRETTORE</b>
Dr. Salvatore Lentini
<b>REFERENTE PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</b>
Dr. Eugenio Trimarchi
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr. Maurizio di Rocco
<b>DATA</b>
14 novembre 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr. Silvio Caceci
Dr.ssa Giusy Grasso
Dr. Massimo Zappulla
Dr. ssa Daniela Giannazzo
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr. Maurizio Di Rocco
Dr.ssa Serena Fassari
<b>NUMERO PAZIENTI RICOVERATI</b>
23

PO Gaspare Rodolico  
**U.O. Cardiocirurgia GR**  
**AUDIT MODALITÀ DI REGISTRAZIONE DEL CONSENSO INFORMATO**  
 andamento % standardizzato degli items positivi

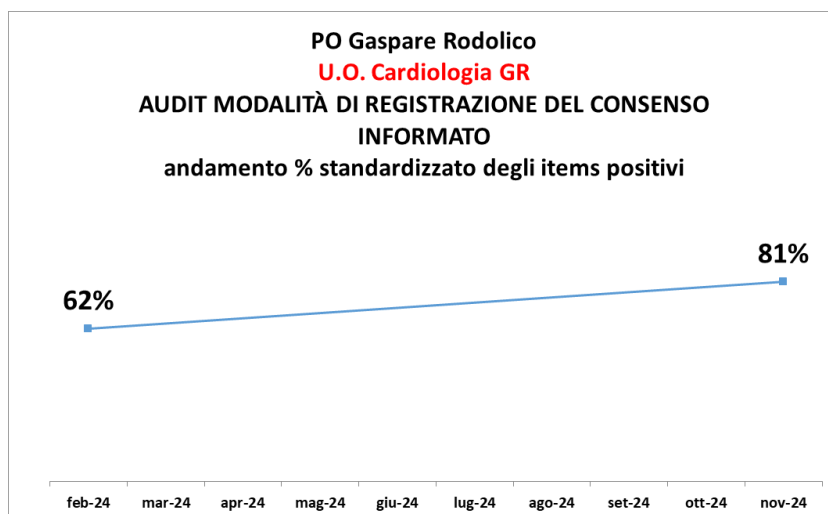


### AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Cardiocirurgia GR								
Data	14-nov-24								
ID Cartella clinica	36883	37308	38536	35534	36382	36382			
Tipologia Consenso NON Anestesilogico	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Altre procedure	Trasfusioni			
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?	NO	SI	SI	NO	NO	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	NO	NO			

Reparto	Cardiochirurgia GR								
Data	14-nov-24								
ID Cartella clinica	36883	37308	38536	35534	36382	36382			
Tipologia Consenso NON Anestesilogico	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Altre procedure	Trasfusioni			
9. La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente?	NO	NO	SI	NO	NA	NA			
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	SI	SI	NO			
13. È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO	NO	SI	NO	SI	SI			
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?	SI	SI	SI	SI	NA	SI			
16. Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	SI	SI	SI	NA	SI			
17. Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	SI	SI	SI	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?	NA	NA	NA	NA	NA	NA			
22. È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO	NO	NO	SI	SI	NO			
23. È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI			
TOTALE SI	15	14	18	16	13	12			88
TOTALE NO	4	5	1	3	2	6			21
SOMMA	19	19	19	19	15	18			109
%SI	79%	74%	95%	84%	87%	67%			81%
%NO	21%	26%	5%	16%	13%	33%			19%

U.O. Cardiologia GR
DIRETTORE
Dr. Davide Capodanno
REFERENTE PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr. Tommaso Castro
DATA
14 novembre 2024
AUDITOR
Dr. Giuseppe Mangano
Dr.ssa Liliana Santonocito
Dr. Emmanuel Salvatore Santo Gozza
Dr.ssa Anna Rita Arriu
PERSONALE CONTATTATO
Dr. Tommaso Castro
Dr.ssa Giusi Branca
NUMERO PAZIENTI RICOVERATI
32



### AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Cardiologia GR								
Data	14-nov-24								
ID Cartella clinica	38537/24	38431/24	38433/24						
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.						
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?	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	NO						



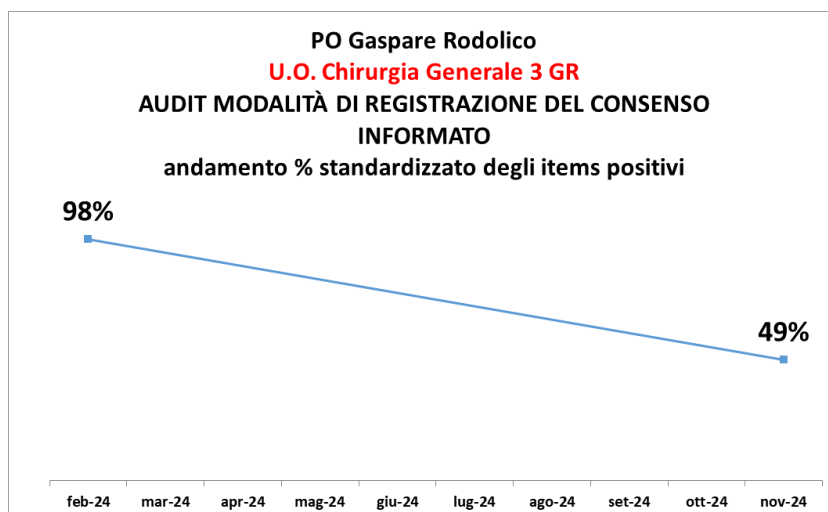
Reparto	Cardiologia GR								
Data	14-nov-24								
ID Cartella clinica	38537/ 24	38431/ 24	38433/ 24						
Tipologia Consenso NON Anestesilogico	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.						
9. La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente?	NO	NO	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?	NA	SI	SI						
16. Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	NA	NA	SI						
17. Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	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						
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?	NA	NA	NA						
22. È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	NO	NO						
23. È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI						
TOTALE SI	14	14	15						43
TOTALE NO	2	5	3						10
SOMMA	16	19	18						53
%SI	88%	74%	83%						81%
%NO	13%	26%	17%						19%

<b>U.O. Chirurgia generale 2 GR</b>
<b>DIRETTORE</b>
Dr.ssa Rosalia Latino
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr. R. Leto
<b>DATA</b>
14 novembre 2024
<b>AUDITOR</b>
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
<b>NUMERO PAZIENTI RICOVERATI</b>

## AUDIT CONSENSO INFORMATO

Audit non svolto per indisponibilità da parte dell'U.O.

U.O. Chirurgia Generale 3 GR
DIRETTORE
Prof. Alessandro Cappellani
REFERENTE PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr.ssa Giusy Di Dio
DATA
14 novembre 2024
AUDITOR
Dr.ssa Marilisa Panarisi
Dr.ssa Catena Arena
Dr.ssa Maria Pia Curasi
Dr.ssa Stefania Calì
PERSONALE CONTATTATO
Dr. Andrea Cavallaro
Dr.ssa Roberta Granata
NUMERO PAZIENTI RICOVERATI
18

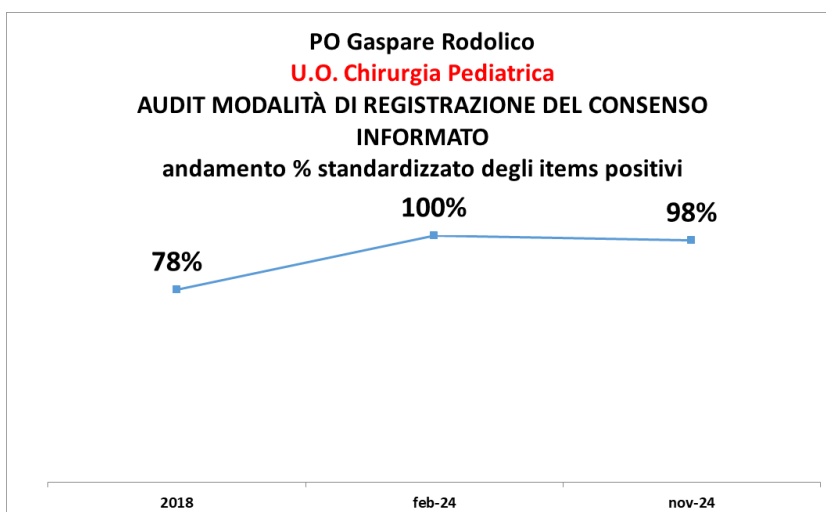


## AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Chirurgia generale 3							
Data	14-nov-24							
ID Cartella clinica	2403020	24036456	24037722					
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.					
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?	NO	NO	NO					
3. Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO	NO	NO					
4. Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	NO	NO	SI					
5. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	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					

Reparto	Chirurgia generale 3								
Data	14-nov-24								
ID Cartella clinica	2403020	24036456	24037722						
Tipologia Consenso NON Anestesiológico	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.						
9. La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente?	NA	NO	NO						
10. È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	NO	SI	SI						
11. La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	NA	SI	SI						
12. Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	NO	NO	NO						
13. È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO	NO	NO						
14. È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	NO	NO	NO						
15. È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	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)?	NO	SI	SI						
19. È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	NO	NO	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?	NA	NA	NA						
22. È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO	NO	NO						
23. È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	NO	SI	SI						
TOTALE SI	5	10	12						27
TOTALE NO	12	9	7						28
SOMMA	17	19	19						55
%SI	29%	53%	63%						49%
%NO	71%	47%	37%						51%

U.O. Chirurgia Pediatrica GR
DIRETTORE
Prof. Vincenzo Di Benedetto
REFERENTE PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
Dr.
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr.ssa Domenica Passalacqua
DATA
14 novembre 2024
AUDITOR
Dr. Gaetano Ferrigno
Dr.ssa Oriana Territo
Dr. Giuseppe Salamanca
PERSONALE CONTATTATO
Dr.ssa Passarello Domenica
Dr.ssa Carmela Arena
NUMERO PAZIENTI RICOVERATI
6

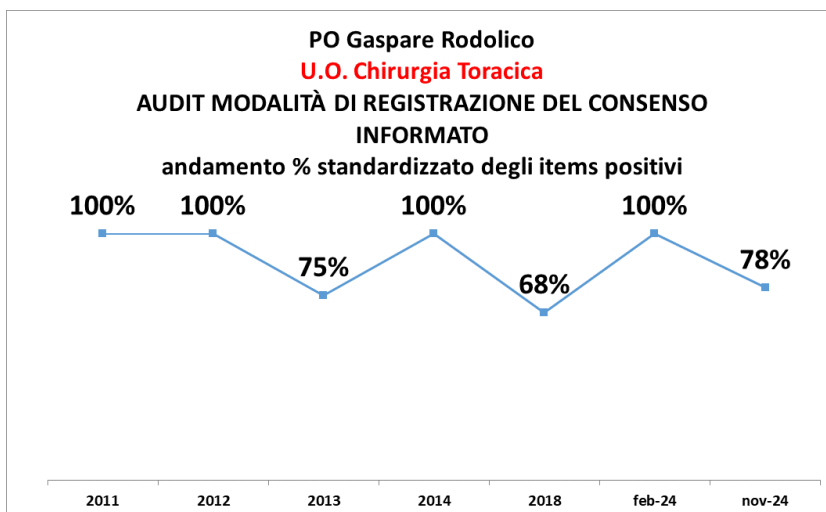


## AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Ch. Pediatrica							
Data	14-nov-24							
ID Cartella clinica	24038 387/24	24036 710/24	24033 160/24					
Tipologia Consenso NON Anestesiológico	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.					
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?	SI	SI	SI					
3. Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI					
4. Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI					
5. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI					
6. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	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					
8. È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI					

Reparto	Ch. Pediatrica								
Data	14-nov-24								
ID Cartella clinica	24038 387/24	24036 710/24	24033 160/24						
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.						
9. La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente?	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	NA						
16. Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	SI	NA						
17. Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	SI	NO	NA						
18. Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI						
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?	SI	SI	SI						
22. È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI						
23. È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI						
TOTALE SI	23	22	20						65
TOTALE NO	0	1	0						1
SOMMA	23	23	20						66
%SI	100%	96%	100%						98%
%NO	0%	4%	0%						2%

U.O. Chirurgia Toracica GR
DIRETTORE
Dr. Alberto Terminella
REFERENTE PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr. Maurizio Di Rocco
DATA
14 novembre 2024
AUDITOR
Dr. Silvio Caceci
Dr.ssa Giusy Grasso
Dr. Massimo Zappulla
Dr. ssa Daniela Giannazzo
PERSONALE CONTATTATO
Dr. Maurizio Di Rocco
Dr.ssa Diomira Tabacco
NUMERO PAZIENTI RICOVERATI
10



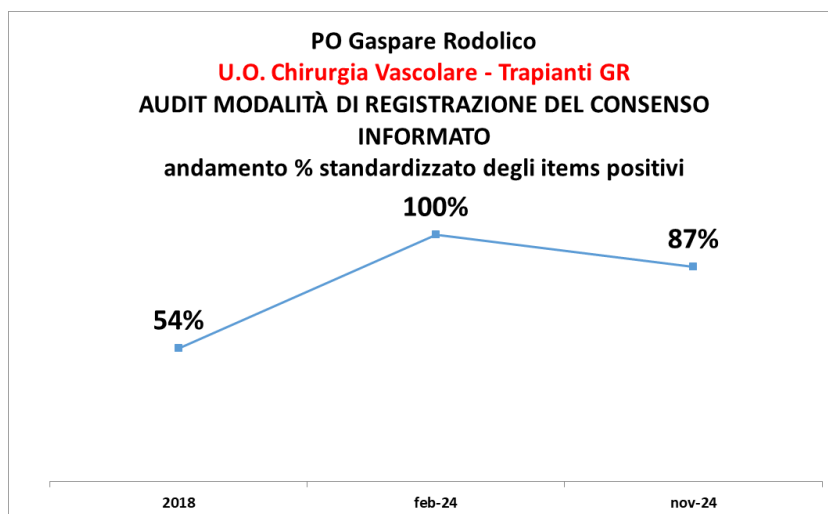
### AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Chirurgia Toracica							
Data	14-nov-24							
ID Cartella clinica	36592	38467	37519	38182				
Tipologia Consenso NON Anestesiológico	Trasfus ioni	Altre proced ure	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.				
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?	SI	NO	NO	NO				
3. Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO	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)?	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				

Reparto	Chirurgia Toracica								
Data	14-nov-24								
ID Cartella clinica	36592	38467	37519	38182					
Tipologia Consenso NON Anestesiológico	Trasfus ioni	Altre proced ure	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.					
9. La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente?	SI	NO	NO	NO					
10. È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI					
11. La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	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	NO	NO	SI					
15. È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	NA	NO	NO					
16. Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	NA	NA	NA					
17. Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	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					
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?	NA	NA	NA	NA					
22. È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	NO	NO	NO					
23. È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI					
TOTALE SI	18	12	12	12					54
TOTALE NO	1	4	5	5					15
SOMMA	19	16	17	17					69
%SI	95%	75%	71%	71%					78%
%NO	5%	25%	29%	29%					22%



U.O. Chirurgia Vascolare GR
DIRETTORE
Prof. Pierfrancesco Veroux
REFERENTE PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
Prof.ssa Alessia Giaquinta
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr.ssa Caterina Di Bartolo
DATA
14 novembre 2024
AUDITOR
Dr. Giuseppe Mangano
Dr.ssa Liliana Santonocito
Dr. Emmanuel Salvatore Santo Gozza
Dr.ssa Anna Rita Arriu
PERSONALE CONTATTATO
Dr.ssa Caterina Di Bartolo
Dr. Mauro Di Bartolo
NUMERO PAZIENTI RICOVERATI
11

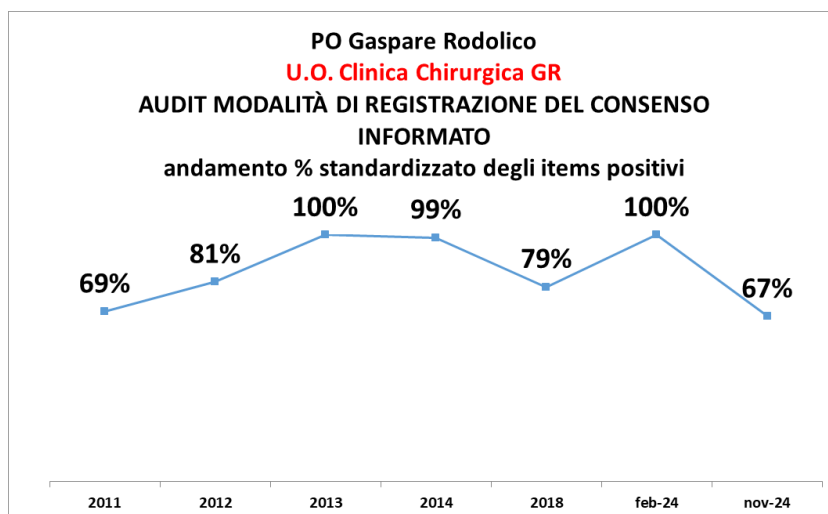


### AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Chirurgia Vascolare GR							
Data	14-nov-24							
ID Cartella clinica	38198/24	38021/24	37182/24					
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.					
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?	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?	SI	SI	SI					

Reparto	Chirurgia Vascolare GR								
Data	14-nov-24								
ID Cartella clinica	38198/ 24	38021/ 24	37182/ 24						
Tipologia Consenso NON Anestesilogico	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.						
9. La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente?	SI	SI	SI						
10. È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	NO	NO						
11. La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	NO	NA	NA						
12. Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	SI						
13. È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	SI	SI						
14. È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI	SI						
15. È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI						
16. Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	NO	NO						
17. Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	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						
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?	NA	NA	NA						
22. È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI						
23. È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI						
TOTALE SI	18	16	14						48
TOTALE NO	1	2	4						7
SOMMA	19	18	18						55
%SI	95%	89%	78%						87%
%NO	5%	11%	22%						13%

U.O. Clinica Chirurgica
DIRETTORE
Prof. Antonio Bodi
REFERENTE PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
COORDINATORE INFERMIERISTICO
DATA
14 novembre 2024
AUDITOR
Dr. Giuseppe Mangano
Dr.ssa Liliana Santonocito
Dr. Emmanuel Salvatore Santo Gozza
Dr.ssa Anna Rita Arriu
PERSONALE CONTATTATO
Dr. Luigi Piroso
NUMERO PAZIENTI RICOVERATI
5

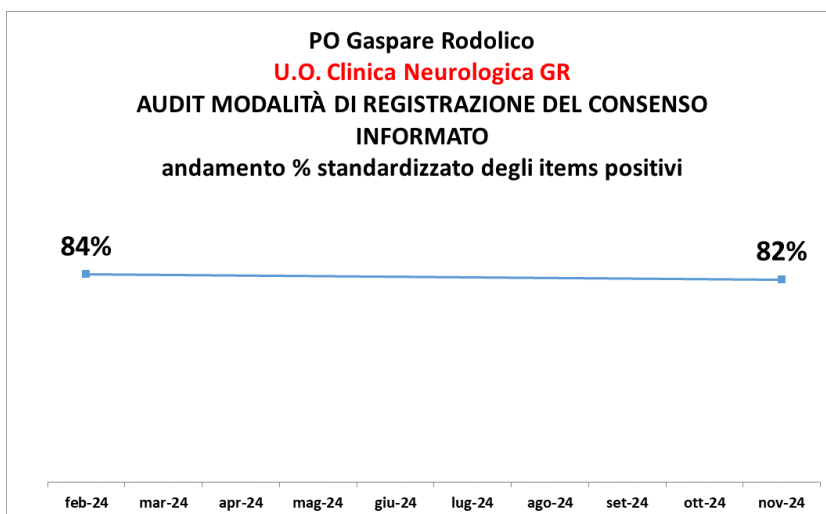


### AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Clinica Chirurgica							
Data	14-nov-24							
ID Cartella clinica	38281/24	37152/24	38416					
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.					
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?	NO	NO	NO					
3. Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI					
4. Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI					
5. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA					
6. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA					
7. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA					
8. È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI					

Reparto	Clinica Chirurgica								
Data	14-nov-24								
ID Cartella clinica	38281/ 24	37152/ 24	38416						
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.						
9. La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente?	NO	NO	SI						
10. È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	NO	SI	SI						
11. La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	NA	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?	NO	NO	SI						
16. Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	NA	NA	NO						
17. Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NA	NA	NO						
18. Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI						
19. È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI						
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?	NA	NA	NA						
22. È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO	NO	NO						
23. È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	NO						
TOTALE SI	10	12	13						35
TOTALE NO	6	5	6						17
SOMMA	16	17	19						52
%SI	63%	71%	68%						67%
%NO	38%	29%	32%						33%

<b>U.O. Clinica Neurologica GR</b>
<b>DIRETTORE</b>
Prof. Mario Zappia
<b>REFERENTE PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</b>
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr.ssa Orsolina Cozzupoli
<b>DATA</b>
14 novembre 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr.ssa Maria Patrizia Gozzi
Dr. Angelo Campione
Dr. Domenico Zerbo
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr.ssa Patrizia Marcantonio
Prof. Francesco Patti
<b>NUMERO PAZIENTI RICOVERATI</b>
17



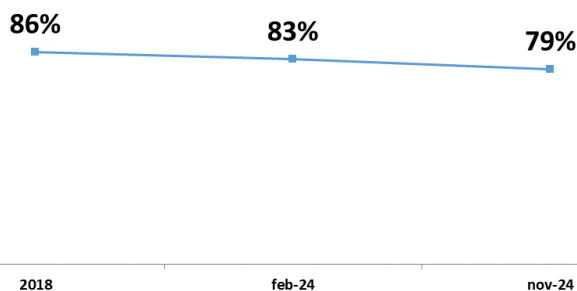
## AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Neurologia GR								
Data	14-nov-24								
<b>ID Cartella clinica</b>	38131	38131	37603	37321	37533				
<b>Tipologia Consenso NON Anestesiológico</b>	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.				
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?	SI	SI	SI	SI	NO				
3. Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	SI	SI				
4. Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	SI				
5. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	NA	NA				
6. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	NA	NA				
7. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	NA	NA				
8. È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI				

Reparto	Neurologia GR								
Data	14-nov-24								
ID Cartella clinica	38131	38131	37603	37321	37533				
Tipologia Consenso NON Anestesiológico	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.				
9. La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente?	SI	SI	NO	NO	SI				
10. È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	NO	SI	SI	SI				
11. La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	NA	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	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	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?	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?	SI	SI	SI	SI	SI				
TOTALE SI	15	13	15	14	12				69
TOTALE NO	2	3	2	3	5				15
SOMMA	17	16	17	17	17				84
%SI	88%	81%	88%	82%	71%				82%
%NO	12%	19%	12%	18%	29%				18%

<b>U.O. Clinica Oculistica</b>
<b>DIRETTORE</b>
Prof. Teresio Avitabile
<b>REFERENTE PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</b>
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr. Calogero Coniglio
<b>DATA</b>
14 novembre 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr.ssa Maria Patrizia Gozzi
Dr. Angelo campione
Dr. Domenico Zerbo
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr.ssa Simona Basile
Dr.ssa Clara Cali
<b>NUMERO PAZIENTI RICOVERATI</b>
6

**PO Gaspare Rodolico**  
**U.O. Clinica Oculistica GR**  
**AUDIT MODALITÀ DI REGISTRAZIONE DEL CONSENSO INFORMATO**  
 andamento % standardizzato degli items positivi



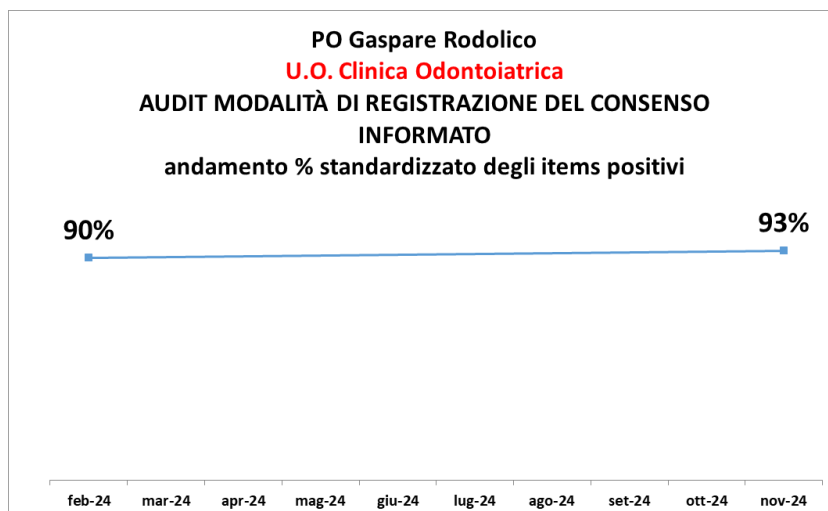
**AUDIT CONSENSO INFORMATO**

Reparto	Clinica Oculistica GR							
Data	14-nov-24							
<b>ID Cartella clinica</b>	37519	38178	38473					
<b>Tipologia Consenso NON Anestesiológico</b>	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.					
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?	SI	NO	NO					
3. Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI					
4. Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI					
5. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA					
6. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA					
7. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA					
8. È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI					

Reparto	Clinica Oculistica GR								
Data	14-nov-24								
ID Cartella clinica	37519	38178	38473						
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.						
9. La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente?	NO	NO	NO						
10. È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI						
11. La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	SI						
12. Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	NO	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?	NA	NA	NA						
22. È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO	NO	NO						
23. È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI						
TOTALE SI	15	15	15						45
TOTALE NO	4	4	4						12
SOMMA	19	19	19						57
%SI	79%	79%	79%						79%
%NO	21%	21%	21%						21%



<b>U.O. Clinica Odontoiatrica</b>
<b>DIRETTORE</b>
Prof.ssa Rosalia Leonardi
<b>REFERENTE PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</b>
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr.ssa Antonella D'Urso
<b>DATA</b>
14 novembre 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr.ssa Maria Patrizia Gozzi
Dr. Angelo Campione
Dr. Domenico Zerbo
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr.ssa Antonella D'Urso
Dr. Marco Ciccù
<b>NUMERO PAZIENTI RICOVERATI</b>
5

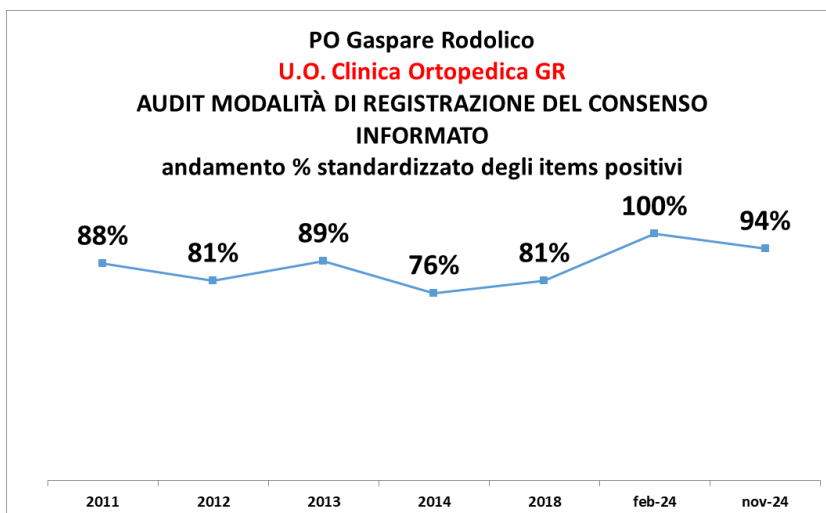


### AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Clinica Odontoiatrica								
Data	14-nov-24								
<b>ID Cartella clinica</b>	17954	38597	17928						
<b>Tipologia Consenso NON Anestesilogico</b>	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.						
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?	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						

Reparto	Clinica Odontoiatrica								
Data	14-nov-24								
ID Cartella clinica	17954	38597	17928						
Tipologia Consenso NON Anestesilogico	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.						
9. La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente?	SI	NO	SI						
10. È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI						
11. La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	NO	NO	NO						
12. Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	SI						
13. È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	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?	NA	NA	NA						
22. È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI						
23. È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI						
TOTALE SI	18	17	18						53
TOTALE NO	1	2	1						4
SOMMA	19	19	19						57
%SI	95%	89%	95%						93%
%NO	5%	11%	5%						7%

<b>U.O. Clinica Ortopedia</b>
<b>DIRETTORE</b>
Prof. Vito Pavone
<b>REFERENTE PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</b>
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr.ssa Giuseppina Coco
<b>DATA</b>
14 novembre 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr.ssa Rosa Aiello
Dr.ssa Giovanna Spanò
Dr.ssa Adelaide Marraffa
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr. Angelo Raffa
<b>NUMERO PAZIENTI RICOVERATI</b>
24



### AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Ortopedia GR							
Data	14-nov-24							
ID Cartella clinica	37815/ 2024	38181/ 2024	38077/ 2024	38088/ 2024				
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Trasfus ioni	Trasfus ioni	Proc. chir./e ndo.	Trasfus ioni				
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?	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)?	NA	SI	NA	NA				
6. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	SI	NA	NA				
7. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	SI	NA	NA				
8. È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	SI				

Reparto	Ortopedia GR								
Data	14-nov-24								
ID Cartella clinica	37815/ 2024	38181/ 2024	38077/ 2024	38088/ 2024					
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Trasfus ioni	Trasfus ioni	Proc. chir./e ndo.	Trasfus ioni					
9. La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente?	SI	SI	SI	SI					
10. È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI					
11. La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	SI	SI					
12. Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	SI	SI					
13. È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	SI	SI	SI					
14. È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI	SI	SI					
15. È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	NO	NO	NO	NO					
16. Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	NA	NA	NA	NA					
17. Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NA	NA	NA	NA					
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?	NA	SI	NA	NA					
22. È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI					
23. È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI					
TOTALE SI	16	20	16	16					68
TOTALE NO	1	1	1	1					4
SOMMA	17	21	17	17					72
%SI	94%	95%	94%	94%					94%
%NO	6%	5%	6%	6%					6%

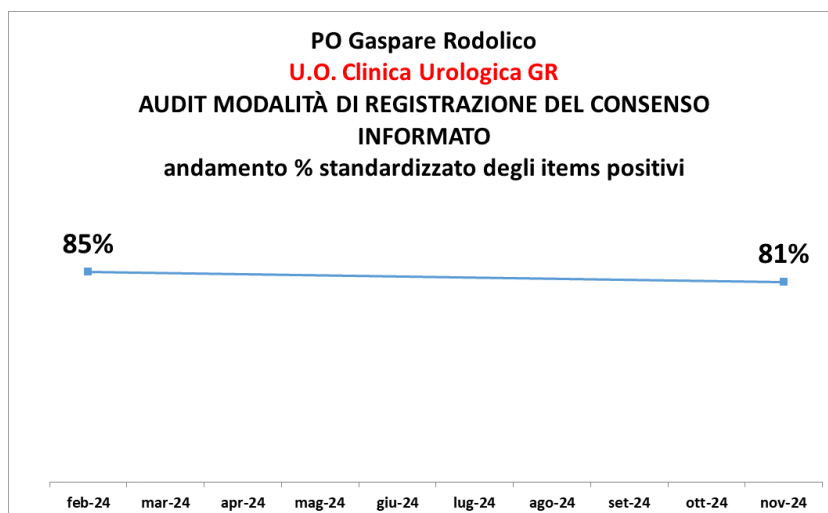
<b>U.O. Clinica Pediatrica</b>
<b>DIRETTORE</b>
Prof. Martino Ruggieri
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dott. Antonio Petronio
<b>DATA</b>
14 novembre 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr. ssa Oriana Territo
Dr. Gaetano Ferrigno
Dr. Giuseppe Salamanca
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr. Pierluigi Smilari
<b>NUMERO PAZIENTI RICOVERATI</b>
13

## AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Clinica Pediatrica								
Data	14-nov-24								
ID Cartella clinica	37764	24017 869							
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Altre procedure	Trasfusioni							
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?	NO	NO							
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)?	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							
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?	NO	NO							
9. La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente?	NO	NA							

Reparto	Clinica Pediatrica								
Data	14-nov-24								
ID Cartella clinica	37764	24017 869							
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Altre proced ure	Trasfus ioni							
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?	NO	NO							
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	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)?	NO	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	NO							
21. In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari?	SI	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	NO							
TOTALE SI	10	10							19
TOTALE NO	11	9							20
SOMMA	21	19							39
%SI	48%	53%							50%
%NO	52%	47%							50%

<b>U.O. Clinica Urologica</b>
<b>DIRETTORE</b>
Prof. Salvatore Cimino
<b>REFERENTE PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</b>
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr.ssa F. Mandolfo
<b>DATA</b>
14 novembre 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr.ssa Rosa Aiello
Dr.ssa Giovanna Spanò
Dr.ssa Adelaide Marraffa
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr. Federico Maria Lucchesi
<b>NUMERO PAZIENTI RICOVERATI</b>
18



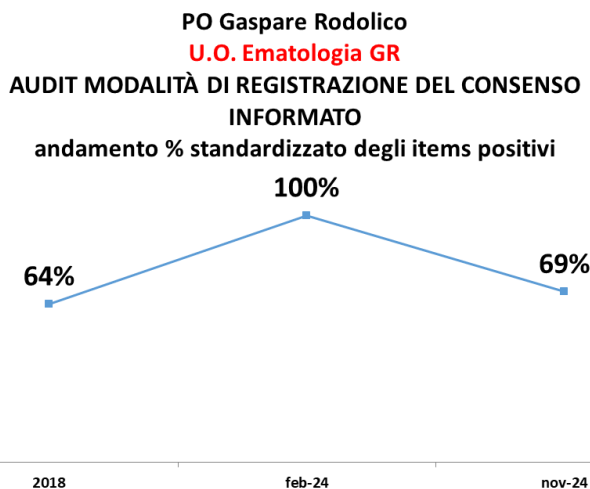
### AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reperto	Clinica Urologica								
Data	14-nov-24								
<b>ID Cartella clinica</b>	38011/ 2024	38352/ 2024	37362/ 2024						
<b>Tipologia Consenso NON Anestesiologico</b>	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.						
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?	NO	NO	SI						
3. Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI						
4. Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI						
5. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA						
6. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA						
7. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA						
8. È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI						

Reparto	Clinica Urologica								
Data	14-nov-24								
ID Cartella clinica	38011/ 2024	38352/ 2024	37362/ 2024						
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.						
9. La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente?	SI	SI	SI						
10. È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI						
11. La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	NO	NO	NO						
12. Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	SI						
13. È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO	NO	NO						
14. È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI	SI						
15. È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI						
16. Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	SI	SI						
17. Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	SI	SI	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?	NA	NA	NA						
22. È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO	NO	NO						
23. È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI						
TOTALE SI	15	15	16						46
TOTALE NO	4	4	3						11
SOMMA	19	19	19						57
%SI	79%	79%	84%						81%
%NO	21%	21%	16%						19%



<b>U.O. Ematologia</b>
<b>DIRETTORE</b>
Prof. Francesco Di Raimondo
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr. Giancarlo De Stradis
<b>DATA</b>
14 novembre 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr. Giuseppe Mangano
Dr.ssa Liliana Santonocito
Dr. Emmanuel Salvatore Santo Gozza
Dr.ssa Anna Rita Arriu
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr. Andrea Duminico
Dr. Giancarlo De Stradis
<b>NUMERO PAZIENTI RICOVERATI</b>
24

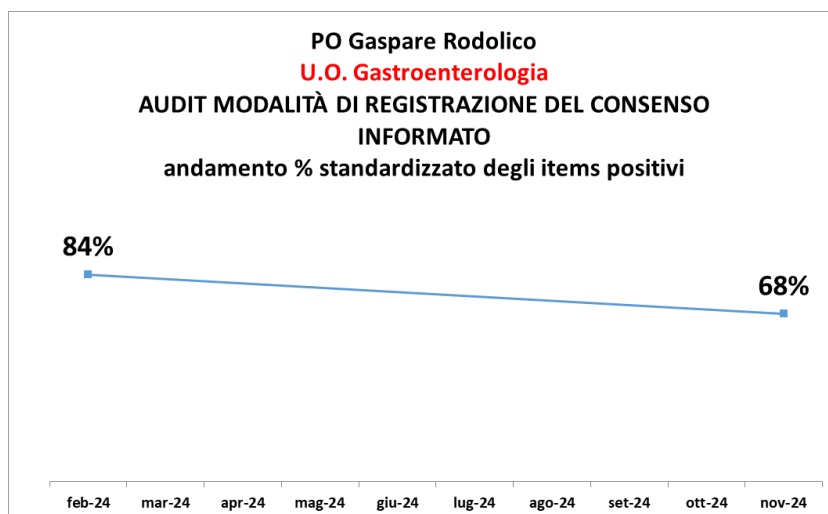


### AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Ematologia							
Data	14-nov-24							
ID Cartella clinica	10581/24	2215/24	1784/24					
Tipologia Consenso NON Anestesilogico	Altre procedure	Altre procedure	Altre procedure					
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?	NO	NO	NO					
3. Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI					
4. Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI					
5. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA					
6. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA					
7. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA					
8. È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	NO	NO	NO					

Reparto	Ematologia								
Data	14-nov-24								
ID Cartella clinica	10581/24	2215/24	1784/24						
Tipologia Consenso NON Anestesilogico	Altre procedure	Altre procedure	Altre procedure						
9. La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente?	NA	NA	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?	NO	NO	NO						
16. Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	NA	NA	NA						
17. Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NA	NA	NA						
18. Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	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?	NA	NA	NA						
22. È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO	NO	NO						
23. È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI						
TOTALE SI	11	11	11						33
TOTALE NO	5	5	5						15
SOMMA	16	16	16						48
%SI	69%	69%	69%						69%
%NO	31%	31%	31%						31%

U.O. Gastroenterologia	
DIRETTORE	
Dr. Santi Mangiafico	
REFERENTE PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO	
COORDINATORE INFERMIERISTICO	
Dr.ssa Nunziatina Tribulato	
DATA	
14 novembre 2024	
AUDITOR	
Dr.ssa Marilisa Panarisi	
Dr.ssa Catena Arena	
Dr.ssa Maria Pia Curasi	
Dr.ssa Stefania Calì	
PERSONALE CONTATTATO	
Dr.ssa Nunziatina Tribulato	
NUMERO PAZIENTI RICOVERATI	
NA	



### AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Gastroenterologia – Endoscopia digestiva							
Data	14-nov-24							
ID Cartella clinica	24033 399/24 1	24036 724	24035 502	24035 507	24036 456 <sup>2</sup>			
Tipologia Consenso NON Anestesilogico	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.			
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?	NO	SI	NO	SI	NO			
3. Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO	NO	NO	NO	NO			
4. Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	NO	SI	SI	SI	SI			
5. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	NA	NA			
6. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	NA	NA			
7. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	NA	NA			

<sup>1</sup> consenso al posizionamento PEG visionato durante l'audit presso l'U.O. di Ematologia TMO

<sup>2</sup> consenso per l'esecuzione di ERCP visionato durante l'audit presso l'U.O. di Chirurgia III

Reparto	Gastroenterologia – Endoscopia digestiva								
Data	14-nov-24								
ID Cartella clinica	24033 399/24 1	24036 724	24035 502	24035 507	24036 456 <sup>2</sup>				
Tipologia Consenso NON Anestesilogico	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.				
8. È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	NO	SI	NO				
9. La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente?	SI	NO	NA	SI	NA				
10. È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	SI				
11. La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	NO	NO	NO	SI	SI				
12. Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	SI	SI	SI				
13. È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO	NO	NO	SI	NO				
14. È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI	SI	SI	SI				
15. È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	SI				
16. Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	SI	SI	SI	SI				
17. Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	SI	SI	SI	SI	SI				
18. Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	SI	SI				
19. È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	SI	SI				
20. È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	SI	SI				
21. In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari?	NA	NA	NA	NA	NA				
22. È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO	NO	NO	NO	NO				
23. È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI				
TOTALE SI	13	14	12	SI	13				52
TOTALE NO	6	5	6	2	5				24
SOMMA	19	19	18	2	18				76
%SI	68%	74%	67%	0%	72%				68%
%NO	32%	26%	33%	100%	28%				32%

<b>U.O. MCAU GR</b>
<b>DIRETTORE</b>
Dr. Giuseppe Carpinteri
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr.ssa Maria Tomaselli
<b>DATA</b>
14 novembre 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr.ssa Rosa Aiello
Dr.ssa Giovanna Spanò
Dr.ssa Adelaide Marraffa
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr. Mazzaglia Claudio
<b>NUMERO PAZIENTI RICOVERATI</b>
9

## AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	MCAU GR								
Data	14-nov-24								
ID Cartella clinica	36713/ 2024	36771 3/2024	37686/ 2024	37686/ 2024					
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Trasfus ioni	Trasfus ioni	Altre proced ure	Altre proced ure					
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?	SI	NO	SI	NO					
3. Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	NO					
4. Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI					
5. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	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	NO					
9. La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente?	SI	NO	SI	NA					

Reparto	MCAU GR								
Data	14-nov-24								
ID Cartella clinica	36713/ 2024	36771 3/2024	37686/ 2024	37686/ 2024					
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Trasfus ioni	Trasfus ioni	Altre proced ure	Altre proced ure					
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	NO	SI	SI					
13. È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	NO	SI	NO					
14. È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	NO	SI	SI					
15. È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	NO	SI					
16. Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	NO	NO	NA	SI					
17. Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	SI	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)?	NO	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	NO	SI	SI					
21. In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari?	NA	NA	NA	NA					
22. È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	NO	SI	NA					
23. È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI					
TOTALE SI	16	11	16	13					56
TOTALE NO	3	8	1	4					16
SOMMA	19	19	17	17					72
%SI	84%	58%	94%	76%					78%
%NO	16%	42%	6%	24%					22%

<b>U.O. Medicina Generale GR</b>
<b>DIRETTORE</b>
Prof. Pietro Castellino (f.f.)
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr.ssa Daniela Marchese
<b>DATA</b>
14 novembre 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr. Marco Torrisi
Dr.ssa Carolina Circognini
Dr. Agatino Davide Maugeri
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr.ssa Loredana Prestianni
<b>NUMERO PAZIENTI RICOVERATI</b>
19

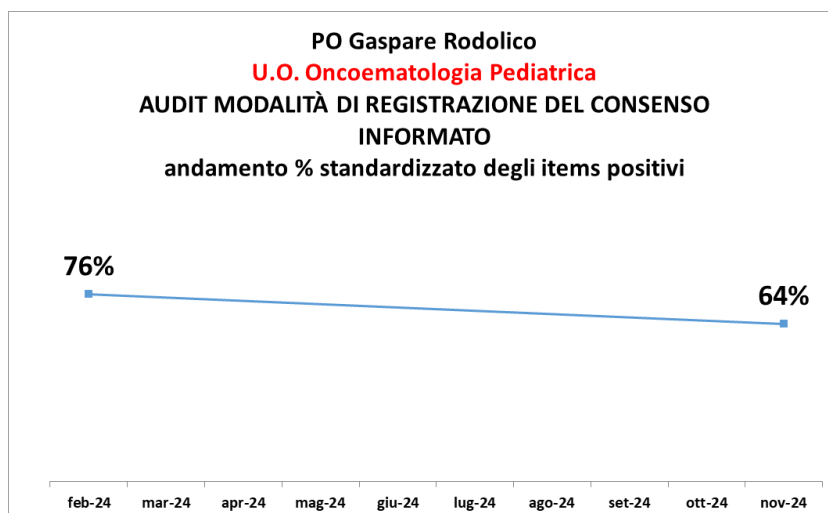
## AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Medicina generale (prof. Signorelli)								
Data	14-nov-24								
<b>ID Cartella clinica</b>	31076	3309	3309	37267	31076	33748			
<b>Tipologia Consenso NON Anestesiológico</b>	Trasfus ioni	Altre proced ure	Trasfus ioni	Altre proced ure	Altre proced ure	Trasfus ioni			
1. Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	NO	SI	NO	SI	SI	NO			
2. Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione?	NA	NO	NA	NO	NO	NA			
3. Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	NO	SI	NO	NO	SI			
4. Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	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)?	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)?	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)?	NO	NA	NA	NA	NA	NA			
8. È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	NO	SI	NO	SI	NO	NO			

Reparto	Medicina generale (prof. Signorelli)								
Data	14-nov-24								
ID Cartella clinica	31076	3309	3309	37267	31076	33748			
Tipologia Consenso NON Anestesiológico	Trasfus ioni	Altre proced ure	Trasfus ioni	Altre proced ure	Altre proced ure	Trasfus ioni			
9. La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente?	NA	SI	NA	SI	NA	NA			
10. È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	NO	SI	NO	SI	SI	NO			
11. La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	NA	SI	NA	SI	SI	NA			
12. Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	NO	SI	SI	SI	NO			
13. È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	NO	SI	NO	NO	SI			
14. È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	NO	NO	NO	NO	SI	NO			
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?	NO	NO	SI	SI	SI	SI			
20. È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	NO	SI	SI	SI	SI			
21. In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari?	NA	NA	NA	NA	NA	NA			
22. È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO	NO	NO	NO	NA	NO			
23. È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	NO	SI	SI	SI			
TOTALE SI	7	8	6	11	10	7			49
TOTALE NO	10	9	8	6	5	7			45
SOMMA	17	17	14	17	15	14			94
%SI	41%	47%	43%	65%	67%	50%			52%
%NO	59%	53%	57%	35%	33%	50%			48%



U.O. Oncoematologia Pediatrica
DIRETTORE
Prof.ssa Giovanna Russo
REFERENTE PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
Dr.ssa Piera Samperi
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr. Luigi Coppola
DATA
14 novembre 2024
AUDITOR
Dr. Marco Torrisi
Dr.ssa Carolina Circognini
Dr. Agatino Davide Maugeri
Dr. Marco Torrisi
PERSONALE CONTATTATO
Dr.ssa Piera Samperi
NUMERO PAZIENTI RICOVERATI
10

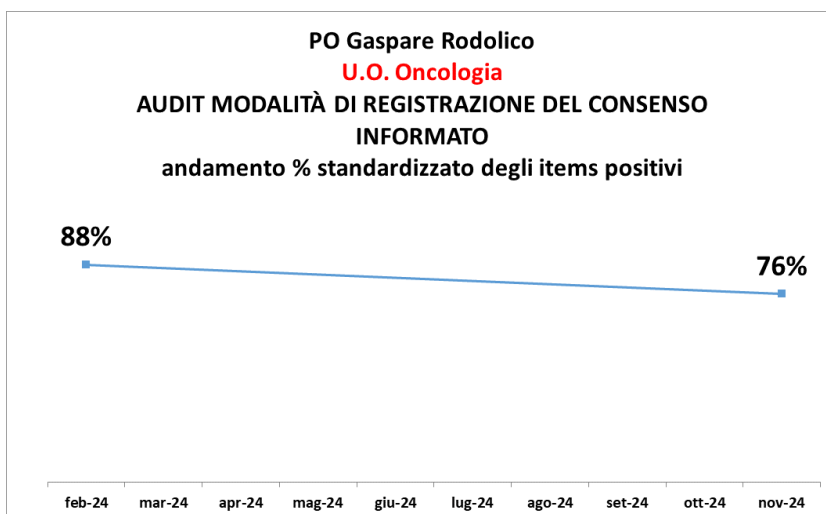


## AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Oncoematologia pediatrica								
Data	14-nov-24								
ID Cartella clinica	37715	38231	38231	34398	34398	37715	38231		
Tipologia Consenso NON Anestesilogico	Altre procedure	Trasfusioni	Altre procedure	Altre procedure	Altre procedure	Trasfusioni	Altre procedure		
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?	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
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)?	SI	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	NO	SI		
7. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
8. È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		

Reparto	Oncoematologia pediatrica								
Data	14-nov-24								
ID Cartella clinica	37715	38231	38231	34398	34398	37715	38231		
Tipologia Consenso NON Anestesilogico	Altre procedure	Trasfusioni	Altre procedure	Altre procedure	Altre procedure	Trasfusioni	Altre procedure		
9. La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente?	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA		
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?	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
13. È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
14. È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI		
15. È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	NO	NO	NO	NA	NA	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	NA		
17. Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA		
18. Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI		
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?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI		
22. È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
23. È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI		
TOTALE SI	12	13	13	13	13	12	13		89
TOTALE NO	8	7	7	6	6	8	7		49
SOMMA	20	20	20	19	19	20	20		138
%SI	60%	65%	65%	68%	68%	60%	65%		64%
%NO	40%	35%	35%	32%	32%	40%	35%		36%

<b>U.O. Oncologia GR</b>
<b>DIRETTORE</b>
Dr. Hector Soto Parra
<b>REFERENTE PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</b>
Dr. Giuseppe Novello
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr.ssa Maria Bonomo
<b>DATA</b>
14 novembre 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr.ssa Maria Patrizia Gozzi
Dr. Angelo Campione
Dr. Domenico Zerbo
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr. Nunzio Restuccia
<b>NUMERO PAZIENTI RICOVERATI</b>
NV

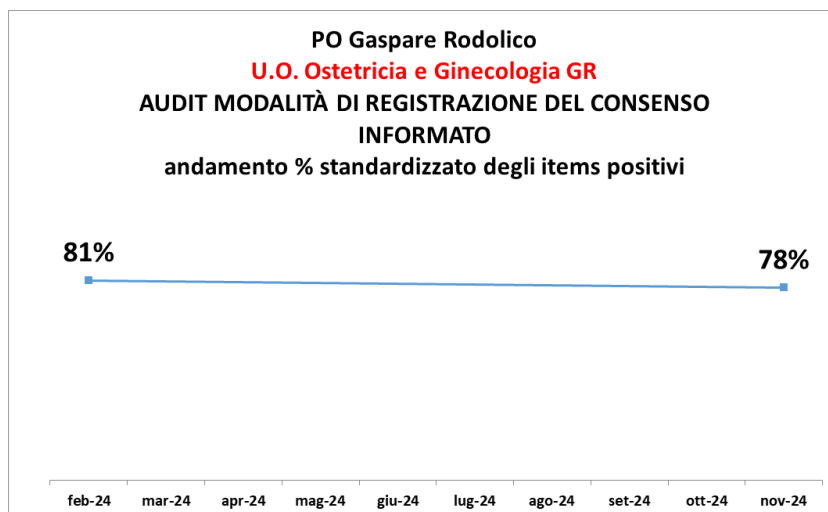


## AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Oncologia							
Data	14-nov-24							
<b>ID Cartella clinica</b>	16089	13548	13485					
<b>Tipologia Consenso NON Anestesilogico</b>	Altre procedure	Altre procedure	Altre procedure					
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?	NO	NO	SI					
3. Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI					
4. Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI					
5. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA					
6. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA					
7. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA					
8. È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	NO					

Reparto	Oncologia								
Data	14-nov-24								
ID Cartella clinica	16089	13548	13485						
Tipologia Consenso NON Anestesilogico	Altre procedure	Altre procedure	Altre procedure						
9. La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente?	NO	NO	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?	NO	NO	NO						
12. Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	SI						
13. È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO	NO	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	NO						
16. Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	SI	NA						
17. Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	SI	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						
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?	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	14	14	13						41
TOTALE NO	5	5	3						13
SOMMA	19	19	16						54
%SI	74%	74%	81%						76%
%NO	26%	26%	19%						24%

U.O. Ostetricia e Ginecologia GR
<b>DIRETTORE</b>
Prof.ssa Liliana Mereu
<b>REFERENTE PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</b>
Dr.ssa Elvira Marletta
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr.ssa Rosi Massimino
<b>DATA</b>
14 novembre 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr.ssa Marilisa Panarisi
Dr.ssa Catena Arena
Dr.ssa Maria Pia Curasi
Dr.ssa Stefania Cali
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr.ssa Anna Rita Bisicchia
<b>NUMERO PAZIENTI RICOVERATI</b>
25

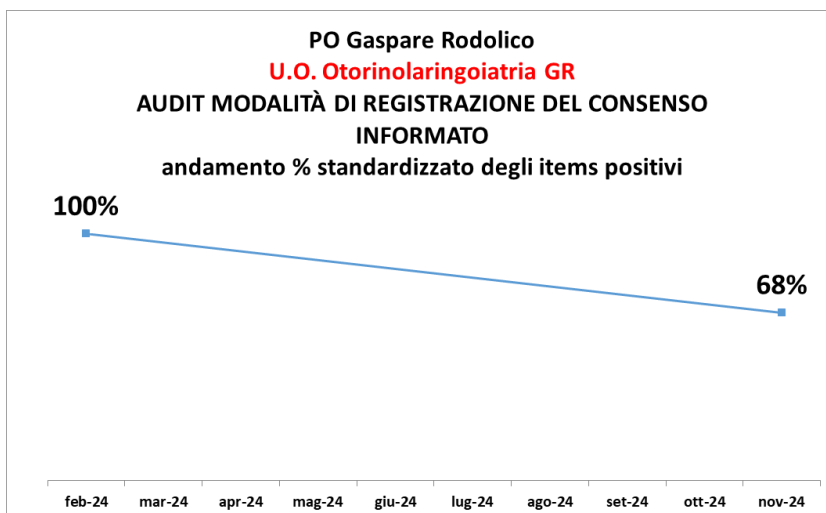


### AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Ostetricia e ginecologia							
Data	14-nov-24							
<b>ID Cartella clinica</b>	24038 100	24038 390						
<b>Tipologia Consenso NON Anestesiológico</b>	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.						
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?	NO	SI						
3. Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO	SI						
4. Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI						
5. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA						
6. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA						
7. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA						
8. È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI						

Reparto	Ostetricia e ginecologia								
Data	14-nov-24								
ID Cartella clinica	24038 100	24038 390							
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.							
9. La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente?	NO	SI							
10. È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI							
11. La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI							
12. Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	NO	SI							
13. È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO	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	NO							
16. Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	NA							
17. Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	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							
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?	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	13	15							28
TOTALE NO	6	2							8
SOMMA	19	17							36
%SI	68%	88%							78%
%NO	32%	12%							22%

U.O. Otorinolaringoiatria GR
DIRETTORE
Prof. Ignazio La Mantia
REFERENTE PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr. Calogero Coniglio
DATA
14 novembre 2024
AUDITOR
Dr.ssa Maria Patrizia Gozzi
Dr. Angelo Campione
Dr. Domenico Zerbo
PERSONALE CONTATTATO
Dr. Claudio Andaloro
Dr. Michael Cistaro
NUMERO PAZIENTI RICOVERATI
4



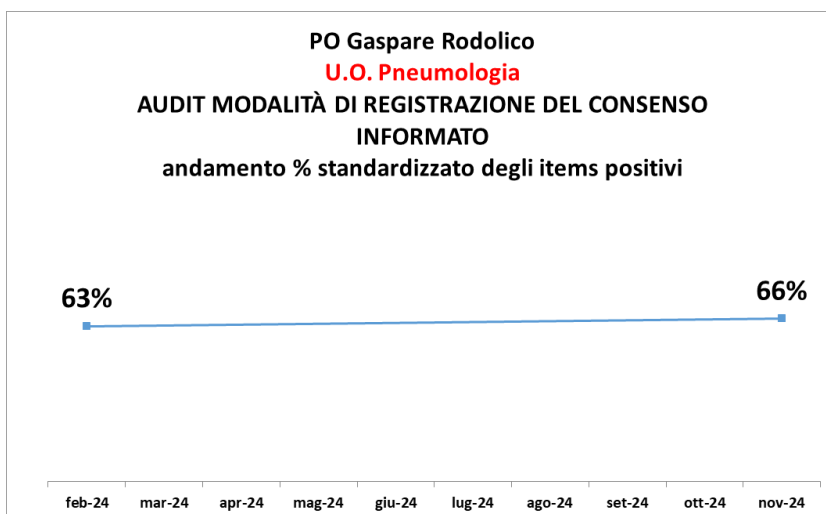
## AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	ORL GR								
Data	14-nov-24								
ID Cartella clinica	38318	38584							
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.							
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?	NO	NO							
3. Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	NO							
4. Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI							
5. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA							
6. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA							
7. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA							
8. È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI							

Reparto	ORL GR								
Data	14-nov-24								
ID Cartella clinica	38318	38584							
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.							
9. La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente?	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?	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?	NO	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?	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)?	NO	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?	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	13	13							26
TOTALE NO	6	6							12
SOMMA	19	19							38
%SI	68%	68%							68%
%NO	32%	32%							32%



U.O. Pneumologia GR
DIRETTORE
Prof. Carlo Vancheri
REFERENTE PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr. Silvio Caceci
DATA
14 novembre 2024
AUDITOR
Dr.ssa Carolina Circognini
Dr. Agatino Davide Maugeri
PERSONALE CONTATTATO
Dr.ssa Eugenia Di Fazio
NUMERO PAZIENTI RICOVERATI
22

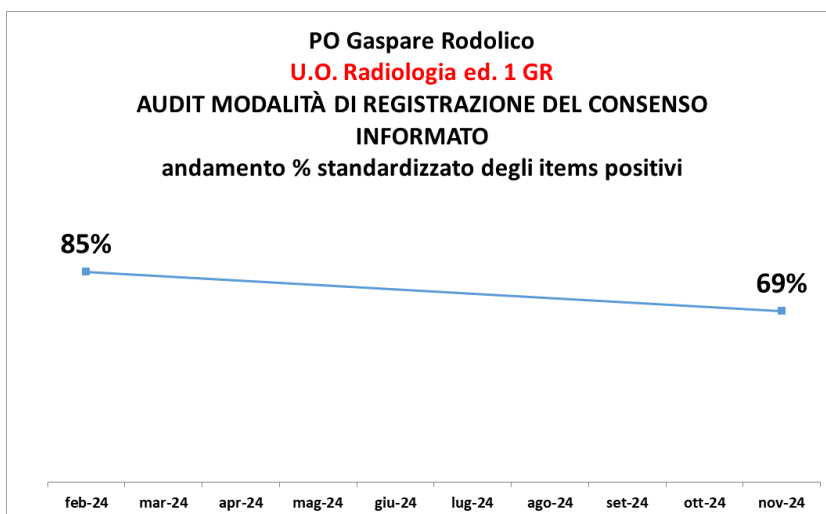


## AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Pneumologia							
Data	14-nov-24							
ID Cartella clinica	36241	37380	3662	378945	38169			
Tipologia Consenso NON Anestesiológico	Altre procedure	Trasfusioni	Altre procedure	Altre procedure	Altre procedure			
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?	NO	NO	NO	NO	NO			
3. Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO	NO	NO	NO	NO			
4. Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	SI	SI	SI	SI			
5. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	NA	NA	NA	NA	NA			
6. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NA	NA	NA	NA	NA			
7. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA	NA	NA	NA	NA			
8. È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	NO	NO	SI	SI			

Reparto	Pneumologia								
Data	14-nov-24								
ID Cartella clinica	36241	37380	3662	378945	38169				
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Altre procedure	Trasfusioni	Altre procedure	Altre procedure	Altre procedure				
9. La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente?	SI	NA	NA	SI	SI				
10. È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI	SI	SI				
11. La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI	SI	SI	NO	SI				
12. Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	SI	SI	SI	SI				
13. È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO	NO	NO	NO	NO				
14. È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	NO	SI	SI	SI	NO				
15. È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	NO	SI	NO	SI	NO				
16. Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	NA	NO	NA	SI	NA				
17. Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	NA	SI	NA	SI	NA				
18. Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	SI	SI				
19. È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI	SI	SI	SI	SI				
20. È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	SI	SI	SI	SI	SI				
21. In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari?	NA	NA	NA	NA	NA				
22. È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO	NO	NO	NO	NO				
23. È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	NO	SI	SI	SI				
TOTALE SI	11	11	10	14	11				57
TOTALE NO	6	7	6	5	6				30
SOMMA	17	18	16	19	17				87
%SI	65%	61%	63%	74%	65%				66%
%NO	35%	39%	38%	26%	35%				34%

<b>U.O. Radiologia ed. 1 GR</b>
<b>DIRETTORE</b>
Prof. Antonello Basile
<b>REFERENTE PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</b>
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr.ssa Agata Cannavò
<b>DATA</b>
14 novembre 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr.ssa Gabriella Patanè
Dr.ssa Simona Di Caro
Dr. Eugenio Santo Trimarchi
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr.ssa Irene Torrisi
Dr.ssa Agata Cannavò
<b>NUMERO PAZIENTI RICOVERATI</b>
NA



## AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Radiologia - diagnostica ed interventistica (ED.1) <sup>1</sup>							
Data	14-nov-24							
<b>ID Cartella clinica</b>	24037 137 <sup>2</sup>	37686/ 24						
<b>Tipologia Consenso NON Anestesiológico</b>	Altre proced ure	Altre proced ure						
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?	NO	NO						
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						

<sup>1</sup> L'U.O. non utilizza il modulo di acquisizione del consenso Aziendale ma solamente i fogli informativi agli esami radiologici

<sup>2</sup> Consenso visionato durante l'audit in Nefrologia P.O. San Marco

Reparto	Radiologia - diagnostica ed interventistica (ED.1) <sup>1</sup>								
Data	14-nov-24								
ID Cartella clinica	24037 137 <sup>2</sup>	37686/ 24							
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Altre proced ure	Altre proced ure							
8. È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	NO	NO							
9. La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente?	NA	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?	NO	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?	NO	NO							
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?	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	12	13							25
TOTALE NO	6	5							11
SOMMA	18	18							36
%SI	67%	72%							69%
%NO	33%	28%							31%

<b>U.O. Radiologia CAST GR</b>
<b>DIRETTORE</b>
Dr. Orazio Garretto
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr.ssa Flora Anna Di Nunzio
<b>DATA</b>
14 novembre 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr. Gaetano Ferrigno
Dr.ssa Oriana Territo
Dr. Giuseppe Salamanca
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr. Orazio Garretto
Dr.ssa Flora Anna Di Nunzio
<b>NUMERO PAZIENTI RICOVERATI</b>
NA

### AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Radiologia CAST							
Data	14-nov-24							
<b>ID Cartella clinica</b>	12935 83/24	14571 23/24	14466 11/24					
<b>Tipologia Consenso NON Anestesiologico</b>	Altre proced ure	Altre proced ure	Altre proced ure					
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?	SI	SI	SI					
3. Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO	NO	NO					
4. Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI	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?	SI	NO	SI					

Reparto	Radiologia CAST								
Data	14-nov-24								
ID Cartella clinica	12935 83/24	14571 23/24	14466 11/24						
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Altre proced ure	Altre proced ure	Altre proced ure						
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	NO						
12. Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI	NO	SI						
13. È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	SI	SI	SI						
14. È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI	NO	SI						
15. È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI						
16. Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	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?	NO	NA	NA						
22. È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO	SI	SI						
23. È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI						
TOTALE SI	17	15	17						49
TOTALE NO	3	4	2						9
SOMMA	20	19	19						58
%SI	85%	79%	89%						84%
%NO	15%	21%	11%						16%

<b>U.O. Rianimazione GR</b>
<b>DIRETTORE</b>
Dr. Paolo Murabito
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr. Alfio Castro
<b>DATA</b>
14 novembre 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr. Marco Torrisi
Dr.ssa Carolina Circognini
Dr. Agatino Davide Maugeri
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr.ssa Monica Leonardi
Dr. Giuseppe Fallico
<b>NUMERO PAZIENTI RICOVERATI</b>
7

## AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reperto	Rianimazione GR								
Data	14-nov-24								
ID Cartella clinica	35543								
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Altre procedure								
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?	NO								
3. Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO								
4. Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI								
5. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	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								
7. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NA								
8. È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI								
9. La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente?	NO								

Reparto	Rianimazione GR								
Data	14-nov-24								
ID Cartella clinica	35543								
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Altre procedure								
10. È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI								
11. La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI								
12. Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	SI								
13. È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO								
14. È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	SI								
15. È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	SI								
16. Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI								
17. Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	SI								
18. Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI								
19. È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	SI								
20. È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	NO <sup>1</sup>								
21. In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari?	NA								
22. È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI								
23. È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI								
TOTALE SI	14								14
TOTALE NO	5								5
SOMMA	19								19
%SI	74%								74%
%NO	26%								26%

<sup>1</sup> Consenso firmato solo dal medico, il quale annota che il paziente è sedato e quindi non in grado di esprimere il consenso



<b>U.O. Rianimazione CAST</b>
<b>DIRETTORE</b>
Dr. Ettore Panascia
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr. Paolo Imbrogio
<b>DATA</b>
14 novembre 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr. Silvio Caceci
Dr.ssa Giusy Grasso
Dr. Massimo Zappulla
Dr. ssa Daniela Giannazzo
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr.ssa Iole Russo
Dr.ssa Maria Grazia Sciascia
<b>NUMERO PAZIENTI RICOVERATI</b>
11

## AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Rianimazione CAST								
Data	14-nov-24								
<b>ID Cartella clinica</b>	34660								
<b>Tipologia Consenso NON Anestesiologico</b>	Proc. chir./e ndo.								
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?	NO								
3. Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO								
4. Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	SI								
5. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	SI								
6. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", è riportata la motivazione per la quale sono titolari ad esprimere il consenso (genitori/ tutore/amministratore di sostegno / fiduciario)?	NO								
7. Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono presenti nella documentazione sanitaria le evidenze che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso (atto di nomina del fiduciario / tutore / amministratore di sostegno, indicazione dei genitori del minore)?	NO								
8. È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	NO								

Reparto	Rianimazione CAST								
Data	14-nov-24								
ID Cartella clinica	34660								
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Proc. chir./e ndo.								
9. La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente?	NA								
10. È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI								
11. La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	SI								
12. Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	NO								
13. È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	NO								
14. È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	NO								
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?	NO								
22. È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	NO								
23. È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI								
TOTALE SI	9								9
TOTALE NO	11								11
SOMMA	20								20
%SI	45%								45%
%NO	55%								55%

U.O. Trapianto Midollo Osseo GR
<b>DIRETTORE</b>
Prof. Di Raimondo
<b>REFERENTE PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO</b>
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr.ssa Loredana Mascali
<b>DATA</b>
14 novembre 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr. ssa Oriana Territo
Dr. Gaetano Ferrigno
Dr. Giuseppe Salamanca
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr. Salvatore Leotta
Dr.ssa Loredana Mascali
<b>NUMERO PAZIENTI RICOVERATI</b>
4



## AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Trapianto Midollo osseo (TMO)							
Data	14-nov-24							
ID Cartella clinica	33725/24	33725/24	33725/24	24033399/24				
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Trasfusioni	Altre procedure	Trasfusioni	Trasfusioni				
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?	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)?	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?	SI	SI	SI	SI				

Reparto	Trapianto Midollo osseo (TMO)								
Data	14-nov-24								
ID Cartella clinica	33725/ 24	33725/ 24	33725/ 24	24033 399/24					
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Trasfus ioni	Altre proced ure	Trasfus ioni	Trasfus ioni					
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?	SI	NO	SI	SI					
16. Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	SI	NA	SI	SI					
17. Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	SI	NA	SI	SI					
18. Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	SI	SI	SI	SI					
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?	NA	NA	NA	NA					
22. È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI					
23. È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI					
TOTALE SI	19	16	19	19					73
TOTALE NO	0	1	0	0					1
SOMMA	19	17	19	19					74
%SI	100%	94%	100%	100%					99%
%NO	0%	6%	0%	0%					1%

## Conclusioni

---

## Risultanze dell'audit

---

Sono stati valutati 204 moduli di registrazione del consenso informato (98 del P.O. Rodolico e 106 del P.O. San Marco) relativi a 48 UU.OO. (26 del P.O. Rodolico e 22 del P.O. San Marco) su 635 pazienti ricoverati nel momento dell'audit (351 del P.O. Rodolico e 284 del P.O. San Marco).

Sui 204 moduli di consenso valutati 92 erano relativi a procedure chirurgiche (46 del P.O. Rodolico e 46 del P.O. San Marco) o endoscopiche, 32 a trasfusioni (20 del P.O. Rodolico e 12 del P.O. San Marco) e 80 ad altri atti sanitari non anestesiológicos (32 del P.O. Rodolico e 48 del P.O. San Marco).

Dall'analisi dei risultati relativi alle modalità di gestione della registrazione dell'attività di acquisizione del consenso informato emergono diverse criticità.

In particolare si segnala che:

- 8 moduli di consenso non erano quelli Aziendali;
- 131 moduli di consenso non erano aggiornati all'ultima edizione;
- In 68 moduli di consenso non erano presenti i dati identificativi dell'U.O.;
- In 7 moduli di consenso non erano presenti i dati identificativi completi del paziente;
- Nei 26 moduli di consenso nei quali era compilata la sezione "eventuali altri soggetti titolari", in 3 moduli non erano presenti i dati identificativi completi degli altri soggetti titolari;
- Nei 26 moduli di consenso nei quali era compilata la sezione "eventuali altri soggetti titolari", in 8 moduli di consenso non era riportata la motivazione per la quale gli altri soggetti indicati erano titolari per l'espressione del consenso;
- Nei 26 moduli di consenso nei quali era compilata la sezione "eventuali altri soggetti titolari", in 14 casi non era presente nella documentazione sanitaria l'evidenza che tali soggetti erano legittimati ad esprimere il consenso;
- In 64 moduli di consenso non era presente la sintesi della situazione clinica del paziente;
- In 58 moduli di consenso sui 140 nei quali era presente la sintesi della situazione clinica del paziente, questa non riportava in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente;
- In 21 moduli di consenso non era riportato l'atto sanitario proposto;
- In 34 moduli di consenso sui 183 nei quali era riportato l'atto sanitario proposto, questo era scritto mediante abbreviazioni o sigle;
- In 49 moduli di consenso non era riportata la data in cui è stata fornita l'informazione al paziente;
- In 144 moduli di consenso non era riportato il nominativo del medico che ha fornito l'informazione al paziente;
- In 53 moduli di consenso non era riportata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni al paziente;
- In 76 moduli di consenso non è presente nella documentazione sanitaria una informativa all'atto sanitario proposto. Di questi, in 12 casi (tutti del P.O. G. Rodolico) il consenso informato era relativo a trasfusioni;
- Nei 100 casi in cui al modulo di consenso vi era allegata una informativa, in 13 informative non era presente la firma del paziente per presa visione;
- Sui 100 casi in cui al modulo di consenso vi era allegata una informativa, in 10 informative non era presente la firma del medico;
- In 11 moduli di consenso non era presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto;
- In 9 moduli di consenso non era riportata la data in cui si acquisiva il consenso;
- In 9 moduli di consenso non era presente la firma né del paziente né di altro soggetto;

- Nei 30 moduli di consenso firmati da soggetti diversi dal paziente, in 6 casi la firma non era di un soggetto titolare all'espressione del consenso;
- In 144 moduli di consenso non era presente il nominativo del medico che aveva acquisito il consenso;
- In 9 moduli di consenso non era presente la firma del medico che aveva acquisito il consenso.

In soli 11 moduli di registrazione del consenso informato, sui 204 moduli visionati, è stato raggiunto lo standard di gestione di tale attività (100% di item positivi), di cui:

- n. 2 acquisiti presso l'U.O.C. di Chirurgia Pediatrica;
- n. 3 acquisiti presso l'U.O. di Trapianto di Midollo Osseo (TMO);
- n. 3 acquisiti presso l'U.O.C. di Malattie Infettive;
- n. 1 acquisito presso l'U.O.C. di Chirurgia Generale del P.O. San Marco;
- n. 2 acquisito presso l'U.O.C. di Nefrologia.

Valutando la gestione della registrazione del consenso informato per U.O. si segnala che in nessuna delle 48 UU.OO. lo standard di gestione di tale attività (100% di item positivi in tutti i moduli di consenso) è stato raggiunto.

### Riepilogo P.O. San Marco

<b>N. Reparti</b>	22	<b>N. consensi</b>	106	<b>N. Paz. ricoverati</b>	284
<b>N. procedure chirurgiche / endoscopiche</b>	46	<b>N. Trasfusioni</b>	12	<b>N. altre Procedure Non anestes.</b>	48

Gestione dell'acquisizione del consenso informato non anestesologico		n. items positivi	n. item negativi	% items positivi
1.	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	101	5	95%
2.	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione?	26	74	26%
3.	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	69	37	65%
4.	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	103	3	97%
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)?	9	2	82%
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)?	8	3	73%
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)?	6	5	55%
8.	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	71	35	67%
9.	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente?	42	29	59%
10.	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	94	12	89%
11.	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	77	17	82%
12.	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	78	27	74%
13.	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	21	84	20%
14.	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	71	34	68%
15.	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	50	34	60%
16.	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	44	6	88%
17.	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	45	5	90%
18.	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	98	7	93%
19.	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	101	5	95%
20.	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	102	4	96%
21.	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari?	12	4	75%
22.	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	29	76	28%
23.	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	102	4	96%
<b>Totale</b>		<b>1359</b>	<b>512</b>	<b>73%</b>



## Riepilogo P.O. Rodolico

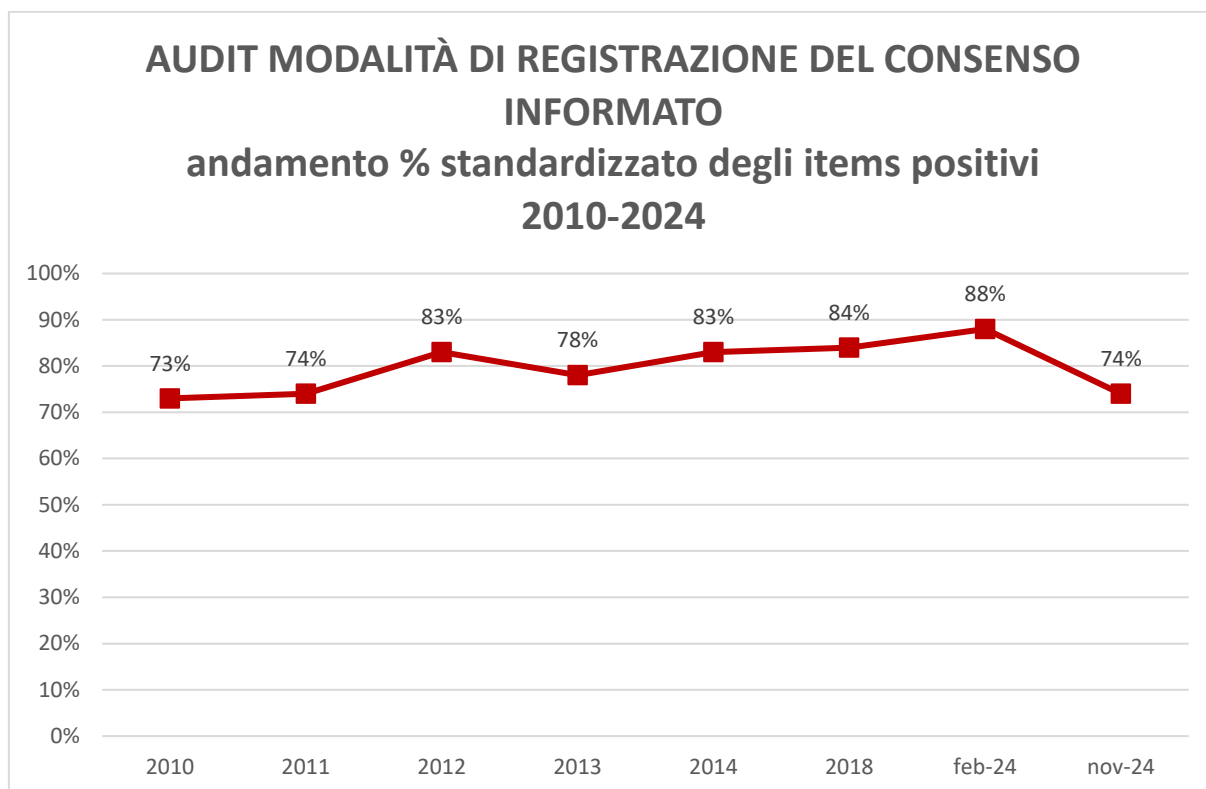
<b>N. Reparti</b>	26	<b>N. consensi</b>	98	<b>N. Paz. ricoverati</b>	351
<b>N. procedure chirurgiche / endoscopiche</b>	46	<b>N. Trasfusioni</b>	20	<b>N. altre Procedure Non anestes.</b>	32

Gestione dell'acquisizione del consenso informato non anestesologico		n. items positivi	n. item negativi	% items positivi
1.	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	95	3	97%
2.	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione?	38	57	40%
3.	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	67	31	68%
4.	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	94	4	96%
5.	Qualora sia compilata la sezione "dati identificativi di eventuali altri soggetti titolari", sono riportati i dati identificativi completi di ogni soggetto (nome, cognome, data di nascita)?	14	1	93%
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)?	10	5	67%
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)?	6	9	40%
8.	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	69	29	70%
9.	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente?	40	29	58%
10.	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	89	9	91%
11.	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	72	17	81%
12.	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	76	22	78%
13.	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	38	60	39%
14.	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	79	19	81%
15.	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	50	42	54%
16.	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	43	7	86%
17.	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	45	5	90%
18.	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	94	4	96%
19.	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	94	4	96%
20.	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	93	5	95%
21.	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari?	12	2	86%
22.	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	28	68	29%
23.	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	93	5	95%
<b>Totale</b>		<b>1339</b>	<b>437</b>	<b>75%</b>

### Riepilogo Azienda

<b>N. Reparti</b>	48	<b>N. consensi</b>	204	<b>N. Paz. ricoverati</b>	635
<b>N. procedure chirurgiche / endoscopiche</b>	92	<b>N. Trasfusioni</b>	32	<b>N. altre Procedure Non anestes.</b>	80

Gestione dell'acquisizione del consenso informato non anestesologico		n. items positivi	n. item negativi	% items positivi
1.	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	196	8	96%
2.	Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione?	64	131	33%
3.	Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	136	68	67%
4.	Sono presenti i dati identificativi completi del paziente (nome, cognome, data di nascita)?	197	7	97%
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)?	23	3	88%
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	8	69%
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)?	12	14	46%
8.	È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	140	64	69%
9.	La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbidità e lo stato clinico attuale del paziente?	82	58	59%
10.	È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	183	21	90%
11.	La descrizione dell'atto sanitario proposto è scritta per esteso e senza l'utilizzo di sigle?	149	34	81%
12.	Nel modulo di consenso, è presente la data in cui l'informazione è stata fornita?	154	49	76%
13.	È presente il nominativo del medico che ha fornito le informazioni?	59	144	29%
14.	È indicata la modalità con la quale sono state fornite le informazioni?	150	53	74%
15.	È presente nella documentazione sanitaria una informativa dell'atto sanitario proposto?	100	76	57%
16.	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal paziente per la presa visione?	87	13	87%
17.	Se vi è allegata un'informativa, questa è stata firmata dal medico?	90	10	90%
18.	Nel modulo di consenso, è presente la registrazione dell'acquisizione del consenso o del rifiuto all'atto sanitario proposto (accetto/non accetto)?	192	11	95%
19.	È presente la data di compilazione del modulo di acquisizione del consenso?	195	9	96%
20.	È presente la firma dell'interessato (paziente/genitori/ tutore/ amministratore di sostegno/fiduciario)?	195	9	96%
21.	In caso di firma da parte di soggetti diversi dal paziente, rientrano tra gli altri soggetti titolari?	24	6	80%
22.	È presente il nominativo del medico che ha acquisito il consenso?	57	144	28%
23.	È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	195	9	96%
<b>Totale</b>		<b>2698</b>	<b>949</b>	<b>74%</b>



### Riepilogo per U.O.

PRESIDIO	U.O.	% ITEMS POSITIVI
G. Rodolico	Trapianto Midollo osseo (TMO)	99%
G. Rodolico	Chirurgia Pediatrica	98%
San Marco	Malattie infettive e tropicali	97%
San Marco	Chirurgia Generale 1	95%
G. Rodolico	Clinica Ortopedica	94%
G. Rodolico	Clinica Odontoiatrica	93%
San Marco	Nefrologia	91%
G. Rodolico	Chirurgia Vascolare Trapianti	87%
G. Rodolico	Radiologia CAST	84%
San Marco	Terapia del Dolore	84%
G. Rodolico	Neurologia	82%
G. Rodolico	Cardiologia	81%
G. Rodolico	Clinica Urologica	81%
G. Rodolico	Cardiochirurgia	79%
G. Rodolico	Clinica Oculistica	79%
San Marco	Oculistica	79%
G. Rodolico	Chirurgia Toracica	78%
G. Rodolico	MCAU	78%
G. Rodolico	Ostetricia e ginecologia	78%
San Marco	Dermatologia	78%
G. Rodolico	Oncologia	76%
San Marco	Pediatria / Pronto Soccorso Pediatrico	76%
G. Rodolico	Rianimazione	74%
San Marco	Cardiologia UTIC	74%
San Marco	Patologia Ostetrica	73%
San Marco	Reumatologia	72%
San Marco	Neurochirurgia	70%
San Marco	Ostetricia e Ginecologia	70%
G. Rodolico	Ematologia degenza - Ematologia DH	69%
G. Rodolico	Radiologia - diagnostica ed interventistica (ED.1)	69%
San Marco	Chirurgia Maxillo-facciale	69%
San Marco	Medicina Generale	69%
G. Rodolico	Gastroenterologia	68%
G. Rodolico	ORL	68%
G. Rodolico	Clinica Chirurgica	67%
San Marco	Broncopneumologia pediatrica	67%
G. Rodolico	Pneumologia	66%
San Marco	Chirurgia Vascolare	65%
San Marco	MCAU	65%
G. Rodolico	Oncoematologia pediatrica	64%
San Marco	Radiologia	61%
San Marco	Medicina Nucleare	60%

PRESIDIO	U.O.	% ITEMS POSITIVI
San Marco	Ortopedia	60%
San Marco	Anestesia / Rianimazione	56%
San Marco	Urologia	54%
G. Rodolico	Medicina generale (prof. Signorelli)	52%
G. Rodolico	Clinica Pediatrica	50%
G. Rodolico	Chirurgia generale 3	49%
G. Rodolico	Rianimazione CAST	45%
G. Rodolico	Chirurgia generale 2	Non valutabile

## 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. consensi informati con tutti gli item positivi	N. consensi informati
11	204
Non raggiunto	5%

Esito	
N. UU.OO. con tutti gli item positivi	N. UU.OO.
0	48
Non raggiunto	0%

Data 9 dicembre 2024