

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 “Sistemi di gestione per la qualità – Requisiti”	 International Organization for Standardization
		X	Legge n. 219/2017 “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”, 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 “Semplificazione del sistema di requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'esercizio delle attività sanitarie e per l'accreditamento istituzionale e identificazione dei requisiti da applicare e delle evidenze da ricercare in ragione del livello di complessità delle strutture”;	
		X	Standard Joint Commission International	

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



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. Cardiochirurgia 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 anestesiologiche.

Requisiti e standard di riferimento:

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

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

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

DA n. 20 del 9 gennaio 2024 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 comorbilità 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



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



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



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



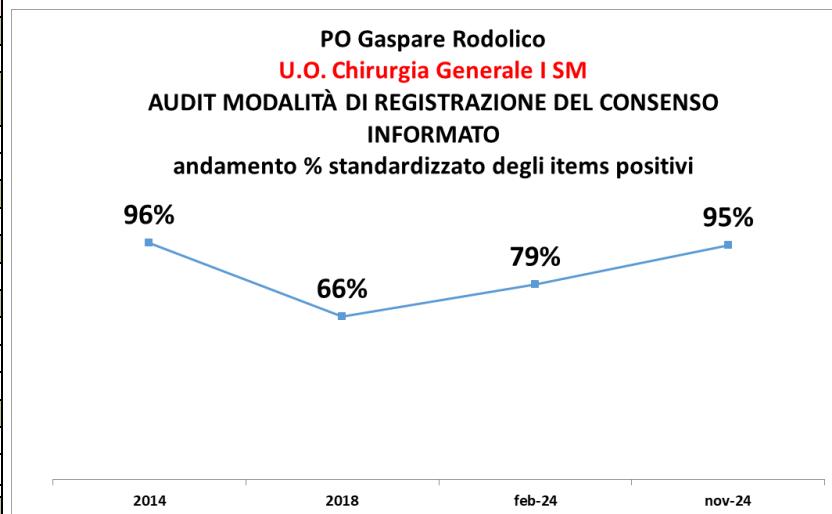
Reparto	Cardiologia UTIC				
Data	13-nov-24				
ID Cartella clinica	38004/24	38008/24	38185/24	38355/24	
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Proc. chir./endo.	Proc. chir./endo.	Altre procedure	Proc. chir./endo.	
indicazione dei genitori del minore)?					
8. È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	SI	
9. La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbilità 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%



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



AUDIT CONSENTO INFORMATO

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.
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



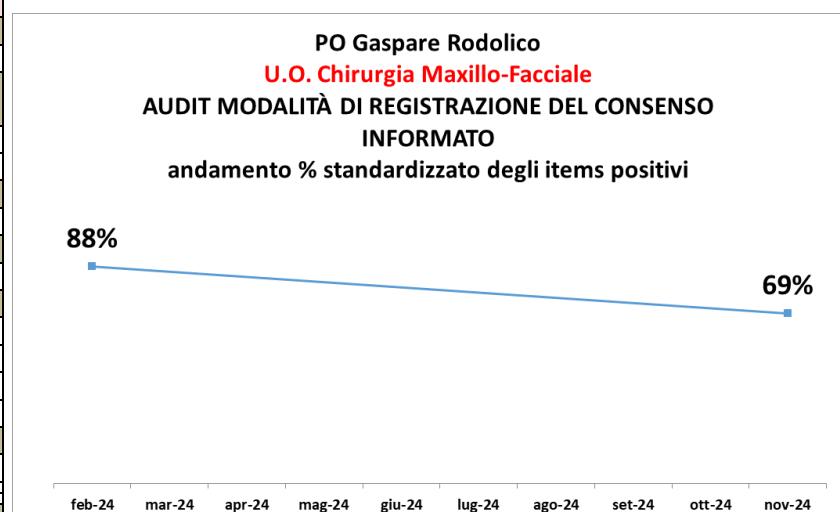
Reparto	Chirurgia Generale 1					
Data	13-nov-24					
ID Cartella clinica	2024-037667	2024-037795	2024-4038195	2024-036257	2024-036257	2024-036951
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Proc. chir./endo.	Proc. chir./endo.	Proc. chir./endo.	Proc. chir./endo.	Trasfusioni	Proc. chir./endo.
7. Qualora sia 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
TOTALE NO	1	0	1	2	1	1
SOMMA	19	19	18	20	20	20
%SI	95%	100%	94%	90%	95%	95%
%NO	5%	0%	6%	10%	5%	5%



U.O. Chirurgia Maxillo-Facciale SM	
DIRETTORE	Prof. Alberto Bianchi
REFERENTE PER LA QUALITA' 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 Loriana Lo Monaco Dr.ssa Denise De Luca
PERSONALE CONTATTATO	Dr. Francesco Seidita
NUMERO PAZIENTI RICOVERATI	12



AUDIT CONSENTO 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	37756	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 comorbilità 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%



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

AUDIT CONSENSO INFORMATO

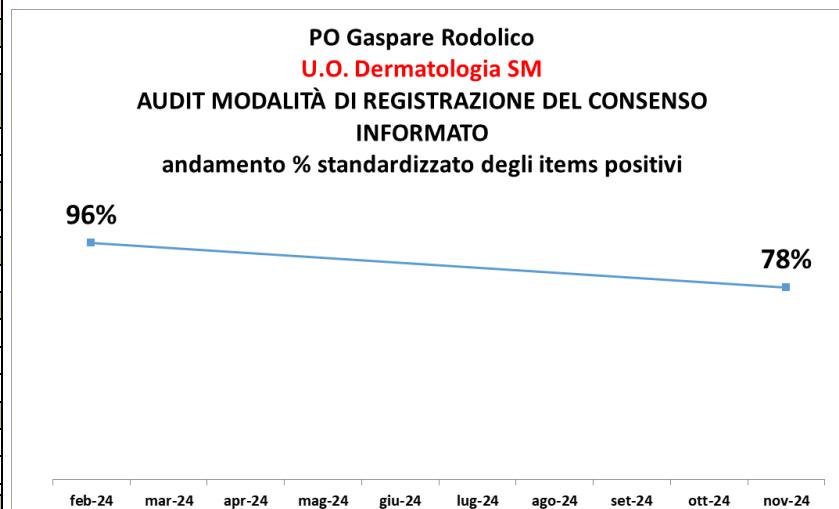
Reparto	Chirurgia Vascolare							
Data	13-nov-24							
ID Cartella clinica	38135	38135	37624	3762 4	33572	38066	38270	38270
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Proc. chir./e ndo.	Trasfu sioni	Proc. chir./e ndo.	Trasf usio ni	Proc. chir./en do.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e 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	3762 4	33572	38066	38270	38270	
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Proc. chir./e ndo.	Trasfu sioni	Proc. chir./e ndo.	Trasf usio ni	Proc. chir./en do.	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 comorbilità 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%



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



AUDIT CONSENTO INFORMATO

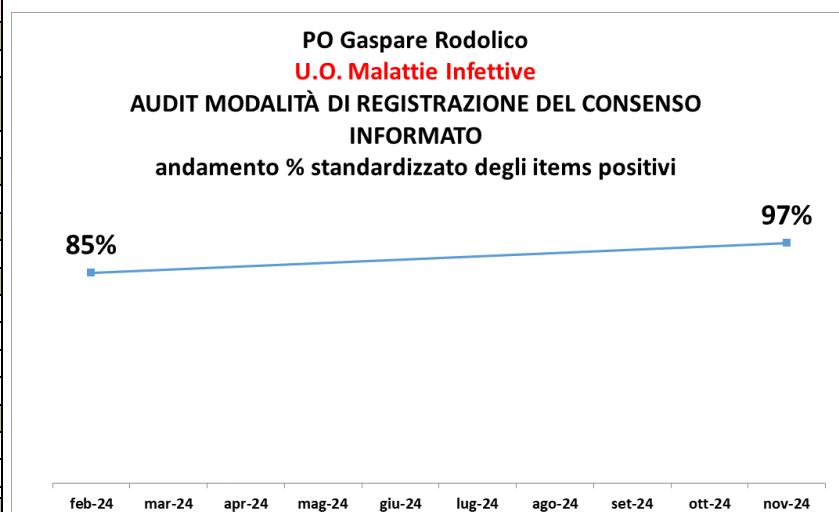
Reparto						
Data						
ID Cartella clinica						
Tipologia Consenso NON Anestesiologico						
1. Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	SI	SI	
2. Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione?	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 comorbilità 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%



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



AUDIT CONSENTO INFORMATO

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
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 comorbilità 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%



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

AUDIT CONSENTO INFORMATO

Reparto	MCAU							
	13-nov-24							
ID Cartella clinica	37880	38360						
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	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 comorbilità 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%



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

AUDIT CONSENSO INFORMATO

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	
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 comorbilità 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%



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

AUDIT CONSENSO INFORMATO

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	
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 comorbilità 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%



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

AUDIT CONSENTO INFORMATO

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	
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 comorbilità 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%



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

AUDIT CONSENTO INFORMATO

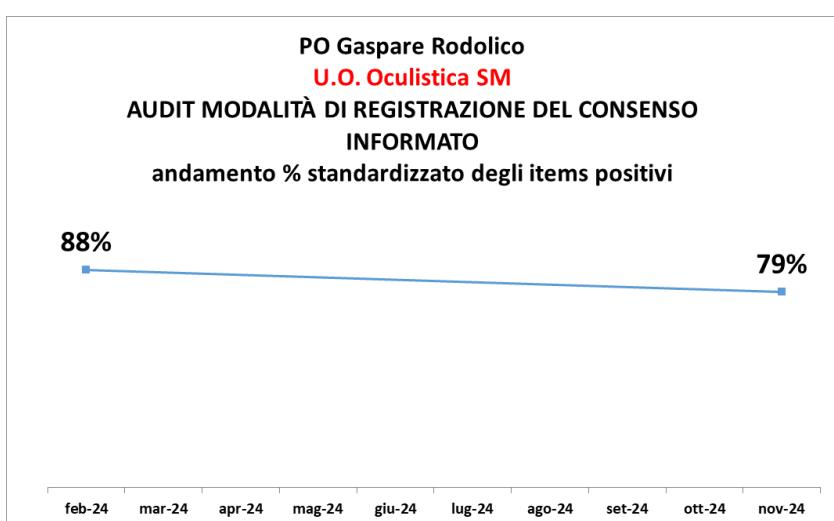
Reparto	Neurochirurgia							
Data	13-nov-24							
ID Cartella clinica	24037 685	24037 354	24037 179					
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Altre proced ure	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.					
1. Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI					
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	Altre proced ure	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.				
9. La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbilità 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%



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



AUDIT CONSENTO INFORMATO

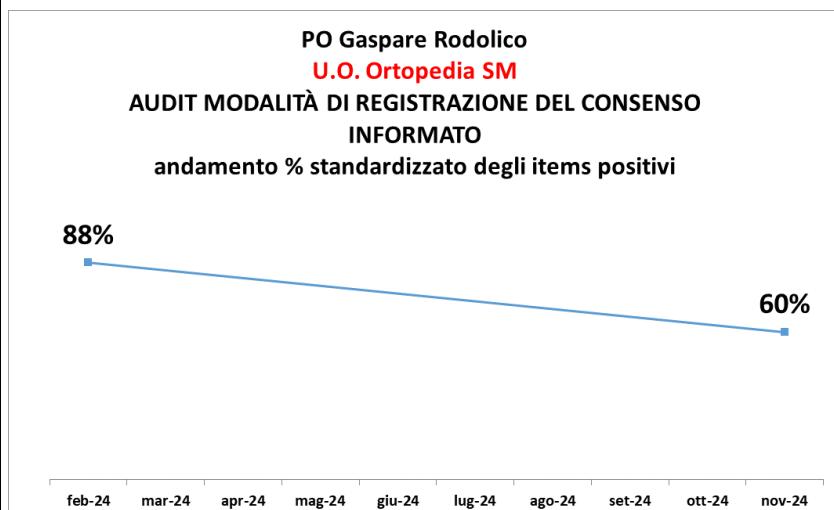
Reparto	Oculistica							
	13-nov-24							
ID Cartella clinica	SC21/ 11/19 53	17009						
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.						
1. Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI						
2. Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione?	NO	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 comorbilità 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%



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



AUDIT CONSENTO INFORMATO

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.							
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	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							
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?	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.								
9. La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbilità 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								
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	NO	SI	NO	SI	SI	NO	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	NO	SI	NO	SI	SI	NO	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?	NA								
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	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%



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

AUDIT CONSENSO INFORMATO

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.	
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 comorbilità 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%



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

AUDIT CONSENTO INFORMATO

Reparto	Patologia Ostetrica						
	13-nov-24						
ID Cartella clinica	37560 /24	37992 /24	38378 /24	38063/ 24	38187 /24		
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	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?	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 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?	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%



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

AUDIT CONSENTO INFORMATO

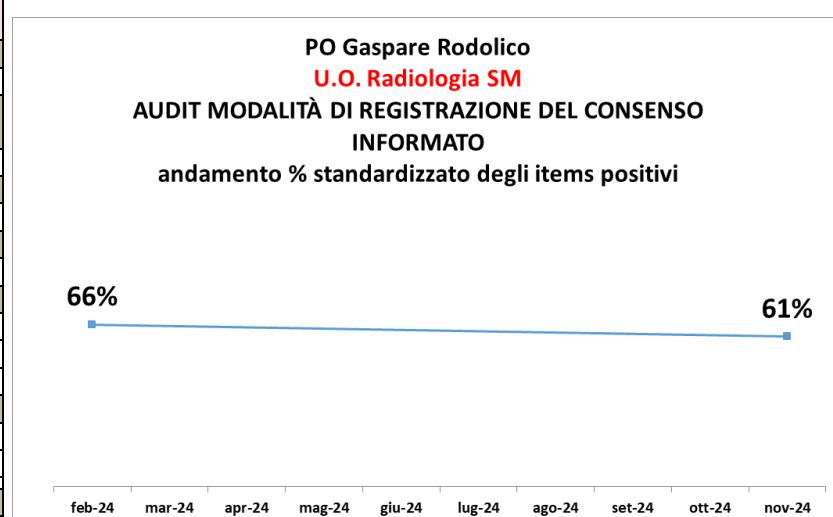
Reparto	Pediatrica / Pronto Soccorso Pediatrico							
Data	13-nov-24							
ID Cartella clinica	38206	37711	38029	38087				
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Altre procedure	Altre procedure	Altre procedure	Altre procedure				
1. Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello 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	Pediatrica / Pronto Soccorso Pediatrico							
Data	13-nov-24							
ID Cartella clinica	38206	37711	38029	38087				
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Altre procedure	Altre procedure	Altre procedure	Altre procedure				
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%



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



AUDIT CONSENTO INFORMATO

Reparto	Radiologia									
	13-nov-24									
Data										
ID Cartella clinica										
Tipologia Consenso NON Anestesiologico										
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								
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								

¹ Consenso visionato durante l'audit in Chirurgia Maxillo-Facciale

² Consenso visionato durante l'audit in Malattie Infettive



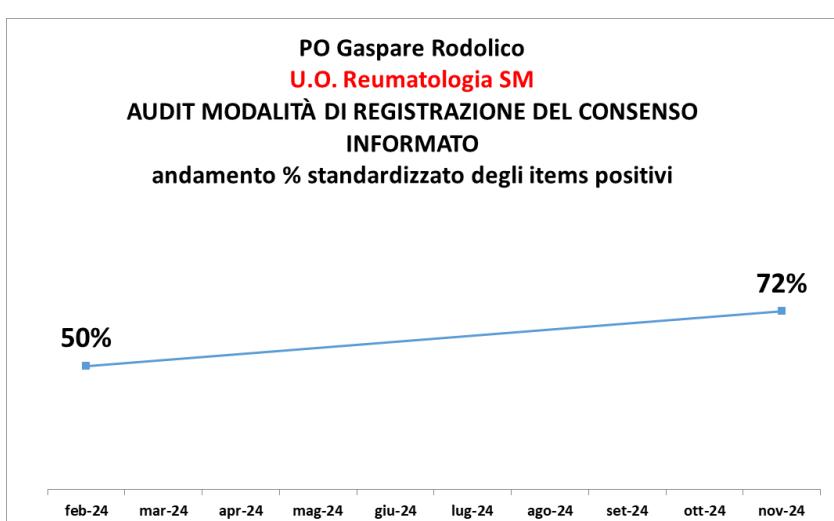
Reparto	Radiologia									
Data	13-nov-24									
ID Cartella clinica	consenso 1	consenso 2	d1279536	15339	38217 ¹	31875 ²	31875 ²	35605 ²	37056 ²	
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Altre procedure	Altre procedure	Altre procedure	Altre procedure	Altre procedure					
7. Qualora sia compilata la 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 comorbilità 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	Altre procedure	consenso 2	Altre procedure	d1279536	Altre procedure	15339	Altre procedure	38217 ¹	Altre procedure
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	31875 ²	SI
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%



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



AUDIT CONSENTO INFORMATO

Reparto	Reumatologia							
Data	13-nov-24							
ID Cartella clinica	122/24	1539/2 4	1751/2 4					
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?	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	1539/2 4	1751/2 4				
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	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%



U.O. Terapia del Dolore SM

DIRETTORE

Dr. Salvatore Caramma

REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO

COORDINATORE INFERMIERISTICO

Dr.ssa Lucia Falbo

DATA

13 novembre 2024

AUDITOR

Dr.ssa Giulia Amato

Dr. Vincenzo Scuderi

Dr.ssa Viviana Frontini

Dr.ssa Maria Grazia Cantone

PERSONALE CONTATTATO

Dr.ssa Simona Brundo

Dr.ssa Maria Rita Sollami

NUMERO PAZIENTI RICOVERATI

5

PO Gaspare Rodolico
U.O. Terapia del Dolore SM
AUDIT MODALITÀ DI REGISTRAZIONE DEL CONSENSO INFORMATO
andamento % standardizzato degli items positivi

97%

84%

feb-24 mar-24 apr-24 mag-24 giu-24 lug-24 ago-24 set-24 ott-24 nov-24

AUDIT CONSENTO INFORMATO

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	
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%



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



AUDIT CONSENTO INFORMATO

Reparto	Urologia							
	13-nov-24							
Data	24038 094	24037 416	24038 000					
ID Cartella clinica								
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?	NO	NO	NO					
9. La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbilità e lo stato clinico attuale del paziente?	NA	NA	NA					



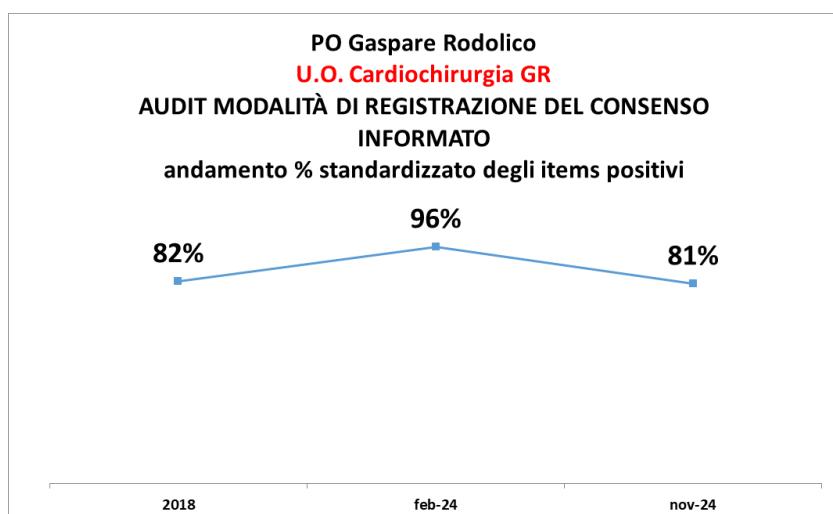
Reparto	Urologia						
Data	13-nov-24						
ID Cartella clinica	24038 094	24037 416	24038 000				
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.				
10. È presente la descrizione dell'atto sanitario proposto?	SI	SI	SI				
11. La descrizione dell'atto sanitario 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



U.O. Cardiochirurgia GR	
DIRETTORE	Dr. Salvatore Lentini
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO	Dr. Eugenio Trimarchi
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 Serena Fassari
NUMERO PAZIENTI RICOVERATI	23



AUDIT CONSENSO INFORMATO

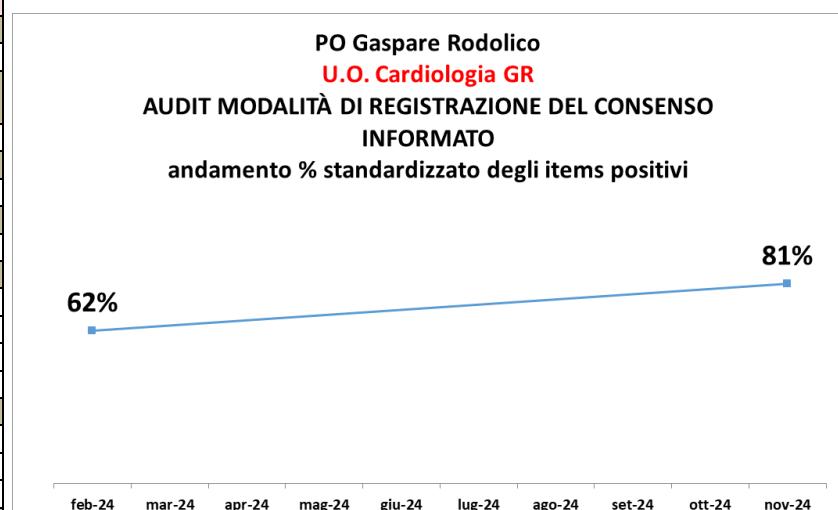
Reparto	Cardiochirurgia GR						
Data	14-nov-24						
ID Cartella clinica	36883	37308	38536	35534	36382	36382	
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Altre proced ure	Trasfus ioni	
1. Il modulo di acquisizione del consenso informato 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 Anestesiologico	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Altre proced ure	Trasfus ioni	
9. La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbilità 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 QUALITA' 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 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 comorbilità 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%



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

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 QUALITA' 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

PO Gaspare Rodolico
U.O. Chirurgia Generale 3 GR
AUDIT MODALITÀ DI REGISTRAZIONE DEL CONSENTO INFORMATO
andamento % standardizzato degli items positivi

98%

49%

feb-24 mar-24 apr-24 mag-24 giu-24 lug-24 ago-24 set-24 ott-24 nov-24

AUDIT CONSENSO INFORMATO

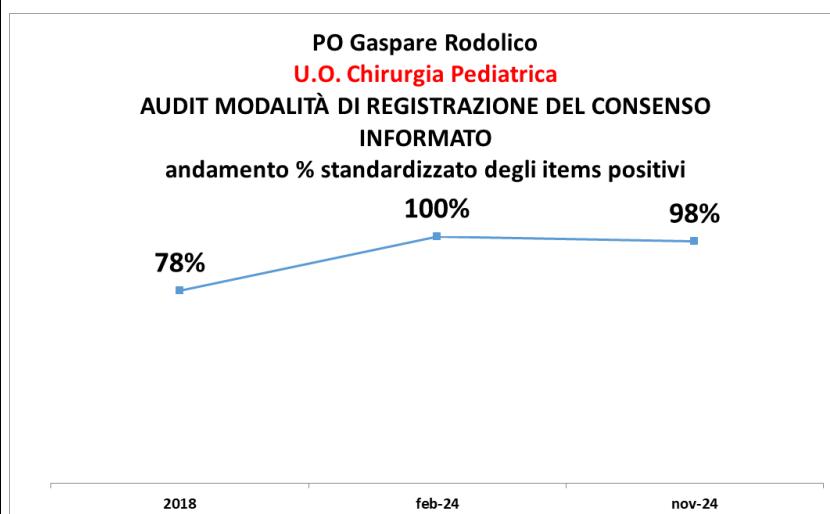
Reparto	Chirurgia generale 3							
Data	14-nov-24							
ID Cartella clinica	24030 20	24036 456	24037 722					
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.					
1. Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	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	24030 20	24036 456	24037 722				
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 comorbilità 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 QUALITA' 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 CONSENTO INFORMATO

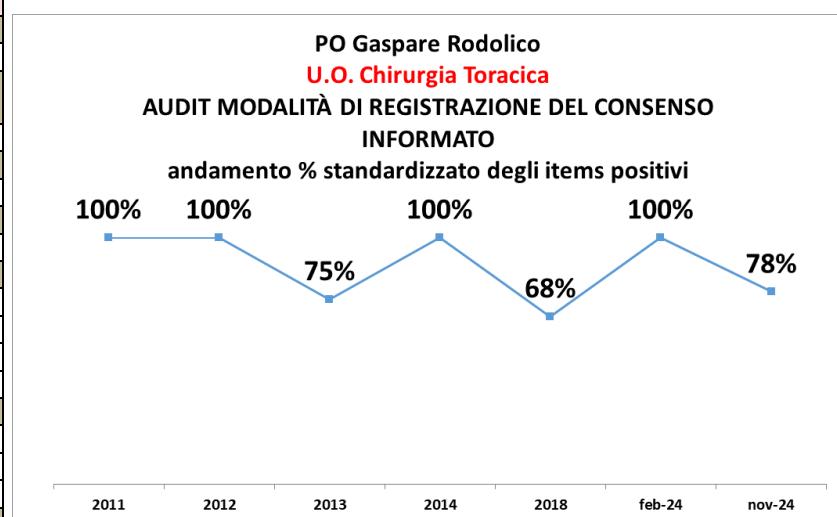
Reparto	Ch. Pediatrica			
Data	14-nov-24			
ID Cartella clinica	24038 387/24	24036 710/24	24033 160/24	
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	
1. Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	
2. Il modulo 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 comorbilità 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 QUALITA' 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 Anestesiologico	Trasfusioni	Altre procedure	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	



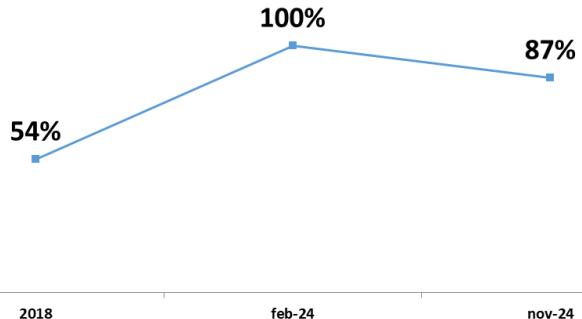
Reparto	Chirurgia Toracica				
Data	14-nov-24				
ID Cartella clinica	36592	38467	37519	38182	
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Trasfusioni	Altre procedure	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	
9. La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbilità e lo 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 QUALITA' 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

PO Gaspare Rodolico
U.O. Chirurgia Vascolare - Trapianti GR
AUDIT MODALITÀ DI REGISTRAZIONE DEL CONSENTO
INFORMATO

andamento % standardizzato degli items positivi



AUDIT CONSENSO INFORMATO

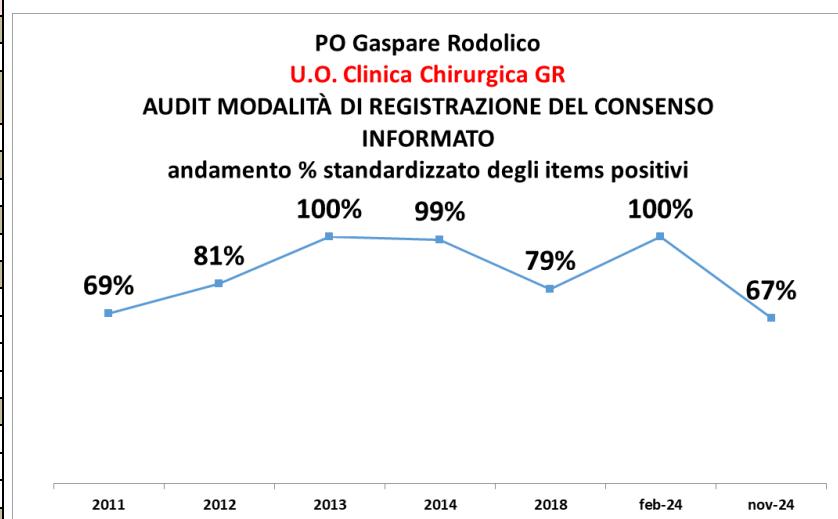
Reparto	Chirurgia Vascolare GR							
Data	14-nov-24							
ID Cartella clinica	38198/ 24	38021/ 24	37182/ 24					
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.					
1. Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	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 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 comorbilità 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 Biodi
REFERENTE PER LA QUALITA' 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 Pirosa
NUMERO PAZIENTI RICOVERATI	5



AUDIT CONSENSO INFORMATO

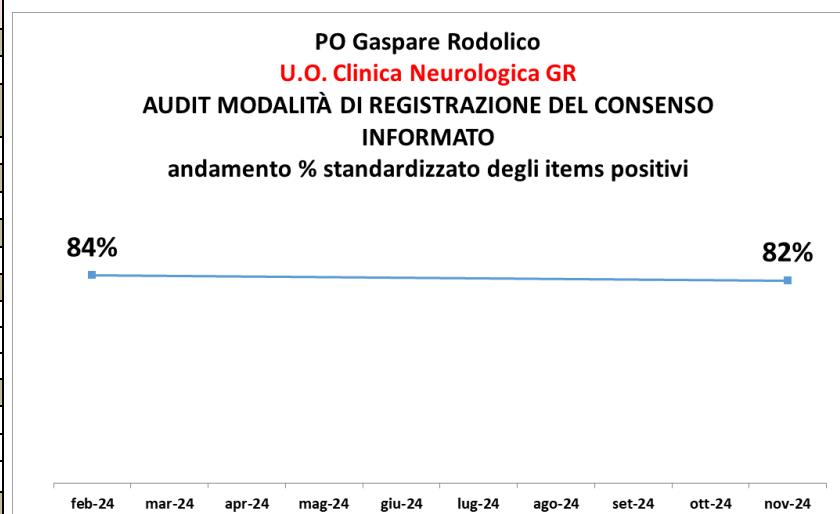
Reparto	Clinica Chirurgica							
Data	14-nov-24							
ID Cartella clinica	38281/ 24	37152/ 24	38416					
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.					
1. Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI					
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 comorbilità 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%



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



AUDIT CONSENSO INFORMATO

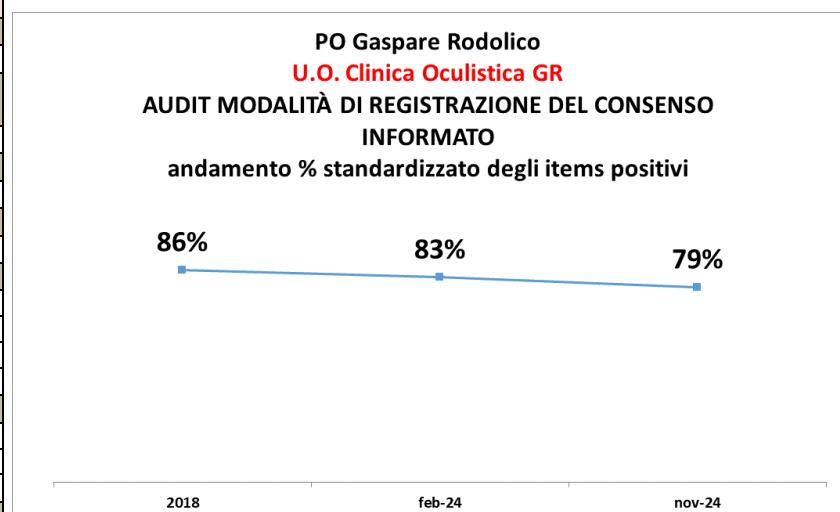
Reparto	Neurologia GR					
Data	14-nov-24					
ID Cartella clinica	38131	38131	37603	37321	37533	
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Proc. chir./e ndo.					
1. Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI	SI	SI	
2. Il modulo di acquisizione del consenso 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 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 comorbilità 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%



U.O. Clinica Oculistica	
DIRETTORE	Prof. Teresio Avitable
REFERENTE PER LA QUALITA' 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.ssa Simona Basile Dr.ssa Clara Calì
NUMERO PAZIENTI RICOVERATI	6



AUDIT CONSENSO INFORMATO

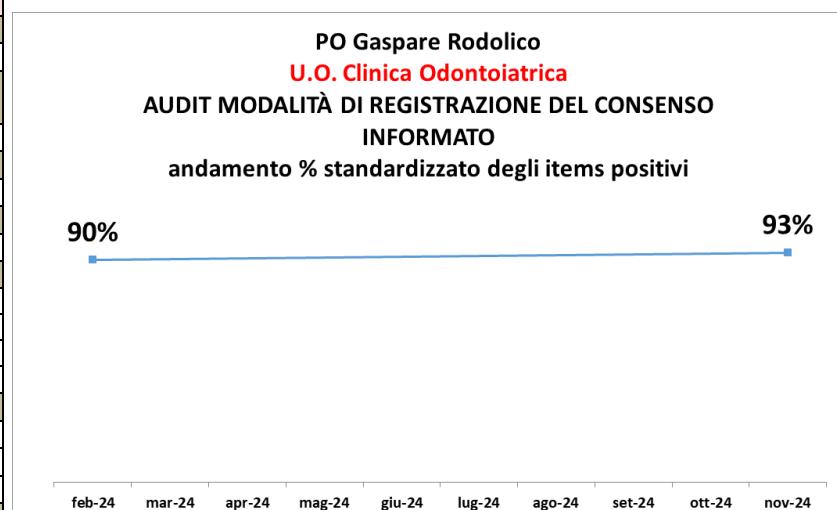
Reparto	Clinica Oculistica GR						
Data	14-nov-24						
ID Cartella clinica	37519	38178	38473				
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.				
1. Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI				
2. Il 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 comorbilità 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%



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



AUDIT CONSENSO INFORMATO

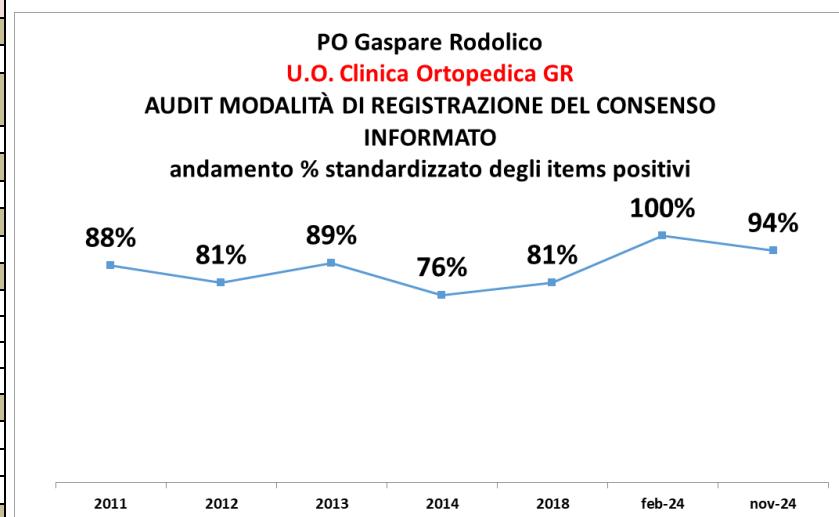
Reparto	Clinica Odontoiatrica							
	14-nov-24							
ID Cartella clinica	17954	38597	17928					
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.					
1. Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI					
2. Il 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	SI					



Reparto	Clinica Odontoiatrica						
Data	14-nov-24						
ID Cartella clinica	17954	38597	17928				
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 comorbilità 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%



U.O. Clinica Ortopedia	
DIRETTORE	Prof. Vito Pavone
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO	
COORDINATORE INFERMIERISTICO	Dr.ssa Giuseppina Coco
DATA	14 novembre 2024
AUDITOR	Dr.ssa Rosa Aiello Dr.ssa Giovanna Spanò Dr.ssa Adelaide Marraffa
PERSONALE CONTATTATO	Dr. Angelo Raffa
NUMERO PAZIENTI RICOVERATI	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	Trasfusioni	Trasfusioni	Proc. chir./endo.	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	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	Trasfusioni	Trasfusioni	Proc. chir./end.	Trasfusioni	
9. La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbilità 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%



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

AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Clinica Pediatrica						
Data	14-nov-24						
ID Cartella clinica	37764	24017 869					
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Altre proced ure	Trasfus ioni					
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 comorbilità 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 procedure	Trasfusioni						
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%



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



AUDIT CONSENTO INFORMATO

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.					
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					



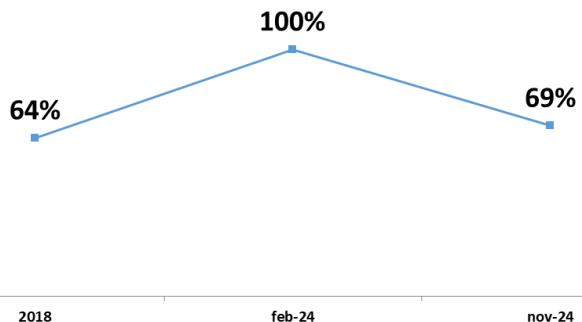
Reparto	Clinica Urologica							
Data	14-nov-24							
ID Cartella clinica	38011/ 2024	38352/ 2024	37362/ 2024					
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.					
9. La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbilità 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%



U.O. Ematologia	
DIRETTORE	
Prof. Francesco Di Raimondo	
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO	
COORDINATORE INFERMIERISTICO	
Dr. Giancarlo De Stradis	
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. Andrea Duminico	
Dr. Giancarlo De Stradis	
NUMERO PAZIENTI RICOVERATI	
24	

PO Gaspare Rodolico
U.O. Ematologia GR
AUDIT MODALITÀ DI REGISTRAZIONE DEL CONSENSO
INFORMATO

andamento % standardizzato degli items positivi



AUDIT CONSENTO INFORMATO

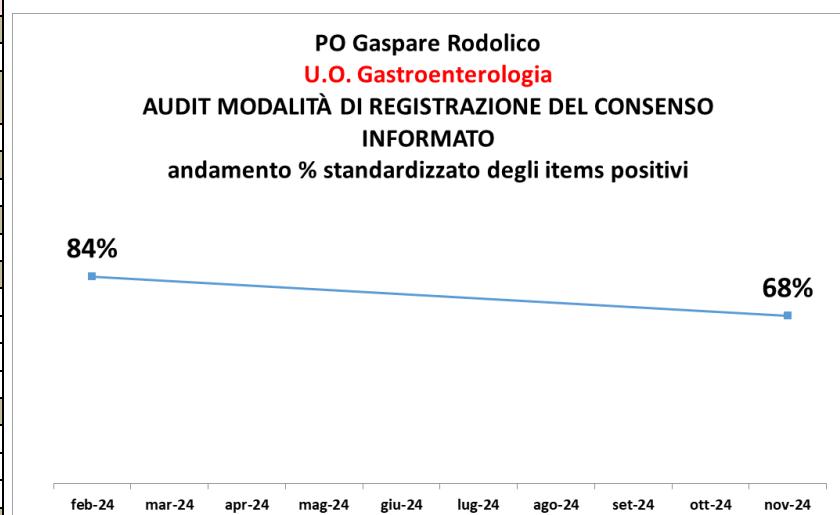
Reparto	Ematologia							
Data	14-nov-24							
ID Cartella clinica	10581/ 24	2215/2 4	1784/2 4					
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Altre proced ure	Altre proced ure	Altre proced ure					
1. Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI	SI					
2. Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è aggiornato all'ultima edizione/revisione?	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	2215/2 4	1784/2 4				
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Altre proced ure	Altre proced ure	Altre proced ure				
9. La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbilità 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 QUALITA' 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 ²	
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	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	

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

² 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 ²		
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	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 comorbilità 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%



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



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

AUDIT CONSENSO INFORMATO

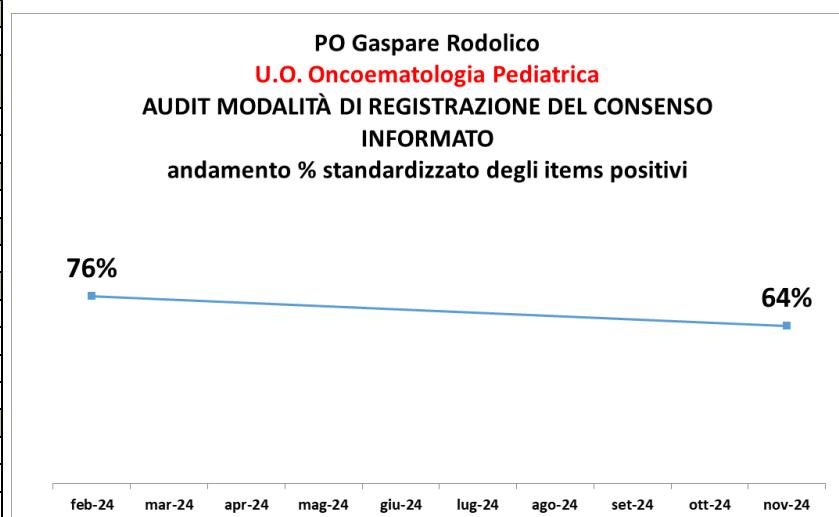
Reparto	Medicina generale (prof. Signorelli)						
Data	14-nov-24						
ID Cartella clinica	31076	3309	3309	37267	31076	33748	
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Trasfusioni	Altre procedure	Trasfusioni	Altre procedure	Altre procedure	Trasfusioni	
1. Il modulo di acquisizione del consenso informato 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 Anestesiologico	Trasfusioni	Altre procedure	Trasfusioni	Altre procedure	Altre procedure	Trasfusioni	
9. La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbilità 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 QUALITA' 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

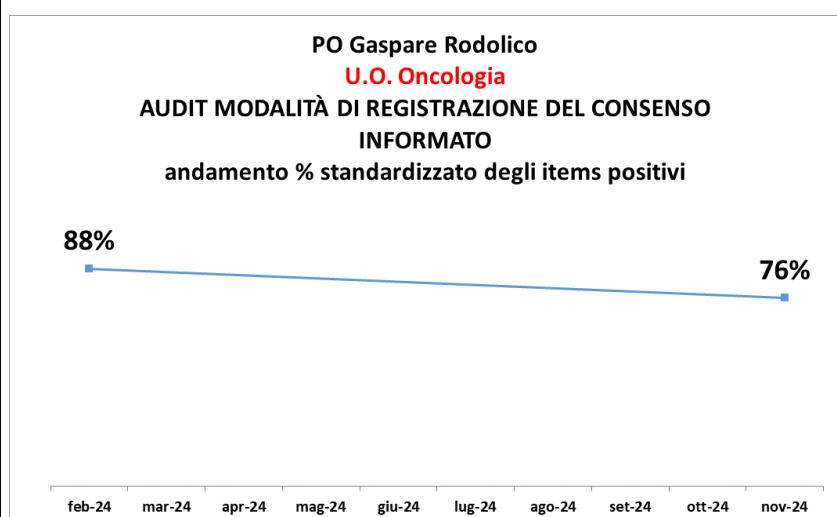
Reparto	Oncoematologia pediatrica							
Data	14-nov-24							
ID Cartella clinica	37715	38231	38231	34398	34398	37715	38231	
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Altre procedure	Trasfusioni	Altre procedure	Altre procedure	Altre procedure	Trasfusioni	Altre procedure	
1. Il modulo di acquisizione del 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 Anestesiologico	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 comorbilità 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%



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



AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Oncologia							
Data	14-nov-24							
ID Cartella clinica	16089	13548	13485					
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	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 Anestesiologico	Altre procedure	Altre procedure	Altre procedure				
9. La sintesi della situazione clinica del paziente descrive in maniera esaustiva le comorbilità 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	
DIRETTORE	Prof.ssa Liliana Mereu
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO	Dr.ssa Elvira Marletta
COORDINATORE INFERMIERISTICO	Dr.ssa Rosi Massimino
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 Anna Rita Bisicchia
NUMERO PAZIENTI RICOVERATI	25



AUDIT CONSENSO INFORMATO

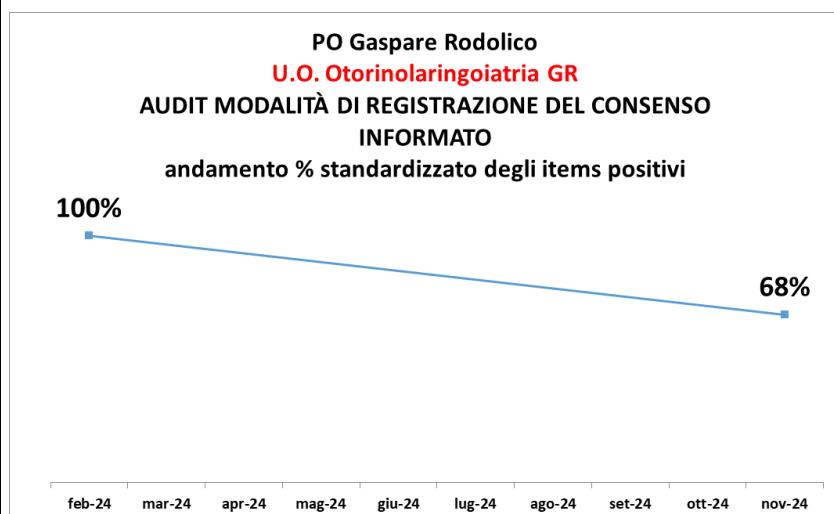
Reparto	Ostetricia e ginecologia							
Data	14-nov-24							
ID Cartella clinica	24038 100	24038 390						
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Proc. chir./e ndo.	Proc. chir./e ndo.						
1. Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	SI						
2. Il modulo di 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 comorbilità 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 QUALITA' 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 comorbilità 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 QUALITA' 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

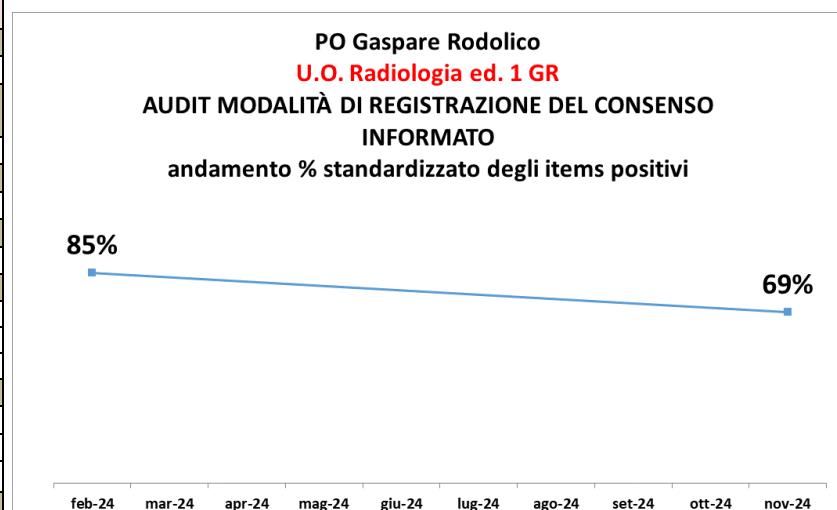
Reparto	Pneumologia						
Data	14-nov-24						
ID Cartella clinica	36241	37380	3662	378945	38169		
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	Altre procedure	Trasfusioni	Altre procedure	Altre procedure	Altre procedure		
1. Il modulo di acquisizione del consenso informato utilizzato è quello Aziendale?	SI	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 comorbilità 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%



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



AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Radiologia - diagnostica ed interventistica (ED.1) ¹							
Data	14-nov-24							
ID Cartella clinica	24037 137 ²	37686/ 24						
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	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						

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

² Consenso visionato durante l'audit in Nefrologia P.O. San Marco



Reparto	Radiologia - diagnostica ed interventistica (ED.1) ¹							
Data	14-nov-24							
ID Cartella clinica	24037 137 ²	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 comorbilità 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%



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

AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Radiologia CAST						
	14-nov-24						
Data	12935 83/24	14571 23/24	14466 11/24				
ID Cartella clinica	Altro proced ure	Altro proced ure	Altro proced ure				
Tipologia Consenso NON Anestesiologico							
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 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	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%



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

AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	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 ¹							
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%

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



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

AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Rianimazione CAST							
Data	14-nov-24							
ID Cartella clinica	34660							
Tipologia Consenso NON Anestesiologico	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 comorbilità 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	
DIRETTORE	Prof. Di Raimondo
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO	
COORDINATORE INFERMIERISTICO	Dr.ssa Loredana Mascali
DATA	14 novembre 2024
AUDITOR	Dr. ssa Oriana Territo Dr. Gaetano Ferrigno Dr. Giuseppe Salamanca
PERSONALE CONTATTATO	Dr. Salvatore Leotta Dr.ssa Loredana Mascali
NUMERO PAZIENTI RICOVERATI	4



AUDIT CONSENTO INFORMATO

Reparto	Trapianto Midollo osseo (TMO)					
	14-nov-24					
ID Cartella clinica	33725/ 24	33725/ 24	33725/ 24	24033 399/24		
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	Trasfusioni	Altre procedure	Trasfusioni	Trasfusioni			
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 anestesiologici (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 comorbilità 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 da data in cui si acquisiva il consenso;
- In 9 moduli di consenso non era presente la firma né 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

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

Gestione dell'acquisizione del consenso informato non anestesiologico	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%
Totale	1359	512	73%



Riepilogo P.O. Rodolico

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

Gestione dell'acquisizione del consenso informato non anestesiologico	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%
Totale	1339	437	75%



Riepilogo Azienda

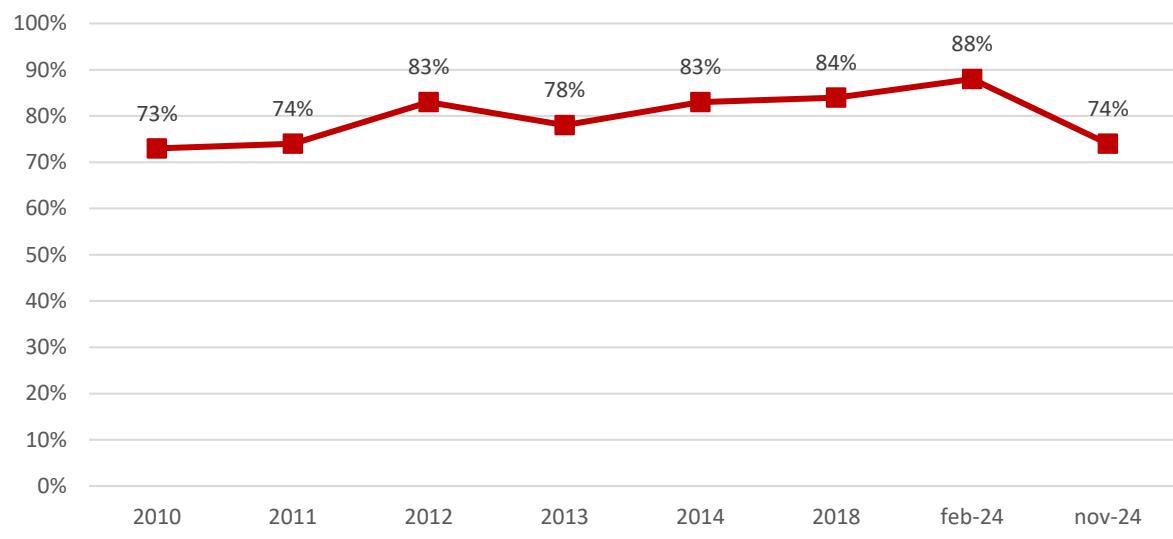
N. Reparti	48	N. consensi	204	N. Paz. ricoverati	635
N. procedure chirurgiche / endoscopiche	92	N. Trasfusioni	32	N. altre Procedure Non anestes.	80

Gestione dell'acquisizione del consenso informato non anestesiologico	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%
Totale	2698	949	74%



AUDIT MODALITÀ DI REGISTRAZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

andamento % standardizzato degli items positivi 2010-2024



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

