




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

Modalità di registrazione del consenso informato non anestesiologico

9 febbraio - 14 marzo 2024



Data e ora prevista	Data e ora effettiva	NORMATIVA DI RIFERIMENTO	
9 febbraio 14 marzo 2024	9 febbraio 14 marzo 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. 421 del 17/05/2021 pubblicato nella GURS n. 24 del 04/06/21 “Semplificazione del sistema di requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'esercizio delle attività sanitarie e per l'accreditamento istituzionale e identificazione dei requisiti da applicare e delle evidenze da ricercare in ragione del livello di complessità delle strutture” 
		X	DA 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”; 

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

INDICE

Obiettivi dell'audit	7
Requisiti e standard di riferimento:	7
Criteri dell'audit.....	8
Strutture coinvolte	8
Risultati	8
Presidio San Marco	9
U.O. Cardiologia SM.....	11
U.O. Dermatologia SM.....	12
U.O. Chirurgia Generale I SM.....	13
U.O. Malattie Infettive SM	14
U.O. Chirurgia Maxillo-Facciale SM.....	15
U.O. Nefrologia e Dialisi SM	16
U.O. Oculistica SM.....	17
U.O. Ortopedia SM	18
U.O. Radiologia SM	19
U.O. Reumatologia SM	20
U.O. Terapia del Dolore SM.....	21
U.O. Urologia SM	22
U.O. UTIN SM.....	23
Presidio Gaspare Rodolico	25
U.O. Cardiochirurgia GR	27
U.O. Cardiologia GR.....	28
U.O. Chirurgia generale 2 GR.....	29
U.O. Chirurgia generale 3 GR.....	30
U.O. Chirurgia Pediatrica GR	31
U.O. Chirurgia Toracica GR.....	32
U.O. Centro Trapianti GR.....	33
U.O. Chirurgia Vascolare GR.....	34
U.O. Clinica Chirurgica GR	35
U.O. Clinica Oculistica GR.....	36
U.O. Clinica Odontoiatrica GR.....	37
U.O. Clinica Ortopedica GR	38
U.O. Clinica Urologica GR	39
U.O.C. Dermatologia GR.....	40
U.O. Ematologia GR	41
U.O. Gastroenterologia GR	42
U.O. Clinica Neurologica GR	43

U.O. Medicina Interna GR	44
U.O. Oncoematologia Pediatrica GR	45
U.O. Oncologia GR	46
U.O. ORL GR	47
U.O. Ostetricia e Ginecologia GR	48
U.O. Pneumologia GR	49
U.O. Radiologia ed. 1 GR	50
U.O. Radioterapia GR	51
U.O. Talassemia GR	52
U.O. Trapianto Midollo Osseo GR	53
U.O. UTIC GR	54
U.O. UTIN GR	55
Conclusioni	56
Risultanze dell'audit	57
Considerazioni finali	62

Obiettivi dell'audit

L'audit che si è svolto dal 9 febbraio 2024 al 14 marzo 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. 00 del 12 Ottobre 2018

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. 421 del 17/05/21 pubblicato nella GURS n. 24 del 04/06/21 "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

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

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	<i>“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”.</i>
Standard PCC.4.3	<i>“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”.</i>
Standard PCC.4.4	<i>“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”.</i>
Standard ASC.7.1	<i>“I rischi, i benefici e le alternative sono discussi con il paziente e i suoi familiari o chi ne fa le veci”.</i>

Criteri dell’audit

Nel corso dell’audit è stato valutato se:

- Sono presenti i dati identificativi dell’U.O.
- Sono presenti i dati identificativi del paziente
- Sono presenti i dati identificativi dei genitori (in caso di paziente minorenne)
- Sono presenti i dati identificativi del legale rappresentante ove esista
- È presente la sintesi della situazione clinica del paziente
- È presente la descrizione dell’atto sanitario proposto
- È presente la data in cui l’informativa è stata fornita
- È presente la data di compilazione del modulo
- È presente la firma del paziente o dei genitori/rappresentante legale/tutore
- 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 42 Unità Operative, 29 del P.O. G. Rodolico e 13 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. Cardiologia SM
DIRETTORE
Dr. Alessio La Manna
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr. Marcello Pezzino
DATA
09 febbraio 2024
AUDITOR
Dr.ssa Elisabetta Lombardo
Dr.ssa Enza Mulè
PERSONALE CONTATTATO

AUDIT CONSENSO INFORMATO

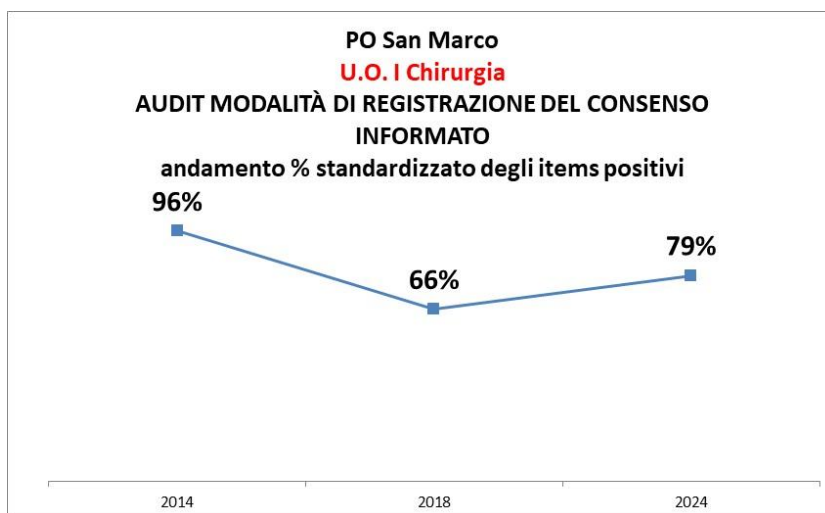
Reparto	Cardiologia SM									
Data	09-feb-24									
ID Cartella clinica	23037553	2337540	4018	23001461	5536	22033365				
Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO	NO	NO	NO	NO	NO				
Sono presenti i dati identificativi i dati identificativi del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI				
È presente la data in cui l'informativa è stata fornita?	NO	SI	SI	NO	SI	NO				
È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	NO	SI	SI	SI	SI				
È presente la descrizione dell'atto sanitario?	SI	SI	SI	SI	SI	SI				
È presente la data di compilazione del modulo?	SI	SI	SI	SI	SI	SI				
È presente la firma del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI				
È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI				
TOTALE SI	6	6	7	6	7	6	0	0	0	38
TOTALE NO	2	2	1	2	1	2	0	0	0	10
SOMMA	8	8	8	8	8	8	0	0	0	48
%SI	75%	75%	88%	75%	88%	75%	0%	0%	0%	79%
%NO	25%	25%	13%	25%	13%	25%	0%	0%	0%	21%

U.O. Dermatologia SM
DIRETTORE
Dr. Rocco De Pasquale
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
COORDINATORE INFERMIERISTICO
DATA
5 marzo 2024
AUDITOR
1. Dr.ssa Patrizia Auteri
2. Dr.ssa Antonella Sarracino
PERSONALE CONTATTATO
Dr.ssa Maria Sciuto

AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Dermatologia SM										
Data	05-mar-24										
ID Cartella clinica	2369/2024	2361/2024	5406/2024	1992/2024	3100/2024	5213/2024					
Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
Sono presenti i dati identificativi i dati identificativi del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
È presente la data in cui l'informativa è stata fornita?	SI	SI	SI	SI	NO	SI					
È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
È presente la descrizione dell'atto sanitario?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
È presente la data di compilazione del modulo?	SI	NO	SI	SI	SI	SI					
È presente la firma del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
TOTALE SI	8	7	8	8	7	8	0	0	0	0	46
TOTALE NO	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2
SOMMA	8	8	8	8	8	8	0	0	0	0	48
%SI	100%	88%	100%	100%	88%	100%	0%	0%	0%	0%	96%
%NO	0%	13%	0%	0%	13%	0%	0%	0%	0%	0%	4%

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.ssa Elisabetta Lombardo
Dr. ssa Enza Mulè
PERSONALE CONTATTATO
1.
2.
3.



AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Chirurgia Generale I SM										
Data	09-feb-24										
ID Cartella clinica	24001853	2024003719	2024003024								
Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO	SI	NO								
Sono presenti i dati identificativi i dati identificativi del paziente?	NO	SI	SI								
È presente la data in cui l'informativa è stata fornita?	SI	SI	SI								
È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI								
È presente la descrizione dell'atto sanitario?	SI	SI	SI								
È presente la data di compilazione del modulo?	SI	SI	SI								
È presente la firma del paziente?	SI	SI	SI								
È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	NO	NO	SI								
TOTALE SI	5	7	7	0	0	0	0	0	0	0	19
TOTALE NO	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	5
SOMMA	8	8	8	0	0	0	0	0	0	0	24
%SI	63%	88%	88%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	79%
%NO	38%	13%	13%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	21%

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
28 febbraio 2024
AUDITOR
1. Dr. Marco Torrisi
2. Dr.ssa Simona Di Caro
PERSONALE CONTATTATO
Dr. Alessandro Geremia
Dr. Francesco Tuminelli

AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Malattie infettive										
Data	28-feb-24										
ID Cartella clinica	24002142/1	24002142/2	24006496	24003782/1	24003782/2	24003782/3					
Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO	NO	NO	NO	NO	NO					
Sono presenti i dati identificativi i dati identificativi del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
È presente la data in cui l'informativa è stata fornita?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	SI	NO	SI					
È presente la descrizione dell'atto sanitario?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
È presente la data di compilazione del modulo?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
È presente la firma del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
TOTALE SI	7	7	7	7	6	7	0	0	0	0	41
TOTALE NO	1	1	1	1	2	1	0	0	0	0	7
SOMMA	8	8	8	8	8	8	0	0	0	0	48
%SI	88%	88%	88%	88%	75%	88%	0%	0%	0%	0%	85%
%NO	13%	13%	13%	13%	25%	13%	0%	0%	0%	0%	15%

U.O. Chirurgia Maxillo-Facciale SM
DIRETTORE
Prof. Alberto Bianchi
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
Dr. Tore Crimi
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr.
DATA
09 febbraio 2024
AUDITOR
Dr.ssa Elisabetta Lombardo
Dr.ssa Enza Mulè
PERSONALE CONTATTATO
1.
2.
3.

AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Chirurgia Maxillo-Facciale SM										
Data	09-feb-24										
ID Cartella clinica	5356	5513	5128								
Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO	NO	NO								
Sono presenti i dati identificativi i dati identificativi del paziente?	SI	SI	SI								
È presente la data in cui l'informativa è stata fornita?	SI	SI	SI								
È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI								
È presente la descrizione dell'atto sanitario?	SI	SI	SI								
È presente la data di compilazione del modulo?	SI	SI	SI								
È presente la firma del paziente?	SI	SI	SI								
È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI								
TOTALE SI	7	7	7	0	0	0	0	0	0	0	21
TOTALE NO	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	3
SOMMA	8	8	8	0	0	0	0	0	0	0	24
%SI	88%	88%	88%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	88%
%NO	13%	13%	13%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	13%

U.O. Nefrologia e Dialisi SM
DIRETTORE
Dr. Carmelita Marcantoni
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
Dr.ssa Irene Torrisi
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr. S. Bonaventura
DATA
5 marzo 2024
AUDITOR
1. Dr.ssa Patrizia Auteri
2. Dr.ssa Antonella Sarracino
PERSONALE CONTATTATO
Dr.ssa Agata Cannavò

AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Nefrologia e Dialisi SM										
Data	05-mar-24										
ID Cartella clinica	6644/2024	7750/2024	35568/2024								
Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI								
Sono presenti i dati identificativi i dati identificativi del paziente?	SI	SI	SI								
È presente la data in cui l'informativa è stata fornita?	SI	SI	SI								
È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI								
È presente la descrizione dell'atto sanitario?	SI	SI	SI								
È presente la data di compilazione del modulo?	SI	SI	SI								
È presente la firma del paziente?	SI	SI	SI								
È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI								
TOTALE SI	8	8	8	0	0	0	0	0	0	0	24
TOTALE NO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SOMMA	8	8	8	0	0	0	0	0	0	0	24
%SI	100%	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
%NO	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

U.O. Oculistica SM
DIRETTORE
Prof. Teresio Avitabile
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
Dr. Davide Scollo
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr. C. Tripisciano
DATA
7 marzo 2024
AUDITOR
1. Dr. Claudio Mazzaglia
2. Dr. Paolo Imbrogio
PERSONALE CONTATTATO
Dr. C. Tripisciano

AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Oculistica SM									
Data	07-mar-24									
ID Cartella clinica	23/1156	23/9561	24/3349							
Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO	SI	SI							
Sono presenti i dati identificativi i dati identificativi del paziente?	SI	SI	SI							
È presente la data in cui l'informativa è stata fornita?	SI	SI	SI							
È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI							
È presente la descrizione dell'atto sanitario?	SI	SI	NO							
È presente la data di compilazione del modulo?	SI	SI	NO							
È presente la firma del paziente?	SI	SI	SI							
È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI							
TOTALE SI	7	8	6	0	0	0	0	0	0	21
TOTALE NO	1	0	2	0	0	0	0	0	0	3
SOMMA	8	8	8	0	0	0	0	0	0	24
%SI	88%	100%	75%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	88%
%NO	13%	0%	25%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	13%

U.O. Ortopedia SM
DIRETTORE
Dr. Giulio Bruno
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr. Davide Simone Vinci
DATA
15 febbraio 2024
AUDITOR
PERSONALE CONTATTATO
Dr.ssa Elisabetta lombardo
Dr. Antonino trombetta

AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Ortopedia SM										
Data	15-feb-24										
ID Cartella clinica	24003735	24002391	24000184								
Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	NO	NO								
Sono presenti i dati identificativi i dati identificativi del paziente?	SI	SI	SI								
È presente la data in cui l'informativa è stata fornita?	SI	SI	NO								
È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI								
È presente la descrizione dell'atto sanitario?	SI	SI	SI								
È presente la data di compilazione del modulo?	SI	SI	SI								
È presente la firma del paziente?	SI	SI	SI								
È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI								
TOTALE SI	8	7	6	0	0	0	0	0	0	0	21
TOTALE NO	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	3
SOMMA	8	8	8	0	0	0	0	0	0	0	24
%SI	100%	88%	75%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	88%
%NO	0%	13%	25%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	13%

U.O. Radiologia SM
DIRETTORE
Dr. Placido Romeo
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr.
DATA
28 febbraio 2024
AUDITOR
1. Dr. Marco Torrisi
2. Dr. Simona Di Caro
PERSONALE CONTATTATO

AUDIT CONSENSO INFORMATO¹

Reparto	Radiologia SM										
Data	07-mar-24										
ID Cartella clinica	24003797	24002142	24002142	24003797							
Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO	NO	NO	NO							
Sono presenti i dati identificativi i dati identificativi del paziente?	SI	SI	SI	SI							
È presente la data in cui l'informativa è stata fornita?	SI	NO	NO	NO							
È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	NO	NO	NO	SI							
È presente la descrizione dell'atto sanitario?	SI	SI	SI	SI							
È presente la data di compilazione del modulo?	SI	SI	NO	SI							
È presente la firma del paziente?	SI	SI	SI	SI							
È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI							
TOTALE SI	6	5	4	6	0	0	0	0	0	0	21
TOTALE NO	2	3	4	2	0	0	0	0	0	0	11
SOMMA	8	8	8	8	0	0	0	0	0	0	32
%SI	75%	63%	50%	75%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	66%
%NO	25%	38%	50%	25%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	34%

¹ I consensi analizzati sono relativi a cartelle cliniche visionate durante l'audit del 28/02/24 presso l'U.O.C. di Malattie Infettive (Consenso relativo ad esami radiologici acquisiti dall'U.O. di Radiologia SM, auditor Marco Torrisi, Simona Di Caro).

U.O. Reumatologia SM
DIRETTORE
Dr. Rosario Foti
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr.ssa Agata Scuderi
DATA
7 marzo 2024
AUDITOR
1. Dr. Claudio Mazzaglia
2. Dr. Paolo Imbrogio
PERSONALE CONTATTATO
Dr.ssa Agata Scuderi

AUDIT CONSENSO INFORMATO

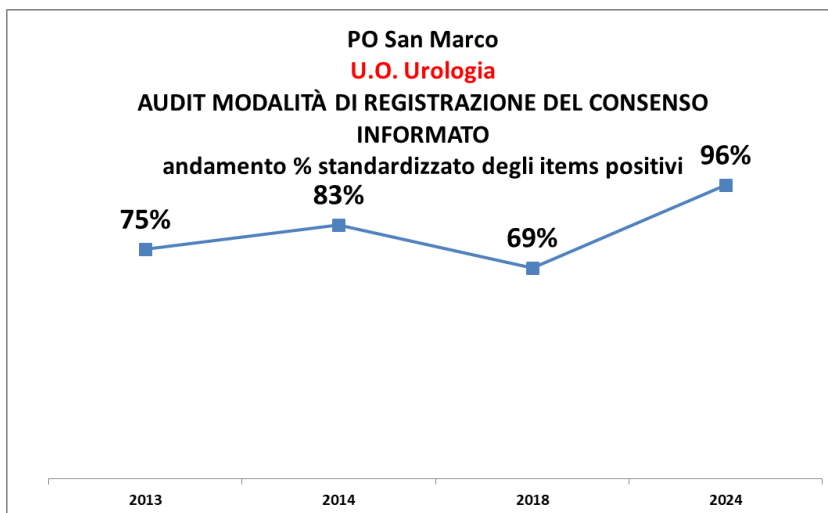
Reparto	Reumatologia SM										
Data	07-mar-24										
ID Cartella clinica	1050	1790	358	198 2	270 3						
Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO	NO	NO	SI	SI						
Sono presenti i dati identificativi i dati identificativi del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI						
È presente la data in cui l'informativa è stata fornita?	NO	NO	NO	NO	NO						
È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	NO	NO	NO	NO	NO						
È presente la descrizione dell'atto sanitario?	NO	NO	NO	SI	NO						
È presente la data di compilazione del modulo?	NO	NO	NO	SI	SI						
È presente la firma del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI						
È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI						
TOTALE SI	3	3	3	6	5	0	0	0	0	0	20
TOTALE NO	5	5	5	2	3	0	0	0	0	0	20
SOMMA	8	8	8	8	8	0	0	0	0	0	40
%SI	38%	38%	38%	75%	63%	0%	0%	0%	0%	0%	50%
%NO	63%	63%	63%	25%	38%	0%	0%	0%	0%	0%	50%

U.O. Terapia del Dolore SM
DIRETTORE
Dr. Salvatore Caramma
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
COORDINATORE INFERMIERISTICO
DATA
7 marzo 2024
AUDITOR
1. Dr. Claudio Mazzaglia
2. Dr. Paolo Imbrogio
PERSONALE CONTATTATO
Dr.ssa Rita Sollemi

AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Terapia del dolore SM										
Data	07-mar-24										
ID Cartella clinica	6324	5280	558	6269							
Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	NO	SI							
Sono presenti i dati identificativi i dati identificativi del paziente?	SI	SI	SI	SI							
È presente la data in cui l'informativa è stata fornita?	SI	SI	SI	SI							
È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	SI							
È presente la descrizione dell'atto sanitario?	SI	SI	SI	SI							
È presente la data di compilazione del modulo?	SI	SI	SI	SI							
È presente la firma del paziente?	SI	SI	SI	SI							
È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI							
TOTALE SI	8	8	7	8	0	0	0	0	0	0	31
TOTALE NO	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
SOMMA	8	8	8	8	0	0	0	0	0	0	32
%SI	100%	100%	88%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	97%
%NO	0%	0%	13%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%

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
15 febbraio 2024
AUDITOR
1. Dr.ssa Elisabetta Lombardo
2. Dr. Antonino Trombetta
PERSONALE CONTATTATO



AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reperto	Urologia SM										
Data	09-feb-24										
ID Cartella clinica	23040016	24001456	24003286								
Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	NO								
Sono presenti i dati identificativi i dati identificativi del paziente?	SI	SI	SI								
È presente la data in cui l'informativa è stata fornita?	SI	SI	SI								
È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI								
È presente la descrizione dell'atto sanitario?	SI	SI	SI								
È presente la data di compilazione del modulo?	SI	SI	SI								
È presente la firma del paziente?	SI	SI	SI								
È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI								
TOTALE SI	8	8	7	0	0	0	0	0	0	0	23
TOTALE NO	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
SOMMA	8	8	8	0	0	0	0	0	0	0	24
%SI	100%	100%	88%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	96%
%NO	0%	0%	13%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	4%

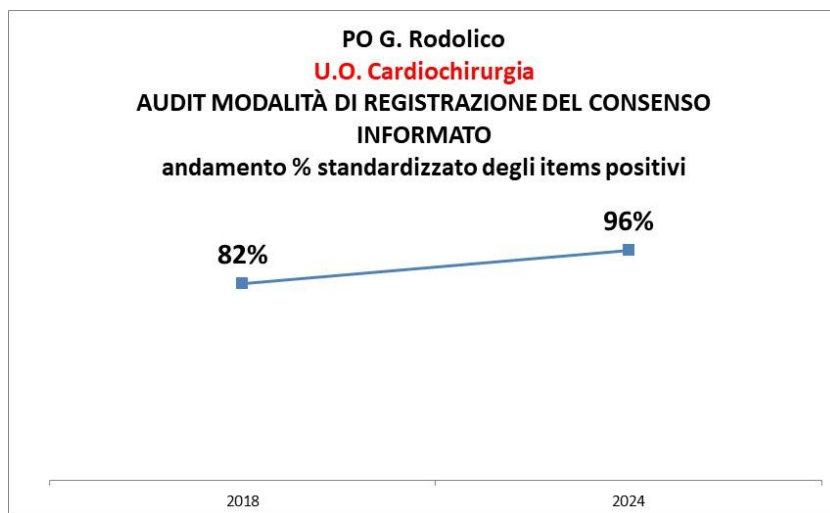
U.O. UTIN SM
DIRETTORE
Dr. Raffaele Falsaperla
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
COORDINATORE INFERMIERISTICO
DATA
7 marzo 2024
AUDITOR
1. Dr. Claudio Mazzaglia
2. Dr. Paolo Imbrogio
PERSONALE CONTATTATO
Dr.ssa Elvira Parrinello

AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	UTIN SM										
Data	07-mar-24										
ID Cartella clinica	4983/23	30967/23	24/8940								
Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	NO	SI								
Sono presenti i dati identificativi i dati identificativi del paziente?	SI	SI	SI								
È presente la data in cui l'informativa è stata fornita?	SI	SI	SI								
È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI								
È presente la descrizione dell'atto sanitario?	SI	SI	SI								
È presente la data di compilazione del modulo?	SI	SI	SI								
È presente la firma del paziente?	SI	SI	SI								
È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI								
TOTALE SI	8	7	8	0	0	0	0	0	0	0	23
TOTALE NO	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
SOMMA	8	8	8	0	0	0	0	0	0	0	24
%SI	100%	88%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	96%
%NO	0%	13%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	4%

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
20 febbraio 2024
AUDITOR
1. Dr.ssa Adele Palmieri
2. Dr. Francesco Coco
PERSONALE CONTATTATO
Dr. Maurizio di Rocco



AUDIT CONSENSO INFORMATO

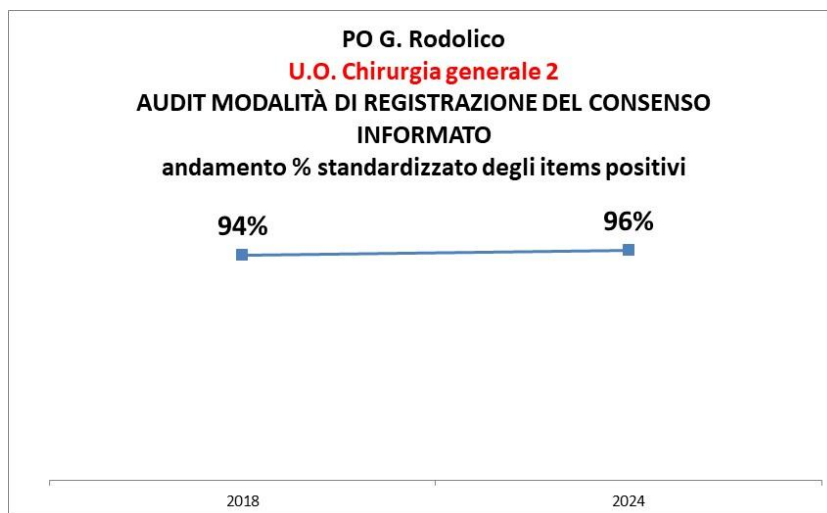
Reparto	Cardiochirurgia GR										
Data	20-feb-24										
ID Cartella clinica	41928/23	31016/23	26498/23	38532/23	39543/23	39858/23					
Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
Sono presenti i dati identificativi i dati identificativi del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
È presente la data in cui l'informativa è stata fornita?	SI	NO	NO	SI	SI	SI					
È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
È presente la descrizione dell'atto sanitario?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
È presente la data di compilazione del modulo?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
È presente la firma del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
TOTALE SI	8	7	7	8	8	8	0	0	0	0	46
TOTALE NO	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2
SOMMA	8	8	8	8	8	8	0	0	0	0	48
%SI	100%	88%	88%	100%	100%	100%	0%	0%	0%	0%	96%
%NO	0%	13%	13%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	4%

U.O. Cardiologia GR
DIRETTORE
Prof. Corrado Tamburino
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
Dr.ssa Wanda Deste
COORDINATORE INFERMIERISTICO
dr. Tommaso Castro
DATA
07 marzo 2024
AUDITOR
Dr.ssa Katia Arena
Dr.ssa Maria Grazia Consoli
PERSONALE CONTATTATO
dr. Tommaso Castro

AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Cardiologia GR										
Data	07-mar-2024										
ID Cartella clinica	436/24	1056/24	1079/24	428/24	434/24	798/24					
Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO	NO	NO	NO	NO	NO					
Sono presenti i dati identificativi i dati identificativi del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
È presente la data in cui l'informativa è stata fornita?	NO	SI	SI	SI	NO	NO					
È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	NO	NO	NO	NO	NO	NO					
È presente la descrizione dell'atto sanitario?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
È presente la data di compilazione del modulo?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
È presente la firma del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	NO					
TOTALE SI	5	6	6	SI	5	4	0	0	0	0	26
TOTALE NO	3	2	2	2	3	4	0	0	0	0	16
SOMMA	8	8	8	2	8	8	0	0	0	0	42
%SI	63%	75%	75%	0%	63%	50%	0%	0%	0%	0%	62%
%NO	38%	25%	25%	100%	38%	50%	0%	0%	0%	0%	38%

U.O. Chirurgia generale 2 GR
DIRETTORE
Dr.ssa Rosalia Latino
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
Dr.
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr. R. Leto
DATA
20 febbraio 2024
AUDITOR
1. Dr.ssa Adele Palmieri
2. Dr. Francesco Coco
PERSONALE CONTATTATO
Dr. Fisichella



AUDIT CONSENSO INFORMATO

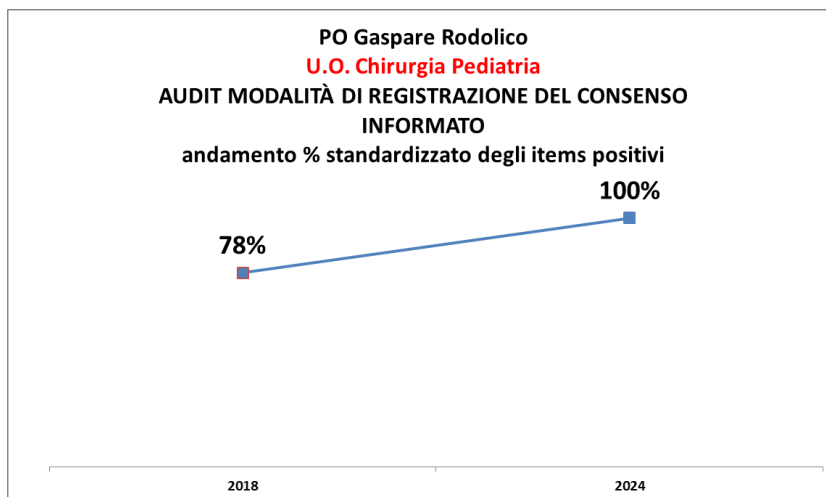
Reperto	Chirurgia generale 2 GR										
Data	20-feb-24										
ID Cartella clinica	4951/24	3723/24	4111/24	7032/24	6170/24	2574/24					
Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	NO	SI	SI	SI	SI					
Sono presenti i dati identificativi i dati identificativi del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
È presente la data in cui l'informativa è stata fornita?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
È presente la descrizione dell'atto sanitario?	SI	SI	SI	SI	SI	NO					
È presente la data di compilazione del modulo?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
È presente la firma del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
TOTALE SI	8	7	8	8	8	7	0	0	0	0	46
TOTALE NO	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2
SOMMA	8	8	8	8	8	8	0	0	0	0	48
%SI	100%	88%	100%	100%	100%	88%	0%	0%	0%	0%	96%
%NO	0%	13%	0%	0%	0%	13%	0%	0%	0%	0%	4%

U.O. Chirurgia generale 3 GR
DIRETTORE
Prof. Alessandro Cappellani
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
Dr.
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr. Di Dio G.
DATA
20 febbraio 2024
AUDITOR
1. Dr.ssa Adele Palmieri
2. Dr. Francesco Coco
PERSONALE CONTATTATO
Dr. Andrea Cavallaro

AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Chirurgia generale 3 GR										
Data	20-feb-24										
ID Cartella clinica	4400/24	6477/24	3300/24	6225/24	5546/24	6354/24					
Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
Sono presenti i dati identificativi i dati identificativi del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
È presente la data in cui l'informativa è stata fornita?	SI	NO	SI	SI	SI	SI					
È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
È presente la descrizione dell'atto sanitario?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
È presente la data di compilazione del modulo?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
È presente la firma del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
TOTALE SI	8	7	8	8	8	8	0	0	0	0	47
TOTALE NO	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
SOMMA	8	8	8	8	8	8	0	0	0	0	48
%SI	100%	88%	100%	100%	100%	100%	0%	0%	0%	0%	98%
%NO	0%	13%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2%

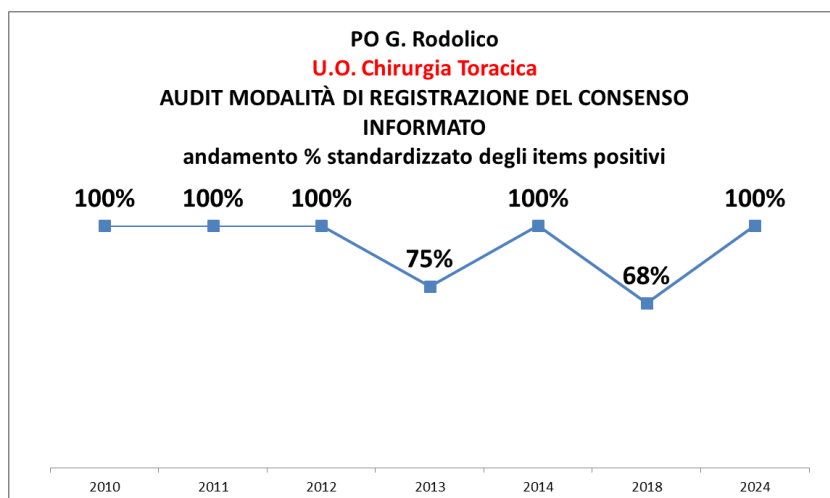
U.O. Chirurgia Pediatrica GR
DIRETTORE
Prof. Vincenzo Di Benedetto
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
Dr.
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr.ssa Domenica Passalacqua
DATA
12 febbraio 2024
AUDITOR
1. Dr.ssa Rosella Aiello
2. Dr.ssa Francesca Mandolfo
PERSONALE CONTATTATO
Dr.ssa Domenica Passalacqua



AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Chirurgia pediatrica GR									
Data	12-feb-24									
ID Cartella clinica	24005152	22040271	24005267	24005048	24005050	24005834	2204936	24004099	24005157	
Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi i dati identificativi del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
È presente la data in cui l'informativa è stata fornita?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
È presente la descrizione dell'atto sanitario?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
È presente la data di compilazione del modulo?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
È presente la firma del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
TOTALE SI	8	8	8	8	8	8	8	8	8	72
TOTALE NO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SOMMA	8	8	8	8	8	8	8	8	8	72
%SI	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
%NO	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

U.O. Chirurgia Toracica GR
DIRETTORE
Dr. Alberto Terminella
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
COORDINATORE INFERMIERISTICO
DATA
28 febbraio 2024
AUDITOR
1. Dr.ssa Anna Patrizia Gozzi
2. Dr.ssa Rosanna Di Stefano
PERSONALE CONTATTATO
Dr. Maurizio Mannino



AUDIT CONSENSO INFORMATO

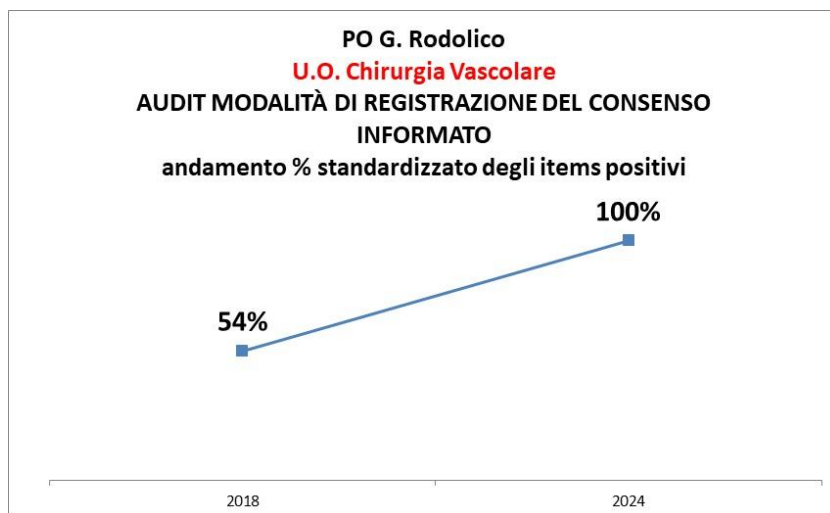
Reparto	Chirurgia Toracica										
Data	28-feb-24										
ID Cartella clinica	38910/23	7350/24	22496/23	31184/23	42156/23 Dren	42156/23 Toraco	4736/24	24177/23	5621/24	7525/24	
Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi i dati identificativi del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
È presente la data in cui l'informativa è stata fornita?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
È presente la descrizione dell'atto sanitario?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
È presente la data di compilazione del modulo?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
È presente la firma del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
TOTALE SI	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	80
TOTALE NO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SOMMA	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	80
%SI	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
%NO	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

U.O. Centro Trapianti GR
DIRETTORE
Prof. Pierfrancesco Veroux
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
Dr. Domenico Zerbo
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr.ssa Caterina Di Bartolo
DATA
28 febbraio 2024
AUDITOR
1. Dr.ssa Anna Patrizia Gozzi
2. Dr.ssa Rosanna Di Stefano
PERSONALE CONTATTATO
Dr.ssa Francesca Bruno

AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reperto	Centro Trapianti										
Data	28-feb-24										
ID Cartella clinica	5788/23	334/24	190903/24	6031/24	6013/24	7040/24	5596/24	8049/24	4393/24	6525/24	
Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi i dati identificativi del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
È presente la data in cui l'informativa è stata fornita?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	
È presente la descrizione dell'atto sanitario?	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	
È presente la data di compilazione del modulo?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
È presente la firma del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
TOTALE SI	6	8	7	8	8	8	7	6	8	8	74
TOTALE NO	2	0	1	0	0	0	1	2	0	0	6
SOMMA	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	80
%SI	75%	100%	88%	100%	100%	100%	88%	75%	100%	100%	93%
%NO	25%	0%	13%	0%	0%	0%	13%	25%	0%	0%	8%

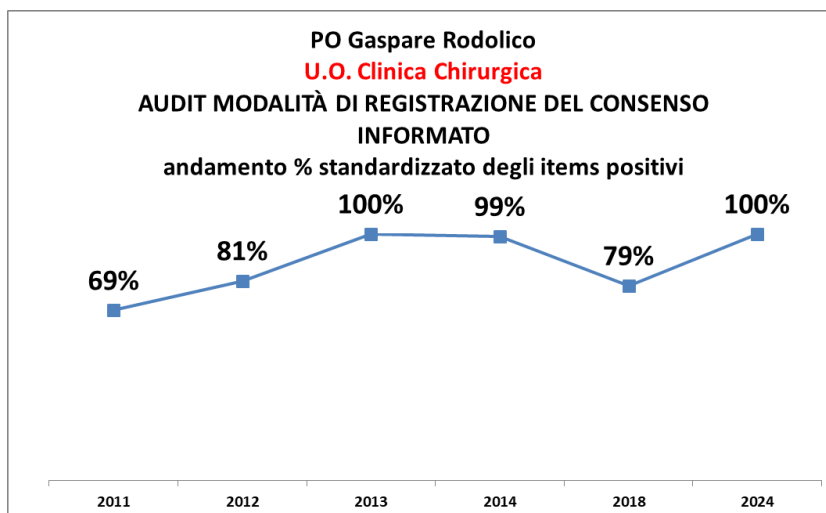
U.O. Chirurgia Vascolare GR
DIRETTORE
Prof. Pierfrancesco Veroux
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
Prof.ssa Alessia Giaquinta
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr.ssa Caterina Di Bartolo
DATA
13 febbraio 2024
AUDITOR
1. Dr.ssa Anna Rita Arriu
2. Dr.ssa Francesco Coco
PERSONALE CONTATTATO
Dr. Alberto Davi



AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Chirurgia Vascolare GR										
Data	13-feb-24										
ID Cartella clinica	24005285	23016372	24004544	24005283	24005309	24005119	24005307	24005378	24005380		
Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI		
Sono presenti i dati identificativi i dati identificativi del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI		
È presente la data in cui l'informativa è stata fornita?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI		
È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI		
È presente la descrizione dell'atto sanitario?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI		
È presente la data di compilazione del modulo?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI		
È presente la firma del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI		
È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI		
TOTALE SI	8	8	8	8	8	8	8	8	8	0	72
TOTALE NO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SOMMA	8	8	8	8	8	8	8	8	8	0	72
%SI	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0%	100%
%NO	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

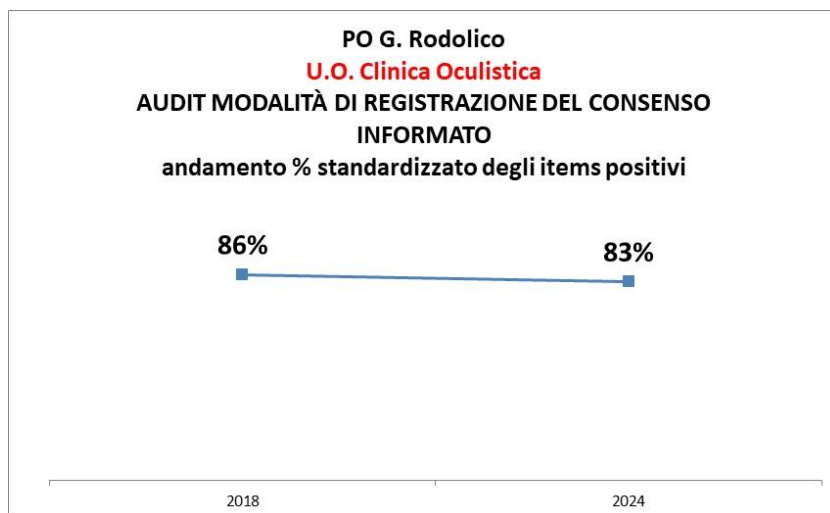
U.O. Clinica Chirurgica GR
DIRETTORE
Prof. Antonio Biondi
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
Dr. Domenico Rapisarda
COORDINATORE INFERMIERISTICO
DATA
12 febbraio 2024
AUDITOR
1. Dr.ssa Rosella Aiello
2. Dr.ssa Francesca Mandolfo
PERSONALE CONTATTATO
Dr. Enrico Sapienza
Dr. Oriana Parasole



AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Clinica Chirurgica GR										
Data	12-feb-24										
ID Cartella clinica	24004676	24005211	24005032	24004513	24001587	24004513					
Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
Sono presenti i dati identificativi i dati identificativi del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
È presente la data in cui l'informativa è stata fornita?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
È presente la descrizione dell'atto sanitario?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
È presente la data di compilazione del modulo?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
È presente la firma del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
TOTALE SI	8	8	8	8	8	8	0	0	0	0	48
TOTALE NO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SOMMA	8	8	8	8	8	8	0	0	0	0	48
%SI	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0%	0%	0%	0%	100%
%NO	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

U.O. Clinica Oculistica GR
DIRETTORE
Prof. Teresio Avitabile
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
Dr.
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr. Calogero Coniglio
DATA
15 febbraio 2024
AUDITOR
1. Dr.ssa Catena Arena
2. Dr.ssa Maria Grazia Consoli
PERSONALE CONTATTATO
Dr. Calogero Coniglio



AUDIT CONSENSO INFORMATO

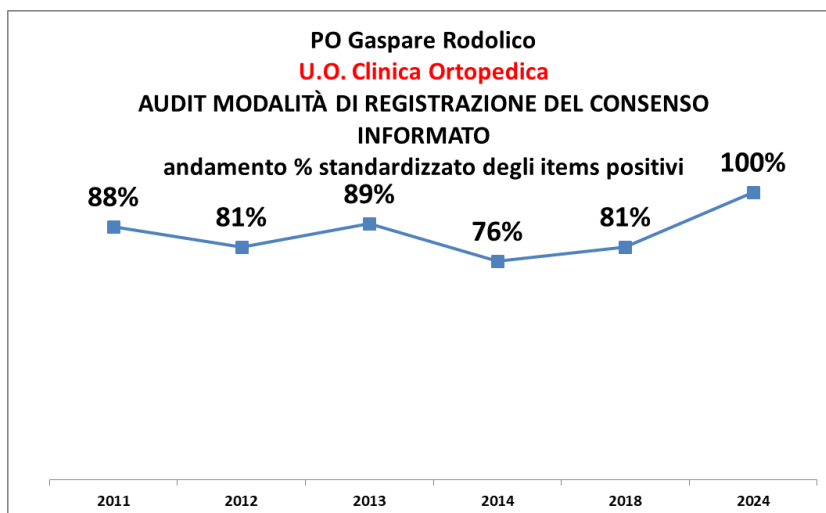
Reperto	Clinica Oculistica GR										
Data	15-feb-24										
ID Cartella clinica	4231/24	4865/24	5798/24	4583/24	6076/24	4581/24					
Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
Sono presenti i dati identificativi i dati identificativi del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
È presente la data in cui l'informativa è stata fornita?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	NO	NO	NO	NO	NO	NO					
È presente la descrizione dell'atto sanitario?	SI	SI	NO	NO	SI	SI					
È presente la data di compilazione del modulo?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
È presente la firma del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
TOTALE SI	7	7	6	6	7	7	0	0	0	0	40
TOTALE NO	1	1	2	2	1	1	0	0	0	0	8
SOMMA	8	8	8	8	8	8	0	0	0	0	48
%SI	88%	88%	75%	75%	88%	88%	0%	0%	0%	0%	83%
%NO	13%	13%	25%	25%	13%	13%	0%	0%	0%	0%	17%

U.O. Clinica Odontoiatrica GR
DIRETTORE
Prof. Rosalia Leonardi
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
Dr. Gaetano Isola
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr.ssa Antonella D'Urso
DATA
13 febbraio 2024
AUDITOR
1. Dr.ssa Catena Arena
2. Dr.ssa Maria Grazia Consoli
PERSONALE CONTATTATO
Dr.ssa Antonella D'Urso

AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Clinica Odontoiatrica GR										
Data	15-feb-24										
ID Cartella clinica	1823/24	16145/24	13208/23	15697/23	1736/24	1621/24					
Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
Sono presenti i dati identificativi i dati identificativi del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
È presente la data in cui l'informativa è stata fornita?	SI	SI	SI	NO	SI	SI					
È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	NO	NO	NO	NO					
È presente la descrizione dell'atto sanitario?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
È presente la data di compilazione del modulo?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
È presente la firma del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
TOTALE SI	8	8	7	6	7	7	0	0	0	0	43
TOTALE NO	0	0	1	2	1	1	0	0	0	0	5
SOMMA	8	8	8	8	8	8	0	0	0	0	48
%SI	100%	100%	88%	75%	88%	88%	0%	0%	0%	0%	90%
%NO	0%	0%	13%	25%	13%	13%	0%	0%	0%	0%	10%

U.O. Clinica Ortopedica GR
DIRETTORE
Prof. Vito Pavone
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
Dr. Angelo raffa
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr.ssa Giuseppina Coco
DATA
12 febbraio 2024
AUDITOR
1. Dr.ssa Rosella Aiello
2. Dr.ssa Francesca Mandolfo
PERSONALE CONTATTATO
Dr.ssa Giuseppina Coco



AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Clinica Ortopedica GR										
Data	12-feb-24										
ID Cartella clinica	23014646	23014532	23014401	23014236	23014231	23014295	23015332	23015280	23015258	23015251	
Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
È presente la data in cui l'informativa è stata fornita?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
È presente la descrizione dell'atto sanitario?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
È presente la data di compilazione del modulo?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
È presente la firma del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
TOTALE SI	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	80
TOTALE NO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SOMMA	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	80
%SI	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
%NO	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

U.O. Clinica Urologica GR
DIRETTORE
Prof. Sebastiano Cimino
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
Dr.
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr.ssa Francesca Mandolfo
DATA
15 febbraio 2024
AUDITOR
1. Dr.ssa Catena Arena
2. Dr.ssa Maria Grazia Consoli
PERSONALE CONTATTATO
Dr.ssa Francesca Mandolfo

AUDIT CONSENSO INFORMATO

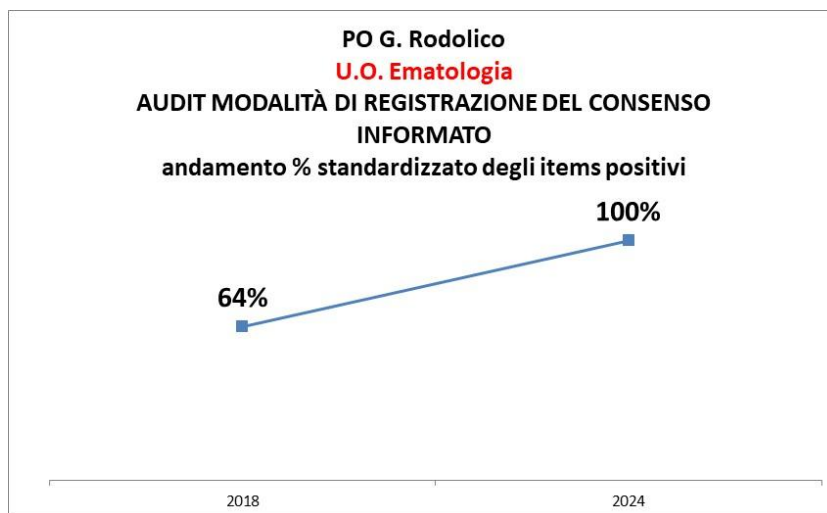
Reparto	Clinica Urologica GR										
Data	15-feb-24										
ID Cartella clinica	0958/24	336/24	1225/24	2991/24	2744/24	2104/24					
Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
Sono presenti i dati identificativi i dati identificativi del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
È presente la data in cui l'informativa è stata fornita?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	NO	NO	NO	NO	NO	NO					
È presente la descrizione dell'atto sanitario?	SI	SI	SI	NO	SI	SI					
È presente la data di compilazione del modulo?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
È presente la firma del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
TOTALE SI	7	7	7	6	7	7	0	0	0	0	41
TOTALE NO	1	1	1	2	1	1	0	0	0	0	7
SOMMA	8	8	8	8	8	8	0	0	0	0	48
%SI	88%	88%	88%	75%	88%	88%	0%	0%	0%	0%	85%
%NO	13%	13%	13%	25%	13%	13%	0%	0%	0%	0%	15%

U.O.C. Dermatologia GR
DIRETTORE
Prof. Giuseppe Micali
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
Dr.ssa Maria Letizia Musumeci
COORDINATORE INFERMIERISTICO
dr. Davide Maugeri
DATA
13 marzo 2024
AUDITOR
Dr.ssa Patrizia Gozzi
Dr.ssa Rosanna Distefano
PERSONALE CONTATTATO
Dr. Davide Maugeri
Dr.ssa Maria Letizia Musumeci
Prof. Giuseppe Micali

AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Dermatologia GR										
Data	13-mar-2024										
ID Cartella clinica	1112/24	1754/23	17304/23	1853/24	2282/24	2416/24	2443/24	1663/24	2562/24		
Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI		
Sono presenti i dati identificativi i dati identificativi del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI		
È presente la data in cui l'informativa è stata fornita?	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI		
È presente la descrizione dell'atto sanitario?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI		
È presente la data di compilazione del modulo?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI		
È presente la firma del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI		
È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI		
TOTALE SI	7	7	7	7	7	6	7	6	7	0	61
TOTALE NO	1	1	1	1	1	2	1	2	1	0	11
SOMMA	8	8	8	8	8	8	8	8	8	0	72
%SI	88%	88%	88%	88%	88%	75%	88%	75%	88%	0%	85%
%NO	13%	13%	13%	13%	13%	25%	13%	25%	13%	0%	15%

U.O. Ematologia GR
DIRETTORE
Prof. Francesco Di Raimondo
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
Dr.ssa Dorina Cultrera
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr.ssa Giuseppa Pappalardo
DATA
13 febbraio 2024
AUDITOR
1. Dr.ssa Anna Rita Arriu
2. Dr. Francesco Coco
PERSONALE CONTATTATO
Dr.ssa Marina Parisi



AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Ematologia GR										
Data	13-feb-24										
ID Cartella clinica	24004456	24004280	24004631	24002947	24004629	24003475	24002940	24003432	24003259		
Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI		
Sono presenti i dati identificativi del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI		
È presente la data in cui l'informativa è stata fornita?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI		
È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI		
È presente la descrizione dell'atto sanitario?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI		
È presente la data di compilazione del modulo?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI		
È presente la firma del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI		
È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI		
TOTALE SI	8	8	8	8	8	8	8	8	8	0	72
TOTALE NO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SOMMA	8	8	8	8	8	8	8	8	8	0	72
%SI	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0%	100%
%NO	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

U.O. Gastroenterologia GR
DIRETTORE
Dr.
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
COORDINATORE INFERMIERISTICO
DATA
14 marzo 2024
AUDITOR
Dr.ssa Sabrina Di Mari
Dr. Antonino Trombetta
PERSONALE CONTATTATO
Dr.ssa Nunziatina Tribulato

AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Gastroenterologia GR										
Data	14-mar-2024										
ID Cartella clinica	4704	6024	6616	24003797 ¹							
Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO	SI	SI	NO							
Sono presenti i dati identificativi i dati identificativi del paziente?	SI	SI	SI	SI							
È presente la data in cui l'informativa è stata fornita?	SI	SI	SI	NO							
È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	NO							
È presente la descrizione dell'atto sanitario?	SI	SI	SI	SI							
È presente la data di compilazione del modulo?	SI	SI	SI	NO							
È presente la firma del paziente?	SI	SI	SI	SI							
È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI							
TOTALE SI	7	8	8	4	0	0	0	0	0	0	27
TOTALE NO	1	0	0	4	0	0	0	0	0	0	5
SOMMA	8	8	8	8	0	0	0	0	0	0	32
%SI	88%	100%	100%	50%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	84%
%NO	13%	0%	0%	50%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	16%

¹ La cartella clinica n. 24003797 è stata visionata durante l'audit del 28/02/24 presso l'U.O.C. di Malattie Infettive (Consenso relativo a colonscopia acquisito dall'U.O. Gastroenterologia GR, auditor Marco Torrisi, Simona Di Caro).

U.O. Clinica Neurologica GR
DIRETTORE
Prof. Mario Zàppia
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
COORDINATORE INFERMIERISTICO
dr.ssa Orsolina Cozzupoli
DATA
07 marzo 2024
AUDITOR
Dr.ssa Katia Arena
Dr.ssa Maria Grazia Consoli
PERSONALE CONTATTATO
dr.ssa Orsolina Cozzupoli

AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Clinica Neurologica GR										
Data	07-mar-2024										
ID Cartella clinica	5061/24	5588/24	5506/24	8463/24							
Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	SI							
Sono presenti i dati identificativi i dati identificativi del paziente?	NO	SI	SI	SI							
È presente la data in cui l'informativa è stata fornita?	SI	SI	SI	NO							
È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	NO	SI	NO							
È presente la descrizione dell'atto sanitario?	SI	SI	SI	SI							
È presente la data di compilazione del modulo?	SI	SI	SI	SI							
È presente la firma del paziente?	SI	SI	SI	NO							
È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI							
TOTALE SI	7	7	8	5	0	0	0	0	0	0	27
TOTALE NO	1	1	0	3	0	0	0	0	0	0	5
SOMMA	8	8	8	8	0	0	0	0	0	0	32
%SI	88%	88%	100%	63%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	84%
%NO	13%	13%	0%	38%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	16%

U.O. Medicina Interna GR
DIRETTORE
Prof. Pietro Castellino
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
Dr. Roberto Catanzaro
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr.ssa M.C.Grasso
DATA
13 marzo 2024
AUDITOR
Dr. A. Arriu
Dr. R. Leto.
PERSONALE CONTATTATO
Dr. Salvatore Scuto

AUDIT CONSENSO INFORMATO

L'acquisizione del consenso informato non è documentata nel modulo di registrazione Aziendale.

U.O. Oncoematologia Pediatrica GR
DIRETTORE
Prof.ssa Giovanna Russo
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
Dr.ssa Piera Samperi
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr. Luigi Coppola
DATA
28 febbraio 2024
AUDITOR
1. Dr.ssa Anna Patrizia Gozzi
2. Dr.ssa Rosanna Di Stefano
PERSONALE CONTATTATO
Dr. Luigi Coppola

AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reperto	Oncoematologia Pediatrica GR										
Data	28-feb-24										
ID Cartella clinica	173/24	2290/23	1395/23	20204/23	20204/23	173/24	2290/23	32574/23	171/24		
Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI		
Sono presenti i dati identificativi i dati identificativi del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI		
È presente la data in cui l'informativa è stata fornita?	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO		
È presente la descrizione dell'atto sanitario?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI		
È presente la data di compilazione del modulo?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI		
È presente la firma del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI		
È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI		
TOTALE SI	6	6	6	7	6	6	6	6	6	0	55
TOTALE NO	2	2	2	1	2	2	2	2	2	0	17
SOMMA	8	8	8	8	8	8	8	8	8	0	72
%SI	75%	75%	75%	88%	75%	75%	75%	75%	75%	0%	76%
%NO	25%	25%	25%	13%	25%	25%	25%	25%	25%	0%	24%

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
07 marzo 2024
AUDITOR
1. Dr.ssa Patrizia Marcantoni
2. Dr. Filippo La Paglia
PERSONALE CONTATTATO
Dr.ssa Maria Bonomo

AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Oncologia										
Data	07-mar-2024										
ID Cartella clinica	DS781/24	DS722/24									
Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO	NO									
Sono presenti i dati identificativi i dati identificativi del paziente?	SI	SI									
È presente la data in cui l'informativa è stata fornita?	SI	SI									
È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI									
È presente la descrizione dell'atto sanitario?	SI	SI									
È presente la data di compilazione del modulo?	SI	SI									
È presente la firma del paziente?	SI	SI									
È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI									
TOTALE SI	7	7	0	0	0	0	0	0	0	0	14
TOTALE NO	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
SOMMA	8	8	0	0	0	0	0	0	0	0	16
%SI	88%	88%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	88%
%NO	13%	13%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	13%

U.O. ORL GR
DIRETTORE
Prof. Igo La Mantia
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr. Calogero Coniglio
DATA
14 marzo 2024
AUDITOR
Dr.ssa Sabrina Di Mari
Dr. Antonino Trombetta
PERSONALE CONTATTATO
Dr. Calogero Coniglio

AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	ORL GR										
Data	14-mar-2024										
ID Cartella clinica	13370	13140	9165								
Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	si	si	si								
Sono presenti i dati identificativi i dati identificativi del paziente?	si	si	si								
È presente la data in cui l'informativa è stata fornita?	si	si	si								
È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	si	si	si								
È presente la descrizione dell'atto sanitario?	si	si	si								
È presente la data di compilazione del modulo?	si	si	si								
È presente la firma del paziente?	si	si	si								
È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	si	si	SI								
TOTALE SI	8	8	8	0	0	0	0	0	0	0	24
TOTALE NO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SOMMA	8	8	8	0	0	0	0	0	0	0	24
%SI	100%	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
%NO	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

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
07 marzo 2024
AUDITOR
1. Dr.ssa Patrizia Marcantoni
2. Dr. Filippo La Paglia
PERSONALE CONTATTATO
Dr.ssa Rosi Massimino

AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reperto	Ostetricia e Ginecologia GR										
Data	07-mar-2024										
ID Cartella clinica	9328/24	9143/24									
Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO	NO									
Sono presenti i dati identificativi i dati identificativi del paziente?	SI	SI									
È presente la data in cui l'informativa è stata fornita?	SI	SI									
È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	NO									
È presente la descrizione dell'atto sanitario?	SI	SI									
È presente la data di compilazione del modulo?	SI	SI									
È presente la firma del paziente?	SI	SI									
È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI									
TOTALE SI	7	6	0	0	0	0	0	0	0	0	13
TOTALE NO	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3
SOMMA	8	8	0	0	0	0	0	0	0	0	16
%SI	88%	75%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	81%
%NO	13%	25%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	19%

U.O. Pneumologia GR
DIRETTORE
Prof. Carlo Vancheri
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr. Silvio Caceci
DATA
07 marzo 2024
AUDITOR
1. Dr.ssa Patrizia Marcantoni
2. Dr. Filippo La Paglia
PERSONALE CONTATTATO
Dr. Silvio Caceci

AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Pneumologia										
Data	07-mar-2024										
ID Cartella clinica	6343/24	3700/24									
Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO	NO									
Sono presenti i dati identificativi i dati identificativi del paziente?	SI	SI									
È presente la data in cui l'informativa è stata fornita?	SI	SI									
È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	NO	NO									
È presente la descrizione dell'atto sanitario?	SI	SI									
È presente la data di compilazione del modulo?	SI	SI									
È presente la firma del paziente?	NO	SI									
È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	NO									
TOTALE SI	5	5	0	0	0	0	0	0	0	0	10
TOTALE NO	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	6
SOMMA	8	8	0	0	0	0	0	0	0	0	16
%SI	63%	63%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	63%
%NO	38%	38%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	38%

U.O. Radiologia ed. 1 GR
DIRETTORE
Prof. Antonello Basile
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
COORDINATORE INFERMIERISTICO
DATA
07 marzo 2024
AUDITOR
1. Dr.ssa patrizia Gozzi
2. Dr.ssa Rosanna Di Stefano
PERSONALE CONTATTATO
Prof. Stefano Palmucci
Dr.ssa Antonella Sofia
Dr.ssa Monica Pennisi

AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reperto	Radiologia - diagnostica ed interventistica (ED.1) GR										
Data	07-mar-2024										
ID Cartella clinica	ID:354783/ NF4543489 RM	ID:325656/ AN:454366 1 RM	ID:1173112 /AN:454375 2 RM	ID:145273/ AN:456626 5 TAC	ID:1396762 /AN:458067 8 TAC						
Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	NO	NO	NO	SI	SI						
Sono presenti i dati identificativi i dati identificativi del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI						
È presente la data in cui l'informativa è stata fornita?	SI	SI	SI	SI	SI						
È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	NO	NO						
È presente la descrizione dell'atto sanitario?	SI	SI	SI	SI	SI						
È presente la data di compilazione del modulo?	SI	SI	SI	SI	SI						
È presente la firma del paziente?	SI	NO	SI	SI	SI						
È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI	SI	SI						
TOTALE SI	7	6	7	7	7	0	0	0	0	0	34
TOTALE NO	1	2	1	1	1	0	0	0	0	0	6
SOMMA	8	8	8	8	8	0	0	0	0	0	40
%SI	88%	75%	88%	88%	88%	0%	0%	0%	0%	0%	85%
%NO	13%	25%	13%	13%	13%	0%	0%	0%	0%	0%	15%

U.O. Radioterapia GR
DIRETTORE
Prof. Corrado Spadola
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
COORDINATORE INFERMIERISTICO
DATA
13 marzo 2024
AUDITOR
Dr.ssa Annarita Arriu
Dr. Rocca Luca Liardo
PERSONALE CONTATTATO
Dr.ssa Fiorella Puglisi
Prof. Corrado Spatola
Dott. Rocco Luca Liardo

AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Radioterapia GR										
Data	13-mar-2024										
ID Cartella clinica	499/2024	232/2024	1736/24								
Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI								
Sono presenti i dati identificativi i dati identificativi del paziente?	SI	SI	SI								
È presente la data in cui l'informativa è stata fornita?	SI	SI	SI								
È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI								
È presente la descrizione dell'atto sanitario?	SI	SI	SI								
È presente la data di compilazione del modulo?	SI	SI	SI								
È presente la firma del paziente?	SI	SI	SI								
È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI								
TOTALE SI	8	8	8	0	0	0	0	0	0	0	24
TOTALE NO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SOMMA	8	8	8	0	0	0	0	0	0	0	24
%SI	100%	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
%NO	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

U.O. Talassemia GR
DIRETTORE
Dr.ssa Rosellina Rosso
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
COORDINATORE INFERMIERISTICO
DATA
14 marzo 2024
AUDITOR
Dr.ssa Sabrina Di Mari
Dr. Antonino Trombetta
PERSONALE CONTATTATO
Dr.ssa Cinzia Di Grazia

AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	Talassemia GR										
Data	14-mar-2024										
ID Cartella clinica	473	6466	3381								
Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	si	si	si								
Sono presenti i dati identificativi i dati identificativi del paziente?	si	si	si								
È presente la data in cui l'informativa è stata fornita?	no	no	si								
È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	si	si	si								
È presente la descrizione dell'atto sanitario?	si	si	si								
È presente la data di compilazione del modulo?	si	si	si								
È presente la firma del paziente?	si	si	si								
È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	si	si	si								
TOTALE SI	7	7	8	0	0	0	0	0	0	0	22
TOTALE NO	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
SOMMA	8	8	8	0	0	0	0	0	0	0	24
%SI	88%	88%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	92%
%NO	13%	13%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	8%

U.O. Trapianto Midollo Osseo GR
DIRETTORE
Prof. Giuseppe Milone
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr.ssa Loredana Mascali
DATA
13 marzo 2024
AUDITOR
Dr.ssa Annarita Arriu
Dr. Rocca Luca Liardo
PERSONALE CONTATTATO
Dr.ssa Loredana Mascali

AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reperto	Trapianto Midollo osseo GR										
Data	13-mar-2024										
ID Cartella clinica	2290/24	3429/24	5629/24								
Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI								
Sono presenti i dati identificativi i dati identificativi del paziente?	SI	SI	SI								
È presente la data in cui l'informativa è stata fornita?	SI	SI	SI								
È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI								
È presente la descrizione dell'atto sanitario?	SI	SI	SI								
È presente la data di compilazione del modulo?	SI	SI	SI								
È presente la firma del paziente?	SI	SI	SI								
È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	SI	SI								
TOTALE SI	8	8	8	0	0	0	0	0	0	0	24
TOTALE NO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SOMMA	8	8	8	0	0	0	0	0	0	0	24
%SI	100%	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
%NO	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

U.O. UTIC GR
DIRETTORE
Prof. Corrado Tamburino
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
Dr.ssa Wanda Deste
COORDINATORE INFERMIERISTICO
dr. Antonino Trombetta
DATA
13 marzo 2024
AUDITOR
Dr.ssa Annarita Arriu
Dr.ssa Rosaria Leto
PERSONALE CONTATTATO
dr. Antonino Trombetta

AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	UTIC GR										
Data	13-mar-2024										
ID Cartella clinica	7457/24	6853/24	9709/24								
Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	SI	SI								
Sono presenti i dati identificativi i dati identificativi del paziente?	SI	SI	SI								
È presente la data in cui l'informativa è stata fornita?	SI	SI	SI								
È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI								
È presente la descrizione dell'atto sanitario?	SI	SI	SI								
È presente la data di compilazione del modulo?	SI	SI	SI								
È presente la firma del paziente?	SI	SI	SI								
È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	NO	SI								
TOTALE SI	8	7	8	0	0	0	0	0	0	0	23
TOTALE NO	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
SOMMA	8	8	8	0	0	0	0	0	0	0	24
%SI	100%	88%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	96%
%NO	0%	13%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	4%

U.O. UTIN GR
DIRETTORE
Dr.ssa Pasqua Betta
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr. Marco Di Bartolo
DATA
13 marzo 2024
AUDITOR
Dr.ssa Patrizia Gozzi
Dr.ssa Rosaria Leto
PERSONALE CONTATTATO
Dr. Alessandro Saporito
Dr.ssa Rosanna Di Stefano

AUDIT CONSENSO INFORMATO

Reparto	UTIN GR										
Data	13-mar-2024										
ID Cartella clinica	26860/23	15407/23	25444/22	9279/24	9719/24	1746/24					
Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	SI	NO	SI	NO	NO	NO					
Sono presenti i dati identificativi i dati identificativi del paziente?	SI	NO	SI	SI	SI	SI					
È presente la data in cui l'informativa è stata fornita?	NO	NO	NO	NO	NO	NO					
È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
È presente la descrizione dell'atto sanitario?	SI	SI	SI	NO	NO	SI					
È presente la data di compilazione del modulo?	SI	NO	SI	SI	SI	SI					
È presente la firma del paziente?	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	SI	NO ¹	SI	NO ¹	NO ¹	NO ¹					
TOTALE SI	7	3	7	4	4	5	0	0	0	0	30
TOTALE NO	1	5	1	4	4	3	0	0	0	0	18
SOMMA	8	8	8	8	8	8	0	0	0	0	48
%SI	88%	38%	88%	50%	50%	63%	0%	0%	0%	0%	63%
%NO	13%	63%	13%	50%	50%	38%	0%	0%	0%	0%	38%

¹ I NO della domanda n. 8 sono relativi alle cartelle aperte poiché i consensi vengono firmati dal medico che chiude la cartella clinica.

Conclusioni

Risultanze dell'audit

Sono stati valutati 217 moduli di registrazione del consenso informato relativi a 42 UU.OO.

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:

- in 55 moduli di consenso non erano presenti i dati identificativi dell'U.O.;
- in 6 moduli di consenso non erano presenti i dati identificativi del paziente;
- in 50 moduli di consenso non era riportata la data in cui è stata fornita l'informazione al paziente;
- in 53 moduli di consenso non era riportata la descrizione della situazione clinica del paziente;
- in 16 moduli di consenso non era riportato l'atto sanitario per il quale si acquisiva il consenso del paziente;
- in 10 moduli di consenso non era riportata la data in cui si acquisiva il consenso;
- in 5 moduli di consenso non era presente la firma né del paziente né di altro soggetto;
- in 11 moduli di consenso non era presente la firma del medico che aveva acquisito il consenso.

In 115 moduli di registrazione del consenso informato sui 217 moduli visionati è stato raggiunto lo standard di gestione di tale attività (100% di item positivi)

Valutando la gestione della registrazione del consenso informato per U.O. si segnala che in 10 delle 42 UU.OO. lo standard di gestione di tale attività è stato raggiunto.

Riepilogo P.O. San Marco

N. Reparti	13	N. consensi	52
-------------------	----	--------------------	----

Gestione dell'acquisizione del consenso informato non anestesiológico	n. items positivi	n. item negativi	% items positivi
Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	22	30	42%
Sono presenti i dati identificativi i dati identificativi del paziente?	51	1	98%
È presente la data in cui l'informativa è stata fornita?	39	13	75%
È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	42	10	81%
È presente la descrizione dell'atto sanitario?	47	5	90%
È presente la data di compilazione del modulo?	46	6	88%
È presente la firma del paziente?	52	0	100%
È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	50	2	96%
Totale	349	67	84%

Riepilogo P.O. Rodolico

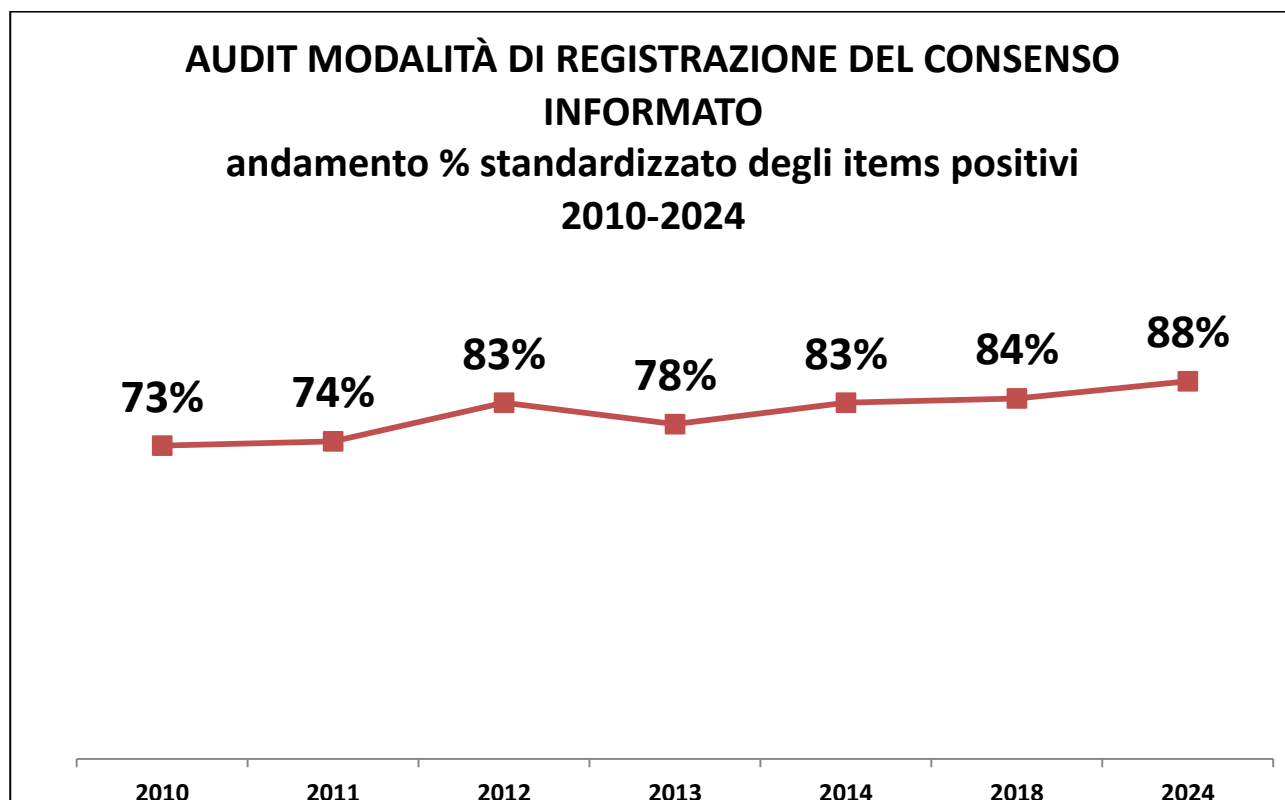
N. Reparti	29	N. consensi	165
-------------------	----	--------------------	-----

Gestione dell'acquisizione del consenso informato non anestesiológico	n. items positivi	n. item negativi	% items positivi
Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	140	25	85%
Sono presenti i dati identificativi i dati identificativi del paziente?	160	5	97%
È presente la data in cui l'informativa è stata fornita?	128	37	78%
È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	122	43	74%
È presente la descrizione dell'atto sanitario?	154	11	93%
È presente la data di compilazione del modulo?	161	4	98%
È presente la firma del paziente?	160	5	97%
È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	156	9	95%
Totale	1181	139	89%

Riepilogo Azienda

N. Reparti	42	N. consensi	217
-------------------	----	--------------------	-----

Gestione dell'acquisizione del consenso informato non anestesiológico	n. items positivi	n. item negativi	% items positivi
Sono presenti i dati identificativi dell'unità operativa?	162	55	75%
Sono presenti i dati identificativi i dati identificativi del paziente?	211	6	97%
È presente la data in cui l'informativa è stata fornita?	167	50	77%
È presente la sintesi della situazione clinica del paziente?	164	53	76%
È presente la descrizione dell'atto sanitario?	201	16	93%
È presente la data di compilazione del modulo?	207	10	95%
È presente la firma del paziente?	212	5	98%
È presente la firma del medico che ha acquisito il consenso?	206	11	95%
Totale	1.530	206	88%



Riepilogo per U.O.

PRESIDIO	U.O.	% ITEMS POSITIVI
G. Rodolico	Ch. Pediatrica	100%
G. Rodolico	Clinica Ortopedica	100%
G. Rodolico	Clinica Chirurgica	100%
G. Rodolico	Chirurgia Toracica	100%
G. Rodolico	Ch. Vascolare Trapianti	100%
G. Rodolico	Ematologia degenza - Ematologia DH	100%
G. Rodolico	ORL	100%
G. Rodolico	Trapianto Midollo osseo (TMO)	100%
G. Rodolico	Radioterapia oncologica	100%
San Marco	Nefrologia	100%
G. Rodolico	Chirurgia generale 3	98%
San Marco	Terapia del Dolore	97%
G. Rodolico	UTIC	96%
G. Rodolico	Cardiochirurgia	96%
G. Rodolico	Chirurgia generale 2	96%
San Marco	Dermatologia	96%
San Marco	Urologia	96%
San Marco	UTIN e Neonatologia	96%
G. Rodolico	Centro Trapianti	93%
G. Rodolico	Talassemia ed emoglobinopatie	92%
G. Rodolico	Clinica Odontoiatrica	90%
G. Rodolico	Oncologia	88%
San Marco	Chirurgia Maxillo-facciale	88%
San Marco	Oculistica	88%
San Marco	Ortopedia	88%
G. Rodolico	Clinica Urologica	85%
San Marco	Malattie infettive e tropicali	85%
G. Rodolico	Radiologia - diagnostica ed interventistica (ED.1)	85%
G. Rodolico	Dermatologia	85%
G. Rodolico	Neurologia	84%
G. Rodolico	Gastroenterologia - Endoscopia digestiva	84%
G. Rodolico	Clinica Oculistica	83%
G. Rodolico	Ostetricia e ginecologia	81%
San Marco	Cardiologia UTIC	79%
San Marco	Chirurgia Generale 1	79%
G. Rodolico	Oncoematologia pediatrica	76%
San Marco	Radiologia	66%
G. Rodolico	UTIN /Neonatologia	63%
G. Rodolico	Pneumologia	63%
G. Rodolico	Cardiologia	62%

PRESIDIO	U.O.	% ITEMS POSITIVI
San Marco	Reumatologia	50%
G. Rodolico	Medicina interna (prof. Castellino)	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
115	217
Parzialmente raggiunto	53%

Esito	
N. UU.OO. con tutti gli item positivi	N. UU.OO.
10	42
Non raggiunto	24%

Data 24 aprile 2024