



Modalità di registrazione del consenso informato

10-11-17-18 dicembre 2018

Data e ora prevista	Data e ora effettiva	NORMATIVA DI RIFERIMENTO		
20-21-24-25 novembre 2014	20-21-24-25 novembre 2014	X	Norma UNI EN ISO 9001:2008 "Sistemi di gestione per la qualità - Requisiti"	 International Organization for Standardization
		X	DA 4 ottobre 2012 Adozione della scheda unica di terapia	
		X	Standard Joint Commission International	

Area	
<input type="checkbox"/> Politica, obiettivi, attività	<input type="checkbox"/> Sistema struttura organizzativa
<input type="checkbox"/> Sistema informativo	<input type="checkbox"/> Sistema gestione risorse umane
<input type="checkbox"/> Sistema gestione risorse strutturali	<input type="checkbox"/> Sistema gestione risorse tecnologiche
<input type="checkbox"/> Sistema valutazione e miglioramento della qualità	<input type="checkbox"/> Sistema comunicazione utenti
<input type="checkbox"/> Direzione u.o.	<input type="checkbox"/> RQ
<input checked="" type="checkbox"/> Degenza	<input checked="" type="checkbox"/> DH
<input type="checkbox"/> Ambulatorio	<input type="checkbox"/> Chirurgia ambulatoriale
	<input type="checkbox"/> Radiologia
	<input type="checkbox"/> Medicina nucleare
<input type="checkbox"/> Diagnostica	<input type="checkbox"/> Laboratorio analisi
	<input type="checkbox"/> Endoscopia
	<input checked="" type="checkbox"/> Cardiologia
<input type="checkbox"/> Terapia intensiva	<input type="checkbox"/> Sala parto
<input type="checkbox"/> Reparto operatorio	<input type="checkbox"/> Sterilizzazione
<input type="checkbox"/> Risveglio	<input 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	5
Requisiti e standard di riferimento	5
Criteri dell'audit	6
Strutture coinvolte	6
Risultati	6
Presidio Vittorio Emanuele	7
U.O. Urologia VE	9
U.O. Endoscopia VE.....	10
U.O. Chirurgia Toracica VE	11
U.O. I Chirurgia VE.....	12
U.O. Clinica Odontoiatrica VE	13
U.O. ODS VE.....	14
U.O. Radiologia VE.....	15
Presidio S. Bambino	17
U.O. Patologia Ostetrica S.B.....	19
U.O. Radiologia - SB	20
U.O. Ostetricia e Ginecologia S.B	21
U.O. Oculistica S.M.....	22
Presidio G. Rodolico	23
U.O. Endoscopia G.R.....	25
U.O. Radiologia 8 G.R.....	26
U.O. Clinica Ortopedica G.R	27
U.O. Chirurgia Vascolare 1 G.R	28
U.O. Chirurgia Generale G.R.....	29
U.O. Chirurgia indirizzo oncologico G.R	30
U.O. Radioterapia G.R.....	31



U.O. Radiodiagnostica G.R.....	32
U.O. Chirurgia addominale e d'urgenza G.R.....	33
U.O. Chirurgia generale e senologica G.R.....	34
U.O. Ostetricia e ginecologia G.R	35
U.O. Chirurgia Pediatrica G.R	36
U.O. Trapianti G.R.....	37
U.O. ORL G.R	38
U.O. Oculistica G.R.....	39
U.O. Cardiocirurgia G.R	40
U.O. Cardiologia G.R	41
U.O. Clinica Chirurgica G.R.....	42
U.O. Ematologia G.R.....	43
U.O. Chirurgia Vascolare G.R	44
Risultanze dell'audit	45
Considerazioni finali	48

Obiettivi dell'audit

Valutazione delle modalità di gestione del consenso informato.

L'audit che si è svolto il 10-11-17 e 18 dicembre 2018 è stato finalizzato a verificare le modalità di acquisizione del consenso informato.

Requisiti e standard di riferimento:

Procedura aziendale "Modalità acquisizione consenso informato" PGS-UOQ-7-02 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)

DLgs 154/2013 "Revisione delle disposizioni vigenti in materia di filiazione, a norma dell'articolo 2 della legge 10 dicembre 2012, n. 219"

D.P.R. 14 Gennaio 1997: "approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private."

D. Lgs. 502/1992 "Riordino della disciplina in materia sanitaria"

D.Lgs 229/1999 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419"

D.A. 890/2002 "Direttive per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie della Regione Siciliana"

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."

Codice di Deontologia Medica, ed. 2017.

Documento del Comitato Nazionale per la Bioetica, 20 giugno 1992 "Informazione e consenso all'atto medico."

Convenzione per la protezione Diritti dell'Uomo e la Biomedicina 19 novembre 1996

Consiglio d'Europa e bozza preliminare di dichiarazione universale sul genoma umano e i diritti umani" (UNESCO) 1996

Convenzione di Oviedo

Convenzione per la protezione dei diritti dell'uomo e la dignità dell'essere umano riguardo alle applicazioni della biologia e della medicina

Joint Commission International "manuale per l'accreditamento per gli ospedali" ed. 2017

Norma UNI EN ISO 9000:2015 Sistemi di gestione per la qualità - Fondamenti e terminologia

UNI EN ISO 15224:2017 - Applicazione della EN ISO 9001:2015 per la cura della salute

Criteria dell'audit

Nel corso dell'audit è stato valutato, se:

- Viene utilizzato il modello di consenso informato aziendale
- E' presente un foglio informativo
- Sono presenti i dati identificativi della struttura sanitaria e 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
- E' presente la sintesi della situazione clinica del paziente
- E' presente l'atto sanitario proposto
- E' presente la data in cui l'informativa è stata fornita
- E' presente la data di compilazione del modulo
- E' presente la firma del paziente o dei genitori/rappresentante legale/tutore
- E' presente la firma del medico che ha acquisito il consenso

Strutture coinvolte

L'audit che si è svolto il 10-11-17 e 18 dicembre, ha coinvolto 31 unità operative.

Sono state valutate 155 cartelle cliniche.

Risultati

La valutazione è espressa sommando il numero di item positivi applicabili e standardizzando il totale come percentuale del punteggio massimo possibile.

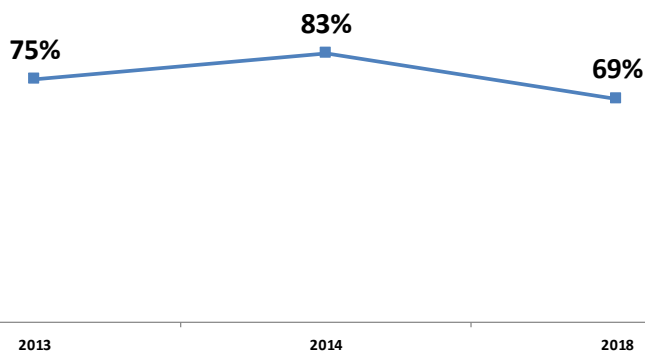
I risultati sono presentati per unità operativa.

Presidio Vittorio Emanuele



U.O. Urologia VE
DIRETTORE
Dr. Mario Falsaperla
REFERENTE PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
Dr.ssa Federico Nicolosi
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr./Sig. Natalia Passatore
DATA
10 dicembre 2018
AUDITOR
1. Enza Mulè
2. Giuseppe Saglimbeni
3. Patrizia Cesaretti
PERSONALE CONTATTATO E MAIL
1. dr.ssa Anna Grazia Belloni
2. dr.ssa Giuseppe Sapuppo
3.

PO Vittorio Emanuele
U.O. Urologia
AUDIT MODALITÀ DI REGISTRAZIONE DEL CONSENSO INFORMATO
 andamento % standardizzato degli items positivi

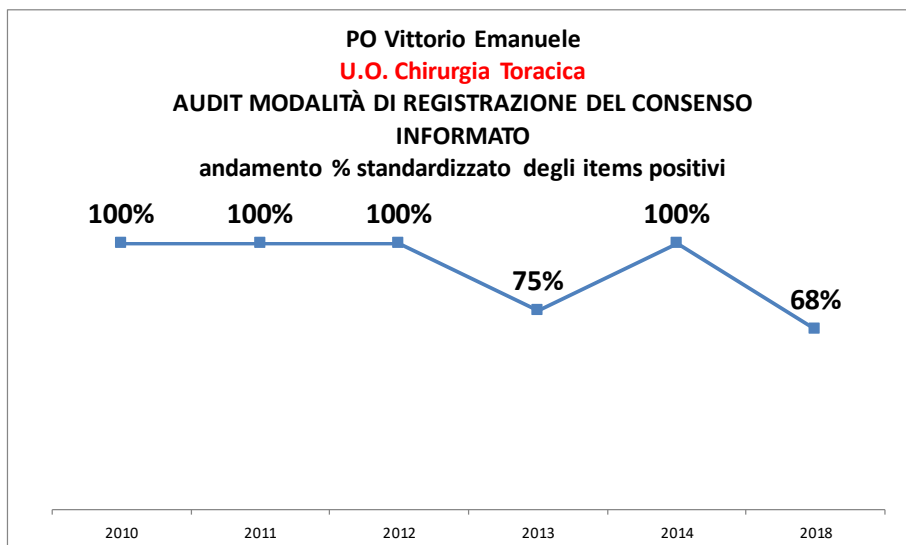


unità operativa	Urologia					TOTALE
	id. cartella					
id. cartella	41526	23462	18995	17932	34880	
Viene utilizzato il modello di consenso informato aziendale	NO	SI	SI	SI	SI	
E' presente un foglio informativo	NO	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi della struttura sanitaria e dell' U.O.	SI	NO	NO	NO	NO	
Sono presenti i dati identificativi del paziente	SI	SI	SI	NO	NO	
Sono presenti i dati identificativi dei genitori (in caso di paziente minorenne)?	NO	NA	NA	NO	NA	
Sono presenti i dati identificativi del legale rappresentante ove esista	NO	NA	NA	NO	NA	
E' presente la sintesi della situazione clinica del paziente	SI	SI	SI	SI	NO	
E' presente l'atto sanitario proposto	SI	SI	SI	SI	NO	
E' presente la data in cui l'informativa è stata fornita	SI	SI	SI	NO	SI	
E' presente la data di compilazione del modulo	SI	SI	SI	SI	NO	
E' presente la firma del paziente o dei genitori/rappresentante legale/tutore	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la firma del medico che ha acquisito il consenso	SI	SI	SI	SI	NO	
TOTALE SI	8	9	9	7	4	37
TOTALE NO	4	1	1	5	6	17
SOMMA	12	10	10	12	10	54
%SI	67%	90%	90%	58%	40%	69%
%NO	33%	10%	10%	42%	60%	31%

U.O. Endoscopia VE
DIRETTORE
Dr. Antonio Magnano
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
Dr. Ignazio Russo
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr./Sig. Nunziato Rosta
DATA AUDIT
10 dicembre 2018
AUDITOR
1. Enza Mulè
2. Giuseppe Saglimbeni
3. Patrizia Cesaretti
PERSONALE CONTATTATO
1. Dr. Nunziato Rosta
2. Sigra Antonino Magnano

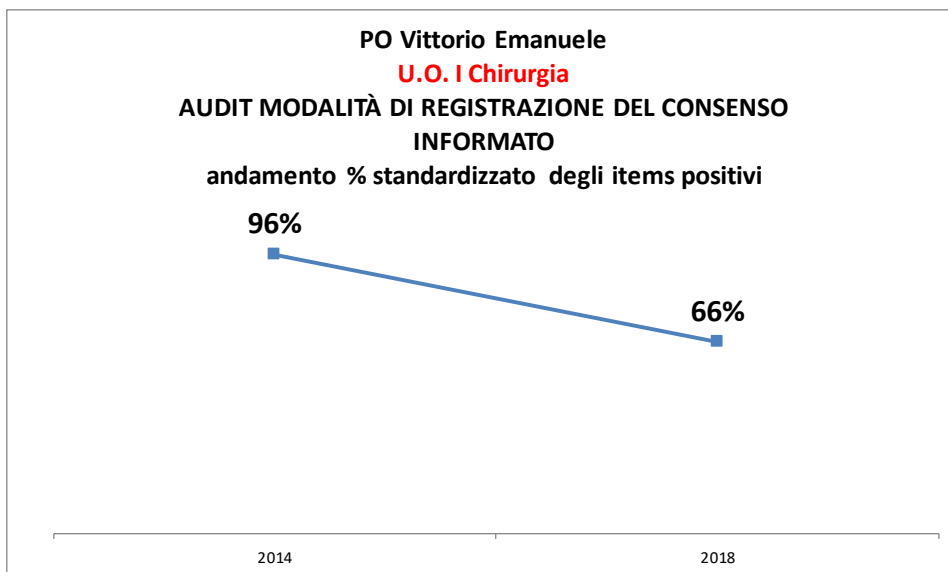
unità operativa	Endoscopia					TOTALE
	1217	1212	105	1434	21	
id. cartella	SI	SI	SI	SI	SI	
Viene utilizzato il modello di consenso informato aziendale	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente un foglio informativo	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi della struttura sanitaria e dell' U.O.	SI	SI	SI	SI	NO	
Sono presenti i dati identificativi del paziente	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi dei genitori (in caso di paziente minorenni)?	NA	NA	NA	NA	NA	
Sono presenti i dati identificativi del legale rappresentante ove esista	NA	NA	NA	NA	NA	
E' presente la sintesi della situazione clinica del paziente	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente l'atto sanitario proposto	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la data in cui l'informativa è stata fornita	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la data di compilazione del modulo	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la firma del paziente o dei genitori/rappresentante legale/tutore	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la firma del medico che ha acquisito il consenso	SI	SI	SI	SI	SI	
TOTALE SI	10	10	10	10	9	49
TOTALE NO	0	0	0	0	1	1
SOMMA	10	10	10	10	10	50
%SI	100%	100%	100%	100%	90%	98%
%NO	0%	0%	0%	0%	10%	2%

U.O. Chirurgia Toracica VE
DIRETTORE
DR. Alberto Terminella
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
Dr. Giacomo Cusmano
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr./Sig. Agata Trovato
DATA AUDIT
10 dicembre 2018
AUDITOR
1. Enza Mulè
2. Giuseppe Saglimbeni
3. Patrizia Cesaretti
PERSONALE CONTATTATO
1. Dr./Sig. Agata Trovato
2. Dr./Sig. Carmelo Riscica



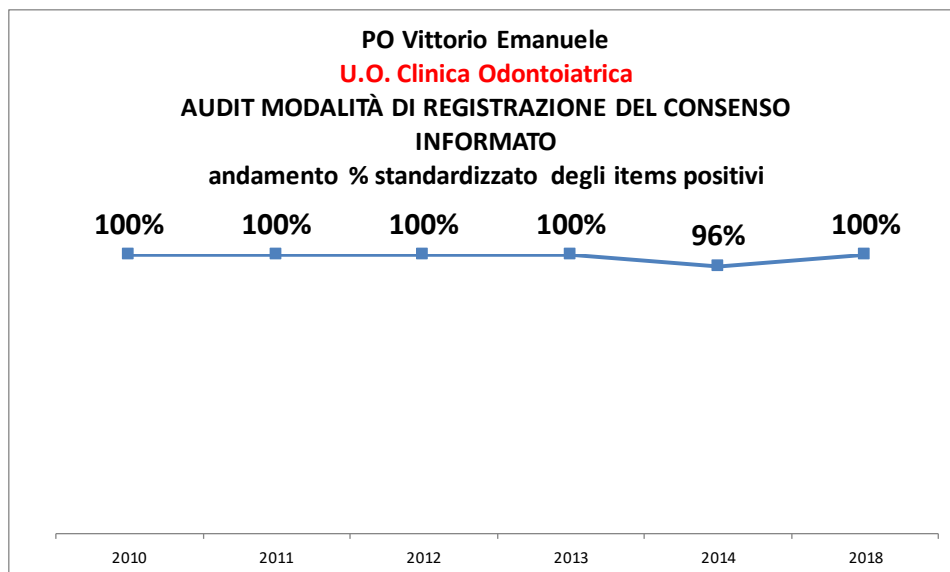
unità operativa	Chirurgia Toracica					TOTALE
	30550	7807	30513	23463	29682	
id. cartella	30550	7807	30513	23463	29682	
Viene utilizzato il modello di consenso informato aziendale	NO	NO	NO	NO	NO	
E' presente un foglio informativo	NO	NO	NO	NO	NO	
Sono presenti i dati identificativi della struttura sanitaria e dell' U.O.	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi del paziente	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi dei genitori (in caso di paziente minorenni)?	NA	NA	NO	NA	NA	
Sono presenti i dati identificativi del legale rappresentante ove esista	NA	SI	NO	NA	NA	
E' presente la sintesi della situazione clinica del paziente	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente l'atto sanitario proposto	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la data in cui l'informativa è stata fornita	NO	NO	NO	NO	NO	
E' presente la data di compilazione del modulo	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la firma del paziente o dei genitori/rappresentante legale/tutore	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la firma del medico che ha acquisito il consenso	SI	SI	SI	SI	SI	
TOTALE SI	7	8	7	7	7	36
TOTALE NO	3	3	5	3	3	17
SOMMA	10	11	12	10	10	53
%SI	70%	73%	58%	70%	70%	68%
%NO	30%	27%	42%	30%	30%	32%

U.O. I Chirurgia VE
DIRETTORE
Dr. Salvatore Motta
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
Dr.
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr./Sig. Rita De luca
DATA AUDIT
10 dicembre 2018
AUDITOR
1. Enza Mulè
2. Giuseppe Saglimbeni
3. Patrizia Cesaretti
PERSONALE CONTATTATO
1. dr./sig. Antonio Tanzillo
2. dr.



unità operativa	I Chirurgia					TOTALE
	id. cartella	26113	6590	5816	13070	
Viene utilizzato il modello di consenso informato aziendale	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente un foglio informativo	NO	NO	NO	NO	NO	
Sono presenti i dati identificativi della struttura sanitaria e dell' U.O.	NO	NO	NO	NO	SI	
Sono presenti i dati identificativi del paziente	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi dei genitori (in caso di paziente minorenni)?	NA	NA	NA	NA	NA	
Sono presenti i dati identificativi del legale rappresentante ove esista	NA	NA	NA	NA	NA	
E' presente la sintesi della situazione clinica del paziente	SI	NO	SI	SI	SI	
E' presente l'atto sanitario proposto	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la data in cui l'informativa è stata fornita	NO	NO	NO	NO	NO	
E' presente la data di compilazione del modulo	SI	NO	SI	SI	SI	
E' presente la firma del paziente o dei genitori/rappresentante legale/tutore	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la firma del medico che ha acquisito il consenso	SI	NO	SI	SI	SI	
TOTALE SI	7	4	7	7	8	33
TOTALE NO	3	6	3	3	2	17
SOMMA	10	10	10	10	10	50
%SI	70%	40%	70%	70%	80%	66%
%NO	30%	60%	30%	30%	20%	34%

U.O. Clinica Odontoiatrica VE
DIRETTORE
Prof. Ernesto Rapisardi
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
Dr.ssa Tiziana Di Prima
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr./Sig. Antonella Urso
DATA AUDIT
10 dicembre 2018
AUDITOR
1. Wanda Desta
2. Raffaele Iorfida
3.
PERSONALE CONTATTATO
1. Dr.ssa Antonella Urso

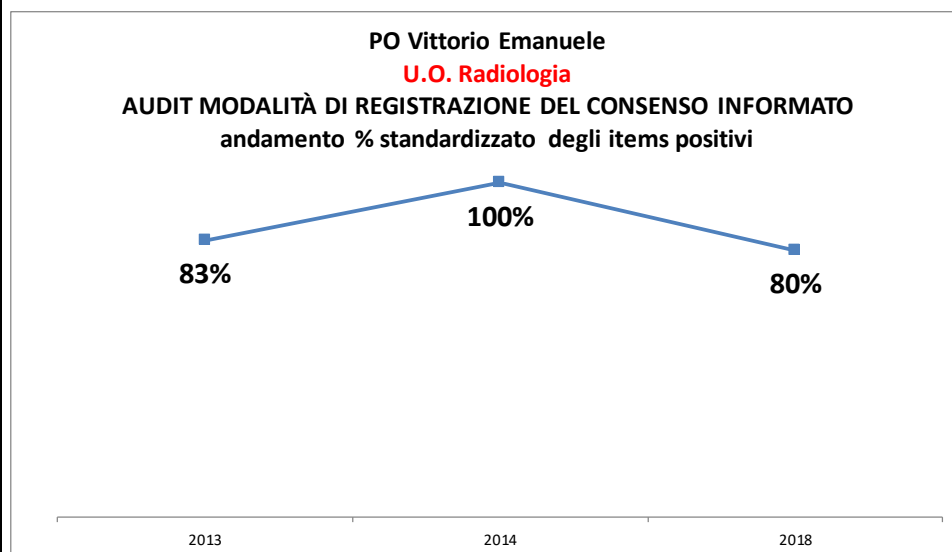


unità operativa	Clinica Odontoiatrica					TOTALE
	9510	24728	24192	26192	26991	
id. cartella	SI	SI	SI	SI	SI	
Viene utilizzato il modello di consenso informato aziendale	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente un foglio informativo	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi della struttura sanitaria e dell' U.O.	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi del paziente	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi dei genitori (in caso di paziente minorenni)?	NA	NA	NA	NA	NA	
Sono presenti i dati identificativi del legale rappresentante ove esista	NA	NA	NA	NA	NA	
E' presente la sintesi della situazione clinica del paziente	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente l'atto sanitario proposto	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la data in cui l'informativa è stata fornita	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la data di compilazione del modulo	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la firma del paziente o dei genitori/rappresentante legale/tutore	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la firma del medico che ha acquisito il consenso	SI	SI	SI	SI	SI	
TOTALE SI	10	10	10	10	10	50
TOTALE NO	0	0	0	0	0	0
SOMMA	10	10	10	10	10	50
%SI	100%	100%	100%	100%	100%	100%
%NO	0%	0%	0%	0%	0%	0%

U.O. ODS VE
DIRETTORE
Prof. Riccardo Spampinato
REFERENTE PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
Dr. Marco Terranova
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr./Sig. Agata Scuderi
DATA AUDIT
10 dicembre 2018
AUDITOR
1. Wanda Desta
2. Raffaele Iorfida
3.
PERSONALE CONTATTATO
1. Dr./Sig. Roberto Scuderi

unità operativa	ODS					TOTALE
	40805	40804	40850	40854	40780	
id. cartella						
Viene utilizzato il modello di consenso informato aziendale	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente un foglio informativo	NO	NO	NO	NO	NO	
Sono presenti i dati identificativi della struttura sanitaria e dell' U.O.	NO	NO	NO	NO	NO	
Sono presenti i dati identificativi del paziente	NO	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi dei genitori (in caso di paziente minorenni)?	NA	NA	SI	SI	NA	
Sono presenti i dati identificativi del legale rappresentante ove esista	NA	NA	NA	NA	NA	
E' presente la sintesi della situazione clinica del paziente	SI	SI	SI	NO	SI	
E' presente l'atto sanitario proposto	SI	SI	SI	NO	SI	
E' presente la data in cui l'informativa è stata fornita	NO	NO	NO	NO	NO	
E' presente la data di compilazione del modulo	NO	NO	SI	SI	SI	
E' presente la firma del paziente o dei genitori/rappresentante legale/tutore	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la firma del medico che ha acquisito il consenso	SI	SI	SI	NO	SI	
TOTALE SI	5	6	8	5	7	31
TOTALE NO	5	4	3	6	3	21
SOMMA	10	10	11	11	10	52
%SI	50%	60%	73%	45%	70%	60%
%NO	50%	40%	27%	55%	30%	40%

U.O. Radiologia VE
DIRETTORE
Dr. Carmelo Privitera
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
Dr. Agata Rizzo
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr./Sig. Lorenzo Luppi
DATA AUDIT
10 DICEMBRE 2018
AUDITOR
1. Wanda Desta
2. Raffaele Iorfida
3.
PERSONALE CONTATTATO
1. Dr./Sig. Agata Rizzo
2.

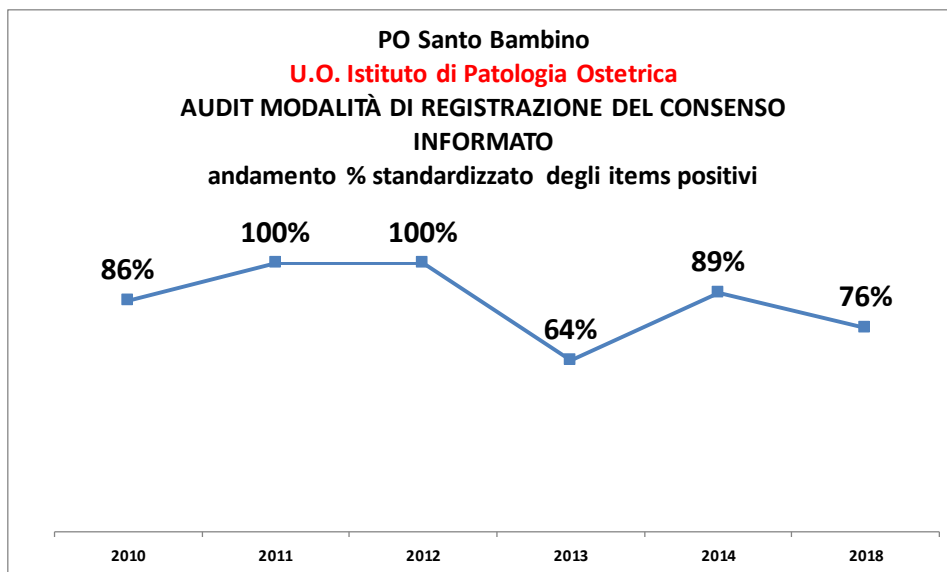


unità operativa	Radiologia					TOTALE
	P.C	R.E	C.P	R.G	V.E	
id. cartella						
Viene utilizzato il modello di consenso informato aziendale	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente un foglio informativo	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi della struttura sanitaria e dell' U.O.	NO	NO	NO	NO	NO	
Sono presenti i dati identificativi del paziente	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi dei genitori (in caso di paziente minorenni)?	NA	NA	NA	NA	NA	
Sono presenti i dati identificativi del legale rappresentante ove esista	NA	NA	NA	NA	NA	
E' presente la sintesi della situazione clinica del paziente	NA	NA	NA	NA	NA	
E' presente l'atto sanitario proposto	NO	NO	NO	SI	SI	
E' presente la data in cui l'informativa è stata fornita	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la data di compilazione del modulo	SI	SI	NO	SI	SI	
E' presente la firma del paziente o dei genitori/rappresentante legale/tutore	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la firma del medico che ha acquisito il consenso	SI	SI	SI	SI	SI	
TOTALE SI	7	7	6	8	8	35
TOTALE NO	2	2	3	1	1	9
SOMMA	9	9	9	9	8	44
%SI	78%	78%	67%	89%	89%	80%
%NO	22%	22%	33%	11%	11%	20%

Presidio S. Bambino

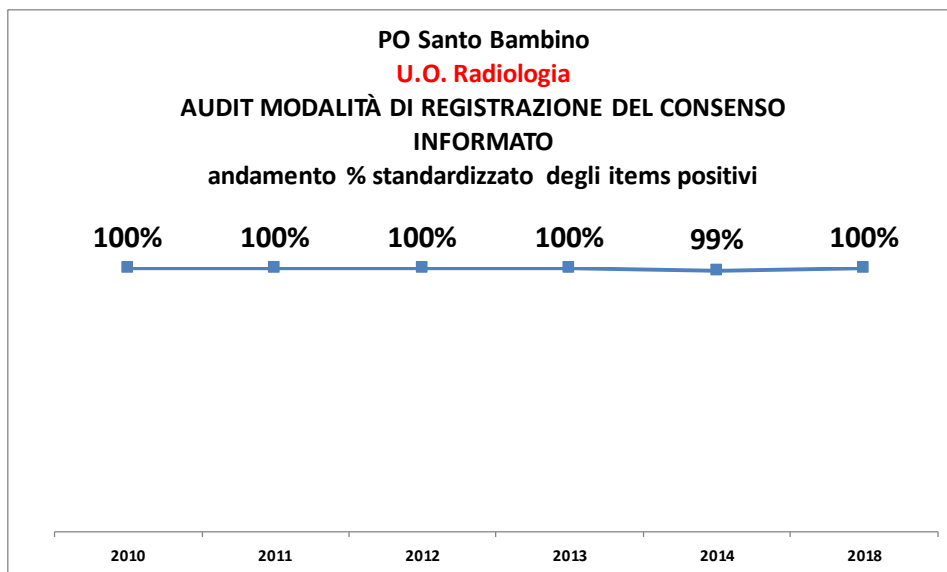


U.O. Patologia Ostetrica S.B
DIRETTORE
Dr.ssa Marco Palumbo
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
Dr.
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr./Sig. Anna Mancani
DATA AUDIT
11 dicembre 2018
AUDITOR
1. dr.ssa Anna Famoso
2. dr.ssa Angela Ragusa
3. dr.ssa Arena Catena
PERSONALE CONTATTATO
1. dr./Sig. Anna Mancani
2. dr.ssa
3. dr



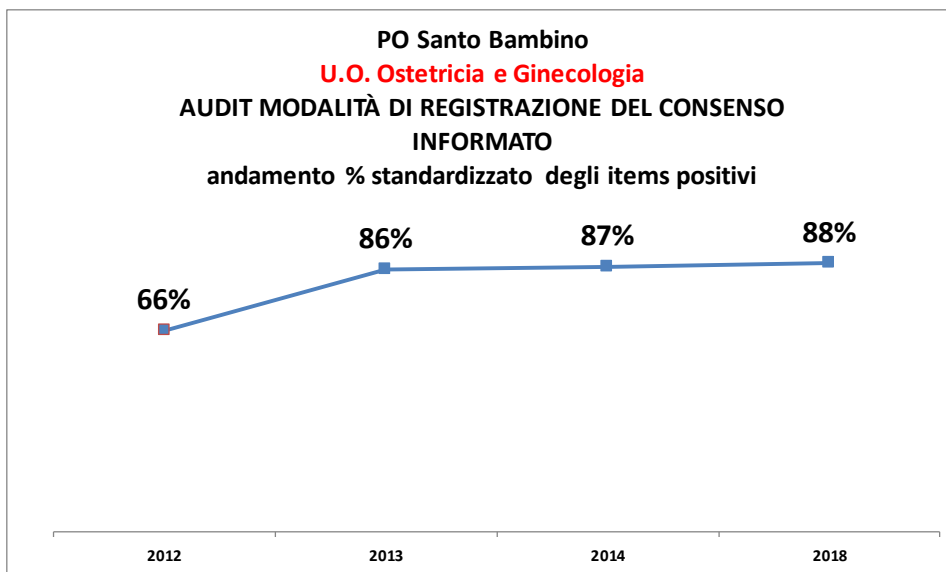
unità operativa	Patologia Ostetrica					TOTALE
	26635	39039	38012	31094	42155	
id. cartella	26635	39039	38012	31094	42155	
Viene utilizzato il modello di consenso informato aziendale	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente un foglio informativo	NO	NO	NO	NO	NO	
Sono presenti i dati identificativi della struttura sanitaria e dell' U.O.	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi del paziente	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi dei genitori (in caso di paziente minorenne)?	NA	NA	NA	NA	NA	
Sono presenti i dati identificativi del legale rappresentante ove esista	NA	NA	NA	NA	NA	
E' presente la sintesi della situazione clinica del paziente	SI	SI	SI	SI	NO	
E' presente l'atto sanitario proposto	SI	SI	SI	SI	NO	
E' presente la data in cui l'informativa è stata fornita	NO	NO	NO	NO	NO	
E' presente la data di compilazione del modulo	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la firma del paziente o dei genitori/rappresentante legale/tutore	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la firma del medico che ha acquisito il consenso	SI	SI	SI	SI	SI	
TOTALE SI	8	8	8	8	6	38
TOTALE NO	2	2	2	2	4	12
SOMMA	10	10	10	10	10	50
%SI	80%	80%	80%	80%	60%	76%
%NO	20%	20%	20%	20%	40%	24%

U.O. Radiologia - SB
DIRETTORE
Dr.ssa Rita Meloni
REFERENTE PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
Dr.ssa Valentina Cirmi
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr./Sig. Agata Scuderi
DATA AUDIT
11 dicembre 2018
AUDITOR
1. dr.ssa Anna Famoso
2. dr.ssa Angela Ragusa
3. dr.ssa Arena Catena
PERSONALE CONTATTATO
1. dr.ssa Valentina Cirmi
2. Dr./Sig. Agata Scuderi



unità operativa	Radiologia					TOTALE
id. cartella	301118	241118	271118	291018	11432	
Viene utilizzato il modello di consenso informato aziendale	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente un foglio informativo	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi della struttura sanitaria e dell' U.O.	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi del paziente	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi dei genitori (in caso di paziente minorenni)?	NA	NA	NA	NA	NA	
Sono presenti i dati identificativi del legale rappresentante ove esista	NA	NA	NA	NA	NA	
E' presente la sintesi della situazione clinica del paziente	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente l'atto sanitario proposto	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la data in cui l'informativa è stata fornita	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la data di compilazione del modulo	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la firma del paziente o dei genitori/rappresentante legale/tutore	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la firma del medico che ha acquisito il consenso	SI	SI	SI	SI	SI	
TOTALE SI	10	10	10	10	10	50
TOTALE NO	0	0	0	0	0	0
SOMMA	10	10	10	10	10	50
%SI	100%	100%	100%	100%	100%	100%
%NO	0%	0%	0%	0%	0%	0%

U.O. Ostetricia e Ginecologia
S.B
DIRETTORE
Dr. Antonino Rapisarda
REFERENTE PER LA QUALITÀ E RISCHIO CLINICO
Dr.ssa Grazia Arena
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr./Sig. Carmela Oddo
DATA AUDIT
11 dicembre 2018
AUDITOR
1. dr.ssa Anna Famoso
2. dr.ssa Angela Ragusa
3. dr.ssa Arena Catena
PERSONALE CONTATTATO
1. Dr. Carmela Oddo



unità operativa	Ostetricia e ginecologia					TOTALE
	33937	33822	34463	34875	34110	
id. cartella	33937	33822	34463	34875	34110	
Viene utilizzato il modello di consenso informato aziendale	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente un foglio informativo	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi della struttura sanitaria e dell' U.O.	SI	SI	SI	NO	SI	
Sono presenti i dati identificativi del paziente	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi dei genitori (in caso di paziente minorenni)?	NA	NA	NA	NA	NA	
Sono presenti i dati identificativi del legale rappresentante ove esista	NA	NA	NA	NA	NA	
E' presente la sintesi della situazione clinica del paziente	SI	NO	NO	NO	SI	
E' presente l'atto sanitario proposto	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la data in cui l'informativa è stata fornita	SI	SI	NO	SI	SI	
E' presente la data di compilazione del modulo	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la firma del paziente o dei genitori/rappresentante legale/tutore	NO	SI	SI	SI	SI	
E' presente la firma del medico che ha acquisito il consenso	SI	SI	SI	SI	SI	
TOTALE SI	9	9	8	8	10	44
TOTALE NO	1	1	2	2	0	6
SOMMA	10	10	10	10	10	50
%SI	90%	90%	80%	80%	100%	88%
%NO	10%	10%	20%	20%	0%	12%



U.O. Oculistica S.M
DIRETTORE
Prof. Teresio Avitabile
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
Dr. Gaetano Profeta
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr./Sig. Rosa La Mancusa
Dr./Sig.
DATA AUDIT
11 dicembre 2018
AUDITOR
1. dr.ssa Anna Famoso
2. dr.ssa Angela Ragusa
3. dr.ssa Arena Catena
PERSONALE CONTATTATO
Dr.ssa Davide Scollo

unità operativa	Oculistica					TOTALE
id. cartella	13129	8193	9747	9618	8142	
Viene utilizzato il modello di consenso informato aziendale	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente un foglio informativo	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi della struttura sanitaria e dell' U.O.	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi del paziente	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi dei genitori (in caso di paziente minorenni)?	NA	NA	NA	NA	NA	
Sono presenti i dati identificativi del legale rappresentante ove esista	NA	NA	NA	NA	NA	
E' presente la sintesi della situazione clinica del paziente	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente l'atto sanitario proposto	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la data in cui l'informativa è stata fornita	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la data di compilazione del modulo	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la firma del paziente o dei genitori/rappresentante legale/tutore	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la firma del medico che ha acquisito il consenso	SI	SI	SI	SI	SI	
TOTALE SI	10	10	10	10	10	50
TOTALE NO	0	0	0	0	0	0
SOMMA	10	10	10	10	10	50
%SI	100%	100%	100%	100%	100%	100%
%NO	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Presidio G. Rodolico



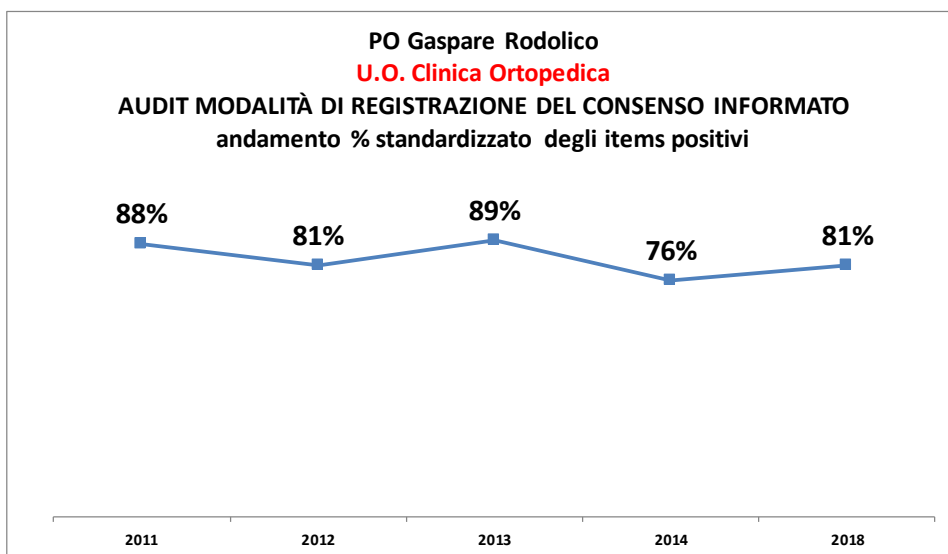
U.O. Endoscopia G.R
DIRETTORE
Dr. Antonio Magnano
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
Dr.
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr./Sig. Nunzio Rosta
Dr./Sig.
DATA AUDIT
17 dicembre 2018
AUDITOR
1. dr. Filippo Grasso
2. dr. Giuseppe Scarpinati
3. dr.
PERSONALE CONTATTATO
Dr.ssa Angela Marino

unità operativa	Endoscopia					TOTALE
	18/1052	18/1053	18/943	18/1055	18/941	
id. cartella						
Viene utilizzato il modello di consenso informato aziendale	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente un foglio informativo	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi della struttura sanitaria e dell' U.O.	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi del paziente	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi dei genitori (in caso di paziente minorenni)?	NA	NA	NA	NA	NA	
Sono presenti i dati identificativi del legale rappresentante ove esista	NA	NA	NA	NA	NA	
E' presente la sintesi della situazione clinica del paziente	NA	NA	NA	NA	NA	
E' presente l'atto sanitario proposto	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la data in cui l'informativa è stata fornita	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la data di compilazione del modulo	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la firma del paziente o dei genitori/rappresentante legale/tutore	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la firma del medico che ha acquisito il consenso	SI	SI	SI	SI	SI	
TOTALE SI	9	9	9	9	9	45
TOTALE NO	0	0	0	0	0	0
SOMMA	9	9	9	9	9	45
%SI	100%	100%	100%	100%	100%	100%
%NO	0%	0%	0%	0%	0%	0%

U.O. Radiologia 8 G.R
DIRETTORE
Dr. Carmelo Privitera
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
Dr.ssa Agata Rizzo
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr./Sig. Anna Sciabò
Dr./Sig.
DATA AUDIT
17 dicembre 2018
AUDITOR
1. dr. Filippo Grasso
2. dr. Giuseppe Scarpinati
3. dr.
PERSONALE CONTATTATO
Dr.ssa Laura Riela

unità operativa	Radiologia					TOTALE
	18/18951	18/5030	18/5122	18/4903	18/4950	
id. cartella						
Viene utilizzato il modello di consenso informato aziendale	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente un foglio informativo	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi della struttura sanitaria e dell' U.O.	SI	NO	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi del paziente	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi dei genitori (in caso di paziente minorenni)?	NA	NA	NA	NA	NA	
Sono presenti i dati identificativi del legale rappresentante ove esista	NA	NA	NA	NA	NA	
E' presente la sintesi della situazione clinica del paziente	NA	SI	NA	SI	SI	
E' presente l'atto sanitario proposto	SI	SI	NO	SI	SI	
E' presente la data in cui l'informativa è stata fornita	NO	SI	NO	SI	SI	
E' presente la data di compilazione del modulo	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la firma del paziente o dei genitori/rappresentante legale/tutore	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la firma del medico che ha acquisito il consenso	SI	SI	SI	SI	SI	
TOTALE SI	8	9	7	10	10	44
TOTALE NO	1	1	2	0	0	4
SOMMA	9	10	9	10	10	48
%SI	89%	90%	78%	100%	100%	92%
%NO	11%	10%	22%	0%	0%	8%

U.O. Clinica Ortopedica G.R
DIRETTORE
Dr. Giuseppe Sessa
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
Dr. Angelo Raffa
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr./Sig.ra Anna Cara
Dr./Sig. Concetta Andolfo
DATA AUDIT
17 dicembre 2018
AUDITOR
1. dr. Filippo Grasso
2. dr. Giuseppe Scarpinati
3. dr.
PERSONALE CONTATTATO
Dr.ssa Anna Cara



unità operativa	Clinica Ortopedica					TOTALE
	18/24903	18/7471	18/25187	18/7312	18/29338	
Viene utilizzato il modello di consenso informato aziendale	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente un foglio informativo	NO	NO	SI	NO	NO	
Sono presenti i dati identificativi della struttura sanitaria e dell' U.O.	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi del paziente	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi dei genitori (in caso di paziente minorenne)?	NA	SI	NA	NA	NA	
Sono presenti i dati identificativi del legale rappresentante ove esista	NA	NA	NA	SI	NA	
E' presente la sintesi della situazione clinica del paziente	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente l'atto sanitario proposto	SI	SI	SI	NO	SI	
E' presente la data in cui l'informativa è stata fornita	NO	NO	NO	NO	NO	
E' presente la data di compilazione del modulo	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la firma del paziente o dei genitori/rappresentante legale/tutore	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la firma del medico che ha acquisito il consenso	SI	SI	SI	SI	SI	
TOTALE SI	8	9	9	8	8	42
TOTALE NO	2	2	1	3	2	10
SOMMA	10	11	10	11	10	52
%SI	80%	82%	90%	73%	80%	81%
%NO	20%	18%	10%	27%	20%	19%

U.O. Chirurgia Vascolare 1
G.R
DIRETTORE
Dr. Antonino Battaglia
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
Dr. Alberto Turiano
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr./Sig.ra Giusi Attanasio
Dr./Sig.
DATA AUDIT
17 dicembre 2018
AUDITOR
1. dr. Filippo Grasso
2. dr. Giuseppe Scarpinati
3. dr.
PERSONALE CONTATTATO
Dr.ssa Giusi Attanasio

unità operativa	Chirurgia Vascolare 1					TOTALE
	18/31640	18/19120	18/13097	18/14013	18/8696	
id. cartella						
Viene utilizzato il modello di consenso informato aziendale	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente un foglio informativo	NO	SI	SI	SI	NO	
Sono presenti i dati identificativi della struttura sanitaria e dell' U.O.	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi del paziente	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi dei genitori (in caso di paziente minorenni)?	NA	NA	NA	NA	NA	
Sono presenti i dati identificativi del legale rappresentante ove esista	NA	NA	NA	NA	NA	
E' presente la sintesi della situazione clinica del paziente	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente l'atto sanitario proposto	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la data in cui l'informativa è stata fornita	NO	SI	SI	SI	NO	
E' presente la data di compilazione del modulo	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la firma del paziente o dei genitori/rappresentante legale/tutore	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la firma del medico che ha acquisito il consenso	SI	NO	SI	SI	SI	
TOTALE SI	8	9	10	10	8	45
TOTALE NO	2	1	0	0	2	5
SOMMA	10	10	10	10	10	50
%SI	80%	90%	100%	100%	80%	90%
%NO	20%	10%	0%	0%	20%	10%

U.O. Chirurgia Generale G.R
DIRETTORE
Dr. S. Puleo
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
Dr.
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr./Sig.ra Rosa Maria Leto
Dr./Sig.
DATA AUDIT
17 dicembre 2018
AUDITOR
1. dr. Daniela Cutuli
2. dr. Filippo La Paglia
3. dr.
PERSONALE CONTATTATO
Dr.ssa Andrea Angilello

unità operativa	Chirurgia Generale					TOTALE
	41613/18	41562/18	41535/18	25076/18	35020/18	
id. cartella						
Viene utilizzato il modello di consenso informato aziendale	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente un foglio informativo	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi della struttura sanitaria e dell' U.O.	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi del paziente	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi dei genitori (in caso di paziente minorenni)?	NA	NA	NA	NA	NA	
Sono presenti i dati identificativi del legale rappresentante ove esista	NA	NA	NA	NA	NA	
E' presente la sintesi della situazione clinica del paziente	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente l'atto sanitario proposto	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la data in cui l'informativa è stata fornita	SI	NO	NO	SI	SI	
E' presente la data di compilazione del modulo	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la firma del paziente o dei genitori/rappresentante legale/tutore	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la firma del medico che ha acquisito il consenso	SI	SI	SI	NO	SI	
TOTALE SI	10	9	9	9	10	47
TOTALE NO	0	1	1	1	0	3
SOMMA	10	10	10	10	10	50
%SI	100%	90%	90%	90%	100%	94%
%NO	0%	10%	10%	10%	0%	6%

U.O. Chirurgia indirizzo oncologico G.R
DIRETTORE
Dr. A. Di Cataldo
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
Dr.ssa Silvana Latino
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr./Sig.ra Rosa Maria Leto
Dr./Sig.
DATA AUDIT
17 dicembre 2018
AUDITOR
1. dr. Daniela Cutuli
2. dr. Filippo La Paglia
3. dr.
PERSONALE CONTATTATO
Dr.ssa Santo Carnazza

unità operativa	Chirurgia indirizzo oncologico					TOTALE
	39994	36880/18	37501/18	37678/18	34180/18	
id. cartella	39994	36880/18	37501/18	37678/18	34180/18	
Viene utilizzato il modello di consenso informato aziendale	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente un foglio informativo	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi della struttura sanitaria e dell' U.O.	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi del paziente	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi dei genitori (in caso di paziente minorenni)?	NA	NA	NA	NA	NA	
Sono presenti i dati identificativi del legale rappresentante ove esista	NA	NA	NA	NA	NA	
E' presente la sintesi della situazione clinica del paziente	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente l'atto sanitario proposto	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la data in cui l'informativa è stata fornita	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la data di compilazione del modulo	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la firma del paziente o dei genitori/rappresentante legale/tutore	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la firma del medico che ha acquisito il consenso	SI	SI	SI	SI	SI	
TOTALE SI	10	10	10	10	10	50
TOTALE NO	0	0	0	0	0	0
SOMMA	10	10	10	10	10	50
%SI	100%	100%	100%	100%	100%	100%
%NO	0%	0%	0%	0%	0%	0%

U.O. Radioterapia G.R
DIRETTORE
Prof. Antonello Basile
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
Dr.
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr./Sig.ra Rita Modica
Dr./Sig.
DATA AUDIT
17 dicembre 2018
AUDITOR
1. dr. Daniela Cutuli
2. dr. Filippo La Paglia
3. dr.
PERSONALE CONTATTATO
Dr.ssa Corrado Spatola

unità operativa	Radioterapia					TOTALE
	21505	32596	38950	75	12248	
id. cartella	21505	32596	38950	75	12248	
Viene utilizzato il modello di consenso informato aziendale	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente un foglio informativo	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi della struttura sanitaria e dell' U.O.	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi del paziente	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi dei genitori (in caso di paziente minorenni)?	NA	NA	NA	NA	NA	
Sono presenti i dati identificativi del legale rappresentante ove esista	NA	NA	NA	NA	NA	
E' presente la sintesi della situazione clinica del paziente	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente l'atto sanitario proposto	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la data in cui l'informativa è stata fornita	NO	NO	NO	NO	NO	
E' presente la data di compilazione del modulo	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la firma del paziente o dei genitori/rappresentante legale/tutore	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la firma del medico che ha acquisito il consenso	SI	SI	SI	SI	SI	
TOTALE SI	9	9	9	9	9	45
TOTALE NO	1	1	1	1	1	5
SOMMA	10	10	10	10	10	50
%SI	90%	90%	90%	90%	90%	90%
%NO	10%	10%	10%	10%	10%	10%

U.O. Radiodiagnostica G.R
DIRETTORE
Prof. Antonello Basile
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
Dr.
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr./Sig. Antonio Vassallo
Dr./Sig.
DATA AUDIT
17 dicembre 2018
AUDITOR
1. dr. Daniela Cutuli
2. dr. Filippo La Paglia
3. dr.
PERSONALE CONTATTATO
Dr.ssa Antonio Vassallo

unità operativa	Radiodiagnostica					TOTALE
	396	419	398	428	395	
id. cartella	396	419	398	428	395	
Viene utilizzato il modello di consenso informato aziendale	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente un foglio informativo	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi della struttura sanitaria e dell' U.O.	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi del paziente	NO	NO	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi dei genitori (in caso di paziente minorenni)?	NA	NA	NA	NA	NA	
Sono presenti i dati identificativi del legale rappresentante ove esista	NA	NA	NA	NA	NA	
E' presente la sintesi della situazione clinica del paziente	NO	NO	NO	NO	NO	
E' presente l'atto sanitario proposto	SI	SI	NO	SI	SI	
E' presente la data in cui l'informativa è stata fornita	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la data di compilazione del modulo	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la firma del paziente o dei genitori/rappresentante legale/tutore	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la firma del medico che ha acquisito il consenso	SI	SI	NO	SI	SI	
TOTALE SI	8	8	7	9	9	41
TOTALE NO	2	2	3	1	1	9
SOMMA	10	10	10	10	10	50
%SI	80%	80%	70%	90%	90%	82%
%NO	20%	20%	30%	10%	10%	18%

U.O. Chirurgia addominale e d'urgenza G.R
DIRETTORE
Prof. G. Basile
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
Dr.
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr./Sig.ra Rosa Maria Leto
Dr./Sig.
DATA AUDIT
17 dicembre 2018
AUDITOR
1. dr. Daniela Cutuli
2. dr. Filippo La Paglia
3. dr.
PERSONALE CONTATTATO
Dr.ssa G. Basile

unità operativa	Chirurgia addominale e d'urgenza					TOTALE
id. cartella	37515	37444	41056	25439	59803	
Viene utilizzato il modello di consenso informato aziendale	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente un foglio informativo	NO	SI	SI	SI	NO	
Sono presenti i dati identificativi della struttura sanitaria e dell' U.O.	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi del paziente	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi dei genitori (in caso di paziente minorenne)?	NA	NA	NA	NA	NA	
Sono presenti i dati identificativi del legale rappresentante ove esista	NA	NA	NA	NA	NA	
E' presente la sintesi della situazione clinica del paziente	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente l'atto sanitario proposto	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la data in cui l'informativa è stata fornita	NO	SI	SI	NO	NO	
E' presente la data di compilazione del modulo	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la firma del paziente o dei genitori/rappresentante legale/tutore	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la firma del medico che ha acquisito il consenso	NO	SI	SI	SI	SI	
TOTALE SI	7	10	10	9	8	44
TOTALE NO	3	0	0	1	2	6
SOMMA	10	10	10	10	10	50
%SI	70%	100%	100%	90%	80%	88%
%NO	30%	0%	0%	10%	20%	12%

U.O. Chirurgia generale e senologica G.R
DIRETTORE
Prof. Alessandro Cappellani
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
Dr.
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr./Sig.ra Giuseppe Forcisi
Dr./Sig.
DATA AUDIT
17 dicembre 2018
AUDITOR
1. dr. Daniela Cutuli
2. dr. Filippo La Paglia
3. dr.
PERSONALE CONTATTATO
Prof. Alessandro Cappellani

unità operativa	Chirurgia generale e senologica					TOTALE
	34682/17	16304/18	38093/18	9502/18	13229/18	
id. cartella						
Viene utilizzato il modello di consenso informato aziendale	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente un foglio informativo	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi della struttura sanitaria e dell' U.O.	SI	SI	NO	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi del paziente	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi dei genitori (in caso di paziente minorenni)?	NA	NA	NO	NA	NA	
Sono presenti i dati identificativi del legale rappresentante ove esista	NA	NA	NA	NA	NA	
E' presente la sintesi della situazione clinica del paziente	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente l'atto sanitario proposto	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la data in cui l'informativa è stata fornita	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la data di compilazione del modulo	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la firma del paziente o dei genitori/rappresentante legale/tutore	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la firma del medico che ha acquisito il consenso	SI	SI	SI	SI	SI	
TOTALE SI	10	10	9	10	10	49
TOTALE NO	0	0	2	0	0	2
SOMMA	10	10	11	10	10	51
%SI	100%	100%	82%	100%	100%	96%
%NO	0%	0%	18%	0%	0%	4%

U.O. Ostetricia e ginecologia
G.R
DIRETTORE
Prof. Antonio Cianci
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
Dr.ssa Maria Teresa Meli
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr./Sig.ra Salvatrice Gentile
Dr./Sig.
DATA AUDIT
18 dicembre 2018
AUDITOR
1. dr. Margherita Bucchieri
2. dr. Anna Famoso
3. dr.
PERSONALE CONTATTATO
Dr./Sig.ra Salvatrice Gentile
Dr./Sig.ra Giacomo Rizzari

unità operativa	Ostetricia e ginecologia					TOTALE
	42151	42124	40907	40584	40591	
id. cartella	42151	42124	40907	40584	40591	
Viene utilizzato il modello di consenso informato aziendale	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente un foglio informativo	NO	NO	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi della struttura sanitaria e dell' U.O.	NO	NO	NO	NO	NO	
Sono presenti i dati identificativi del paziente	NO	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi dei genitori (in caso di paziente minorenne)?	NA	NA	NA	NA	NA	
Sono presenti i dati identificativi del legale rappresentante ove esista	NA	NA	NA	NA	NA	
E' presente la sintesi della situazione clinica del paziente	SI	SI	SI	SI	NO	
E' presente l'atto sanitario proposto	SI	SI	SI	SI	NO	
E' presente la data in cui l'informativa è stata fornita	NO	NO	SI	SI	NO	
E' presente la data di compilazione del modulo	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la firma del paziente o dei genitori/rappresentante legale/tutore	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la firma del medico che ha acquisito il consenso	SI	NO	NO	SI	NO	
TOTALE SI	6	6	8	9	5	34
TOTALE NO	4	4	2	1	5	16
SOMMA	10	10	10	10	10	50
%SI	60%	60%	80%	90%	50%	68%
%NO	40%	40%	20%	10%	50%	32%

U.O. Chirurgia Pediatrica G.R
DIRETTORE
Prof. V. Di Benedetto
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
Dr. Lorenzo Asero
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr./Sig.ra Rosaria Spitaleri
Dr./Sig.
DATA AUDIT
18 dicembre 2018
AUDITOR
1. dr. Margherita Bucchieri
2. dr. Anna Famoso
3. dr.
PERSONALE CONTATTATO
Dr./Sig.ra Rosaria Spitaleri
Dr./Sig.ra

unità operativa	Chirurgia Pediatrica					TOTALE
	41890	41869	41879	14606	40682	
id. cartella	41890	41869	41879	14606	40682	
Viene utilizzato il modello di consenso informato aziendale	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente un foglio informativo	NO	NO	NO	NO	NO	
Sono presenti i dati identificativi della struttura sanitaria e dell' U.O.	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi del paziente	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi dei genitori (in caso di paziente minorenne)?	SI	NO	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi del legale rappresentante ove esista	NA	NA	NA	NA	NA	
E' presente la sintesi della situazione clinica del paziente	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente l'atto sanitario proposto	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la data in cui l'informativa è stata fornita	NO	NO	NO	NO	NO	
E' presente la data di compilazione del modulo	SI	SI	SI	SI	NO	
E' presente la firma del paziente o dei genitori/rappresentante legale/tutore	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la firma del medico che ha acquisito il consenso	SI	SI	SI	SI	SI	
TOTALE SI	9	8	9	9	8	43
TOTALE NO	2	3	2	2	3	12
SOMMA	11	11	11	11	11	55
%SI	82%	73%	82%	82%	73%	78%
%NO	18%	27%	18%	18%	27%	22%

U.O. Trapianti G.R
DIRETTORE
Prof. Pierfrancesco Veroux
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
Dr.ssa Alessia Giaquinta
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr./Sig.ra Grazia Leone
Dr./Sig.
DATA AUDIT
18 dicembre 2018
AUDITOR
1. dr. Claudio Mazzaglia
2. dr. Patrizia Marcantonio
3. dr.
PERSONALE CONTATTATO
Dr./Sig. Fausto Carbone
Dr./Sig.ra

unità operativa	Trapianti					TOTALE
	40779	42714	42221	37029	39943	
id. cartella	40779	42714	42221	37029	39943	
Viene utilizzato il modello di consenso informato aziendale	SI	NO	SI	NO	NO	
E' presente un foglio informativo	SI	NO	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi della struttura sanitaria e dell' U.O.	NO	SI	SI	NO	SI	
Sono presenti i dati identificativi del paziente	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi dei genitori (in caso di paziente minorenni)?	NA	NA	NA	NA	NA	
Sono presenti i dati identificativi del legale rappresentante ove esista	NA	NA	NA	NA	NA	
E' presente la sintesi della situazione clinica del paziente	SI	SI	NO	SI	SI	
E' presente l'atto sanitario proposto	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la data in cui l'informativa è stata fornita	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la data di compilazione del modulo	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la firma del paziente o dei genitori/rappresentante legale/tutore	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la firma del medico che ha acquisito il consenso	NO	NO	NO	NO	NO	
TOTALE SI	8	7	8	7	8	38
TOTALE NO	2	3	2	3	2	12
SOMMA	10	10	10	10	10	50
%SI	80%	70%	80%	70%	80%	76%
%NO	20%	30%	20%	30%	20%	24%

U.O. ORL G.R
DIRETTORE
Prof. C. Grillo
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
Prof. S. Ferlito
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr./Sig. Rosario Belfiore
Dr./Sig.
DATA AUDIT
18 dicembre 2018
AUDITOR
1. dr. Claudio Mazzaglia
2. dr. Patrizia Marcantonio
3. dr.
PERSONALE CONTATTATO
Dr./Sig. Antonino Mancani
Dr./Sig.ra

unità operativa	ORL					TOTALE
	27798	22792	27892	24471	24404	
id. cartella	27798	22792	27892	24471	24404	
Viene utilizzato il modello di consenso informato aziendale	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente un foglio informativo	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi della struttura sanitaria e dell' U.O.	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi del paziente	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi dei genitori (in caso di paziente minorenni)?	NA	NA	SI	NA	NA	
Sono presenti i dati identificativi del legale rappresentante ove esista	NA	NA	SI	NA	NA	
E' presente la sintesi della situazione clinica del paziente	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente l'atto sanitario proposto	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la data in cui l'informativa è stata fornita	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la data di compilazione del modulo	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la firma del paziente o dei genitori/rappresentante legale/tutore	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la firma del medico che ha acquisito il consenso	SI	SI	SI	SI	SI	
TOTALE SI	10	10	12	10	10	52
TOTALE NO	0	0	0	0	0	0
SOMMA	10	10	12	10	10	52
%SI	100%	100%	100%	100%	100%	100%
%NO	0%	0%	0%	0%	0%	0%

U.O. Oculistica G.R
DIRETTORE
Prof. T. Avitabile
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
Dr. E. Malerba
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr./Sig. Rosario Belfiore
Dr./Sig.
DATA AUDIT
18 dicembre 2018
AUDITOR
1. dr. Claudio Mazzaglia
2. dr. Patrizia Marcantonio
3. dr.
PERSONALE CONTATTATO
Dr./Sig. Martina Trainito
Dr./Sig.ra

unità operativa	Oculistica					TOTALE
	30864	40324	41701	41398	38324	
id. cartella	30864	40324	41701	41398	38324	
Viene utilizzato il modello di consenso informato aziendale	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente un foglio informativo	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi della struttura sanitaria e dell' U.O.	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi del paziente	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi dei genitori (in caso di paziente minorenni)?	NA	NA	NA	NA	NA	
Sono presenti i dati identificativi del legale rappresentante ove esista	NA	NA	NA	NA	NA	
E' presente la sintesi della situazione clinica del paziente	NO	NO	SI	SI	SI	
E' presente l'atto sanitario proposto	NO	NO	SI	SI	SI	
E' presente la data in cui l'informativa è stata fornita	NO	NO	SI	SI	SI	
E' presente la data di compilazione del modulo	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la firma del paziente o dei genitori/rappresentante legale/tutore	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la firma del medico che ha acquisito il consenso	NO	SI	SI	SI	SI	
TOTALE SI	6	7	10	10	10	43
TOTALE NO	4	3	0	0	0	7
SOMMA	10	10	10	10	10	50
%SI	60%	70%	100%	100%	100%	86%
%NO	40%	30%	0%	0%	0%	14%

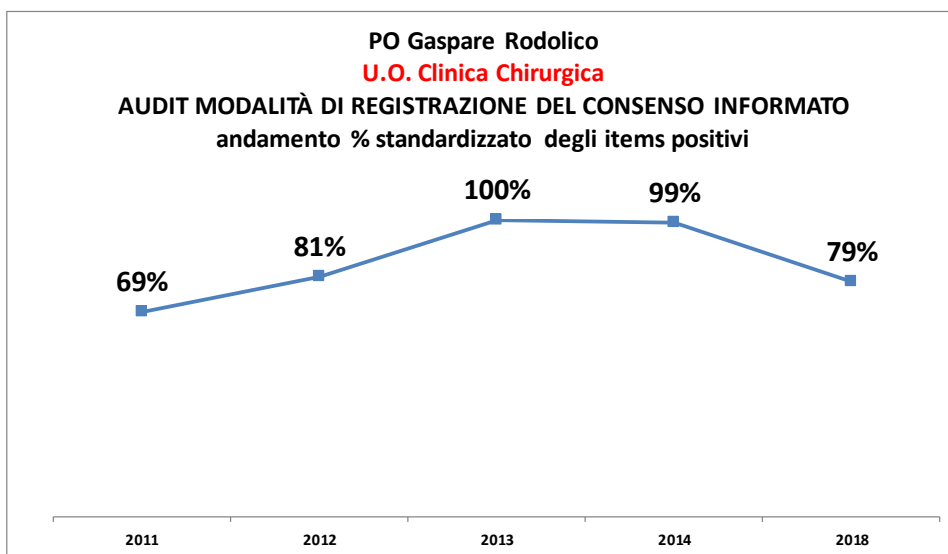
U.O. Cardiochirurgia G.R
DIRETTORE
Dr. Angelo Giuffrida
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
Dr.ssa Antonella Romeo
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr./Sig. Di Fazio
Dr./Sig.
DATA AUDIT
18 dicembre 2018
AUDITOR
1. dr. Claudio Mazzaglia
2. dr. Patrizia Marcantonio
3. dr.
PERSONALE CONTATTATO
Dr./Sig.ra Antonella Romeo
Dr./Sig.ra

unità operativa	Cardiochirurgia					TOTALE
	41794	41228	41394	41591	41395	
id. cartella	41794	41228	41394	41591	41395	
Viene utilizzato il modello di consenso informato aziendale	SI	SI	SI	SI	NO	
E' presente un foglio informativo	NO	NO	NO	NO	NO	
Sono presenti i dati identificativi della struttura sanitaria e dell' U.O.	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi del paziente	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi dei genitori (in caso di paziente minorenni)?	NA	NA	NA	NA	NA	
Sono presenti i dati identificativi del legale rappresentante ove esista	NA	NA	NA	NA	NA	
E' presente la sintesi della situazione clinica del paziente	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente l'atto sanitario proposto	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la data in cui l'informativa è stata fornita	NO	SI	SI	SI	NO	
E' presente la data di compilazione del modulo	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la firma del paziente o dei genitori/rappresentante legale/tutore	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la firma del medico che ha acquisito il consenso	NO	SI	SI	SI	SI	
TOTALE SI	7	9	9	9	7	41
TOTALE NO	3	1	1	1	3	9
SOMMA	10	10	10	10	10	50
%SI	70%	90%	90%	90%	70%	82%
%NO	30%	10%	10%	10%	30%	18%

U.O. Cardiologia G.R
DIRETTORE
Prof. Corrado Tamburino
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
Dr. W.Deste
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr./Sig. Tommaso Castro
Dr./Sig.
DATA AUDIT
18 dicembre 2018
AUDITOR
1. dr. Wanda Deste
2. dr. Vincenzo Parrinello
3. dr.
PERSONALE CONTATTATO
Dr./Sig. Tommaso Castro
Dr./Sig.ra

unità operativa	Cardiologia					TOTALE
	PS17/5/46	DG27/9/36	TS30/10/51	CA20/4/34	PG31/8/52	
id. cartella						
Viene utilizzato il modello di consenso informato aziendale	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente un foglio informativo	SI	SI	SI	NO	NO	
Sono presenti i dati identificativi della struttura sanitaria e dell' U.O.	SI	SI	SI	SI	NO	
Sono presenti i dati identificativi del paziente	NO	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi dei genitori (in caso di paziente minorenni)?	NA	NA	NA	NA	NA	
Sono presenti i dati identificativi del legale rappresentante ove esista	NA	NA	NA	NA	NA	
E' presente la sintesi della situazione clinica del paziente	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente l'atto sanitario proposto	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la data in cui l'informativa è stata fornita	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la data di compilazione del modulo	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la firma del paziente o dei genitori/rappresentante legale/tutore	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la firma del medico che ha acquisito il consenso	SI	NO	SI	SI	SI	
TOTALE SI	9	9	10	9	8	45
TOTALE NO	1	1	0	1	2	5
SOMMA	10	10	10	10	10	50
%SI	90%	90%	100%	90%	80%	90%
%NO	10%	10%	0%	10%	20%	10%

U.O. Clinica Chirurgica G.R
DIRETTORE
Prof. Francesco Basile
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
Dr. G. Scuderi
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr./Sig.ra Tiziana Burgio
Dr./Sig.
DATA AUDIT
18 dicembre 2018
AUDITOR
1. dr. Wanda Deste
2. dr. Vincenzo Parrinello
3. dr.
PERSONALE CONTATTATO
Dr./Sig. Gaspare Scuderi
Dr./Sig.ra



unità operativa	Clinica Chirurgica					TOTALE
	18042523	18042525	18043039	18043038	18043046	
Viene utilizzato il modello di consenso informato aziendale	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente un foglio informativo	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi della struttura sanitaria e dell' U.O.	NO	NO	NO	NO	SI	
Sono presenti i dati identificativi del paziente	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi dei genitori (in caso di paziente minorenne)?	NA	NA	NA	NA	NA	
Sono presenti i dati identificativi del legale rappresentante ove esista	NA	NA	NA	NA	NA	
E' presente la sintesi della situazione clinica del paziente	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente l'atto sanitario proposto	SI	NO	SI	SI	SI	
E' presente la data in cui l'informativa è stata fornita	NO	NO	SI	SI	SI	
E' presente la data di compilazione del modulo	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la firma del paziente o dei genitori/rappresentante legale/tutore	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la firma del medico che ha acquisito il consenso	SI	NO	SI	SI	NO	
TOTALE SI	8	6	9	9	9	41
TOTALE NO	2	4	1	1	1	9
SOMMA	10	10	10	10	10	50
%SI	80%	60%	90%	90%	90%	82%
%NO	20%	40%	10%	10%	10%	18%

U.O. Ematologia G.R
DIRETTORE
Prof. Francesco Di Raimondo
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
Dr. Dorina Cultrera
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr./Sig.ra Giuseppa Pappalardo
Dr./Sig.
DATA AUDIT
18 dicembre 2018
AUDITOR
1. dr. Wanda Deste
2. dr. Vincenzo Parrinello
3. dr.
PERSONALE CONTATTATO
Dr./Sig.
Dr./Sig.ra

unità operativa	Ematologia					TOTALE
	18042570	18042814	TV11/4/18	18042569	18040144	
id. cartella						
Viene utilizzato il modello di consenso informato aziendale	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente un foglio informativo	NO	SI	NO	NO	NO	
Sono presenti i dati identificativi della struttura sanitaria e dell' U.O.	NO	NO	NO	NO	NO	
Sono presenti i dati identificativi del paziente	SI	SI	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi dei genitori (in caso di paziente minorenni)?	NA	NA	NA	NA	NA	
Sono presenti i dati identificativi del legale rappresentante ove esista	NA	NA	NA	NA	NA	
E' presente la sintesi della situazione clinica del paziente	SI	NO	SI	NO	SI	
E' presente l'atto sanitario proposto	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la data in cui l'informativa è stata fornita	NO	NO	NO	NO	NO	
E' presente la data di compilazione del modulo	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la firma del paziente o dei genitori/rappresentante legale/tutore	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la firma del medico che ha acquisito il consenso	SI	NO	SI	NO	SI	
TOTALE SI	7	6	7	5	7	32
TOTALE NO	3	4	3	5	3	18
SOMMA	10	10	10	10	10	50
%SI	70%	60%	70%	50%	70%	64%
%NO	30%	40%	30%	50%	30%	36%

U.O. Chirurgia Vascolare G.R
DIRETTORE
Dr. Antonino Battaglia
REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO
Dr. Alberto Turiano
COORDINATORE INFERMIERISTICO
Dr./Sig.ra Giusi Attanasio
Dr./Sig.
DATA AUDIT
18 dicembre 2018
AUDITOR
1. dr.ssa Wanda Deste
2. dr. Vincenzo Parrinello
3. dr.
PERSONALE CONTATTATO
Dr./Sig. Annarita Carbonaro
Dr./Sig.ra

unità operativa	Chirurgia Vascolare					TOTALE
	18027072	18033571	18027350	18030884	18007274	
id. cartella						
Viene utilizzato il modello di consenso informato aziendale	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente un foglio informativo	SI	NO	SI	SI	SI	
Sono presenti i dati identificativi della struttura sanitaria e dell' U.O.	NO	NO	NO	NO	SI	
Sono presenti i dati identificativi del paziente	NO	NO	NO	NO	SI	
Sono presenti i dati identificativi dei genitori (in caso di paziente minorenni)?	NA	NA	NA	NA	NA	
Sono presenti i dati identificativi del legale rappresentante ove esista	NA	NA	NA	NA	NA	
E' presente la sintesi della situazione clinica del paziente	NO	SI	NO	NO	NO	
E' presente l'atto sanitario proposto	NO	NO	NO	NO	NO	
E' presente la data in cui l'informativa è stata fornita	SI	NO	SI	SI	SI	
E' presente la data di compilazione del modulo	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la firma del paziente o dei genitori/rappresentante legale/tutore	SI	SI	SI	SI	SI	
E' presente la firma del medico che ha acquisito il consenso	NO	SI	NO	NO	NO	
TOTALE SI	5	5	5	5	7	27
TOTALE NO	5	5	5	5	3	23
SOMMA	10	10	10	10	10	50
%SI	50%	50%	50%	50%	70%	54%
%NO	50%	50%	50%	50%	30%	46%

Risultanze dell'audit

Dall'analisi dei risultati relativi alle modalità di gestione della documentazione relativa alle modalità di gestione dei farmaci emergono diverse criticità.

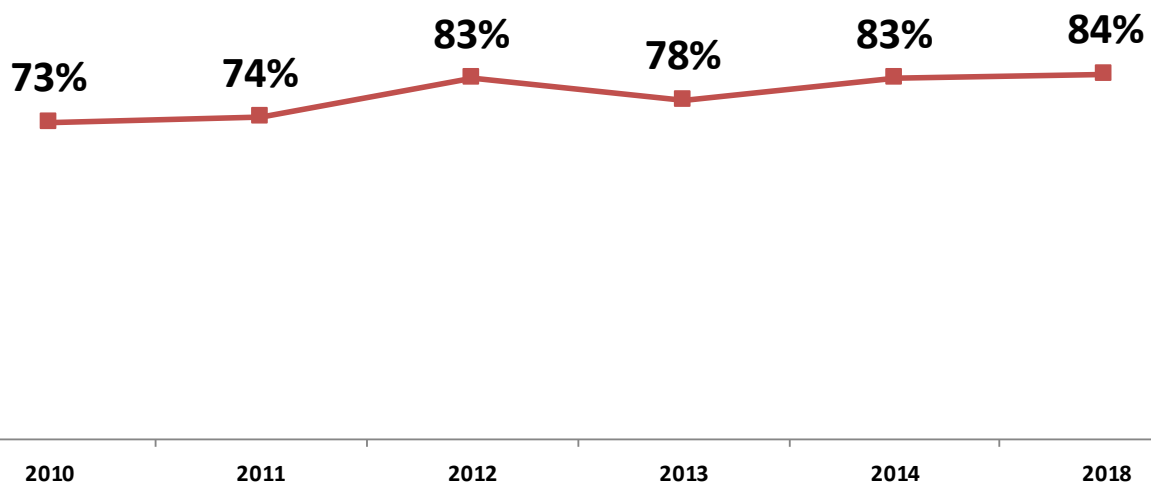
In particolare si segnala che:

- in 10 su 155 cartelle cliniche non viene utilizzato il modello di consenso informato aziendale;
- in 49 su 155 cartelle cliniche non è presente un foglio informativo;
- in 43 su 155 cartelle cliniche non sono presenti i dati identificativi della struttura sanitaria e dell' U.O.;
- in 11 su 155 cartelle cliniche non sono presenti i dati identificativi del paziente;
- in 6 su 14 cartelle cliniche non sono presenti i dati identificativi dei genitori (in caso di paziente minorenne);
- in 4 su 7 cartelle cliniche non sono presenti i dati identificativi del legale rappresentante ove esista;
- in 22 su 143 cartelle cliniche non è presente la sintesi della situazione clinica del paziente;
- in 18 su 155 cartelle cliniche non è presente l'atto sanitario proposto;
- in 61 su 155 cartelle cliniche non è presente la data in cui l'informativa è stata fornita;
- in 6 su 155 cartelle cliniche non è presente la data di compilazione del modulo;
- in 1 su 155 cartelle cliniche non è presente la firma del paziente o dei genitori/rappresentante legale/tutore;
- in 26 su 155 cartelle cliniche non è presente la firma del medico che ha acquisito il consenso.

Audit dicembre 2018
Riepilogo per Presidio delle modalità di gestione del consenso informato
155 cartelle cliniche

	n. items positivi	n item applicabili	% items positivi
Viene utilizzato il modello di consenso informato aziendale	145	155	94%
E' presente un foglio informativo	106	155	68%
Sono presenti i dati identificativi della struttura sanitaria e dell' U.O.	112	155	72%
Sono presenti i dati identificativi del paziente	144	155	93%
Sono presenti i dati identificativi dei genitori (in caso di paziente minorenne)?	8	13	62%
Sono presenti i dati identificativi del legale rappresentante ove esista	3	6	50%
E' presente la sintesi della situazione clinica del paziente	121	143	85%
E' presente l'atto sanitario proposto	137	155	88%
E' presente la data in cui l'informativa è stata fornita	94	155	61%
E' presente la data di compilazione del modulo	149	155	96%
E' presente la firma del paziente o dei genitori/rappresentante legale/tutore	154	155	99%
E' presente la firma del medico che ha acquisito il consenso	128	155	83%

**AUDIT MODALITÀ DI REGISTRAZIONE DEL CONSENSO
INFORMATO**
andamento % standardizzato degli items positivi
2010-2018



U.O	% ITEMS POSITIVI CONSENSO INFORMATO
CLINICA ODONTOIATRICA VE	100%
RADIOLOGIA SB	100%
OCULISTICA SM	100%
ENDOSCOPIA GR	100%
CHIRURGIA AD INDIRIZZO ONCOLOGICO GR	100%
ORL GR	100%
ENDOSCOPIA VE	98%
CHIRURGIA GENERALE E SENOLOGICA GR	96%
CHIRURGIA GENERALE GR	94%
RADIOLOGIA GR	92%
CHIRURGIA VASCOLARE 1 GR	90%
RADIOTERAPIA GR	90%
CARDIOLOGIA GR	90%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA SB	88%
CHIRURGIA ADDOMINALE E D'URGENZA	88%
OCULISTICA GR	86%
RADIODIAGNOSTICA GR	82%
CARDIOCHIRURGIA GR	82%
CLINICA CHIRURGICA GR	82%
CLINICA ORTOPEDICA GR	81%
RADIOLOGIA VE	80%
CHIRURGIA PEDIATRICA GR	78%
PATOLOGIA OSTETRICA SB	76%
TRAPIANTI GR	76%
UROLOGIA VE	69%
CHIRURGIA TORACICA VE	68%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA GR	68%
I CHIRURGIA	66%
EMATOLOGIA GR	64%
ODS VE	60%
CHIRURGIA VASCOLARE GR	54%

Considerazioni finali

Il livello di raggiungimento degli standard è stato attribuito nel modo seguente:

< 50% delle UU.OO.

da 51% <75% delle UU.OO.

da 76% a < 90% delle UU.OO.

da 91% a 100% delle UU.OO.

non raggiunto
parzialmente raggiunto
spesso raggiunto
raggiunto

	esito	
	N. consenso informato con item positivi	N. consenso informato
MMU.4.3 <i>“La cartella clinica di ogni paziente cui è somministrato un farmaco contiene un elenco dei farmaci prescritti o richiesti,insieme alla posologia e agli orari di avvenuta somministrazione. Sono inclusi anche i farmaci somministrati al “bisogno.”</i>	51	155
	Non raggiunto	33%

Catania, 9 gennaio 2019

unità operativa
per la **qualità**



Via Plebiscito n. 628
Tel 095 743 5251 e-mail cirqual@ao-ve.it
Responsabile: **Dott. Vincenzo Parrinello**