



VILLE DI NOZZANO

Clinica Specialistica

Via della Bordogna, 144/154 • 55100 Nozzano San Pietro LU

Tel. 0583 54911 • Fax 0583 549105

villedinozzano@kosgroup.com • www.kosgroup.com

Relazione annuale sugli accadimenti relativi alla sicurezza delle cure ed alle relative azioni di miglioramento Attività 2025

art.2 c.5 della Legge 8 marzo 2017, n. 24 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”,

Premessa

Questo documento è una relazione annuale sulla sicurezza delle cure sanitarie, analizzando eventi avversi, rischi e iniziative di miglioramento per l'anno 2025.

Normativa e obblighi di legge sulla sicurezza delle cure

- La legge 24/2017 richiede alle strutture sanitarie di redigere e pubblicare un rapporto annuale sugli eventi avversi, cause e azioni di miglioramento.
- Normative precedenti e il DM 2017/2017 chiariscono che devono essere considerati incidenti, quasi eventi e eventi senza danno, promuovendo trasparenza e cultura della sicurezza.

Sistema di monitoraggio e gestione del rischio sanitario

- Le organizzazioni devono utilizzare i metodi di rilevazione a loro disposizione, tra cui sistemi di segnalazione attiva, per identificare criticità e migliorare la sicurezza.
- La raccolta dati include incident reporting, farmacovigilanza, dispositivi medici, sinistri e reclami, con attenzione alla qualità e alla tempestività delle segnalazioni.

Contesto e organizzazione della Clinica Specialistica Ville di Nozzano

- Ville di Nozzano è una clinica specialistica per la cura delle patologie psichiatriche. Attiva sin dai primi del '900, si presenta oggi come una struttura specializzata in particolare nel trattamento dei disturbi dell'umore e dell'alimentazione e nutrizione (DNA).
- La Clinica si distingue soprattutto per le competenze nella gestione della terapia farmacologica, cresciute in base alle conoscenze scientifiche e alle metodologie assistenziali, in un percorso che ha come pilastro fondamentale l'umanizzazione delle cure e il rispetto del paziente.
- Attualmente è stata effettuata una importante riorganizzazione degli spazi che ha determinato un aumento dei posti letto dedicati ai disturbi della nutrizione ed alimentazione ed una rimodulazione dei posti letto dedicati alla psichiatria.
- L'edificio A (detto Villa 24 pl) è stato infatti dedicato ai servizi di riabilitazione dei disturbi dell'alimentazione e nutrizione (REDA) ed ospita al piano terra le strutture di accoglienza, gli uffici amministrativi e i locali per le attività cliniche e sanitarie, gli ambulatori. Ai piani superiori sono presenti le camere di degenza ed alcune aree comuni e di ristoro e servizi.
- L'edificio B (reparto Psichiatria 16 pl) è dedicato ai disturbi psichiatrici ed in particolare modo ai disturbi dell'umore ed è disposto interamente su un piano e comprende una sala comune, le camere di degenza, i locali per le attività cliniche e sanitarie e una piccola cucina.





- L'edificio C (detto Villino) comprende gli spazi per le attività ambulatoriali e i trattamenti riabilitativi singoli e di gruppo.

•

Assetto organizzativo per la gestione del rischio clinico

- La struttura di Risk Management e Governo Clinico prevede la presenza di un Clinical Risk Manager di area che coordina le attività di prevenzione, monitoraggio e miglioramento della sicurezza insieme al referente del rischio clinico locale.

Strumenti e fonti informative sulla sicurezza delle cure

- Sono disponibili sistemi di segnalazione come incident reporting, cadute, farmacovigilanza, dispositivi medici, audit interno e segnalazioni dei cittadini.
- Questi strumenti permettono di analizzare criticità, attuare azioni correttive e promuovere la cultura della sicurezza attraverso formazione e sensibilizzazione.

Attività clinica anno 2025

Volumi di attività 2025 (ricoveri ordinari)

Anno di riferimento	psichiatria cod 40	riabilitazione psichiatrica cod 56	totale
Attività di ricovero 2025	159	143	302
Attività di ricovero 2024	233	120	353

Organizzazione ed attività aziendale per la gestione del rischio clinico

Prevenzione e Sorveglianza del Rischio Infettivo

L'attività del Comitato Infezioni della Casa di Cura, dietro le indicazioni del Comitato Infezioni Correlate all'Assistenza del Gruppo Kos ha mantenuto la sorveglianza e le attività per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza e quindi avere un monitoraggio interno ed una rilevazione delle possibili criticità sulla base dell'analisi dei casi con revisione periodica della casistica.

AUDIT PROATTIVI:

Lavaggio mani:

sono state mantenute anche per il 2025 le indicazioni e la disponibilità di presidi per la disinfezione delle mani mentre la scorta di DPI è stata riportata ai volumi precedenti. Sono state effettuate anche per il 2024, sia tramite il servizio di Kos Accademy sia tramite attività locale. la sensibilizzazione ad ospiti ed operatori sulla corretta disinfezione delle mani.

Infezioni Correlate all'Assistenza:

Attività 2025: Comitato Locale ICA.

La principale attività ha riguardato il monitoraggio dei casi di infezioni correlate all'assistenza oltre al monitoraggio delle infezioni COVID-19 di ospiti e di operatori.



Quadro infettivo 2025

Altre infezioni correlate all'assistenza

Nell'anno 2025 sono registrate 22 infezioni (30 infezioni anno 2024)

Il quadro infettivo, pur mostrando un trend di riduzione, non si discosta dagli anni precedenti e le condizioni infettive non hanno presentato complicazioni.

Monitoraggio: scheda valutazione infezioni Comitato ICA

Indicatore numero di ICA BU/numero di ICA area psichiatria (tramite CCE)

Azioni di miglioramento:

introduzione del monitoraggio nella Cartella Clinica Elettronica/realizzazione di cruscotto

Gestione del rischio infettivo tramite il Comitato ICA centrale di gruppo

Formazione ICA

Nel 2025 sono inoltre state realizzate e fruite specifiche formazioni per le ICA

Formazione personale non ECM

Formazione personale ECM (ore tot 26,57)

(dati KOS Academy).

Monitoraggio: KOS Academy

Sicurezza Farmaci

E' stata monitorata l'adozione della raccomandazione ministeriale sulla manipolazione delle compresse e l'inserimento della "do not crush list" (agg 2018)

Sono state monitorate le linee guida per l'uso dell'acido valproico, litio, carbamazepina, clozapina.

Sono state implementate le linee guida monitoraggio QT e QTC nei pazienti con disturbi dell'alimentazione e nutrizione, sviluppo del progetto di telefarmacia cardiologica .

Monitoraggio: Direzione sanitaria/revisione cartelle

Azioni di miglioramento: attivazione cartella clinica elettronica (CCE)

Dispositivi medici

Nessuna segnalazione su dispositivi medici, è stata effettuata la ricognizione degli elettrocardiografi in ottica di una maggior informatizzazione del servizio e della uniformità di macchine sia all'interno delle singole cliniche che di gruppo (rilevazione elettrocardiografi progetto teleconsulto cardiologico KOS).

Monitoraggio: Direzione sanitario/

Reporting and Learning System

Nell'anno 2025 sono state segnalate 11 cadute (9 segnalazioni 2024).

Tutte le segnalazioni sono relative a cadute.

Sono stati svolti 11 AUDIT specifici per la caduta e 1 AUDIT della sicurezza per la valutazione degli spazi esterni ed interni. E' stato modificato il percorso esterno e provveduto a realizzare una importante azione di manutenzione dei viali di comunicazione tra i reparti al fine di ridurre il rischio cadute

Nel 2025 è stato diffuso un breve foglio illustrativo di informazione al paziente per la gestione del rischio caduta.



Azioni di miglioramento 2025: rifacimento viali esterni in modo da ridurre le difficoltà di percorso (**realizzati**)

trasferimento del REDA al reparto A in modo da limitare gli spostamenti tra i due reparti (**realizzato**)

ulteriore potenziamento dei punti luce (**realizzato**)

Monitoraggio: direzione sanitaria

Rischio Aggressione

Nel 2024 è stato istituito a livello centrale il Comitato Rischio Aggressioni ad Operatori ed è stata diffusa una specifica procedura.

Sono stati istituiti per ogni singola struttura un Comitato Rischio Aggressioni locale che prevede per la BU Ville di Nozzano il coinvolgimento del Direttore di struttura, del Direttore Sanitario, del Clinical Risk Manager, del Coordinatore delle Professioni Sanitarie e del RSPP.

Nel 2025 è stato effettuato un report del rischio di aggressione da parte del Comitato Locale attraverso l'ispezione e l'utilizzo di una specifica scala.

E' stata monitorata la raccomandazione ministeriale sul rischio aggressione alla quale già dal 2014 è stata aggiunta una valutazione ulteriore per il report di eventi di natura aggressiva ad operatori, oltre ad una misurazione degli ambienti e dei luoghi di cura per la sicurezza e per il controllo degli stessi.

Nel 2025 non sono riportate azioni di tipo eteroaggressivo da parte di degenti all'interno della Clinica.

E' stato intrapresa la realizzazione di una specifica formazione da parte delle Direzioni Mediche di Kos di una procedura per il rischio aggressioni a comune delle tre aree (riabilitazione, assistenza anziani e psichiatria)

Azioni di miglioramento

Anno programmazione	descrizione	esito	Anno realizzazione	note
2024-2025	Gestione della comunicazione difficile KOS Academy)	eseguita	2025	
2024-2025	attività Kos sulla gestione degli episodi di aggressione (FAD)	eseguita	2025	
2024-2025	Formazione facilitatori	Eseguita prima parte	2025-2026	

Formazione KOS Academy:

Titolo "rischio suicidario"

dipendenti formati 30 ore erogate nominali 35.25 (FAD)

Titolo "prevenzione nelle cure"

dipendenti formati 2 ore erogate nominali 06,46 (in presenza)

Titolo "Rischio clinico"

dipendenti formati 27 ore erogate 30.28 (FAD)

Titolo "gestione emergenze"

dipendenti formati 6 ore erogate nominali 30.00

Formazione aziendale corsi realizzati 4 con 5 edizioni totale erogato 236,55



PREVENZIONE DEI COMPORTAMENTI INADEGUATI, LA RELAZIONE E GLI STRUMENTI PER UN CORRETTO APPROCCIO AL PAZIENTE (C3305 - 2)

Titolo "Prevenzione dei comportamenti inadeguati, la relazione e gli strumenti per un corretto approccio al paziente"

dipendenti formati 6 ore erogate nominali 30.00

Monitoraggio: KOS Academy

Azioni di miglioramento mappatura delle strutture /DVR

Azioni Comitato Centrale Aggressioni

SINISTRI 2025

Nel 2025 è pervenuta una richiesta danni a paziente.

Monitoraggio: ufficio Direzione risk management/internal audit

RECLAMI 2025

Nel 2025 è pervenuto un reclamo relativo al servizio ristorazione, relativo ad un problema di approvvigionamento attualmente risolto

Sono giunte anche per il 2025 segnalazioni di maggiori tempi di ricovero, determinati dal nuovo assetto della Clinica relativo ai disturbi della nutrizione ed alimentazione.

Monitoraggio: Customer satisfaction/segnalazione reclami interna

Azioni di miglioramento gestione dei contatti tramite CRM

OBIETTIVI FORMAZIONE 2026

Sulla base dell'attività clinica 2025 e delle indicazioni recepite in ambito di Comitato Scientifico Gruppo Kos e di Direzione Medica Area Psichiatria sono stati individuati i seguenti obiettivi prioritari, oltre al mantenimento dell'attività di gestione e monitoraggio relativa alle infezioni correlate all'assistenza:

Sviluppo del progetto KOS Academy psichiatria

Rischio infettivo ed Antibiotico resistenza e relativa formazione (Antibiotic Stewardship) (Progetto ICA)

Aggressione ad operatore (corso FAD)

Maltrattamenti verso ospite (corso FAD)

Incremento delle ore di formazione con ECM (30 ore per operatore erogate)

SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI

NUMEROSITA' QUESTIONARI RACCOLTI (*)

L'analisi dei risultati ottenuti dalla raccolta dei questionari (49) evidenziano il buon andamento della Clinica, in linea con gli precedenti

Di seguito gli indicatori di sintesi

Struttura	NPS	Questionari
Ville di Nozzano	38	18

Percezione adeguatezza informazioni sulla salute

I pazienti riportano una percentuale di valutazione della qualità delle informazioni ricevute sul proprio stato di salute e sul percorso di cura pari a 3.7/5



Riservatezza

La rilevazione della Customer satisfaction interna evidenzia un punteggio di 3.9 su 5.

Comunicazione adeguata da parte dei sanitari

La rilevazione della Customer satisfaction interna evidenzia un punteggio di 3.7 su 5.

Percezione Globale del Servizio

Gli aspetti indagati evidenziano genericamente il buon andamento dell'area in questo anno, in linea con lo storico andamento dell'area. Di seguito gli indicatori di sintesi:

soddisfazione complessiva 3.8/5 è nella media BU e restituisce un buon livello di soddisfazione dei nostri percorsi di cura, confermato anche dal CSAT

Nel 2025 è stato modificato il sistema di gestione dei questionari, tramite una nuova piattaforma, per favorire il rapido confronto tra strutture di area omogenea, in modo da facilitare il monitoraggio centrale e di direzione di BU e la realizzazione di azioni di miglioramento. Ad oggi la quantità di questionari raccolti, nella fase di inizio appare ancora bassa.

Monitoraggio: analisi customer satisfaction

Azioni di miglioramento: aumento dei questionari raccolti 2026

Raccomandazioni del Ministero e loro applicazione

RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI	Data prima pubblicazione	Applicazione	Monitoraggio
Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide	Novembre 2019	Raccomandazione formalizzata, applicazione presidiata in fase di implementazione	Controllo Segnalazioni ed Audit
Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli	Settembre 2018	Raccomandazione formalizzata, applicazione presidiata in fase di implementazione	Controllo documentazione sanitaria
Raccomandazione per la riconciliazione farmacologica	Dicembre 2014	Raccomandazione formalizzata, applicazione presidiata	Controllo documentazione sanitaria
Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie	Novembre 2011	Raccomandazione formalizzata, applicazione presidiata	Controllo documentazione retros Segnalazioni cadute

Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"	Agosto 2010 (*)	Raccomandazione formalizzata, applicazione presidiata in attesa di aggiornamneto	Controllo documentazione sanitaria Audit
Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	Gennaio 2010	Raccomandazione formalizzata, applicazione presidiata	Valutazione periodica di eventuali criticità in ambito di Alert Report ed Incident Reporting.
Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali	Aprile 2009	Raccomandazione formalizzata, applicazione presidiata	Valutazione periodica di eventuali criticità in ambito di Alert Report ed Incident Reporting.
Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	Novembre 2007	Raccomandazione formalizzata, applicazione presidiata in attesa di aggiornamneto	Valutazione Comitato specifico
Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	Marzo 2008	Raccomandazione formalizzata, applicazione presidiata	Valutazione periodica di eventuali criticità in ambito di Alert Report ed Incident Reporting.
Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Gennaio 2020	Raccomandazione formalizzata, applicazione presidiata in fase di rivalutazione	Valutazione periodica di eventuali criticità in ambito di Alert Report ed Incident Reporting.
Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Marzo 2008	Raccomandazione formalizzata, applicazione presidiata	Valutazione periodica di eventuali criticità in ambito di Alert Report ed Incident Reporting, eventi sentinella Specifica formazione



Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura	Marzo 2008	Raccomandazione formalizzata, applicazione presidiata	Valutazione periodica di eventuali criticità in ambito di Alert Report ed Incident Reporting.
Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio	Marzo 2008	Raccomandazione formalizzata, applicazione presidiata	Valutazione periodica di eventuali criticità in ambito di Alert Report ed Incident Reporting.

FORMAZIONE 2025

Nel 2025, all'interno del programma di formazione di KOS Academy, per la BU Ville di Nozzano i dati sintetici della formazione sono stati:

EVENTI	2023	2024	2025
Edizioni/corsi realizzate	36	35	34
Dipendenti formati	46	48	41
Totale ore di formazione erogate (nominali)	833	823	569

Piano Formazione 2026

TITOLO	MODALITA'	ECM	APPROVAZIONE
RISCHIO CLINICO	FAD	SI	SI
RISCHIO SUICIDARIO	FAD	SI	SI
GESTIONE DEL FARMACO	FAD	SI	SI
CADUTE	FAD	SI	SI
CODICE ETICO	FAD	SI	SI
/AGGRESSIONE	FAD	SI	SI
FACILITATORE RISCHIO CLINICO	AULA/FAD	SI	SI
APPROCCIO AL PAZIENTE IN PSICHIATRIA	AULA/FAD	SI	SI
QUALITA' DELLE CURE	AULA	SI	SI
DISTURBI DELLA NUTRIZIONE ED ALIMENTAZIONE	AULA	SI	SI
RISCHIO CLINICO	AULA	SI	SI



Il 2025 ha visto il personale sanitario della struttura impegnato insieme alla direzione di struttura e medica per l'attivazione della cartella clinica informatizzata (termine previsto giugno 2026) con particolare attenzione alla realizzazione di un sistema di valutazione dei rischi clinici e alla realizzazione di un "cruscotto" che preveda l'inserimento degli indicatori principali di rischio clinico, associati al sistema di alert previsto nel software.

Azioni effettuate 2025

Sulla base dell'attività clinica 2025 e delle indicazioni recepite in ambito di Comitato Scientifico Gruppo Kos sono stati definiti i seguenti percorsi

Obbiettivi 2026

Attività Obiettivi Area Governo Clinico /qualità delle cure	approvata	programmata	calendarizzata
Formazione CCE	si	si	I semestre 2026
Formazione su comunicazione difficile	si	si	tutto 2026
Rischio infettivo ed Antibiotico resistenza e relativa formazione KOS Academy(Antibiotic Stewardship)	si	si	tutto 2026
Rischio di aggressione ad operatore e relativa formazione KOS Academy	si	si	tutto 2026
Protocolli di gestione clinica del farmaco e linee guida (approvato KOS Academy)	si	si	I sem 2026
Attività Obiettivi Area gestionale			
Progetto Cartella Clinica Informatizzata	si	si	I semestre 2026
Progetto formazione Rischio Clinico Kos Academy	si	si	tutto 2026
Formazione Rischio Suicidario parte 2	Si	Si	II sem 2026
Progetto percorsi terapeutici e farmacologici condivisi area psichiatria	si	Si	continua
Promozione della salute mentale e coinvolgimento Associazioni Familiari	Si	Si	continua
Miglioramento della valutazione del clima esterno ed interno e azioni per incrementare la compilazione del questionario da parte degli ospiti	si	Si	continua

Azioni 2025

Attività Obiettivi Area Governo Clinico /qualità delle cure	approvata	programmata	effettuata
Formazione su comunicazione difficile	si	si	si
Rischio infettivo ed Antibiotico resistenza e relativa formazione KOS Academy(Antibiotic Stewardship)	si	si	si
Rischio di aggressione ad operatore e relativa formazione KOS	si	si	si



Academy			
Implementazione sistema sicurezza ed eventi avversi	si	si	si
Progetto formazione Rischio Clinico Kos Academy	si	si	si
Progetto Sicurezza dei dati clinici e dei sistemi informatici	si	si	si
Attività Obiettivi Area gestionale			
Customer Relationship Management	Si	Si	I sem 2026
Progetto percorsi terapeutici e farmacologici condivisi area psichiatria	si	Si	continua
Promozione della salute mentale e coinvolgimento Associazioni Familiari	Si	Si	continua
Miglioramento della valutazione del clima esterno ed interno e azioni per incrementare la compilazione del questionario da parte degli ospiti	si	Si	continua

Il Direttore Sanitario
dr Angelo Cerù

Il Referente del Rischio Clinico
dr Adolfo Bandettini di Poggio