

RELAZIONE ANNUALE DI RISCHIO CLINICO

ANNO 2025

CENTRO REGGINO DI SOLIDARIETÀ (Cereso)

Servizi per le dipendenze patologiche

- Comunità terapeutica Archè, Reggio Calabria – Piazza delle Grazie (Gallico)
Contatti: 0965882298 – ceresocomunita@cereso.it
- Servizio semiresidenziale don Tonino Bello, Reggio Calabria – via Nazionale 45 (Sambatello)
Contatti: 0965644389, 3317586166 – ceresosemiresidenziale@cereso.it

Comunità terapeutica Archè

Tipologia struttura	Struttura sanitaria residenziale per la progettazione e la realizzazione di percorsi terapeutici per persone con disturbo da uso di sostanze
Capienza autorizzata	23 posti (Comunità Archè)
Periodo di riferimento	01/01/2025 – 31/12/2025
Direzione Sanitaria	Dott. Natale Itri
Risk Manager	Antonella Muscatello
Versione / Data	v1.0 – 13/01/2026

Servizio semiresidenziale don Tonino Bello

Tipologia struttura	Struttura sanitaria semiresidenziale per la progettazione e la realizzazione di percorsi terapeutici per persone con disturbo da uso di sostanze
Capienza autorizzata	15 prestazioni die
Periodo di riferimento	01/01/2025 – 31/12/2025
Direzione Sanitaria	Dott. Natale Itri
Risk Manager	Antonella Muscatello
Versione / Data	v1.0 – 13/01/2026

1. Scopo e campo di applicazione

La presente relazione descrive l'andamento del rischio clinico e assistenziale nell'anno 2025 per le strutture sanitarie del Centro Reggino di Solidarietà (Cereso). Il documento ha l'obiettivo di monitorare eventi avversi e quasi-eventi, valorizzare la gestione proattiva del rischio e definire un piano di miglioramento per l'anno successivo.

2. Contesto del servizio e profilo di rischio

Nel servizio residenziale per le dipendenze patologiche accoglie utenti con disturbo da uso di sostanze e bisogni assistenziali complessi. Nel 2025, il servizio "Comunità Archè" ha una capacità ricettiva fino a 23 pazienti maggiorenni. Le principali aree di rischio considerate nel setting includono: gestione della terapia farmacologica (anche sostitutiva), rischio di intossicazione/overdose, astinenza e complicanze cliniche, condotte autolesive o suicidarie, aggressività/violenza, allontanamenti non autorizzati, cadute/traumi, rischio infettivo e gestione delle emergenze.

Nel servizio semiresidenziale per le dipendenze patologiche si accolgono utenti con disturbo da uso di sostanze e bisogni assistenziali che non richiedono il trattamento residenziale, poiché gli ambiti di vita lavorativa, relazionale e sociale sono anche parzialmente mantenuti e adeguati. Il servizio semiresidenziale ha una capacità ricettiva di 15 prestazioni al giorno e accoglie pazienti maggiorenni o minorenni con accompagnamento e autorizzazione di genitori/tutori. Le principali aree di rischio considerate nel setting includono: aggressività/violenza, allontanamenti non autorizzati, cadute/traumi, rischio infettivo e gestione delle emergenze.

I servizi per le dipendenze patologiche del Cereso operano in modo integrato per favorire l'accompagnamento degli utenti e il mantenimento di una condizione di benessere e astinenza dall'uso di sostanze e alcol.

3. Riferimenti normativi e documentali

Il sistema di gestione del rischio clinico del Cereso è strutturato in coerenza con i principi di Clinical Risk Management e con i riferimenti nazionali e regionali richiamati nel "Piano per la Gestione del Rischio Clinico" (Legge 24/2017; DCA n. 20/2022; Delibera regionale n. 248/2021).

Documenti e procedure interne di riferimento utilizzati per la presente relazione:

- Piano per la Gestione del Rischio Clinico (CeReSO – ultima versione disponibile 2024).
- PG11 – Rischio infettivo.
- PG12 – Prevenzione condotte autolesive e suicidarie nei pazienti.
- PG13 – Prevenzione e gestione delle condotte aggressive eterodirette.
- PG14 – Gestione delle Emergenze
- PG15 – Erogazione del servizio e gestione del fascicolo personale del paziente.
- PG16 – Registrazione, conservazione e assistenza all'autosomministrazione dei farmaci.
- PG17 – Segnalazione eventi e Audit clinico.

4. Governance del rischio clinico

La governance del rischio clinico si fonda sulla definizione di ruoli e responsabilità (Direzione, Responsabile di struttura, Risk Manager, Responsabile della formazione) e su strumenti di monitoraggio e miglioramento continuo: incident reporting, audit clinico, riunioni d'équipe e formazione periodica. L'Audit clinico viene

pianificato su base annuale e può essere attivato anche a seguito di segnalazioni, non conformità o eventi rilevanti, secondo quanto previsto dalla PG17.

5. Metodologia di rilevazione e gestione del rischio (2025)

Nel 2025 la rilevazione e la gestione del rischio clinico sono state condotte attraverso: (a) segnalazione interna di eventi e quasi-eventi (incident reporting), (b) analisi e gestione di eventuali non conformità, (c) audit clinico annuale (anche in assenza di segnalazioni), (d) verifiche di processo sulla gestione della terapia e della documentazione, (e) monitoraggi proattivi sulle aree a maggiore impatto (rischio infettivo, rischio autolesivo/suicidario, condotte aggressive, emergenze).

6. Risultati: eventi avversi e near miss (2025)

Nel periodo 01/01/2025 – 31/12/2025 non risultano segnalazioni formalizzate di eventi avversi, near miss o eventi sentinella nel sistema di incident reporting, né per il servizio residenziale comunità Archè, né per il servizio semiresidenziale don Tonino Bello. Il dato viene interpretato come risultato di misure preventive e di controllo del setting; al contempo, si mantiene l’attenzione sul rischio di sotto-segnalazione, promuovendo la raccolta anche di criticità minori e segnali deboli.

Area/Tipologia	N. eventi 2025	Note
Eventi avversi (con danno)	0	Nessun evento registrato
Near miss (quasi-eventi)	0	Nessun evento registrato
Eventi sentinella	0	Nessun evento registrato
Errori/criticità terapia	0	Nessun evento registrato
Cadute/traumi	0	Nessun evento registrato
Aggressioni/violenza	0	Nessun evento registrato
Allontanamenti non autorizzati	0	Nessun evento registrato
Intossicazioni/overdose	0	Nessun evento registrato
Risarcimenti assicurativi per responsabilità professionale	0	Nessun evento registrato

7. Monitoraggi proattivi e barriere di sicurezza (PG11–PG16)

In coerenza con le procedure gestionali adottate, nel 2025 sono stati considerati come presidi organizzativi e clinici:

- Rischio infettivo (PG11): pulizia e sanificazione quotidiana degli ambienti con check-list e gestione DPI
- Prevenzione condotte autolesive/suicidarie (PG12): valutazione multidisciplinare pre-ingresso, colloqui psicologico e psichiatrico, strategie di fronteggiamento e piani di gestione.
- Prevenzione e gestione condotte aggressive (PG13): osservazione dei segnali precoci, interventi di de-escalation, gestione in équipe e registrazione delle azioni intraprese.
- Gestione emergenze (PG14): attivazione tempestiva dei percorsi di emergenza sanitaria e gestione di scenari critici secondo procedure interne.
- Gestione fascicolo personale (PG15): tracciabilità della documentazione, registrazioni in cartella/fascicolo, tutela della riservatezza e continuità informativa.
Inoltre, per la struttura residenziale, è considerata la specifica:
 - Gestione terapia e farmaci (PG16): registrazione, conservazione sotto chiave, aggiornamento posologia, verifiche periodiche dei registri e gestione near miss/non conformità quando necessario.

8. Audit clinico e miglioramento continuo (PG17)

In base alla PG17, l'audit clinico rappresenta lo strumento principale di valutazione e miglioramento dei processi assistenziali. L'audit viene programmato annualmente (piano audit) e può essere attivato anche su richiesta della Direzione o del Responsabile di struttura. Gli esiti dell'audit producono raccomandazioni e un piano di miglioramento con azioni, responsabilità, tempi e indicatori di verifica.

9. Piano di miglioramento 2026 (proposto)

Anche in assenza di eventi segnalati, il piano 2026 consolida le attività proattive su aree a maggiore impatto clinico-organizzativo, definendo obiettivi misurabili e indicatori di monitoraggio.

Priorità	Area rischio	Obiettivo 2026	Azione	Responsabile	Scadenza	Indicatore
Alta	Terapia farmacologica	Ridurre rischio di errori di registrazione/somministrazione	Rafforzare checklist e verifica periodica dei registri; briefing mensile su criticità/near miss	Risk Manager + Responsabile struttura	30/06/2026	% verifiche conformi
Alta	Overdose/intossicazioni	Ridurre rischio al rientro da permessi/uscite	Standard rientro: osservazione clinica/comportamentale e registrazione esiti; counselling mirato	Direzione sanitaria/Medico	30/04/2026	N. rientri valutati / totale
Media	Rischio autolesivo/suicidario	Standardizzare valutazione e gestione	Applicare PG12: valutazioni, strategie di fronteggiamento, registrazioni in diario	Equipe multidisciplinare	31/05/2026	% utenti con valutazione aggiornata
Media	Aggressività/crisi	Migliorare gestione e prevenzione escalation	Refresh de-escalation; simulazioni di scenario; review casi in équipe	Risk Manager + Responsabile formazione	30/09/2026	Ore formazione/operatore
Media	Rischio infettivo	Mantenere standard igiene e prevenire focolai	Audit interno su sanificazione e DPI; verifica check-list e registrazioni PG11	Responsabile struttura	30/11/2026	% check-list compilate
Media	Incident reporting	Rafforzare cultura della segnalazione	Promuovere segnalazione near miss; learning bulletin trimestrale; revisione procedure se necessario	Risk Manager	31/12/2026	N. segnalazioni (incl. near miss)

10. Conclusioni e firme

Per l'anno 2025, per il servizio residenziale "Comunità Archè" del Centro Reggino di Solidarietà (CeReSO), non risultano segnalazioni di eventi avversi, near miss o eventi sentinella. Per il 2026 si conferma la strategia di prevenzione e miglioramento continuo basata su audit, formazione e monitoraggi proattivi nelle aree a maggiore impatto (terapia, rientri/uscite, rischio autolesivo, condotte aggressive, rischio infettivo, emergenze).

Direzione Sanitaria: IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Natale Mario Itri) Data: 20/01/2026
Firma: Natale Mario Itri

Risk Manager: ANTONEUS MUSEATELLI Data: 20/01/2026
Firma: Antoneus Museatelli

Per l'anno 2025, per il servizio semiresidenziale "don Tonino Bello" del Centro Reggino di Solidarietà (Cereso), non risultano segnalazioni di eventi avversi, near miss o eventi sentinella. Per il 2026 si conferma la strategia di prevenzione e miglioramento continuo basata su audit, formazione e monitoraggi proattivi nelle aree a maggiore impatto (rischio autolesivo, condotte aggressive, rischio infettivo, emergenze).

Direzione Sanitaria: IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Natale Mario Itri) Data: 20/01/2026
Firma: Natale Mario Itri

Risk Manager: ANTONEUS MUSEATELLI Data: 20/01/2026
Firma: Antoneus Museatelli