

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brescia

Agenzia di Tutela della Salute di Brescia

Sede Legale: viale Duca degli Abruzzi, 15 – 25124 Brescia

Tel. 030.38381 Fax 030.3838233 - www.ats-brescia.it

Posta certificata: protocollo@pec.ats-brescia.it

Codice Fiscale e Partita IVA: 03775430980

DECRETO n. 190

del 25/03/2026

Cl.: 1.1.02

OGGETTO: Piano Annuale di Risk Management – anno 2026.

**II DIRETTORE GENERALE - Dott. Claudio Vito Sileo
nominato con D.G.R. XII/1645 del 21.12.2023**

Acquisiti i **pareri** del
DIRETTORE SANITARIO
del
DIRETTORE SOCIOSANITARIO
e del
DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott.ssa Laura Emilia Lanfredini

Dott. Franco Milani

Dott.ssa Sara Cagliani



IL DIRETTORE GENERALE

Richiamati:

- la Circolare Regionale n. 46/SAN/2004 del 27.12.2004 che ha stabilito le linee di indirizzo prioritarie in merito alla funzione di Risk management;
- le linee guida regionali del 16.06.2005, prot. n. H1.2005.0030204, che forniscono le indicazioni in merito alle misure organizzative per la gestione del rischio sanitario e in particolare definiscono: gli obiettivi della circolare n. 46/SAN, la costituzione del Gruppo di Coordinamento per l'attività di gestione del rischio (G.C.R.), la definizione di un Comitato Valutazione Sinistri (C.V.S.);
- la Legge n. 24 del 08.03.2017 che ha fornito ulteriori disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie;
- il Decreto della Direzione Generale Welfare n. 15406 del 27.10.2022 recante "Linee di indirizzo per l'armonizzazione della gestione dei sinistri - Indicazioni per le Direzioni Strategiche e i Comitati di Valutazione sinistri II^ revisione";
- la D.G.R. n. XII/3672 del 16.12.2024 ad oggetto "Approvazione del documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari di cui all'art. 3 della L.R. n.15 dell'8 luglio 2020 «sicurezza del personale sanitario e sociosanitario»" ha previsto l'adozione di uno specifico Piano per la Prevenzione degli atti di Violenza sugli Operatori Sanitari (PREVIOS);
- la D.G.R. n. XII/5589 del 30.12.2025 ad oggetto "Determinazioni in ordine indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2026 ed in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) - Anno 2026" - ed in particolare gli indirizzi declinati al paragrafo 10.17 che descrive le attività di Risk Management che devono essere assicurate e/o implementate dagli Enti del S.S.R.;

Preso atto che:

- con Decreto D.G. n. 27 del 27 gennaio 2016 sono stati individuati i Risk Manager dell'Agenzia e i componenti del G.C.R. e del C.V.S.;
- con i Decreti D.G. n. 72/2017, n. 167/2019, n. 151/2020 e n. 350/21 è stata aggiornata la composizione del Gruppo di Coordinamento del Rischio (G.C.R.) e del Comitato Valutazione Sinistri (C.V.S.);
- con Decreto D.G. n. 14 del 09.01.2023 è stato individuato il nuovo Risk Manager, e si è proceduto all'aggiornamento della composizione del Gruppo di Coordinamento del Rischio (G.C.R.) e del Comitato Valutazione Sinistri (C.V.S.);
- con i Decreti D.G. n. 313 del 25.05.2023 e n. 613 del 06.11.2024 si è proceduto ad ulteriori aggiornamenti della composizione del Gruppo di Coordinamento del Rischio (G.C.R.) e del Comitato Valutazione Sinistri (C.V.S.);
- con Decreto D.G. n. 132 del 10.03.2025, è stato costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare aziendale in materia di prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari (PREVIOS);

Considerato che la Direzione Generale Welfare, con nota prot. n. G1.2026.0001821 del 15.01.2026 (atti ATS prot. n. 0003924/26), avente ad oggetto "Linee Operative Risk Management - Anno 2026", ha previsto per le Agenzie di Tutela della Salute, la redazione del Piano Annuale di Risk Management entro la data del 31.03.2026, che dovrà esplicitare:

- la strategia e le linee di intervento che l'Agenzia ha elaborato in ordine alle criticità emerse ed in relazione all'andamento del rischio ed alla sinistrosità;
- gli obiettivi ed i risultati attesi;



- i progetti operativi, da un minimo di due a un massimo di cinque, step metodologici, cronoprogramma, realizzazioni attese ed indicatori;

Rilevato che il Risk Manager dell'Agencia ha provveduto alla redazione del "Piano Annuale di Risk Management per l'anno 2026", nel rispetto delle Linee Guida Regionali 2026 e della D.G.R. n. XII/3672 del 16.12.2024 (PREVIOS);

Ritenuto pertanto di approvare il Piano Annuale di Risk Management corredato da due Schede Progetto con relativo cronoprogramma (allegato "A" al presente provvedimento composto da n. 18 pagine e parte integrante dello stesso), condiviso con il Gruppo di Coordinamento del Rischio;

Dato atto che dal presente provvedimento non discendono oneri per l'Agencia;

Vista la proposta presentata dal Responsabile della funzione di Risk Management, Dott. Giovanni Maifredi che in qualità di Responsabile del procedimento attesta la regolarità tecnica e la legittimità del presente provvedimento;

Acquisiti i pareri del Direttore Sanitario, Dott.ssa Laura Emilia Lanfredini, del Direttore Sociosanitario, Dott. Franco Milani e del Direttore Amministrativo, Dott.ssa Sara Cagliani che attesta, altresì, la legittimità del presente atto;

D E C R E T A

per le motivazioni indicate in premessa e qui integralmente richiamate:

- a) di approvare il "Piano Annuale di Risk Management per l'anno 2026" corredato da due Schede Progetto con relativo cronoprogramma (allegato "A" al presente provvedimento composto da n. 18 pagine e parte integrante dello stesso);
- b) di trasmettere, a cura della struttura proponente, il presente provvedimento alla Direzione Generale Welfare - Polo Ospedaliero, in formato elettronico via e-mail al seguente indirizzo: rischiosanita@regione.lombardia.it;
- c) di dare atto che dal presente provvedimento non discendono oneri per l'Agencia;
- d) di disporre la pubblicazione dei contenuti del presente provvedimento nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web dell'Agencia, in conformità al D.Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii. nei tempi e con le modalità della Sezione Anticorruzione e Trasparenza del PIAO vigente;
- e) di dare atto che il presente provvedimento è sottoposto al controllo del Collegio Sindacale, in conformità ai contenuti dell'art. 3-ter del D.Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii. e dell'art. 12, comma 14, della L.R. n. 33/2009;
- f) di disporre, a cura della SC Affari Generali e Legali, la pubblicazione all'Albo on-line - sezione Pubblicità legale - ai sensi dell'art. 17, comma 6, della L.R. n. 33/2009, e dell'art. 32 della L. n. 69/2009, ed in conformità alle disposizioni ed ai provvedimenti nazionali e comunitari in materia di protezione dei dati personali.

Firmato digitalmente dal Direttore Generale
Dott. Claudio Vito Sileo

PIANO ANNUALE di

RISK MANAGEMENT

ANNO 2026



Sommario

INTRODUZIONE	3
PREMESSA	7
A) Monitoraggio degli Eventi Sentinella in SIMES.	8
B) Comitato Valutazione Sinistri (C.V.S.) - Aggiornamento delle sezioni del Data Base regionale	9
C) Monitoraggio cadute dei pazienti/visitatori e degli infortuni	9
D) Monitoraggio degli eventi avversi rilevanti e azioni conseguenti	10
E) Trasparenza dei dati	10
GRUPPO DI COORDINAMENTO PER LA GESTIONE DEL RISCHIO	10
NETWORK ED EVENTI FORMATIVI	11
PROGETTI ANNUALI SPECIFICI + CRONOPROGRAMMI	11
PIANO PER LA PREVENZIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA SUGLI OPERATORI SANITARI (PREVIOS)	14
ALLEGATI	14

INTRODUZIONE

Il contesto territoriale e demografico

Il territorio dell'ATS di Brescia si estende su un'area di 3.465 km², che comprende 164 Comuni, organizzati in 11 Distretti afferenti al polo territoriale delle 3 Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) presenti nel territorio di ATS Brescia.

I residenti alla data del 1° gennaio 2025 erano 1.167.662, di cui il 50,3% femmine (Fonte: Istat). La densità di popolazione media è di 337 abitanti per Km², con l'area cittadina che è quella più densamente abitata (>2.000 persone/km²), seguita dai Comuni adiacenti al perimetro cittadino o situati sui grandi assi stradali, mentre le zone montane sono quelle con la minor densità abitativa.

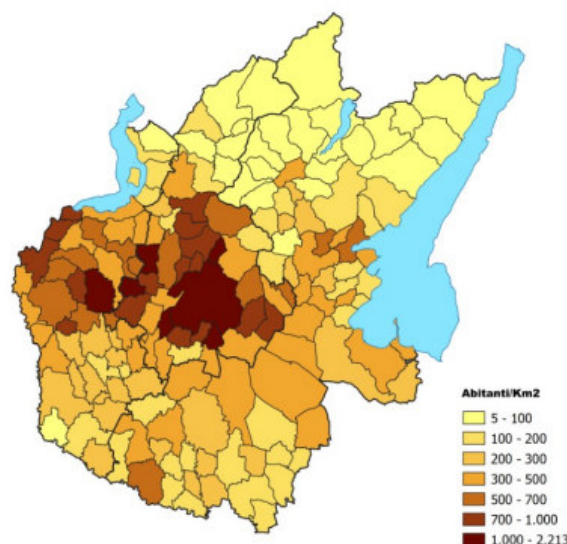
Entro i confini dell'ATS vi sono tre laghi principali (Lago di Garda, Lago d'Iseo e il Lago d'Idro), tre fiumi principali (Oglio, Chiese e Mella), due valli (Valtrompia e Valle Sabbia) e un'ampia zona pianeggiante a sud del territorio cittadino; varie zone collinari circondano la città e si estendono ad est verso il veronese e ad ovest verso la Franciacorta.

Le persone assistite, cioè iscritte al Servizio Sanitario Regionale, sono più numerose di quelle residenti: al 31 dicembre 2025 il numero di assistiti era pari a 1.185.792 persone, di cui l'1,5% non residente (17.775 unità). In aggiunta a questo numero vi sono 28.001 soggetti che sono stati assistiti nel corso dell'anno, ma non lo erano più alla data del 31 dicembre poiché deceduti (10.877), emigrati (4.923), non più presenti per altri motivi e con tessera sanitaria non più attiva (Fonte: NAR, Nuova Anagrafe Regionale).

Osservando la piramide demografica della popolazione assistita per fasce d'età quinquennali è evidente come la maggior parte delle persone si concentri nelle fasce d'età centrali, mentre sempre meno sono le persone giovani. Negli ultimi anni si sta verificando un continuo assottigliamento della base della piramide, che ha assunto così un aspetto "a botte" tipico delle popolazioni anziane. Tale evoluzione è da ricondurre ad una serie di fattori tra cui l'aumento del tasso di sopravvivenza, il calo delle nascite e del tasso di fecondità, l'immigrazione degli anni passati soprattutto da parte di giovani. La forma della piramide demografica evidenzia la maggior numerosità delle femmine, in particolare nelle classi d'età più avanzate (55,1% dopo i 64 anni e il 61,5% tra gli ultra80enni). La parte alta della piramide presenta infatti un evidente sbilanciamento verso la parte femminile (Figura 2).

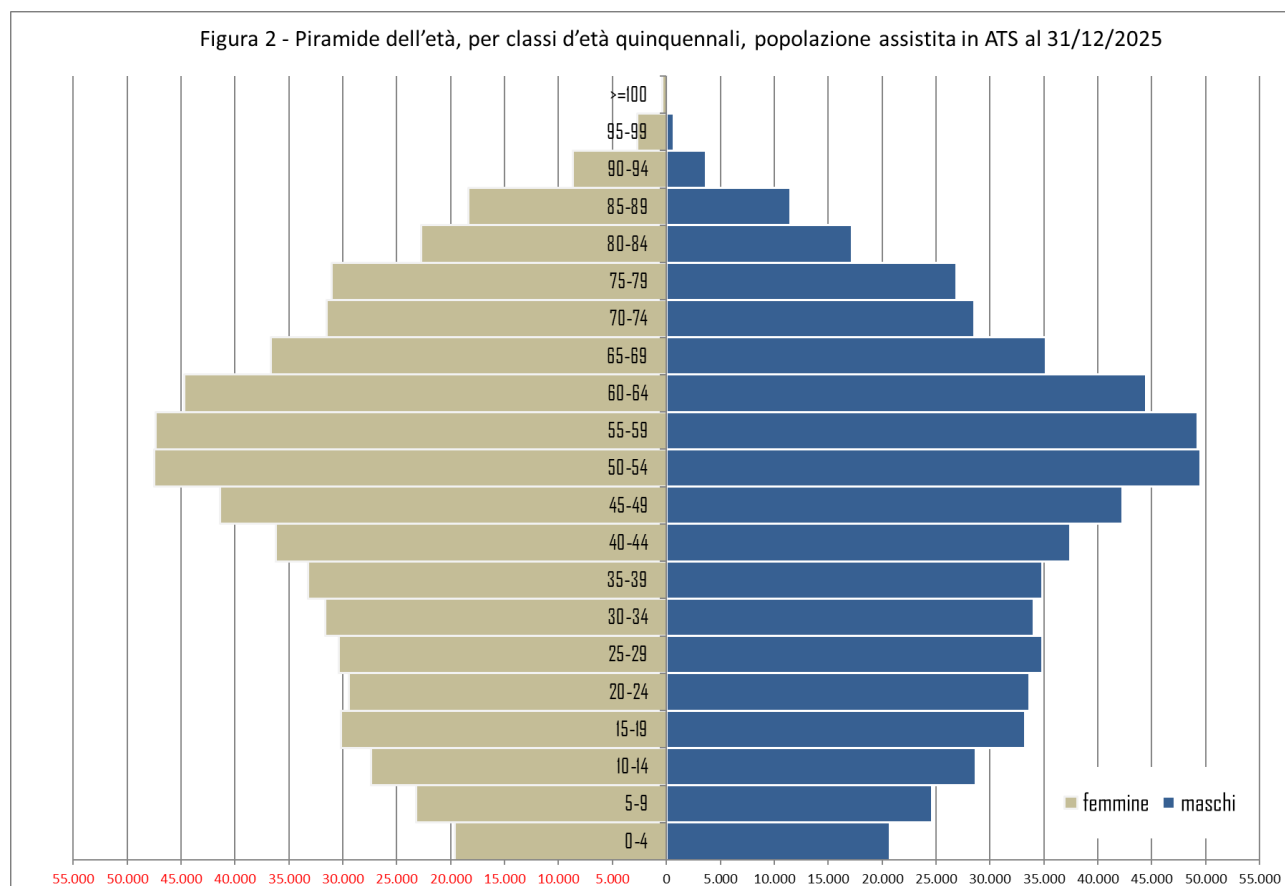
L'età media della popolazione a dicembre 2025 era di 46,1 anni, più elevata nelle femmine (47,3 anni) che

Figura 1 – Densità abitativa dei comuni di ATS Brescia al 01/01/2025



nei maschi (44,8 anni), inferiore al dato nazionale e regionale (nel 2025 rispettivamente 46,9 anni e 46,4 anni²).

Figura 2 - Piramide dell'età, popolazione assistita al 31/12/2025



La Tabella 1 riporta la variazione dei principali indici demografici negli ultimi 10 anni (2016-2025).

- La popolazione è complessivamente cresciuta dello 0,8% ed è aumentata anche l'età media (81 giorni in più ogni anno, dal 2016 al 2025). Questo progressivo invecchiamento della popolazione è dovuto alla contemporanea presenza di due fenomeni contrapposti e cioè l'aumento di anziani e grandi anziani (rispettivamente +12,8% e +27,5%) e la diminuzione della popolazione giovane al di sotto dei 15 anni (-16,6%). La crescita relativa ad anziani e grandi anziani ha riportato un andamento piuttosto stabile nel tempo, subendo, tuttavia, importanti variazioni in particolare nell'arco del 2020 e parte del 2021, a causa dell'emergenza Covid-19.
- Nel 2025 si è consolidato un nuovo aumento della popolazione anziana (+5.283 unità rispetto all'anno precedente), già osservato nel 2022, dopo il calo osservato nel 2020 rispetto al 2019 a causa degli effetti dell'emergenza Covid-19.
- Già nel 2023 la popolazione dei grandi anziani (età superiore agli 84 anni) aveva visto una forte ripresa, con percentuali superiori al periodo pre-pandemico, e la crescita è continuata nel 2025

(+4,6% rispetto al 2024). Questa fascia di popolazione, pesantemente colpita dalla pandemia di Covid-19, ha subito una perdita tra il 2019 e il 2020 di 475 persone (-1,2% rispetto al 2019), con una ripresa solo parziale nel 2021.

- L'indice di vecchiaia, calcolato rapportando la popolazione con età di 65 anni e oltre e quella con meno di 15 anni, è rimasto stabile dal 2000 al 2011, anni di forte immigrazione, mentre è cresciuto negli anni successivi. Complessivamente tale indicatore si è mantenuto sempre inferiore al dato nazionale e regionale (Figura 3).
- Il tasso di mortalità è simile ai valori pre-pandemia, con una media di 30 decessi al giorno in ATS. Solo il 2,8% sono decessi che riguardano cittadini stranieri.
- La percentuale di stranieri si è mantenuta stabile dal 2011 su valori pari al 14% circa, con varie oscillazioni da un anno all'altro. La percentuale di stranieri resta comunque costantemente superiore a quanto accade a livello lombardo e ancor più al dato nazionale.
- Sempre in calo le nascite, mentre è stabile l'età materna alla prima gravidanza.

Tabella 1 - Trend demografico nella popolazione assistita ATS Brescia: anni 2016-2025

Anno	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Delta% 2025/2016	Delta% 2025/2024
Totale assistiti	1.176.312	1.177.365	1.176.653	1.179.966	1.172.226	1.174.892	1.180.449	1.180.697	1.182.607	1.185.792	+0,8%	0,3%
Età media	43,8	44,1	44,4	44,7	44,9	45,1	45,2	45,6	45,8	46,1	+2 anni e 4 mesi	+ 4 mesi
N° stranieri	170.091	168.989	166.110	169.233	165.946	168.327	172.962	171.113	169.746	170.729	-0,4%	-0,6 %
% Stranieri	14,5%	14,4%	14,1%	14,3%	14,2%	14,3%	14,7%	14,5%	14,4%	14,4%		
N° bambini (<15 anni)	172.990	170.539	167.950	165.403	161.485	158.091	156.842	151.742	147.953	144.197	-16,6%	-2,5%
% Bambini	14,7%	14,5%	14,3%	14,0%	13,8%	13,5%	13,3%	12,9%	12,5%	12,2%		
N° anziani (>=65 anni)	244.436	247.930	251.413	254.947	254.805	257.619	260.998	265.674	270.500	275.783	+12,8%	+2,0%
% Anziani	20,8%	21,1%	21,4%	21,6%	21,7%	21,9%	22,11%	22,5%	22,9%	23,3%		+1,7%
Indice vecchiaia (>=65/minore anni 15)	141	145	150	154	158	163	166	175	183	191	+35,4%	+4,6%
N° grandi anziani (>=85 anni)	36.020	37.038	37.989	38.759	38.284	38.590	39.254	41.627	43.919	45.941	+27,5%	+4,6%
% Grandi anziani	3,1%	3,1%	3,2%	3,3%	3,3%	3,3%	3,3%	3,5%	3,7%	3,9%		
Indice di dipendenza strutturale	55,0	55,1	55,4	55,3	55,1	54,8	54,8	54,7	54,8	54,8	-0,3%	+0,1%
Indice di dipendenza degli anziani	32,2	32,7	33,2	33,6	33,7	33,9	34,2	34,8	35,4	36,0	+11,8%	+1,7%
N. Nuovi nati *	9.875	9.495	9.133	8.819	8.520	8.177	8.105	8.069	7.829	7.632	-22,7%	-2,5%
Tasso natalità x 1.000	8,39	8,06	7,76	7,47	7,23	6,96	6,87	6,83	6,62	6,44	-23,3%	-2,8%
Età media al primo figlio (Dati Cedap)	30,8	30,8	30,9	30,9	30,9	31,1	31,2	31,2	---	31,4	+6 mesi	+1 mese
Numero morti *	10.118	10.755	10.528	10.678	14.616	11.816	11.679	10.743	11.072	11.097	+9,7%	+0,2%
Tasso mortalità x 1.000	8,6	9,1	8,9	9,1	12,5	10,06	9,89	9,10	9,36	9,4	+8,8%	+0,0%
Tasso di crescita naturale x 1.000	-0,2	-1,1	-1,2	-1,6	-5,3	-3,1	-3,0	-2,3	-2,7	-2,9	-1315%	-6.6%

Indice di vecchiaia: [popolazione sopra i 64 anni/popolazione con età inferiore a 15 anni]*100. Rappresenta il grado d'invecchiamento della popolazione. Dato nazionale = 207,7 al 1° gennaio 2025

Indice di dipendenza strutturale: [(pop. sotto i 15 anni + pop. sopra 64 anni)/pop. 15-64 anni]*100. È un indicatore che esprime il carico sociale ed economico teorico della popolazione in età attiva. Il continuo invecchiamento della popolazione, associato al calo delle nascite, ha portato ad un aumento dell'indicatore. Dato nazionale = 57,8 al 1° gennaio 2025

Indice di dipendenza degli anziani: [pop. >=65 anni/pop. 15-64 anni]*100. È un indicatore che esprime il carico sociale ed economico della popolazione anziana che grava sulla popolazione in età attiva.). Dato nazionale = 39,0 al 1° gennaio 2025

Tasso di natalità = [N° di nati vivi/pop. nello stesso periodo] *1.000. Dato nazionale = 6,3 al 1° gennaio 2024

Tasso grezzo di mortalità = [numero di morti in una popolazione/popolazione nello stesso periodo] *1.000. Dato nazionale = 11,1 al 1° gennaio 2024

Tasso di crescita naturale = [(numero di nati - numero di morti in una popolazione)/popolazione nello stesso periodo] *1.000. Dato nazionale = -4,8 al 1° gennaio 2024

* Per ogni anno il numero di nuovi nati e di morti è calcolato dal 1° dicembre dell'anno precedente al 30 novembre dell'anno di interesse.

PREMESSA

Gestione del rischio: salute e sicurezza nelle organizzazioni sanitarie

La gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie è una delle sfide principali per garantire la qualità e la sicurezza delle cure. La sicurezza del paziente e la gestione del rischio clinico sono ormai temi centrali, considerando che un numero crescente di studi evidenzia come gli errori medici e gli eventi avversi rappresentino una questione rilevante nelle strutture sanitarie, con un impatto significativo sia sulla salute dei pazienti che sulle risorse economiche disponibili. Tali eventi non solo mettono a rischio la vita e il benessere dei pazienti, ma comportano anche un aumento dei costi sanitari, rendendo la sicurezza delle cure un obiettivo imprescindibile per il miglioramento delle prestazioni sanitarie.

Il rischio clinico è stato definito come “la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè subisca un qualsiasi danno o disagio imputabile anche se in modo involontario alle cure prestate durante il periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte” (Kohn, IOM-Institute of Medicine 1999). Stime recenti mostrano che una percentuale significativa di pazienti ricoverati, tra l'8% e il 12%, sperimenta eventi avversi legati alle cure ricevute. Questi eventi sono in gran parte prevenibili e, come sottolineato in numerosi studi, dipendono da fattori sistemici e organizzativi, più che da singoli errori umani.

L'importanza di affrontare questa problematica è stata riconosciuta anche a livello europeo e nazionale. La Raccomandazione del Consiglio dell'Unione Europea del 2009, seguita dalla Legge n. 24 del 2017 (Legge Gelli-Bianco), ha ribadito l'urgenza di adottare misure concrete per la prevenzione degli errori e il miglioramento della sicurezza nelle strutture sanitarie. L'errore, infatti, è una componente intrinseca nei sistemi complessi come quello sanitario, ma può essere gestito e ridotto attraverso un approccio sistemico e multidimensionale che coinvolga tutti i livelli organizzativi.

La gestione del rischio implica l'adozione di una "cultura del rischio", che non si limita a identificare i pericoli ma promuove anche un'analisi approfondita degli errori, al fine di comprendere le cause profonde e prevenire la loro ripetizione. Questo approccio deve essere volto non a punire, ma a migliorare continuamente i processi, attraverso l'adozione di metodologie logiche e sistematiche per identificare, valutare, comunicare e monitorare i rischi, riducendo al minimo i danni e migliorando la qualità delle cure erogate.

Strategia Aziendale di Risk Management, obiettivi generali e linee di intervento

Il Piano Annuale di Risk Management (P.A.R.M.) è uno degli strumenti più importanti per migliorare la qualità e la sicurezza dei servizi erogati.

La L.R. n. 22 del 14/12/2021, che ha apportato modifiche al Titolo I e al Titolo VII della L.R. n. 33 del 30/12/2009 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità) mantiene l'attribuzione, alle ATS, di

alcune funzioni fra cui: negoziazione e acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie dalle strutture accreditate; governo del percorso di presa in carico della persona in tutta la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali; governo e promozione dei programmi di educazione alla salute, prevenzione, assistenza, cura e riabilitazione; promozione della sicurezza alimentare, medica e medica veterinaria; sanità pubblica veterinaria; prevenzione e controllo della salute negli ambienti di vita e di lavoro; vigilanza e controllo sulle strutture e sulle unità d'offerta sanitarie, socio sanitarie e sociali.

Le ATS assumono un ruolo prevalente di controllo e di governance del Sistema sanitario e sociosanitario locale; diventano così caratterizzanti, per le Agenzie, le attività di prevenzione, programmazione, acquisto e controllo delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie del proprio territorio.

Restano tuttavia di competenza di ATS alcune attività di carattere sanitario a favore di utenti/pazienti in particolare nel campo della prevenzione e profilassi delle malattie infettive quali l'esecuzione del test di Mantoux per verificare la presenza dell'infezione da parte del Micobatterio della Tuberculosis, inchieste epidemiologiche, dispensazione di alcuni farmaci (es: scabbia, meningiti), individuazione della popolazione da vaccinare (es: morbillo/epatite A) e la raccolta di campioni biologici (es: morbillo, rosolia).

Le aree ritenute di particolare interesse dal R.M. sono relative, in via generale, a:

- “rischio di impresa” intrinseco alle tecnologie, ai meccanismi di produzione della organizzazione sanitaria e proporzionale alla complessità del sistema;
- rischio definito “rischio puro”, che non risulta correlato alla complessità del sistema produttivo e dipende dal concatenarsi di situazioni che favoriscono l'insorgenza di un evento avverso spesso non prevedibile o quantificabile.

Per la stesura del documento sono state seguite le indicazioni contenute nelle Linee Operative Risk Management in Sanità Anno 2026, trasmesse dalla Direzione Generale Welfare con nota prot. n. G1.2026.0001821 del 15/01/2026 e redatte in coerenza con la Delibera N. XII/5589 “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2026”.

ATTIVITÀ ORDINARIE DI RISK MANAGEMENT

A) Monitoraggio degli Eventi Sentinella in SIMES.

Per gli erogatori di prestazioni sanitarie, ai fini della determinazione del rischio infortunistico e per consentire, in output, strumenti di reportistica utili per la gestione del rischio è da ritenersi fondamentale la raccolta delle informazioni relative ai cosiddetti “Eventi Sentinella”, ossia quegli eventi avversi di particolare gravità, potenzialmente evitabili, che possono comportare morte o grave danno al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario.

Per una raccolta organica di queste informazioni, in data 11/12/2009, con un Decreto Ministeriale, è stato istituito il sistema “SIMES” (sistema informativo monitoraggio errori in sanità) che ha lo scopo di monitorare gli errori in sanità. Il sistema prevede una attività continua di aggiornamento con un flusso di dati

relativi agli eventi sentinella e ai sinistri. La procedura dell'ATS prevede che l'inserimento di un evento sentinella nel sistema SIMES avvenga avendo prima informato e coinvolto il Risk Manager; successivamente, in relazione al tipo di evento (decesso o grave lesione del paziente) saranno compilate le previste schede A (entro 5 giorni) e B (entro 45 giorni).

B) Comitato Valutazione Sinistri (C.V.S.) - Aggiornamento delle sezioni del Data Base regionale

Il Comitato Valutazione Sinistri, così come definito nella Procedura "Gestione sinistri assicurativi Rct/o" approvata con Decreto D.G. n. 448 del 25.07.2023, ha fra i suoi compiti quello di:

- organizzare la raccolta di informazioni indispensabili alla gestione dei sinistri;
- effettuare una pronta valutazione, in presenza di richiesta di risarcimento danni, delle eventuali responsabilità che, qualora non correttamente gestite, potrebbero sfociare nel contenzioso giudiziario;
- valutare le tipologie e le entità dei danni (in termini di responsabilità e impatto economico) arrecati a terzi con il coinvolgimento di tutte le professionalità aziendali necessarie per l'analisi dei sinistri (anche in un'ottica preventiva);
- integrare la procedura di rilevazione e raccolta dei dati necessari ad un'efficace gestione dei sinistri;
- gestire i rapporti con i danneggiati e i loro studi legali per una eventuale composizione stragiudiziale della vertenza, al fine di addivenire ad un accordo diretto Agenzia-danneggiati (ove la polizza preveda una franchigia e la gestione dei relativi sinistri non sia demandata alla Compagnia);
- contribuire alla definizione della politica di copertura assicurativa dell'Agenzia.

L'utilizzo del software applicativo Regionale GEDISS, a regime da qualche anno, consente l'aggiornamento della mappatura delle richieste di risarcimento fondamentale per portare a termine gli obiettivi del CVS che, come ogni anno garantirà una sua continuità operativa, con lo scopo prioritario di migliorare, per quanto possibile, la gestione dei sinistri.

Particolare attenzione sarà dedicata all'analisi del sinistro e alla valorizzazione delle riserve.

Le scadenze, di competenza del Responsabile del Comitato Valutazione Sinistri (C.V.S.), sono le seguenti:

- entro il 31/07/2026: inserimento e aggiornamento dei dati relativi a sinistri e polizze verificatisi entro il primo semestre 2026 e contestuale aggiornamento dello storico;
- entro il 31/01/2027: inserimento e aggiornamento dei dati relativi a sinistri e polizze relativi al secondo semestre 2026 e contestuale aggiornamento dello storico.

C) Monitoraggio cadute dei pazienti/visitatori e degli infortuni

Il monitoraggio dei sinistri, delle richieste di risarcimento danno, delle cadute e degli infortuni verificatisi, deve essere inteso come un importante strumento di prevenzione dei rischi e di migliore gestione delle politiche assicurative e pertanto sarà continuato anche nel 2026.

D) Monitoraggio degli eventi avversi rilevanti e azioni conseguenti

L'ATS di Brescia, già da diversi anni, ha implementato un sistema di “incident reporting”, in accordo con le indicazioni delle Linee Guida Ministeriali del giugno 2011, per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità. Per segnalare i “quasi eventi” (near miss) e gli “eventi” è possibile compilare, su base volontaristica, una scheda di segnalazione informatica che viene inviata automaticamente al Risk Manager.

Periodicamente viene effettuato il monitoraggio degli eventi avversi/sinistri da ritenere rilevanti al fine di identificare le cause e di diffondere le azioni di miglioramento intraprese per evitare l'eventuale ripetersi di eventi simili. Le segnalazioni sono discusse nell'ambito degli incontri periodici del Gruppo di Coordinamento per la Gestione del Rischio. A febbraio 2025 è stato adottato il nuovo sistema di incident reporting regionale Herm-Lomb e nel corso del 2026 verrà completamente implementato.

E) Trasparenza dei dati

La Legge 24/2017, all'art. 2 e all'articolo 4, prevede che tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie pubblichino sul proprio sito internet:

- una Relazione Annuale Consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto (art. 2 comma 5);
- l'importo dei Risarcimenti erogati (il liquidato annuo) relativamente alle richieste di risarcimento in ambito di Risk Management, con riferimento all'ultimo quinquennio (art. 4 comma 3).

Anche per l'attività del 2026 sarà garantita la pubblicazione sul sito dell'Agenzia nei primi mesi del 2027.

GRUPPO DI COORDINAMENTO PER LA GESTIONE DEL RISCHIO

I componenti del Gruppo di Coordinamento del Rischio sono stati individuati con Decreto n. 27 del 27/01/16, dal Direttore Generale dell'ATS; con successivi Decreti del D.G. n. 72/2017, n. 167/2019, n. 151/21, n. 350/21, n. 14/23, n. 313/23 e n. 613/24. È stata modificata, nel tempo la composizione del Gruppo, intervento necessario perché l'organismo continuasse a rappresentare tutti i livelli e le articolazioni dell'Agenzia, garantendo così anche una adeguata continuità operativa, in ragione delle mutate competenze attribuite ad ATS con la Legge di riordino del Sistema Sanitario Regionale. Il Gruppo di Coordinamento della Gestione del Rischio, seguendo gli specifici indirizzi che sono stati forniti da Regione Lombardia in merito alla gestione del rischio clinico, opererà anche attraverso l'organizzazione, nel corso del 2026, di alcuni incontri che avranno lo scopo di:

- a) analizzare le segnalazioni pervenute di “eventi avversi” o dei “quasi eventi”;
- b) individuare le criticità più o meno latenti;
- c) individuare gli strumenti e suggerire le azioni, preventive e correttive, per ridurre il rischio e per evitare,

per quanto possibile, il ripetersi degli eventi;

- d) approfondire gli aspetti del contenzioso legale;
- e) analizzare i dati dei reclami pervenuti all'Ufficio Relazioni con il Pubblico (U.R.P.) ed all'Ufficio Pubblica Tutela (U.P.T.);
- f) monitorare ed aggiornare la mappatura delle situazioni di rischio nelle varie articolazioni aziendali con la conseguente analisi e gestione dei dati emersi e con l'individuazione delle priorità d'intervento;
- g) sostenere l'attività professionale degli operatori proponendo all'ufficio formazione della SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane dell'Agenzia, le opportune iniziative di formazione.

NETWORK ED EVENTI FORMATIVI

Come indicato nelle Linee Guida operative di Risk Management in Sanità per il 2026, sarà garantita la partecipazione ai Network Regionali di Risk Management al Risk Manager e ai responsabili del CVS. Gli incontri saranno aperti anche ai mediatori di conflitti dell'ATS.

SVILUPPO DELLA GESTIONE INTEGRATA DEL RISCHIO (ERM)

Come indicato dalle linee guida regionali, anche nel 2026 è prevista l'implementazione del modello Healthcare Enterprise Risk Management (HERM) per una gestione integrata dei rischi in sanità, applicato ad almeno tre processi aziendali, seguendo le indicazioni del Decreto DG Welfare n. 20638 del 21.12.2023.

PROGETTI ANNUALI SPECIFICI + CRONOPROGRAMMI

Progetto n. 1

“Applicazione del modello OMS *After action review*”

Un **After Action Review (AAR)** è una revisione qualitativa delle azioni intraprese durante un evento di sanità pubblica, un progetto o un intervento, con l'obiettivo di identificare e documentare buone pratiche e criticità emerse.

Si basa su una discussione strutturata tra i partecipanti per analizzare:

- cosa era disponibile prima dell'intervento,
- cosa è accaduto realmente,
- cosa ha funzionato bene e cosa meno,
- perché gli eventi si sono verificati in quel modo,
- come migliorare in futuro.

È uno strumento importante per il miglioramento continuo e l'apprendimento.

Nel corso del 2026 sarà sperimentato tale modello con l'applicazione su un evento di interesse che dovesse verificarsi nel 2026 o su un evento del 2025. Si allega la scheda del progetto con cronoprogramma.

Progetto n. 2

“RSA e RSD - Sperimentazione di uno strumento regionale di segnalazione Incident Reporting e di un modello gestionale”

Nel corso del 2023 le RSA e RSD del territorio lombardo hanno partecipato alla survey regionale "Mappatura delle strategie di gestione del rischio per una assistenza sicura e di qualità nelle RSA-RSD".

Dall'analisi degli esiti è emerso che

- il 57% delle strutture dichiara l'utilizzo di un sistema di Incident Reporting, quale meccanismo che consente al personale di segnalare e documentare gli eventi avversi che si verificano all'interno dell'unità di offerta - UdO (si tenga presente che la scheda di segnalazione è un requisito della DGR 2569/2014);
- il 20% hanno un incident reporting in corso di implementazione;
- il 13% delle strutture non ha un sistema di incident reporting;
- il 49% delle strutture con un sistema di incident a regime hanno segnalato almeno un evento nel 2022.

Le linee operative di Risk management del 2025 e del 2026 prevedono la realizzazione di strumenti di supporto per le UdO sociosanitarie, quali check-list, modelli di incident reporting per il miglioramento della sicurezza e della qualità dell'assistenza. L'obiettivo di questo progetto biennale, al secondo anno di applicazione, e proposto in collaborazione con tutti i risk manager delle ATS lombarde, è la realizzazione di uno strumento comune a tutte le strutture RSA RSD del territorio lombardo per il supporto nella segnalazione degli eventi sentinella/near miss e nelle modalità di gestione, con una durata prevista di due anni.

Nel 2025 è stata predisposta una bozza di scheda di segnalazione partendo dall'analisi del modello regionale di segnalazione, costruito per gli ospedali (HERM Lomb), al fine di individuare gli elementi trasferibili al contesto RSA/RSD, semplificando le sezioni non pertinenti al contesto non ospedaliero; si è cercato di adattare il linguaggio e le categorie di rischio alla specificità assistenziale delle RSA/RSD (ad es. fragilità degli ospiti, assistenza di lungo periodo, integrazione sociosanitaria).

Nel corso del 2026 si intende validare lo strumento da parte dei risk manager ATS dopo confronto RSA/RSD selezionate, valutare un'eventuale revisione e ottimizzazione della scheda e realizzare un evento formativo/informativo per la diffusione dello strumento e del modello gestionale

Si allega la scheda del progetto con cronoprogramma.

PIANO DI FORMAZIONE RELATIVAMENTE ALLA TEMATICA DI RISK MANAGEMENT

Per il 2026 sono previste le seguenti iniziative formative inerenti alla tematica della gestione del rischio:

a) Iniziativa di formazione (condotta con la metodica della formazione sul campo) per il Gruppo di Coordinamento del rischio. Incontri di studio/approfondimento sulla gestione del rischio sanitario.

Il Gruppo di Coordinamento del rischio dell'ATS di Brescia negli ultimi anni, ha avuto un importante turn over. Ciò, unitamente alla necessità di una efficace gestione del rischio clinico, rende indispensabili momenti di confronto al fine di una accurata, attenta analisi dei quasi eventi, dei sinistri e delle segnalazioni di interesse eventualmente pervenute all'U.R.P. Il continuo confronto degli operatori, con professionalità e competenze diverse, rappresenta un importante strumento metodologico per chi è chiamato a operare per il miglioramento dell'organizzazione e, in particolare, degli aspetti correlati alla salute e alla sicurezza, oltre che per migliorare i processi di erogazione delle cure/prestazioni. I momenti di confronto previsti dall'iniziativa di formazione saranno importanti anche per la necessaria revisione delle procedure e l'eventuale individuazione delle opportune misure tecnico-procedurali tese a migliorare i livelli di sicurezza al fine di ridurre il rischio di ripetersi degli eventi.

b) La tutela degli operatori di ATS Brescia dal rischio aggressioni

Il corso è rivolto agli operatori di ATS Brescia maggiormente esposti (personale di vigilanza) e mira a fornire strumenti pratici e conoscenze per prevenire e gestire situazioni di aggressione sul luogo di lavoro. Attraverso un approccio multidisciplinare, verranno approfonditi gli aspetti normativi, le tecniche di comunicazione efficace e le strategie di de-escalation per garantire un ambiente lavorativo più sicuro. I partecipanti acquisiranno competenze utili per affrontare eventuali episodi di violenza, riducendo il rischio e migliorando la propria sicurezza professionale. Tale progetto si inserisce anche all'interno delle attività previste dal PREVIOS.

PIANO PER LA PREVENZIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA SUGLI OPERATORI SANITARI (PREVIOS)

Come previsto dalla DGR 3672 del 16/12/2024 “Approvazione del documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari di cui all’art. 3 della l.r. n.15 dell’8 luglio 2020 «sicurezza del personale sanitario e sociosanitario»” in ATS Brescia, con decreto del Direttore Generale n. 132 del 10/03/2025, è stato costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare aziendale in materia di prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari che si è occupato di stendere il piano PREVIOS. Il piano, tuttora valido, è stato approvato con Decreto del Direttore Generale n. 181 del 28/03/2025.

ALLEGATI

Progetti in tema di risk management:

- ✓ Scheda progetto “Applicazione del modello OMS After action review” + cronoprogramma.
- ✓ Scheda progetto “RSA e RSD - Sperimentazione di uno strumento regionale di segnalazione Incident Reporting e di un modello gestionale” + cronoprogramma.

Brescia, 23/03/2026

FIRMATO DIGITALMENTE

IL RISK MANAGER

Dott. Giovanni Maifredi

GIOVANNI MAIFREDI
25.03.2026 09:12:58 GMT+01:00



All. 1 Linee Operative Risk Management Anno 2026

SCHEDA PROGETTO - ANNO 2026			
ASST/IRCCS/ATS	ATS Brescia		
se progetto interaziendale indicare le altre aziende			
Risk Manager aziendale	Giovanni Maifredi		
1. Titolo del Progetto	Applicazione del modello OMS After action review		
2. Motivazione della scelta	Il contesto di ATS è caratterizzato dalla possibilità del verificarsi di eventi di sanità pubblica di particolare rilevanza per il loro impatto sulla salute di specifiche comunità di persone, fasce di età o l'intera popolazione. Gli scenari in particolare riferiti alla diffusione delle malattie infettive sono in continuo aggiornamento ed è pertanto necessario imparare dalle esperienze vissute per prepararsi a eventi futuri.		
3. Area di RISCHIO	INFEZIONI-SEPSI		
se ALTRO, specificare:			
4. Ambito Aziendale P.O/U.O. /Ambito ove verrà attuato il progetto:	DIPS		
5. Nuovo/Prosecuzione	Nuovo		
6. Durata Progetto	1 anno		
7. Obiettivo	Valutare l'efficacia delle azioni durante un evento di sanità pubblica, individuando punti di forza, criticità e cause, per migliorare le capacità di risposta e definire azioni correttive.		
8. Realizzazione/Prodotto Finale	Relazione		
9. Strumenti e metodi	OMS After action review		
10. Risultati e indicatori	Risultato atteso	Indicatore	Dati della Misurazione a fine anno
	Individuazione della tematica	Si/no	
	Attuazione della review	Si/no	
	Relazione finale	Si/no	

SCHEDA DI PROGETTO
**Pianificazione del Progetto
(Cronoprogramma)**
Azienda ATS Brescia
Risk Manager Giovanni Maifredi
Titolo del Progetto Applicazione del modello OMS After action review

FASI	RISORSE	RESPONSABILITA'	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Individuazione della tematica		RM	x	x	x	x	x							
Attuazione della review		RM					x	x	x	x	x	x		
Relazione finale		RM										x	x	x



All. 1 Linee Operative Risk Management Anno 2026

SCHEDA PROGETTO - ANNO 2026

ASST/IRCCS/ATS	ATS Brescia		
se progetto interaziendale indicare le altre aziende	ATS Lombarde		
Risk Manager aziendale	C. Curioni, E. De Giosa, A. Ferrari, G. Maifredi, D. Molteni, A. Paiano, C. Tereanu, C. G. Tiron		
1. Titolo del Progetto	RSA e RSD - Sperimentazione di uno strumento regionale di segnalazione Incident Reporting e di un modello gestionale		
2. Motivazione della scelta	<p>Il progetto nasce dalle risultanze della survey regionale 2023 sulla gestione del rischio nelle RSA e RSD lombarde, che ha evidenziato una significativa eterogeneità nell'adozione e nell'utilizzo dei sistemi di Incident Reporting:</p> <ul style="list-style-type: none"> * 57% delle strutture utilizza un sistema di Incident Reporting; * 20% in fase di implementazione; * 13% privo di sistema; * solo il 49% delle strutture con sistema attivo ha segnalato almeno un evento nel 2022. <p>Tali evidenze, unitamente a quanto previsto dalle Linee Operative di Risk Management (2025–2026), hanno evidenziato la necessità di sviluppare strumenti standardizzati a supporto delle UdO sociosanitarie, finalizzati al miglioramento della sicurezza e della qualità dell'assistenza.</p>		
3. Area di RISCHIO	Rischio in RSA/RSD		
se ALTRO, specificare:			
4. Ambito Aziendale P.O./U.O. /Ambito ove verrà attuato il progetto:	RSA- RSD del territorio lombardo		
5. Nuovo/Prosecuzione	Prosecuzione		
6. Durata Progetto	2 anni		
7. Obiettivo	Realizzazione di uno strumento comune a tutte le strutture RSA RSD del territorio lombardo per il supporto nella segnalazione degli eventi sentinella/near miss e nelle modalità di gestione		
8. Realizzazione/Prodotto Finale	<p>Output 2025 (realizzato):</p> <p>Predisposizione di una scheda standardizzata di Incident Reporting contenente:</p> <ul style="list-style-type: none"> * dati anagrafici e contesto dell'evento; * descrizione dettagliata dell'evento; * fattori contribuenti; * trattamenti/interventi effettuati; * elementi di mitigazione e possibili azioni preventive; * tracciabilità nella documentazione sanitaria. <p>Output 2026 (aggiornato):</p> <p>Realizzazione della scheda IR finale da parte dei risk manager ATS, previa valutazione delle IR ricevute nel 2025 dalle RSA/RSD selezionate pilota;</p> <p>realizzazione di un evento formativo/informativo per la diffusione dello strumento e del modello gestionale.</p>		
9. Strumenti e metodi	<p>Analisi della documentazione regionale e normativa di riferimento;</p> <ul style="list-style-type: none"> * confronto ATS e strutture RSA/RSD pilota; * simulazione applicativa della scheda; * revisione e adeguamento dello strumento (anche in ottica di digitalizzazione su HERM LOMB); * attività formative e di sensibilizzazione. 		
10. Risultati e indicatori	Risultato atteso	Indicatore	Dati della Misurazione a fine anno
	Scheda IR finale	Realizzazione dello strumento si/no	
	simulazione dell'evento e gestione dello stesso	realizzazione di uno strumento si/no	

