

**AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE PAPA GIOVANNI XXIII BERGAMO****Rendicontazione Piano Annuale di Risk Management anno 2025****Indice:**

Premessa.....	2
1. IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO CLINICO .....	3
1.1 Il sistema di segnalazione degli incident, dei near miss, degli eventi avversi e degli eventi sentinella .....	3
1.2 Implementazione di attività mirate al miglioramento della qualità e sicurezza delle cure .....	6
1.3 Implementazione di attività mirate alla gestione della Crisi e Continuità Operativa. ....	10
1.4 Implementazione di attività mirate alla gestione del rischio clinico in differenti ambiti .....	13
1.4.1 Implementazione gestione del rischio clinico in Pronto Soccorso .....	13
1.4.2 Implementazione gestione del rischio clinico negli Istituti Penitenziari .....	14
1.4.3 Implementazione gestione del rischio clinico nell'utilizzo dei Farmaci.....	15
1.4.4 Implementazione di attività mirate alla gestione del rischio clinico in sala operatoria .....	16
1.4.5 Implementazione di attività mirate alla gestione del rischio clinico ambito territoriale e sociosanitario.....	18
1.4.6 Implementazione di attività mirate alla gestione del rischio clinico in ambito del rischio nutrizionale .....	20
1.4.7 Implementazione di attività mirate alla gestione della sicurezza in ambito diagnostico e nell'utilizzo delle radiazioni ionizzanti.....	21
1.5 Raccomandazioni ministeriali .....	21
2. RISCHIO IN AREA OSTETRICA E PERINATALE.....	24
3. RISCHIO INFEZIONI .....	27
3.1 Percorsi di contenimento del rischio di contagio.....	27
3.2 Infezioni - Sepsis.....	27
4. VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI.....	29
5.GESTIONE INTEGRATA DEL RISCHIO: modello di Healthcare Enterprise Risk Management (HERM).....	31
6. SISTEMA DI MONITORAGGIO .....	36
6.1 Indicatori generali.....	36
6.2 Eventi sentinella.....	38
6.3 Trigger materni-fetali (flusso CeDAP).....	39



7. GESTIONE DEL CONTENZIOSO/COPERTURA ASSICURATIVA RTC/RCO .....	39
7.1 Ascolto e mediazione dei conflitti .....	39
7.2 Rendicontazione continuità operativa Gruppi - anno 2025 .....	40
7.3 Sistema per la Gestione Digitale dei Sinistri.....	40
8. INFORMAZIONI AI PAZIENTI A CAREGIVERS E A CITTADINI.....	41
9. EVENTI FORMATIVI E NETWORK .....	43
9.1 Formazione .....	43
9.2 Formazione Regione Lombardia e Network .....	44
9.3 Rischio clinico e competenze non tecniche: la comunicazione .....	44
10. TRASPARENZA DEI DATI.....	45
11. GIORNATE DEDICATE AL RISK MANAGEMENT .....	45
12. INFORMAZIONI AL PERSONALE .....	46
13. ALLEGATI .....	46

## Premessa

Per il 2025, in linea con le indicazioni di Regione Lombardia, le attività di Gestione del Rischio dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale "Papa Giovanni XXIII" si sono orientate alla sicurezza e qualità delle cure integrandosi con il Piano di Miglioramento dell'Organizzazione ed in accordo con il comitato aziendale per la gestione del Rischio e la sicurezza del paziente.

Nel presente Piano sono esplicitate le Linee di intervento individuate sulla base dell'analisi delle criticità aziendali, dei *near miss*, degli eventi avversi e degli eventi sentinella e delle risultanze del Comitato Valutazione Sinistri in coerenza con i contenuti della DGR n. XII/3720 del 30/12/2024 'Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025' (All. 4 Polo Ospedaliero, paragrafo 4.10 'Risk Management') nonché con le "Linee operative di risk management in sanità – Anno 2025", Protocollo numero G1.2025.0003856 del 30/01/2025 con le quali Regione Lombardia ha definito la strategia regionale in termini di Risk Management in continuità con il percorso delineato dalla circolare n. 46/SAN del dicembre 2004, consolidatosi negli anni.

Sulla base anche delle indicazioni che il Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente fornisce, le iniziative in tema di Risk Management risultano allineate agli standard contenuti dal *WHO Global Safety Action Plan 2021-2030*.



Con Delibera n. 528 del 26/03/2025 è stato approvato il “Piano Aziendale di Risk Management- anno 2025” inviato alla Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia con nota prot. n. 22732/25 del 31 marzo 2025.

Inoltre con Delibera aziendale n. 189 del 30/01/2025 vi è stata l'adozione del “Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2025–2027” validato dal Nucleo di valutazione delle prestazioni in data 17 gennaio 2025. Il PIAO ricomprende il Piano delle Performance, il Piano triennale delle azioni positive, il Piano triennale di prevenzione della corruzione e trasparenza, il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA) e il Piano triennale dei fabbisogni di personale (PTFP).

## 1. IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO CLINICO

### 1.1 Il sistema di segnalazione degli incident, dei near miss, degli eventi avversi e degli eventi sentinella

Nel corso dell'anno 2025 le segnalazioni effettuate dal personale dell'azienda sulla piattaforma di *Incident Reporting* (IR) aziendale sono numerose e si conferma il trend di stabilità dei tre anni precedenti (+ 400 segnalazioni).

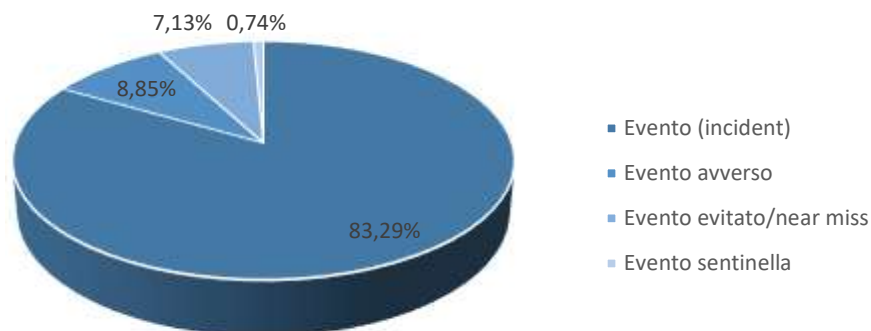
Questo fenomeno ha consentito al Risk Management di attivare analisi specifiche per eventi di media/altra gravità e riflessioni interne alle Strutture effettuate in modo più autonomo. Si riconferma che questi risultati positivi sono anche il frutto di vari eventi formativi e di sensibilizzazione effettuati al personale rispetto all'importanza della segnalazione e delle tematiche proprie del rischio clinico.

Sono state inserite nel sistema informatizzato di IR oltre 400 segnalazioni a seguito delle quali sono state sviluppate analisi secondo la gravità dell'evento segnalato; fra le segnalazioni, ve ne sono alcune che fanno riferimento alla tematica iperafflusso in Pronto Soccorso per le quali, si mantiene l'analisi ed il confronto con i responsabili e le funzioni aziendali interessate.

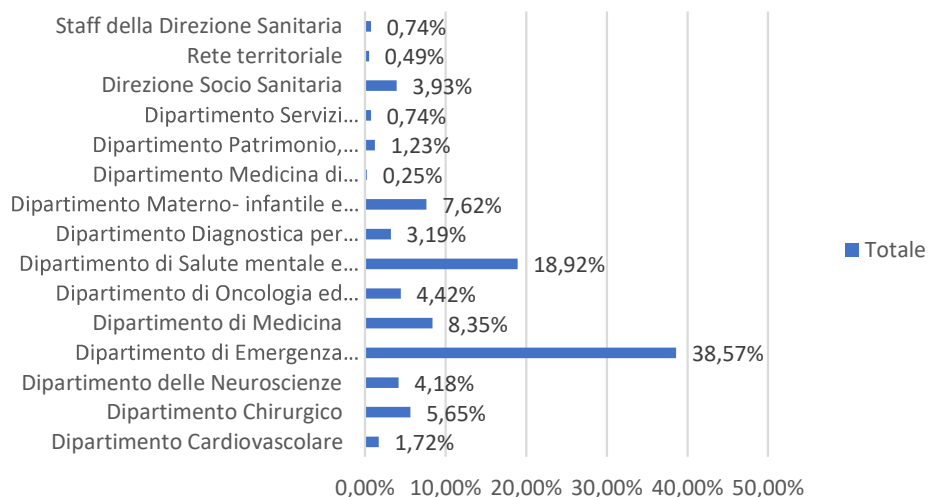
Le segnalazioni si sono stratificate come nelle figure sottostanti:



### Tipologia eventi segnalati in Incident Reporting



### Distribuzione delle segnalazioni per Dipartimento



Per tale ragione si intende proseguire nella diffusione della cultura della segnalazione degli eventi di rischio clinico, delle sue finalità e dei dati che esso consente di estrapolare per successive analisi Aziendali.

Per alcune tematiche (frequenti, particolarmente sentite dal personale oppure monitorate per specificità di tematica o su indirizzo comune con Direzione Strategica) unitamente alle Strutture coinvolte, si



definisce un'analisi condivisa e la costituzione di tavoli di lavoro specifici sulle problematiche emerse e relative azioni correttive/piani di miglioramento, oggetto di monitoraggio nel tempo.

Si prosegue altresì nelle attività proprie del risk, quali audit interni strutturati con l'obiettivo di valutare l'applicazione delle procedure/protocolli e analizzare le criticità in modo attivo e continuo.

Nell'anno 2024 Regione Lombardia, Welfare e Centro Regionale per la gestione del Rischio Sanitario e Sicurezza del paziente hanno sviluppato la Piattaforma HERM Lomb (Healthcare Enterprise Risk Management Lombardia, Missione 6 PNRR - COMPONENTE 2 SUB INVESTIMENTO 2.2. B).

Nell'anno 2025 la Piattaforma ha avuto diversi rilasci *rework* ed evolutive per l'aggiornamento ed il miglioramento, per una adesione smart e contestualizzata anche a seguito delle osservazioni pervenute dalle Strutture che lo hanno utilizzato in fase di test.

La Piattaforma applicativa unica consente la gestione delle segnalazioni di *incident reporting* e la gestione dei processi di risk management in Sanità, nelle strutture sanitarie della Regione Lombardia nell'ambito delle attività del Centro Regionale per la Gestione del Rischio sanitario e sicurezza del paziente.

È dotata di un Cruscotto centrale regionale per il monitoraggio, l'analisi ed il miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure.

L'applicativo in oggetto sarà utilizzato da tutte le Aziende lombarde ed andrà a sostituire l'attuale applicativo aziendale di segnalazione di *Incident Reporting* (IR) presente su tutti i desktop aziendali (DGR N° XII/86 DEL 03/04/2023- PNRR-M6C2 2.2 B- Applicativo HERM Lomb).

Il link per accedere è:

<https://operatorisiss.servizirl.it/herm/>

La piattaforma nasce per la completa digitalizzazione dei processi di:

- *Incident Reporting*: Rilevazione e segnalazione spontanea e volontaria di eventi avversi o situazioni di rischio per la sicurezza di operatori e utenti.
- Gestione reattiva di Risk Management: Attuazione di azioni correttive conseguenti la presa in carico di segnalazioni di *Incident Reporting*.
- Gestione proattiva di Risk Management: Attuazione di azioni preventive volte a prevenire o ridurre al minimo gli errori della pratica clinica.
- Audit e Gestione checklist: Gestione degli audit secondo il modello ISO:19011, adattabile tra audit di terza parte e audit di seconda parte.



- Audit clinici ed organizzativi: Gestione degli audit eseguiti all'interno degli Enti sanitari, per implementare una revisione regolare e sistematica delle pratiche cliniche e della propria organizzazione interna.
- Reportistica: Monitoraggio dei dati relativi alle segnalazioni, alle azioni correttive e preventive, e ai dati correlati alle attività di audit.

Come diffuso da Regione Lombardia attraverso la Nota Regionale del 26/11/2024 n.0044725 (Protocollo G1.2024.0044725 del 26/11/2024) sulla piattaforma sono gradualmente disponibili:

- la funzionalità per l'esecuzione delle segnalazioni di *Incident Reporting*, tra cui: • Evento avverso • Near miss • Near miss trasfusionale • Cadute accidentali • Eventi sentinella • Infezioni correlate all'assistenza • Agiti violenti a danno di operatori,
- la funzionalità per la gestione degli Audit: • Attività di pre-Audit • Fase di gestione dell'audit: Pianificazione di Audit • Esecuzione di Audit • Follow up.

Le differenti modalità di accesso e di utilizzo della piattaforma HERMLOMB comportano necessariamente una fase transitoria, lasciata in capo ai Risk Manager che possono pianificare con quali tempi diffondere e rendere sempre più accessibile a tutti gli operatori.

Il tutto, al fine di salvaguardare la funzione di IR, in particolare in tema di segnalazioni di agiti aggressivi e garantire la non interruzione del servizio; a supporto è implementata nell'intranet aziendale, Sezione Qualità e Risk Management, una sezione specifica con tutte le indicazioni necessarie (video-pillole,

Le segnalazioni di agiti aggressivi verso gli operatori vengono inserite dal 1° novembre 2024 in back office dallo staff Risk Management.

## **1.2 Implementazione di attività mirate al miglioramento della qualità e sicurezza delle cure**

Per il 2025 si è effettuata l'attualizzazione e definizione di percorsi diagnostici terapeutici (PDTA) e procedure generali, sia in ottemperanza di normativa cogente, sia per la necessità di sviluppare la capacità di gestione olistica di tutti i fattori di rischio che possono compromettere la continuità operativa delle strutture sanitarie secondo una logica integrata di hospital risk management (HRM).

Abbiamo promosso unitamente all'ambito Qualità la revisione e realizzazione di numerosi documenti aziendali, da sottolineare la validazione e diffusione di:



- PDTADMP/DPS02SEPSIPED “ Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per l'identificazione precoce e il trattamento della sepsi in ambito pediatrico”;
- IOPG15MQ6 di ogni Struttura discernenti dalla procedura PG15MQ6 “P.E.M.A.F. - Presidio Papa Giovanni XXIII (Piano di Emergenza Massiccio Afflusso di Feriti)” del 13/12/2024 revisione 05 con entrata in vigore il 25/06/2025; (vedere cap. 1.3 del presente rendiconto),
- IO01AR4-SIMT-EAS Istruzione Operativa revisione 02 “Trasfusione Massiva di Emocomponenti nel paziente in shock emorragico”;
- IO01PG31MQ7 “Gestione dell'allontanamento non concordato della persona assistita dalle strutture aziendali”;
- Revisione Istruzione Operativa IO01SanPen\_RISCHIOSUICIDIO “Prevenzione del rischio suicidario all'interno della Casa Circondariale di Bergamo”;
- Revisione PSpDAPSS/DM05 ‘Conteggio delle garze, degli strumenti e di ogni altro materiale utilizzato in corso di intervento chirurgico/procedura diagnostica interventistica’.

A seguire elenco sintetico della principale documentazione presa in carico, nonché pubblicata, se definito, nel mini-sito aziendale sezione Qualità e Risk management nell'anno 2025:

- Predisposizione e gestione di una sala operatoria per la pratica clinica con apparecchiature laser di classe 3b & 4
- Predisposizione e gestione di un ambulatorio per la pratica clinica con apparecchiature laser di classe 3b & 4
- Gestione delle apparecchiature laser di classe 3b & 4 per la valutazione del rischio specifico da esposizione alla radiazione laser
- PDTADM/DAPSS02SEPSIPED Titolo “PDTA per l'identificazione e il trattamento della sepsi nel paziente pediatrico”
- Sorveglianza dei virus respiratori in pronto soccorso sede Ospedale Papa Giovanni XXIII
- Regolamentazione degli accessi alle strutture sanitarie e sociosanitarie dell'ASST Papa Giovanni XXIII
- Igiene mani e indicazioni all'uso dei lavandini senza rete idrica



- Gestione del trattamento di reverse farmacologico in pazienti in terapia anticoagulante orale con DOAC
- PDTA – Gestione Ipovisus acuto
- Gestione clinica della ritenzione urinaria nel post-partum
- Analgesia neuroassiale in travaglio di parto
- Il bed management
- Regolamento di sicurezza RM blocco operatorio
- Procedura specifica follow up dei pazienti post procedura in ambito radiologia interventistica
- Linee guida per la corretta conservazione del materiale farmaceutico sanitario presso le Unità Strutturali
- Prevenzione degli atti di violenza nei confronti degli operatori
- Transizione dal servizio di neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza ai servizi per l'età adulta
- Gestione del paziente portatore di device cardiaci impiantabili attivati elettronicamente (CIED) che deve essere sottoposto a esame di risonanza magnetica (RM)
- Gestione accesso dei detenuti agli ambulatori della sanità penitenziaria per la prevenzione delle aggressioni
- Impianto/rimozione di device sottocutaneo a base di buprenorfina per il trattamento del disturbo da uso di oppioidi
- Gestione dei dispositivi di protezione individuale (DPI) prescritti ai fini della radioprotezione
- Sorveglianza Fisica della Radioprotezione per i lavoratori esterni
- Percorso Diagnostico Terapeutico e follow-up post trattamento per pazienti HCV positivi
- Gestione dei dispositivi di protezione individuale (DPI) prescritti ai fini della radioprotezione
- Televisita specialistica diabetologica
- Servizi di televisita e teleconsulto per la persona affetta da diabete mellito in regime di detenzione
- P.E.M.A.F. - Ospedale Papa Giovanni XXIII (piano di emergenza massiccio afflusso di feriti) - Istruzioni Operative PEMAF: n. 66 documenti definiti.



Nel corso dell'anno, per l'esigenza di consentire l'erogazione delle migliori pratiche sanitarie per la tutela della salute adeguando i processi di sicurezza e favorendo la diffusione della cultura risk-based a ogni livello organizzativo, si continua con il monitoraggio dell'attuazione della messa in campo della procedura generale PG16MQ7 'Gestione dell'emergenza-urgenza sanitaria e del primo soccorso aziendale' con attività di informazione, supporto, consulenza.

Per tale procedura nel 2025 si è approntato:

- Proseguimento azione di monitoraggio e supporto a Strutture e Servizi Ospedalieri e Territoriali pari tematica di concerto con Anestesia e Rianimazione IV
- Spostamento di locazione ove richiesto dei carrelli di emergenza.
- Allestimento e acquisizione ove indicato di nuovi carrelli di emergenza e/o borse da trasporto.
- Informazioni circa il corretto stivaggio e contrassegno dei farmaci e dispositivi medico chirurgici connessi.
- Reportistica a vigilanza in merito ad interventi dell'emergenza intra-aziendale (numero specifico: 7118) espletati nel 2025.

Il risk manager ha coordinato anche per il 2025 il monitoraggio tramite l'implementazione della "Check-list di verifica sull'applicazione delle raccomandazioni regionali per la riduzione delle contenzioni nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC), nei reparti di neuropsichiatria dell'infanzia e della adolescenza (NPIA) e nelle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza" (protocollo numero G1.2025.0038777 del 07/10/2025); inserita la check list compilata sul portale PrIMO in data 04 novembre 2025.

Nel 2025 abbiamo partecipato al "Progetto sperimentale: Clima organizzativo", promosso da ACSS che prevede la compilazione di un questionario, in forma anonima, in merito al clima organizzativo da parte del personale dipendente e, parallelamente, di un altro questionario, sempre in forma anonima, da parte del personale dimissionario per raccogliere la percezione condivisa dai membri di un'organizzazione riguardo all'ambiente lavorativo, alle modalità di comunicazione, ai rapporti interpersonali, al supporto ricevuto dai superiori, alla chiarezza dei ruoli e degli obiettivi, nonché alle opportunità di crescita professionale. Il Risk Manager aziendale è stato designato come referente del progetto (Prot. n. 35831 del 22/05/2025), con l'incarico di coordinare e promuovere tutte le attività necessarie per la buona



riuscita dell'iniziativa. L'adesione è stata in linea con gli obiettivi regionali ed ha visto la partecipazione di oltre 1500 dipendenti.

Anche nel 2025 è continuata la partecipazione attiva del Coordinatore Infermieristico assegnato a Qualità e Risk management come componente GDL Formatori Triage Regione Lombardia e responsabile scientifico aziendale per corsi Triage Intra-ospedaliero.

Nel corso del 2025 abbiamo assolto alla compilazione di due survey su indicazione regionale relative a:

- Progetto “seconda vittima” nell’ambito del risk management: SURVEY compilata in data 27/08/2025, relativa al progetto “Seconda Vittima”, condotto dal Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e Sicurezza del Paziente della DGW, con protocollo di riferimento n. 55553 del 05/08/2025;
- Mappatura dei modelli organizzativi aziendali in merito alla funzione di Risk Management (in collaborazione con ACSS) con protocollo di riferimento 45230 del 30/06/2025: SURVEY compilata ed inviata 17/07/2025.

### 1.3 Implementazione di attività mirate alla gestione della Crisi e Continuità Operativa

Nell’ottica di “*business continuity*” e “*crisis management*” l’ASST, in coerenza con le linee di indirizzo regionali ha adeguato con logica sistemica e di collegamento i piani di emergenza pandemica con gli altri piani di emergenza previsti dalla normativa specificando in questo nuovo contesto il ruolo di tutti gli attori necessari.

L’aggiornamento del “Piano di Emergenza Massiccio Afflusso di Feriti (PEMAF)” coinvolge gli interlocutori aziendali del Dipartimento Emergenza e Urgenza, Direzione Medica, Gestione Operativa, Direzione Aziendale Professioni Sanitarie e Sociali, Qualità e Risk Management, elaborato e rivisto nei punti chiave (flow chart – responsabilità di funzione - zonizzazione allerta/attivazione personale reclutato) ed è stato pubblicato il 21 febbraio 2025.

Sono seguite le attività di formazione e declinazione di dettaglio per l’entrata in vigore promosse dal gruppo di coordinamento con tutti i referenti PEMAFF di struttura individuati finalizzati alla elaborazione in modalità concordata ed uniforme della declinazione di Struttura specifica: 19 Maggio, 23 Maggio, 30 Maggio, 19 Giugno e 24 Giugno 2025.



Sono state elaborate, all'interno degli obiettivi aziendali, le istruzioni operative specifiche di Struttura PEMAFA (66 documenti definiti).

Già in essere collegamento radiotrasmissione tra Pronto Soccorso di entrambe le sedi aziendali e svolto un test di allestimento della tensostruttura Decontaminazione in piazzale ospedaliero in dotazione con specifica relazione circa l'utilizzo della tensostruttura CBRNe con focalità analizzate.

All'interno del documento sopra citato, si era definita già nel 2023 la procedura "Gestione ospedaliera di persone esposte a irradiazioni e/o contaminazioni acute in relazione ad eventuali emergenze radiologiche" di cui si mantiene monitoraggio attraverso gli indicatori di procedura.

La crescente prevalenza di eventi Chimici-Biologici-Radiologici-Nucleari-esplosivi (CBRNe) ha evidenziato la necessità di migliorare l'analisi del rischio, la preparazione, la mitigazione, la risposta e le capacità di ripristino. Già dal 2024 l'ASST ha posto attenzione e si era svolto un evento formativo 'Eventi CBRNe (Chimici-Biologici-Radiologici-Nucleari-esplosivi): aspetti organizzativi e clinici' a cui abbiamo partecipato. Visto il contesto attuale, nel 2025 si è svolto un nuovo evento con l'obiettivo di analizzare gli scenari emergenti e i rischi CBRNe di tipo chimico, illustrare le strategie organizzative a livello nazionale ed europeo e discuterne gli aspetti clinici, 'Eventi CBRNe: Chemicals' in data 16 ottobre con approfondimenti tecnici e in data 17 ottobre si è svolta la e un'esercitazione sul campo di un incidente chimico con schema seguente:

- 1) simulato Palazzetto dello sport nella zona palco dell'Auditorium con gara sportiva in corso;
- 2) liberazione di agente nervino;
- 3) comparsa dei sintomi (sindrome tipica) nei 2 atleti e 3 spettatori a bordo pista;
- 4) intervento squadra VVF e sanitari in loco, come previsto per manifestazione sportiva;
- 5) attivazione soccorso 112 e piano emergenza difesa civile (Prefettura, FFOO, Protezione Civile, ARPA, ATS);
- 6) arrivo mezzi soccorso AREU e VVF e approntato PCA e PMA e zona decontaminazione primaria;
- 7) recupero di 3 pazienti sintomatici (2 atleti, 1 spettatore) e 3 asintomatici da parte dei VVF, decontaminazione primaria e presa in carico AREU;
- 8) rilevazione agente chimico;
- 9) trasferimento dei pazienti sintomatici in PS;
- 10) attivazione piano PEMAFA HPG23 e installazione tenda decontaminazione vicino PS;



11) arrivo degli altri 2 pazienti (spettatori) con sintomi in PS per conto proprio: intercettati e decontaminati;

12) cessato allarme.

L'esercitazione è stata coordinata dalla Struttura Tossicologia e CentroAntiVeleni con il supporto delle altre funzioni istituzionali coinvolte; in data 13 novembre si è svolto il Debriefing Aziendale dell'esercitazione sul campo di un incidente chimico dove sono stati strutturati e confermati gli elementi critici e le indicazioni correttive/di miglioramento.

Per il 2025 la UO Prevenzione della DG Welfare ha richiesto, a tutte le ASST e le ATS di Regione Lombardia, di svolgere un'esercitazione pandemica, relativa alla fase di allerta.

Con il coordinamento di ATS Bergamo è stata quindi realizzata una esercitazione per la giornata del 27 novembre, dalle ore 9.00 alle ore 12.00.

Lo scenario dell'esercitazione, fornito da ATS, si è basato su una emergenza sanitaria pubblica determinata da un focolaio di influenza aviaria H5N1 con trasmissione zoonotica con casi confermati e successiva trasmissione interumana. In allegato le principali fasi che verranno rappresentate.

Le azioni testate sono state, come da prospetto regionale, le seguenti:

- sorveglianza (capacità di intercettare un evento e segnalarlo, efficacia delle modalità di coordinamento interno ed attivazione della catena di comando)
- SMI/MICROBIO (corretta segnalazione di malattia infettiva e flusso M&V)
- Telemedicina (attivazione di modalità alternativa di presa in carico di pazienti fragili).

L'esercitazione si è svolta nella sede aziendale definita per l'Unità di Crisi (c/o la Direzione Generale), in 3 fasi successive, con il coinvolgimento di diverse figure.

ore 9.00-10.30	Riunione del Gruppo Operativo IPC allargato per Alert OMS-RL
ore 10.30-11.30	Incontro Unità di Crisi (cfr Piano Pandemico) per passaggio alla fase pandemica
ore 11.30-12.00	Attivazione telemedicina per pazienti fragili



Si conferma il caricamento sul portale SASHA PANFLU delle azioni previste per il 2025, oltre ai documenti riepilogativi necessari; i documenti di valutazione delle stesse esercitazioni sono redatti in collaborazione con gruppo di lavoro individuato.

La simulazione ha ottenuto positivi riscontri da parte dei partecipanti e confermato l'elevato livello di preparazione dell'Azienda pur dando evidenza di possibili azioni di miglioramento e raccomandazioni condivise.

Tra i principali i punti di forza sono stati evidenziati l'importanza del confronto multidisciplinare, l'implementazione della telemedicina ed il coinvolgimento della rete territoriale; mentre da far progredire il tema dell'informazione/comunicazione all'interno della ASST (compreso l'ambito territoriale), la possibilità di un raccordo interaziendale con le strutture della Provincia, oltre che un coinvolgimento sistematico e strutturato dei sistemi informativi.

## **1.4 Implementazione di attività mirate alla gestione del rischio clinico in differenti ambiti**

### **1.4.1 Implementazione gestione del rischio clinico in Pronto Soccorso**

La Struttura EAS - PS è fortemente impegnata, in un'ottica di valutazione delle cause che possono determinare eventi avversi e/o identificare i rischi attuali o potenziali, in una successiva implementazione di piani di miglioramento in ambito di sicurezza del paziente.

In atto adeguamento logistico-strutturale di realizzazione area di sub-intensiva e nuova area PEMAF, a seguito dei quali verranno calendarizzati interventi specifici di ambito risk management.

È in atto il monitoraggio dopo il completamento di progetti con un forte orientamento di Risk Based Thinking (presa in carico infermieristica anticipata, trattamento dolore toracico atraumatico, nuovo Triage).

Introduzione da febbraio 2025 della figura dell'infermiere steward presente in EAS-PS in modalità H12 indicativamente dalle 8 alle 20 finalizzato alla gestione dei flussi di processo e pazienti/utenti in attesa e caregiver.

In data 24/12/2024, si mantiene monitoraggio in ordine all'adozione in ambito EAS di numero 5 (cinque) nuovi Protocolli di Presa in Carico Infermieristici (PPCI), relativi a:

- Anemia.
- Epistassi non traumatica.
- Frattura di femore.



- Ritenzione Acuta di Urina.
- Dispnea.

## 1.4.2 Implementazione gestione del rischio clinico negli Istituti Penitenziari

In prosecuzione di quanto già in atto su mandato delle Linee Operative di Risk Management 2022 sono continuate le attività mirate alla gestione del rischio clinico negli Istituti Penitenziari attraverso un gruppo di lavoro multidisciplinare con l'obiettivo di porre in essere degli strumenti solidi di governo in sicurezza dei processi all'interno di questa realtà per il contenimento delle criticità emerse dagli stessi operatori.

In ambito Sanità Penitenziaria, in collaborazione con il Referente Sanitario della Casa Circondariale "don Fausto Resmini" di Bergamo, si monitorano le segnalazioni IR pervenute, con pianificazione di azioni di contenimento del rischio di aggressione del personale sanitario e l'aggiornamento delle procedure presenti per la gestione di temi sensibili. I processi coinvolti sono: gestione farmaco e sicurezza degli operatori in ambiente carcerario; inoltre, in coerenza con la procedura definita, si monitorano le azioni relative alla prevenzione del rischio suicidario in ambito penitenziario.

Analisi precedenti ed attuali esperienze circa la somministrazione farmacologica in ambito penitenziario hanno determinato lo sviluppo di attività finalizzate all'ottimizzazione della preparazione e somministrazione dei farmaci da parte del personale infermieristico ed il conseguente miglioramento della sicurezza con procedure emesse ad hoc quali 'Gestione della terapia farmacologica all'interno della Casa Circondariale "Don Fausto Resmini" di Bergamo', attraverso anche un progetto di "farmaco monodose". Nell'anno corrente è stata definita la revisione 01 della procedura 'Gestione della terapia farmacologica all'interno della Casa Circondariale "Don Fausto Resmini" di Bergamo' 30/06/25.

In data 19/09/25 definita la revisione 01 dell'Istruzione Operativa relativa alla 'Gestione del Rischio Suicidario presso la Casa Circondariale'.

Sono continuati anche nel 2025 gli incontri in tema di Aggressione nei confronti degli operatori sanitari tra Direzione Socio Sanitaria, Direzione dell'Istituto Penitenziario e Servizio di Prevenzione e Protezione per un'analisi strutturata ed implementazioni di azioni di mitigazione del fenomeno.

In data 18/10/2024 emessa e pubblicata procedura "Gestione dei comportamenti auto-eterolesivi messi in atto da parte del detenuto degente all'interno del reparto detentivo (camera blindata) della ASST-Papa Giovanni XXIII di Bergamo" cod. IO01SanPenPG7MQ7



### 1.4.3 Implementazione gestione del rischio clinico nell'utilizzo dei Farmaci

In concerto con il Direttore della Struttura Complessa Farmacia, si sono definite alcune linee prioritarie di intervento in tema farmaco (analisi IR ambito farmacologico, sanità penitenziaria, raccomandazioni ministeriali e procedure correlate).

Inoltre:

- In seguito ad alcuni eventi avversi a tema 'gestione del farmaco' si sono affrontati incontri formativi mirati unitamente al personale di Farmacia con focus su BUONE PRATICHE - RACCOMANDAZIONI sul complesso processo della somministrazione della terapia.
- Interventi specifici all'interno di riunioni di reparto organizzate dai Coordinatori atti alla sensibilizzazione: sulla corretta farmaco prescrizione e farmaco somministrazione, corretto utilizzo dello strumento Incident Reporting.
- Monitoraggio della Raccomandazione n.19 'Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide' attraverso il monitoraggio del comportamento adottato nelle diverse Strutture secondo l'IO aziendale specifica e la stesura di una 'do not crush list' aziendale per l'anno 2026.
- Miglioramento delle procedure utilizzate per il contenimento dei possibili errori derivati dall'utilizzo di farmaci Look-Alike/Sound-Alike (LASA/SALA) come da Raccomandazione n.12 'Raccomandazione per la Prevenzione degli Errori in Terapia con Farmaci "Look-Alike/Sound-Alike"' attraverso il supporto alle strutture per l'individuazione di tali prodotti; in particolare emesse e diffuse le "Linee guida per la corretta conservazione del materiale farmaceutico sanitario presso le unità strutturali" Cod. LG1PG19MQ7 - Data 23/10/2025 rev. 05.
- Etichetta scadenza ravvicinata: al fine di rendere maggiormente tracciabili e visibili i farmaci con scadenza ravvicinata (entro i 2 mesi successivi), a partire dal mese di novembre sono state apposte sulle confezioni delle etichette di allerta. Questo contrassegno rende immediatamente evidente la scadenza breve del farmaco, facilitando così i reparti riceventi nelle operazioni di conservazione e controllo delle scadenze. Si precisa che si tratta di un progetto pilota per il contenimento del Rischio Clinico.

Tale iniziativa nasce dagli incontri fra SC Farmacia e Risk management in seguito ad eventi e segnalazioni pervenute per farmaci riportanti scritte in carattere orientale con orientamento preventivo generale aziendale.



#### 1.4.4 Implementazione di attività mirate alla gestione del rischio clinico in sala operatoria

Nell'ottica di monitoraggio delle Raccomandazioni Ministeriali, da qualche anno si sono previste delle attività mirate in ambito di sicurezza del paziente in sala operatoria per l'identificazione di rischi attuali o potenziali e successiva implementazione di piani di miglioramento.

Le attività previste si articolano come di seguito riportato.

- Nel 2025 si è continuato l'analisi delle segnalazioni IR, l'approfondimento e discussione di elementi di criticità con gli attori principali coinvolti nell'attività ordinaria di sala operatoria.
- Documento specifico definito per la gestione dei laser in sala operatoria IO01PG17MQ7 'Pre-disposizione e gestione di una sala operatoria per le procedure chirurgiche con laser di classe 3B & 4' e diffuso anche tramite una FAD aziendale 'Corso base sulla sicurezza nelle procedure con laser medicali di Classe 3B & 4'. Tale IO integra la procedura generale 'Gestione delle apparecchiature laser di classe 3B & 4 per la valutazione del rischio specifico da esposizione alle radiazioni' ultimata a dicembre 2024. Prodotta anche una IO02PG17MQ7 'Pre-disposizione e gestione di un ambulatorio per le procedure con laser di classe 3B & 4', che completa così tutta la valutazione del rischio.
- Progetto Formazione Sul Campo: "Percorsi formativi on the job per l'introduzione della cultura Lean e supporto dell'efficientamento organizzativo della Logistica dei materiali in Blocco Operatorio". Tale progetto nasce da esigenze di contesto dove l'attuale crisi economica e le scelte politiche degli ultimi anni stanno esponendo le organizzazioni sanitarie ad una prova estremamente impegnativa: da un lato assicurare ai cittadini prestazioni e servizi tempestivi e di qualità, dall'altro contenere i costi e ottimizzare le procedure utilizzate.

Un contributo concreto alla realizzazione di questi obiettivi e alla contemporanea salvaguardia della qualità e dell'efficienza, può venire dall'applicazione di opportune strategie di management, che consentano di sfruttare al meglio tutte le risorse a disposizione. Negli ultimi anni si è sviluppata un'attenzione crescente verso modelli innovativi, tra i quali il Lean Thinking, nati nel contesto manifatturiero e che, nel tempo sono stati applicati anche nel mondo dei servizi sanitari. La gestione della filiera di approvvigionamento e logistica di farmaci e dispositivi si delinea come un processo estremamente complesso e che quindi, se non adeguatamente gestito e governato in termini di standard, ruoli e responsabilità, porta inevitabilmente alla generazione progressiva di sprechi ed al consolidamento di questi.



Un'efficiente supply chain dei materiali è uno strumento essenziale per la funzionalità delle singole organizzazioni sanitarie, sia dal punto di vista puramente gestionale che di assistenza clinica. L'ottimizzazione dell'ambito Supply Chain e Logistica mediante la metodologia Lean, nel mondo Sanitario, si presenta come un fattore centrale per l'erogazione di un servizio di assistenza di maggiore qualità ed attento alle risorse.

Gli obiettivi formativi posti sono stati il miglioramento ed l'ottimizzazione della gestione e la logistica dei materiali in Blocco Operatorio. I professionisti coinvolti sono personale medico e delle professioni sanitarie dei blocchi operatori, personale di Farmacia, Gestione Operativa Next GenerationEU e Qualità e Risk management.

A completamento si riporta che il progetto ha ricevuto il premio della categoria LEAN PROJECT nella giornata del 'Lean Healthcare Award 2025' svoltasi a Roma il 20 novembre relativo a 'Efficientamento Organizzativo della Logistica dei materiali in Blocco Operatorio'.

- In linea con le indicazioni regionali stiamo implementando un progetto di applicazione del protocollo ERAS (*Enhanced recovery after surgery*), a garanzia di maggior qualità delle cure e degli esiti per le persone assistite, nel processo di gestione della persona assistita sottoposta ad intervento d'elezione di resezione polmonare anatomica (segmentectomie e lobectomie) in VATS (*Video Assisted Thoracic Surgery*) Lobectomy e RATS (*Robotic Assisted Thoracic Surgery*). Il protocollo ERAS rappresenta un percorso di recupero accelerato dopo un intervento di chirurgia mini-invasiva. Il protocollo è costituito da un approccio e da un management pre, peri e post operatorio multidisciplinare nella gestione della persona assistita.
- A seguito di evento sentinella (Id. SIMES: 15574) e RCA correlata, si è improntata e definita la revisione rev.03 della procedura PSpDPSS/DM05 'Conteggio delle garze, degli strumenti e di ogni altro materiale utilizzato in corso di intervento chirurgico/procedura diagnostica interventistica'; il lavoro si è sviluppato coinvolgendo i professionisti delle sale operatorie ed i referenti di tutte le specialità chirurgiche e interventistiche, consentendo un aggiornamento fortemente condiviso che vedrà una diffusione nel corso del 2026.
- Sulla base delle linee guida regionali sulla profilassi antibiotica peri-operatoria (PAP) pubblicate nel 2025, si è revisionata la procedura aziendale specifica, da emettere nel corso del 2026; le modifiche sostanziali relative ad un adeguamento delle schede PAP chirurgia colo-rettale, urologica, ostetrico-ginecologica ed ai principi generali alla letteratura in materia di batteri MDR e AMS, oltre che ad un aggiornamento per tutte le Strutture chirurgiche e/o interessate.



### 1.4.5 Implementazione di attività mirate alla gestione del rischio clinico ambito territoriale e sociosanitario

Nell'anno 2025 sono state previste ulteriori iniziative di risk management nell'ambito delle strutture territoriali in linea con le modifiche apportate dalla Legge regionale n. 22/2021.

Alla luce di quanto contenuto nel DM del 19/12/2022, che definisce nuovi requisiti di autorizzazione e accreditamento per le strutture sanitarie e sociosanitarie di nuova istituzione, verrà intrapreso un percorso di definizione degli elementi di evidenza dei requisiti inerenti alla sicurezza e alla qualità delle cure.

Le attività territoriali delle ASST, preso atto del passaggio alle Aziende del Dipartimento delle Cure Primarie, dovranno essere implementate le attività di Risk Management, valutato quanto intrapreso dall'ATS di Bergamo in questo settore.

Ai Dipartimenti di Cure Primarie, transitati alle ASST, sono estesi gli strumenti per la gestione del Rischio Sanitario implementati nell'Azienda con particolare riguardo:

- alle segnalazioni di *Incident Reporting* (di cui alla L.24/2017), nonché alle segnalazioni degli episodi di violenza da parte degli operatori sanitari e sociosanitari previsti dalla L.R. 15/2020, con l'adesione alle iniziative promosse da ACSS in tema di monitoraggio di tali eventi.

Il progetto di "Attività di Risk Management - Cure Primarie" in concerto con il Dipartimento di cure Primarie, Distretti e la Direzione Aziendale, iniziato nel 2024, si mantiene in allineato con le disposizioni regionali.

Si persegue in condivisione con gli attori dell'area distrettuale una logica di applicazione della metodologia di certificazione ISO 9001 per lo sviluppo dei processi e documentazione relativa partendo un percorso di analisi e gestione del rischio. A tal proposito si sono identificate delle aree di intervento quali il servizio di Cure Domiciliari e il Distretto di Val Brembana, Valle Imagna e Villa D'Almè.

#### Lo sviluppo della telemedicina

A partire dal 2020 sono in atto attività di telemedicina per effettuare prestazioni di televisita e teleassistenza fra pazienti e professionisti sanitari e di teleconsulto e teleconsulenza fra professionisti.

In tutte le Case di Comunità sono previste postazioni di telemedicina in diversi locali a disposizione dei professionisti. Anche il servizio Infermieri di Famiglia e di Comunità può integrare i propri interventi al domicilio con strumenti di teleassistenza per il monitoraggio dei pazienti seguiti.



È in corso da parte della Sub Area Rischio Clinico Commissione Salute - Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome una ricognizione rispetto ai documenti relativi a quanto previsto dall' Accordo Stato Regioni "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in **telemedicina**" che prevede di adottare un piano di valutazione dei rischi, commisurato alla tipologia di servizi forniti specificatamente in telemedicina; l'ASST prevede per l'anno in corso la predisposizione di una procedura aziendale che possa raccogliere, sintetizzare ed integrare le esperienze oggi attive e le prospettive in previsione.

Ad ottobre è stato definito, diffuso e pubblicato il documento "Televisita specialistica diabetologica" cod. IO01PSP01EndoDiaPG9MQ7 con i rispettivi allegati.

Inoltre resta in atto il supporto al servizio di Dipendenze per azioni di mitigazione e contenimento del rischio per la sicurezza delle cure in ambito dipendenze.

A seguire i documenti prodotti nel 2025:

- IO02PSP01DipendenzePG09MQ7 'Percorso diagnostico terapeutico e follow-up post trattamento per pazienti HCV positivi'.
- IO03PSP02DipendenzePG09MQ7 'Impianto/rimozione di device sottocutaneo a base di Buprenorfina per il trattamento del DUO'.
- PSp02DipendenzePG09MQ7 'Gestione trattamenti farmacologici'.
- IO01PSP02DipendenzePG09MQ7 'Approvvigionamento farmaci stupefacenti in uso presso la SC Dipendenze'.
- IO02PSP02DipendenzePG09MQ7 'Trasferimenti di terapie con farmaci agonisti degli oppiacei in ingresso al servizio'.

Sempre in questo ambito, per il 2025 abbiamo supportato le attività di ambito psichiatrico e neuropsichiatrico territoriale, con la produzione di:

- Sp03NPIAPG9MQ7 'Transizione dal servizio di neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza ai servizi per l'età adulta' con i rispettivi allegati,
- PSp01CPSPG9MQ7 'Gestione del processo di triage nei CPS del DSMD',
- PSp02RPCRACD 'Gestione del processo di inserimento, trattamento e dimissione presso le strutture semi-residenziali del DSMD'.



### 1.4.6 Implementazione di attività mirate alla gestione del rischio clinico in ambito del rischio nutrizionale

Con la DGR 1812 del 29/01/2024 “Attivazione del Percorso di Screening Nutrizionale nelle Strutture del SSR e domiciliare” e Delibera Regione Lombardia n. 1812 del 29.01.2024 “Attivazione del percorso di screening nutrizionale nelle strutture del SSR e domiciliare - SPECIFICHE”.

Regione Lombardia è la prima Regione ad attivare i percorsi di screening nutrizionale nelle strutture del sistema sanitario regionale e a domicilio.

La prevenzione del rischio nutrizionale rientra a pieno titolo nelle attività per la sicurezza delle persone assistite nelle strutture sanitarie e sociosanitarie e rappresenta attualmente uno dei rischi più sottovalutati in ambito assistenziale.

La Delibera N.1812- (DL) ‘Attivazione del Percorso di Screening Nutrizionale Nelle Strutture Del SSR e Domiciliare’ seduta del 29/01/2024 – ha previsto l’attivazione sistematica dello screening nutrizionale nei percorsi di presa in carico di tutti i pazienti ricoverati in regime ordinario negli ospedali lombardi, dando priorità alle categorie più fragili. Con tale delibera è stato approvato il modello di valutazione dello screening nutrizionale riportato nell’allegato A, come strumento per l’esecuzione dello screening in tutti i setting Integrata di cura ed è prevista l’erogazione di corsi di formazione destinati a tutte le figure sanitarie coinvolte (medico, l’infermiere, l’assistente sanitario, il dietista, l’ostetrico o altra figura sanitaria con adeguata formazione in tema di nutrizione) di cui è stata fornita opportuna informazione. Attualmente lo screening nutrizionale viene applicato all’interno delle Strutture individuate di persone assistite adulte e pediatriche e registrato in cartella clinica in apposito format.

Si conferma la partecipazione dello specialista Responsabile della Struttura di Dietologia Clinica alla rete Regionale della Nutrizione per stilare un documento con Raccomandazioni ed Indicazioni per la stesura di Protocolli Aziendali con i requisiti minimi per valutazioni in ambito di Risk management e d’appropriatezza (ATS).

Terminata la revisione 01 della procedura PSp01MalnutriPG7MQ7 “Prevenzione e trattamento della malnutrizione ospedaliera nei pazienti adulti” aggiornata alla luce delle ultime indicazioni regionali sul tema, che vedrà piena applicazione nel corso del 2026.

A seguito di evento avverso in ambito pediatrico si è provveduto, insieme alla dietologia clinica, ad un intervento specifico sul fornitore aziendale: utilizzo di etichette monouso sui Vassoi della Dieta Ospedaliera ai fini del miglioramento del tracciamento ed evidenza dei cibi con allergopatia alimentare; l’intervento è stato oggetto di informativa al personale e specifico monitoraggio.



### 1.4.7 Implementazione di attività mirate alla gestione della sicurezza in ambito diagnostico e nell'utilizzo delle radiazioni ionizzanti

A seguito della diffusione nell'anno precedente di documentazione relativa alla valutazione sulla percezione del rischio derivante dall'utilizzo delle radiazioni ionizzanti in medicina nucleare ad indirizzo radiometabolico ed in radioterapia, nel 2025 si è mantenuta l'attenzione relativa alla casistica degli eventi o dei quasi eventi in cui le strutture possono incorrere a seguito dell'utilizzo di tali tecnologie.

Il 26 settembre 2025 presso l'Auditorium Parenzan dell'ASST si è svolto il convegno 'FOCUS Rischio Clinico: l'Errore Diagnostico'. La tematica scelta nasce da una riflessione ovvero che nello svolgimento dell'attività sanitaria parte fondamentale del processo di presa in carico e cura è dedicata alla diagnosi. Nella logica di gestione del rischio clinico, all'interno del monitoraggio di qualità della pratica clinica, risulta importante intercettare ed analizzare i "fallimenti", che possono arrecare un danno al paziente. L'evento propone una rappresentazione del fenomeno ed una rassegna dei principali rischi da considerare, anche sotto l'aspetto assicurativo e medico legale.

Tutte le casistiche oggetto di segnalazioni IR in ambito, sono state approfondite e analizzate se necessario tramite SEA con individuazione di conseguenti azioni/piani di miglioramento; in fase di valutazione esperienze aziendali in questa area di rischio che potranno riguardare il tema delle radiazioni ionizzanti calate nel proprio contesto aziendale così come altri progetti in ambito diagnostico.

In fase di pubblicazione un lavoro relativo all'analisi e gestione dei processi della SC di Radioterapia presso l'ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo attraverso l'applicazione della metodologia *Failure Modes, Effects and Criticality Analysis* (FMECA).

## 1.5 Raccomandazioni ministeriali

Per quanto riguarda lo stato di implementazione delle raccomandazioni ministeriali ai fini degli adempimenti LEA è stato aggiornato il monitoraggio per l'anno 2025 all'interno del portale AGENAS sia per il polo ospedaliero, per gli ospedali Papa Giovanni e San Giovanni Bianco; sia per il polo territoriale in collaborazione con la DSS aziendale (ambito comunità psichiatriche residenziali).

Nell'ottica di monitoraggio della Raccomandazione Ministeriale n. 2 "Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico", si è provveduto alla



revisione PSpDAPSS/DM05 'Conteggio delle garze, degli strumenti e di ogni altro materiale utilizzato in corso di intervento chirurgico/procedura diagnostica interventistica' (vedasi Cap. 1.7).

In ottemperanza alla Raccomandazione n. 4: "Prevenzione Del Suicidio Di Paziente In Ospedale", si è prodotta la revisione dell'istruzione Operativa "Prevenzione del rischio suicidario all'interno della Casa Circondariale di Bergamo", frutto di una collaborazione con il Dipartimento di Salute Mentale e di un Gruppo di lavoro aziendale rappresentativo delle realtà coinvolte in prima linea orientati all'implementazione di azioni tese all'individuazione di segnali suggestivi per l'identificazione del rischio suicidario e al porre in essere azioni protettive da parte del personale socio-sanitario, sia in soggetti adulti che nella popolazione pediatrica e nello specifico della Sanità penitenziaria.

In linea con la Raccomandazione n. 5 "Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0", in collaborazione con il Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale si prosegue nel monitoraggio delle non conformità e, all'interno del Comitato interaziendale per il Buon Uso del Sangue (COBUS), è definita l'implementazione di un progetto di Patient Blood Management (PBM).

Il progetto PBM (**scheda progetto allegato n. 2**), articolato in tre annualità, in considerazione della natura multidisciplinare e multiprofessionale di questa disciplina (proposto come obiettivo di budget del Dipartimento di Medicina di Laboratorio) così composto:

- nel 2024 effettuazione di un'analisi di contesto e definizione del percorso di attivazione
- nel 2025 implementazione del percorso e formazione correlata
- nel 2026 consolidamento del percorso ed estensione.

Sempre per la raccomandazione 5: "Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0" si sta provvedendo al coordinamento di analisi di un evento avverso/ES di pari tematica con implementazione di azione correttiva specifica sulla Struttura ed a livello Aziendale. Si è provveduto con i colleghi del SIMT e Tossicologia/CAV alla emissione del documento "Gestione del trattamento di reverse farmacologico in pazienti in Terapia Anticoagulante Orale con DOAC" cod. PDTA\_REVERSE\_THERAPY.

L'uso di anticoagulanti orali diretti (DOAC) si è diffuso ampiamente grazie al profilo farmacocinetico prevedibile ed alla ridotta necessità di monitoraggio. Tuttavia, le complicanze emorragiche gravi rappresentano un'emergenza clinica a elevato impatto, in particolare nei casi di emorragia intracranica,



sanguinamenti gastrointestinali o necessità di interventi chirurgici urgenti. La terapia di si è affermata come una componente cruciale del percorso assistenziale per la gestione delle emorragie maggiori nei pazienti in trattamento anticoagulante in termini di:

- Riduzione della mortalità associata a sanguinamenti maggiori, in particolare emorragie cerebrali
- Diminuzione della morbilità legata alle complicanze da DOAC non controllate
- Prevenzione del danno d'organo in corso di emorragie massicce
- Ottimizzazione dell'intervento chirurgico d'urgenza, permettendo una finestra temporale di sicurezza
- Riduzione del fabbisogno trasfusionale e dei costi correlati (concentrati eritrocitari, plasma, piastrine)
- Miglioramento dell'outcome funzionale e prognostico post-emorragico

Si dà conto della partecipazione al FORUM Risk Management 2025 ad Arezzo 25-28 novembre sezione 'Officine delle idee' con poster "Dal Paziente al Team: Il PDTA Reverse Therapy come Modello di Presa in Carico Integrata".

La materia degli atti di violenza nei confronti degli Operatori è un tema già presidiato sia dalla Raccomandazione ministeriale n. 8, sia dalla Procedura Generale PG20MQ6 "Prevenzione degli atti di violenza nei confronti degli Operatori" con nuova revisione 03 a dicembre 2025.

Si intende consolidare presso gli Operatori vittime di aggressione verbali/fisiche, la segnalazione degli eventi occorsi nel sistema di segnalazione *Incident Reporting*, a fianco della prevista segnalazione degli infortuni nel flusso INAIL da parte del medico. La revisione ha recepito le recenti normative in materia. In particolare si segnala l'All05PG20MQ6 "Valutazione ed eventuale denuncia nel caso di aggressioni a persone e danneggiamento di cose" che ha la finalità di indicare le modalità di segnalazione degli eventi e di uniformare i comportamenti nell'attuazione delle procedure che ne conseguono, promuovendo la sensibilizzazione del personale alla segnalazione degli episodi subiti, attraverso il ricorso agli strumenti aziendali disponibili, al fine ulteriore di fornire elementi utili per la valutazione preliminare e per la eventuale predisposizione di relativo atto di denuncia-querela da parte della SC Avvocatura.

Nel corso dell'anno il Gruppo di Lavoro di cui il risk management è parte integrante analizza il report semestrale con estrazione dal sistema di *Incident Reporting* degli eventi categorizzati/rubricati e pone spunti di miglioramento e proposte orientate ad implementazioni in ambito di Pronto Soccorso.



Per la raccomandazione n. 12: “Prevenzione degli errori in terapia con farmaci “Look-alike/sound-alike” come citato nel Cap. 1.4.3, si sono approntati piani di miglioramento delle procedure utilizzate per il contenimento dei possibili errori derivati dall'utilizzo di tali farmaci attraverso il supporto alle strutture per l'individuazione di tali prodotti; in particolare emesse e diffuse le “Linee guida per la corretta conservazione del materiale farmaceutico sanitario presso le unità strutturali” Cod. LG1PG19MQ7 - Data 23/10/2025 rev. 05.

Per la raccomandazione n. 13: “Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie” in collaborazione con il gruppo dedicato aziendale si prosegue nel monitoraggio delle attività.

Per la raccomandazione n. 14: “Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici” si partecipa ai lavori di adeguamento dei laboratori sterili ed introduzione del robot per l'allestimento dei farmaci antitumorali in ambito di sicurezza.

**Allegato 2:** scheda progetto “Patient Blood Management”

## 2. RISCHIO IN AREA OSTETRICA E PERINATALE

In questa area, come da Linee Operative Risk Management in sanità Anno 2025, si sono svolte le attività di seguito esplicitate:

- la segnalazione dei **trigger materno/fetali** e la conduzione di audit strutturati, riportando le relative azioni di miglioramento nel PARM: l'audit si è svolto in data 15 dicembre di analisi trigger 2025 dove si è affrontato la novità della nuova rilevazione in CeDAP che sostituirà quella istituita dal Decreto del Ministro della sanità 16 luglio 2001, n.349 a partire dal 1° gennaio 2026. Si sono analizzati i dati dei trigger in riferimento ai trend e dati regionali.

Le azioni intraprese e che continueranno sono:

simulazioni annuali delle grandi emergenze ostetriche (Distocia di spalle, Ventosa Ostetrica ed Emorragia), le schede rilevazione storia e dati riguardo alle lacerazioni di III° e IV° e la Ventosa Ostetrica, le revisioni di PDTA (Valutazione del benessere emotivo in puerperio e di prossima pubblicazione PDTA della gestione clinica della ritenzione urinaria nel post-partum) e gli Audit Multidisciplinari,

- la sorveglianza attiva dei casi di **mortalità perinatale** (feto o neonato morto nel periodo dalla 22° settimana gestazionale ad 1 mese dopo la nascita) secondo la procedura approvata con decreto DG Welfare n.7917 del 26.5.2023. Per gli eventi accaduti dalla 34° settimana gestazionale previsto dove opportuno di utilizzare lo strumento del **Significant Event Audit** unitamente alla



scheda di sorveglianza. La rendicontazione dello stato di avanzamento delle Azioni di Miglioramento richiesta, con riferimento agli eventi dalla 34° settimana gestazionale, ed in particolare per i casi con “assistenza non adeguata” da report di audit regionale (caso 356 e caso 420, entrambi del 2024), sono riportate **nell'allegato 11** 'Rendicontazione delle azioni di miglioramento implementate a seguito di casi di mortalità perinatale'. Si allega altresì una specifica analisi del caso ID 356 (**Allegato 12**: Relazione Caso ID 356).

- **Simulazione in ambito ostetrico:** l'ASST, di cui un gruppo definito (ginecologi, ostetriche, anestesisti e risk manager) formati centralmente, ai sensi della DGR n.2005 del 13.03.2024, ha garantito la formazione a cascata nel 2025 con simulazioni ostetriche (scenari in sala parto e durante la gravidanza) con due edizioni nel corso del 2025. Le sessioni di simulazione ostetriche si sono effettuate “in situ” del centro HUB.

Questi professionisti dell'area ostetrica e del rischio clinico: Ginecologi, Anestesisti, Ostetriche e Risk manager; furono formati in riferimento alla nota pervenuta via PEC da Regione Lombardia (protocollo n. G1.2024.0030834 del 01/08/2024) nelle edizioni di ottobre 2024 e dicembre 2024 (partecipanti individuati e comunicati con nota protocollata 58542 del 4/09/2024).

Le simulazioni sono state erogate come Formazione Sul Campo ID 202942 con il Gruppo di lavoro Facilitatori in Simulazioni delle Emergenze Ostetriche svoltesi dal 10 febbraio al 31 marzo 2025, di cui il Risk manager è Responsabile Scientifico, finalizzata a pianificare gli scenari di simulazione nelle Emergenze Ostetriche da proporre come HUB c/o la ASST, anche alle Aziende Spoke (ASST Bergamo EST e ASST Bergamo OVEST).

L'attività formativa ha previsto n.5 incontri di n. 2 ore ciascuno.

Individuata ed allestita un locale per lo svolgimento della simulazione ostetrica, sito in Torre 7 – P 0.

A seguire si è attivato l'evento ECM-CPD ID 205947 'Simulazioni in ambito ostetrico e gestione del rischio (anche ad uso delle Aziende SPOKE)'; responsabile Scientifico la ginecologa e tutor d'aula la C.O. ed alla presenza del Risk Manager. Il corso ha previsto, come da format AREU/RL, la partecipazione di un massimo di 15 discenti per edizione (ginecologi, ostetriche, anestesisti, risk manager, OSS); sono stati formati operatori del ns. HUB oltre che di Bergamo OVEST e Bergamo EST.



Ed.	Data	Orario
I	10 Settembre 2025	9.00-18.00
II	23 Settembre 2025	9.00-18.00
III	10 Novembre 2025 ASST Bergamo Ovest	9.00-18.00
IV	11 Dicembre 2025 ASST Bergamo Est	9.00-18.00

Prevista l'attivazione di ulteriori eventi nel 2026, a completamento delle attività formative, come disposto dal DECRETO N. 16656 Del 20/11/2025, che sarà oggetto di protocollo aziendale specifico anche a seguito di confronto regionale HUB/AREU/RiskRL del 22 gennaio 2026. (**Allegato 3** scheda progetto “Simulazione Rischio ostetrico”).

- Proseguono altresì **a livello regionale altri due progetti con I.S.S.** attraverso la collaborazione dei referenti del nostro punto nascita:
  - 1) “**Near miss ostetrici:** la cardiomiopatia, embolia polmonare, laparotomia dopo taglio cesareo o parto vaginale e l'isterectomia correlata alla gravidanza”;
  - 2) “**Sorveglianza della mortalità materna**”: progetto che prevede la segnalazione e la raccolta prospettica in modo anonimo di tutti i casi di morte materna. I casi vengono segnalati dai referenti dei punti nascita e sottoposti ad indagine confidenziale da parte di un comitato regionale;
- Continua la sperimentazione del Triage Ostetrico telefonico. Questo progetto (incluso in PARM 2024) fornisce delle indicazioni di buona pratica clinica per pianificare in modo appropriato il percorso clinico-assistenziale di un servizio di triage ostetrico telefonico che favorisce l'implementazione di un'appropriata assistenza ostetrica alla fase latente del primo stadio del travaglio per tutte le donne secondo il loro profilo di rischio. È rivolto a tutte le donne che accedono al percorso del BASSO RISCHIO OSTETRICO attraverso la valutazione dei Criteri di Attribuzione del Modello Assistenziale Ostetrico. La formalizzazione di tale percorso lo troviamo nei documenti di Regione Lombardia D.DGW n.14243/05.10.2018 e D.DGW n.13039/16.09.2019 emanati ai sensi della DGR XI/268/28.06.2018.
- Patologie Ginecologiche Benigne: definita procedura aziendale, con l'adozione di azioni proposte dal documento inviato da RL: “Regole di Sistema” (DGR 3720 del 30/12/2024) e Decreto regionale 3698 del 19/03/2025 “RETE REGIONALE OSTETRICO-GINECOLOGICA E NEONATALE –APPROVAZIONE DEL DOCUMENTO DI INDIRIZZO IN TEMA DI PATOLOGIE GINECOLOGICHE BENIGNE; entrata in vigore del documento in data 07 Luglio 2025.



**Allegato 3:** scheda progetto “Simulazione Rischio ostetrico”

**Allegato 11:** Rendicontazione delle azioni di miglioramento implementate a seguito di casi di mortalità perinatale.

**Allegato 12:** Relazione Caso ID 356

### 3. RISCHIO INFEZIONI

#### 3.1 Percorsi di contenimento del rischio di contagio

Il Risk management aziendale ha mantenuto anche per il 2025 attivo, fino a che necessario ed indicato dalle norme o dalle indicazioni di buona pratica, i documenti specifici aggiornati alle ultime normative a livello nazionale ed alle indicazioni operative a livello regionale.

Aggiornato inoltre il documento ‘Regolamentazione degli accessi alle strutture sanitarie e sociosanitarie dell'ASST Papa Giovanni XXIII’.

#### 3.2 Infezioni - Sepsi

La gestione del rischio di infezioni è coordinata nell’ambito del Comitato Infezioni Correlate all'Assistenza e Uso Appropriato dei Farmaci Antimicrobici (CICAUAFA), del quale il Risk Manager aziendale è membro di diritto. Il Comitato definisce annualmente gli obiettivi, che sono monitorati durante l’anno ed analizzati nelle riunioni plenarie del Comitato.

Per le proprie necessità operative, il Comitato si avvale del GO IPC (Gruppo Operativo Prevenzione e Controllo delle Infezioni) e di competenze diffuse all’intero dell’Azienda.

Gli obiettivi definiti annualmente sono condivisi con la Direzione Aziendale, anche in relazione alla predisposizione degli obiettivi di budget e, anche per l’anno in corso vi sono alcuni temi specifici di cui di seguito i principali condivisi con risk management.

Si allega (**Allegato 4**) la scheda progetto “Osservazioni Igiene Mani 2025” con l’obiettivo di implementare uno strumento di valutazione della compliance all’igiene e lavaggio delle mani degli Operatori Sanitari.

Tale progetto, ha consentito di monitorare con 641 osservazioni uno dei temi sensibili relativamente alle infezioni nosocomiali e restituire alle Strutture osservate in tempo breve con un report condiviso con gli staff, un dato di analisi strutturato per sensibilizzare gli operatori e migliorare l’attività.



I risultati sono stati comunicati alle Strutture e discussi con il Gruppo di Lavoro specifico per definire, sulla base delle evidenze di criticità degli esiti, le azioni di miglioramento da implementare nel 2026.

Per l'anno 2025 non è stata attivata la FAD aziendale aggiornata specifica "Igiene delle mani: pietra miliare per ridurre le infezioni correlate all'assistenza" per permettere di ultimare la formazione ICA a tutto il personale.

Prodotto il documento nel 2025 riguardante 'Igiene mani e indicazioni all'uso dei lavandini senza rete idrica'.

Per quanto attiene il tema buone pratiche relative alla gestione infezioni correlate all'assistenza si è mantenuto progetto di monitoraggio dell'applicazione delle raccomandazioni (OMS e correlate) al riguardo dell'igiene delle mani, attraverso l'osservazione diretta da parte di personale esperto.

Come per gli anni precedenti, per le Strutture coinvolte alcuni indicatori relativi al programma di sorveglianza sono stati inseriti tra gli obiettivi di budget.

Pubblicate e diffuse inoltre una serie di documenti frutto di importanti lavori di revisione ed aggiornamento in ambito di gestione delle polmoniti ed altri eventi associati a ventilatore; nel corso del 2025 monitoraggio degli indicatori discendenti dalle procedure sopra citate.

Nel corso del 2023, in attesa della raccomandazione specifica predisposta da GdL regionale, di cui al Decreto DG Welfare n.3604 del 18/3/2022 che aggiorna i contenuti del Decreto DG Welfare n.7517/2013, si era proceduto ad attivare i lavori per la revisione dei PDTA aziendali sulla sepsi adulto e pediatrico. Nel 2024 sono stati prodotti documenti allineati con il Decreto n. 20674 del 21/12/2023 "Linee di indirizzo regionali per l'identificazione e la gestione iniziale di sospetta o accertata sepsi/shock settico nel paziente adulto" e la definizione del PDTADM/DAPSS01SEPSI "PDTA per l'identificazione e il trattamento della sepsi nel paziente adulto"; emesso in febbraio 2025 e oggetto di formazione specifica nel corso dell'anno.

A tale formazione si è ancorata l'attivazione di un progetto correlato di gestione dei farmaci vasoattivi nelle aree di degenza per la cura di pazienti selezionati con diagnosi di SEPSI.

Nel 2025 è stato prodotto il PDTADMP/DPS02SEPSIPED " Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per l'identificazione precoce e il trattamento della sepsi in ambito pediatrico" (**Allegato 1** : Scheda progetto "Sepsi Pediatrica").

Inoltre si è effettuata la conduzione di un Audit su n. **20** casi di sepsi estratti da una lista di campionamento sulla casistica 2025, ricavati dal portale regionale, secondo le indicazioni fornite ed utilizzando la specifica scheda di audit "Case Review Form (CRF)" per la revisione della documentazione clinica, al fine di



valutare l'aderenza della gestione dei casi di sepsi al PDTA aziendale, il cui esito è stato discusso con referenti aziendali SEPSI Adulto. (**Allegato 8** Rendicontazione audit Sepsis e **Allegato 9** Rendicontazione Scheda Sepsis)

Per il 2026 in previsione la revisione del documento PDTA03SEPSIOST 'Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale per l'identificazione precoce e la gestione della sepsi in ostetricia'.

**Allegato 1:** Scheda progetto "Sepsis Pediatrica"

**Allegato 4:** Scheda progetto "Osservazioni Igiene Mani 2025"

**Allegato 8:** Rendicontazione audit Sepsis

**Allegato 9:** Rendicontazione Scheda Sepsis

#### 4. VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI

La materia degli **atti di violenza nei confronti degli Operatori** è un tema già presidiato sia dalla Raccomandazione ministeriale n. 8, sia dalla Procedura Generale PG20MQ6 Rev.03 del 09/12/2025 "Prevenzione degli atti di violenza nei confronti degli Operatori".

Il Gruppo di Lavoro deliberato (Delibera nr. 439 del 04/03/2021 "Costituzione del gruppo di lavoro sulla prevenzione degli atti di violenza nei confronti degli operatori sanitari" e relativi aggiornamenti) attua un approccio allo specifico rischio lavorativo tramite il coinvolgimento di tutte le strutture organizzative che presidiano funzioni e attività collegate, in modo da garantire il massimo della trasversalità e della partecipazione di tutte le competenze presenti in azienda. Si intende consolidare presso gli Operatori vittime di aggressione verbali/fisiche, la segnalazione degli eventi occorsi nel sistema di segnalazione *Incident Reporting*, a fianco della prevista segnalazione degli infortuni nel flusso INAIL da parte del medico.

Nel corso dell'anno il Gruppo di Lavoro di cui il risk management è parte integrante, si è riunito tre volte per l'analisi e la definizione di azioni da implementare. Negli incontri si condivide metodo e criteri per la valutazione del rischio aggressioni e successivamente le azioni di miglioramento a seconda del grado di esposizione al rischio. Si è inoltre scelto di approfondire il fenomeno delle aggressioni, analizzando le segnalazioni che sono pervenute dalla Sanità Penitenziaria.

L'attività di reportistica si sviluppa su due livelli:

- o Primo livello: report semestrale con estrazione dal sistema di *Incident Reporting* degli eventi categorizzati/rubricati come aggressione ed invio al gruppo di lavoro.



- o Secondo livello: report inviato al Coordinatore del gruppo di lavoro in modo puntuale di *Incident Reporting* di eventi 'Aggressione' con livello di rischio medio e/o alto.

Per quanto riguarda gli **atti di violenza nei confronti degli Operatori**, anche per l'anno in corso si è attuato uno stretto monitoraggio e raccolta delle molte segnalazioni di aggressione, in special modo inerenti aree di Pronto Soccorso, aree Psichiatriche e Sanità penitenziaria con lo scopo di vagliare soluzioni per il contenimento della violenza nel corso di incontri specifici.

Le segnalazioni di agiti violenti verso gli operatori verificatisi dal 1° novembre 2024 fino al 31 dicembre 2025 sono stati caricati direttamente nella Piattaforma Unica Regionale HERM LOMB in back office dallo staff di Risk management.

In ambito Pronto Soccorso si sono messe in atto delle azioni migliorative rispetto alla tutela del personale operante mantenendo la presenza H12 delle guardie aziendali presso locali presso PS per la prevenzione di aggressioni verbali/fisiche con richiesta di estensione.

All'interno del Gruppo di lavoro, secondo dettato normativo regionale:

- Valutate le attribuzioni di competenza della Guardie Giurate Aziendali (GGA) in servizio precipuo presso EAS.
- Valutate le tempistiche di permanenza di proposta della GGA presso EAS HPG23 e PS SGB.
- Acquisizione di dispositivi di monitoraggio ed allarme da indossare (tipo smart watch) da parte di RSPP e destinati a personale operante sul territorio e personale operante in strutture territoriali in modalità singolo operatore presente.
- Partecipazione a evento formativo RSPP – Ditta – personale circa le caratteristiche del dispositivo di allarme da indossare – modalità operative.
- Attenzionamento a seguito di segnalazione IR circa metodiche di chiusura cancelli c/o Struttura Riabilitativa di Mozzo.
- Attenzionamento a seguito di interpello circa i lavori di videosorveglianza e chiusura porte c/o Struttura di Boccaleone.



Anche nel 2025 vi è stata l'erogazione del corso di formazione ECM-CPD "Prevenzione e gestione professionale di emergenze conflittuali in ambito psichiatria" avvenuta in azienda in un'unica edizione (marzo 2025) per n. 22,30 ore di formazione.

Compilato in data 17/02/2025 il questionario somministrato da FIASO sulla Violenza nei confronti degli operatori sanitari. Prot. n° 6474 del 30/01/2025.

Con nota protocollata n. 62951/2025 si è ottemperato alla DGR 3672 del 16\_12\_2024 'Documento Di Indirizzo Sulla Prevenzione e La Gestione Degli Atti Di Violenza A Danno Degli Operatori Sanitari'.

Si mantiene attiva l'aderenza alla Delibera XII/4182 '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'.

Con nota protocollata n. 4079/2025 del 20/12/2025 è pervenuta la SURVEY 'Adempimenti LR 15/2020: monitoraggio episodi di violenza commessi ai danni del personale che opera nelle strutture sanitarie e sociosanitarie'. La nuova SURVEY redatta dall' Agenzia di Controllo del Sistema Socio Sanitario lombardo (ACSS), è destinata alla raccolta delle informazioni/dati relativi all'anno 2025 di tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private accreditate di Regione Lombardia, nonché destinata anche ai MMG, PLS e MCA.

Sono stati predisposti due questionari, uno destinato agli Enti Pubblici e Privati accreditati e uno ai MMG/PLS/MCA.

I dati raccolti con la survey andranno ad integrare quelli estratti dalla piattaforma HERM Lomb.

La nostra ASST, oltre a compilare il questionario di competenza, ha il compito attraverso la SC Cure Primarie di distribuire ai MMG/PLS/MCA del proprio territorio il questionario a loro dedicato, e al fine di monitorare il livello di adesione delle stesse ha trasmesso ad ACSS una tabella con i dati specifici entro la scadenza identificata. Invio tabella monitoraggio episodi di violenza con nota protocollata n.1600/26.

## **5.GESTIONE INTEGRATA DEL RISCHIO: modello di Healthcare Enterprise Risk Management (HERM)**

Per il 2025 RL richiede una ulteriore 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 ‘Linee di riferimento per l’implementazione del modello di Healthcare Enterprise Risk Management (HERM) – gestione integrata del rischio nel sistema sociosanitario della Lombardia’.

L’attivazione del modello HERM ed eventuali audit sui rischi principali, da includere nel PARM (Piano Annuale di Risk Management), saranno supportati da momenti di formazione e tutoraggio ai quali le Strutture dovranno aderire garantendo la partecipazione del personale direttamente interessato.

Il Risk Manager avrà il compito di stimolare e supportare le direzioni aziendali nella valutazione e gestione dei rischi, superando la visione separata e aggregando i risultati per presentare i rischi in modo univoco e prioritizzato, aiutando il Comitato di Gestione del Rischio nell’adozione delle azioni necessarie.

I macro-processi individuati, sui quali si chiede di applicare il modello HERM secondo i modelli predisposti dalle strutture pilota, adattandoli ai propri contesti operativi di appartenenza, sono i seguenti (in grassetto i tre selezionati dall’ASST per il 2025, sottolineati i processi su cui si è applicato HERM nel corso del 2024):

1. Ricerca scientifica e sperimentazioni cliniche;
2. Gestione Acquisti (Provveditorato-economato);
3. **Sistemi informativi aziendali;**
4. Ufficio relazioni con il pubblico;
5. **Ingegneria clinica aziendale;**
6. **Ufficio Tecnico Patrimoniale.**

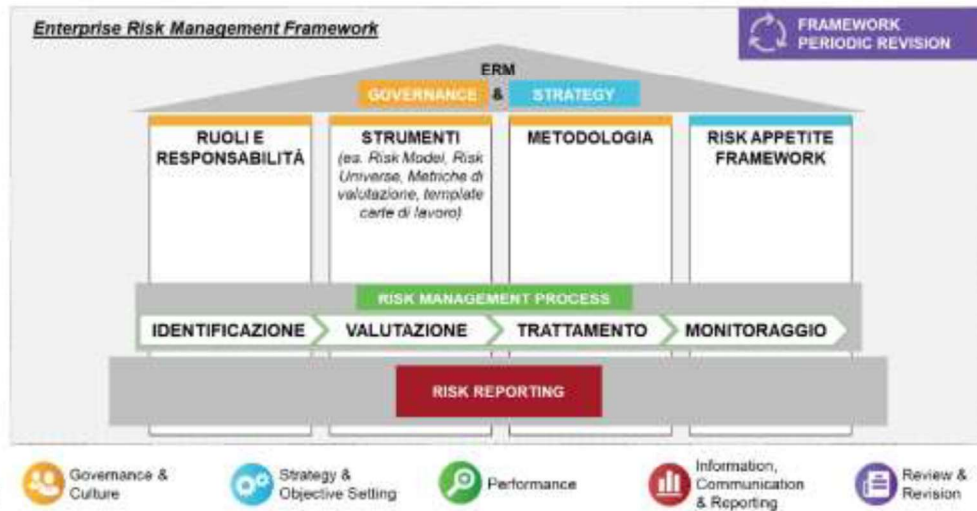
La Struttura Qualità e Risk Management ha coordinato i lavori con il supporto del broker aziendale AON.

Nelle figure sotto riportate si presenta sinotticamente il progetto.

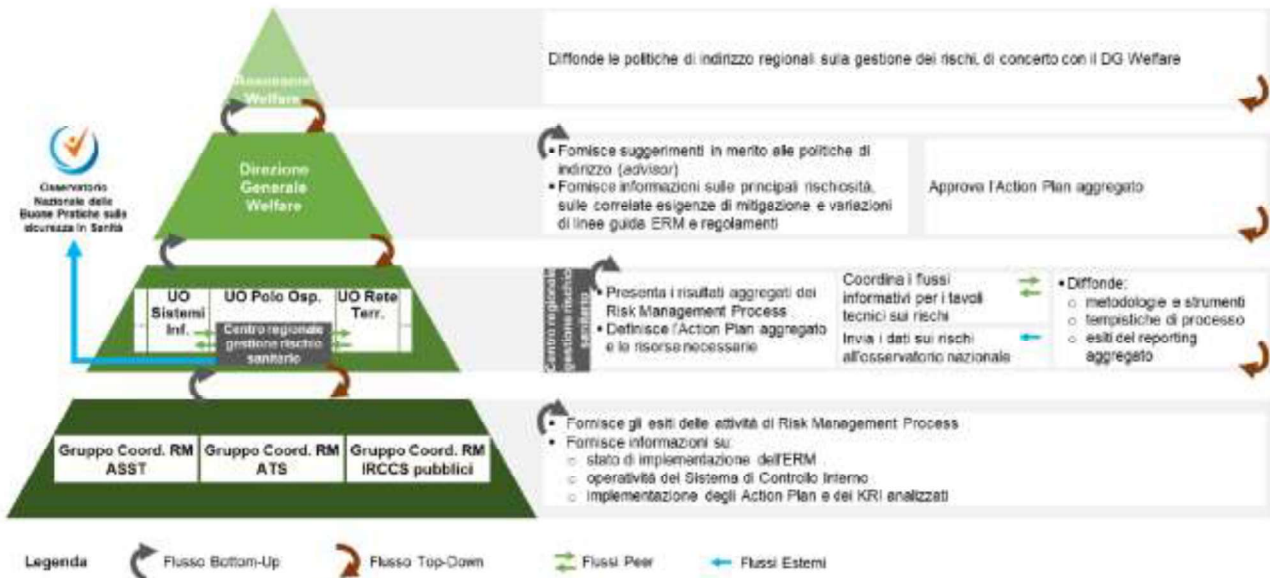


## Il Framework HERM

Il Framework HERM è allineato agli standard CoSO ed è strutturato in tre macro componenti: ERM Governance & Strategy, Risk Management Process e Risk Reporting.



## Attori e flussi informativi

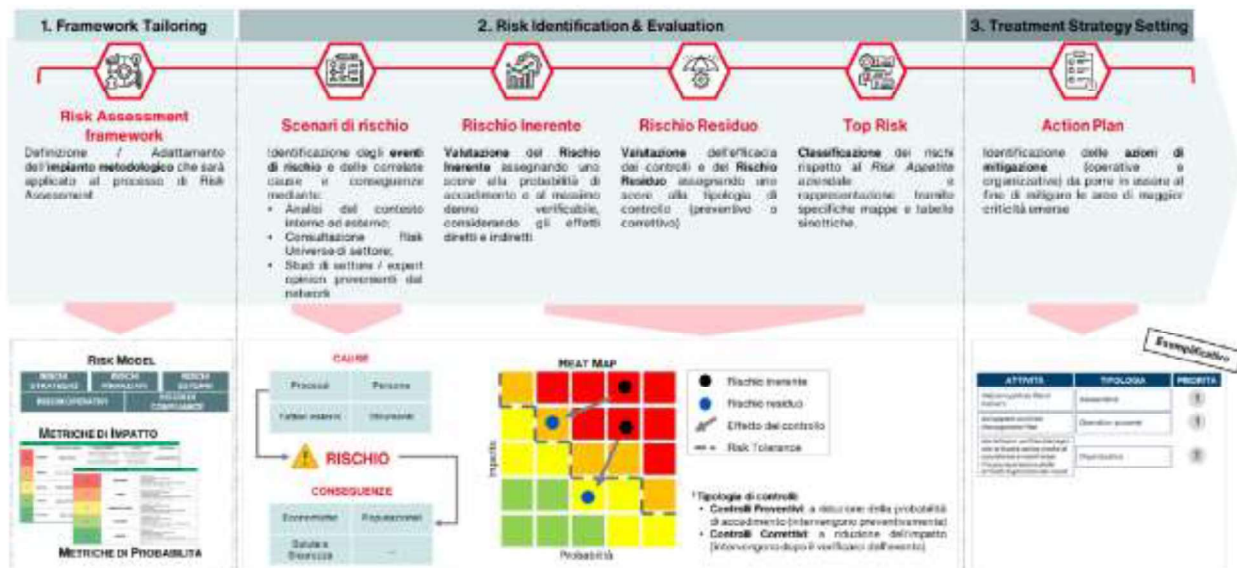


## Risk Model

RISCHI CLINICO-SANITARI		RISCHI ESTERNI	RISCHI FINANZIARI	RISCHI STRATEGICI	RISCHI OPERATIVI		RISCHI DI CONFORMITÀ (COMPLIANCE)
Anestesiologico	Identificazione del paziente	Contesto socio-economico nazionale e regionale	Contabilità e reporting finanziario	Comunicazione e relazioni istituzionali	Attività, processi e procedure	Gestione apparecchiature sanitarie	Anticorruzione
Assistenziale	Infezioni correlate all'assistenza		Erariale patrimoniale	Governance	Asset infrastrutturali e tecnologia	Gestione farmaci e dispositivi medici	Codice etico
Atti di autolesione e tentativi di suicidio	Cesareo e neonatale, inclusi i trigger	Evoluzione del contesto normativo					
Caduta	Prevenzione		Gestione Terze Parti	Fiscale	Investimenti e patrimonio	Comunicazione e relazioni	Informative e reporting
Chirurgico	Sperimentazioni cliniche	Illeciti esterni					
Diagnostico	Terapeutico		Sicurezza informatica	Tassi d'interesse	Sistema di Controllo Interno	Edifici e spazi comuni	Salute, sicurezza e ambientale
Gestione / redazione documenti	Trasfusionale						

## Le fasi di progetto

La metodologia sviluppata per l'attività di **Enterprise Risk Assessment** è disegnata sulla base delle best practice di settore e progressivamente integrata con il contributo delle esperienze maturate negli anni in progetti di consulenza in ambito Enterprise Risk Management





## Gantt progetto HERM 2025



A seguire un sinottico report dello svolgimento del progetto fra le tre strutture dei macro-processi con supporto Broker AON:

- Incontro in data 12/05 in presenza della Direzione Aziendale, del Broker AON e delle strutture coinvolte: Sistemi informativi aziendali, Ingegneria clinica aziendale, Ufficio Tecnico Patrimoniale.
- Entro il 30 giugno è stato inviato il materiale di riferimento dalle strutture coinvolte (visione del Risk Register con gli scenari di competenza e prima valutazione interna di contestualizzazione).
- Susseguente valutazione e condivisione della documentazione attinente alla tematica delle strutture coinvolte.
- Fino al 31 agosto 2025 si sono svolte le interviste alle strutture.
- Invio risk register compilati entro data prevista da cronoprogramma.
- Collaborazione per ambiti di competenza nella valutazione dei rischi secondo modello HERM da parte dell'Internal Auditing, sulla base delle disposizioni RL.
- Obiettivo dato per acquisito da AON, dicembre, che ha visto e valutato in modo positivo il lavoro svolto e trasferirà a Regione Lombardia i Risk Register inviati nelle tempistiche definite.
- AON, come da contratto, predispone EXECUTIVE SUMMARY utile alla presentazione della sintesi del progetto alla Direzione Aziendale ed alla diffusione in ASST (1° trimestre 2026).



## 6. SISTEMA DI MONITORAGGIO

### 6.1 Indicatori generali

Rispetto ad altri indicatori generali di monitoraggio, si riportano alcuni dati sintetici di riferimento:

Approvvigionamento e disponibilità nel tempo di DPI

Tabella – DPI 2024-2025

QUANTITA' 2024	QUANTITA' 2025	TIPO DISPOSITIVO
0	0	COPRICAPO DPI III CATEGORIA
5368	2975	CAMICI DPI III CATEGORIA
0	0	TUTE DI PROTEZIONE
7386	5978	FACCIALE FILTRANTE FFP3
494199	513310	FACCIALE FILTRANTE FFP2
576	621	OCCHIALI DI PROTEZIONE
1746	1956	VISIERE

Raffrontando i dati con quelli del 2024, si evidenzia un aumento di specifici dispositivi coerente con un miglioramento dell'utilizzo legato ad una maggiore sensibilità da parte degli operatori, anche a seguito di interventi formativi posti in essere.

Di seguito una tabella sinottica riportante il consumo della soluzione idroalcolica per il I semestre dell'anno 2025 comparati ai consumi del II semestre 2024 del presidio di San Giovanni Bianco e del presidio Papa Giovanni XXIII.

Si denota una richiesta maggiore di soluzione idroalcolica per entrambi i presidi.

#### CONSUMO SOLUZIONE IDROALCOLICA IN ASST PG23 II SEMESTRE 2024 – I SEMESTRE 2025

##### PO HSGB II SEMESTRE 2024

AREA	N°GDO	l/1000 GDO
AREA MEDICA	6.534	11.97
AREA CHIRURGICA	712	19.66
Totale complessivo	7.246	<b>12.72</b>

##### PO HSGB I SEMESTRE 2025

AREA	N°GDO	l/1000 GDO
AREA MEDICA	6.377	15.43
AREA CHIRURGICA	735	14.28
Totale complessivo	7.112	<b>15.31</b>

Atteso: 20Lt/1000 gg di degenza



**CONSUMO SOLUZIONE IDROALCOLICA IN ASST PG23  
II SEMESTRE 2024 – I SEMESTRE 2025**

**PO HPG23  
II SEMESTRE 2024**

AREA	N°GDO	L/1000 GDO
AREA MEDICA	77.481	16.57
AREA CHIRURGICA	46.461	14.78
AREA TERAPIA INT.	13.643	68.80
AREA ORTOPEDICA-TRAUM.	6.409	11.16
Totale complessivo	143.994	<b>20.70</b>

**PO HPG23  
I SEMESTRE 2025**

AREA	N°GDO	L/1000 GDO
AREA MEDICA	81.525	18.5
AREA CHIRURGICA	45.545	16.05
AREA TERAPIA INT.	13.430	64.7
AREA ORTOPEDICA-TRAUM.	7.136	8.55
Totale complessivo	147.636	<b>21.65</b>



Dato in approfondimento è la diminuzione del consumo della soluzione idroalcolica nelle aree di terapia intensiva coerente con quanto emerso nel quadro nazionale.

**CONSUMO NAZIONALE SOLUZIONE IDROALCOLICA AREA CRITICA**

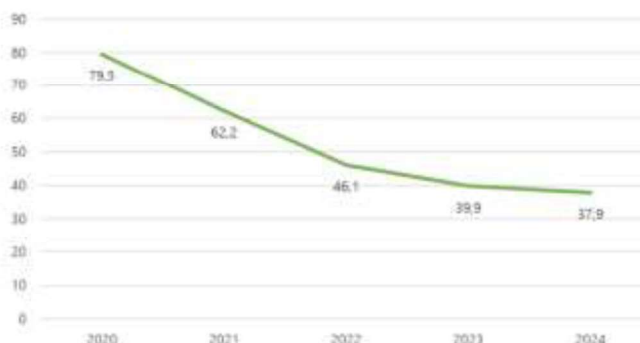


Figura 7. Anifamento del CSIA nell'area di terapia intensiva. Italia, 2020-2024

Il raffronto con il consumo medio nazionale totale, denota la diminuzione del consumo quale fenomeno nazionale oltre che locale.



La linea arancione indica lo standard di riferimento di consumo medio di soluzione idroalcolica di 20 L/1000 GDO stabilito dall'OMS

Figura 4. Andamento del CSIA in L/1000 GDO nei reparti di degenza ordinaria. Italia, 2020-2024

## 6.2 Eventi sentinella

Gli eventi sentinella segnalati nel sistema di *Incident Reporting* di cui l'Azienda viene a conoscenza, vengono segnalati nel sistema SIMES e analizzati mediante *Root Cause Analysis* (RCA). Le azioni correttive individuate in sede di RCA sono oggetto di verifica di efficacia.

Per l'anno 2025 le segnalazioni effettuate dal personale aziendale sulla piattaforma aziendale di Incident Reporting (IR) si sono stabilizzate rispetto agli anni precedenti e hanno consentito al Risk Management di attivare analisi specifiche per eventi di media/alta gravità e riflessioni interne alle Strutture effettuate in modo più autonomo. Questi risultati positivi sono anche il frutto di vari eventi formativi e di sensibilizzazione effettuati al personale rispetto all'importanza della segnalazione e delle tematiche proprie del rischio clinico. Sono state inserite nel sistema informatizzato di IR oltre 400 segnalazioni a seguito delle quali sono state sviluppate analisi secondo la gravità dell'evento segnalato. Per alcune tematiche si sono incontrate le Strutture coinvolte, per analizzare varie segnalazioni, della medesima natura, inserite in IR e conseguentemente abbiamo costituito tavoli di lavoro specifici sulle problematiche emerse. Sono stati segnalati nel corso del 2025 due eventi sentinella (ES) inseriti in SIMES (sistema ministeriale di segnalazione eventi sentinella) valutati preliminarmente con il Direttore Sanitario e analizzati tramite RCA. Inoltre è in corso analisi di un terzo evento, le cui azioni di miglioramento discendenti sono state individuate nell'analisi RCA svolta in data 15 gennaio 2026.

Nello specifico:

1. Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale.



2. Perdita/smarrimento di campioni anatomici/istologici/biologici o deterioramento che ne causa l'impossibilità di processazione.
3. Reazione trasfusionale da incompatibilità AB (in corso).

Gli altri eventi segnalati come eventi sentinella nel sistema sono stati analizzati preliminarmente e valutati non meritevoli di segnalazione ministeriale e/o derubricati ad evento avverso/*incident*.

Sono stati effettuati 7 *Significant Event Audit* (SEA) rispetto a eventi di varia natura relativi a raccomandazioni ministeriali (dalla gestione dei farmaci, malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali, documentazione clinica in ambito PS, aggressione SPDC,...).

Le varie metodologie di analisi utilizzate hanno permesso l'identificazione di azioni di miglioramento di processi e percorsi, e di altre azioni in corso di implementazione.

Si faccia riferimento al punto 1.1 del presente piano.

**Allegato 10:** Rendicontazione azioni di miglioramento indicate nella scheda B di SIMES eventi sentinella

### 6.3 Trigger materni-fetali (flusso CeDAP)

Si faccia riferimento al punto 2 del presente piano.

## 7. GESTIONE DEL CONTENZIOSO/COPERTURA ASSICURATIVA RTC/RCO

### 7.1 Ascolto e mediazione dei conflitti

All'interno dell'ASST prosegue l'attività di ascolto e mediazione dei conflitti come da prassi ormai consolidata.

L'equipe dedicata all'attività di ascolto e mediazione dei conflitti è attualmente composta da 3 persone e per l'anno 2026 è prevista l'introduzione di un nuovo mediatore attivo sulla realtà del presidio Ospedaliero di San Giovanni Bianco.

Per quanto riguarda l'anno 2025, sono stati gestiti nel complesso 14 casi di ascolto e in un caso, l'attività ha riguardato un dipendente.

Non è mai stato necessario procedere con la mediazione, anche se alcuni casi sono stati molto delicati e hanno richiesto più incontri di ascolto dedicato e finalizzato a una migliore presa in carico del vissuto della persona.



Gli incontri si sono sempre svolti infatti con piena soddisfazione delle persone ascoltate, a volte anche con un contatto a distanza di tempo con il mediatore per far presente la propria gratitudine e il ricordo positivo rispetto a quanto era stato fatto.

Inoltre, nel corso dell'anno sono stati realizzati 2 laboratori di medicina narrativa, quali percorsi formativi per implementare le proprie capacità di ascolto attento e di gestione delle relazioni. Anche durante questi eventi, i partecipanti si sono sentiti molto coinvolti; hanno apprezzato un tipo di esperienza formativa nuova e stimolante, chiedendo che sia sviluppata anche nel futuro.

Si continua con la promozione a livello aziendale di specifiche attività per migliorare i processi di ascolto/ mediazione dei conflitti, possibilmente sfruttando la rete regionale di mediatori, attivando scambi di mediatori se necessario per comporre l'équipe di ascolto e mediazione dei conflitti.

Nell'ambito inoltre del percorso formativo attivato in Regione per formare nuovi mediatori, il coordinatore del gruppo di Bergamo che è anche parte attiva del gruppo di lavoro regionale, ha dato la propria disponibilità per la figura di formatore.

## 7.2 Rendicontazione continuità operativa Gruppi - anno 2025

Si faccia riferimento al rendiconto specifico in:

**Allegato 5:** Scheda rendiconto attività gruppi 2025

## 7.3 Sistema per la Gestione Digitale dei Sinistri

Anche nel 2025 l'ASST ha continuato, quale Azienda Pilota, l'inserimento dei Sinistri con l'utilizzo del sistema sviluppato nel 2017 con la collaborazione di Lombardia Informatica (GeDiSS).

CVS sotto SIR:

Data	N. casi discussi
3 marzo 2025	19
5 maggio 2025	13
14 luglio 2025	12
29 settembre 2025	14
24 novembre 2025	16



CVS sopra SIR (Relyens Mutual Insurance, precedentemente SHAM):

Data	N. casi discussi
5 maggio 2025	3

CVS sopra SIR (AmTrust Assicurazioni):

Data	N. casi discussi
3 marzo 2025	7
5 maggio 2025	4
14 luglio 2025	4
29 settembre 2025	5
24 novembre 2025	4

## 8. INFORMAZIONI AI PAZIENTI A CAREGIVERS E A CITTADINI

Si intende proseguire, tramite l'ausilio di comunicazioni specifiche mirate, l'attività di informazione ai cittadini attraverso l'aggiornamento costante del sito internet aziendale, della pagina Facebook e di Instagram, ritenuto un vero e proprio canale di customer, utile per informare i cittadini su eventuali variazioni od integrazioni relative ai servizi erogati (CUP, vaccinazioni, corsi di accompagnamento alla nascita, assistenza alle persone degenti, ecc.), sulle visite ambulatoriali e prestazionali, sui comportamenti da adottare.

Le comunicazioni specifiche sono implementate in tempo reale anche da variazioni imputate all'evolversi del periodo pandemico con relative direttive sui comportamenti da adottare per il contenimento del rischio contagio e rientrano anche in un capitolo specifico del piano pandemico aziendale.

Nel corso del 2025 è stato eseguito un importante intervento di miglioramento dell'accessibilità del sito che ha portato ad una fruizione migliore e veloce.

Gli indicatori mostrano un numero di uscite stampa in ulteriore aumento rispetto allo scorso anno (+13.63%) con numeri di attività (conferenze stampa e comunicati stampa) quasi raddoppiati.



Sul fronte della comunicazione esterna si sono occupati in particolare dei seguenti temi:

- Prevenzione: promozione della attività e delle iniziative di prevenzione, sulla base del calendario delle Giornate nazionali e internazionali condiviso da Regione Lombardia, e delle campagne vaccinali. Abbiamo anche supportato i consultori nella promozione degli incontri informativi sulla menopausa e sull'HPV.
- “Con voi fin dall’inizio”: stesura e attivazione di un piano di comunicazione a supporto delle attività e dei servizi offerti dal nostro Percorso Nascita.
- Supporto comunicativo alle attività del servizio di Cure palliative domiciliari e della donazione di plasma, con piano editoriali e progetti grafici dedicati.
- Violenza, con la definizione della campagna di comunicazione “Un posto sicuro in ogni luogo”.
- Percorso nascita, con la stesura e attivazione di un piano di comunicazione per supportare le nascite all’Ospedale Papa Giovanni XXIII.
- Prevenzione (campagne vaccinali, screening epatite C, giornate internazionali, menopausa, HPV).
- Donazione di plasma.
- Cure palliative domiciliari.
- Violenza.
- Sviluppo servizi polo territoriale (andamento dei lavori di ristrutturazione delle Case di Comunità e Ospedale di comunità e progressivo trasferimento dei servizi).
- Cure primarie: sviluppo del nuovo modello del servizio di Continuità assistenziale (Centrale Uni.Ca) e gestione del problema della carenza dei Medici di medicina generale.
- 40 anni dal primo trapianto di cuore.

Si veda in dettaglio l’allegato sotto riportato.

**Allegato 6:** Relazione attività 2025 Comunicazione



## 9. EVENTI FORMATIVI E NETWORK

### 9.1 Formazione

Il 21 novembre 2025 è stato erogato il corso *'Risk Based Thinking: Modelli operativi per la gestione del rischio'* nel quale vengono descritti i rischi e le opportunità nei sistemi di gestione qualità, le norme di riferimento e il *Risk Based Thinking*, con un approccio per Processi basato sull'attività di valutazione per un proattivo alle criticità e un'efficace risposta ai cambiamenti, creando sinergia tra sistema di gestione qualità e gestione integrata dei rischi.

Altri eventi formativi improntati sono stati:

- Docenza all'interno della Formazione Sul Campo referenti infezioni nelle date di 8 agosto e 18 settembre con tematica: "il nuovo PDTA SEPSI Adulti": linee di revisione; indicazioni per diagnosi e trattamento nel paziente settico, gestione delle emocolture e dei farmaci specifici.
- La Formazione per il consolidamento/diffusione ed informazione sulla cultura della sicurezza svolta in continuo agli operatori dell'azienda in tema di sicurezza delle cure sia in Strutture sia in ambiti specifici (sicurezza del farmaco, personale neoassunto, interventi formativi/informativi specifici in strutture aziendali, ...).
- Formazione RES 'La responsabilità professionale: applicazione per la pratica clinico-assistenziale' corso di quattro ore ad edizione a maggio ed ottobre.
- Formazione in ambito: "La gestione del rischio derivante dall'utilizzo di sorgenti radioattive: strumenti per la gestione degli eventi avversi, NBP-RF in Medicina Nucleare e sistema di assicurazione della qualità" in data 16/11/2025 \_ ore 08.00 – 16.00.
- RES FAD Corso Base sulla sicurezza nelle procedure con laser medicali di CLASSE 3B & 4 'Il Sistema Qualità in una Azienda ospedaliera: di cosa si tratta e perché è importante tracciare i processi secondo questo Standard'.
- Partecipazione RES FAD 'Gestione delle emergenze radiologiche/nucleari' - rinnovo.
- Convegno 'FOCUS Rischio clinico: L'ERRORE DIAGNOSTICO' erogato il 26 settembre 2025.
- Formazione sul campo 'Aggiornamenti in tema di qualità e rischio clinico ai referenti aziendali' a marzo ed ottobre.
- Partecipazione a formazione 'Trasfusione massiva di emocomponenti nel paziente in shock emorragico' – quattro edizioni.



- Partecipazione a formazione ‘Utilizzo dei vasopressori nei reparti di degenza non intensiva/sub-intensiva’ cinque Edizioni.
- Partecipazione alla formazione sul *Patient Blood Management* a settembre, ottobre e novembre.
- Formazione a tematica Risk management nella formazione ‘Ambientamento del personale neo-assunto afferente alla Direzione Aziendale delle Professioni Sanitarie e Sociali: elementi organizzativi e documentali’ ad aprile e novembre.
- È continuata anche nel 2025 la FAD specifica della procedura “La prevenzione e gestione degli incendi in Sala Operatoria” rivolto ai Medici, agli Infermieri e alle Ostetriche che prestano attività in ambito chirurgico (Sale Operatorie e Sale di Diagnostica Interventistica dell’ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo) sulla piattaforma e-learning aziendale.

Sono stati effettuati eventi e formazioni in tema di rischio clinico e sicurezza delle cure specificate in **allegato 7** al presente documento.

Si faccia anche riferimento al punto 7.1 del presente piano in tema di formazione per l’ascolto e la mediazione dei conflitti anno 2025.

Si faccia anche riferimento al punto 9.3 del presente piano in tema di formazione per la comunicazione anno 2025.

**Allegato 7:** Scheda rendiconto corsi RM 2025

## 9.2 Formazione Regione Lombardia e Network

Nel 2025 si è partecipato ai Network Risk Management di Regione Lombardia a marzo, giugno, settembre e dicembre;

Da richiesta regionale (prot. 39207 del 05/06/2025) si è partecipato al Workshop sulla sezione Audit del nuovo applicativo regionale HERM Lomb in data 10 luglio (prot. n° 41645 del 13/06/2025).

La partecipazione al corso era finalizzata all’utilizzo del sistema HERM LOMB per l’effettuazione di almeno un audit per qualunque motivazione/area di intervento (audit interno ISO 9001, audit clinico, controllo di gestione, ecc.).

## 9.3 Rischio clinico e competenze non tecniche: la comunicazione

È stato riproposto nel mese di novembre il corso di formazione residenziale (8 ore) “**La gestione delle relazioni e della documentazione clinica nel caso di evento avverso – strumenti per il**



**professionista sanitario”**, condotto da esperti della materia interni all’ASST. Il corso si pone gli obiettivi:

1. Acquisire competenze tese alla gestione della comunicazione con la persona assistita nel processo di cura e nell’evenienza di un evento avverso in linea con le indicazioni diffuse dal Ministero della Salute nel 2011 (Ministero della salute. ‘Linee guida per gestire e comunicare gli Eventi Avversi in sanità’. Giugno 2011). Inoltre si pone l’obiettivo di diffondere le linee d’intervento aziendali per supportare gli operatori seconde vittime di eventi avversi.
2. Consolidare le conoscenze per la corretta gestione della documentazione sanitaria al fine di migliorare la tracciabilità del percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale della persona assistita, indispensabile per il contenimento del rischio clinico e del rischio assicurativo e le conseguenze in caso di sua presenza parziale o incompleta.

## 10. TRASPARENZA DEI DATI

In ottemperanza alla Legge 24/2017 – all’art.2 e all’articolo 4 – sarà pubblicata entro 31 marzo sul sito internet dell’ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo, la Relazione Annuale Consuntiva sulla “Gestione del Rischio clinico e sicurezza del paziente” anno 2025 al seguente link: <https://www.asst-pg23.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/dati-ulteriori/adempimenti-ai-sensi-ln-242017>.

## 11. GIORNATE DEDICATE AL RISK MANAGEMENT

Anche per il 2025 si sono svolte giornate a carattere nazionale ed internazionale dedicate a temi di sicurezza delle cure.

Il risk manager ha attivato iniziative progettuali e di comunicazioni nel proprio contesto aziendale e territoriale, con comunicazione a Regione Lombardia (mail [rischiosanita@regione.lombardia.it](mailto:rischiosanita@regione.lombardia.it)):

- 12 marzo - Giornata sull'educazione e prevenzione contro la violenza su operatori sanitari-con predisposizione di nota diffusa via intranet e via APP ai dipendenti dell'ASST.
- 5 maggio - Giornata mondiale dell'igiene delle mani; iniziative comunicative e di sensibilizzazione interna.
- 13 settembre - Giornata mondiale per la lotta alla Sepsis (World Sepsis Day); in corso revisione PDTA aziendale sepsi pediatrica.



- 17 settembre - Giornata nazionale per la sicurezza delle cure e della persona assistita; il tema scelto per la Giornata Mondiale della Sicurezza del Paziente 2025 dalla World Health Organization (WHO) per celebrare la settima Giornata mondiale della sicurezza dei pazienti del 17 settembre 2025 è stato “Cure sicure per ogni neonato e ogni bambino”.  
Si è diffuso l’evento Webinar regionale del Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e sicurezza del paziente di Regione Lombardia: “Assistenza sicura per ogni neonato ed ogni bambino”.
- FORUM Risk Management 2025 ad Arezzo 25-28 novembre sezione ‘Officine delle idee’ con poster "Dal Paziente al Team: Il PDTA Reverse Therapy come Modello di Presa in Carico Integrata".

## 12. INFORMAZIONI AL PERSONALE

La trasmissione delle informazioni al personale avviene principalmente attraverso questi canali:

- APP specifica aziendale ‘MY ASST-PG23’ per dispositivi mobili (che ha sostituito la newsletter mensile).
- Annunci tramite email aziendali.

L’ APP specifica aziendale per dispositivi mobili dedicata agli operatori dell’azienda è disponibile dal Dicembre 2023 e, rispetto ai canali di comunicazione classici, ha il vantaggio di poter raggiungere, potenzialmente in tempo reale, tutti gli operatori, indipendentemente da alcune variabili/vincoli quali:

- avere o meno un indirizzo di posta elettronica aziendale,
- avere o meno accesso ad un pc aziendale,
- essere o meno presenti fisicamente in azienda.

## 13. ALLEGATI

- Allegato 1: Scheda progetto “Sepsi Pediatrica”
- Allegato 2: Scheda progetto “Patient Blood Management”.
- Allegato 3: Scheda progetto “Simulazione Rischio Ostetrico”
- Allegato 4: Scheda progetto “Osservazioni Igiene Mani 2025”



- Allegato 5: Scheda rendiconto attività gruppi 2025
- Allegato 6: Relazione attività 2025 Comunicazione
- Allegato 7: Scheda rendiconto corsi RM 2025
- Allegato 8: Rendicontazione audit Sepsis
- Allegato 9: Rendicontazione Scheda Sepsis
- Allegato 10: Rendicontazione azioni di miglioramento indicate nella scheda B di SIMES eventi sentinella
- Allegato 11: Rendicontazione delle azioni di miglioramento implementate a seguito di casi di mortalità perinatale
- Allegato 12: Relazione Caso ID 356

Redazione

Dott.ssa Sara Locatelli

Visto

CI Dr. Luigi Daleffe

Il Risk Manager

Dott. Gabriele Pagani