



Strada del Chianti

Il rischio clinico nella politica sanitaria della Regione Toscana



Riccardo Tartaglia
rischio.clinico@regione.toscana.it
www.salute.toscana.it

LA GESTIONE DEL RISCHIO: Funzione del governo clinico

Il “*Clinical Risk Management*” è una funzione della “Clinical Governance” che ha lo scopo di **identificare, valutare e contenere** i rischi secondo un criterio di priorità al fine di **minimizzare** le loro conseguenze negative. Il rischio è definito come “*la probabilità di incorrere in un errore umano e quindi in un possibile evento avverso*”



Scally G, Donaldson LJ. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ* 1998; 317: 61-65

I primi passi



- Partire dalle esperienze esistenti di clinical risk management (UK, USA, Danimarca, Australia, Germania) per disegnare un modello organizzativo
- Confronto con altre comunità scientifiche a livello nazionale (SIRM, AOGOI, AAROI, ANIARTI, SIMEU, SIFO, SIMIET, AMDO, ASCOTI, FISM, SIQUAS) ed internazionale (Miami, Chicago, Londra, Berlino, Copenaghen)
- Definizione di un modello organizzativo (*delibera GR N° 1387 del 27/12/2004*)
- Elaborazione di un programma di formazione (*delibera GR N° 302 del 21/02/2005*)

Le facilitazioni



- Costruire su un prato verde
- Volontà e sostegno politico
- Concretezza del tema e desiderio di cambiamento
- Entusiasmo e coinvolgimento degli operatori sanitari

Gli ostacoli



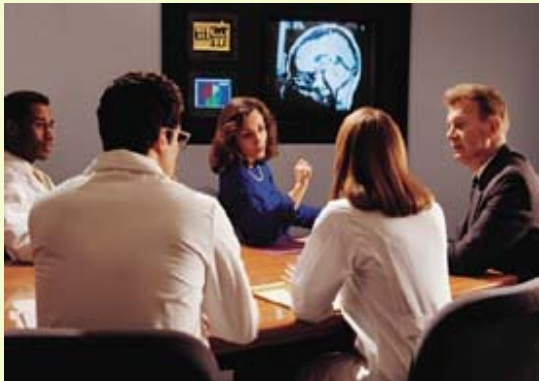
- Forte culto della responsabilità individuale
- Scarsa cultura della sicurezza
- Mentalità del controllo e visione normativa della sicurezza
- Scarsa attitudine all'autocritica da parte dei professionisti
- Difficoltà di comunicazione
- Incapacità del sistema di riconoscere ed evidenziare le buone pratiche
- Esperienze nazionali ed internazionali con evidenza scientifica ancora circoscritta

L'organizzazione

Clinical risk manager e/o
patient safety manager



Team GRC



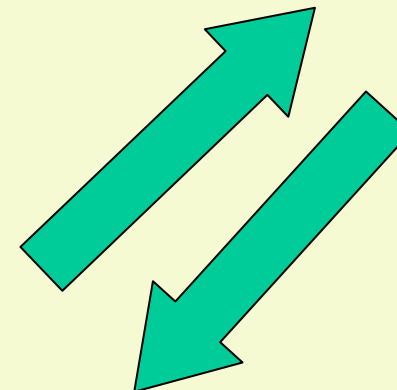
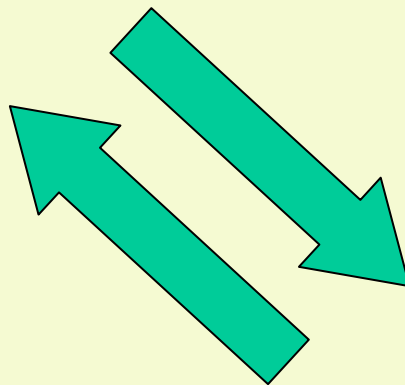
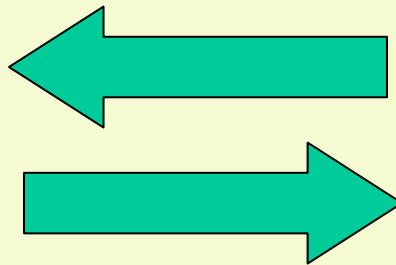
Comitato sicurezza
dei pazienti



Facilitatori

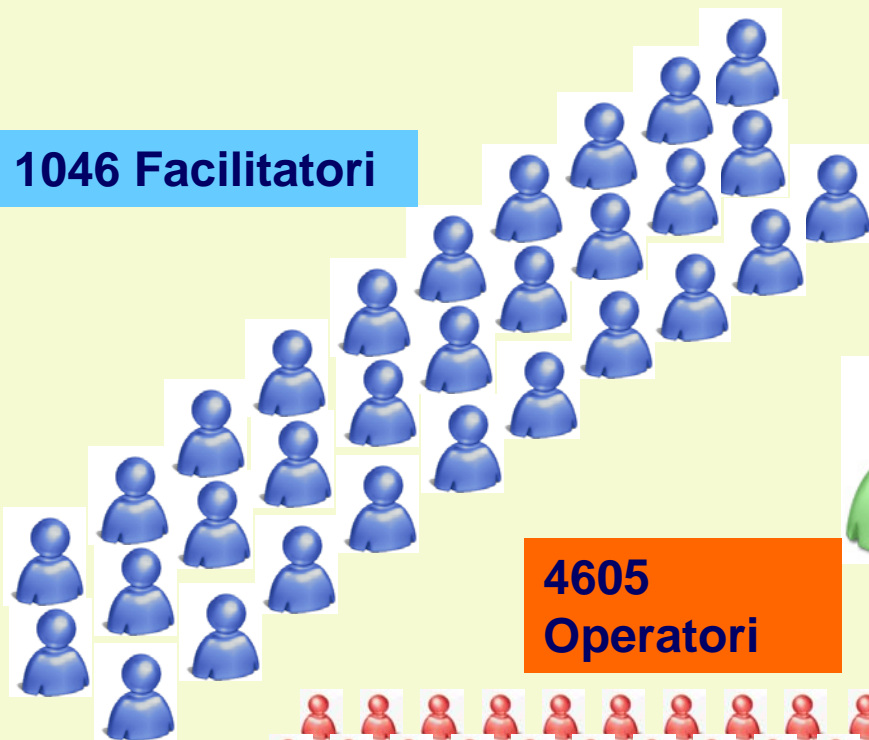


Integrare le attività di prevenzione con quelle di gestione del contenzioso

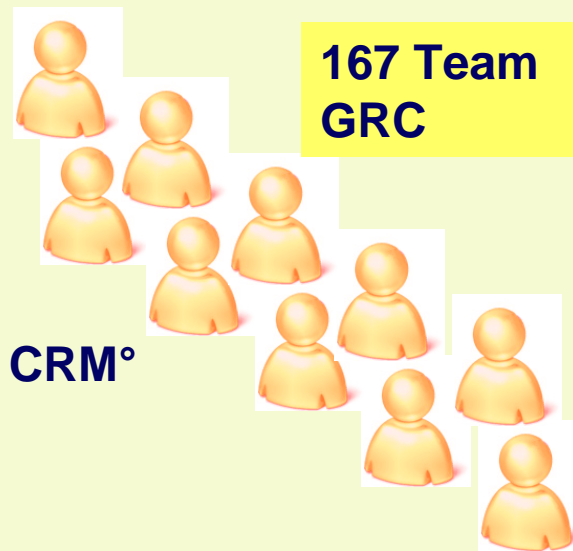


La formazione

1046 Facilitatori



167 Team GRC



34 CRM°

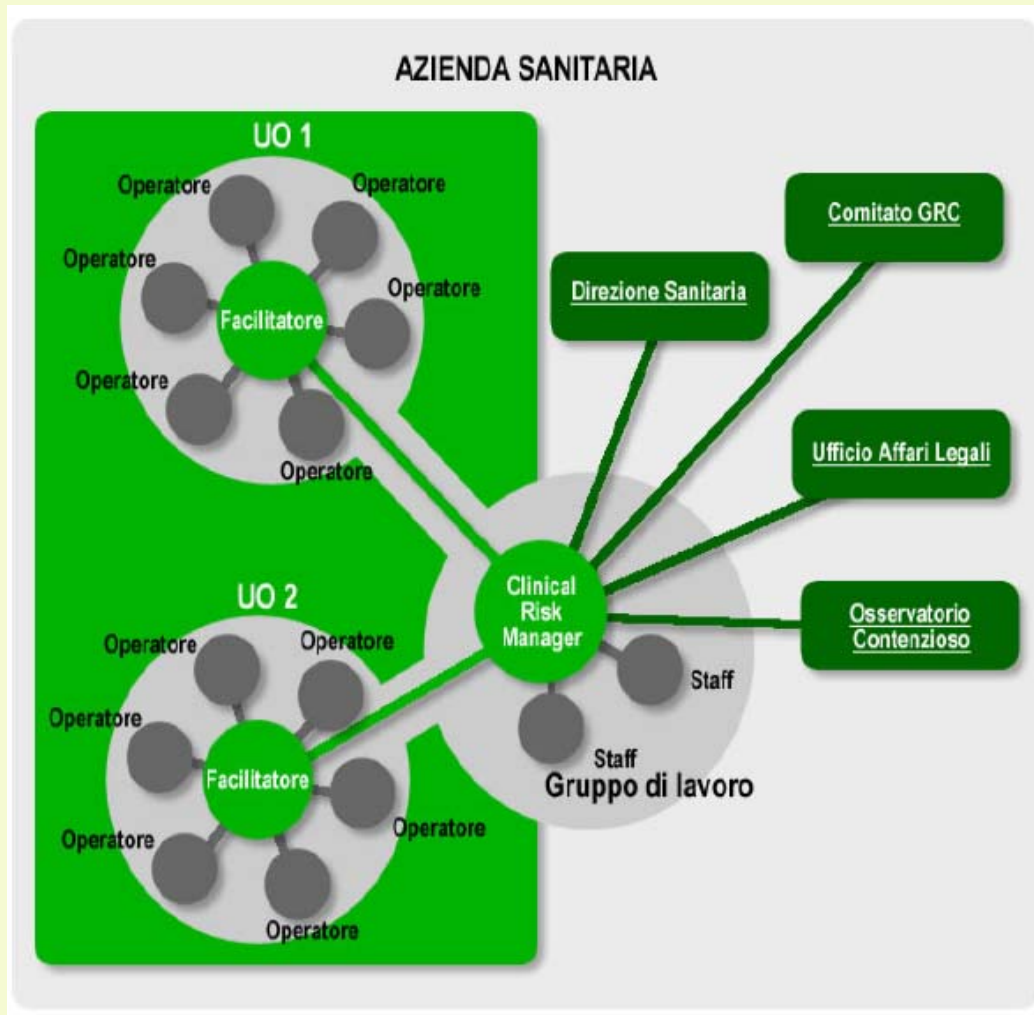


4605 Operatori



(50: Lab. Gine-oste / Ortopedia, 43: Corso area Assicurativa / Legale, 150: Giornate Area Vasta: STU e Mani Pulite)

Rete aziendale gestione rischio clinico



Ogni azienda è tenuta ad avere:

- Un sistema di coordinamento aziendale per la GRC
- Un programma di formazione per preparare il personale alla GRC
- Un piano aziendale GRC che specifica gli strumenti di identificazione, analisi e prevenzione dei rischi
- Un sistema informativo per la gestione dei sinistri e di incident reporting per le azioni di prevenzione

Requisiti di accreditamento: rischio clinico. Integrazioni e modifiche alla DCR 30/2000

LA GESTIONE DEL RISCHIO

Programma formativo

- **Clinical Risk/Patient Safety Manager** **320 ore**
- **Operatore Team aziendale Clinical Risk / dirigente struttura complessa** **40**
- **Facilitatore Clinical Risk** **40**
- **Operatore sanitario** **16**



CLINICAL RISK / PATIENT SAFETY MANAGER

Competenza

E' un **dirigente** esperto in ergonomia e fattore umano, fisiologia e psicologia occupazionale, comunicazione e organizzazione, qualità dei servizi sanitari e sicurezza del lavoro

Dirigente

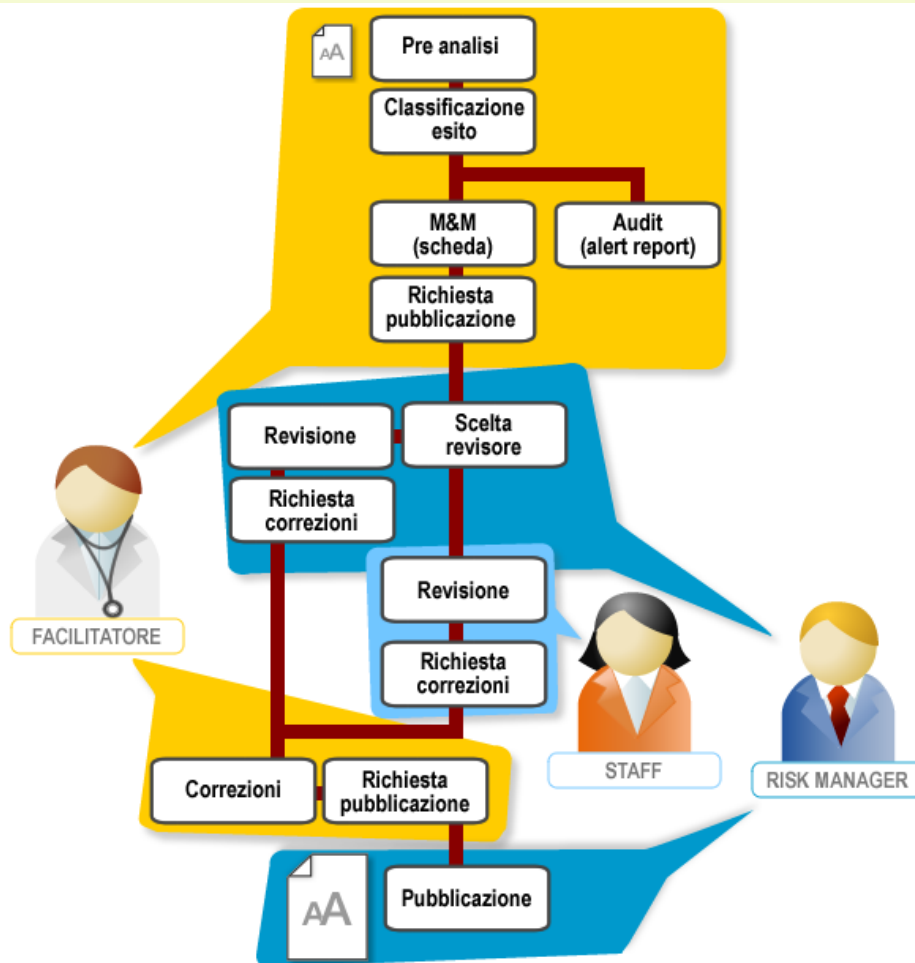
Area clinica ed infermieristica il clinical risk manager

Area sanitaria (medici, infermieri, farmacisti, ergonomi) il patient safety manager

Audit clinico



Integrare i sistemi informativi per la gestione rischio clinico



Sviluppo del sistema di gestione del rischio

Sistema di gestione dei sinistri

Sistema gestione del contenzioso

Sistema di incident reporting

Sistema gestione dei reclami

Cartella clinica integrata

Gestione eventi sentinella



Evento sentinella

AZIENDA

REGIONE

	48 ore	72 ore	entro 5 gg.	entro 15 gg.	entro 45 gg.
<p><i>Responsabile: DSA</i> <i>Gestione operativa: CRM</i></p> <p>Costituzione Unità di Crisi</p> <p>Nomina Portavoce ufficiale</p> <p>Raccolta documentazione clinica</p>	<p><i>Responsabile: CRM e ML</i></p> <p>Primo incontro operatori coinvolti</p> <p>Comunicazione al paziente e familiari</p> <p>Diffusione comunicato stampa</p> <p><i>Responsabile: DSA, responsabile comunicazione</i></p>	<p>Segnalazione evento al Centro GRC della Regione Toscana</p>	<p>Analisi del caso</p>	<p>Condivisione risultati dell'analisi con la Regione</p>	
		<p>Attivazione approfondimento attraverso un gruppo di auditor permanente</p> <p><i>Attivato da Presidenza CSR e centro GRC</i></p>			

Attivazione misure supporto al paziente e agli operatori

*Responsabile: DSA e DSP; dirigente struttura coinvolta
nell'evento*

Gestione operativa: CRM

Quando avviene un evento avverso

Caratteristiche procedura	<u>Audit GRC</u>	<u>Inchiesta Interna Amministrativa</u>	<u>Inchiesta Giudiziaria</u>
<u>Chi la richiede</u>	operatori sanitari di ogni professione e livello	direttori generali e sanitari	magistratura (d'ufficio o su querela di cittadini/avvocati, altro)
<u>Chi la effettua</u>	operatori sanitari – gruppo di auditor	dirigenti sanitari ed amministrativi della direzione aziendale	polizia giudiziaria – Carabinieri-NAS o Polizia
<u>Professionisti interessati</u>	operatori sanitari	operatori sanitari	avvocati, consulenti medici e non medici
<u>Stakeholders (portatori d'interesse)</u>	cittadini in quanto utenti, ordini e colleghi professionali	operatori sanitari, sindacati, apparato gestionale /amministrativo	cittadino in quanto presunto danneggiato
<u>Il suo scopo</u>	<u>comprendere i fattori di rischio che hanno contribuito all'evento, evitare che l'evento si ripeta, tutela della salute del cittadino</u>	<u>verificare se ci sono state inadempienze rispetto agli obblighi contrattuali, far osservare le regole di comportamento interne</u>	<u>accertare responsabilità professionali, evitare che si perpetuino comportamenti inadeguati, tutelare la incolumità individuale</u>
<u>Il risultato finale</u>	<u>modificare l'organizzazione, migliorare le tecnologie, formare il personale</u>	<u>provvedimenti disciplinari nei confronti degli operatori</u>	<u>Le eventuali sanzioni previste dalla legge ovvero l'accertamento di non colpevolezza.</u>
<u>Il focus dell'analisi</u>	organizzazione, procedure di lavoro, capire le cause degli errori	rispetto delle regole di comportamento nel rapporto tra operatori e con i cittadini	persone coinvolte, atti insicuri, azioni ed omissioni, capire chi e come e perché ha sbagliato

Pratica dell'audit clinico e della M&M

Garanzia di competenza e terzietà dell'analisi

L'audit clinico non può dare adito a provvedimenti sanzionatori

Riservatezza e confidenzialità dell'incontro tra i professionisti

Affiancamento dei dirigenti sanitari a tutti i livelli dell'organizzazione

Contratti di lavoro dei DG con specifiche clausole sugli obblighi e responsabilità in materia di sicurezza delle cure

Evidenza clinica



Buone pratiche evidence-based

IHI.org

A resource from the
Institute for Healthcare Improvement

100,000 Lives Campaign

- Deploy Rapid Response
- Deliver Reliable, Evidence-Based Care for Acute Myocardial
- Prevent Adverse Drug Events (ADEs)
- Prevent Central Line
- Prevent Surgical Site Infections
- Prevent Ventilator-Associated Pneumonia



Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices

- **Appropriate use of prophylaxis to prevent venous thromboembolism in patients at risk;**
- Use of perioperative beta-blockers in appropriate patients to prevent perioperative morbidity and mortality;
- **Use of maximum sterile barriers while placing central intravenous catheters to prevent infections;**
- **Appropriate use of antibiotic prophylaxis in surgical patients to prevent postoperative infections;**
- Asking that patients recall and restate what they have been told during the informed consent process;
- Continuous aspiration of subglottic secretions (CASS) to prevent ventilator-associated pneumonia;
- **Use of pressure relieving bedding materials to prevent pressure ulcers;**
- Use of real-time ultrasound guidance during central line insertion to prevent complications;
- **Patient self-management for warfarin (Coumadin™) to achieve appropriate outpatient anticoagulation and prevent complications;**
- Appropriate provision of nutrition, with a particular emphasis on early enteral nutrition in critically ill and surgical patients;
- **Use of antibiotic-impregnated central venous catheters to prevent catheter-related infections.**

Elenco buone pratiche

Attività clinico-assistenziali

- Igiene delle mani [D.G.R.267/2007]
- Scheda terapeutica per prevenzione errori di trascrizione [D.G.R.267/2007]
- Appropriatezza terapia antibiotica [D.G.R.267/2007]
- Corretta identificazione paziente [D.G.R.135/2008]
- Prevenzione e gestione dell'emorragia post partum [D.G.R.135/2008]
- Prevenzione e gestione della distocia di spalla[D.G.R.135/2008]
- Prevenzione del rischio nutrizionale [D.G.R.135/2008]
- Prevenzione malattia trombo-embolica [D.G.R.135/2008]
- La misura e gestione del dolore [D.G.R. 1005/2008]
- Adesione alla rete di sorveglianza microbiologica [D.G.R. 1005/2008]
- Prevenzione Infezioni da CVC [D.G.R. 1005/2008]
- Prevenzione ulcere da pressione [D.G.R. 1005/2008]
- Gestione dei chemioterapici antitumorali [D.G.R. 1005/2008]

In corso di elaborazione

- Errore in chirurgia (check-list preoperatoria e timeout prevenzione errori di lato)
- MEWS
- Prevenzione cadute

Sviluppo del sistema di gestione del rischio

- Adozione di un sistema di segnalazione volontaria degli eventi avversi [D.G.R.267/2007]
- Realizzazione di audit clinici per la gestione del rischio [D.G.R.267/2007]
- Realizzazione di revisioni di mortalità e morbilità [D.G.R.267/2007]
- Analisi di eventi sentinella con RCA [D.G.R.267/2007 e D.G.R. 704/2007]

In corso di elaborazione

- La comunicazione al paziente



Attestazione delle buone pratiche

A seguito della valutazione, il Direttore Generale rilascia l'attestato di conformità alla buona pratica regionale:

**USO CORRETTO
DEGLI ANTIBIOTICI**



Unità operativa _____
Responsabile _____
Presidio ospedaliero _____

Azienda
USL 1 - Massa Carrara

Titolo, data e firma

SST Servizio Sanitario della Toscana
GRC Gruppo Regionale Controllo Sociale
SICUREZZA DEL PAZIENTE

Introduzione
del controllo sociale
mediante l'audit civico

Indicatori gestione rischio clinico

- Tasso di sinistrosità (GRC)
- Tasso diffusione audit clinici e M&M (GRC)
- Tasso di sepsi post-chirurgica (AHRQ)
- Tasso embolia polmonare e TVP post chirurgica (AHRQ)
- Tasso di mortalità DRG a bassa mortalità (AHRQ)
- Tasso incremento/riduzione costi assicurativi (GRC)

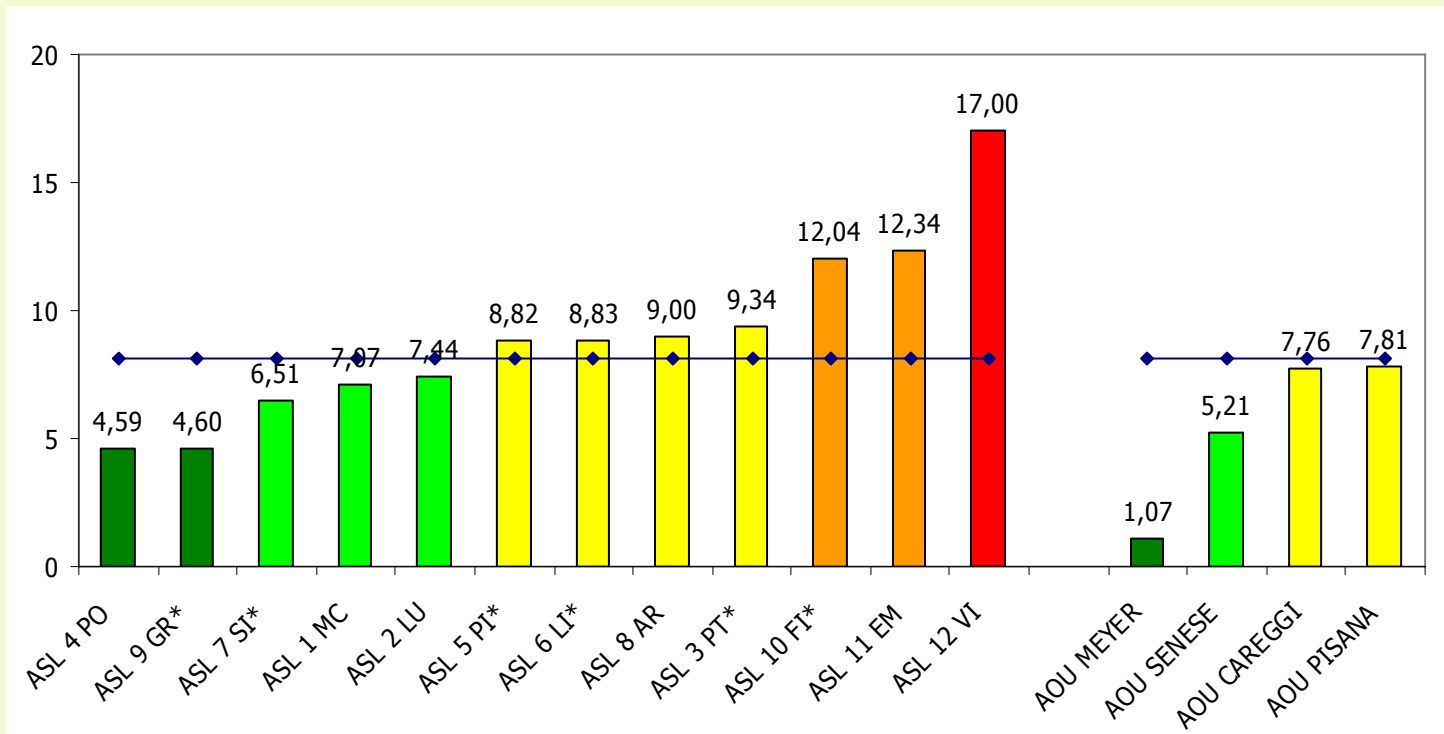
RISCHIO CLINICO: Andamento 2007



Indice di sinistrosità

Numero di sinistri per 10.000 ricoveri in strutture pubbliche

Numeratore: N. di denunce di sinistri per lesioni o decessi annui
Denominatore: N. Ricoveri effettuati nello stesso anno



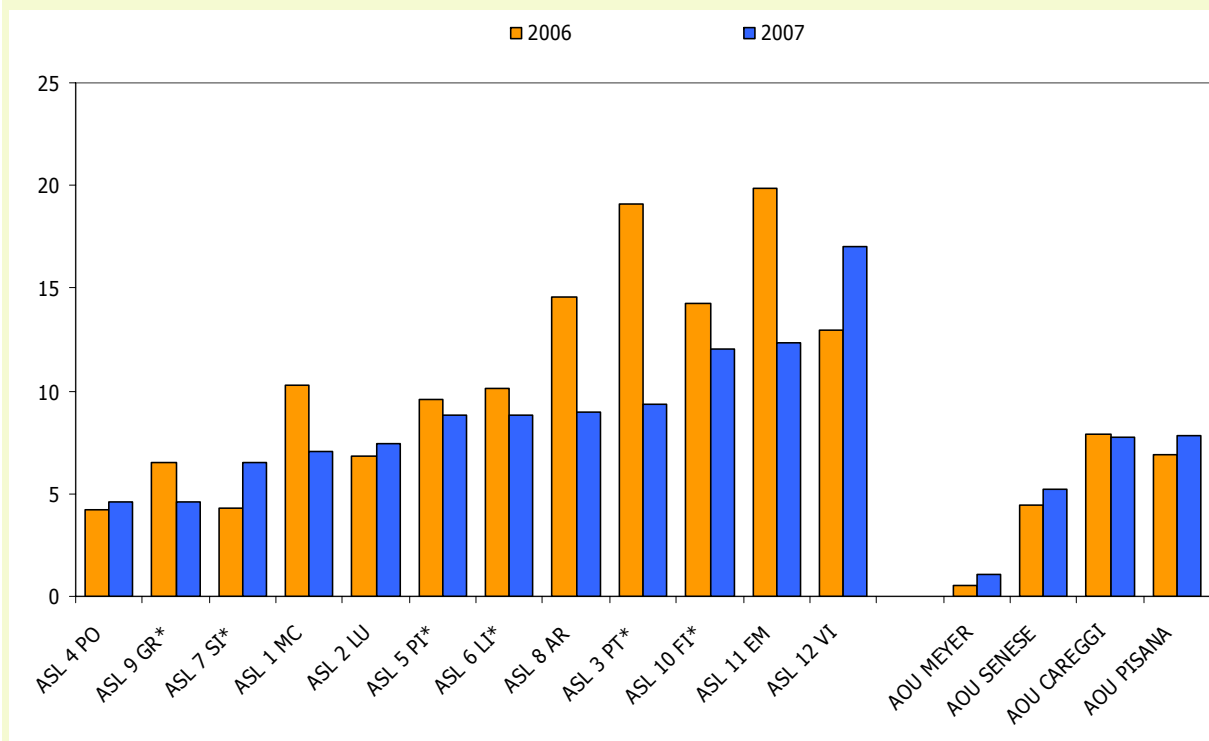
* L'indice di sinistrosità si riferisce al primo semestre 2007

RISCHIO CLINICO: Andamento 2007



Indice di sinistrosità

Numero di sinistri per 10.000 ricoveri in strutture pubbliche



* L'indice di sinistrosità si riferisce al primo semestre 2007

Azienda di erogazione	2007		
	Indice di sinistrosità	Casi di sinistro	Ricoveri
AUSL 1 MC	7,07	26	36.757
AUSL 2 LU	7,44	21	28.236
AUSL 3 PT*	9,34	16	17.128
AUSL 4 PO	4,59	16	34.848
AUSL 5 PI*	8,82	9	10.203
AUSL 6 LI*	8,83	20	22.660
AUSL 7 SI*	6,51	6	9.210
AUSL 8 AR	9,00	42	46.665
AUSL 9 GR*	4,60	7	15.221
AUSL 10 FI*	12,04	34	28.249
AUSL 11 EM	12,34	30	24.315
AUSL 12 VI	17,00	43	25.301
AOU PISANA	7,81	61	78.089
AOU SENESE	5,21	21	40.296
AOU CAREGGI	7,76	60	77.296
AOU MEYER	1,07	2	18.667
Regione Toscana	8,07	414	513.141

Andamento variegato negli anni, con una tendenza alla diminuzione.
Trend in peggioramento per Viareggio.

RISCHIO CLINICO: Andamento 2007

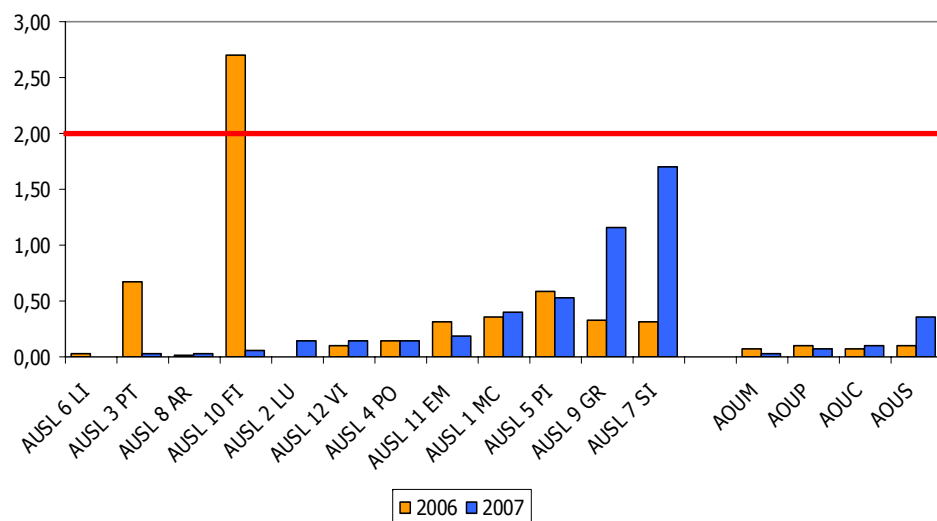


Sviluppo del sistema di Incident Reporting

Audit clinici

N. medio di audit clinici realizzati per struttura complessa

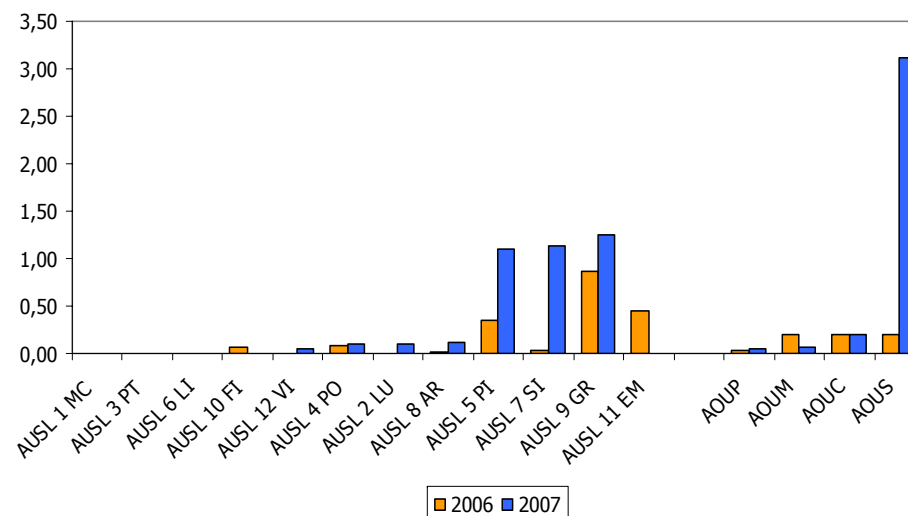
Obiettivo regionale: 2 audit per struttura complessa



Mortality & Morbidity Review

N. medio di M & M realizzati per struttura complessa

Obiettivo regionale: 6 M&M per struttura complessa



Audit in peggioramento, consistente aumento di GR e SI.

M & M migliorano in alcune aziende (PI, SI, GR) e ottimo risultato della AOUS.

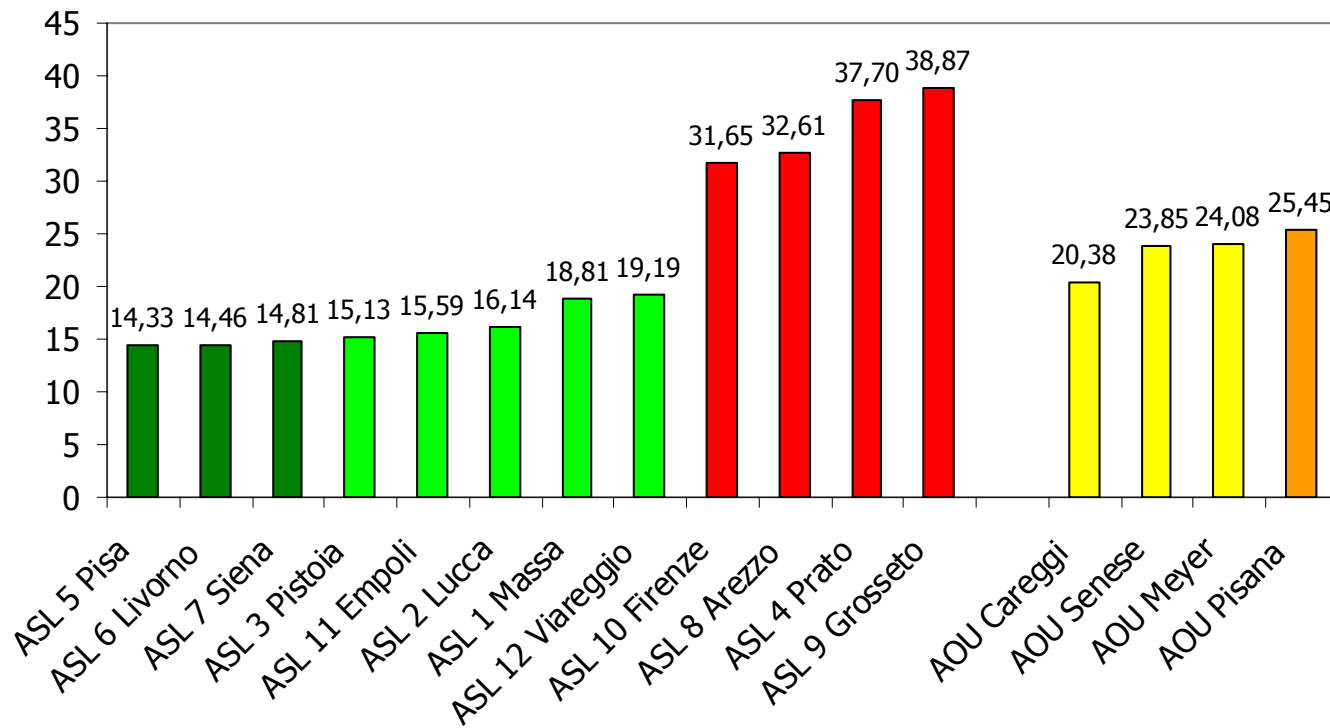
Tutti ancora molto lontani dall'obiettivo regionale.

RISCHIO CLINICO: Andamento 2007

Indice di impatto economico (1)

Euro spesi per l'assicurazione ogni 1.000 euro spesi per il personale sanitario

Numeratore: Quotazione polizza assicurativa RCT/RCO
Denominatore: Costo del personale sanitario
(Flusso CE 2007 a previsione a finire al 31.03.2008)



Selecting Indicators for Patient Safety
at the Health Systems Level in OECD Countries

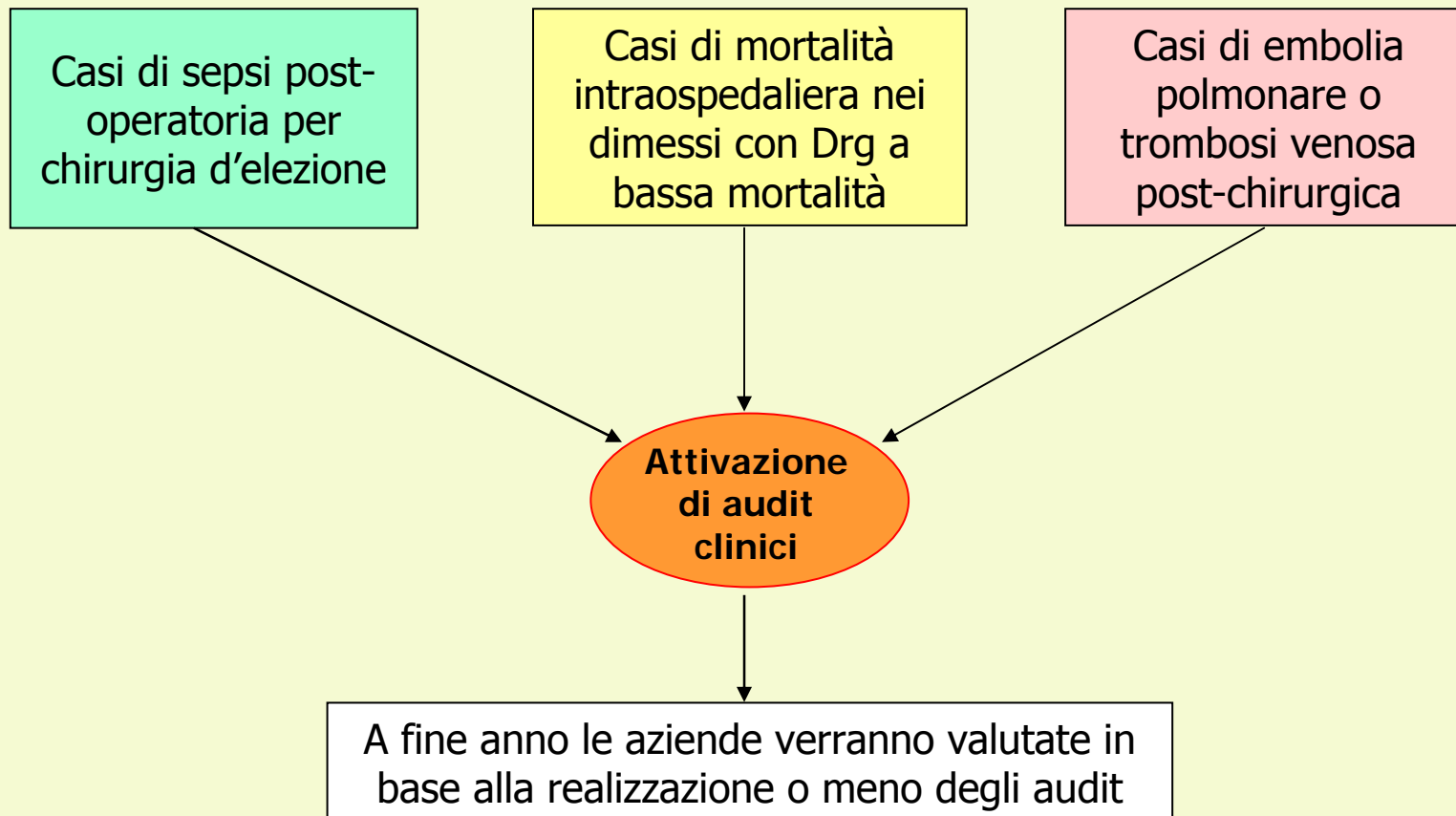
John Millar, Soeren Mattke
and the Members of the OECD Patient Safety Panel

18

The HCQI Project (Health Care Quality Indicators Project) will eventually represent the largest effort, in terms of number of quality indicators and number of countries, to assess international health care quality that has ever been undertaken.

RISCHIO CLINICO

Indicatori facenti parte dei **Patient Safety Indicators**
dell'Agency for Healthcare Research and Quality (**AHRQ**)



RISCHIO CLINICO:

Sepsi post-operatoria per chirurgia d'elezione

Definizione:	Percentuale di sepsi per 1.000 pazienti sottoposti a intervento chirurgico in elezione, con degenza uguale o superiore a 4 giorni
Numeratore:	N. dimessi con sepsi in diagnosi secondaria
Denominatore:	N. dimessi sottoposti a intervento chirurgico in elezione
Formula matematica:	$\frac{\text{N. dimessi con sepsi come diagnosi secondaria}}{\text{N. dimessi sottoposti a intervento chirurgico in elezione}} \times 1.000$
Note per l'elaborazione:	<p>Si considerano solo i ricoveri programmati e con pre-ospedalizzazione per pazienti maggiorenni (≥ 18 anni) con degenza ≥ 4 a giorni.</p> <p>Codifiche ICD9-CM:</p> <ul style="list-style-type: none">• Sepsis: 0380 ; 0381 ; 03810 ; 03811; 03819 ; 0382 ; 0383; 78552; 78559; 9980• Setticemia: 03840; 03841; 03842; 03843; 03844; 03849; 0388; 0389; 99591; 99592 <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none">- i dimessi con diagnosi principale di sepsi o infezione- i dimessi con diagnosi principale o secondaria di stato immunocompromesso o cancro- i dimessi con MDC 14
Fonte:	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO Si fa riferimento all'indicatore utilizzato dall' Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) - Patient Safety Indicators: PSI 13 Postoperative sepsis
Parametro di riferimento:	Media regionale
Significato:	L'indicatore identifica i casi di sepsi nosocomiale post-operatoria

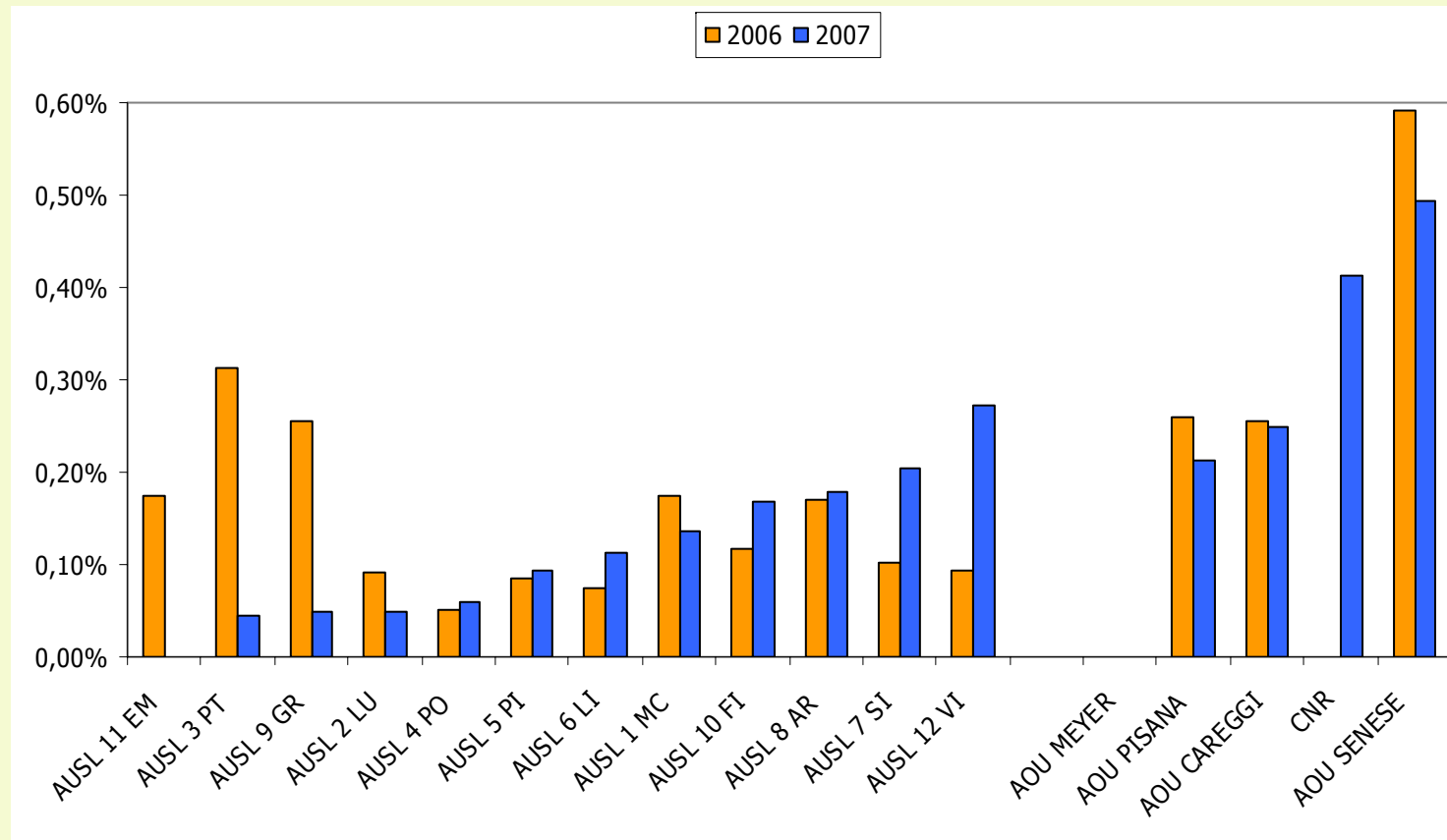
RISCHIO CLINICO: Andamento 2007

Sepsi post-operatoria per chirurgia d'elezione

Percentuale di sepsi per 1.000 pazienti sottoposti a intervento chirurgico in elezione, con degenza uguale o superiore a 4 giorni

Numeratore: N. dimessi con sepsi in diagnosi secondaria

Denominatore: N. dimessi sottoposto a intervento chirurgico in elezione



RISCHIO CLINICO:

Mortalità intraospedaliera nei dimessi con Drg a bassa mortalità

Definizione:	Deceduti in ospedale per 1.000 pazienti con DRG con tasso di mortalità inferiore allo 0,5%
Numeratore:	N. deceduti con DRG a bassa mortalità
Denominatore:	N. dimessi con DRG a bassa mortalità
Formula matematica:	$\frac{\text{N. deceduti con DRG a bassa mortalità}}{\text{N. dimessi con DRG a bassa mortalità}} \times 1.000$
Note per l'elaborazione:	<p>Si considerano DRG a bassa mortalità quei DRG con un tasso di mortalità inferiore allo 0,5%, in base all'elenco NIS 1997. Quando un DRG è presente "senza /con complicazioni", entrambi i DRG devono presentare un tasso di mortalità inferiore a 0,5% per essere inclusi.</p> <p>Sono esclusi i pazienti con un codice ICD9-CM di diagnosi principale o secondaria di trauma, stato immunocompromesso o cancro</p>
Fonte:	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO Si fa riferimento all'indicatore utilizzato dall' Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) – Patient Safety Indicators: PSI 2 Death in low-mortality DRGs
Parametro di riferimento:	Media regionale Tasso di popolazione (USA, 2002): 0.73 per 1.000 pazienti a rischio
Significato:	L'indicatore intende identificare i decessi di pazienti con ospedalizzazione a basso rischio.

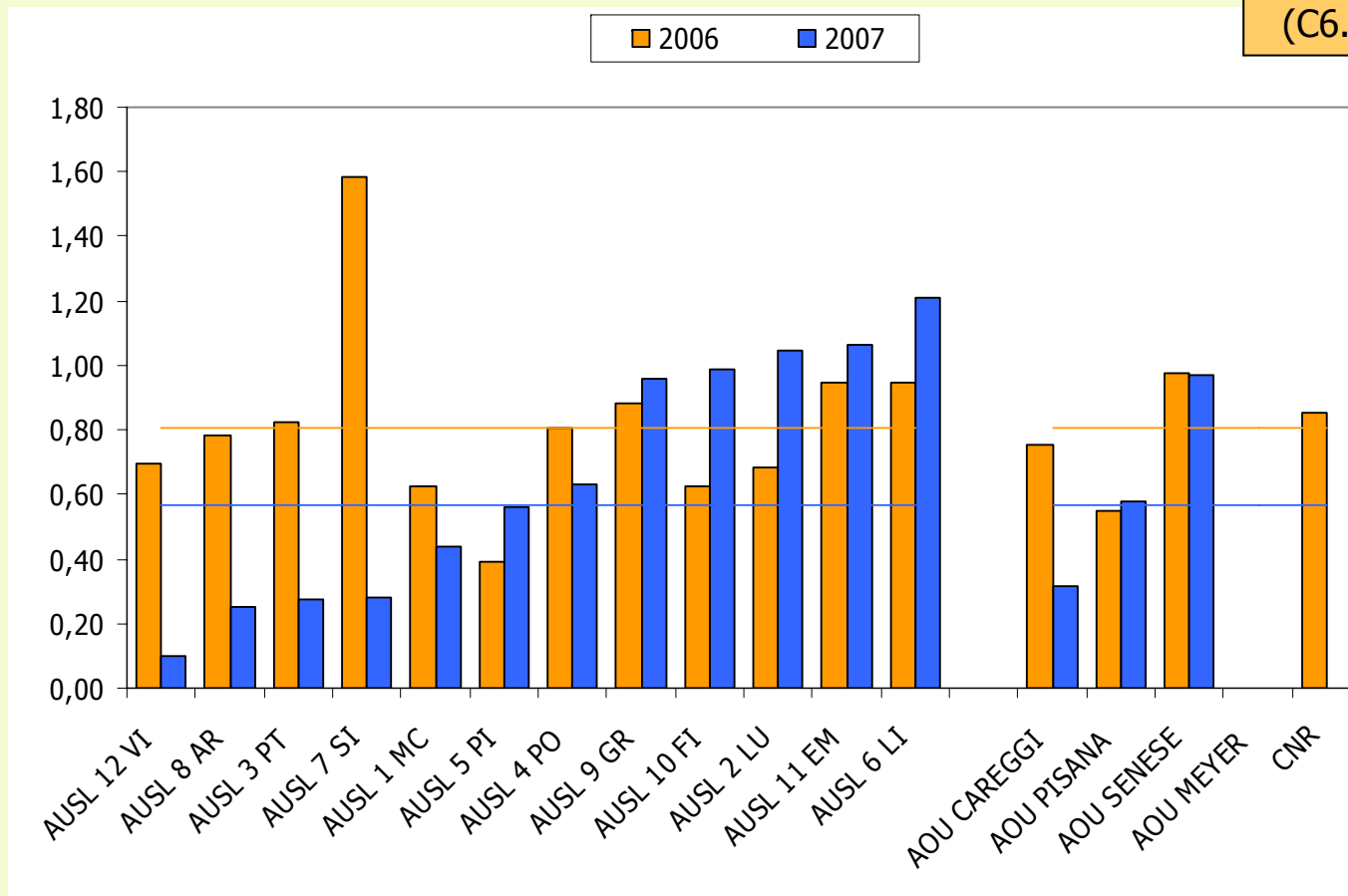
RISCHIO CLINICO: Andamento 2007

Mortalità intraospedaliera nei dimessi con Drg a bassa mortalità

Deceduti in ospedale per 1.000 pazienti con DRG con tasso di mortalità inferiore allo 0,5%

Numeratore: N. deceduti con DRG a bassa mortalità
Denominatore: N. dimessi con DRG a bassa mortalità

Il dettaglio dei Drg per azienda si trova sul portale (C6.4.2 - Tabelle)



RISCHIO CLINICO:

Embolia polmonare o trombosi venosa post-chirurgica

Definizione:	Casi di trombosi venosa profonda o embolia polmonare per 1.000 dimessi con DRG chirurgico
Numeratore:	N. di dimessi con trombosi venosa profonda o embolia polmonare in diagnosi secondaria
Denominatore:	N. dimessi con DRG chirurgico
Formola matematica:	$\frac{\text{N. dimessi con embolia polmonare e/o trombosi venosa profonda in diagnosi secondaria}}{\text{N. dimessi con DRG chirurgico}} \times 1.000$
Note per l'elaborazione:	<p>Codifiche ICD9-CM:</p> <ul style="list-style-type: none">• Embolia polmonare: 415.11; 415.19• Trombosi venosa profonda: 451.11; 451.19; 451.2; 451.81; 451.9; 453.8; 453.9 <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none">- I dimessi con diagnosi principale di embolia polmonare o trombosi venosa profonda- I dimessi appartenenti alla MDC 14- I pazienti con procedura principale di "interruzione della vena cava" (codice di procedura: 38.7) quando questa è l'unica procedura effettuata- I pazienti con procedura secondaria di "interruzione della vena cava" (codice di procedura: 38.7) quando questa procedura viene eseguita il giorno stesso o il precedente dell'intervento principale
Fonte:	Sistema Informativo Regionale - Flusso SDO Si fa riferimento all'indicatore utilizzato dall' Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) - Patient Safety Indicators: PSI 12 Postoperative pulmonary embolism or deep vein thrombosis
Parametro di riferimento:	Media regionale Tasso di popolazione (USA, 2002): 8.83 per 1.000 pazienti a rischio
Significato:	L'indicatore intende identificare i casi di trombosi venosa profonda/embolia polmonare insorti in pazienti sottoposti ad intervento chirurgico. E' utile per valutare l'efficacia (appropriatezza, tempestività, durata) della prevenzione di malattia tromboembolica del paziente chirurgico.

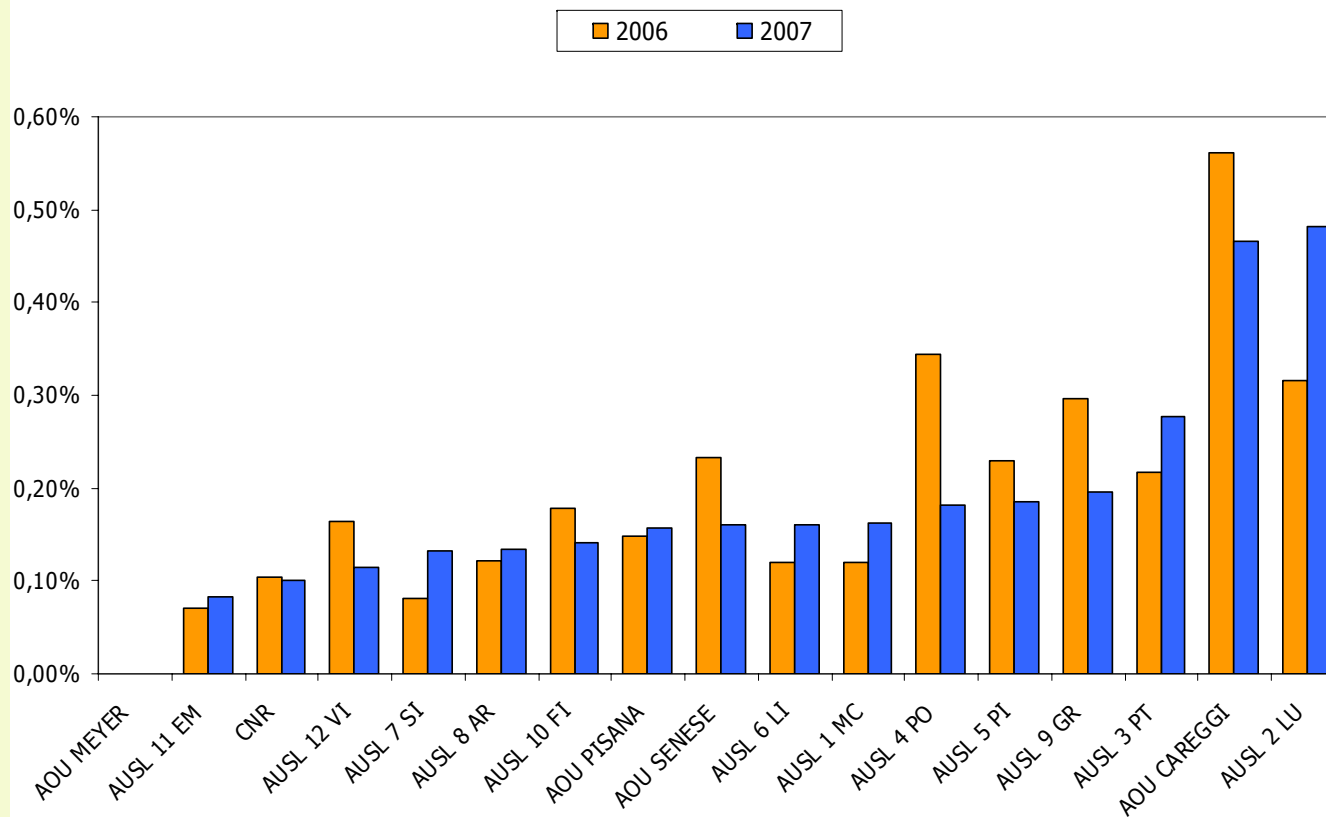
RISCHIO CLINICO: Andamento 2007

Embolia polmonare o trombosi venosa post-chirurgica

Casi di trombosi venosa profonda o embolia polmonare per 1.000 dimessi con DRG chirurgico

Numeratore: N. dimessi con trombosi venosa profonda o embolia polmonare in diagnosi secondaria

Denominatore: N. dimessi con DRG chirurgico



Patient safety walk rounds

Organizzazione gestione del rischio

Formazione

Buone pratiche

Sistema di incident reporting

Raccomandazioni ministeriali

Standard/indicatori sicurezza



Frankel A, Graydon-Baker E, Nepl C, et al. Patient Safety Leadership WalkRounds™. Jt Comm J Qual Saf 2003; 29: 16-26.

DGR n. 704 del 08-10-2007

Report annuale

Le 5 aree della relazione e del piano annuale GRC:

Organizzazione

15 quesiti: verifica attuazione indirizzi regionali per l'organizzazione del sistema aziendale GRC

Formazione

4 quesiti: verifica sviluppo delle competenze nella rete aziendale GRC

Sviluppo del sistema GRC

7 quesiti: verifica attività di identificazione, analisi e prevenzione del rischio

Iniziative per la sicurezza dei pazienti

16 quesiti: verifica adozione di buone pratiche per la sicurezza dei pazienti

Raccomandazioni del Ministero della Salute

9: verifica recepimento e diffusione raccomandazioni ministeriali

Report annuale

Sistema GRC							
		Nr. Totale di segnalazioni di eventi raccolte mediante incident reporting	Nr. totale di audit svolti	Nr. totale di M&M svolte	Nr. totale di azioni di miglioramento	Nr. analisi di eventi sentinella	Nr. Totale Alert report prodotti
2006	Totale	443	260	96	251	37	116
	Media regionale	27,69	16,25	6,00	15,69	2,31	7,25
2007	Totale	587	180	325	288	17	151
	Media regionale	36,69	11,25	20,31	18,00	1,06	9,44
biennio	Totale	1030	440	421	539	54	267
	Media regionale	32,19	13,75	13,16	16,84	1,69	8,34

Trasparenza





Servizio Sanitario della Toscana. Cresce la salute.

PROMOZIONE PREVENZIONE CURA COSA FARE PER S.S.R. BACHECA PARLIAMO DI

Ti trovi qui: Home Page / Servizio Sanitario Regionale / Centro Gestione Rischio Clinico - GRC

Struttura e contatti



Attività nelle aziende

- Azienda Osp.univ.careggi
- Asl 10
- Asl 11
- Asl 16

- Forum
- Buone pratiche approvate a livello regionale
- Area Riservata

Sede

Regione Toscana
Direzione generale del Diritto alla Salute e delle Politiche di Solidarietà
V. Taddeo Alderotti, 26 N - 50139 Firenze

Contatti

Tel. 055 43.83.325-3826
Fax 055 43.83.232
E-mail rischio.clinico@regione.toscana.it

La Toscana per la Salute - Centro Gestione Rischio Clinico - GRC



promozione della salute - prevenzione - cura - cosa fare per - Servizio Sanitario Regionale - bacheca - parliamo di - contatti - cerca nel sito



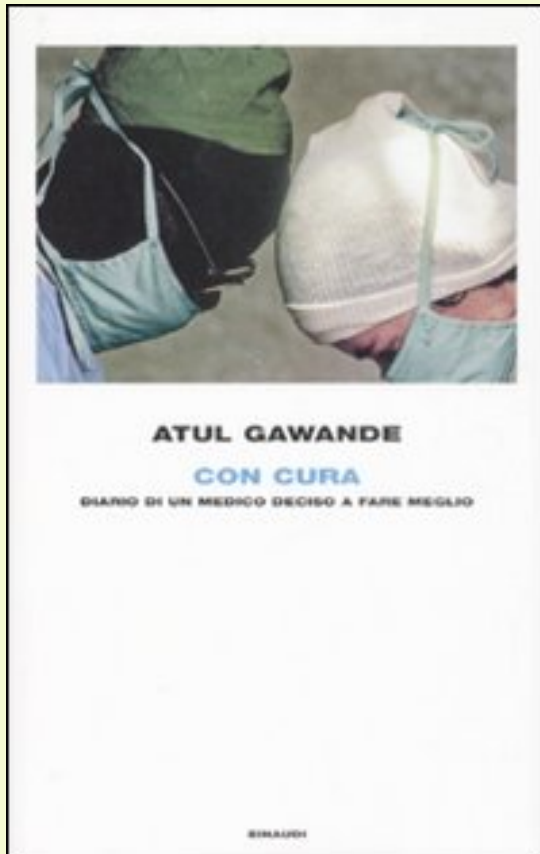
via Taddeo Alderotti 26/N, 50139 Firenze, infosanita@regione.toscana.it
www.salute.toscana.it © 2005-2007 Tutti i diritti riservati Regione Toscana

Problemi di crescita



- *Cultura della sicurezza non ancora matura*
- *Uso improprio dell'audit clinico*
- *Non accettare le regole senza motivare (autoreferenzialità)*
- *Le contraddizioni - la tutela della salute vs tutela del danneggiato*
- *La confidenzialità delle informazioni*
- *La questione dei maestri - trasmissione di competenze da operatore ad operatore, senza lasciare questo compito alla volontà dei singoli.*

Grazie per l'attenzione



I 5 consigli di Atul Gawande

- Fate una domanda fuori copione
- Non lamentatevi
- Trovate qualcosa da contare
- Scrivete qualcosa
- Cambiate