



## Agenda

- Significato di Evento sentinella
- Gestione e trattamento dell'evento sentinella



*Ministero del Lavoro, della Salute e  
delle Politiche sociali*

DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ  
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA,  
DEI LIVELLI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA  
UFFICIO III

**OSSERVATORIO NAZIONALE  
SUGLI EVENTI SENTINELLA**

**Protocollo per il  
Monitoraggio degli Eventi Sentinella**

Luglio 2009

IPASVI BS Corso Rischio Clinico -  
Dr.L.Maffei

3



L'Intesa della "Conferenza Permanente Rapporti Stato Regioni" del 20 marzo 2008, concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure, ha previsto l'attivazione presso il Ministero dell'Osservatorio Nazionale sugli Eventi Sentinella attraverso il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES). Tale sistema sarà operativo a seguito del decreto ministeriale previsto dall'Intesa sopra citata.

**2. OBIETTIVI**

Il Ministero intende aumentare la sicurezza dei pazienti nelle strutture sanitarie a garanzia dei LEA tramite le seguenti azioni:

**A livello centrale**

- raccolta ed analisi delle segnalazioni riguardanti gli eventi sentinella
- elaborazione e disseminazione di "Raccomandazioni" specifiche rivolte a tutte le strutture sanitarie
- valutazione dell'implementazione delle Raccomandazioni da parte delle strutture sanitarie
- ritorno informativo alle strutture sanitarie

**A livello locale**

- raccolta delle segnalazioni riguardanti gli eventi sentinella
- analisi delle cause e dei fattori contribuenti e determinanti per l'accadimento degli eventi stessi
- individuazione ed implementazione delle azioni preventive
- verifica dell'effettiva implementazione delle azioni preventive e della loro efficacia sul campo

IPASVI BS Corso Rischio Clinico -  
Dr.L.Maffei

4



### 3.1 Definizione di evento sentinella

La definizione e la tipologia degli eventi sentinella sono funzionali agli obiettivi e alle esigenze della organizzazione che li adotta. Nel contesto del Protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella il Ministero definisce evento sentinella un *“evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad un’indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell’organizzazione”*.



#### Lista degli eventi sentinella

1. Procedura in paziente sbagliato
2. Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)
3. Errata procedura su paziente corretto
4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure
5. Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO
6. Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
7. Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto
8. Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita
9. Morte o grave danno per caduta di paziente
10. Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale
11. Violenza su paziente
12. Atti di violenza a danno di operatore
13. Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
14. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso
15. Morte o grave danno imprevisti conseguente ad intervento chirurgico
16. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente



#### Raccomandazione n°12 - 1 Agosto 2010

- Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"
- Feedback

#### Raccomandazione n°11 - Gennaio 2010

- Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
- Feedback

*N.B. La Raccomandazione è stata sottoposta all'attenzione del Coordinamento delle Regioni e Province Autonome per la Sicurezza dei pazienti, per cui potrebbe subire delle modifiche.*

#### Raccomandazione n°10 - Settembre 2009

- Raccomandazione per la prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati
- Feedback

#### Raccomandazione n°9 - Aprile 2009

- Raccomandazione per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali
- Feedback

#### Raccomandazione n°8 - Novembre 2007

- Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari

#### Raccomandazione n°7 - Marzo 2008

- Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
- Feedback

#### Raccomandazione n°6 - Marzo 2008

- Raccomandazione per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto
- Integrazione alla Raccomandazione
- Feedback

#### Raccomandazione n°5 - Marzo 2008

- Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0
- Feedback

#### Raccomandazione n. 4 - Marzo 2008

- Raccomandazione per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale
- Feedback

#### Raccomandazione n. 3 - Marzo 2008

- Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura
- Allegato 1 - Le 5 fasi per garantire la corretta identificazione del paziente e del sito chirurgico e della procedura
- Allegato 2 - Checklist
- Feedback

#### Raccomandazione n. 2 - Marzo 2008

- Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico
- Feedback

#### Raccomandazione n. 1 - Marzo 2008

- Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio

IPASVI BS Corso Rischio Clinico -  
Dr.L.Maffei

7



## 4. PROCEDURA PER LA SEGNALAZIONE E TRASMISSIONE DEGLI EVENTI SENTINELLA

Ogni volta che si verifica un evento avverso, la Direzione aziendale, oltre a prendere in carico il paziente per attuare tutte le misure necessarie al fine di mitigare il danno e attivare i dovuti processi di comunicazione con pazienti e/o loro familiari in modo trasparente e completo, mette in atto le seguenti azioni, relativamente alla procedura di segnalazione dell'evento sentinella.

1. L'operatore sanitario (medico, infermiere od altro professionista coinvolto nell'evento avverso o che sia venuto a conoscenza dell'occorrenza di un evento avverso) comunica quanto accaduto al referente del rischio clinico (funzione/unità) o alla Direzione aziendale (sanitaria/generale), secondo le procedure individuate a livello regionale o aziendale.
2. Il referente per la gestione del rischio clinico, ove presente, o altro referente individuato dalla Direzione aziendale:
  - avvia immediatamente una indagine interna per stabilire se l'evento avverso soddisfa i criteri per essere definito evento sentinella;
  - se dall'indagine interna emerge che l'evento avverso è conseguente ad errore (attivo o latente) e che può aver provocato un danno secondo quanto indicato al punto 3.2, segnala l'evento sentinella utilizzando la scheda A del presente Protocollo;
  - raccoglie ed analizza tutte le informazioni necessarie al fine di comprendere i fattori e le cause che hanno contribuito e determinato il verificarsi dell'evento, seguendo le indicazioni contenute nella scheda B del presente Protocollo;
  - invia la scheda B per l'analisi delle cause e dei fattori contribuenti e il Piano d'azione entro 45 giorni solari.

IPASVI BS Corso Rischio Clinico -  
Dr.L.Maffei

8

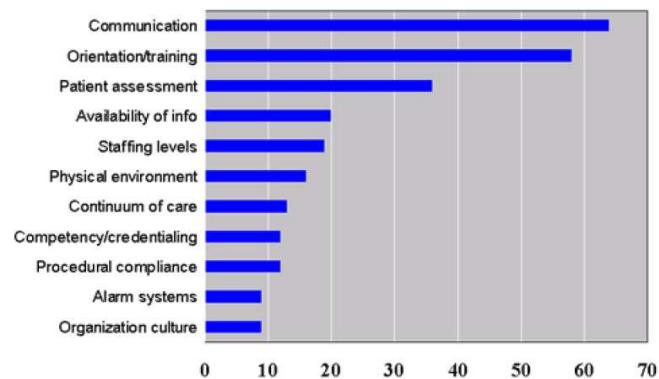


### Eventi sentinella registrati da Joint Commission (1996-2003)

- suicidi di ricoverati
- complicanze perioperatorie e post intervento
- eventi di intervento chirurgico in sito sbagliato
- eventi correlabili a errori di terapia
- morti correlabili a ritardi nel trattamento
- morti di pazienti in regime di costrizione
- errori di identificazione paziente
- violenze, stupri, omicidi, rapimenti
- eventi correlati a trasfusioni
- morti o danni perinatali
- morti in seguito a fughe
- incendi
- eventi correlati a rischio infettivo



### Cause più frequenti di eventi sentinella segnalati alla Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (1995-2002)





## La Root Cause Analysis

La Root Cause Analysis (RCA) è un processo che permette di identificare i fattori basilari o causali che determinano una variazione della performance. Questa variazione può produrre (e spesso produce) outcome avversi inattesi ed indesiderati, ivi compresa il manifestarsi di un evento avverso o di un evento sentinella.



## La RCA negli Stati Uniti

- Il Centro per la Sicurezza dei Pazienti dell'Associazione dei Veterani degli Stati Uniti (NCPS) ha lavorato a lungo per sviluppare la RCA come uno strumento concreto per l'identificazione sistematica dei problemi e l'analisi critica degli incidenti per produrre miglioramenti del sistema.
- Il NCPS ha inoltre divulgato i propri risultati permettendone una condivisione con l'intera comunità scientifica.
- JCHAO (Joint Commission Healthcare Accreditation Organization) considera la RCA uno strumento elettivo per l'analisi degli eventi sentinella.

3



## La RCA in Inghilterra

- L'Agenzia per la sicurezza dei Pazienti (NPSA) fu creata in Inghilterra per coordinare gli sforzi di tutti coloro che erano coinvolti nella assistenza sanitaria con la finalità di imparare dagli errori accaduti al fine di implementare la sicurezza del paziente nel NHS.
- La RCA è definita dalla NPSA come una revisione retrospettiva degli incidenti critici occorsi ai pazienti che ne hanno minato la sicurezza al fine di identificare cosa, come e perché e le dinamiche del loro accadimento.
- L'analisi è anche usata per identificare le aree per il cambiamento, le raccomandazioni e le soluzioni sostenibili per aiutare a minimizzare la possibilità che l'evento riaccada nel futuro. Il modello inglese è stato utilizzato dai canadesi per preparare il loro manuale.



## La RCA in Canada

- Il Canadian Council per l'accreditamento dei servizi sanitari (CCHSA) da anni ha dato rilievo alla sicurezza del paziente identificandola come una priorità per le organizzazioni e come standard di accreditamento; la RCA è fra i metodi di analisi suggeriti per gli eventi sentinella.



## La Root Cause Analysis

- strumento che ha per obiettivo il miglioramento della qualità della assistenza sanitaria;
- per aiutare gli operatori e le organizzazioni a conoscere tutte le cause e i fattori contribuenti che portano ad un evento avverso oppure ad un incidente critico;
- offre inoltre la possibilità di sviluppare efficaci raccomandazioni per l'implementazione di azioni per il miglioramento del sistema.





## Root cause analysis

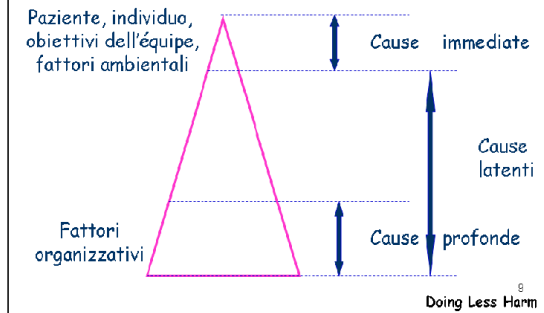
- L'analisi delle cause profonde è un processo per identificare i fattori di base o causali che si nascondono dietro il verificarsi di un evento avverso, anche grave (*evento sentinella*)
- Tuttavia, la maggior parte degli eventi avversi ha più di una sola root cause



- E' estremamente difficile che un errore sia favorito e determinato da un solo difetto e da un'unica e sola causa; spesso la coesistenza in quel dato momento di difetti latenti e la sovrapposizione di molteplici eventi diversi entrano in relazione tra loro favorendo in tal modo il verificarsi di un incidente.



### Cause immediate e cause profonde



### ROOT CAUSE ANALYSIS

La R.C.A. può essere proattiva e reattiva.

Più comunemente è utilizzata reattivamente per indagare la causa di un cattivo outcome o di un evento singolo (evento sentinella).

Quindi il processo è utilizzato per identificare le più ovvie opportunità di miglioramento che possano prevenire il riverificarsi degli eventi.

Il prodotto della R.C.A. è una pianificazione che identifica le strategie che l'organizzazione intende implementare per ridurre il rischio.



## **ROOT CAUSE ANALYSIS PRINCIPI**

- focalizzarsi sui sistemi e sui processi, non solo sulla performance individuale
- partire dalla causa prossima del processo amministrativo, tecnico e clinico fino alla causa profonda dei processi dell'organizzazione
- andare in profondità ponendosi tutte le eventualità possibili
- identificare i cambiamenti necessari per evitare il ripetersi dell'evento



## Root cause analysis

- Il risultato è un piano di azione che identifica le strategie da implementare, con le relative responsabilità, tempistica e gli indicatori per misurare l'efficacia degli interventi



## Tappe della Root Cause Analysis

1. Scegliere il gruppo
2. Definire il problema
3. Studiare il problema
4. Capire cos'è successo
5. Identificare i fattori favorenti di processo
6. Identificare altri fattori favorenti
7. Misurare-raccogliere e valutare i dati relativi alle cause prossimali e profonde
8. Progettare e implementare cambiamenti
9. Identificare quali sistemi sono coinvolti – le root cause
10. Snellire la lista delle root cause
11. Confermare le root cause e considerare le loro interconnessioni



12. Esplorare e identificare le strategie per la riduzione del rischio
13. Formulare le azioni di miglioramento
14. Valutare le azioni di miglioramento proposte
15. Progettare i miglioramenti
16. Assicurare la fattibilità del piano di azione
17. Implementare il piano di miglioramento
18. Sviluppare le misure di efficacia e assicurare il loro successo
19. Valutare l'implementazione degli sforzi di miglioramento
20. Ulteriori azioni
21. Comunicare i risultati



## La preparazione della RCA

### La pianificazione degli incontri

- Dopo aver identificato i componenti del gruppo si deve iniziare a pianificare l'attività con un calendario di incontri. Sono possibili due percorsi ugualmente efficaci: un unico incontro del gruppo di lavoro con una attività preparatoria preordinata oppure diversi incontri.



## Come Organizzare e Gestire una RCA

- **Fase preliminare** – Pianificazione organizzativa
- **1a riunione** – Avvio dell'attività del Gruppo di Lavoro
- **Fase intermedia** – Strutturazione delle informazioni raccolte e prima ricerca delle cause
- **2a riunione** – Definizione e condivisione delle cause e delle azioni correttive
- **3a riunione** – Chiusura e formalizzazione dell'analisi



### Fase preliminare

- individuare un **Facilitatore (F)** (esperto della RCA)
- individuare un **Team-Leader (TL)** (esperto nel "campo" dove si è verificato l'evento)
- il TL e F definiscono quali informazioni è necessario raccogliere, chi può farlo e come iniziare la **raccolta ed assemblaggio delle informazioni**
- il TL e F definiscono la **composizione del team**
- il TL e F definiscono la data e l'orario del primo incontro (circa 2 ore)
- il TL e F convocano il gruppo
- il TL e F nella convocazione richiedono ai componenti del gruppo che hanno informazioni sull'evento di portarle con sé, possibilmente in forma scritta o su supporto informatico



### 1a riunione (gestita in collaborazione da TL e F alla presenza del Gruppo di Lavoro)

Vengono illustrati i principi e scopi della RCA:

1. Iniziare a generare la sequenza degli eventi. La sequenza deve comprendere anche le azioni intraprese dopo l'evento. Si suggerisce di utilizzare un foglio della lavagna come "parcheggio" dove mettere le idee non pertinenti al momento ma utilizzabili in futuro. Se si riesce a fare già tutto sul computer (proiettato) sarà facilitato il lavoro successivo.
2. Continuare a dettagliare la sequenza finché tutti si ritengono soddisfatti (tempo necessario circa 1h)
3. Fare un break
4. Rileggere la sequenza ed evidenziare tutti i punti in cui c'è qualcosa che potrebbe aver influenzato l'evento (basta che sia indicato da una sola persona)
5. Effettuare un Brainstorming su tutto ciò che può aver contribuito (non causato!)
6. Usare la **barrier analysis** e/o altre tecniche per far emergere altre idee
7. Semplificare eliminare i duplicati raggruppare le affinità
8. Conclusione della prima riunione. Appuntamento alla successiva (di solito dopo 1 settimana)



### **Fase Intermedia (incontro tra TL e F)**

1. Definire il diagramma dei fattori contribuenti (D. Ishikawa o diagramma "causa-effetto")
2. Applicare la tecnica dell'"**asking why e how**" ad ogni punto
3. Identificare le aree dove mancano informazioni
4. Stabilire chi può raccogliere tali informazioni prima della prossima riunione



### **2a riunione (gestita in collaborazione da TL e F alla presenza del Gruppo di Lavoro):**

1. Illustrare il diagramma causa-effetto al Gruppo di Lavoro e discuterlo
2. Ripetere la tecnica dell' "**asking why?**"
3. Raggiungere un consenso sul diagramma
4. Per ciascun fattore verificare se è causale (ha contribuito) o meno
5. Per ciascun fattore verificare se è correggibile oppure no
6. Classificare le cause utilizzando la **check list**
7. Per ogni "causa radice" (root cause) identificare almeno un'azione correttiva
8. Creare la tabella delle azioni correttive (qualora il tempo non consentisse la definizione completa della tabella delle azioni correttive, il TL e il F provvederanno al suo completamento)
9. Concludere la seconda riunione e dare appuntamento per la terza (sempre 1 settimana dopo circa)



### **3a riunione (gestita in collaborazione da TL e F alla presenza del Gruppo di Lavoro):**

1. Presentare l'analisi completa al team: la sequenza degli eventi, il prospetto delle cause, la tabella della azioni correttive
2. Discutere i documenti ed eventualmente correggere ed aggiungere altri elementi di miglioramento, raccomandazioni, ecc.(magari prese dal "parking")
3. Definire una lista di distribuzione delle copie (non dimenticare chi ha segnalato l'evento)

Sembra troppo facile? A volte tre riunioni non sono sufficienti, comunque non ce ne vorranno più di quattro! Così garantisce il sito [www.rootcauseanalyst.com](http://www.rootcauseanalyst.com) da cui queste indicazioni sono prese (e leggermente modificate).



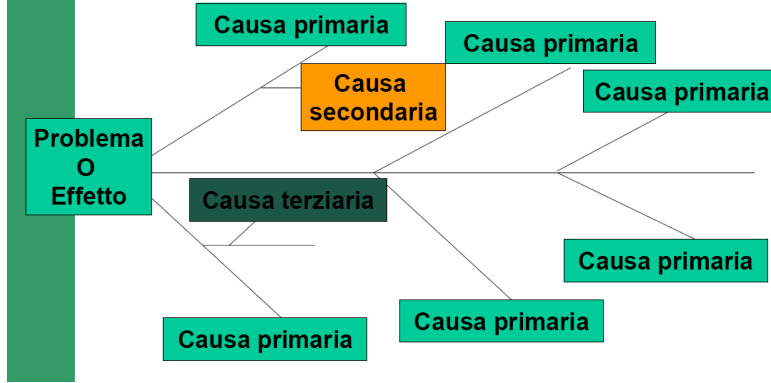
## **ROOT CAUSE ANALYSIS METODI**

- *Diagramma Causa – Effetto (Ishikawa)*
- *Sistema di e 5 perché*
- *Matrice JCI*





**ROOT CAUSE ANALYSIS**  
**METODI : diagramma Causa - effetto**



**Diagramma Ishikawa**





## **ROOT CAUSE ANALYSIS**

### **METODI : 5 perchè**

- Possono essere usati per incoraggiare l'analisi oltre la prima causa ovvia
- Definire il problema/situazione da analizzare
- Scrivere "perché?" 5 volte di seguito
- Stimolare il gruppo o dare le risposte alla sequenza di perché



## **ROOT CAUSE ANALYSIS**

### **METODI : 5 perchè**

- Continuare finché il gruppo è soddisfatto di aver trovato la causa alla base della situazione
- Trovare i 5 perché per ogni causa identificata
- Il piano d'azione risultante dovrebbe essere basato sulle cause profonde identificate



- D1 Perché il medico ha sbagliato?
- R1 Perché non ha prestato attenzione ad una parte importante del problema
  
- D2 Perché non ha prestato attenzione?
- R2 Perché era stanco
  
- D3 Perché era stanco?
- R3 Perché si stava occupando contemporaneamente di 2 pz. E non aveva molta esperienza



- D4 Perché è successo questo? Non poteva chieder aiuto? Era troppo inesperto per essere assegnato a questo lavoro?
- R4 Il medico di turno più anziano non gradisce essere disturbato di notte ed in effetti il medico coinvolto era troppo inesperto per il caso che doveva gestire
  
- D5 Esistono procedure che regolano il livello di training ed esperienza che i medici devono raggiungere prima di essere assegnati a determinati compiti?



## ROOT CAUSE ANALYSIS METODI : 5 perchè

- Enfasi nell'identificazione e risolvere i problemi e non nel criminalizzare i singoli operatori
- La ricerca aiuta a distinguere le cause apparenti dai fallimenti del sistema



## ROOT CAUSE ANALYSIS METODO: matrice JCI

### Che cosa è successo?

Livello di analisi		Domande	Risultati	Root Cause?	Chiedere perché?	Prendere iniziative?
Cosa è successo?	Evento sentinella	Cosa è successo? (Descrizione dei particolari dell'evento)				
		Quando è successo? (Data, giorno della settimana, ora)				
		Dove è avvenuto? (area/servizio coinvolto)				



## ROOT CAUSE ANALYSIS

### METODO: matrice JCI

#### Perché è successo?

Livello di analisi	Domande	Risultati	Root Cause?	Chiedere perché?	Prendere iniziative?
Perché è successo? Quali sono i fattori più prossimi?	Il processo o l'attività in cui si è verificato l'evento	Quali sono le fasi del processo? (diagramma di flusso)			
	Fattori umani	Quali fasi sono coinvolte o hanno contribuito all'evento? Quali fattori umani sono rilevanti nella determinazione dell'evento (esito)?			
	Fattori legati alla strumentazione	Come il funzionamento della strumentazione ha influenzato l'esito?			
	Fattori ambientali controllabili	Quali fattori includono direttamente sull'outcome?			
	Fattori esterni incontrollabili	Sono realmente al di fuori del controllo dell'organizzazione?			
	Altro	Esistono altri fattori che hanno influenzato direttamente l'outcome? Quali altre aree del servizio sono state coinvolte?			



## ROOT CAUSE ANALYSIS

### METODO: matrice JCI

#### Quali Sistemi E Processi sono alla base dei Fattori piu' direttamente collegati all'evento?

Livello di analisi	Domande	Risultati	Root Cause?	Chiedere perché?	Prendere iniziative?
Perché è successo? Quali sono i sistemi e processi che si celano dietro i fattori più prossimi?	Componente umana	Il personale sanitario è tecnico e adeguatamente qualificato e competente per quello che attiene alle proprie responsabilità? La dotazione attuale di personale quanto è vicina allo standard ideale?			
		Quali sono i piani per affrontare situazioni in cui si potrebbe verificare una riduzione del personale?			
		Come può essere migliorata la formazione e l'addestramento?			
		Quanto viene considerata la performance del personale nei processi operativi?			



## ROOT CAUSE ANALYSIS

### METODO: matrice JCI

Componente legata al management delle informazioni	Quanto è delegata la comunicazione tra il personale delle ambulanze controllate? Quali è il grado di disponibilità, accuratezza e completezza di tutte le informazioni quando si rendono necessarie?				
Componente legata al management dell'ambiente	Quanti le condizioni ambientali fisiche sono appropriate per i processi assistenziali che vi si svolgono? Quale sistema è in uso per identificare i rischi ambientali? Quali piani di emergenza sono stati identificati e testati?				
Componente di leadership	Quale è il grado culturale comune favorevole alla identificazione e riduzione del rischio?				
Comunicazione	Quali sono le barriere che si oppongono alla comunicazione dei potenziali fattori di rischio?				
Chiara comunicazione delle priorità	Con che forza viene comunicata la alta priorità della prevenzione degli eventi avversi?				
Fattori incontrollabili	Cosa può essere fatto per proteggersi dagli effetti di fattori non controllabili?				



## In conclusione (1)

- La RCA può aiutare le organizzazioni e le persone addette all'assistenza dei pazienti, con una analisi dettagliata degli incidenti significativi basata su un sistema che include l'identificazione dei fattori profondi e contribuenti, la determinazione delle strategie di riduzione del rischio, lo sviluppo di un piano di azione e sistemi di misurazione per valutare l'efficacia del piano.



## In conclusione (2)

- Gli sforzi di individuare e indirizzare le cause profonde o primarie degli incidenti critici condurrà a una grande comprensione dei pericoli nel sistema e infine a rendere più sicuro il sistema dell'assistenza sanitaria. Questa è la parte che permette di passare dalla cultura della colpa alla cultura della sicurezza.

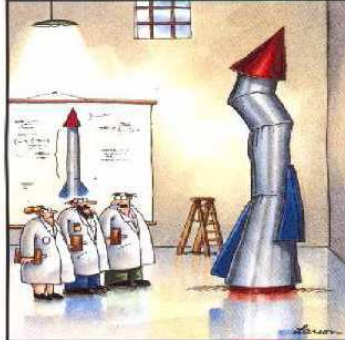


## *Riferimenti bibliografici*

- Ministero della Salute, Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio: manuale per la formazione degli operatori sanitari, FNOMCeO – IPASVI, Roma, 2008;
- Ministero della Salute, Metodi di analisi per la gestione del rischio clinico- Root Cause Analysis RCA Analisi delle cause profonde, Vol. I, Roma 2009;
- Agenzia Sanitaria Regionale Emilia Romagna, la Root Cause Analysis RCA per l'analisi del rischio nelle strutture sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 6, Dossier n° 130, Bologna, 2006.



Evitiamo di sbagliare acquisendo esperienza...



Credo sia il caso di affrontare la realtà...  
Non siamo esattamente degli scienziati

però l'unico modo di acquisire esperienza è quello di sbagliare e di imparare dagli errori...