



## Problema del venerdì Pericolo di situazioni di sovraccarico in prossimità del fine settimana



### Segnalazioni notificate al CIRRNET<sup>1</sup>

#### Caso 1

«Prima visita: il cliente è stato dimesso con una sonda, il nostro compito era somministrare farmaci e nutrienti tramite sonda. In occasione della presa di contatto con l'ospedale curante è stato comunicato che sarebbero stati forniti i medicinali per i primi 3 giorni perché la prima visita avrebbe avuto luogo il venerdì pomeriggio. Giovedì alle ore 19.00 è stata addirittura inviata via e-mail una lista dei medicinali. Alla prima visita [...] è stato poi constatato che A: la prescrizione per l'azienda di assistenza a domicilio (materiale, quantità di nutrienti) era stata inviata per e-mail solo poco prima dell'intervento e che era stato necessario improvvisare, e B: che i farmaci non erano stati forniti. [...] e dato che la cliente aveva medicinali speciali, non ho potuto procurarglieli in fretta. Alla fine ho potuto ordinare i medicinali il giorno successivo e la cliente non ha avuto medicinali per 24 ore (carenza di approvvigionamento). L'intera procedura era estremamente dispendiosa in termini di tempo. [...]»

#### Caso 2

«Dimissione dall'ospedale, la ricetta e l'elenco dei medicinali non corrispondono per diversi medicinali, nessun rapporto di dimissione del medico. Telefonata all'ospedale il giorno dopo la dimissione (sabato), risulta che la lista dei medicinali consegnata alla cliente non era aggiornata. Ricezione immediata della versione aggiornata, ma ancora nessun rapporto di dimissione.»

#### Caso 3

«Ingresso il venerdì mattina: diversi medicinali sono stati trasmessi in modo incompleto, il materiale per la medicazione e la stomia era carente o insufficiente, il materasso a pressione alternata era difettoso e non era stato preparato. Tutto il materiale è stato organizzato, ma ci sono state delle difficoltà perché alcuni servizi (ascensione/ponte) non erano presenti; è stato difficile organizzare il materiale speciale. A tal fine sono state necessarie diverse telefonate, il che ha richiesto molto tempo. Migliorare l'organizzazione generale tra servizi interdisciplinari. È necessario un ingresso impegnativo il venerdì???»

#### Caso 4

«Al ritrasferimento di un paziente in un reparto per casi acuti, i medicinali non sono stati consegnati per 3 giorni come concordato nei reparti di degenza. Ciò causa delle difficoltà soprattutto per i trasferimenti del venerdì, perché molti farmaci non sono disponibili.»

#### Caso 5

«Dimissione dall'ospedale: un cliente Spitex è stato dimesso durante il fine settimana senza comunicazione/informazione alla Spitex. Il cliente è gravemente malato (BPCO GOLD di grado 3 con ossigeno domiciliare, a seguito di consumo di eroina, cadute ricidivanti ecc.). Il cliente ha bisogno di assistenza per eseguire le terapie prescritte (medicamenti, inalazioni, calze di compressione, ecc.) e per la cura del corpo, ecc. [...]»

#### Caso 6

«Una paziente con ileostomia è stata trasferita [di venerdì] in una casa di riposo. Le sono state consegnate solo alcune sacche per ileostomia, niente istruzioni/ricette per il materiale necessario. La casa di riposo ha cercato di mettersi in contatto con la consulenza per ileostomia, ma senza successo perché era il giorno libero. Ho contattato la casa di riposo perché ho visto che la paziente non era più ricoverata. Il direttore mi ha detto che erano sopraffatti dalla situazione; era riuscito ad avere una prescrizione per il materiale per l'ileostomia dal medico di famiglia e per il momento fu in grado di procurare il materiale in farmacia.»

#### Caso 7

«La cliente è stata dimessa dall'ospedale venerdì, le sono stati forniti medicinali solo fino a sabato. Chiamata per richiedere la prescrizione. La risposta è stata che doveva occuparsene il medico di famiglia. Diversi farmaci non sono disponibili, tra cui l'ossicodone. Alla richiesta di riospedalizzazione non venne dato seguito con l'argomentazione che da loro il caso era già stato chiuso.»

<sup>1</sup> Testi tradotti dal tedesco e parzialmente modificati editorialmente per una migliore comprensione.



Ospedale per cure generali



Clinica di riabilitazione



Clinica psichiatrica



Clinica specializzata



Farmacia



Studio medico



Ambulatorio terapeutico



Cure di lunga durata



Cure a domicilio



Servizio di soccorso



Ostetricia



## L'essenziale in breve

### Che rilevanza ha il problema?

In molti ambiti del settore sanitario si registra un notevole sovraccarico di lavoro di venerdì. Si verificano costantemente situazioni di sovraccarico che possono mettere a repentaglio la sicurezza delle e dei pazienti. A questo proposito, poco prima del fine settimana si delineano due punti chiave:

- aumento dei trasferimenti tra i settori di cura
- preparazione allo *shutdown del fine settimana*

Sebbene questa situazione sia sufficientemente nota al personale, l'effettiva entità del sovraccarico supplementare non è stata ancora misurata e solo di rado sono state adottate misure organizzative adeguate in proposito.

### Che cosa si può fare?

Poiché, alla fine della settimana lavorativa, le cause della maggior parte del sovraccarico possono essere evitate solo in minima parte, occorrono misure per gestire meglio l'aumento del carico di lavoro:

- rilevamento oggettivo del sovraccarico di venerdì
- adeguamenti organizzativi per far fronte al maggiore carico di lavoro
- ottimizzazione delle interfacce tra i diversi settori di cura



## Commento da parte degli esperti

Anche se quasi tutti i settori sanitari e delle cure sono fondamentalmente progettati per funzionare 24 ore su 24, 7 giorni su 7, il ritmo settimanale tipico ha un impatto che non può essere sottovalutato. Particolarmente importanti sono i giorni che precedono il fine settimana e i giorni festivi, in cui il lavoro è ancora pianificato secondo la routine quotidiana settimanale ma i singoli processi e i comportamenti individuali sono già influenzati, sotto molti aspetti, dai giorni successivi e dalle peculiarità che ne derivano. In molti settori, una combinazione di fattori esterni e interni porta a un incremento della concentrazione del lavoro, che aumenta notevolmente in vista del venerdì. Di conseguenza, si verificano continuamente situazioni di sovraccarico in cui, come tutti sanno, aumenta notevolmente la probabilità di commettere errori, omissioni, perdere informazioni o scostarsi dalle consuete procedure rilevanti per la sicurezza, con conseguenti rischi per la sicurezza delle e dei pazienti.

### Fattore esterno: trasferimenti tra settori di cura

In prossimità del fine settimana e dei giorni festivi, molte e molti pazienti<sup>2</sup> vengono trasferiti ad altri settori di cura. Il conseguente trasferimento di responsabilità e mansioni sgrava molti settori, ma comporta un notevole aumento del carico di lavoro per altri. Soprattutto i trasferimenti organizzati all'ultimo minuto sono spesso associati a una trasmissione non chiara, incompleta o errata di informazioni e ad altri problemi [1,2]. Il trasferimento ad altri settori di cura senza una preparazione adeguata comporta un elevato sovraccarico di lavoro per chiedere lumi, procurare informazioni,

materiali e medicinali. Ciò non solo rappresenta una seccatura nella vita lavorativa, ma riduce anche il tempo a disposizione per l'assistenza vera e propria. I trattamenti ritardati, interrotti, incompleti o sbagliati mettono inoltre a repentaglio il successo del trattamento e la sicurezza della o del paziente.

Nel fine settimana di solito si registra un aumento del numero di dimissioni ospedaliere e di ritrasferimenti dai centri alle strutture vicine al luogo di domicilio. Ad esempio, il venerdì le organizzazioni Spitex prendono in carico fino al 20% di pazienti in più rispetto agli altri giorni della settimana lavorativa [3]. La concentrazione di lavoro che ne consegue in ambito ambulatoriale è legata a una maggiore necessità di coordinamento tra le diverse persone e istituzioni responsabili delle cure successive (fig. 1). In tale contesto, procurarsi le informazioni, i medicinali necessari o altri materiali (fasciature, articoli per l'incontinenza, ecc.) è particolarmente dispendioso in termini di tempo. La reperibilità spesso ridotta il venerdì e poi in parte del tutto assente durante il fine settimana aggrava ulteriormente la situazione; di conseguenza, spesso i problemi possono essere risolti solo nel corso della settimana successiva. Insieme ad altri fattori, le dimissioni dall'ospedale prima del fine settimana possono avere forti ripercussioni sul tasso di riospedalizzazione e di mortalità [4-7].

Contemporaneamente, molte e molti pazienti del settore ambulatoriale per i quali si teme un peggioramento durante il fine settimana vengono dalle strutture di cure di lunga durata e di ri-

2 Per agevolare la lettura, in questo Quick-Alert il termine *pazienti* è utilizzato anche per utenti Spitex e ospiti di istituti di riabilitazione o per cure di lunga durata.

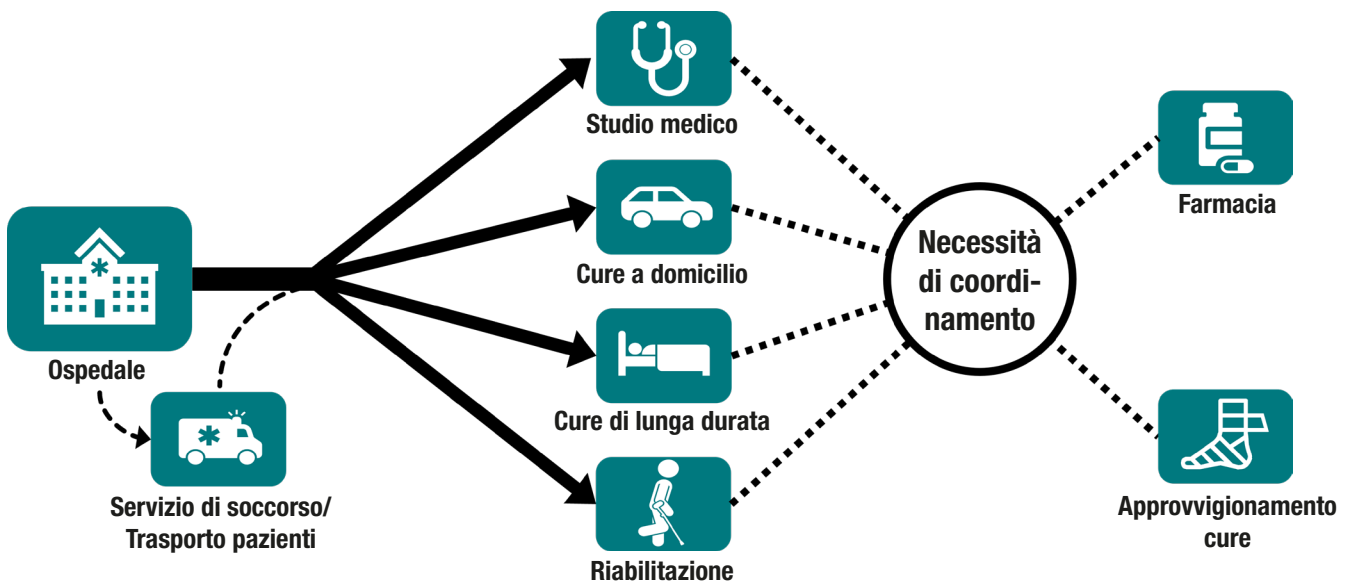


Fig. 1: le dimissioni ospedaliere sono perlopiù legate a un'elevata necessità di coordinamento tra le diverse persone e istituzioni responsabili delle cure successive.

abilitazione trasferiti per precauzione in ospedale (fig. 2). Si presume che in primo piano vi siano riflessioni critiche sulle possibilità di poter intervenire tempestivamente nei giorni successivi. Nonostante il loro carattere profilattico, le decisioni in merito vengono prese per lo più all'ultimo minuto e senza una preparazione preventiva. Gli interventi primari di livello 2 del servizio di soccorso (*Intervento immediato per un paziente stabile con rischio medio-basso di peggioramento*) possono essere considerati, tra gli altri, indicatori di tale tendenza. In diversi ambiti di

intervento, il venerdì tali interventi registrano costantemente un aumento fino al 7% rispetto agli altri giorni della settimana [8,9]. L'aumento del carico di lavoro nei centri di pronto soccorso e in altri reparti dedicati alle cure successive non è allora dovuto soltanto alle misure mediche e amministrative già necessarie, ma anche alla faticosa raccolta di informazioni in condizioni difficili, spesso necessaria soprattutto in caso di ricoveri ospedalieri spontanei [10].

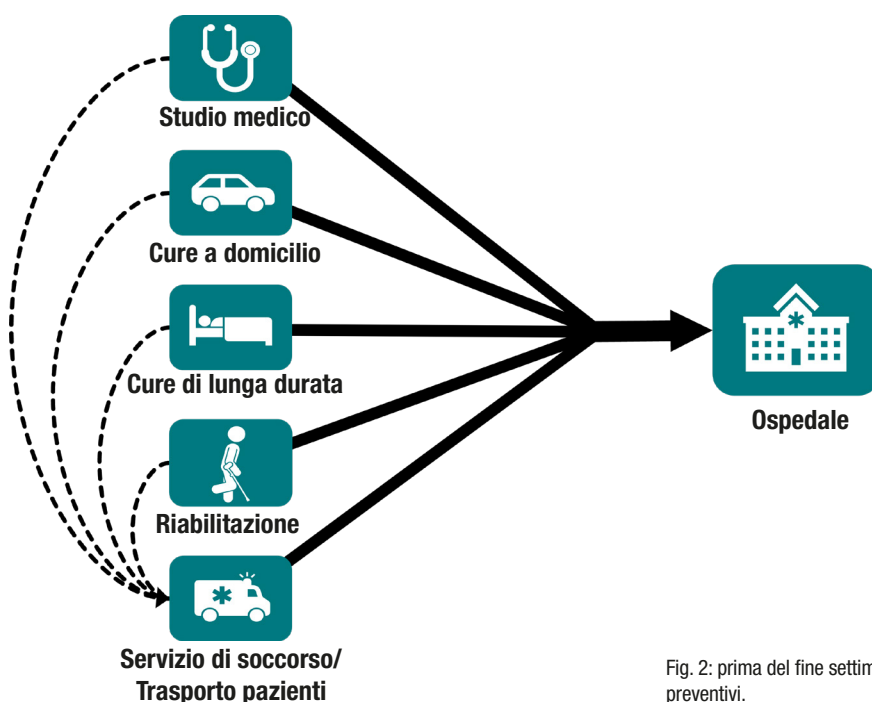


Fig. 2: prima del fine settimana aumenta la tendenza ai ricoveri ospedalieri preventivi.

## Nota

Il sovraccarico del venerdì non risulta solo dalle numerose segnalazioni CIRS, ma viene ripetutamente sottolineato dal personale di tutti i settori assistenziali in occasione di eventi CIRNET, Incident Talk, corsi ERA nonché altri canali di scambio. Tuttavia, al momento non esistono ancora rilevamenti generali in merito a questo argomento. Pertanto, diverse organizzazioni sono state contattate con la richiesta di fornire i relativi dati. A causa della diversa struttura delle indagini locali e della riluttanza di molte organizzazioni a mettere a disposizione dati interni, non è stato possibile ricavare valutazioni statisticamente valide. Ciononostante, la maggior parte delle affermazioni del personale dei diversi settori è stata confermata. L'analisi ha evidenziato però anche forti oscillazioni regionali, tanto che in alcune regioni il *problema del venerdì* sembra avere poca importanza. Le cifre indicate non sono pertanto rappresentative né attendibili dal punto di vista statistico. Tuttavia, sono sufficientemente chiare per poter essere utilizzate come punto di riferimento.

## Fattore interno: preparazione allo shutdown del fine settimana

Nonostante l'effettiva operatività 24 ore su 24, 7 giorni su 7, anche nel settore sanitario il livello generale di attività cala notevolmente nel fine settimana e nei giorni festivi. L'obiettivo principale è quindi quello di affrontare tempestivamente le sfide emergenti, mentre lo svolgimento delle misure di routine viene limitato al minimo necessario. In questo modo si tiene conto non solo del numero ridotto di personale, ma anche della sua mutata composizione. In molte categorie professionali gli specialisti lavorano tendenzialmente nei giorni feriali, e allo stesso tempo nel fine settimana molti medici consulenti, accreditati e di famiglia sono disponibili solo in misura limitata. Le conseguenze di tale riduzione quantitativa e qualitativa delle capacità (*shutdown del fine settimana*) sono ben documentate sia a livello nazionale che internazionale [11–16]. In tale contesto, la ricerca fa riferimento soprattutto alle cure stazionarie. Si può tuttavia supporre che la situazione sia simile nel settore ambulatoriale e in quello delle cure di lunga durata.

La consapevolezza della situazione durante il fine settimana favorisce – consapevolmente, ma in parte anche inconsapevolmente – la tendenza a sbrigare in anticipo il maggior numero possibile di compiti. Tra le altre cose, l'obiettivo è sgravare il più possibile il lavoro del personale di turno il sabato, la domenica e nei giorni festivi. Spesso vengono quindi svolte procedure che in seguito possono essere erogate solo in misura limitata o addirittura non del tutto. In questo modo si tiene conto non solo

della generale riduzione di personale, ma anche della limitata disponibilità di specialisti. Ciò si evince, ad esempio, dall'aumento del numero di interventi di revisione non elettivi che vengono eseguiti negli ospedali. Rispetto ad altri giorni della settimana, in alcuni istituti il venerdì si registrano aumenti che possono superare il 100% e che comportano un notevole sovraccarico in ambito chirurgico [17, 18]. Ma anche il fatto che la maggior parte delle nascite avvenga immediatamente prima del fine settimana ne è una prova [19]. Dal momento che si presume un'influenza umana sotto forma di induzione e taglio cesareo, anche in questo caso si rileva la tendenza a sbrigare le incombenze prima dell'inizio del fine settimana.

In molte organizzazioni questa prassi è legata a una concentrazione sempre maggiore di prestazioni. In quale misura l'entità dei possibili rischi sia correlata con la sicurezza delle e dei pazienti dipende da molti fattori [20–23]. In questo contesto gioca un ruolo anche la qualità dell'assistenza durante il fine settimana immediatamente successivo. In particolare, quando il personale è limitato, l'assistenza non è pienamente garantita e le possibilità di monitoraggio o di intervento sono ridotte, molti problemi possono insorgere solo dopo un certo ritardo. Pertanto, spesso non è possibile quantificare la frequenza e le conseguenze di eventi critici o gravi in relazione diretta con i fattori scatenanti. In linea di massima, tuttavia, in caso di carico di lavoro significativamente maggiore si può prevedere anche un aumento del tasso di complicazioni e di errori [24–27].



## Raccomandazioni

### Rilevamento della situazione

Per quanto riguarda l'effettiva importanza del citato sovraccarico descritto il venerdì, si possono ipotizzare differenze regionali e settoriali molto marcate. È quindi importante che le singole organizzazioni si rendano conto in primo luogo della portata dei problemi in loco. A tale proposito, i primi punti di riferimento possono essere forniti, ad esempio, dai dati sulle prestazioni aziendali. Tali dati vengono in ogni caso rilevati e di solito consentono di analizzare senza problemi la ripartizione del lavoro sui diversi giorni. Tuttavia, la validità delle cifre risultanti è limitata, poiché spesso rappresentano solo in parte la realtà. Anche gli aumenti che appaiono relativamente modesti possono comportare nella pratica un sovraccarico sproporzionato. Per questo motivo, ad esempio, una valutazione mirata degli straordinari supplementari prestati il venerdì e di altri indicatori può essere utile per valutare meglio l'effettivo carico di lavoro. Nell'ottica di un approccio sistematico, si dovrebbe cercare di comprendere non solo gli impatti misurabili, ma anche le interazioni sottostanti. In ambito stazionario, ad esempio, sarebbe opportuno confrontare i dati disponibili sulla riospedalizzazione con i giorni di dimissione. Ciò consentirebbe di individuare eventuali nessi tra le dimissioni ospedaliere prima del fine settimana e i nuovi ricoveri non pianificati. Analisi analoghe sarebbero possibili anche nell'ambito dell'assistenza medica e infermieristica ambulatoriale, per la cura di lunga durata o gli istituti di riabilitazione. Anche in questo caso, un confronto tra i giorni della settimana del ricovero e i nuovi ricoveri in ospedale potrebbe fornire indicazioni importanti. L'ideale sarebbe utilizzare tali informazioni come base per uno scambio coordinato tra i diversi settori di cura, al fine di valutare congiuntamente le conoscenze acquisite.

A prescindere dal significato della gestione dei numeri, è comunque importante non limitarsi a considerare i dati in modo isolato, ma analizzare la situazione in modo più approfondito quando emergono indizi di un problema esistente. La combinazione di valutazioni quantitative e qualitative consente non solo di valutare con maggiore precisione la situazione, bensì anche di elaborare soluzioni più mirate (fig. 3). A tal fine è indispensabile prendere in considerazione anche le conoscenze dei diretti interessati. Tra questi rientra innanzitutto il personale, che di solito è in grado di descrivere dettagliatamente la situazione e di fornire anche informazioni preziose sulle cause sottostanti e sulle conseguenze che ne derivano. A questo proposito non si devono tralasciare le informazioni messe a disposizione dalle e dai pazienti e dai loro familiari. Dato che loro percepiscono le cure e l'assistenza nell'intero periodo anche oltre i confini settoriali, le osservazioni fatte da loro sui problemi di interfaccia che emergono possono rivelarsi molto utili. Gran parte dei riscontri corrispondenti è già disponibile nella maggior parte delle organizzazioni grazie alla gestione generale dei feedback. Con una valutazione mirata e un ragionevole onere supplementare è quindi relativamente facile utilizzare questa fonte di informazioni molto importante.

Inoltre, è utile analizzare le segnalazioni CIRS interne in relazione a questa problematica. Nella maggior parte dei sistemi, anche senza indicazione esplicita è possibile risalire al giorno della settimana in base alla data della segnalazione e ricavare così le tipiche costellazioni di errori e problemi. Per ottenere una valutazione il più possibile completa, è utile riassumere le singole segnalazioni e valutarle come campo tematico da elaborare nel suo complesso.

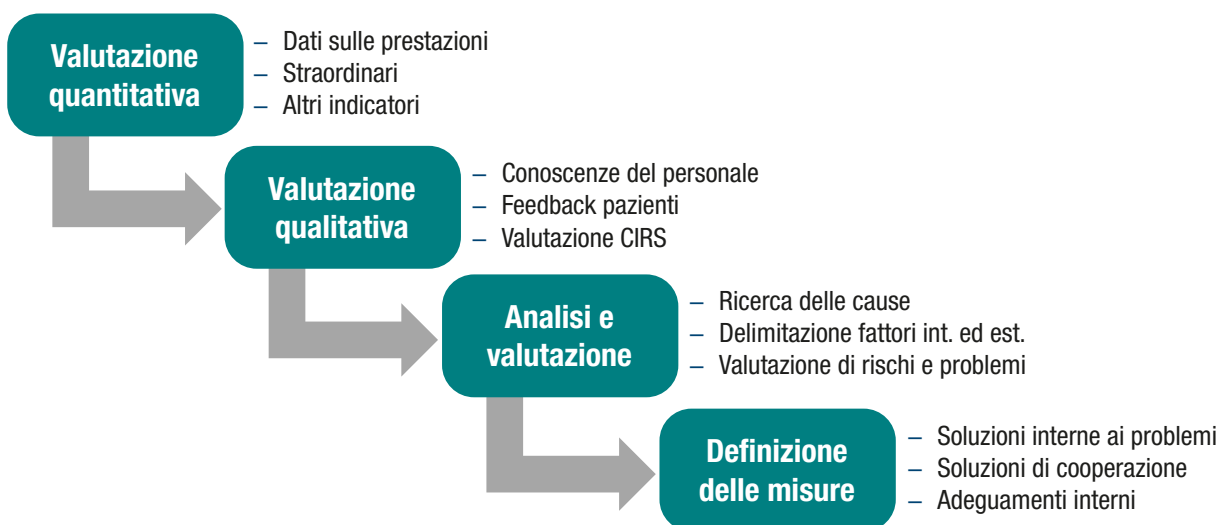


Fig. 3: la combinazione di valutazioni quantitative e qualitative può servire da base per la valutazione obiettiva del *problema del venerdì*.

## Trasferimenti tra settori di cura

In teoria, riducendo i trasferimenti tra i diversi settori di cura si potrebbe migliorare la situazione del venerdì. Tuttavia, da un punto di vista oggettivo, è evidente che molti di questi trasferimenti non possono essere evitati. In parte sono legati anche alle aspettative di pazienti e familiari, i quali desiderano ad es. la dimissione dall'ospedale in vista del fine settimana. Di conseguenza, gli approcci risolutivi finalizzati a circostanze difficilmente modificabili avrebbero scarse prospettive di successo. Pertanto, è molto più sensato lavorare per migliorare la qualità dei trasferimenti tra i diversi settori di cura. L'esperienza dimostra che, sebbene non sia facile ottimizzare in modo duraturo le interfacce tra diverse organizzazioni e settori, vi sono comunque possibilità realistiche di ottenere miglioramenti efficaci. Naturalmente, il benessere della o del paziente deve essere in primo piano e costituire la motivazione di base per queste attività. Tuttavia, è anche nell'interesse organizzativo ed economico di tutte le istituzioni rendere più sicuri i trasferimenti tra i diversi settori. La prevenzione delle riospedalizzazioni non pianificate va intesa come un aspetto parziale di questa tematica e sottolinea a titolo esemplificativo l'importanza della cooperazione intersettoriale. Il loro numero non può essere collegato in modo generico o diretto

a singoli fattori d'influenza (ad esempio, degenza ridotta) [28-31]. Tuttavia, è evidente che la qualità della pianificazione della dimissione e della trasmissione delle informazioni necessarie a tal fine abbia forti ripercussioni sull'assistenza post-ospedaliera. In particolare, malattie gravi e incongruenze nella prosecuzione della terapia farmacologica aumentano il rischio di nuovi ricoveri ospedalieri [32-35]. Viceversa, un sovraccarico nell'assistenza medica e infermieristica ambulatoriale, nella cura di lunga durata o nelle strutture di riabilitazione può compromettere la qualità delle cure ivi prestate. Ciò può rendere necessario un maggior numero di ricoveri ospedalieri e comportare quindi un aumento del carico di lavoro nel settore stazionario [36-39]. Una possibile conseguenza è la tendenza a dimissioni anticipate che a loro volta gravano nuovamente sull'ambito non stazionario (fig. 4). Tale *effetto della porta girevole* non è limitato a determinati giorni della settimana, ma in prossimità del fine settimana può avere conseguenze particolarmente gravi poiché nei giorni successivi la capacità di affrontare i problemi è notevolmente limitata in tutti i settori interessati. Le carenze nelle interfacce intersettoriali hanno quindi ripercussioni particolarmente marcate il venerdì.

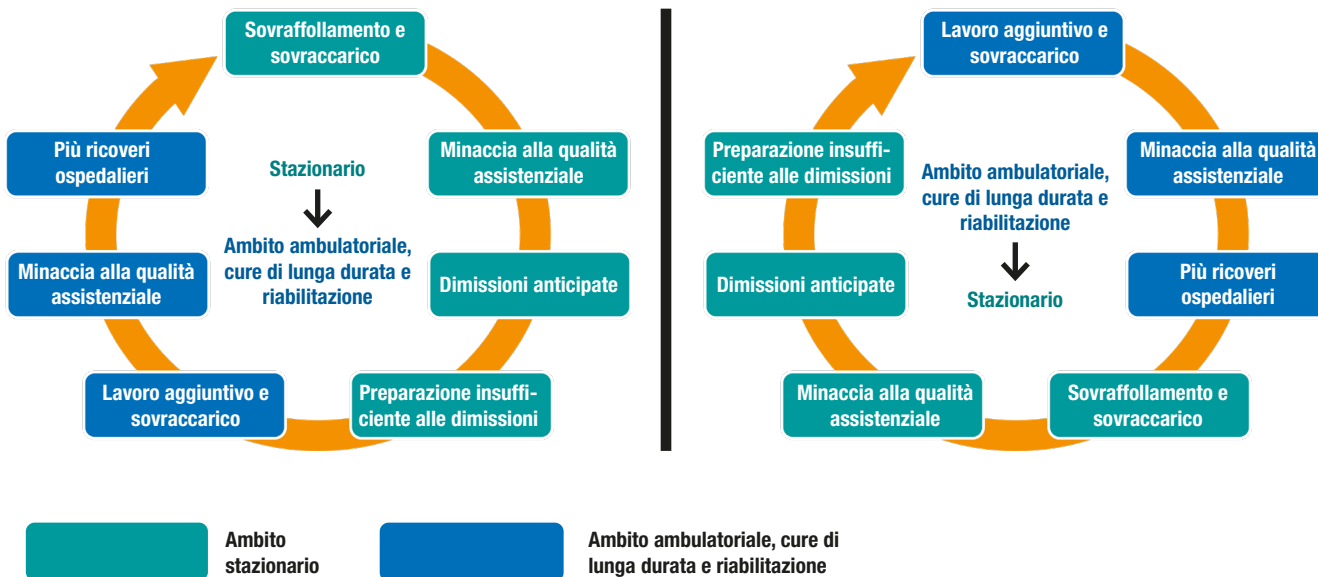


Fig. 4: le situazioni di sovraccarico possono causare il cosiddetto *effetto della porta girevole* in tutti i settori di cura.

La ricerca di soluzioni comuni e l'accettazione dei sovraccarichi o dei nuovi regolamenti spesso correlati dipendono in gran parte dalla conoscenza dei problemi emergenti e dalla consapevolezza del fabbisogno di intervento. Ciò presuppone, a sua volta, la conoscenza del punto di vista di altri settori e organizzazioni. Tuttavia, poiché nel settore sanitario sono presenti solo pochi cicli di feedback o canali di scambio ben definiti, questa importante comunicazione avviene per lo più in modo piuttosto sporadico. In particolare, le persone responsabili della sicurezza

spesso conoscono i rischi emergenti solo sulla base di singole descrizioni dei casi e non possono quindi essere pienamente consapevoli delle conseguenze che ne derivano [40,41]. Tali carenze informative possono essere colmate, tra l'altro, attraverso incontri intersettoriali periodici tra le diverse organizzazioni a livello locale/regionale [42,43]. Tuttavia, tali incontri continuano a essere inutili se non fungono da base per l'adozione di misure concrete. Ciò vale in particolare per le problematiche tipicamente trattate in tali occasioni. Oltre alle carenze relative alla

trasmissione di informazioni in caso di trasferimento di pazienti, tali problematiche comprendono anche le interruzioni terapeutiche che si verificano quando, dopo un trasferimento, non sono disponibili medicinali o importanti mezzi ausiliari. Proprio nell'ambito di queste tematiche esiste una forte correlazione tra i giorni della settimana in cui si verificano e gli effetti che ne conseguono. Dato che spesso non è possibile risolvere questi problemi il giorno stesso e, a causa della riduzione del personale e/o della reperibilità, neppure nel fine settimana, queste lacune nelle interfacce hanno ripercussioni particolarmente gravi il venerdì. Per evitare tali impasse, negli incontri intersettoriali occorre puntare a concludere accordi quadro istituzionali che disciplinino il trasferimento di medicinali, materiali di medicazione, articoli per l'incontinenza e di altri materiali importanti. In questo modo sarebbe possibile ridurre le interruzioni delle terapie farmacologiche e delle medicazioni, soprattutto nei fine settimana, garantendo così una maggiore continuità del trattamento.

Allo stesso tempo, tali incontri rappresentano un'occasione per definire obiettivi comuni al fine di ridurre le interazioni negative tra i diversi settori. L'ottimizzazione dei trasferimenti in altri settori di cura non solo ottimizza i processi lavorativi, ma migliora anche la continuità assistenziale. Da un punto di vista sistemico si evince che la riduzione delle complicazioni e di altri eventi avversi in altri settori di cura alla fine sgrava anche il proprio settore. Il carico di lavoro può essere notevolmente ridotto anche solo diminuendo il sovraccarico che sarebbe altrimenti necessario per gestire le domande o cercare e consegnare i documenti. In particolare, però, la prevenzione dell'*effetto della porta girevole* contribuisce efficacemente a prevenire un sovraccarico dell'intero sistema [44-46]. In questo contesto, tuttavia, occorre tenere presente che i processi legati al trasferimento ad altri settori sono solitamente già definiti e regolamentati. La sfida consiste quindi in primo luogo nel garantire la sicurezza e l'affidabilità anche dei trasferimenti stabiliti all'ultimo minuto, per i quali occorre attuare le necessarie misure organizzative in tempi stretti. Come è noto, in parte è possibile facilitare il rispetto delle procedure prestabilite occupandosi tempestivamente della pianificazione del trasferimento. Tuttavia, occorre ricordarsi che, in caso di necessità, i documenti o i materiali preparati in modo proattivo devono essere aggiornati, tenendo conto degli adeguamenti terapeutici intervenuti nel frattempo. Anche se i sistemi di informazione utilizzati clinicamente nei diversi settori forniscono già un supporto in tal senso, in molti casi vi è ancora margine di miglioramento. Gli adeguamenti software utili che possono contribuire a una gestione del trasferimento strutturata e completa dovrebbero pertanto essere considerati altamente prioritari. Poiché tali misure di miglioramento vengono spesso valutate soprattutto in termini di costi, può essere utile non solo illustrare i miglioramenti perseguibili in termini di qualità e di efficienza, ma anche calcolare le spese in relazione ai costi IT complessivi [47]. Inoltre, l'integrazione di applicazioni utili, come collegamenti diretti al sistema di registrazione per le organizzazioni Spitex (OPAN) o funzioni di supporto simili, può contribuire a ridurre i sovraccarichi evitabili e al contempo a migliorare l'affidabilità dei processi.

Alla luce delle degenze ospedaliere sempre più brevi e del crescente trasferimento dei trattamenti complessi al settore ambulatoriale o riabilitativo, a medio e lungo termine è inevitabile una più stretta interconnessione tra i diversi settori. Ciò richiede, tra l'altro, un migliore scambio di informazioni e di dati, che può essere garantito solo attraverso interfacce funzionanti o sistemi di informazione clinica condivisi. Allo stesso tempo, sarà necessario soddisfare anche a livello organizzativo le crescenti esigenze legate all'assistenza da fornire. Nuovi approcci mirati alla semplificazione dei trasferimenti tra i diversi settori mediante il coinvolgimento di tutti i partner coinvolti nel trattamento possono contribuire a colmare le lacune esistenti [48-50]. Si prevedono effetti positivi in particolare per quanto riguarda la prevenzione di pericolose interruzioni e ritardi delle terapie nell'ambito dei trasferimenti effettuati in prossimità del fine settimana.

### Adeguamenti interni ai sovraccarichi

Nonostante tutti gli sforzi compiuti, in parte le cause degli *effetti del venerdì* descritti non possono essere influenzate o solo difficilmente. Di conseguenza, per tutte le organizzazioni è importante individuare i sovraccarichi che ne derivano, pianificarli e trovare il modo di garantire la sicurezza delle e dei pazienti. In tale contesto si dovrebbe tener conto anche dell'impatto generale che il ritmo settimanale ha sulle persone. Nel corso di una settimana lavorativa il carico di lavoro del personale si accumula, aumentando il bisogno di riposo. Di conseguenza, occorre mettere in conto un maggiore affaticamento cognitivo e mentale, con il conseguente aumento degli errori di attenzione e delle piccole sviste il venerdì, in particolare nelle ore pomeridiane [51-53]. A causa delle diverse condizioni quadro, queste conoscenze acquisite dal mondo del lavoro generale non possono essere rapportate appieno al sistema sanitario, ma sono importanti anche in questo contesto. Nonostante l'ampia suddivisione in servizi su turni e servizi di picchetto per garantire il funzionamento 24 ore su 24, 7 giorni su 7, la maggior parte delle prestazioni viene erogata nell'orario abituale dal lunedì al venerdì. Di conseguenza, gli effetti negativi che si manifestano verso la fine di una settimana lavorativa non dovrebbero essere ignorati con leggerezza. In alcuni settori si sta cercando in modo mirato di far fronte al calo delle prestazioni lavorative e alla maggiore probabilità di errori poco prima del fine settimana riducendo gli incarichi importanti o le riunioni [54,55]. Nel settore sanitario non solo è difficile sgravare il personale con tali strategie, ma si registra addirittura una maggiore densità di prestazioni. È quindi necessario trovare altri approcci per contrastare la pericolosa combinazione di calo delle prestazioni e aumento del carico di lavoro.

Sebbene un'elevata percentuale dei sovraccarichi nel venerdì sia dovuta a cause difficilmente prevedibili o imprevedibili, il fatto che in molti settori si verificano non solo sporadicamente, ma addirittura regolarmente, permette di rilevare scostamenti medi rispetto ad altri giorni. Se dalla valutazione quantitativa e qualitativa (v. sopra) emergono situazioni di sovraccarico ricorrenti, è necessario analizzare i rischi correlati. In presenza di un rischio accertato per la sicurezza delle e dei pazienti, è responsabilità

del rispettivo livello dirigenziale competente reagire di conseguenza. Poiché i fattori a monte sono per lo più al di fuori della sfera d'influenza, di solito rimane solo la possibilità di adeguare le condizioni quadro. L'obiettivo deve essere quello di trovare un equilibrio tra il personale disponibile e il carico di lavoro effettivo. Ciò può essere ottenuto riducendo il carico di lavoro di routine o aumentando il personale (fig. 5). Se, ad esempio, un reparto chirurgico è costantemente sovraccarico a causa di interventi di revisione in prossimità del fine settimana, è opportuno adeguare di conseguenza il programma degli interventi di routine per garantire un'assistenza sicura e adeguata alle esigenze con le capacità disponibili. Spesso, tuttavia, la riduzione delle prestazioni normalmente erogate comporterebbe anche una riduzione della qualità dell'assistenza e pertanto non sarebbe sostenibile. In questi casi può essere necessario far fronte all'incremento del

carico di lavoro aumentando il personale. Ad esempio, diverse organizzazioni Spitex hanno già adeguato la propria pianificazione per poter gestire in sicurezza l'elevato numero di dimissioni ospedaliere del venerdì (in parte con breve preavviso e/o preparazione insufficiente) e lo sforzo aggiuntivo che ne consegue con più personale.

Tali misure possono essere utili per tenere sotto controllo gli sforzi aggiuntivi, evitando così di sovraccaricare il personale e di mettere a rischio la sicurezza delle e dei pazienti. A medio o lungo termine, tuttavia, l'obiettivo dovrebbe essere quello di ripartire le mansioni tra i giorni della settimana nel modo più equo possibile ed evitare i picchi di attività. Ciò influirebbe in maniera positiva anche sull'assistenza nei fine settimana.

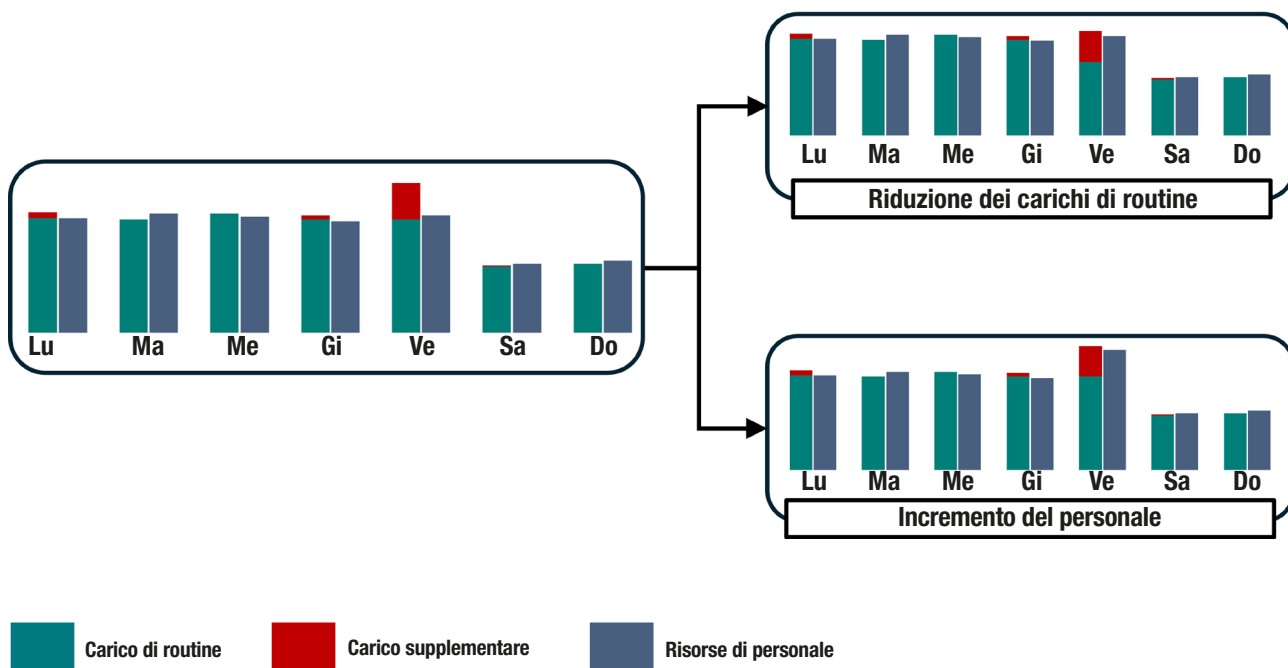


Fig. 5: l'equilibrio tra il personale disponibile e il carico di lavoro effettivo può essere raggiunto riducendo il carico di lavoro di routine o aumentando il personale.

## Autrici/tori ed esperte/i coinvolti

- Helmut Paula, EMBA HSM, Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera (fino a luglio 2026)
- Carmen Kerker, MScN, Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera
- Claudia Kühn, MAS, Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera

## Il presente Quick-Alert<sup>®</sup> è stato approvato dai seguenti gruppi/associazioni specialistiche:

- Comitato CIRNET



## Contatto

### Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera

Nordstrasse 31  
CH-8006 Zurigo  
T +41 43 244 14 80  
[cirnet@patientensicherheit.ch](mailto:cirnet@patientensicherheit.ch)  
[patientensicherheit.ch/it/quick-alerts-it](http://patientensicherheit.ch/it/quick-alerts-it)

## Indicazione

Questa problematica ha una rilevanza interregionale. Verificate la sua incidenza nel vostro istituto e, coinvolgendo le funzioni aziendali preposte, fate in modo che la problematica sia comunicata in modo mirato e se necessario esteso.

Le presenti raccomandazioni si prefiggono di sensibilizzare e sostenere le organizzazioni sanitarie e i professionisti che lavorano in ambito sanitario nell'attività di definizione di linee guida interne. È compito dei fornitori di prestazioni verificare le raccomandazioni in rapporto al contesto locale e decidere se le stesse debbano essere adottate in modo obbligatorio, modificate o cestinate. Un loro allestimento ed utilizzo specifico in relazione agli obblighi di accuratezza vigenti (basati sulle circostanze professionali, aziendali, giuridiche o individuali locali) è esclusivamente sotto la responsabilità del fornitore di prestazioni competente.

## Bibliografia

- 1 Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera (CIRNET). Risiken beim Wechsel von Patient:innen in andere Versorgungssektoren (Übertritte). Valutazione del mese delle segnalazioni CIRNET 2023.
- 2 Parliamentary and Health Service Ombudsman. A report of investigations into unsafe discharge from hospital. 2016.
- 3 Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera. Auswertung Spitexaufnahmen bzgl. Wochentag. *Documento interno*. 2025
- 4 Nüssler N, Schmidt-Schönthal C, Nüssler A, *et al.* Mehr Wiederaufnahmen nach Krankenhausentlassung am Freitag. *Dtsch Arztebl.* 2006; vol. 103:927–32.
- 5 van Walraven C, Bell C. Risk of death or readmission among people discharged from hospital on Fridays. *CMAJ.* 2002;1672–3.
- 6 Glans M, Kragh Ekstam A, Jakobsson U, *et al.* Risk factors for hospital readmission in older adults within 30 days of discharge – a comparative retrospective study. *BMC Geriatr.* 2020;20. doi: 10.1186/s12877-020-01867-3
- 7 Considine J, Berry D, Newnham E, *et al.* Factors associated with unplanned readmissions within 1 day of acute care discharge: A retrospective cohort study. *BMC Health Serv Res.* 2018;18. doi: 10.1186/s12913-018-3527-6
- 8 Interassociazione di salvataggio (IAS). Terminologia per la garanzia della qualità dell'IAS. 2025.
- 9 Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera. Auswertung Rettungsdienstesätze bzgl. Wochentag. *Documento interno*. 2025.
- 10 Born J, Bohn A, Kämpers P, *et al.* Availability of patient information in the emergency department: Wish and reality. *Med Klin Intensivmed Notfmed.* 2023;118:54–61. doi: 10.1007/s00063-021-00881-6
- 11 Slanic M. Rapporto Obsan: «Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung-Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich». 2019.

- 12 Sutton E, Bion J, Aldridge C, *et al.* Quality and safety of in-hospital care for acute medical patients at weekends: A qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2018;18. doi: 10.1186/s12913-018-3833-z
- 13 Becker DJ. Do hospitals provide lower quality care on weekends? *Health Serv Res.* 2007;42:1589–612. doi: 10.1111/j.1475-6773.2006.00663.x
- 14 Sharma N, Moffa G, Schwendimann R, *et al.* The effect of time-varying capacity utilization on 14-day in-hospital mortality: a retrospective longitudinal study in Swiss general hospitals. *BMC Health Serv Res.* 2022;22. doi: 10.1186/s12913-022-08950-y
- 15 Sharma N, Schwendimann R, Endrich O, *et al.* Variation of daily care demand in Swiss general hospitals: Longitudinal study on capacity utilization, patient turnover and clinical complexity levels. *J Med Internet Res.* 2021;23. doi: 10.2196/27163
- 16 Musy SN, Endrich O, Leichtle AB, *et al.* Longitudinal Study of the Variation in Patient Turnover and Patient-to-Nurse Ratio: Descriptive Analysis of a Swiss University Hospital. *J Med Internet Res.* 2020;22. doi: 10.2196/15554
- 17 Müller V, Strauchmann J, Katou S, *et al.* Influence of Weekday of Surgery on Operative Complications. An Analysis of 25.000 Surgical Procedures. *Clin Res Trials.* 2017;3. doi: 10.15761/crt.1000192
- 18 Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera. Auswertung Revisionseingriffe bzgl. Wochentag. *Documento interno.* 2025.
- 19 Ufficio federale di statistica (UST). Parti in ospedale nel 2023. 2025.
- 20 Sharma N, Moffa G, Schwendimann R, *et al.* The effect of time-varying capacity utilization on 14-day in-hospital mortality: a retrospective longitudinal study in Swiss general hospitals. *BMC Health Serv Res.* 2022;22. doi: 10.1186/s12913-022-08950-y
- 21 Ranganathan S, Riveros C, Tsugawa Y, *et al.* Postoperative Outcomes Following PrewEEKEND Surgery. *JAMA Netw Open.* 2025;e2458794. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2024.58794
- 22 Suissa S, Dell’Aniello S, Suissa D, *et al.* Friday and weekend hospital stays: Effects on mortality. *European Respiratory Journal.* 2014;44:627–33. doi: 10.1183/09031936.00007714
- 23 Roberts CM, Lowe D, Skipper E, *et al.* Effect of time and day of admission on hospital care quality for patients with chronic obstructive pulmonary disease exacerbation in England and Wales: Single cohort study. *BMJ Open.* 2017;7. doi: 10.1136/bmjopen-2016-015532
- 24 Nahrgang JD, Morgeson FP, Hofmann DA. Safety at Work: A Meta-Analytic Investigation of the Link Between Job Demands, Job Resources, Burnout, Engagement, and Safety Outcomes. *Journal of Applied Psychology.* 2011;96:71–94. doi: 10.1037/a0021484
- 25 Fagerström L, Kinnunen M, Saarela J. Nursing workload, patient safety incidents and mortality: An observational study from Finland. *BMJ Open.* 2018;8. doi: 10.1136/bmjopen-2017-016367
- 26 Leviatan I, Oberman B, Zimlichman E, *et al.* Associations of physicians’ prescribing experience, work hours, and workload with prescription errors. *J Am Med Inform Assoc.* 2021;28:1074–80. doi: 10.1093/jamia/ocaa219
- 27 Kang JH, Kim CW, Lee SY. Nurse-Perceived Patient Adverse Events depend on Nursing Workload. *Osong Public Health Res Perspect.* 2016;7:56–62. doi: 10.1016/j.phrp.2015.10.015
- 28 Kutz A, Gut L, Ebrahimi F, *et al.* Association of the Swiss Diagnosis-Related Group Reimbursement System with Length of Stay, Mortality, and Readmission Rates in Hospitalized Adult Patients. *JAMA Netw Open.* 2019;2. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2018.8332
- 29 Havranek NM. Manuale «Riammissioni non pianificate» (versione dettagliata).
- 30 Fluitman KS, Van Galen LS, Merten H, *et al.* Exploring the preventable causes of unplanned readmissions using root cause analysis: Coordination of care is the weakest link. *Eur J Intern Med.* 2016;30:18–24. doi: 10.1016/j.ejim.2015.12.021
- 31 Boesing M, Gregoriano C, Minder AE, *et al.* Predictors for Unplanned Readmissions within 18 Days after Hospital Discharge: A Retrospective Cohort Study. *Praxis.* 2023;112:57–63. doi: 10.1024/1661-8157/a003985
- 32 Meyer-Masseti C, Hofstetter V, Hedinger-Grogg B, *et al.* Medication-related problems during transfer from hospital to home care: baseline data from Switzerland. *Int J Clin Pharm.* 2018;40:1614–20. doi: 10.1007/s11096-018-0728-3
- 33 Pereira F, Verloo H, Zhivko T, *et al.* Risk of 30-day hospital readmission associated with medical conditions and drug regimens of polymedicated, older inpatients discharged home: A registry-based cohort study. *BMJ Open.* 2021;11. doi: 10.1136/bmjopen-2021-052755
- 34 Schönenberger N, Meyer-Masseti C. Risk factors for medication-related short-term readmissions in adults – a scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2023;23. doi: 10.1186/s12913-023-10028-2
- 35 Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera (CIRNET). Valutazione del mese delle segnalazioni CIRNET 2023 «Risiken beim Wechsel von Patient:innen in andere Versorgungssektoren».
- 36 Berlin C, Spörri A, Staub L, *et al.* Regionale Variabilität von stationären Behandlungen in der Schweiz. *Bollettino dei medici svizzeri.* 2018;99:40–4.
- 37 Guerbaai RA, Serdaly C, Simon M, *et al.* Ein pflegegeleitetes Versorgungsmodell zur Stärkung der geriatrischen Kompetenz in Pflegeinstitutionen: Implementierung und Evaluation des INTERCARE-Modells.
- 38 Basinska K, Zúñiga F, Simon M, *et al.* Implementation of a complex intervention to reduce hospitalizations from nursing homes: a mixed-method evaluation of implementation processes and outcomes. *BMC Geriatr.* 2022;22. doi: 10.1186/s12877-022-02878-y

- 39 Muench U, Simon M, Guerbaai RA, *et al.* Preventable hospitalizations from ambulatory care sensitive conditions in nursing homes: evidence from Switzerland. *Int J Public Health.* 2019;64:1273–81. doi: 10.1007/s00038-019-01294-1
- 40 Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera – CIRNET. 20230323\_Zusammenfassung\_Incident\_Talk. 2023.
- 41 Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera – CIRNET. 20250123\_Zusammenfassung\_Incident\_Talk. 2025.
- 42 Morf K. Vielfältige Kooperationen von Spitälern und Spitex. *Spitex rivista.* 2023;3.
- 43 Guery F, Morf K. Spital und Spitex sorgen für Naht- statt Schnittstellen. *Spitex rivista.* 2024;4.
- 44 Egli Y, Halfon P, Piaget-Rossel R, *et al.* Measuring medically unjustified hospitalizations in Switzerland. *BMC Health Serv Res.* 2022;22. doi: 10.1186/s12913-022-07569-3
- 45 Clubbs Coldron B, MacRury S, Coates V, *et al.* Redefining avoidable and inappropriate admissions. *Public Health.* 2022;202:66–73. doi: 10.1016/j.puhe.2021.11.004
- 46 Sager M, Rudberg M, Jalaluddin M, *et al.* Hospital admission risk profile (HARP): identifying older patients at risk for functional decline following acute medical illness and hospitalization. *J Am Geriatr Soc.* 1996;3:251–7.
- 47 Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera – CIRNET. 20251023\_Zusammenfassung\_Incident\_Talk. 2025.
- 48 Morf K. Für frühere Spitalentlassungen eng kooperieren. *Spitex rivista.* 2024;2.
- 49 Leong MQ, Lim CW, Lai YF. Comparison of Hospital-at-Home models: a systematic review of reviews. *BMJ Open.* 2021;11.
- 50 Koechlin S. Das Spital kommt nach Hause. *Schweizerische Ärztezeitung.* 2024;16–9.
- 51 Tucker P, Lombardi D, Smith L, *et al.* The impact of rest breaks on temporal trends in injury risk. *Chronobiology International.* 2006:1423–34.
- 52 Wallace JC, Chen G. Development and validation of a work-specific measure of cognitive failure: Implications for occupational safety. *J Occup Organ Psychol.* 2005;78:615–32.
- 53 Van Der Linden D, Keijsers GPJ, Eling P, *et al.* Work stress and attentional difficulties: An initial study on burnout and cognitive failures. *Work Stress.* 2005;19:23–36. doi: 10.1080/02678370500065275
- 54 Laker B, Pereira V, Budwhar P, *et al.* The Surprising Impact of Meeting-Free Days. *MIT Sloan Manag Rev.* 2022.
- 55 Roh T, Esomou C, Hendricks J, *et al.* Examining workweek variations in computer usage patterns: An application of ergonomic monitoring software. *PLoS One.* 2023;18. doi: 10.1371/journal.pone.0287976