



LINEE DI INDIRIZZO

L'INFERMIERE DI PROCESSO IN DEA

Marzo 2026

Regione Piemonte – Assessorato alla Sanità
Settore “Programmazione dei servizi sanitari e socio-sanitari”
Azienda Zero
SC Medicina Territoriale e Reti di Patologia

SOMMARIO

1.	INTRODUZIONE	3
2.	GRUPPO DI LAVORO E COORDINAMENTO	4
3.	GLOSSARIO-TERMINOLOGIA-ABBREVIAZIONI	5
4.	SCOPO	5
5.	CAMPO DI APPLICAZIONE	6
6.	MODALITA' OPERATIVE	9
7.	MONITORAGGIO, VERIFICA DELL'APPLICAZIONE ED INDICATORI	23
8.	CICLO DI VITA DEL DOCUMENTO	24
9.	BIBLIOGRAFIA	25
10.	ALLEGATI	26

1. INTRODUZIONE

La Regione Piemonte in specifici atti normativi e linee di indirizzo, ha fornito indicazioni per affrontare e gestire il problema del sovraffollamento e boarding in Pronto Soccorso (PS).

In successivi documenti, oltre ad effettuare precise scelte strategiche relative al triage ed all'organizzazione per percorsi ed intensità di cura (DGR n. 7-3088 del 16-4-21), si sono elaborate indicazioni per realizzare un'organizzazione delle strutture di PS in grado di erogare prestazioni efficaci, garantire tempistiche e gestione appropriata dei pazienti, definendo criteri e procedure di distribuzione dei ricoveri per acuti nelle aree di degenza.

Le linee di indirizzo per il controllo e gestione del boarding, emanate dalla Regione Piemonte il 4.8.2022, recepite e aggiornate nella DGR 23-6428 del 16.1.2023, individuano specifici interventi proattivi strutturali e organizzativi volti ad affrontare le conseguenze del sovraffollamento e del boarding e affermano come la presa in carico infermieristica post triage è oramai elemento imprescindibile della catena dell'assistenza in PS.

Nella DGR n. 10-1244 del 16/06/2025 "Aggiornamento del Progetto Accoglienza ed Umanizzazione in Pronto Soccorso indicazioni alle AA.SS.RR" vengono citate una serie di soluzioni organizzative nei Dipartimenti di Emergenza e, in particolare, l'infermiere di processo.

Azienda Zero, in coerenza con il proprio mandato di ricerca ed elaborazione di soluzioni innovative nell'area dell'emergenza urgenza, ha istituito un gruppo di lavoro medico-infermieristico per la stesura di documenti tecnici in grado di concretizzare quanto previsto e richiesto dalle sopracitate indicazioni regionali.

Una delle soluzioni proposte è l'attivazione della figura dell'infermiere di processo in DEA, ovvero il professionista sanitario infermiere a cui si richiede lo svolgimento di funzioni aggiuntive e a maggior complessità nell'ambito del profilo di appartenenza, con assunzione di maggiore autonomia operativa e responsabilità nell'ottimizzazione della gestione dei processi in DEA.

2. GRUPPO DI LAVORO E COORDINAMENTO

Il presente documento è stato proposto dal seguente Gruppo di Lavoro (GdL) e coordinato da Azienda Zero.

GRUPPO DI LAVORO

Cognome Nome	Ruolo	Unità Operativa	Azienda
CIVITA Marina	Coordinatore	Direttrice SOC MECAU, Pinerolo	ASL TO3
BENSO Stefano	Componenti	Dirigente delle professioni sanitarie	ASL TO5
BUFALO Ivan		Presidente OPI Torino	Ordine delle Professioni Infermieristiche
GHISELLI Gianluca		Direttore SC MECAU	ASL AT
IRICO Laura		Coordinatrice infermieristica, SOC MECAU Verbania	ASL VCO
LAURIA Giuseppe		Direttore SOC MECAU	ASO Santa Croce e Carle di Cuneo
MARCHISIO Daniele		Coordinatore infermieristico, Presidente GFT	AOU Città della Salute e della Scienza di Torino
PAPPALARDO Marco		Infermiere Formazione	ASL CdT
RISSONE Massimo		Coordinatore Infermieristico SOC MECAU	ASL AT
TARABLE Pierluigi		Coordinatore Infermieristico SOC MECAU	ASL CN2
TEDESCHI Silvia		Coordinatrice Infermieristica SOC MECAU	ASL TO3
TUA Aldo		Direttore SOC MEU, PO S. Andrea, Vicepresidente SIMEU VdA	ASL VC

COORDINAMENTO E SUPPORTO AZIENDA ZERO

Cognome Nome	Ruolo	Unità Operativa	Azienda
CARLINO Cristiana	Componenti	Staff Direzione Sanitaria	Azienda Zero
RICCIO Federica		SC Medicina territoriale e reti di patologia	Azienda Zero
MUSCIO Elisa		SC Medicina territoriale e reti di patologia	Azienda Zero
UGONIA Andrea Piercarlo		SC Medicina territoriale e reti di patologia	Azienda Zero

3. GLOSSARIO-TERMINOLOGIA-ABBREVIAZIONI

ACRONIMO	DESCRIZIONE
PS	Pronto Soccorso
NN	Nurse Navigator
EJC	Emergency Journey Coordinator
DEA	Dipartimento di Emergenza e Accettazione
GdL	Gruppo di Lavoro

4. SCOPO

La finalità del presente documento è quella di fornire indicazioni alle Aziende Sanitarie Regionali per l'implementazione dell'infermiere di processo, definendone il profilo, le caratteristiche, le funzioni, le attività e il percorso formativo.

5. CAMPO DI APPLICAZIONE

Una delle principali problematiche, comune a tutti i dipartimenti di emergenza, è il sovraccollamento, definito dalle “Linee di indirizzo nazionale per lo sviluppo del piano di gestione del sovraccollamento del PS” (Ministero della Salute Agosto 2019) come la situazione in cui il normale funzionamento dei PS è limitato dalla sproporzione tra la domanda sanitaria (numero di pazienti in attesa e in carico) e le risorse disponibili, logistiche, strumentali e professionali. Lo stesso documento afferma come il sovraccollamento generi gravi conseguenze sui pazienti, sugli operatori e sul sistema.

Il modello alla base dell’approccio sistemico a questo problema (Asplin BR et al 2003), descrive le cause del sovraccollamento raggruppandole secondo tre componenti: input, throughput e output le quali, nonostante siano indipendenti l’una dall’altra, sono strettamente interconnesse rendendo il fenomeno del sovraccollamento multifattoriale e complesso.

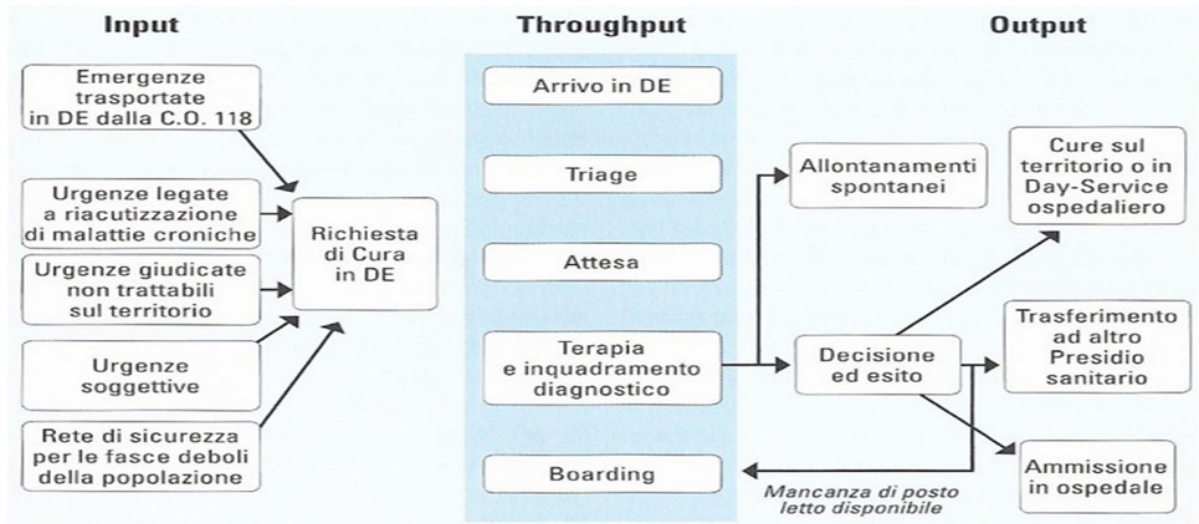


Figura 1. Modello concettuale di iper-affollamento nel Dipartimento di Emergenza¹

La prima risposta realizzata per gestire e contenere gli effetti negativi più rilevanti del sovraccollamento in pronto soccorso è stata l’istituzione della funzione di triage. Molte sono le soluzioni condivise in bibliografia per agire sulle cause “in entrata” e “in uscita” alcune delle quali sono raccomandate dalle linee di indirizzo nazionali (Linee di indirizzo ministeriali 2019, Triage e Sovraccollamento).

Le cause legate al fattore throughput (processi interni del PS) fanno riferimento ad un rallentamento dei processi interni del PS, in particolare alle fasi che necessitano della collaborazione di più servizi ed operatori.

Il percorso del paziente in PS si snoda attraverso diverse fasi che possono essere descritte da una precisa sequenza di attività e tempi. Alcune di queste fasi producono valore rispetto all’obiettivo finale della gestione clinica del paziente, altre sono “attese” legate a snodi organizzativi più o meno efficienti.

La maggior parte del tempo di attesa è consumato nell'intervallo tra il triage e l'inizio del trattamento. Successivamente il paziente trascorre altri tempi di attesa: per l'esecuzione e l'esito di esami strumentali (es. laboratorio, radiologia) e consulenze specialistiche, per la rivalutazione finale da parte del medico e, una volta deciso il ricovero, per il posto letto in reparto (tempo di boarding) o, in caso di dimissione, per il mezzo di trasporto e/o per l'organizzazione della continuità delle cure sul territorio.

Il tempo complessivo delle “attese” può arrivare a determinare fino al 75% del tempo di permanenza all'interno del PS. Tale quota può variare in relazione a diversi fattori sia legati alle condizioni del paziente che all'organizzazione (DGR Emilia-Romagna 1129 del 08/07/2019).

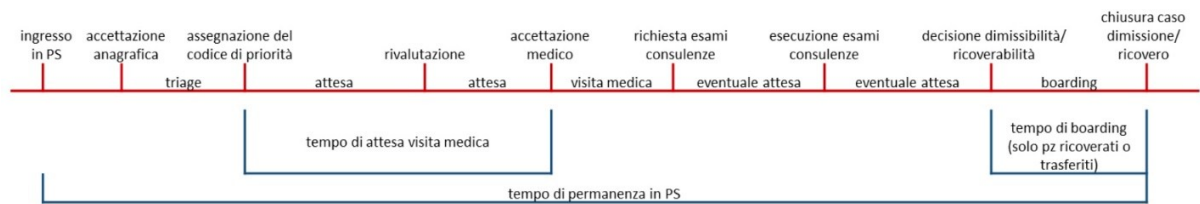


Figura 2. Rappresentazione del tempo di permanenza all'interno dei PS e i suoi processi interni

L'attesa in Pronto Soccorso per pazienti e familiari rappresenta una fase critica del rapporto del cittadino con il Servizio Sanitario. Si evidenzia pertanto la necessità di creare un flusso di attività capace di:

- rendere “tempo utile” il “tempo di attesa” del paziente
- presidiare la tempistica delle varie fasi del processo di cura, riducendo il tempo di presenza in PS e contribuendo all'identificazione precoce di situazioni di rischio

Relativamente all'ottimizzazione del percorso, nella letteratura internazionale vi sono molteplici esperienze che individuano una figura professionale, solitamente di area infermieristica, con gli specifici ambiti di responsabilità atti a garantire un'adeguata tempistica delle varie fasi del processo di cura in PS.

Il “Nurse Navigator (NN)” anche denominato in altre realtà “Emergency Journey Coordinator (EJC)”, in Australia è una figura aggiuntiva rispetto all'organico di PS, presente almeno 8 ore al giorno durante le ore di picco degli accessi dei pazienti; le principali funzioni affidate al NN o EJC prevedono il monitoraggio delle tempistiche di processo, il coordinamento dei trasferimenti dei pazienti, l'aggiornamento delle informazioni riguardanti il processo dei pazienti e ove necessario la velocizzazione del processo decisionale dei medici (Jessup M et al 2017 – Fulbrook P et al 2017).

Nella letteratura statunitense (DeAnda R 2018), con diversa denominazione (Flow Nurse Navigator, ED Flow Coordinator, Flow Coordinator Nurse) si individua una figura infermieristica di coordinamento operativo, che svolge principalmente funzioni analoghe al modello australiano.

In uno studio effettuato nella realtà indiana viene individuato l'Emergency Nurse Coordinator che deve possedere un elevato grado di competenza e svolgere funzione di consulenza esperta verso i colleghi (Xavier T et al 2016).

Anche nella realtà italiana è riconosciuta la necessità di attivare un ruolo operativo-organizzativo di governo dei tempi di attesa e ottimizzazione dei processi attraverso l'identificazione di figure infermieristiche che seppur con differenti denominazioni (infermiere flussista, infermiere di processo, infermiere supervisor, infermiere coordinatore dei processi, infermiere senior, flow manager, etc.) perseguono l'obiettivo di mantenere l'efficacia ed aumentare l'efficienza del sistema.

La Regione Veneto e la Regione Toscana hanno adottato linee di indirizzo regionali per la gestione uniforme dei flussi nei PS con l'inserimento dell'infermiere di processo (DGR Toscana 806 del 2017 – DGR Veneto 1888 del 2015). Nella Regione Emilia-Romagna la figura dell'infermiere di processo viene inserita nei programmi strategici di riorganizzazione dei percorsi in PS. L'analisi condotta nel 2017 dal tavolo tecnico "Porta dell'emergenza" ha rilevato che nella Regione Lombardia nel 20% dei PS presi in esame è prevista la cosiddetta figura dell'infermiere flussista (Cameron J et al 2019) per l'attivazione dei protocolli post triage e delle azioni atte a trasformare le attese dei pazienti da "passive" ad "attive".

Oltre ai documenti regionali, plurime realtà operative italiane hanno implementato o stanno progettando specifici progetti di attivazione di questa attività; alla pluralità di denominazione, analizzando nel dettaglio le varie esperienze, corrisponde una notevole disomogeneità per quanto riguarda le funzioni, gli ambiti di attività, l'organizzazione ed il percorso formativo.

Anche nella Regione Piemonte, che nel tempo ha compiuto un importante lavoro di analisi della realtà in cui operano le strutture dell'emergenza, definendo strategie per affrontare le problematiche legate al sovraffollamento, è condivisa la necessità di elaborare uno specifico progetto che definisca criteri uniformi per le attività dell'infermiere di processo. Questo, al fine di consentire risposte sempre più adeguate ai bisogni di quanti ogni giorno si trovano coinvolti nel processo di cura dei PS: cittadini, operatori, istituzioni.

6. MODALITA' OPERATIVE

6.1 DEFINIZIONE DELL'INFERMIERE DI PROCESSO IN DEA

L'infermiere di processo in DEA è un infermiere esperto, adeguatamente formato a cui vengono affidate funzioni gestionali-organizzative di elevata complessità normalmente svincolate dalla gestione diretta delle attività clinico-assistenziali. Monitora e interviene in tutte le fasi del processo di cura, dal triage alla dimissione o ricovero, con l'obiettivo di rendere più rapidi, efficienti e sicuri i processi in DEA.

L'infermiere di processo ha una conoscenza approfondita dell'organizzazione del DEA, dei percorsi di cura aziendali e territoriali. Possiede elevate capacità di problem solving, abilità relazionali e comunicative necessarie per rapportarsi con i professionisti coinvolti nel processo di cura, sia all'interno che all'esterno della struttura, con le persone assistite, i famigliari e i care giver.

Tale figura appartiene all'organico infermieristico di DEA, è collocato in posizione di dipendenza gerarchica al coordinatore infermieristico della struttura, agisce secondo i propri ambiti di autonomia e responsabilità espletando funzioni gestionali, organizzative, comunicative/relazionali e di consulenza esperta per la soluzione dei casi complessi.

6.2 OBIETTIVI, AZIONI E RISULTATI ATTESI

L'infermiere di processo di DEA concorre all'ottimizzazione del percorso della persona assistita, in particolar modo nei momenti di sovraffollamento dei DEA e/o di criticità che possono causare un rischio di compromissione della qualità e della sicurezza del percorso di cura, attraverso la riduzione e l'abbattimento dei "tempi morti" che si presentano nelle diverse fasi del processo di cura e assistenza in DEA, favorendo altresì la collaborazione e l'integrazione dei diversi operatori sanitari in grado di rispondere ai bisogni di salute della persona.

Gli obiettivi diretti dell'infermiere di processo in DEA sono:

- facilitare il percorso delle persone assistite, orientandone e coordinandone il flusso
- garantire continuità del processo di presa in carico della persona assistita
- ridurre i tempi di attesa che si presentano nelle diverse fasi del processo di cura e di assistenza
- garantire una corretta e puntuale informazione relativamente al percorso di cura, all'assistito, ai suoi famigliari e/o caregiver
- facilitare la fase della dimissione o ricovero, collaborando con tutte le figure professionali di riferimento
- aumentare la soddisfazione delle persone assistite relativamente alla qualità percepita
- contribuire alla raccolta, sistematizzazione e analisi dei dati relativi alla tempistica e organizzazione delle varie fasi del percorso diagnostico terapeutico assistenziale

6.3 FUNZIONI E ATTIVITÀ DELL'INFERMIERE DI PROCESSO

L'infermiere di processo in DEA svolge le seguenti funzioni:

- monitoraggio dell'efficacia ed efficienza delle singole fasi del processo di permanenza in DEA (triage, inizio trattamento e/o attivazione percorso, richiesta-attesa-effettuazione e recupero referti prestazioni diagnostiche e consulenze, trattamenti terapeutico assistenziali, termine episodio di DEA)
- individuazione delle cause di eventuali rallentamenti/criticità delle singole fasi di processo di diagnosi, cura e assistenza
- messa in atto, per i propri ambiti di competenza, di provvedimenti organizzativi e operativi finalizzati alla risoluzione delle criticità che rallentano e/o compromettono l'ottimizzazione delle singole fasi del processo di cura
- ricerca, con i responsabili clinico-organizzativi della struttura, di soluzioni atte ad affrontare situazioni organizzative complesse che richiedano l'intervento di figure gerarchicamente superiori
- partecipazione a livello operativo nel percorso di cura, attuando specifici interventi assistenziali in situazioni di urgenza organizzativa o elevata complessità assistenziale
- confronto costante con gli operatori direttamente coinvolti nel processo di cura della persona assistita, svolgendo funzioni di consulenza esperta sia per l'ottimizzazione delle singole fasi del percorso di cura del paziente che per la definizione di risposte assistenziali più appropriate alla specifica situazione organizzativa
- partecipazione, per i propri ambiti di competenza, insieme ai responsabili istituzionali della struttura, al processo di analisi e di organizzazione delle risorse umane e tecnologiche/strutturali in relazione alla situazione contingente
- individuazione e gestione, in collaborazione con i professionisti responsabili delle fasi del processo di cura, di eventuali problemi di carattere relazionale e/o situazionale con l'utenza esterna
- individuazione e gestione di eventuali problemi di carattere relazionale e/o organizzativo tra i professionisti sanitari coinvolti nel processo di cura e assistenziale che possono compromettere potenzialmente il percorso di cura della persona assistita
- contribuire con i vari livelli di responsabilità istituzionale, attraverso proposte e progetti, alla pianificazione e implementazione di strategie operative volte al miglioramento della qualità assistenziale dei percorsi di cura

Di seguito si declinano le attività proprie dell'infermiere di processo in DEA [Tabella 1].

ATTIVITÀ DELL'INFERMIERE DI PROCESSO IN DEA		
FASI DEL PROCESSO DI DEA	DIMENSIONE OPERATIVA	ATTIVITA'
TRIAGE	DIMENSIONE ORGANIZZATIVA	• Individuare precocemente gli indicatori di sovraffollamento, nello specifico: ✓ aumento dei tempi di attesa alla presa in carico al triage ✓ aumento tempi di attesa all' inizio del trattamento ✓ aumento dei tempi di rivalutazione dei pazienti in attesa ✓ blocco o richiesta di diversione delle ambulanze • Individuare in autonomia o su richiesta del personale di triage eventuali criticità (operative, organizzative e/o relazionali) relative al processo di accoglienza e presa in carico che compromettono o mettono a rischio l'efficacia della fase di triage • Verificare, in collaborazione con l'infermiere di triage, la possibilità di mettere in atto interventi organizzativi e/o operativi in grado di contribuire alla risoluzione delle criticità rilevate • Attuare, in collaborazione con il personale di triage e del DEA, interventi organizzativi e/o operativi in grado di contribuire alla risoluzione di criticità relative alla fase di accoglienza e presa in carico • Allertare/attivare, quando ritenuto necessario, i responsabili organizzativi della struttura (medico e infermieristico del DEA) segnalando situazioni "a rischio" e/o problematiche complesse
	DIMENSIONE TECNICO PROFESSIONALE	• Mettere in atto interventi operativi di assistenza diretta volti a supportare ed a risolvere carenze relative alle fasi di valutazione sulla porta e rivalutazione, in specifiche situazioni di urgenza organizzativa ed estemporaneità • Fornire consulenza esperta all'infermiere di triage su questioni specifiche riguardanti l'attività di triage, soprattutto per ciò che riguarda la valutazione e la gestione di casi problematici o particolarmente complessi

	DIMENSIONE COMUNICATIVA RELAZIONALE	• Fornire al paziente/caregiver, in collaborazione con l'infermiere di triage, informazioni inerenti al percorso diagnostico terapeutico attivato • Supportare l'infermiere di triage nella gestione di situazioni particolarmente problematiche dal punto di vista comunicativo e relazionale o organizzativo, occupandosi, se richiesto, della gestione di problematiche e/o conflitti in grado di compromettere la fase di triage e/o di trattamento
INIZIO TRATTAMENTO E/O ATTIVAZIONE PERCORSO	DIMENSIONE ORGANIZZATIVA	• Individuare precocemente criticità relative all'inizio del corretto percorso di trattamento, con particolare attenzione all'aumento dei tempi di attesa all'inizio del trattamento, valutandone la congruenza con il codice di priorità assegnato e l'effettiva condizione operativa delle aree di trattamento • Rivalutare, quando necessario, l'appropriatezza dell'assegnazione delle persone assistite all'area di trattamento e dell'attivazione di specifici percorsi (es. percorsi per pazienti fragili, patologie tempo dipendenti, attivazione precoce trattamento secondo protocolli prestabiliti) • Sollecitare, quando necessario, l'equipe di DEA delle aree di trattamento alla presa in carico delle persone in attesa a loro assegnate, verificando l'eventuale presenza di fattori che rallentano le successive fasi di diagnosi e cura dei pazienti già in carico • In specifiche situazioni clinico-organizzative previste dai protocolli redatti dall'unità operativa (evidente e definita sproporzione di carico di lavoro tra le aree di trattamento del DEA e definizione della tipologia di pazienti trasferibili), variare l'assegnazione dei pazienti da una area di trattamento nella quale si hanno elevati tempi di attesa per la presa in carico ad un'area operativa con minore carico di lavoro • Verificare che i pazienti in attesa dell'inizio del trattamento mantengano un livello di sorveglianza ed assistenza adeguato alle loro condizioni di salute, al rischio evolutivo ed alle effettive condizioni di impegno delle risorse dedicate a tale attività, attuando, dove necessario, interventi operativi ed organizzativi volti al mantenimento del miglior grado di qualità dell'assistenza possibile

	DIMENSIONE TECNICO PROFESSIONALE	• Mettere in atto interventi operativi di assistenza diretta volti a realizzare nei tempi e nelle modalità previste dall'organizzazione locale l'inizio dei percorsi di trattamento, fornendo supporto operativo ed organizzativo al personale dedicato, in specifiche situazioni di urgenza organizzativa ed estemporaneità
	DIMENSIONE COMUNICATIVA RELAZIONALE	• Fornire alla persona assistita e/o al caregiver, in collaborazione con il personale di triage, informazioni inerenti al percorso diagnostico terapeutico attivato e le motivazioni di eventuali tempi di attesa elevati • Confrontarsi con i professionisti operanti nelle aree di trattamento, favorendo il processo di valutazione delle condizioni operative e la messa in atto dei provvedimenti necessari a velocizzare il processo di presa in carico • Gestire e risolvere, sia dal punto di vista comunicativo che organizzativo, eventuali conflitti e/o criticità relativi all'appropriatezza dell'assegnazione dei pazienti all'area di trattamento e/o l'attivazione di percorsi

RICHIESTA, ATTESA ESECUZIONE E RECUPERO REFERTI DIAGNOSTICA E CONSULENZE	DIMENSIONE ORGANIZZATIVA	• Individuare precocemente eventuali rallentamenti del processo di definizione degli accertamenti diagnostici e consulenze specialistiche necessarie di inoltro o attivazione delle richieste, adottando quando necessario, i provvedimenti organizzativi del caso (sollecito compilazione delle procedure di richiesta, verifica trasmissione e ricezione da parte delle strutture interessate, ecc.) • Individuare precocemente eventuali rallentamenti del processo di esecuzione delle procedure diagnostiche e di consulenza specialistica, della loro refertazione e della trasmissione dei risultati all'equipe di trattamento • Identificare le cause di aumento dei tempi di attesa degli esami diagnostici e delle consulenze specialistiche, intervenendo con adeguati solleciti e/o provvedimenti organizzativi • Mettere in atto, in collaborazione con le figure preposte, i correttivi per risolvere eventuali criticità e ottimizzare i tempi di attesa dei risultati diagnostici e delle consulenze specialistiche • In situazioni di elevata criticità organizzativa ed effettiva impossibilità di risposta tempestiva a tutte le richieste inoltrate, definire, con i servizi interessati ed i clinici che hanno in carico le persone assistite, le priorità di erogazione delle prestazioni diagnostiche e/o di consulenza specialistica • Verificare che le persone assistite in carico alle aree di trattamento in attesa di completare l'iter diagnostico, mantengano un adeguato livello di assistenza con particolare attenzione alla risposta ai bisogni primari della persona assistita ed attuando dove necessario, interventi operativi ed organizzativi volti al mantenimento del miglior grado di qualità dell'assistenza • Supportare il monitoraggio della tempistica di recupero dei referti degli esami diagnostici e delle consulenze, controllando la completezza dei risultati rispetto al panel degli accertamenti richiesti
---	-------------------------------------	---

		• Se necessario segnalare all'equipe di cura l'arrivo dei risultati diagnostici e delle consulenze al fine di ottimizzare i tempi di realizzazione delle successive fasi del percorso di cura della persona assistita
	DIMENSIONE TECNICO PROFESSIONALE	• Mettere in atto interventi operativi di assistenza diretta volti a supportare ed a risolvere carenze relative alle fasi di esecuzione di esami diagnostici, sollecito e recupero referti delle persone in carico alle aree di trattamento, in specifiche situazioni di urgenza organizzativa ed estemporaneità • Fornire consulenza esperta, per quanto di competenza, all'equipe di trattamento per ciò che riguarda la valutazione e la gestione di casi problematici o particolarmente complessi
	DIMENSIONE COMUNICATIVA RELAZIONALE	• Informare la persona assistita e il care giver, in collaborazione con l'equipe di cura, relativamente allo stato di avanzamento del percorso diagnostico terapeutico della persona assistita • Rapportarsi con i servizi/professionisti che forniscono la diagnostica/consulenza su eventuali criticità e modalità di superamento delle stesse • In situazioni di verificata criticità organizzativa e verificata l'impossibilità di garantire risposte tempestive a tutte le richieste attive, rapportarsi con i servizi/operatori che forniscono diagnostica/consulenza ed i professionisti che hanno in carico le persone assistite per definire le priorità operative

TRATTAMENTI TERAPEUTICO ASSISTENZIALI DI DEA	DIMENSIONE ORGANIZZATIVA	• Monitorare l'adeguatezza dei percorsi di trattamento delle persone in carico alle aree di cura, individuando precocemente eventuali carenze e/o rallentamenti • Attuare i provvedimenti di competenza volti alla risoluzione delle eventuali criticità rilevate ed all'ottimizzazione dei tempi e della qualità dei percorsi di trattamento • Verificare che le persone in carico alle aree di trattamento mantengano un adeguato livello di assistenza con particolare attenzione alla risposta ai bisogni primari della persona assistita ed attuando dove necessario, interventi operativi ed organizzativi volti al mantenimento del miglior grado di qualità dell'assistenza possibile • Segnalare all'equipe di cura il mancato rispetto dei tempi previsti di permanenza della persona assistita in DEA sollecitando la fase di presa di decisione • Collaborare con l'equipe di cura nell'identificazione precoce dei pazienti candidabili al ricovero, verificando la corretta compilazione della documentazione necessaria • Valutare il grado di impegno delle risorse umane disponibili (infermieri e personale di supporto) e la eventuale redistribuzione delle stesse in funzione delle necessità rilevate, in situazioni di elevato carico assistenziale e/o criticità organizzative delle aree di trattamento, secondo le modalità definite con il coordinatore infermieristico • Supervisionare, in collaborazione con gli infermieri delle aree di trattamento, il personale di supporto assegnato all'assistenza delle persone degenti, con particolare attenzione alle attività di sorveglianza, cure igieniche, mobilitazione, alimentazione, eliminazione e trasporto della persona assistita
	DIMENSIONE COMUNICATIVA RELAZIONALE	• Garantire, in collaborazione con l'equipe di cura una corretta informazione della persona assistita e del caregiver circa la prosecuzione del percorso diagnostico terapeutico • Collaborare con l'equipe di cura nella precoce individuazione di eventuali problematiche relazionali con la persona assistita e i suoi accompagnatori

TERMINE EPISODIO DI DEA DIMISSIONE O RICOVERO	DIMENSIONE ORGANIZZATIVA	• Programmare, in collaborazione con le aree di trattamento, l'ordine di trasporto dei ricoveri, identificando la priorità assegnata in base alle condizioni cliniche dei pazienti • Informare gli operatori addetti ai trasporti delle decisioni assunte e verificarne l'esito • Verificare, in collaborazione con l'equipe di cura, la corretta compilazione e composizione della documentazione prima del trasferimento/dimissione, riconciliando i risultati degli esami di laboratorio e radiologia, le consulenze, i moduli decessi, ecc • Collaborare con il bed manager, l'équipe di cura e i NOCC nell'identificazione dei pazienti candidati ai ricoveri e alle dimissioni facilitandone i trasferimenti verso i reparti interni e le strutture esterne e/o domicilio nei tempi e nelle modalità predefinite • Identificare precocemente rallentamenti dei tempi di ricovero/trasferimento individuandone le cause e mettendo in atto eventuali correttivi (provvedimenti organizzativi interni, sollecito tempi di ricovero alle degenze, attivazione bed manager, ecc.) • Verificare le tempistiche di trasporto delle ambulanze, nei casi di dimissioni verso altre strutture e trasferimenti verso altri ospedali del territorio fornendo, se necessario, supporto nell'organizzazione dei trasporti protetti (es. ambulanza o elisoccorso)
	DIMENSIONE COMUNICATIVA RELAZIONALE	• Collaborare con l'equipe di cura, nella precoce individuazione di eventuali problematiche relative alla fase di dimissione dal DEA (socioassistenziali, difficoltà di ritorno al domicilio, ecc.) attivando tempestivamente percorsi di risoluzione • Verificare la comprensione da parte della persona assistita e del caregiver delle indicazioni/informazioni fornite dall'equipe di cura in merito al prosieguo dell'iter diagnostico terapeutico

ATTIVITA' TRASVERSALI	DIMENSIONE ORGANIZZATIVA	• Monitorare costantemente le varie fasi del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale di DEA, con particolare attenzione alla tempistica ed alla qualità dell'assistenza erogata identificando precocemente criticità, ostacoli e situazioni di carenza operativa, attivando tempestivamente, in collaborazione con le figure preposte, percorsi di risoluzione • Allertare/attivare, quando ritenuto necessario, i responsabili organizzativi della struttura (responsabile medico e infermieristico del DEA) segnalando tempestivamente situazioni "a rischio" e/o problematiche complesse che richiedono il loro intervento • Collaborare con l'equipe di cura nell'identificazione precoce dei pazienti con criticità socioassistenziali-cliniche-organizzative alla dimissione o al ricovero attivando il prima possibile i servizi di bed management, il NOCC e le ulteriori risorse necessarie • Identificare precocemente, in collaborazione con l'equipe di cura, il NOCC e il bed manager, il rischio di dimissione difficile • Costituire un punto di riferimento per le equipe delle aree di trattamento relativamente all'identificazione e alla gestione delle criticità organizzative ed operative riguardanti il percorso di cura delle persone assistite • Contribuire all'ottimizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali di DEA, presidiando soprattutto la dimensione organizzativa e relazionale tra tutte le risorse coinvolte a diverso titolo nel processo di presa in carico della persona
	DIMENSIONE COMUNICATIVA RELAZIONALE	• Attivare processi organizzativi e dinamiche relazionali volte a favorire l'integrazione delle varie professionalità, con lo scopo comune della efficacia e dell'efficienza del servizio erogato all'utenza • Adozione di comportamenti in grado di realizzare corrette relazioni interpersonali e abilità nella risoluzione dei conflitti • Adottare uno stile di leadership situazionale rispettoso degli ambiti di autonomia e responsabilità dei professionisti direttamente coinvolti nei processi operativi e dei responsabili istituzionali della struttura, promuovendo un funzionale coinvolgimento degli stessi nella tempestiva ed efficace risoluzione dei problemi

	DIMENSIONE DELLA QUALITA' DELLO SVILUPPO E DELLA RICERCA	• Analizzare i percorsi delle persone assistite, individuando le strategie di miglioramento e facendo emergere gli aspetti positivi e negativi dei percorsi intrapresi • Partecipare alla raccolta, elaborazione, organizzazione e presentazione dei dati relativi alle funzioni svolte al fine sviluppare processi di miglioramento
--	---	--

Tabella 1. Attività dell’infermiere di processo in DEA

6.4 MODELLO ORGANIZZATIVO

Nei DEA di I e II livello della Regione Piemonte si raccomanda che il ruolo dell'infermiere di processo sia garantito, in particolare, nelle fasce orarie e nei periodi caratterizzati da sovraffollamento o da significative criticità organizzative.

La Direzione delle Professioni Sanitarie, su proposta del coordinatore infermieristico e sentito il Direttore di struttura, individua un pool di infermieri in possesso dei requisiti specifici (vedi paragrafo 6.5) e abilitati a svolgere il ruolo operativo dell'infermiere di processo.

Le Aziende Sanitarie, nel rispetto della propria autonomia, individuano le modalità organizzative appropriate affinché l'infermiere di processo possa svolgere in maniera adeguata le funzioni proprie del ruolo così da garantirne l'efficacia.

Sulla base dell'organizzazione aziendale e dei carichi di lavoro, questo ruolo può essere svolto da un operatore dedicato (che fa parte del pool) in maniera esclusiva o che svolge anche altra attività. L'attività dell'infermiere di processo viene svolta a rotazione, tra gli appartenenti al pool aziendale di infermieri abilitati, identificato sul quadro di servizio dal coordinatore infermieristico.

L'attivazione della figura dell'infermiere di processo dovrà avvenire secondo modalità progressive e coerenti con i volumi di attività, i picchi di sovraffollamento e l'assetto organizzativo delle singole Aziende Sanitarie, privilegiando, ove possibile, una rimodulazione funzionale delle risorse disponibili. L'eventuale impatto economico connesso alla formazione, all'organizzazione dei turni e alla copertura del ruolo dovrà essere valutato nell'ambito della programmazione aziendale, favorendo soluzioni sostenibili che non determinino automaticamente incremento del fabbisogno di personale.

6.5 CRITERI PER L'ACCESSO ALLA FORMAZIONE ABILITANTE

Le aziende sanitarie individuano sulla base dei criteri sotto descritti e del fabbisogno delle loro realtà operative, gli infermieri che possono accedere alla formazione abilitante. Il superamento del corso regionale rappresenta il requisito formativo necessario per poter essere assegnati, a livello aziendale, alle attività previste per l'infermiere di processo.

L'invio al percorso formativo abilitante gli infermieri di DEA, può prendere in considerazione alcuni requisiti relativi all'expertise professionale e alle attitudini personali. Tra questi:

- 3 anni di esperienza in DEA
- autonomia professionale
- competenze maturate nell'ambito clinico organizzativo dell'emergenza
- conoscenza approfondita del contesto organizzativo in cui è inserito il DEA e delle strutture afferenti
- elevate competenze trasversali (problem solving, network building, Lavoro in team ecc...)
- in possesso di titoli formativi post base certificati inerenti specifici ambiti relativi al ruolo dell'infermiere di processo

6.6 FORMAZIONE

La formazione specifica per l'infermiere di processo, oltre che costituire un presupposto indispensabile per l'accesso a tale ruolo operativo-organizzativo, rappresenta un importante strumento per definire un linguaggio comune, condividere criteri e metodologie nella gestione dei processi di cura e rafforzare la motivazione, indispensabile risorsa che rende possibile ogni processo di cambiamento.

Nello specifico sono previste iniziative di formazione abilitante e permanente.

Corso regionale abilitante

Per l'abilitazione al ruolo di infermiere di processo in DEA, il professionista deve partecipare e superare con esito positivo il corso regionale abilitante che deve prevedere i seguenti argomenti:

- elementi di organizzazione:
 - ✓ della rete regionale di emergenza urgenza
 - ✓ delle aziende sanitarie
 - ✓ dei PS/DEA
- principi relativi agli aspetti legali della professione, con specifico riferimento agli ambiti di responsabilità del ruolo e delle problematiche relative all'emergenza urgenza
- elementi essenziali delle normative nazionali e regionali relative al triage, sovraffollamento e boarding
- funzioni ed attività dell'infermiere di processo
- elementi riguardanti l'organizzazione dell'assistenza in PS/DEA secondo criteri di priorità, percorsi e di intensità di cure
- principi di comunicazione efficace, negoziazione, prevenzione e gestione dei conflitti

Il corso abilitante non dovrà avere durata inferiore alle 8 ore.

Al fine di garantire a livello regionale un adeguato standard di omogeneità organizzativa, le attività di progettazione e realizzazione delle iniziative formative relative all'infermiere di processo di cui sopra, saranno condotte da Azienda Zero attraverso il diretto coinvolgimento degli esperti appartenenti al tavolo tecnico di lavoro per la progettazione di questa figura, attivando, sulla base delle richieste della realtà locale un numero adeguato di edizioni del corso regionale abilitante per l'infermiere di processo.

È fortemente raccomandato a ciascuna realtà locale la predisposizione di un ulteriore modulo integrativo per l'approfondimento del modello organizzativo inerente la propria azienda sanitaria e del proprio DEA.

Oltre al corso regionale abilitante verranno realizzate presso ogni singola azienda specifiche attività informative/formative (ameno 4 ore di formazione d'aula) sulla figura e ruolo dell'infermiere di processo e sulla ricaduta organizzativa dei DEA, rivolto a tutti i professionisti

coinvolti (medici, infermieri, personale di supporto di PS/DEA, servizio di bed management, NOCC, Direttori e coordinatori di struttura ecc).

Formazione permanente

La formazione continua dell'infermiere di processo di DEA deve prevedere la partecipazione ad un'iniziativa formativa di almeno 8 ore ogni anno.

Le iniziative di formazione continua si possono realizzare attraverso:

- corsi monotematici relativi all'aggiornamento su tematiche specifiche dell'ambito di intervento (organizzative, aggiornamenti normativi, comunicativo/relazionali ecc)
- organizzazione e/o partecipazione ad audit realizzati a livello locale e/o regionale secondo linee di indirizzo regionali
- attività di studio guidato, ricerca, approfondimento su argomenti e problematiche attinenti al ruolo

7. MONITORAGGIO, VERIFICA DELL'APPLICAZIONE ED INDICATORI

È necessario individuare sistemi di monitoraggio delle performance della competenza avanzata dell'infermiere di processo sia a livello quantitativo che a livello qualitativo.

7.1 INDICATORI QUANTITATIVI

Indicatore di processo:

- n° di realtà operative regionali di DEA I e II livello che hanno attivato la figura dell'infermiere di processo/ n° totale delle strutture di DEA Regionali
- n° di ore nelle quali è operativa la figura dell'infermiere di processo/24 ore (standard ≥8 ore)
- n° di giorni della settimana nei quali è operativo l'infermiere di processo (standard 7 giorni su 7)
- n° operatori individuati formalmente come infermieri di processo/n° totale infermieri nei DEA I e II livello

Indicatori di esito:

- produzione di report semestrale in cui vengano elencate le criticità individuate nelle singole fasi dei processi di diagnosi, cura e assistenza in DEA

Si ritiene opportuno attivare a livello regionale la rilevazione dei tempi di processo dell'iter di PS/DEA già previsti dalla normativa nazionale (linee indirizzo su Triage ed OBI 2019) e regionale (DGR n. 7-3088 del 16-4-21, DGR 23-6428 del 23/1/2023) secondo la tabella sotto riportata:

TRIAGE: TEMPI DA RILEVARE (DATA E ORA)	
T0	Presa in carico al triage
T1	Inizio del percorso diagnostico-assistenziale
T2	Inizio della prestazione medica
T3	Esito della prestazione di PS/DEA
T4	Inizio dell'osservazione breve intensiva
T5	Termine dell'osservazione breve intensiva

Tabella 2. Tempi di triage da rilevare

Ai fini del presente progetto si ritengono particolarmente significativi la rilevazione dei tempi T0, T1, T2 e T3 ed il monitoraggio dei seguenti indicatori, stratificati per codice di priorità:

- tempistica di inizio del percorso diagnostico terapeutico assistenziale del paziente (T1 -T0)
- tempistica di permanenza in DEA (T3 -T0)
- percentuale di allontanamenti volontari dalla struttura di DEA (n° paz. allontanati/n° totale pazienti)
- numero di richieste attivazione NOCC e Assistente Sociale

La rilevazione degli indicatori e dei tempi di processo dovrà essere effettuata prioritariamente mediante utilizzo dei sistemi informativi e dei flussi già disponibili, prevedendo eventuali implementazioni ulteriori solo ove compatibili con le condizioni tecnologiche e organizzative locali.

7.2 INDICATORI QUALITATIVI

Contestualmente all' avvio della fase sperimentale del presente progetto, si propone di attivare a livello regionale presso tutte le strutture di DEA un'indagine sulla qualità percepita da parte degli utenti, anche con il coinvolgimento attivo degli URP aziendali.

Nelle strutture in cui viene attivata la figura dell'infermiere di processo è raccomandata la periodica (semestrale) realizzazione di un'indagine relativa alla ricaduta organizzativa ed al grado di soddisfazione degli operatori (tutto il personale di DEA e dei servizi accessori).

Il monitoraggio sistematico sarà svolto dalle Aziende Sanitarie Regionali con l'ulteriore supporto di Azienda Zero. Gli strumenti di governo clinico utilizzati saranno: l'analisi quantitativa degli indicatori di processo e di esito e l'utilizzo dell'audit tra pari, coinvolgendo le Direzioni mediche e infermieristiche

8. CICLO DI VITA DEL DOCUMENTO

Le seguenti Linee di indirizzo sono la Revisione n.0.
Il documento verrà revisionato in base ad eventuali aggiornamenti in campo normativo o relativamente alle evidenze scientifiche prodotte.

Data di stesura del primo documento		Marzo 2026
Numero della revisione		0
Data di revisione		
Numero della revisione		

9. BIBLIOGRAFIA

Per la definizione delle presenti linee di indirizzo sono stati utilizzati i seguenti documenti:

- Asplin BR, Magid DJ, Rhodes KV, Solberg LI, Lurie N, Camargo CA. A conceptual model of emergency department crowding. *Annals of Emergency Medicine*. 2003;42(2):173–80.
- Jessup M, Fulbrook P, Kinnear F. Multidisciplinary evaluation of an emergency department nurse navigator role: A mixed methods study. *Aust Crit Care*. 1 settembre 2017;31
- Fulbrook, Paul, Melanie Jessup, and Frances Kinnear. "Implementation and evaluation of a 'Navigator' role to improve emergency department throughput." *Australasian Emergency Nursing Journal* 20.3 (2017): 114-121
- DeAnda R. Stop the Bottleneck: Improving Patient Throughput in the Emergency Department. *J Emerg Nurs*. 11/2018
- S P, Xavier T, N R, Robin M, Agrawal D. Impact of an Emergency Nurse Coordinator on Work Flow Optimization in an Emergency Department in Delhi, India. *Stud Health Technol Inform*. 2016;225:875–6
- Cameroni J, Cavadini E, Colombi L, Cosi M, Daleffe L, Di Leone A, Forni M, Franzin M., Gadda G, Ghidini M, Ghinaglia M, Mantoan C, Ronzani C, Torriani M, Colonel T, Zoppini L. Porta dell'emergenza. Proposta di un modello organizzativo per la presa in carico anticipata del paziente nei pronto soccorsi del sistema sanitario lombardo con particolare riferimento al problema del sovraffollamento e alla gestione dei pazienti fragili cronici 2019
- ACEP Crowding Resources Task Force. Responding to Emergency Department Crowding: A Guidebook for Chapters. Dallas, TX: American College of Emergency Physicians; 2002
- Savioli G, Ceresa IF, Gri N, Bavestrello Piccini G, Longhitano Y, Zanza C, et al. Emergency department overcrowding: Understanding the factors to find corresponding solutions. *Journal of Personalized Medicine*. 2022;12(2):279
- McMurray A, Cooper H. The nurse navigator: An evolving model of care. *Collegian*. 2017;24(2):205–12
- Asha SE, Ajami A. Improvement in emergency department length of stay using a nurse-led emergency journey coordinator': A before/after study. *Emerg Med Australas*. 2014;26(2):158–63
- Murphy SO, Barth BE, Carlton EF, Gleason M, Cannon CM. Does an ED flow coordinator improve patient throughput? *J Emerg Nurs*. novembre 2014;40(6):605–12
- D.P.R. 27 Marzo 1992 "Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria in emergenza"
- D.G.R n.48-86 09 del 14 Aprile 2008 "DCR n.137-40212 del 24 ottobre 2007 Piano socio-sanitario regionale 2007-2010 – Linee guida per la revisione dei sistemi di emergenza-urgenza sanitaria"
- D.M. 17 Dicembre 2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza -urgenza"

- Decreto del Ministro della salute del 2 Aprile 2015, n 70 “regolamento di definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”
- D.P.C.M. del 12 Gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza”
- Atto 143 Conferenza Stato-Regioni del 1 Agosto 2019
- DGR n. 7-3088 del 16-4-21. Nuovo modello organizzativo per percorsi omogenei in Pronto Soccorso. Linee di indirizzo. Revoco DD.G.R n. 43-15182 del 23 marzo 2005 e n.15-12160 del 21 settembre 2009
- Linee di indirizzo per il controllo e la gestione del boarding emanate dalla Regione Piemonte il 4.8.2022
- DGR 23-6428 del 16.1.2023. Aggiornamento delle linee di indirizzo per il controllo e la gestione del sovraffollamento e del boarding in Pronto Soccorso a parziale modifica ed integrazione della DGR n. 7-3088 del 16-4-21
- DGR n. 10-1244 del 16/06/2025 “Aggiornamento del Progetto Accoglienza ed Umanizzazione in Pronto Soccorso indicazioni alle AA.SS.RR”

10. ALLEGATI

Allegato 1. Report approvazione documento