GRUPPO ITALIANO INFERMIERI DI AREA CARDIOVASCOLARE GITIC

NEWSLETTER GITIC

La formazione
Il Gitic si mette in gioco per la formazione dei professionisti e la salvaguardia della popolazione

Vol. IV No. 2 Gruppo ITaliano Infermieri di area Cardiovascolare Giugno, 2026

EDITORIALE

Cari soci e collegh*,

siamo ancora emozionati per il grande successo del nostro Convegno di Area "*Prevedere l'imprevisto: l'Infermiere in area cardiovascolare – competenze e strategie per gestire le emergenze"*. La vostra partecipazione e il vostro interesse sono stati ben oltre le nostre aspettative. Purtroppo, per motivi di tempo, non abbiamo potuto approfondire tutte le relazioni, ma come promesso, troverete le risposte alle vostre domande in questa newsletter.

Rinnoviamo i ringraziamenti a partecipanti e relatori per avere condiviso la propria competenza ed esperienza e chi ha supportato in maniera non condizionante un evento di così elevato valore scientifico.

Prima dell'estate e del meritato riposo, si sono tenuti due corsi organizzati in collaborazione con gli OPI: a Bergamo, sabato 6 giugno, il corso sugli accessi vascolari; e a Genova, sabato 13 giugno, il corso sull'assistenza infermieristica avanzata in emodinamica.

Vi anticipiamo inoltre che nel secondo semestre si terrà il consueto corso ECG in collaborazione con Philips.

Concludiamo questa newsletter con un articolo di grande interesse, che siamo certi apprezzerete.

Vi auguriamo una buona estate e vi invitiamo a seguirci sui nostri canali social per restare sempre aggiornati sulle future iniziative targate GITIC.

La presidente
A. Capelli

Buona lettura e un caro saluto dalla vostra "squadra del cuore".

Immagini del convegno di area del Gruppo ITaliano Infermieri di area Cardiovascolare

GRUPPO ITALIANO INFERMIERI DI AREA CARDIOVASCOLARE GITIC

NEWSLETTER GITIC

La formazione
Il Gitic si mette in gioco per la formazione dei professionisti e la salvaguardia della popolazione

Vol. IV No. 2 Gruppo ITaliano Infermieri di area Cardiovascolare Giugno, 2026

Prevedere l'imprevisto: l'Infermiere in area cardiovascolare competenze e strategie per gestire le emergenze Q&A

Cari Colleghi,
in questo numero della nostra newsletter torniamo sui temi trattati nel recente corso formativo "Prevedere l'imprevisto", un'importante occasione di confronto e crescita per tutta la nostra comunità professionale. Abbiamo raccolto le riflessioni e gli approfondimenti dei relatori che, partendo dalle preziose domande emerse, ci offrono spunti concreti per la pratica clinica quotidiana: dalla gestione delle emergenze territoriali al troubleshooting avanzato, fino alla centralità dell'accoglienza in Unità di Cura Cardiologica.
Buona lettura.

1° SESSIONE: Gestire l'imprevedibile: pronto intervento infermieristico nelle emergenze cardiologiche

Dott. Giuseppe Nido

Domanda: Quali competenze infermieristiche sono determinanti nell'emergenza territoriale?
Risposta: Le competenze determinanti dell'infermiere di emergenza territoriale riguardano principalmente la capacità di effettuare una valutazione clinica precoce, riconoscere tempestivamente il rischio evolutivo e attivare percorsi assistenziali appropriati in un contesto caratterizzato da elevata complessità e forte componente tempo-dipendente. In ambito pre-ospedaliero, l'infermiere deve integrare competenze cliniche, tecnico-operative e organizzative: identificazione dei segni di instabilità, applicazione degli algoritmi clinico-assistenziali, gestione dei trattamenti iniziali, comunicazione strutturata con la SOREU e coordinamento delle risorse sul territorio. Particolarmente rilevanti sono il decision-making clinico, la capacità di definire le priorità clinico-assistenziali, l'utilizzo appropriato delle risorse avanzate e la corretta centralizzazione del paziente verso la struttura più idonea. In sintesi, il valore professionale dell'infermiere territoriale si esprime nella capacità di trasformare una valutazione iniziale, spesso basata su informazioni incomplete, in una decisione clinico-organizzativa tempestiva, sicura e orientata all'outcome.

Domanda: Come può l'infermiere integrare valutazione clinica, triage avanzato e coordinamento per migliorare gli esiti?
Risposta: L'integrazione tra valutazione clinica, triage avanzato e coordinamento delle risorse rappresenta uno degli elementi centrali nella gestione del paziente critico in ambito territoriale. La valutazione clinica consente di identificare precocemente condizioni di instabilità o patologie tempo-dipendenti, come arresto cardiaco, sindrome coronarica acuta, insufficienza respiratoria o shock. Il triage avanzato permette di tradurre tale valutazione in una corretta stratificazione della priorità e in una scelta appropriata delle risorse da attivare . Il coordinamento, infine, garantisce continuità tra il luogo dell'evento, la Centrale Operativa/SOREU, i mezzi di soccorso e la rete ospedaliera di destinazione. In questo processo, l'infermiere assume una funzione di raccordo clinico-organizzativo: applica algoritmi condivisi, attiva o conferma percorsi tempo-dipendenti, supporta l'équipe di soccorso, interagisce con il medico di centrale e contribuisce alla definizione della destinazione più appropriata. L'obiettivo non è soltanto la gestione dell'evento acuto, ma la costruzione di un percorso assistenziale coerente, tempestivo e integrato. In questa prospettiva, l'infermiere di emergenza territoriale contribuisce in modo diretto alla riduzione dei tempi decisionali, all'appropriatezza del trattamento e al miglioramento degli esiti clinici del paziente critico.

Immagini del convegno di area del Gruppo ITaliano Infermieri di area Cardiovascolare

Dott.ssa Arianna Valeria Sannino

Domanda: Quali strategie clinico-assistenziali permettono una gestione tempestiva ed efficace del paziente con emergenza cardiaca in Pronto Soccorso?
Risposta: Le strategie più efficaci si basano sulla capacità di stratificare il rischio, trattare precocemente l'emergenza e attivare la continuità assistenziale. Il primo elemento chiave è il triage avanzato, che consente di identificare rapidamente i pazienti con sintomi suggestivi. L'utilizzo di protocolli strutturati e scale di priorità permette di ridurre i tempi di valutazione e trattamento. Algoritmi per codice di priorità, sequenziali come l'ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure), la CPS (Chest Pain Score) e l'ALS (Advanced Life Support) per l'arresto cardio-circolatorio, guidano l'infermiere nella rapida stabilizzazione delle funzioni vitali e nella gestione delle patologie tempo-dipendenti.

GRUPPO ITALIANO INFERMIERI DI AREA CARDIOVASCOLARE GITIC

NEWSLETTER GITIC

La formazione
Il Gitic si mette in gioco per la formazione dei professionisti e la salvaguardia della popolazione

Vol. IV No. 2 Gruppo ITaliano Infermieri di area Cardiovascolare Giugno, 2026

Domanda: Quanto incide il riconoscimento precoce dell'emergenza cardiaca sugli esiti del paziente?
Risposta: Il riconoscimento precoce incide in modo determinante sugli esiti clinici, poiché nelle patologie acuzie il tempo è strettamente correlato alla mortalità, al danno d'organo e al futuro recupero funzionale. Nell'arresto cardio-circolatorio, intervenire con RCP e defibrillazione entro 3-5 minuti dal collasso aumenta la sopravvivenza dal 50% al 70%. Ogni minuto di ritardo riduce le possibilità di successo di circa il 10%. Intervenire precocemente significa aumentare concretamente le possibilità di sopravvivenza e di prognosi favorevole per il paziente.

Domanda: Come può il Team di Pronto Soccorso ottimizzare il percorso del paziente con emergenza cardiaca dalla presa in carico alla stabilizzazione?
Risposta: L'efficacia dipende dalla capacità del Team (medico, cardiologo, infermiere di area critica, tecnico di radiologia, anestesista) di condividere informazioni e obiettivi in modo rapido e strutturato. La comunicazione efficace riduce gli errori e accelera le decisioni. L'utilizzo di strumenti come il metodo SBAR (Situazione, Background, Assessment e Raccomandazioni) e la "closed-loop communication" è fondamentale per garantire chiarezza nelle procedure. La standardizzazione dei protocolli (es. percorsi condivisi per STEMI per ottimizzare il "door to balloon", ventilazione non invasiva o cardioversione elettrica) riduce la variabilità assistenziale. Infine, l'ottimizzazione richiede formazione continua, debriefing multidisciplinari ed esercitazioni su scenari clinici complessi per gestire lo stress e migliorare la rapidità operativa.

Immagini del convegno di area del Gruppo ITaliano Infermieri di area Cardiovascolare

Dott.ssa Erjona Mullaj e Dott.ssa Marzia Cecchini

Domanda: Qual è il valore dell'integrazione infermieristica tra area cardiologica e cardiochirurgica nella gestione del paziente urgente?
Risposta: Il valore dell'integrazione infermieristica tra area cardiologica e cardiochirurgica risiede nella costruzione quotidiana di competenze integrate e trasversali, oltre che nella condivisione di un linguaggio clinico comune. Disporre di un'équipe realmente integrata consente di sviluppare una relazione di fiducia reciproca e una comunicazione chiara ed efficace, elementi fondamentali soprattutto nelle situazioni di stress come l'urgenza. La conoscenza delle competenze e delle responsabilità reciproche permette infatti una gestione più coordinata, strutturata e tempestiva delle situazioni critiche. Per noi, l'integrazione non rappresenta soltanto un modello organizzativo, ma una vera evoluzione culturale dell'assistenza.

Domanda: Un solo cuore, molte competenze: quali sinergie migliorano oggi gli esiti della Persona con emergenza cardiovascolare?
Risposta: In un contesto in cui le persone con emergenza cardiovascolare sono sempre più fragili, complesse e pluripatologiche, l'integrazione delle competenze e la multidisciplinarità diventano elementi indispensabili. Gli esiti migliorano grazie all'integrazione strutturata tra le équipe e alla condivisione delle best practice clinicoassistenziali, che consentono di ridurre la variabilità e aumentare la sicurezza della presa in carico. La comunicazione efficace, la relazione di fiducia e la collaborazione tra i professionisti permettono di rendere l'assistenza più uniforme, coordinata e tempestiva. Un ulteriore elemento determinante è rappresentato dalla valorizzazione delle competenze di ciascun professionista, all'interno di un sistema che funziona come un'unica équipe. Infine, la formazione continua e l'allenamento quotidiano del team rappresentano un fattore chiave per garantire prestazioni adeguate anche nelle situazioni di emergenza.

Immagini del convegno di area del Gruppo ITaliano Infermieri di area Cardiovascolare

GRUPPO ITALIANO INFERMIERI DI AREA CARDIOVASCOLARE GITIC

NEWSLETTER GITIC

La formazione
Il Gitic si mette in gioco per la formazione dei professionisti e la salvaguardia della popolazione

Vol. IV No. 2 Gruppo ITaliano Infermieri di area Cardiovascolare Giugno, 2026

Dott.ssa Cinzia Bona

Domanda: Quali sono gli interventi infermieristici prioritari nella fase di accoglienza della persona assistita in Unità di Cura Cardiologica (UCC)?
Risposta: Nella fase di accoglienza della persona assistita in Unità di Cura Cardiologica (UCC) vi sono, a mio parere, due interventi infermieristici prioritari per garantire sicurezza clinica e presa in carico globale del paziente. Relativamente alla sicurezza clinica risulta fondamentale inquadrare il paziente con un rapido ABCDE e un profilo di rischio/evolutività in modo da poter predisporre un adeguato monitoraggio nel breve e nel lungo termine, preparare eventuali strumentazioni o farmaci nel caso la situazione clinica evolva e definire l'ordine delle azioni successive in base alle necessità cliniche momentanee e dell'immediato futuro del paziente. Questo ci permette di non sottovalutare rischi possibili e di tenerci pronti nel caso in cui l'imprevisto diventi previsto. Dall'altra parte è importante iniziare una presa in carico globale del paziente che dovrà perdurare per il tutto il tempo del ricovero. Relativamente a questo aspetto sarebbe necessario, anche se non sempre di facile applicazione, un'accoglienza personalizzata e che metta il paziente al centro delle cure. È possibile raggiungere questo obiettivo strutturando un momento, anche breve durante l'accoglienza, in cui spieghiamo al paziente chi siamo, dove siamo e perché ci troviamo in quella situazione. Questo risulta fondamentale per permetterci di ottenere la fiducia e la compliance di paziente e caregiver, fiducia e compliance che sono poi fondamentali per la buona riuscita delle azioni cliniche, assistenziali e terapeutiche.

Immagini del convegno di area del Gruppo ITaliano Infermieri di area Cardiovascolare

2° SESSIONE: Dentro il cuore: l'infermiere in prima linea in area interventistica

Dott. Giuseppe Di Gioia

Domanda: Nella persona assistita che presenta una complicanza vascolare dopo procedura cardiologica interventistica, quale valutazione infermieristica è prioritaria per identificare precocemente un'ischemia periferica?
Risposta: La valutazione infermieristica prioritaria per identificare precocemente un'ischemia periferica dopo una procedura cardiologica interventistica è il controllo della perfusione dell'arto interessato, che si può verificare attraverso queste azioni: presenza e qualità dei polsi periferici (pedidio, tibiale posteriore, radiale, ulnare a seconda del sito di accesso), temperatura cutanea dell'arto (arto freddo rispetto al controlaterale), colorito della cute (pallore, cianosi, marezzature), tempo di riempimento capillare (>2-3 secondi può indicare ipoperfusione), dolore improvviso o ingravescente non spiegabile dal solo accesso vascolare, sensibilità e motilità dell'arto. L'infermiere deve ricercare precocemente i segni delle cosiddette "6 P" dell'ischemia acuta periferica: *Pain* (dolore), *Pallor* (pallore), *Pulselessness* (assenza di polso), *Paresthesia* (alterazioni della sensibilità), *Paralysis* (deficit motorio), *Poikilothermia* (arto freddo). Tra questi, la riduzione o assenza dei polsi periferici associata a pallore e raffreddamento dell'arto rappresenta uno dei segni più precoci e significativi da rilevare; quindi l'intervento prioritario è quello di controllo dell'arto interessato, verifica dei polsi e della temperatura dell'arto rispetto al controlaterale.

Immagini del convegno di area del Gruppo ITaliano Infermieri di area Cardiovascolare

GRUPPO ITALIANO INFERMIERI DI AREA CARDIOVASCOLARE GITIC

NEWSLETTER GITIC

La formazione
Il Gitic si mette in gioco per la formazione dei professionisti e la salvaguardia della popolazione

Vol. IV No. 2 Gruppo ITaliano Infermieri di area Cardiovascolare Giugno, 2026

Immagini del convegno di area del Gruppo ITaliano Infermieri di area Cardiovascolare

3° SESSIONE: ECMO: quando il cuore non basta - l'infermiere e la circolazione extracorporea

Dott.ssa Daniela Maccari

Domanda: Avete descritto l'uso della 'tecnica mista', ovvero l'isolamento chirurgico dei vasi unito alla puntura di Seldinger. Secondo la vostra esperienza, questo approccio è il compromesso perfetto per garantire la rapidità dell'emergenza ma abbattere le complicanze ischemiche e vascolari rispetto a un percutaneo 'puro' alla cieca?
Risposta: Si, la tecnica mista consente di poter valutare l'adeguata dimensione delle cannule basandosi sulla dimensione dei vasi. La rapidità dell'isolamento dei vasi certamente è correlata all'esperienza del chirurgo, ma permette di visualizzare l'inserzione ed evitare la lesione traumatica degli stessi. Inoltre è possibile posizionare in modo altrettanto sicuro la cannula per la riperfusione dell'arto e la stessa rimozione dell'ECMO risulta più agevole e sicura, vista la presenza delle borse di tabacco confezionate durante il posizionamento sulla cannula arteriosa.

Domanda: Avete mostrato le foto dei carrelli e dei container chirurgici pronti all'uso. Considerando che i vostri dati mostrano che i posizionamenti avvengono in ambienti diversi, qual è la sfida più grande per uno strumentista nel trasformare un normale box di PS o la rianimazione in una vera e propria sala operatoria per un impianto in emergenza?
Risposta: La sfida più grande nell'uscita dalla sala operatoria è il mantenimento della tecnica sterile in ambienti non strutturati per il mantenimento della stessa. L'ambiente della sala è dotato di ampi spazi in modo tale da permettere all'equipe di muoversi senza contaminare e contaminarsi; nei box delle terapie intensive e del PS questo purtroppo non è previsto. Diventa allora importantissimo standardizzare il materiale necessario e limitare al minimo lo stesso per ridurre l'ingombro dell'equipe. Inoltre, la collaborazione e la formazione del personale dei reparti dove andiamo ad operare è fondamentale.

Dott.ssa Manuela Zampieri e Dott.ssa Francesca Kegozzi

Domanda: L'algoritmo presentato è chiarissimo. Ma nella realtà, quando suona l'allarme "flusso assente", qual è la sfida relazionale più grande all'interno del team in quei secondi di panico?
Risposta (Dott.ssa Francesca Kegozzi): Personalmente ritengo che la vera sfida relazionale in quei secondi di panico sia la comunicazione efficace tra i membri del team multidisciplinare. Nel nostro algoritmo l'equipe si divide tra paziente e macchina: nulla va lasciato al caso e nulla è scontato. È fondamentale che si suddividano i ruoli in modo chiaro, che si identifichi un team leader e vi sia feedback di ciò che viene fatto (per esempio confermare l'attivazione del personale di sala operatoria, la somministrazione di farmaci ecc.). Oltre alla comunicazione, l'altra sfida è il tempo. Quanto prima si arriva al riconoscimento e alla risoluzione del guasto, maggiori sono le possibilità di sopravvivenza del paziente. Nella nostra realtà abbiamo constatato che i corsi di simulazione delle emergenze, quali ALS, gestione delle vie aeree difficili o re sternotomia d'emergenza, hanno migliorato notevolmente la comunicazione e i tempi di azione anche nelle situazioni non ancora simulate. A tale scopo, stiamo lavorando per creare corsi specifici per la gestione dell'ECMO troubleshooting.

Immagini del convegno di area del Gruppo ITaliano Infermieri di area Cardiovascolare

GRUPPO ITALIANO INFERMIERI DI AREA CARDIOVASCOLARE GITIC

NEWSLETTER GITIC

La formazione
Il Gitic si mette in gioco per la formazione dei professionisti e la salvaguardia della popolazione

Vol. IV No. 2 Gruppo ITaliano Infermieri di area Cardiovascolare Giugno, 2026

Domanda: Nel troubleshooting dell'embolismo massivo il fattore tempo è tutto. Avete implementato delle check list fisiche a bordo letto o vi affidate esclusivamente alla memoria e all'addestramento del personale?
Risposta (Dott.ssa Manuela Zampieri): Attualmente la nostra unità operativa presenta un sistema di chiamata di emergenza centralizzato, tramite un interfono che chiamiamo F70 (come il codice da fare sulla tastiera per avviare la chiamata) dove nel momento in cui viene fatta la chiamata in vivavoce questa arriva in tutto il piano. Al momento, oltre all'algoritmo che è stato appena validato dalla nostra equipe multidisciplinare, non abbiamo check list fisiche a bordo letto. Per la gestione di questo genere di emergenze ci stiamo affidando all'esperienza clinica e all'addestramento del personale, fa eccezione il caso della re sternotomia d'emergenza dove abbiamo un protocollo scritto e organizziamo simulazioni periodiche. Il nostro obiettivo per il futuro è rendere attivo l'algoritmo presentato per la gestione dell'ACC nel paziente in ECMO e avviare un programma di simulazione mirata, in modo da poter migliorare anche la pratica del personale neo-inserito e neoassunto. Sicuramente il sistema di chiamata d'emergenza centralizzato è di grande aiuto per la gestione tempestiva di un evento come l'air lock. Il personale infermieristico deve tenere conto che il tecnico perfusionista e il resto del personale di sala non hanno un sistema di guardia attiva di notte e nel fine settimane. Quindi il riconoscimento immediato del guasto, l'allertamento e il management iniziale spettano all'infermiere responsabile del paziente, al cardioanestesista e al cardiochirurgo di guardia in un lavoro d'equipe sinergica e multidisciplinare.

GRUPPO ITALIANO INFERMIERI DI AREA CARDIOVASCOLARE GITIC

NEWSLETTER GITIC

La formazione
Il Gitic si mette in gioco per la formazione dei professionisti e la salvaguardia della popolazione

Vol. IV No. 2 Gruppo ITaliano Infermieri di area Cardiovascolare Giugno, 2026

LA MOBILIZZAZIONE PRECOCE NEI PAZIENTI SOTTOPOSTI A TAVI: IL RUOLO DELL'INFERMIERE TRA EVIDENZE SCIENTIFICHE, PROTOCOLLI E IMPLICAZIONI ASSISTENZIALI. UNA REVISIONE NARRATIVA

Elena Maria Scarcella *Infermiera ASST – Rhodense – Garbagnate*
Beatrice Panizzi *Infermiera Centro Cardiologico Monzino*
Lorenzo Furcieri *Tutor Corso di Laurea Infermieristica Università degli Studi di Milano – Sezione Rho*
Elisabetta Zanini *Tutor Corso di Laurea Infermieristica Università degli Studi di Milano – Sezione Rho*
Stefania Tinti *Tutor Corso di Laurea Infermieristica Università degli Studi di Milano – Sezione Rho*
Annalisa Alberti *Direttore Corso di Laurea Infermieristica Università degli Studi di Milano – Sezione Rho*
Antonio Mellino *Docente Corso di Laurea Infermieristica Università degli Studi di Milano – Sezione Crema*

Introduzione

La stenosi aortica (SA) rappresenta una delle patologie valvolari più diffuse nei Paesi occidentali ed è strettamente correlata al progressivo invecchiamento della popolazione. La prevalenza della malattia aumenta significativamente con l'età, interessando circa il 2-3% dei soggetti con età superiore ai 65 anni e arrivando al 7% negli individui con età superiore agli 80 anni (Hamana et al., 2025). La stenosi aortica è una patologia valvolare caratterizzata dal restringimento dell'orifizio valvolare aortico a causa di calcificazioni, presenti sui lembi valvolari, spesso dovute a ipertensione o anomalie congenite. Tale processo determina un sovraccarico pressorio del ventricolo sinistro, riducendo il flusso sanguigno dal cuore alla circolazione sistemica (Hamana et al., 2025). Nelle fasi avanzate la patologia può manifestarsi con angina pectoris, sincope e insufficienza cardiaca, condizioni che aumentano il rischio di mortalità se non trattate adeguatamente (Kurtz et al., 2010).

Negli ultimi anni la sostituzione valvolare aortica per via percutanea (TAVI) ha rivoluzionato il trattamento della stenosi aortica severa sintomatica. Inizialmente riservata ai pazienti non operabili o ad alto rischio chirurgico, la TAVI è progressivamente divenuta una valida alternativa alla sostituzione chirurgica tradizionale anche nei soggetti a rischio medio, grazie ai continui progressi tecnologici e all'evoluzione delle tecniche procedurali (Otto et al., 2021; Vahanian et al., 2025). La procedura, eseguita prevalentemente per via transfemorale e in sedazione cosciente, consente un approccio meno invasivo rispetto alla cardiochirurgia convenzionale, riducendo il trauma operatorio e favorendo un recupero postoperatorio più rapido. (Chaudhry et al., 2017)

Parallelamente allo sviluppo della TAVI, si è assistito ad una crescente attenzione verso strategie assistenziali orientate al recupero precoce del paziente fragile e anziano. In questo contesto, la mobilizzazione precoce postoperatoria ha acquisito un ruolo centrale all'interno dei protocolli Fast-Track ed Enhanced Recovery After Surgery (ERAS), dimostrando benefici significativi in termini di recupero funzionale, riduzione delle complicanze correlate all'allettamento e diminuzione della durata della degenza ospedaliera (Vendrik et al., 2020; Hart et al., 2021).

La gestione infermieristica nel periodo postoperatorio presuppone un'immobilizzazione prolungata post-procedurale, in quanto standard di cura che riduce complicanze vascolari ed emorragiche correlate al sito di accesso femorale. Tuttavia, un allettamento prolungato, in individui fragili e a rischio, potrebbe compromettere la corretta riuscita dell'intervento e comportare complicanze, generando disagio nell'assistito e alterazione delle capacità funzionali, con conseguente aumento della degenza e incremento dei costi ospedalieri (Vendrik et al., 2020; Lauck et al., 2024).

L'evoluzione delle tecniche di chiusura percutanea, la riduzione del calibro dei dispositivi e l'utilizzo sempre più frequente della sedazione cosciente hanno reso possibile l'introduzione di percorsi clinici mirati. La mobilizzazione precoce non rappresenta esclusivamente un intervento riabilitativo, ma costituisce una vera e propria strategia assistenziale multidisciplinare che coinvolge in maniera diretta il personale infermieristico. L'infermiere riveste infatti un ruolo fondamentale nella valutazione clinica del paziente, nel monitoraggio dei parametri vitali e delle eventuali complicanze postoperatorie, nell'educazione terapeutica e nel supporto motivazionale durante tutto il percorso di recupero. Inoltre, il professionista sanitario contribuisce all'identificazione dei pazienti idonei alla dimissione precoce e all'applicazione dei protocolli organizzativi finalizzati alla riduzione dei tempi di degenza e all'ottimizzazione delle risorse ospedaliere (Jendrzejczak et al., 2025; González-Cebrian et al. 2025).

Nonostante le evidenze scientifiche disponibili dimostrino i benefici della mobilizzazione precoce nei pazienti sottoposti a TAVI, la sua applicazione nella pratica clinica risulta ancora disomogenea e poco standardizzata tra i diversi contesti assistenziali. Persistono infatti differenze organizzative che limitano l'adozione sistematica di protocolli condivisi, rendendo necessario un ulteriore approfondimento delle competenze infermieristiche coinvolte nella gestione del recupero postoperatorio.

GRUPPO ITALIANO INFERMIERI DI AREA CARDIOVASCOLARE GITIC

NEWSLETTER GITIC

La formazione
Il Gitic si mette in gioco per la formazione dei professionisti e la salvaguardia della popolazione

Vol. IV No. 2 Gruppo ITaliano Infermieri di area Cardiovascolare Giugno, 2026

Scopo

Lo scopo della presente revisione narrativa della letteratura è quello di compendiare la letteratura al fine di analizzare, in maniera approfondita, quali siano le competenze infermieristiche nella gestione della mobilizzazione precoce dell'assistito sottoposto a intervento TAVI, e quali siano gli effetti di questo trattamento sul periodo postoperatorio nei pazienti.

In particolare, si esploreranno gli effetti della mobilizzazione precoce sui tempi di recupero postoperatorio, sulla dimissione precoce, sulla prevenzione delle complicanze da allettamento prolungato, sull'insorgenza di complicanze vascolari, nonché sul miglioramento della funzionalità fisica e della qualità della vita degli assistiti.

L'obiettivo finale è evidenziare come l'infermiere, attraverso competenze specifiche, possa gestire e ottimizzare efficacemente la mobilizzazione precoce nel percorso assistenziale post-TAVI.

Materiali e Metodi

È stata condotta una revisione narrativa della letteratura scientifica attraverso la consultazione delle principali banche dati biomediche: Ovid MEDLINE, Scopus, CINAHL/EBSCO ed Embase. La ricerca bibliografica è stata effettuata utilizzando il modello P.I.O. (Population, Intervention, Outcome), identificando come popolazione i pazienti adulti sottoposti a TAVI, come intervento la mobilizzazione precoce post-intervento TAVI guidata dall'infermiere e valutazione dei benefici associati e come outcome principali la riduzione delle complicanze e l'aumento dell'autonomia degli assistiti.

Le parole chiave utilizzate, combinate mediante operatori booleani comprendevano: "TAVI", "Early mobilization", "Nursing Care", "Postoperative Recovery" e "Clinical Protocols".

Sono stati inclusi studi randomizzati controllati, studi osservazionali, revisioni sistematiche, linee guida e protocolli clinici pubblicati tra il 2015 e il 2025, in lingua inglese e italiana, con testo completo disponibile. Sono stati esclusi gli articoli non pertinenti al contesto TAVI, gli studi focalizzati esclusivamente sulla tecnica chirurgica e quelli privi di riferimenti alla gestione assistenziale o alla mobilizzazione postoperatoria.

La selezione degli articoli è avvenuta mediante l'utilizzato del software Rayyan, strumento che ha consentito di effettuare una scrematura in doppio cieco degli abstract e dei titoli, contribuendo a ridurre i bias soggettivi nella valutazione preliminare e migliorare l'affidabilità del processo di selezione degli articoli. Al termine del processo di selezione, un totale di 14 studi scientifici pertinenti è stato incluso nel corpo finale della presente revisione narrativa.

Gli studi sono stati valutati tramite le Checklist JBI (Joanna Briggs Institute), scelte in base alla tipologia metodologica di ciascun articolo. La qualità metodologica è stata considerata alta se ≥80% dei criteri soddisfa i requisiti stabiliti dallo strumento, media se compresa tra il 60% e il 79%, e bassa se inferiore al 60%.

Risultati

Dall'analisi della letteratura emerge che la mobilizzazione precoce nei pazienti sottoposti a TAVI rappresenta una pratica fattibile, sicura ed efficace, soprattutto nei soggetti selezionati sottoposti a procedura transfemorale in sedazione cosciente e senza complicanze vascolari immediate.

Lo studio MobiTAVI ha rappresentato uno dei primi tentativi di standardizzazione della mobilizzazione precoce, dimostrando la fattibilità della deambulazione entro 4-6 ore dalla procedura in pazienti accuratamente selezionati (Vendrik et al.; 2020). Successivamente, ulteriori studi hanno confermato la sicurezza di tempi di mobilizzazione ancora più ridotti, fino a circa tre ore dall'intervento, con assenza di complicanze cliniche o vascolari (Lauck et al., 2024; Kirk et al., 2024).

Gli studi analizzati dimostrano che la deambulazione anticipata, avviata entro poche ore dall'intervento, contribuisce significativamente alla riduzione delle complicanze correlate all'allettamento prolungato, quali delirium, infezioni, dolore, ritenzione urinaria, declino funzionale e perdita dell'autonomia nelle attività quotidiane (Kirk et al., 2024). Inoltre, la mobilizzazione precoce favorisce un miglioramento delle prestazioni fisiche, della capacità funzionale e della qualità di vita percepita dal paziente nel periodo postoperatorio (Tsujimoto et al., 2024).

Un aspetto particolarmente rilevante riguarda la riduzione delle giornate di degenza ospedaliera. Numerosi protocolli Fast-Track, tra cui Vancouver 3M, MobiTAVI ed ERAS, hanno evidenziato come la standardizzazione dei percorsi assistenziali permetta dimissioni anticipate in sicurezza, con conseguente riduzione dei costi sanitari e ottimizzazione delle risorse ospedaliere (Wood et al., 2019; Szerlip et al., 2020; Marcantuono et al., 2015). La mobilizzazione precoce risulta facilitata da diversi fattori procedurali, quali l'utilizzo della sedazione cosciente, la riduzione del calibro dei dispositivi, l'impiego di sistemi di chiusura percutanea e la rapida rimozione dei presidi invasivi.

La letteratura evidenzia inoltre come il ruolo infermieristico sia centrale nell'applicazione dei protocolli di mobilizzazione precoce. L'infermiere partecipa attivamente alla valutazione multidimensionale del paziente, monitorando parametri emodinamici, stabilità clinica, dolore, stato neurologico e presenza di complicanze vascolari o aritmiche che potrebbero controindicare la mobilizzazione. Il professionista sanitario svolge inoltre attività educative rivolte all'assistito e alla famiglia, promuovendo l'autonomia, l'aderenza terapeutica e la partecipazione attiva al percorso riabilitativo.

Dagli studi emerge anche l'importanza di una presa in carico continuativa e multidisciplinare, nella quale la collaborazione tra infermieri, cardiologi, anestesisti e fisioterapisti consente di personalizzare il percorso assistenziale in base alle condizioni cliniche e funzionali dell'assistito. Tuttavia, persistono alcune criticità legate all'eterogeneità dei protocolli applicati, alla mancanza di standardizzazione internazionale e alla limitata disponibilità di studi randomizzati di ampia numerosità campionaria.

Conclusioni

La mobilizzazione precoce nei pazienti sottoposti a TAVI rappresenta una strategia assistenziale sicura ed efficace, in grado di migliorare il recupero funzionale, ridurre le complicanze correlate all'immobilità e favorire una dimissione anticipata. L'evoluzione delle tecniche procedurali e dei protocolli Fast-Track ha reso possibile l'adozione di percorsi assistenziali sempre più orientati al recupero precoce e alla centralità del paziente fragile e anziano.

All'interno di questo contesto, l'infermiere assume un ruolo fondamentale nella gestione clinica ed assistenziale del paziente sottoposto a TAVI. Attraverso competenze tecniche, educative e relazionali, il professionista sanitario contribuisce all'identificazione dei pazienti idonei alla mobilizzazione precoce, al monitoraggio delle possibili complicanze e alla promozione dell'autonomia funzionale e della continuità assistenziale.

Le evidenze disponibili sottolineano la necessità di implementare protocolli standardizzati e condivisi, supportati da una formazione specifica del personale sanitario e da ulteriori studi clinici volti a consolidare le conoscenze disponibili. Un approccio multidisciplinare e strutturato può infatti migliorare significativamente gli esiti clinici, la qualità dell'assistenza e la sostenibilità organizzativa dei percorsi TAVI.