Le cure fondamentali nell'assistenza infermieristica domiciliare: protocollo di studio qualitativo (FOC_DOM)

Paola Arcadi[1], Stefano Maiandi[2], Matteo Martinato[3], Alessia Sorrenti [4], Claudio Maliziola[5], Antonella Demarchi[6], Cinzia Botter[7], Miriam Villani[8], Laura Vittoria Camillen[9], Enza Anemolo[10], Debora Biemmi[11], Antonietta Fortunato[12], Eleonora Cason[13], Stefano Terzoni[14], Loris Bonetti[15]

[1]RN, PhD – ASST Melegnano e della Martesana; Accademia Scienze Infermieristiche, Italia
[2]RN, PhD – ASST di Lodi, Italia
[3]RN, PhD – Università degli Studi di Padova; Accademia Scienze Infermieristiche, Italia
[4]RN – IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano; Accademia Scienze Infermieristiche
[5]RN, MSc – ASL di Asti; Accademia Scienze Infermieristiche, Italia
[6]RN, MSc – ASST Rhodense; Accademia Scienze Infermieristiche, Italia
[7]RN – Accademia Scienze Infermieristiche, Italia
[8]RN, MSc – ASST di Lodi; Accademia Scienze Infermieristiche, Italia
[9]RN – Libera professionista; Accademia Scienze Infermieristiche, Italia
[10]RN, MSc – Libera professionista; Accademia Scienze Infermieristiche, Italia
[11]RN – Libera professionista; Accademia Scienze Infermieristiche, Italia
[12]RN – ASST Melegnano e della Martesana; Accademia Scienze Infermieristiche, Italia
[13]PsyD, MSc, MA – Università degli Studi di Padova, Italia
[14]RN, PhD – Università degli Studi di Milano, Italia
[15]RN, PhD – Ente Ospedaliero Cantonale; Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana, Svizzera; Accademia Scienze Infermieristiche, Italia

Corrispondenza: matteo.martinato@ubep.unipd.it

RIASSUNTO

Introduzione: L'invecchiamento e la cronicità richiedono il rafforzamento dell'assistenza territoriale. Nel setting domiciliare, l'Infermiere di Famiglia e Comunità coordina interventi orientati alla prossimità e continuità. In Italia, tuttavia, il significato delle cure fondamentali (FoC) a domicilio è poco esplorato.
Obiettivi: Esplorare la percezione e il significato attribuiti alle FoC da infermieri**,** pazienti e caregiver nelle cure domiciliari.
Materiali e metodi Protocollo di studio qualitativo descrittivo basato su interviste semi-strutturate individuali in tre regioni del Nord Italia. Campionamento propositivo di: (a) infermieri con ≥6 mesi di esperienza domiciliare; (b) pazienti adulti con almeno una patologia cronica; (c) caregiver informali. Analisi con direct (deductive) content analysis guidata dal FoC Framework; categorie organizzate lungo le tre dimensioni: relazione di fiducia, integrazione dei bisogni fisici-psicologici-relazionali, influenza del contesto. Il rigore sarà garantito secondo criteri di trustworthiness. Saturazione tematica a guida della numerosità.
Discussione e conclusioni: Ci si attende una mappa condivisa di significati e pratiche FoC al domicilio, con l'identificazione di barriere/abilitatori organizzativi e relazionali. I risultati informeranno: (i) strumenti di valutazione FoC per il domicilio; (ii) formazione degli IFeC; (iii) modelli organizzativi territoriali orientati a prossimità e continuità.
Parole chiave: Cure fondamentali; Assistenza domiciliare; Infermiere di Famiglia e Comunità; Analisi del contenuto; Ricerca qualitativa; Continuità assistenziale.

ISSN 2038-0712 – L'Infermiere 2026,63:1, e28 – e37
DOI: 10.57659/SSI.2026.08
© Autore/i 2026. Riutilizzo consentito con CC BY-NC. Nessun riutilizzo commerciale. Pubblicato da FNOPI.

Fundamentals of care in home nursing: qualitative study protocol (FOC_DOM)

ABSTRACT

Introduction: Population ageing and chronic conditions call for a strengthening of community-based care. In the home-care setting, the Family and Community Nurse coordinates interventions aimed at proximity and continuity. In Italy, however, the meaning of Fundamentals of Care (FoC) in home care remains underexplored.

Objectives: To explore the perception and meaning attributed to FoC by nurses, patients, and informal caregivers in home-care settings.

Materials and methods: Descriptive qualitative study protocol based on individual semi-structured interviews conducted in three regions of Northern Italy. Purposive sampling will include: (a) nurses with ≥6 months of home-care experience; (b) adult patients with at least one chronic condition; (c) informal caregivers. Data will be analysed through direct (deductive) content analysis guided by the FoC Framework; categories will be organised according to its three dimensions: trust-based relationships, integration of physical–psychological–relational needs, and contextual influences on care delivery. Rigor will be ensured according to trustworthiness criteria. Thematic saturation will guide sample size.

Discussion and conclusions: The study is expected to generate a shared conceptual map of FoC meanings and practices in home care, identifying relational and organisational barriers and enablers. Findings will inform: (i) FoC assessment tools tailored to home care; (ii) training for Family and Community Nurses; and (iii) organisational models of community care oriented toward proximity and continuity.

Key words: Fundamentals of Care; Home care; Family and Community Nursing; Content analysis; Qualitative research; Continuity of care.

INTRODUZIONE

L'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle patologie croniche hanno evidenziato la necessità di potenziare l'assistenza socio-sanitaria territoriale, promuovendo la salute e la cura nei luoghi di vita delle persone. In Italia, il suo sviluppo è stato sostenuto dall'introduzione dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), delineato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel documento *Health21* e successivamente recepito nel contesto nazionale (World Health Organization, 2020a; World Health Organization, 2020b; Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche, 2020). L'IFeC, integrato nelle cure domiciliari, è responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e comunitario e favorisce l'integrazione tra servizi sanitari e sociali per rispondere in modo efficace ai bisogni della popolazione.

Un ambito peculiare di intervento è il domicilio**,** che rappresenta oggi un pilastro strategico dell'assistenza territoriale, con l'obiettivo di mantenere le persone radicate nel proprio contesto di vita anche in presenza di malattia, secondo una logica proattiva di prossimità e continuità.

Le cure domiciliari non sono solo un'estensione dell'ospedale, ma un setting assistenziale autonomo**,** nel quale la relazione, la fiducia e la personalizzazione dell'intervento infermieristico assumono un valore centrale (Capitani et al., 2024). L'assistenza infermieristica a domicilio, inoltre, contribuisce a migliorare la qualità percepita, sostenere l'autonomia delle persone fragili, favorire la deospedalizzazione e promuovere la sostenibilità del sistema sanitario (Bagnasco et al., 2023). In questo scenario, il ruolo dell'IFeC diventa cruciale per coordinare interventi, attivare la rete dei servizi e garantire la continuità della cura, in coerenza con i principi di prossimità e umanizzazione promossi dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e dai nuovi modelli organizzativi della sanità territoriale italiana.

Nel dibattito infermieristico internazionale è in atto da oltre un decennio una riflessione sul significato delle cure infermieristiche fondamentali (*Fundamentals of Care*, FoC)**,** che indaga cosa costituisce le fondamenta dell'assistenza, quali attributi le connotano e quali esiti di salute derivino da un'assistenza orientata ai fondamentali (Kitson et al., 2010; Palese et al., 2019). Le cure fondamentali sono state descritte come "attività essenziali universali per la vita", spesso date per scontate o relegate a un livello implicito di conoscenza; il *Fundamentals of Care Framework* le definisce come attività che mettono la persona realmente al centro, garantendo attenzione e rispetto (Kitson et al., 2010). Prendersi cura dei bisogni fondamentali non coincide con il solo soddisfacimento dei bisogni fisici, ma include anche dimensioni psicologiche e relazionali. Il Framework articola tre dimensioni principali: (1) la relazione di fiducia tra infermiere e paziente; (2) l'integrazione dei bisogni fisici, psicologici e relazionali; e (3) l'influenza del contesto di cura sull'erogazione dell'assistenza (Feo & Kitson, 2016; Kitson & Muntlin Athlin, 2013a; Kitson et al., 2013b).

In Italia, la maggior parte delle evidenze empiriche sui bisogni fondamentali riguarda i

© Autore/i 2026. Riutilizzo consentito con CC BY-NC. Nessun riutilizzo commerciale. Pubblicato da FNOPI.

contesti ospedalieri, dove il fenomeno delle cure mancate o omesse (*Missed Nursing Care, MNC*) rappresenta un indicatore di fragilità nell'erogazione delle FoC. Studi condotti in setting acuti hanno documentato volumi non trascurabili di MNC e i relativi predittori — come carichi di lavoro, dotazioni di personale, intensità clinica e processi organizzativi — con impatti sugli esiti assistenziali e sulla sicurezza dei pazienti (Palese, 2015; Bagnasco et al., 2017). Le attività riconducibili ai fondamentali — igiene e cura della cute, educazione al paziente e alla famiglia, documentazione e continuità assistenziale — risultano, inoltre, tra le più a rischio di omissione (Valenti et al, 2024; Sasso et al., 2017). In parallelo, il *FoC Framework* è stato tradotto, adattato e validato in italiano, fornendo una base concettuale e operativa per progettare e valutare interventi sui fondamentali nel contesto nazionale (Bagnasco et al., 2025a). Inoltre, uno studio recente ha descritto l'integrazione del Framework nella pratica clinica ospedaliera per valutarne gli effetti su outcome organizzativi e assistenziali (Bagnasco et al., 2025b).

Diversamente, il contesto domiciliare resta meno rappresentato nella letteratura italiana specifica sulle cure fondamentali. Importanti ricerche nazionali si concentrano su qualità, sicurezza e organizzazione dell'assistenza infermieristica domiciliare, come evidenziato dal progetto AIDOMUS-IT**,** promosso da CERSI-FNOPI e realizzato con la collaborazione di numerose università italiane. L'iniziativa, prima nel suo genere a livello nazionale, ha delineato un quadro sistematico e aggiornato dell'assistenza infermieristica territoriale, evidenziando il ruolo strategico dell'infermiere nel garantire continuità, sicurezza e qualità delle cure erogate al domicilio (Bagnasco et al., 2022; Bagnasco et al., 2023).

I risultati preliminari dello studio hanno messo in luce importanti differenze territoriali nell'organizzazione dei servizi domiciliari, vincoli strutturali e carenze di risorse, che possono compromettere la capacità di rispondere in modo uniforme ai bisogni di salute della popolazione. Allo stesso tempo, l'indagine ha sottolineato la necessità di investire sullo sviluppo di competenze specifiche, sul coordinamento interprofessionale e sull'adozione di modelli organizzativi in grado di valorizzare la prossimità e la relazione come dimensioni centrali dell'assistenza infermieristica (Bagnasco et al.,2023).

In questo contesto, il domicilio emerge non solo come luogo di cura, ma come spazio relazionale e organizzativo in cui la qualità delle cure fondamentali dipende dall'equilibrio tra competenze professionali, risorse disponibili e capacità di integrare i bisogni della persona, della famiglia e della comunità.

Alla luce di tali premesse, emerge la necessità di uno studio esplorativo che approfondisca il significato delle cure fondamentali nel setting domiciliare, includendo tutti gli attori coinvolti nel processo assistenziale — infermieri, pazienti e caregiver. Comprendere come ciascuno definisce, interpreta e vive le cure fondamentali consente di individuare elementi condivisi e divergenze nella percezione del "prendersi cura", offrendo basi empiriche per la costruzione di strumenti di valutazione, per l'elaborazione di percorsi formativi dedicati all'IFeC e per lo sviluppo di modelli organizzativi capaci di valorizzare i fondamentali nelle cure primarie. In questa prospettiva, lo studio intende contribuire alla ricostruzione teorica e pratica dei *Fundamentals of Care* nel contesto domiciliare italiano, fornendo conoscenze utili per il miglioramento della qualità assistenziale, della relazione di cura e della continuità tra ospedale e territorio.

OBIETTIVI

L'obiettivo generale di questo studio è esplorare la percezione e il significato attribuito al concetto di cure fondamentali da parte di infermieri, pazienti e caregiver che operano o ricevono assistenza nei setting di cure domiciliari. Lo studio si propone, in particolare, di:

- Indagare la percezione e il significato attribuito dagli infermieri che operano nei setting di cure domiciliari al concetto di cure fondamentali.
- Indagare la percezione e il significato attribuito dai pazienti assistiti al domicilio al concetto di cure fondamentali e descrivere la loro esperienza in relazione alle cure fondamentali ricevute.
- Indagare la percezione e il significato attribuito dai caregiver dei pazienti assistiti al domicilio al concetto di cure fondamentali e descrivere la loro esperienza in relazione alle cure fondamentali ricevute dalla persona oggetto di caregiving.

MATERIALI E METODI

Disegno dello studio

Lo studio sarà condotto secondo un disegno qualitativo descrittivo basato su un approccio di analisi del contenuto diretta (*direct content analysis*) a orientamento deduttivo (Hsieh & Shannon, 2005; Elo & Kyngäs, 2008). Questo consente di esplorare fenomeni complessi, interpretando i dati empirici, alla luce di un quadro teorico preesistente — in questo caso il *Fundamentals of Care Framework* (Kitson et al., 2010) — mantenendo al contempo apertura

ISSN 2038-0712 – L'Infermiere 2026,63:1, e28 – e37
DOI: 10.57659/SSI.2026.08
© Autore/i 2026. Riutilizzo consentito con CC BY-NC. Nessun riutilizzo commerciale. Pubblicato da FNOPI.

verso l'emersione di elementi nuovi o contestualmente specifici.
Il disegno qualitativo descrittivo si propone di rappresentare le esperienze e le percezioni dei partecipanti, restituendo le loro parole con un livello minimo di astrazione teorica (Sandelowski, 2000). Questa scelta metodologica risulta particolarmente adeguata per indagare fenomeni ancora poco esplorati**,** come la comprensione e l'applicazione delle *cure fondamentali* nel contesto domiciliare, permettendo di cogliere la prospettiva vissuta di infermieri, pazienti e caregiver, senza sovrapporre interpretazioni teoriche precostituite (Mayring, 2014).
L'obiettivo è quello di produrre conoscenze direttamente trasferibili alla pratica infermieristica e all'organizzazione dei servizi territoriali, fornendo basi empiriche per la progettazione di modelli di assistenza, percorsi formativi e strumenti di valutazione coerenti con i principi dei *Fundamentals of Care*.

Campionamento e setting
Il campionamento sarà di tipo propositivo secondo criterio (Polit & Beck, 2018), con l'obiettivo di selezionare partecipanti in grado di fornire narrazioni ricche e pertinenti rispetto al fenomeno in esame. All'interno di tale cornice, il campionamento perseguirà intenzionalmente una massima variabilità (Patton, 2015) in termini di genere, età, ruolo (infermiere, paziente, caregiver) e contesto territoriale (urbano, metropolitano e rurale), al fine di favorire la trasferibilità dei risultati.
I setting saranno rappresentati da servizi di cure domiciliari di strutture pubbliche e private situate in tre regioni del Nord Italia (Lombardia, Veneto e Piemonte). Verrà preliminarmente effettuata una mappatura dei servizi domiciliari presenti nei territori selezionati, con l'obiettivo di garantire eterogeneità geografica e organizzativa (urbana, metropolitana e rurale). Le strutture individuate saranno contattate per ottenere le necessarie autorizzazioni formali all'avvio della ricerca.
I partecipanti comprenderanno:

- Infermieri che operano in servizi di cure domiciliari da almeno sei mesi.
- Pazienti seguiti a domicilio da almeno sei mesi per almeno una patologia cronica, maggiorenni e in grado di sostenere un'intervista in lingua italiana.
- Caregiver informali dei pazienti coinvolti, esclusi assistenti familiari o personale sanitario.

La scelta di questi criteri di inclusione è stata definita in coerenza con gli obiettivi esplorativi e descrittivi dello studio, privilegiando la profondità esperienziale e la rilevanza concettuale rispetto alla numerosità campionaria (Smith et al., 2009; Polit & Beck, 2018).
Gli infermieri saranno selezionati tra coloro che operano stabilmente nei servizi di cure domiciliari da almeno sei mesi, in modo da garantire una conoscenza consolidata dei processi di presa in carico e delle dinamiche relazionali con pazienti e caregiver — elementi centrali per la comprensione del significato delle cure fondamentali.
I pazienti saranno inclusi in quanto destinatari diretti delle cure domiciliari e testimoni privilegiati del modo in cui i fondamentali vengono percepiti e agiti nella quotidianità. La durata minima di sei mesi di presa in carico domiciliare è ritenuta necessaria per garantire che i partecipanti abbiano maturato un'esperienza assistenziale sufficientemente strutturata e continuativa, fondata su un numero adeguato di accessi infermieristici e su una relazione di cura sviluppata nel tempo. (Bagnasco et al., 2022; Bagnasco et al., 2023).
Saranno considerati pazienti affetti da almeno una patologia cronica. Questa condizione di cronicità implica una relazione assistenziale continuativa, nella quale la cura si sviluppa come legame stabile e dialogico tra paziente e professionista, favorendo fiducia, prossimità e attenzione ai bisogni fondamentali (Khatri et al, 2023).
I caregiver informali saranno inclusi perché rappresentano una figura chiave nella rete di cura domiciliare. La loro prospettiva consentirà di cogliere la dimensione relazionale e di prossimità delle cure fondamentali, offrendo uno sguardo complementare a quello del paziente e dell'infermiere. Saranno esclusi i caregiver professionali e gli assistenti familiari, per focalizzare l'attenzione sulla relazione di cura informale e sul significato attribuito da chi sostiene quotidianamente il familiare nel processo assistenziale.
Questi criteri permetteranno di ottenere una visione triangolata e completa del fenomeno, coerente con la logica del *Fundamentals of Care Framework*, che riconosce la relazione tra professionista, persona assistita e contesto come dimensione costitutiva della cura (Kitson et al., 2010).
La numerosità campionaria non sarà definita a priori, ma sarà guidata dal criterio della saturazione tematica, ovvero il punto in cui le informazioni raccolte iniziano a ripetersi senza generare nuovi elementi di significato (Ravitch & Mittenfelner**,** 2021). La saturazione sarà monitorata progressivamente durante la fase analitica attraverso la revisione dei dati e la condivisione interpretativa tra più ricercatori, al fine di garantire rigore metodologico e

ISSN 2038-0712 – L'Infermiere 2026,63:1, e28 – e37
DOI: 10.57659/SSI.2026.08
© Autore/i 2026. Riutilizzo consentito con CC BY-NC. Nessun riutilizzo commerciale. Pubblicato da FNOPI.

affidabilità dei risultati.

Raccolta dei dati

La raccolta dei dati sarà effettuata mediante interviste semi-strutturate in profondità, condotte in forma individuale e faccia a faccia. Tutte le interviste saranno svolte da componenti del gruppo di ricerca con comprovata esperienza in ricerca qualitativa, al fine di assicurare competenza metodologica e sensibilità relazionale nel corso dell'interazione (Kallio et al., 2016).

Le interviste si svolgeranno in un luogo scelto dal partecipante, nel rispetto della privacy, della sicurezza e del comfort ambientale. Tutti i colloqui saranno audio-registrati, trascritti integralmente e anonimizzati.

Le guide di intervista, distinte per infermieri, pazienti e caregiver, conterranno domande aperte finalizzate a stimolare una narrazione libera e riflessiva dell'esperienza, lasciando all'intervistatore la possibilità di approfondire in modo flessibile eventuali aspetti emergenti. Le domande saranno articolate attorno a tre aree tematiche principali, coerenti con le dimensioni del *Fundamentals of Care Framework* (Kitson et al., 2010):

1. Area della relazione di fiducia e della prossimità assistenziale tra infermiere e persona assistita, che rappresenta il nucleo fondativo della cura; nel setting domiciliare, tale relazione tende a estendersi al caregiver, assumendo una configurazione triadica come adattamento contestuale del modello teorico. Questa area è volta a esplorare la comunicazione, la fiducia reciproca e la percezione della relazione tra infermiere, persona assistita e caregiver (Kitson et al., 2010; Kitson et al., 2013b).
2. Area dei bisogni fondamentali e degli interventi di cura, orientata a indagare quali necessità i partecipanti riconoscono come prioritarie e come valutano la risposta assistenziale ricevuta o erogata.
3. Area del contesto domiciliare e dei fattori organizzativi, finalizzata ad analizzare gli elementi ambientali, familiari e organizzativi che influenzano la qualità percepita delle cure.

Le guide saranno testate preliminarmente con un piccolo gruppo di partecipanti per verificarne la chiarezza, la comprensibilità linguistica e la pertinenza concettuale (Elo & Kyngäs, 2008; Kallio et al., 2016).

Durante e dopo ciascuna intervista, saranno raccolti appunti di campo e note riflessive per documentare elementi non verbali, emozioni e riflessioni interpretative dei ricercatori, a supporto del processo analitico e della trasparenza metodologica (Graneheim & Lundman, 2004; Berger, 2013).

Analisi dei dati

Le trascrizioni saranno analizzate mediante analisi del contenuto diretta (Direct Content Analysis), secondo un approccio deduttivo (Hsieh & Shannon, 2005; Elo & Kyngäs, 2008). Questo metodo consente di interpretare i dati alla luce di un quadro teorico preesistente — in questo caso il *Fundamentals of Care Framework* (Kitson et al., 2010) — mantenendo al contempo apertura verso l'emersione di elementi nuovi o contestualmente specifici.

Due ricercatori condurranno una lettura indipendente e reiterata dell'intero dataset, al fine di familiarizzare con il materiale e sviluppare una comprensione olistica del contenuto (Bengtsson, 2016). Successivamente, procederanno alla codifica iniziale indipendente delle unità di significato, per garantire l'affidabilità e la *confirmability* del processo analitico (Johnson et al., 2020).

I codici prodotti saranno poi discussi, confrontati e raffinati in più *round* di confronto all'interno del gruppo di ricerca, fino al raggiungimento di un consenso condiviso sulle etichette e sulla loro interpretazione (Graneheim & Lundman, 2004). La costruzione dei temi seguirà una logica deduttiva, guidata dal *FoC Framework*, ma lascerà spazio a un affinamento induttivo per includere nuovi concetti emersi dai dati e non previsti dal modello teorico originario.

I codici saranno organizzati in sottocategorie e categorie mutuamente esclusive, successivamente raggruppate secondo le tre dimensioni centrali del *Fundamentals of Care Framework*:

1. La relazione di fiducia tra infermiere, paziente e caregiver.
2. L'integrazione dei bisogni fisici, psicologici e relazionali.
3. L'influenza del contesto di cura sull'erogazione e sulla qualità dell'assistenza.

Questo processo deduttivo, orientato dalla teoria, garantirà coerenza con il modello concettuale di riferimento, mentre l'affinamento induttivo delle sottocategorie permetterà di cogliere pratiche e significati specifici del contesto domiciliare.

L'analisi dei dati sarà condotta secondo un approccio ibrido manuale–AI-assisted, che integra la tradizionale analisi qualitativa manuale con il supporto di un Large Language Model (LLM). Nello specifico, verrà utilizzato un large language model (LLM) di tipo generativo (ChatGPT, modello GPT-5.1 o versione equivalente al momento dell'analisi), attraverso una piattaforma web ad accesso controllato, mediante account nominativi e non condivisi,

ISSN 2038-0712 – L'Infermiere 2026,63:1, e28 – e37
DOI: 10.57659/SSI.2026.08
© Autore/i 2026. Riutilizzo consentito con CC BY-NC. Nessun riutilizzo commerciale. Pubblicato da FNOPI.

utilizzati esclusivamente dai ricercatori coinvolti nello studio.
In una prima fase, l'LLM verrà impiegato come strumento di supporto alla fase di organizzazione e classificazione preliminare dei dati per agevolare la classificazione dei frammenti testuali all'interno delle categorie predefinite del framework Fundamentals of Care (FOC), con l'obiettivo di ottimizzare l'organizzazione preliminare dei dati senza sostituire il processo interpretativo umano.
Successivamente, i ricercatori effettueranno una revisione manuale iterativa per verificare la coerenza della categorizzazione, affinare le codifiche e interpretare i contenuti alla luce del quadro teorico di riferimento. Questo processo consentirà di mantenere il rigore dell'analisi qualitativa, garantendo trasparenza e tracciabilità delle decisioni analitiche, e valorizzando al contempo le potenzialità di efficienza e sistematicità offerte dall'intelligenza artificiale. Tutti i dati forniti al modello saranno preventivamente anonimizzati e privati di qualsiasi riferimento diretto o indiretto all'identità dei partecipanti; nessuna informazione sensibile o identificativa sarà inserita nelle interazioni con l'LLM.
Tale approccio si ispira alle recenti sperimentazioni metodologiche che esplorano l'integrazione tra analisi qualitativa tradizionale e strumenti basati su AI generativa (Wachinger et al., 2025; Morgan, 2025; Rahman & Zhang, 2025). Le interazioni con l'LLM saranno guidate da istruzioni operative standardizzate (prompt), formulate in coerenza con il FoC Framework; a titolo esemplificativo, il modello potrà essere istruito a "classificare specifici frammenti testuali all'interno di categorie teoriche predefinite, senza produrre interpretazioni o inferenze". Tutti i passaggi di interazione con il modello (prompt, output, revisioni successive) saranno documentati e archiviati come parte integrante dell'audit trail, al fine di garantire trasparenza, tracciabilità e verificabilità del processo analitico.

Rigore metodologico e riflessività
Per assicurare la qualità e la credibilità del processo interpretativo, lo studio seguirà i criteri di trustworthiness di Lincoln e Guba (1986, 2004): credibilità, dipendenza, confermabilità e trasferibilità:

- Credibilità: sarà garantita attraverso il prolungato coinvolgimento con i partecipanti e la conduzione di interviste fino al raggiungimento della saturazione dei dati (Johnson et al., 2020). Sarà inoltre applicata la triangolazione tra ricercatori per minimizzare i bias interpretativi (Graneheim & Lundman, 2004). Un member checking parziale sarà condotto con un sottoinsieme di partecipanti (infermieri, pazienti e caregiver) disponibili a essere ricontattati, in una fase successiva alla definizione preliminare delle categorie tematiche. Il sottoinsieme coinvolto nel member checking sarà composto indicativamente da circa il 20–30% del campione complessivo, garantendo una variabilità per genere, età e contesto di cura. Ai partecipanti verrà restituita una sintesi dei temi principali, accompagnata da estratti o citazioni selezionate e anonimizzate, al fine di verificare la coerenza interpretativa e la rispondenza dei risultati all'esperienza vissuta, senza restituire le trascrizioni integrali. Eventuali feedback saranno documentati e considerati nel processo analitico, a supporto della credibilità dello studio (Birt et al., 2016).
- Dipendenza (dependability): sarà assicurata mediante l'utilizzo di una guida d'intervista uniforme all'interno di ciascun cluster campionario (infermieri, pazienti e caregiver) e attraverso la documentazione dettagliata delle fasi di raccolta e analisi dei dati.
- Confermabilità: sarà garantita dal doppio controllo delle trascrizioni e dei codici, dall'uso di citazioni dirette per sostenere l'interpretazione e dall'adozione sistematica del bracketing, documentato attraverso diari riflessivi e appunti di campo, utilizzati per rendere esplicite le precomprensioni dei ricercatori e monitorarne l'influenza sul processo analitico (Tufford & Newman, 2010).
- Trasferibilità: sarà sostenuta da un campionamento propositivo con massima variabilità (Patton, 2015), che consentirà di includere esperienze differenti per genere, età, contesto territoriale e ruolo nel processo di cura. La descrizione dettagliata del contesto e delle caratteristiche dei partecipanti permetterà ai lettori di valutare la pertinenza dei risultati ad altri scenari simili.

Durante tutto il percorso di ricerca, i ricercatori manterranno una postura riflessiva, consapevoli della propria posizione come professionisti sanitari e studiosi qualitativi. Attraverso diari riflessivi e discussioni di team, saranno documentate precomprensioni, reazioni emotive e intuizioni emergenti, in un'ottica di trasparenza e di indagine eticamente fondata (Berger, 2013; Malterud, 2001).
La durata complessiva dello studio è stimata in circa dodici mesi, articolati nelle seguenti fasi

ISSN 2038-0712 – L'Infermiere 2026,63:1, e28 – e37
DOI: 10.57659/SSI.2026.08
© Autore/i 2026. Riutilizzo consentito con CC BY-NC. Nessun riutilizzo commerciale. Pubblicato da FNOPI.

principali:

- Sei mesi dedicati alla raccolta dei dati, comprensivi della trascrizione e dell'anonimizzazione progressiva delle interviste e dell'avvio contestuale dell'analisi preliminare, al fine di consentire un processo iterativo e simultaneo di raccolta–analisi dei dati.
- Tre mesi dedicati al completamento dell'analisi qualitativa, al raffinamento delle categorie e alla discussione interpretativa all'interno del gruppo di ricerca.
- Tre mesi dedicati alla sintesi finale dei risultati, alla loro validazione (incluso il member checking parziale) e alla stesura del manoscritto.

Considerazioni etiche

Lo studio sarà condotto nel rispetto dei principi etici delineati nella Dichiarazione di Helsinki (World Medical Association, 2025) e delle normative vigenti in materia di protezione dei dati personali, in conformità con il Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e con il D.Lgs. 30 giugno 2003 n.196, così come modificato dal D.Lgs. 101/2018.

Il protocollo di studio è stato approvato dal Comitato Etico Territoriale Lombardia 1, con Codice protocollo: FOC_DOM2024, numero di registro CET 148-2025. Tutti i partecipanti riceveranno informazioni complete sugli obiettivi, le modalità e le finalità dello studio, nonché sulle garanzie di riservatezza e anonimato dei dati raccolti. La partecipazione sarà volontaria e subordinata alla sottoscrizione del consenso informato scritto. Ai partecipanti sarà garantita la possibilità di ritirarsi in qualsiasi momento, senza conseguenze sul percorso assistenziale, per motivi tecnici fino al momento di elaborazione e aggregazione dei dati; successivamente sarebbe impossibile risalire alle singole informazioni e scorporarle a valle del processo di anonimizzazione.

La riservatezza dei dati sarà tutelata mediante l'assegnazione di un codice alfanumerico anonimo a ciascun partecipante, sostituendo ogni riferimento identificativo personale. I file audio e le trascrizioni saranno archiviati in formato digitale protetto da password, accessibili esclusivamente ai ricercatori coinvolti per un periodo massimo di 7 anni. Durante la trascrizione, saranno rimossi tutti i riferimenti diretti o indiretti che possano consentire l'identificazione dei partecipanti.

DISCUSSIONE

In letteratura è ampiamente riconosciuto che la qualità dell'assistenza infermieristica dipenda in larga misura dalla capacità dei professionisti di garantire le cure fondamentali (*Fundamentals of Care, FoC*), intese come la base relazionale, fisica e psicologica dell'agire infermieristico (Kitson et al., 2010; Feo & Kitson, 2016). Numerosi studi condotti in ambito ospedaliero hanno evidenziato come le cure fondamentali rappresentino spesso le prime attività ad essere omesse o frammentate, con conseguenze dirette sugli esiti di salute, sulla sicurezza e sulla soddisfazione dei pazienti (Bagnasco et al., 2017; Palese et al., 2019). Tali omissioni sono state correlate a fattori organizzativi, carichi di lavoro elevati, inadeguato staffing e scarsa attenzione agli aspetti relazionali della cura (Bagnasco et al., 2020).

Nonostante il crescente interesse scientifico sul tema, la letteratura italiana appare ancora fortemente concentrata sui contesti di cura per acuti, mentre il setting domiciliare rimane pressoché inesplorato (Bagnasco et al., 2022; Bagnasco et al., 2023). Eppure, il domicilio rappresenta un contesto privilegiato per osservare la cura nella sua interezza: un luogo dove la relazione con il paziente e la famiglia diviene elemento centrale del processo assistenziale e dove le cure fondamentali possono manifestarsi nella loro dimensione più autentica di prossimità, continuità e attenzione alla persona.

Il presente studio nasce da questa esigenza di colmare un vuoto conoscitivo, esplorando la percezione e il significato attribuito alle cure fondamentali da parte di infermieri, pazienti e caregiver nel contesto delle cure domiciliari. Attraverso un approccio qualitativo descrittivo, ancorato al *Fundamentals of Care Framework* (Kitson et al., 2013b), la ricerca si propone di dare voce ai protagonisti della cura, individuando le rappresentazioni condivise e le eventuali dissonanze tra ciò che gli infermieri intendono e ciò che pazienti e familiari percepiscono come "fondamentale".

I risultati attesi potranno contribuire a rafforzare la pratica clinica territoriale, fornendo indicazioni operative per rendere più visibili e tracciabili i fondamentali nella quotidianità assistenziale. Tali evidenze potranno, inoltre, orientare la costruzione di strumenti di valutazione specifici per il domicilio, a supporto della documentazione infermieristica e dei processi di miglioramento continuo della qualità.

Dal punto di vista formativo, lo studio offrirà elementi utili a sviluppare percorsi di aggiornamento e formazione per gli Infermieri di Famiglia e Comunità, finalizzati a integrare sistematicamente i principi del *FoC Framework* nella presa in carico, nell'educazione terapeutica e nella collaborazione con i caregiver. La conoscenza prodotta potrà inoltre supportare i Corsi di Laurea nell'inserimento di

ISSN 2038-0712 – L'Infermiere 2026,63:1, e28 – e37
DOI: 10.57659/SSI.2026.08
© Autore/i 2026. Riutilizzo consentito con CC BY-NC. Nessun riutilizzo commerciale. Pubblicato da FNOPI.

contenuti teorici e laboratori esperienziali centrati sulle cure fondamentali, così da rendere esplicita, fin dal percorso universitario, la connessione tra assistenza, relazione e dignità della persona assistita.
Dal punto di vista organizzativo, la ricerca potrà offrire spunti per rileggere i modelli di presa in carico nel territorio alla luce delle cure fondamentali, contribuendo a rendere più coerenti i processi assistenziali con i valori della professione infermieristica e con la missione dell'assistenza di prossimità promossa dal PNRR.

Limiti
Il presente studio presenta alcuni limiti attesi. In primo luogo, la conduzione dello studio in tre regioni del Nord Italia potrebbe limitare la trasferibilità dei risultati ad altri contesti territoriali caratterizzati da differenti assetti organizzativi, risorse disponibili e modelli di assistenza domiciliare. Tuttavia, tale limite sarà in parte mitigato dall'adozione di un campionamento orientato alla massima variabilità e da una descrizione densa del contesto e dei partecipanti.
In secondo luogo, il reclutamento di partecipanti disponibili e in grado di sostenere un'intervista in profondità potrebbe introdurre un bias di selezione, privilegiando esperienze maggiormente articolate o consapevoli. Inoltre, l'esclusione di pazienti con significativa compromissione cognitiva o clinica potrebbe determinare una sottorappresentazione delle situazioni di più elevata complessità assistenziale, nelle quali le cure fondamentali assumono spesso caratteristiche specifiche e più problematiche. Questo limite è parzialmente compensato dall'inclusione dei caregiver informali, che offrono una prospettiva complementare sull'esperienza di cura.
Infine, come in ogni ricerca qualitativa, l'interpretazione dei dati è influenzata dalla posizione e dalle precomprensioni dei ricercatori in quanto professionisti sanitari. Tale rischio è affrontato attraverso strategie di riflessività, bracketing, triangolazione tra ricercatori e documentazione sistematica del processo analitico, al fine di rendere esplicite e controllabili le assunzioni interpretative.

CONCLUSIONI

In prospettiva, questo studio rappresenterà il primo passo verso una concettualizzazione empiricamente fondata delle cure fondamentali nel setting domiciliare italiano, favorendo lo sviluppo di future ricerche multicentriche e mixed methods, volte a correlare le pratiche FoC con gli esiti di salute e la soddisfazione delle persone assistite.
In conclusione, la ricerca proposta si pone come un'opportunità per rendere visibile l'essenza stessa dell'infermieristica di comunità, restituendo dignità e valore a quelle cure spesso considerate "ordinarie", ma che costituiscono la trama più autentica della relazione di cura.

Conflitto di interessi
Gli altri autori dichiarano di non avere conflitti di interessi.

Finanziamenti
Il lavoro non ha beneficiato di alcuna forma di finanziamento.

Ringraziamenti
Si ringraziano i componenti del Comitato Scientifico di Accademia Scienze Infermieristiche (ASI) per i preziosi suggerimenti nella stesura del protocollo di studio: Lucia Teresa Benetti, Angela Durante, Anna Maria Destro, Antonio Pignatto, Stefano Terzoni, Angela Tolotti, Dario Valcarenghi.

BIBLIOGRAFIA

Bagnasco, A., Alvaro, R., Lancia, L., Manara, D. F., Rasero, L., Rocco, G., Zega, M., Mangiacavalli, B., Mazzoleni, B. & Sasso, L. (2022) Assistenza infermieristica domiciliare in Italia AIDOMUS-IT: primo studio nazionale del Centro di Eccellenza per la Ricerca e lo Sviluppo dell'Infermieristica (CERSI-FNOPI), L'Infermiere, 59(6), e113–e122. Disponibile da: https://www.infermiereonline.org/wp-content/uploads/2023/01/Linfermiere-59-6-2022-pages-e113-e122-1.pdf

Bagnasco, A., Alvaro, R., Lancia, L., Zanini, M., Catania, G., Timmins, F. & Sasso, L. (2023) 'Protocol for evaluating quality and safety for the public through home care nursing in Italy (AIDOMUS-IT): a national study', BMJ Open, 13(5), e071155. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-071155

Bagnasco, A., Catania, G., Zanini, M., et al. (2023) 'Assistenza infermieristica domiciliare in Italia: il progetto AIDOMUS-IT', L'Infermiere.org, 23 gennaio 2023. https://www.infermiereonline.org/2023/01/23/assistenza-infermieristica-domiciliare-in-italia-aidomus-it-primo-studio-nazionale-del-cersi-fnopi

Bagnasco, A., Timmins, F., de Vries, J.M.A., Aleo, G., Zanini, M., Catania, G. & Sasso, L. (2017) 'Understanding and addressing missed care in clinical placements — Implications for nursing students and nurse educators', Nurse Education

© Autore/i 2026. Riutilizzo consentito con CC BY-NC. Nessun riutilizzo commerciale. Pubblicato da FNOPI.

Today, 56, pp. 1–5. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.05.015

Bagnasco, A., Lusignani, M., Pagnucci, N., Sallai, T., Catania, G., Napolitano, F., Dal Molin, A., Mazzoleni, B., Cosmai, S. & Sasso, L. (2025a) 'Italian version of the Fundamentals of Care Framework and the Fundamentals of Care Practice Process: A comprehensive validation study', Journal of Advanced Nursing, first published 28 July 2025. https://doi.org/10.1111/jan.70099

Bagnasco, A., Costamagna, G., Bagnato, S., Do Nascimento, A., Ghironi, E., Testa, O., Stuardi, M., Ricotti, A., Sperlinga, R., Di Nitto, M., Catania, G. & Sasso, L. (2025b) 'Integration of the Fundamentals of Care Framework into the clinic (the CONFORM study): A quasi-experimental pre-post implementation study protocol', Journal of Preventive Medicine and Hygiene, 66(2), published 25 July 2025. https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2025.66.2.3666

Bengtsson, M. (2016) 'How to plan and perform a qualitative study using content analysis', NursingPlus Open, 2, pp. 8–14. https://doi.org/10.1016/j.npls.2016.01.001

Berger, R. (2013) 'Now I see it, now I don't: Researcher's position and reflexivity in qualitative research', Qualitative Research, 15(2), pp. 219–234. https://doi.org/10.1177/1468794112468475

Birt, L., Scott, S., Cavers, D., Campbell, C. & Walter, F. (2016) 'Member checking: A tool to enhance trustworthiness or merely a nod to validation?', Qualitative Health Research, 26(13), pp. 1802–1811. https://doi.org/10.1177/1049732316654870

Capitani, N., Rasero, L., Longobucco, Y., Magi, C.E., Iovino, P., Bambi, S. & Calamassi, D. (2024) 'Highlanders: a qualitative study to explore the experiences of home care nurses in rural areas in Italy', Infermieristica Journal, 3(2), pp. 82–93. https://doi.org/10.36253/if-2450

Elo, S. & Kyngäs, H. (2008) 'The qualitative content analysis process', Journal of Advanced Nursing, 62(1), pp. 107–115. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x

Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI). (2020) Position Statement: L'infermiere di famiglia e di comunità. Roma: FNOPI. https://www.infermiereonline.org/wp-content/uploads/2020/10/Position-Statement-FNOPI-LInfermiere-di-famiglia-e-di-comunit%C3%A0.pdf

Feo, R. & Kitson, A. (2016) 'Promoting patient-centred fundamental care in acute healthcare systems', International Journal of Nursing Studies, 57, pp. 1–11. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.01.006

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004) 'Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness', Nurse Education Today, 24(2), pp. 105–112. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001

Ravitch, S.M. & Mittenfelner Carl, N. (2021) Qualitative Research: Bridging the Conceptual, Theoretical, and Methodological. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications. ISBN 9781544333816.

Hsieh, H.-F. & Shannon, S.E. (2005) 'Three approaches to qualitative content analysis', Qualitative Health Research, 15(9), pp. 1277–1288https://doi.org/10.1177/1049732305276687

Johnson, J.L., Adkins, D. & Chauvin, S. (2020) 'A review of the quality indicators of rigor in qualitative research', American Journal of Pharmaceutical Education, 84(1), 7120. https://doi.org/10.5688/ajpe7120

Kallio, H., Pietilä, A.M., Johnson, M. & Kangasniemi, M. (2016) 'Systematic methodological review: Developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide', Journal of Advanced Nursing, 72(12), pp. 2954–2965. https://doi.org/10.1111/jan.13031

Khatri, R., et al. (2023) 'Continuity and care coordination of primary health care: a scoping review', BMC Health Services Research, 23, Article number 750. https://doi.org/10.1186/s12913-023-09718-8.

Kitson, A., Conroy, T., Kuluski, K., Locock, L. & Lyons, R. (2013b) Reclaiming and redefining the Fundamentals of Care: Nursing's response to meeting patients' basic human needs. Adelaide: University of Adelaide, School of Nursing. https://digital.library.adelaide.edu.au/dspace/handle/2440/75843

Kitson, A. & Muntlin Athlin, Å. (2013a) 'Development and preliminary testing of a framework to evaluate patients' experiences of the Fundamentals of Care', Nursing Research and Practice, 2013, 572437. https://doi.org/10.1155/2013/572437

Kitson, A., Conroy, T., Wengström, Y., Profetto-McGrath, J. & Robertson-Malt, S. (2010) 'Defining the fundamentals of care', International Journal of Nursing Practice, 16(4), pp. 423–434. https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2010.01861.x

Lincoln, Y.S. & Guba, E.G. (1986) Naturalistic inquiry. Newbury Park: Sage Publications.

Lincoln, Y.S. & Guba, E.G. (2004) 'But is it rigorous? Trustworthiness and authenticity in naturalistic evaluation', New Directions for Program Evaluation, 30, pp. 73–84. https://doi.org/10.1002/ev.1427

Malterud, K. (2001) 'Qualitative research: Standards, challenges, and guidelines', The Lancet, 358(9280),

© Autore/i 2026. Riutilizzo consentito con CC BY-NC. Nessun riutilizzo commerciale. Pubblicato da FNOPI.

pp. 483–488. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05627-6

Mayring, P. (2014) Qualitative content analysis: Theoretical foundation, basic procedures and software solution. Klagenfurt, Austria: Beltzhttps://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-395173

Ministero dell'Economia e delle Finanze. (2021). Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Governo Italiano. https://www.mef.gov.it/focus/Il-Piano-Nazionale-di-Ripresa-e-Resilienza-PNRR-00001/

Morgan, D. L. (2025). Query-based analysis: A strategy for analyzing qualitative data using ChatGPT. Qualitative Health Research, 0(0), 1–12. https://doi.org/10.1177/10497323251321712

Palese, A., Ambrosi, E., Prosperi, L., Guarnier, A., Barelli, P., Zambiasi, P., Allegrini, E., Bazoli, L., Casson, P., Marin, M., Padovan, M., Picogna, M., Taddia, P., Salmaso, D., Chiari, P., Marognolli, O., Canzan, F., Gonella, S. & Saiani, L. (2015) 'Missed nursing care and predicting factors in the Italian medical care setting', Internal and Emergency Medicine, 10(6), pp. 693–702 https://doi.org/10.1007/s11739-015-1232-6

Palese, A., Mattiussi, E., Fabris, S., Caruzzo, D. & Achil, I**.** (2019) 'The "Back to the Basics" movement: Return to the past or sign of a "mature" nursing?', Assistenza Infermieristica e Ricerca, 38(3), pp. 129–134. https://doi.org/10.1702/3129.31110

Patton, M.Q. (2015) Qualitative research and evaluation methods: Integrating theory and practice (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2018) Fondamenti di ricerca infermieristica. 2ª edizione italiana a cura di Alvisa Palese. Milano: McGraw-Hill Education. ISBN 9788838694936.

Rahman, M., & Zhang, X. (2025). Utilizing AI-powered thematic analysis: Methodology, implementation, and lessons learned. Cureus, 17(1), e0–e15. https://doi.org/10.7759/cureus.85338

Sandelowski, M. (2000) 'Whatever happened to qualitative description?', Research in Nursing & Health, 23(4), pp. 334–340. https://doi.org/10.1002/1098-240X(200008)23:4

Sasso, L., Bagnasco, A., Zanini, M., Catania, G., Aleo, G., Santullo, A., Spandonaro, F., Icardi, G., Watson, R. & Sermeus, W. (2017) 'The general results of the RN4CAST survey in Italy', Journal of Advanced Nursing, 73(9), pp. 2028–2030. https://doi.org/10.1111/jan.13066

Simeone, S., De Santis, S., Esposito, M.R. & Alvaro, R. **(**2021) 'Homecare workers in Italy: a narrative review', Annali di Igiene, 33(2), pp. 205–214. https://doi.org/10.7416/ai.2021.2468

Tufford, L. & Newman, P**.** (2010) 'Bracketing in qualitative research', Qualitative Social Work, 11(1), pp. 80–96. https://doi.org/10.1177/1473325010368316

Valenti, A., Ricotti, A., Rizzo, A. & Zamprogno, M.; AIOSS Group (2024) 'Missed nursing care and stoma care: an Italian survey', British Journal of Nursing, 33(6 Suppl 12), S12–S19. https://doi.org/10.12968/bjon.2024.33.6.S12

Wachinger, J., Barnighausen, K., Schafer, L. N., Scott, K., & McMahon, S. A. (2025). Prompts, pearls, imperfections: Comparing ChatGPT and a human researcher in qualitative data analysis. Qualitative Health Research, 35(9), 951–966. https://doi.org/10.1177/10497323241244669

World Health Organization**.** (2020a) The family health nurse: Context, conceptual framework and curriculum. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/53860/E92341.pdf

World Health Organization**.** (2020b) Nurses and midwives for health: A WHO European strategy for nursing and midwifery education. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

World Medical Association**.** (2025) 'World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human participants', JAMA, 333(1), pp. 71–74. https://doi.org/10.1001/jama.2024.21972

© Autore/i 2026. Riutilizzo consentito con CC BY-NC. Nessun riutilizzo commerciale. Pubblicato da FNOPI.