



# **Università di Genova**

Università degli Studi di Genova  
Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche  
Dipartimento Scienze della Salute (DISSAL)

**Dottorato di Ricerca in Scienze della Salute**

**Curriculum: Nursing**

**XXXVIII ciclo**

**Coordinatore: Prof. Alberto Izzotti**

**Modelli di transizione dalla formazione accademica al contesto  
professionale sanitario: studio fenomenologico ermeneutico.**

PhD Candidate: Daniela Cattani

Relatore: Prof.ssa Annamaria Bagnasco

Correlatore: Dott.ssa Beatrice Mazzoleni

Anno accademico 2024/2025

## INDICE

Sommario	
ABSTRACT .....	4
RINGRAZIAMENTI .....	7
1. INTRODUZIONE .....	8
1.1 Qualità dell'assistenza infermieristica e centralità delle cure fondamentali.....	8
1.2 Il Fundamentals of Care Framework: genesi, dimensioni teoriche ed evoluzione.....	11
1.2.1 Origini e sviluppo del Framework.....	11
1.2.2 Il Fundamentals of Care Practice Process .....	13
1.3 Il Fundamentals of Care Framework nella formazione infermieristica: stato dell'arte e gap conoscitivi.....	14
1.3.1 Esperienze internazionali di integrazione curricolare.....	14
1.3.2 Il progetto FoC-FORM: un'esperienza italiana .....	15
1.4 Gap conoscitivi: la transizione alla pratica.....	16
1.5 La transizione alla pratica professionale: sfide, teorie e costruzione dell'identità.....	17
1.5.1 La fase critica dell'ingresso nel contesto lavorativo.....	17
1.5.2 Teorie sulla transizione professionale .....	19
1.6 Quadro epistemologico: fenomenologia ermeneutica e filosofia morale di Charles Taylor.....	21
1.7 Razionale dello studio e obiettivi .....	23
2. METODI .....	25
2.1 Impostazione metodologica .....	25
2.2 Aspetti etici e protezione dei dati .....	27
2.3 Ruolo del team di ricerca .....	28
2.4 Campionamento e partecipanti .....	29
2.5 Conduzione delle interviste .....	30
2.6 Note sul campo .....	31
2.7 Analisi dei dati .....	32
2.7.1 Codifica S&A: integrazione tra approccio induttivo e deduttivo	33

2.7.2 Componente induttiva .....	33
2.7.3 Componente deduttiva .....	34
2.7.4 Microtemi .....	34
2.7.5 Mesotemi .....	35
2.7.6 Sintesi narrativa .....	35
2.7.7 Analisi trasversale e sintesi finale.....	36
3. RISULTATI.....	37
3.1 Riconoscimento del valore del Fundamentals of Care Framework e legame con l'identità professionale .....	40
3.2 La relazione come nucleo centrale della cura.....	43
3.2.1 La relazione come fondamento della cura.....	43
3.2.2 Diventare capaci di relazione: predisposizione, formazione ed esperienza .....	45
3.2.3 Come la relazione prende forma nella pratica: azioni e micro- pratiche relazionali .....	47
3.2.4 La relazione con i familiari: risorsa, responsabilità e fatica .....	50
3.2.5 Ciò che ostacola la relazione: frizioni, limiti e accettazione.....	52
3.2.6 Il tempo come condizione trasversale della relazione .....	55
3.2.7 Vivere il coinvolgimento emotivo: confini, fatica e ricerca di sostegno .....	57
3.3 L'assistenza ai bisogni fisici: dalla valutazione alla presa in carico..	59
3.3.1 Rilevare e comprendere i bisogni .....	59
3.3.2 Progettare la risposta assistenziale.....	61
3.3.3 Lavorare insieme: équipe, OSS e caregiver.....	64
3.3.4 Vincoli, difficoltà e tensioni della pratica .....	66
3.3.5 Esiti della cura: vissuti di pazienti e infermieri.....	68
3.4 Assistenza e bisogni psicosociali .....	68
3.4.1 Riconoscere il vissuto emotivo del paziente.....	69
3.4.2 Sostenere il vissuto emotivo del paziente attraverso comunicazione, ascolto e presenza .....	70
3.4.3 Essere riconosciuti come persona: dignità, valori e identità nell'esperienza di cura .....	71

3.5. Il vissuto degli infermieri rispetto al contesto dell'assistenza .....	72
3.5.1 Il contesto organizzativo: risorse, tempi e vincoli nella pratica quotidiana .....	73
3.5.2 Il lavoro in équipe: collaborazione, ruoli e dinamiche relazionali .....	75
3.5.3 Leadership, clima organizzativo e vissuto professionale .....	77
4. DISCUSSIONE .....	79
4.1 Significato complessivo dei risultati.....	79
4.2 La relazione come nucleo della cura: porta di accesso al Fundamentals of Care e sfida di integrazione nella pratica .....	81
4.3 L'integrazione dei bisogni fondamentali: tra intenzionalità di cura e frammentazione della pratica.....	83
4.4 Costruire l'identità professionale nella transizione alla pratica.....	87
4.5 Il contesto come spazio di negoziazione della cura.....	90
4.6 Leadership clinica e attuazione del Fundamentals of Care nella pratica quotidiana .....	92
4.7 Una lettura integrata dell'esperienza: il Fundamentals of Care nella transizione alla pratica .....	94
4.8 Limiti dello studio .....	97
6. CONCLUSIONI .....	99
BIBLIOGRAFIA .....	101
ALLEGATI .....	113
Allegato1 – Guida alla conduzione dell'intervista (Versione originale)	113
Allegato2- Guida alla conduzione dell'intervista (revisionata dopo incontro con Team) .....	114
Allegato 3 – Estrazione Codici S (sintesi) e A (analisi, induttive e Deduttive) .....	115
Allegato 4 – Tabella individuazione Microtemi .....	116
Allegato 5- Mappa per individuazione microtemi.....	117
Allegato 6- Sintesi Narrativa .....	118
Allegato 7- Mappa individuazione dei mesotemi .....	119

## ABSTRACT

### Background

La transizione dall'università alla pratica clinica rappresenta per gli infermieri neolaureati una fase cruciale, caratterizzata da profonde trasformazioni professionali, relazionali ed emotive. In questo contesto, il *Fundamentals of Care (FoC) Framework* costituisce una cornice teorica per sostenere una cura centrata sulla persona, fondata sull'integrazione tra relazione, bisogni fondamentali e contesto assistenziale.

Il presente studio si sviluppa a partire dal progetto di ricerca FoC-FORM, finalizzato a valutare l'impatto dell'integrazione del FoC nei percorsi formativi infermieristici, configurandosi come un approfondimento successivo. In continuità con tale progetto, questa indagine esplora l'esperienza vissuta degli infermieri neolaureati formati secondo il Framework, analizzando come essi interpretano, interiorizzano e traducono tali principi nella pratica assistenziale nei primi mesi di inserimento lavorativo.

Ad oggi, il modo in cui la formazione sul FoC influenzi l'esperienza post-formativa e la pratica clinica nella fase di transizione risulta ancora poco esplorato nella letteratura qualitativa.

### Obiettivo

Esplorare e comprendere il significato attribuito dagli infermieri neolaureati all'esperienza assistenziale nei primi mesi di attività professionale, analizzando come essa venga interpretata e integrata alla luce del *Fundamentals of Care Framework*.

### Metodi

È stato condotto uno studio qualitativo con orientamento fenomenologico-ermeneutico. Sono state realizzate nove interviste semi-strutturate a infermieri neolaureati formati nell'ambito del progetto FoC-FORM. I dati sono stati analizzati mediante il metodo SAMMSA, attraverso un percorso

induttivo-deduttivo che ha condotto all'identificazione di microtemi, mesotemi e sintesi narrative individuali, seguite da un'analisi trasversale.

## Risultati

L'analisi ha portato all'identificazione di sei mesotemi principali che descrivono il modo in cui i neolaureati interpretano la propria esperienza assistenziale nei primi mesi di lavoro. In una fase successiva, tali mesotemi sono stati ulteriormente interpretati e organizzati in relazione alle tre dimensioni del Fundamentals of Care Framework: relazione, integrazione dei bisogni fondamentali e contesto assistenziale. La relazione emerge come elemento centrale della cura e condizione per l'efficacia degli interventi. La risposta ai bisogni fondamentali — fisici e psicosociali — è vissuta come pratica significativa, in cui anche piccoli gesti e azioni quotidiane assumono valore umano e professionale. Il contesto organizzativo influisce in modo rilevante sulla possibilità di realizzare un'assistenza coerente con tali principi, generando tensioni tra ideali di cura e realtà operativa, ma anche processi di adattamento e apprendimento. Tali esperienze si accompagnano a vissuti emotivi ambivalenti, in cui momenti di gratificazione e senso si intrecciano con esperienze di fatica, coinvolgimento emotivo e dissonanza rispetto agli ideali di cura. In questo quadro, la formazione FoC orienta il modo in cui i partecipanti leggono le situazioni cliniche, prendono decisioni e riflettono sulla propria pratica.

## Discussioni

I risultati suggeriscono che l'applicazione del *Fundamentals of Care* nella fase di transizione alla pratica non avvenga in modo lineare, ma si configuri come un processo dinamico e situato di interpretazione e rinegoziazione. Il Framework emerge non solo come riferimento teorico, ma come una lente attraverso cui i neolaureati attribuiscono significato alla propria esperienza assistenziale, orientando l'agire in contesti caratterizzati da vincoli e complessità.

La tensione tra ideali di cura e condizioni operative rappresenta un elemento

centrale di tale esperienza e contribuisce a configurare la transizione come un processo di costruzione dell'identità professionale, in cui i principi appresi vengono progressivamente adattati e tradotti nella pratica. In questo percorso, il contesto organizzativo e le dinamiche di équipe giocano un ruolo determinante nel facilitare o limitare la possibilità di realizzare una cura centrata sulla persona. I risultati evidenziano inoltre come la formazione sul FoC, oltre a fornire un orientamento valoriale, favorisca una maggiore consapevolezza delle dimensioni relazionali ed emotive della cura, contribuendo a rendere visibili anche le difficoltà e le aree di sviluppo. In questa prospettiva, sostenere i neolaureati nella fase di inserimento significa promuovere non solo competenze tecniche, ma anche competenze relazionali, riflessive ed emotive, e creare condizioni organizzative che favoriscano l'integrazione dei bisogni fondamentali nella pratica quotidiana.

## RINGRAZIAMENTI

Questo lavoro è il risultato di un percorso lungo e impegnativo, reso possibile grazie al contributo e alla presenza di molte persone che, in modi diversi, mi hanno accompagnata in questi anni.

Un primo e sincero ringraziamento va alla Dott.ssa Beatrice Mazzoleni, per aver creduto in questo progetto fin dall'inizio e per il supporto costante lungo tutto il percorso. Ringrazio la Prof.ssa Annamaria Bagnasco, mia relatrice, per la guida competente con cui mi ha accompagnata, contribuendo in modo significativo alla mia crescita professionale e accademica.

Desidero inoltre ringraziare i docenti che hanno sostenuto questo percorso — il Prof. Catania, il Prof. Zanini, il Dott. Di Nitto e il Dott. Aleo — per i loro contributi e per i momenti di confronto che hanno arricchito questo lavoro. Un ringraziamento particolare va al Prof. Franco Carnevale, per il supporto prezioso e la guida metodologica, fondamentali nello sviluppo e nella conduzione dello studio.

Ringrazio i colleghi e i compagni di percorso, con cui ho condiviso questi anni di lavoro e di formazione, per il confronto, il supporto e la collaborazione. Un ringraziamento sentito va anche agli infermieri neolaureati che hanno partecipato allo studio, per la disponibilità e per aver condiviso con generosità le loro esperienze.

Un grazie ai colleghi per il sostegno, che si è tradotto in molti modi concreti nel corso di questi anni. Un grazie speciale alle amiche di Genova, che durante questo periodo mi hanno offerto ospitalità e una compagnia davvero preziosa.

Ringrazio la mia famiglia, gli amici e le amiche per avermi accompagnata con sostegno, vicinanza e presenza lungo tutto questo percorso.

## 1. INTRODUZIONE

### 1.1 Qualità dell'assistenza infermieristica e centralità delle cure fondamentali

L'evoluzione dei sistemi sanitari contemporanei ha messo in evidenza criticità rilevanti nella qualità dell'assistenza infermieristica, in particolare in relazione alla capacità di garantire cure fondamentali sicure, continue e rispettose della dignità della persona. Tali criticità sono emerse con forza a seguito della pubblicazione del Francis Report (2013), che ha documentato gravi fallimenti assistenziali verificatisi presso il Mid Staffordshire NHS Foundation Trust tra il 2005 e il 2009. Il rapporto ha descritto diffuse omissioni nella cura di base, tra cui mancata assistenza all'alimentazione e all'idratazione, carente igiene personale, insufficiente mobilitazione e scarsa attenzione ai bisogni relazionali e comunicativi dei pazienti, evidenziando una compromissione sistematica dei valori fondanti della professione infermieristica (Francis, 2013).

Le carenze assistenziali documentate dal Francis Report hanno contribuito ad accrescere l'attenzione della comunità scientifica e dei decisori politici verso il fenomeno delle Missed Nursing Care, concettualizzato come l'omissione, il ritardo o l'esecuzione incompleta delle cure infermieristiche necessarie (Kalisch et al., 2009). Numerosi studi successivi hanno dimostrato come le missed nursing care rappresentino un fenomeno diffuso nei contesti assistenziali, strettamente associato a fattori organizzativi quali carichi di lavoro elevati, carenza di personale, pressioni temporali e priorità assistenziali conflittuali (Bagnasco et al., 2020; Campagna et al., 2022; Jones et al., 2015; Kalisch et al., 2011; Recio-Saucedo et al., 2018).

Parallelamente, negli ultimi decenni i sistemi sanitari hanno promosso in modo crescente l'adozione di modelli di Patient-centred e Person-centred Care, riconosciuti come elementi chiave per migliorare la qualità, la sicurezza e l'esperienza dell'assistenza (McCance & McCormack, 2025; WHO, 2024). Tuttavia, la letteratura evidenzia come, nonostante l'ampia diffusione e il consolidamento teorico di tali approcci, il fenomeno delle missed nursing care

continui a persistere nella pratica clinica quotidiana (Aiken et al., 2017; Avallin et al., 2020; Griffiths et al., 2018). Ciò suggerisce che l'adozione formale di modelli person-centred non sia di per sé sufficiente a garantire l'erogazione sistematica delle cure fondamentali.

Le evidenze disponibili indicano inoltre che le cure infermieristiche più frequentemente mancate riguardano aspetti essenziali dell'assistenza, quali l'igiene personale, la nutrizione e l'idratazione, la mobilizzazione, il comfort, il supporto emotivo e la comunicazione con il paziente (Chaboyer et al., 2021; Edfeldt et al., 2024; Recio-Saucedo et al., 2018). Tali ambiti coincidono con i bisogni fondamentali della persona assistita, suggerendo una sovrapposizione concettuale tra il fenomeno delle missed nursing care e la mancata erogazione delle cure fondamentali.

In questo contesto si colloca il Fundamentals of Care Framework, sviluppato per riportare le *Fundamental Care* al centro della pratica infermieristica attraverso un approccio integrato che combina relazione terapeutica, soddisfazione dei bisogni fisici, psicosociali e relazionali, e attenzione al contesto organizzativo e sistemico (Kitson et al., 2013; Kitson, 2018). Studi empirici e teorici hanno mostrato come un'assistenza guidata dai principi del Fundamentals of Care possa contribuire a migliorare la qualità delle cure, a rafforzare la relazione infermiere-persona e a ridurre il rischio di omissioni assistenziali, promuovendo una presa in carico realmente centrata sulla persona (Avallin et al., 2020; Feo & Kitson, 2016; Jangland et al., 2017).

Alla luce di tali evidenze, il Fundamentals of Care emerge come un quadro concettuale rilevante per comprendere e affrontare il fenomeno delle missed nursing care, offrendo una prospettiva capace di integrare valori professionali, bisogni fondamentali della persona e condizioni organizzative dell'assistenza.

Nel contesto italiano, pur in assenza di un'esplicita adozione del Fundamentals of Care come modello teorico di riferimento, il quadro normativo, deontologico e professionale appare ampiamente coerente con i principi che ne costituiscono il fondamento. L'evoluzione dei bisogni di salute

della popolazione ha infatti reso sempre più evidente la necessità di un'assistenza infermieristica orientata alla relazione di cura, alla comunicazione efficace e alla presa in carico globale della persona nelle sue dimensioni fisiche, psicologiche, sociali e relazionali (Feo & Kitson, 2016).

A livello normativo, il Decreto Ministeriale 270/2004 ha ridefinito l'ordinamento didattico universitario, ponendo le basi per percorsi formativi orientati allo sviluppo di competenze professionali complesse, relazionali e comunicative, coerenti con le esigenze dei moderni sistemi sanitari (Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, 2004). Successivamente, la Legge 3/2018 ha riordinato le professioni sanitarie, valorizzando la formazione continua, l'autonomia professionale e la responsabilità clinica degli infermieri, elementi imprescindibili per una presa in carico globale e responsabile della persona assistita (Repubblica Italiana, 2018).

Un contributo rilevante in questa direzione proviene anche dalle indicazioni professionali della Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI), che in diversi documenti sottolinea il ruolo centrale della relazione di cura, dell'ascolto e della comunicazione nella pratica infermieristica, nonché la responsabilità dell'infermiere nell'integrare i bisogni fisici, psicologici e relazionali dell'assistito (FNOPI, 2020; FNOPI & S.I.S.I.S.M., 2024).

In linea con tali orientamenti, la Consensus Conference FNOPI (2023) ha posto l'accento sull'umanizzazione dell'assistenza come prerequisito essenziale della qualità delle cure, evidenziando la necessità di modelli organizzativi capaci di sostenere la relazione di cura e di garantire tempi, spazi e risorse adeguati alla presa in carico globale della persona. Il documento riconosce esplicitamente il legame tra qualità della relazione, comunicazione efficace e sicurezza dell'assistenza, sottolineando come approcci prevalentemente prestazionali rischiano di compromettere la risposta ai bisogni fondamentali dei pazienti.

Infine, il Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche (FNOPI, 2025) rafforza ulteriormente questo orientamento, richiamando l'importanza

dell'empatia, della presenza autentica e della qualità della relazione come dimensioni imprescindibili dell'agire professionale. Il Codice promuove un'assistenza fondata sul rispetto della dignità, sull'ascolto e sull'accoglienza della persona nella sua unicità, contribuendo a consolidare un modello di cura coerente con una visione olistica e integrata dell'assistenza infermieristica.

## 1.2 Il Fundamentals of Care Framework: genesi, dimensioni teoriche ed evoluzione

### 1.2.1 Origini e sviluppo del Framework

In risposta alle criticità emerse nel dibattito internazionale sulla qualità dell'assistenza infermieristica e alla necessità di riportare le cure fondamentali al centro della pratica clinica, è stato sviluppato il Fundamentals of Care (FoC) framework come un approccio concettuale e operativo orientato a garantire un'assistenza infermieristica capace di integrare in modo sistematico le dimensioni relazionali, psicologiche e cliniche della cura, ponendo la persona assistita al centro del processo assistenziale (Feo et al., 2017b; Kitson et al., 2010; Kitson et al., 2013).

Il FoC framework è stato generato a partire da una revisione narrativa della letteratura infermieristica ed è stato successivamente validato e sviluppato attraverso studi empirici condotti in diversi contesti clinici, organizzativi e formativi (Kitson et al., 2010, 2013, 2014). Il suo sviluppo è stato promosso dall'International Learning Collaborative (ILC), una rete internazionale di clinici, educatori e ricercatori infermieristici, con l'obiettivo di fornire un linguaggio condiviso per descrivere, analizzare e rendere visibile la complessità dell'assistenza infermieristica e dei bisogni fondamentali delle persone assistite (Feo et al., 2018a, Kitson et al., 2013).

Negli anni successivi, l'interesse verso il concetto di *Fundamental of Care* ha portato a ulteriori approfondimenti teorici volti a chiarirne il significato, gli attributi e le implicazioni per la pratica infermieristica. In particolare, una recente concept analysis evolutiva ha evidenziato come il concetto di fundamental care sia stato storicamente utilizzato in modo eterogeneo nella

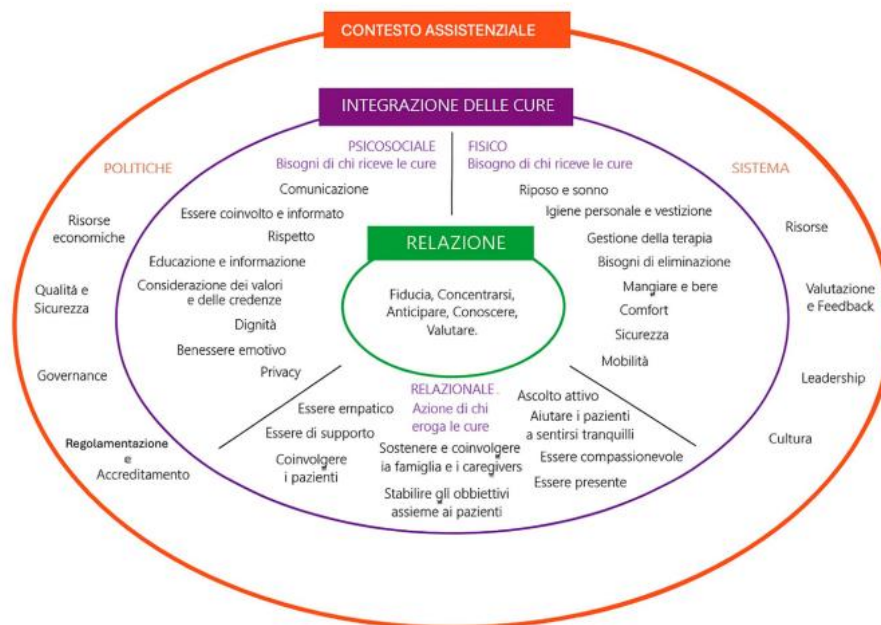
letteratura, spesso privo di una definizione condivisa e coerente (Ottonello et al., 2023). Attraverso l'analisi di studi pubblicati tra il 2008 e il 2022, gli autori hanno identificato il Fundamental of Care come un fenomeno multidimensionale, caratterizzato dall'integrazione dei bisogni fisici, psicologici e relazionali della persona, resi possibili dallo sviluppo di una relazione infermiere-paziente basata sulla fiducia, sulla comunicazione e sulla presa in carico globale della persona assistita.

I risultati della concept analysis confermano e rafforzano i presupposti teorici del FoC framework, evidenziando come il *Fundamental of Care* non possa essere ridotto a un insieme di attività di base o di compiti routinari, ma debba essere intesa come il cuore della pratica infermieristica, fortemente influenzato dal contesto assistenziale, dalla leadership e dalla cultura organizzativa (Ottonello et al., 2023). In questo senso, il lavoro di chiarificazione concettuale contribuisce a consolidare il FoC come cornice teorica capace di rendere visibili dimensioni spesso considerate implicite o "invisibili" dell'assistenza infermieristica.

Il FoC framework si articola attorno a tre dimensioni interconnesse (Figura 1): la relazione infermiere-paziente, l'integrazione dei bisogni fondamentali di cura e il contesto in cui l'assistenza viene erogata. In ambito formativo, esso viene utilizzato come cornice di riferimento per collegare teorie, evidenze e filosofie infermieristiche alla pratica clinica, favorendo una comprensione più concreta e situata del loro significato per la cura della persona (Kitson et al., 2013, 2014).

La diffusione internazionale del FoC framework e i suoi adattamenti culturali in diversi contesti linguistici, inclusa la versione italiana, testimoniano la sua crescente rilevanza come strumento per sostenere un'assistenza infermieristica riflessiva, relazionale e orientata alla qualità delle cure fondamentali (Bagnasco et al., 2025; Feo et al., 2018a; Muntlin & Jangland, 2023).

Figura n. 1: Il Fundamentals of Care Framework – versione Italiana (Bagnasco et al., 2025)



### 1.2.2 Il Fundamentals of Care Practice Process

Negli anni successivi alla sua diffusione internazionale, il *Fundamentals of Care Framework* (FoC) è stato oggetto di ulteriori approfondimenti teorici e metodologici volti a rafforzarne l'applicabilità nella pratica clinica. In particolare, diversi studi dell'International Learning Collaborative (ILC) hanno messo in evidenza la necessità di disporre di strumenti capaci di guidare gli infermieri nel tradurre i principi del Framework nelle decisioni assistenziali quotidiane, soprattutto nei contesti complessi in cui interagiscono dimensioni relazionali, bisogni fondamentali e fattori organizzativi. (Feo et al., 2017a; Kitson, 2018)

A partire da queste esigenze è stato sviluppato il Fundamentals of Care Practice Process (FoC-PP), un modello procedurale che propone un percorso strutturato per sostenere il ragionamento clinico e rendere operativi i principi del Framework. Il FoC-PP non modifica il modello concettuale di base, ma ne rappresenta una estensione applicativa, concepita per facilitare l'integrazione delle tre dimensioni del FoC nella pratica quotidiana e per

rendere più esplicito e sistematico il processo decisionale degli infermieri (Feo et al., 2017a; Rey et al., 2020).

Sebbene il FoC-PP sia stato elaborato successivamente al Framework e non abbia fatto parte del percorso formativo degli studenti coinvolti nel progetto FoC-FORM, esso costituisce uno sviluppo rilevante del modello, utile per comprendere in che modo il FoC possa essere applicato nella pratica. La recente traduzione e validazione italiana del FoC-PP (Bagnasco et al., 2025) testimonia l'interesse crescente verso questo strumento.

### 1.3 Il Fundamentals of Care Framework nella formazione infermieristica: stato dell'arte e gap conoscitivi

#### 1.3.1 Esperienze internazionali di integrazione curricolare

Per promuovere un'effettiva applicazione del *Fundamentals of Care Framework* nella pratica infermieristica, un passaggio essenziale riguarda l'integrazione dei suoi principi nei curricula formativi. Tale integrazione non può limitarsi alla trasmissione di contenuti teorici: la letteratura evidenzia infatti come la comprensione dei fondamenti dell'assistenza debba procedere di pari passo con lo sviluppo di capacità riflessive, relazionali e di ragionamento clinico, indispensabili per permettere agli studenti di riconoscere e integrare in modo concreto i bisogni fisici, psicologici e relazionali delle persone assistite (Drott et al., 2023; Feo & Kitson, 2016; Kitson et al., 2019, 2025).

Una recente scoping review condotta su 15 studi provenienti da 10 Paesi ha documentato attività eterogenee nell'utilizzo del FoC Framework nella formazione infermieristica (Kaldal et al., 2025). Le iniziative identificate includono la costruzione di strumenti valutativi, l'uso di casi clinici, la strutturazione del feedback formativo, le lezioni teoriche e le esercitazioni pratiche in laboratorio. Tuttavia, solo quattro studi hanno valutato l'effettiva applicazione del Framework da parte di studenti ed educatori, evidenziando la necessità di approfondire gli impatti educativi oltre la semplice descrizione delle attività (Kaldal et al., 2025).

Tra le esperienze più consolidate, l'integrazione sistematica del FoC nelle lezioni, nelle simulazioni e nel lavoro basato su casi ha mostrato potenzialità nel rendere più esplicite le cure fondamentali nei percorsi formativi, nel sostenere il pensiero critico e nel rafforzare l'allineamento tra teoria e pratica (Voldbjerg et al., 2016). Studi successivi hanno approfondito le percezioni e le modalità di utilizzo del Framework da parte degli studenti, evidenziando l'influenza di fattori quali i modelli professionali di riferimento e la struttura curricolare (Voldbjerg et al., 2020).

Altre iniziative hanno esplorato l'integrazione del FoC in ambiti curricolari specifici, riportando esiti promettenti in termini di sviluppo del pensiero critico e comprensione delle cure person-centred (Feo et al, 2018b). Percorsi pedagogici più articolati, quali progetti formativi post-laurea strutturati attraverso seminari, attività di riflessione guidata e momenti di confronto interprofessionale, hanno documentato la possibilità di integrare il Framework in diverse specialità cliniche, tra cui anestesia, terapia intensiva, emergenza, sala operatoria, psichiatria e assistenza pre-ospedaliera (Jangland et al., 2025).

### 1.3.2 Il progetto FoC-FORM: un'esperienza italiana

Negli ultimi anni è cresciuto l'interesse verso l'integrazione del Fundamentals of Care Framework nella formazione infermieristica, con l'obiettivo di colmare il divario tra teoria e pratica e sostenere lo sviluppo di competenze relazionali, tecniche e di ragionamento clinico. In questo contesto si colloca il progetto multicentrico FoC-FORM, condotto tra il 2021 e il 2024 in quattro sedi universitarie italiane, che ha rappresentato la prima implementazione strutturata e valutata del Framework all'interno di un curriculum triennale di infermieristica. (Bagnasco et al., 2024, Catania et al., in press).

Lo studio prevedeva un disegno sperimentale randomizzato, con un gruppo di studenti che seguiva un curriculum integrato con i principi del Fundamentals of Care e un gruppo di controllo che seguiva il percorso formativo standard. L'intervento formativo comprendeva lezioni teoriche,

attività di problem-based learning, simulazioni e tirocini supervisionati da tutor formati sul FoC Framework, mentre la valutazione delle competenze includeva strumenti riconosciuti come il Triple Jump per il ragionamento clinico e l'Objective Structured Clinical Examination (OSCE) per le abilità tecniche e relazionali. Inoltre, sono state raccolte le percezioni dei pazienti per esplorare l'impatto della formazione sulla qualità delle cure erogate dagli studenti.

I risultati dello studio FoC-FORM (Catania et al., 2026) hanno mostrato un miglioramento consistente e progressivo del gruppo sperimentale rispetto al gruppo di controllo. In particolare, gli studenti formati sulle FoCs hanno ottenuto punteggi più elevati nel Triple Jump al secondo e terzo anno e performance migliori in tutte le prove OSCE—sia pre- che post-tirocinio—incluse quelle relative alle competenze relazionali. Pur non emergendo differenze significative nelle esperienze riportate dai pazienti, fatta eccezione per un miglior punteggio relativo alle informazioni ricevute nel primo anno, i risultati suggeriscono che l'integrazione del Framework possa portare ad un potenziamento delle competenze professionali degli studenti già durante il percorso formativo.

#### 1.4 Gap conoscitivi: la transizione alla pratica

Nonostante il crescente numero di iniziative che integrano il *Fundamentals of Care Framework* nella formazione infermieristica, la letteratura disponibile mette in luce alcune importanti lacune conoscitive. La maggior parte degli studi si è concentrata sull'implementazione del Framework durante il percorso accademico e sulla valutazione immediata degli outcome formativi, quali lo sviluppo del pensiero critico, delle competenze relazionali e dell'allineamento tra teoria e pratica (Feo et al., 2018b; Kaldal et al., 2025; Voldbjerg et al., 2018, 2020).

Tuttavia, sono ancora limitati gli studi che esplorano l'efficacia di tali interventi nel medio e lungo termine. In particolare, mancano studi che analizzino come le competenze acquisite attraverso la formazione sul FoC vengano trasferite, mantenute o modificate durante la transizione degli

studenti al ruolo professionale. Si tratta di una fase cruciale del percorso formativo-professionale, riconosciuta come periodo di elevata complessità, in cui i neolaureati consolidano o ridefiniscono le competenze sviluppate durante il corso di studi.

Questa lacuna riflette un problema più ampio già segnalato nella letteratura pedagogica infermieristica che segnala la scarsa disponibilità di ricerche che valutino gli effetti a lungo termine delle strategie educative e degli approcci formativi utilizzati nei curricula. Diversi autori hanno infatti sottolineato l'importanza di indagare l'impatto della formazione universitaria su periodi temporali estesi, per comprendere come gli studenti trasferiscano nella pratica reale competenze quali l'interdisciplinarietà, il ragionamento clinico, l'applicazione della simulazione e le abilità relazionali (Davies et al., 2021; Spaulding et al., 2021).

Nel complesso, la letteratura attuale dimostra quindi che, pur essendo stati documentati benefici formativi legati all'integrazione del *Fundamentals of Care*, rimane ancora poco esplorato il modo in cui tali competenze si traducano nel comportamento professionale e nella qualità dell'assistenza una volta concluso il percorso universitario (Jangland et al., 2025). Questo rappresenta oggi uno dei principali gap conoscitivi nel campo della formazione infermieristica orientata alle cure fondamentali.

## 1.5 La transizione alla pratica professionale: sfide, teorie e costruzione dell'identità

### 1.5.1 La fase critica dell'ingresso nel contesto lavorativo

L'ingresso nella pratica clinica rappresenta per gli infermieri neolaureati una fase critica caratterizzata da profondi cambiamenti nei ruoli, nelle responsabilità e nelle aspettative professionali. La letteratura internazionale descrive questo passaggio come un'esperienza ad elevato impatto emotivo e professionale, spesso contrassegnata dal cosiddetto “*transition shock*” (Duchscher, 2008), una risposta di disorientamento legata al confronto improvviso tra la formazione accademica e le richieste complesse dei contesti clinici reali.

Tale fenomeno è stato ampiamente approfondito e sviluppato da Duchscher, che ha concettualizzato la transizione alla pratica professionale come un processo evolutivo complesso, successivamente ampliato e articolato nei suoi studi successivi (Duchscher, 2009, 2018, 2021).

Le evidenze mostrano che il transition shock si associa a difficoltà sul piano cognitivo, emotivo, relazionale e organizzativo, con ripercussioni sia sul benessere dei neo-infermieri sia sulla loro capacità di integrare competenze assistenziali avanzate. Una umbrella review recente ha evidenziato che, nei primi mesi di attività, i neo-infermieri sperimentano frequentemente insicurezza nelle competenze, distress emotivo e un forte bisogno di supporto professionale e organizzativo (Kaldal et al., 2023).

Un crescente numero di studi ha documentato gli effetti delle difficoltà vissute dai neolaureati durante il periodo di transizione sugli esiti professionali e assistenziali. In particolare, la ricerca ha mostrato associazioni negative significative tra livelli elevati di *transition shock* e soddisfazione lavorativa, qualità percepita dell'assistenza e intenzione di abbandono della professione (Labrague et al., 2020; Nakić et al., 2023).

Il fenomeno è anche stato collegato a una minore capacità di mettere in atto comportamenti assistenziali basati sulla cura umanistica, elemento cruciale nelle prime fasi di costruzione dell'identità professionale infermieristica. Studi recenti hanno infatti evidenziato che livelli più elevati di *transition shock* si associano a ridotta capacità di erogare cure infermieristiche orientate alla persona (Labrague, 2024) e a minori abilità di cura umanistica, influenzando la qualità delle interazioni con i pazienti (Li et al., 2023).

Allo stesso tempo, la letteratura suggerisce che variabili organizzative, come il supporto dei colleghi, il tutoraggio clinico, la socializzazione professionale e la chiarezza dei ruoli, possono attenuare l'impatto del *transition shock* e facilitare lo sviluppo di competenze assistenziali avanzate (Labrague, 2024; Li et al., 2023). Ciò indica che la transizione non è solo un processo individuale, ma un fenomeno profondamente influenzato dal contesto di

lavoro e dalle dinamiche relazionali e organizzative che accolgono il neo-infermiere.

Accanto a queste dinamiche, numerosi autori evidenziano che il periodo di transizione rappresenta anche una fase cruciale per la costruzione e il consolidamento dell'identità professionale infermieristica (Li et al., 2024; Su et al., 2021). Il passaggio dal ruolo di studente a quello di professionista implica infatti la rinegoziazione delle aspettative interiorizzate durante la formazione e il confronto con modelli che, nel quotidiano clinico, possono risultare divergenti rispetto a quanto appreso. Questo processo identitario appare strettamente connesso all'esperienza del transition shock. Come descritto da Duchscher (2018), questa fase è spesso accompagnata da sentimenti di incertezza e da una messa in discussione delle proprie capacità, nonché da un'alternanza tra il desiderio di autonomia e il bisogno di supporto. Tali vissuti possono essere letti come parte di un processo di adattamento, attraverso il quale il neolaureato cerca progressivamente di conciliare le aspettative maturate durante il percorso formativo con l'esperienza concreta della pratica professionale. Tale dimensione è centrale per comprendere come i neo-infermieri interpretino e applichino approcci assistenziali complessi, inclusi modelli teorici come il Fundamentals of Care Framework. (Kukkonen et al., 2025; Rasmussen et al., 2018)

Alla luce della complessità che caratterizza la fase di transizione alla pratica professionale, appare rilevante esplorare i vissuti dei neo-infermieri nei primi mesi di attività, per comprendere i processi attraverso cui le competenze apprese durante la formazione vengono rielaborate e tradotte nella pratica quotidiana, con particolare riferimento al *Fundamental of Care* e alla dimensione relazionale dell'assistenza.

### 1.5.2 Teorie sulla transizione professionale

La comprensione dell'esperienza dei neolaureati nel passaggio alla pratica professionale richiede cornici teoriche capaci di cogliere sia lo sviluppo delle competenze cliniche sia i processi di adattamento identitario ed emotivo. Due prospettive risultano particolarmente rilevanti in questo ambito: il modello di

sviluppo professionale di Patricia Benner (1984) e la teoria della transizione di Judy Duchscher (2008).

Benner (1984), adattando alla pratica infermieristica il modello di acquisizione delle competenze di Dreyfus, descrive l'evoluzione del professionista attraverso cinque stadi — da principiante (novice) a esperto (expert) — sottolineando come le competenze si sviluppino progressivamente attraverso l'esperienza situata. Alla fine del percorso universitario, gli infermieri neolaureati si collocano tipicamente allo stadio di advanced beginners, caratterizzato da una competenza iniziale, dall'uso di regole e principi per orientare l'azione, da un limitato riconoscimento degli “aspetti salienti” delle situazioni cliniche, e dalla necessità di supervisione da parte di colleghi più esperti. Negli sviluppi successivi, Benner (1994, 2001) ha progressivamente ampliato questo modello integrandolo con una prospettiva fenomenologica ed etico-relazionale, approfondendo il ruolo del giudizio clinico, del caring e dei processi di costruzione dell'identità professionale, temi ripresi e approfonditi anche nella letteratura successiva (Carnevale, 2013, 2019; Murray et al., 2019).

Duchscher (2008, 2009, 2021) approfondisce la dimensione evolutiva della transizione con un focus sulle componenti emozionali, relazionali e organizzative, descrivendo il fenomeno della transition shock e articolando il processo in tre fasi progressive — doing, being e knowing. Questa prospettiva mette in luce che, nei primi mesi, i neolaureati affrontano un intenso disallineamento tra le aspettative formate durante l'università e le richieste del contesto clinico reale, attraversando sentimenti di inadeguatezza, sovraccarico, incertezza e ridefinizione della propria identità professionale.

Benner e Duchscher, pur affrontando aspetti differenti dello sviluppo professionale, offrono un quadro teorico complementare: la prima chiarisce che cosa i neolaureati sono ragionevolmente in grado di fare dal punto di vista delle competenze, la seconda permette di comprendere come vivono soggettivamente il processo di inserimento e quali dinamiche influenzano la loro capacità di applicare le competenze acquisite.

La letteratura riconosce esplicitamente il valore dell'integrazione tra questi due modelli. Come evidenziato da Murray et al. (2019), la combinazione della prospettiva evolutiva di Benner con la teoria della transizione di Duchscher consente di comprendere sia i livelli attesi di competenza sia le difficoltà emotivo-relazionali tipiche dei primi mesi di inserimento professionale, offrendo una cornice teorica robusta per analizzare la qualità dell'adattamento, l'autoefficacia percepita e il consolidamento dell'identità professionale.

Alla luce di tali considerazioni, l'impiego congiunto dei due approcci risulta particolarmente utile per interpretare l'esperienza dei neolaureati formati sul Fundamentals of Care Framework: da un lato permette di contestualizzare le loro capacità di applicazione del modello in relazione allo stadio evolutivo in cui si trovano; dall'altro consente di comprendere come il fenomeno della transizione — e l'eventuale transition shock — possa influenzare il modo in cui percepiscono, integrano e mettono in pratica i principi del FoC nel contesto clinico reale.

#### 1.6 Quadro epistemologico: fenomenologia ermeneutica e filosofia morale di Charles Taylor

L'esplorazione delle esperienze dei neoinfermieri nell'integrazione del FoC Framework nella pratica quotidiana durante i primi sei mesi di attività lavorativa richiede un approccio metodologico in grado di cogliere la complessità e la profondità di tali vissuti. L'approccio fenomenologico ermeneutico, ispirato alla prospettiva empirica di Patricia Benner, come in più studi discussa e applicata nella letteratura infermieristica (Carnevale, 2013, 2019; Lamichhane, 2025; Murray et al., 2019), offre un framework particolarmente adatto per accedere all'esperienza soggettiva, valorizzando le dimensioni morali, pratiche e simboliche che ne strutturano il significato (Carnevale, 2013).

La fenomenologia ermeneutica di Benner si fonda sul presupposto che la comprensione della pratica infermieristica non possa essere ridotta a conoscenza teoriche o a competenze tecniche, ma richieda l'esplorazione del

sapere pratico incorporato nelle situazioni assistenziali. Questo approccio considera il sapere infermieristico come situato, contestuale e relazionale, emergente dall'impegno pratico dell'infermiere con i pazienti e le loro esigenze di cura (Carnevale, 2013, 2019; dos Santos et al., 2016; Murray et al., 2019). L'interpretazione fenomenologica consente di accedere ai significati che gli infermieri attribuiscono alle loro esperienze, riconoscendo che tali significati sono sempre mediati dalla comprensione pre-esistente, dal contesto culturale e dai progetti di vita individuali.

Il quadro teorico si arricchisce ulteriormente integrando la filosofia morale di Charles Taylor, in particolare con l'integrazione del concetto di "immaginari sociali" ripreso e discusso da Carnevale (2013, 2019). Gli immaginari sociali, secondo Taylor, sono quelle visioni condivise e implicite che regolano la vita sociale, le istituzioni e le norme, influenzando profondamente anche la costruzione dell'identità personale. Tali immaginari non possono essere compresi al di fuori del contesto socio-culturale e dell'interpretazione, poiché costituiscono lo sfondo implicito verso cui gli individui orientano le proprie azioni e danno senso alla propria esistenza.

Nel contesto della pratica infermieristica, gli immaginari sociali plasmano le concezioni condivise di cosa significhi "buona cura", quali valori guidano la pratica professionale e come gli infermieri si posizionano in relazione ai pazienti, ai colleghi e all'organizzazione sanitaria. Taylor identifica tre dimensioni fondamentali attraverso cui esplorare l'esperienza morale degli individui: (1) gli orizzonti morali e l'ontologia implicita – vale a dire le comprensioni pre-riflessive di cosa costituisce una vita buona e degna; (2) gli immaginari sociali della professione – le visioni condivise del ruolo infermieristico e delle norme che lo governano; e (3) i beni forti e gli orientamenti morali – quei valori e impegni che forniscono direzione e significato all'azione (Carnevale 2013, 2019).

Sebbene Taylor non offra strumenti empirici per l'indagine qualitativa, la sua teoria viene resa operativa attraverso l'approccio interpretativo di Benner, che consente di indagare come gli immaginari morali e professionali si esprimano

nella pratica infermieristica quotidiana. L'integrazione di questi due framework – la fenomenologia ermeneutica di Benner e la filosofia morale di Taylor – fornisce una cornice concettuale ricca e articolata per esplorare il vissuto dei neoinfermieri formati sul FoC Framework, consentendo di cogliere sia le dimensioni pratiche contestualizzate nella loro esperienza, sia gli orizzonti morali e valoriali che orientano le loro azioni.

### 1.7 Razionale dello studio e obiettivi

L'analisi della letteratura evidenzia una significativa lacuna conoscitiva: mentre sono documentate diverse esperienze di integrazione del FoC Framework nella formazione infermieristica, con focus prevalente sugli effetti durante il percorso universitario (Feo et al., 2018b; Kaldal et al., 2025; Voldbjerg et al., 2018, 2020), mancano evidenze empiriche sull'efficacia di questa formazione nel momento di transizione alla pratica clinica. Questa lacuna appare particolarmente rilevante considerando che i primi sei-dodici mesi di attività lavorativa rappresentano una fase critica per la costruzione dell'identità professionale, lo sviluppo delle competenze cliniche e la permanenza nella professione (Li et al., 2024; Su et al., 2021).

Il presente studio si propone di offrire un contributo per colmare questa mancanza esplorando il vissuto degli infermieri neolaureati che hanno partecipato allo studio FoC-FORM ricevendo la formazione aggiuntiva, in relazione all'integrazione del Fundamentals of Care Framework nell'assistenza infermieristica fornita nei primi sei mesi di lavoro. L'esplorazione di tali vissuti può offrire spunti preziosi per individuare eventuali criticità, bisogni o proposte da parte dei neo-infermieri, contribuendo così a sostenere lo sviluppo di un'identità professionale centrata sulla persona e orientata alla cura.

Inoltre, comprendere queste esperienze può favorire la promozione di una leadership clinica consapevole, supportando i nuovi professionisti nell'interpretazione del significato delle situazioni vissute e nella costruzione del proprio ruolo all'interno dei contesti assistenziali. L'adozione di un approccio fenomenologico ermeneutico, guidato dalla prospettiva di Benner

e arricchito dalla filosofia morale di Taylor, consentirà di accedere alla profondità e complessità di queste esperienze, valorizzando sia le dimensioni pratiche che quelle morali e identitarie.

L'obiettivo primario dello studio è esplorare il vissuto degli infermieri neolaureati che hanno partecipato allo studio FoC-FORM ricevendo la formazione aggiuntiva, in relazione all'integrazione del Fundamentals of Care Framework nell'assistenza infermieristica fornita nei primi sei mesi di lavoro. Gli obiettivi secondari consistono nel raccogliere indicazioni utili per: (1) ampliare e arricchire la formazione accademica e/o post-laurea rispetto al Fundamentals of Care Framework; e (2) supportare l'applicazione del Framework nella pratica assistenziale.

Il contributo atteso di questo studio si articola su tre livelli.

A livello teorico, la ricerca potrà ampliare la comprensione dell'esperienza dei neo-infermieri nell'applicazione del Fundamentals of Care Framework durante i primi mesi di pratica professionale, evidenziando come i suoi principi vengano interpretati, integrati e tradotti nella quotidianità clinica. Tale approfondimento potrà offrire nuove prospettive sulla relazione tra formazione, contesto organizzativo e capacità dei professionisti di mettere in atto cure fondamentali centrate sulla persona.

A livello metodologico, lo studio offrirà un esempio applicativo dell'impiego congiunto della prospettiva fenomenologico-ermeneutica riconducibile al contributo di Patricia Benner, così come già discussa e applicata nella letteratura infermieristica (Carnevale, 2013, 2019; Murray et al., 2019), e della teoria della transizione di Duchscher (2008, 2009, 2021) come cornice interpretativa per analizzare il vissuto dei neo-infermieri. Questa integrazione potrà contribuire a mostrare la pertinenza di tali riferimenti teorici nello studio qualitativo dei processi di transizione professionale e dell'integrazione di modelli teorici nella pratica clinica.

A livello pratico e di policy, i risultati potranno fornire indicazioni utili per lo sviluppo di programmi formativi che sostengano in modo più efficace

l'integrazione del FoC Framework (Bagnasco et al., 2025; Feo et al., 2018b; Kitson et al., 2013) nei curricula universitari e nella formazione post-laurea. Inoltre, potranno orientare interventi organizzativi mirati a favorire ambienti di lavoro capaci di supportare i neo-infermieri nell'applicazione dei principi del FoC Framework, contribuendo al miglioramento della qualità dell'assistenza e all'esperienza professionale dei neo-laureati.

## 2. METODI

### 2.1 Impostazione metodologica

Lo studio è stato progettato e condotto secondo un approccio qualitativo fenomenologico ermeneutico, scelto perché adeguato a esplorare in profondità come i neolaureati interpretino e traducano nella pratica quotidiana i principi del Fundamentals of Care Framework (FoC). L'obiettivo non era solo raccogliere descrizioni di ciò che “fanno“, ma comprendere come vivono, interpretano e danno significato alle prime esperienze professionali dopo la formazione ricevuta durante lo studio FoC-FORM (Bagnasco et al., 2024).

L'approccio fenomenologico ermeneutico, nella prospettiva di Patricia Benner, più volte discusso e applicato nella letteratura infermieristica (Carnevale, 2013, 2019; Lamichhane, 2025; Murray et al., 2019), ha guidato in modo operativo tutte le fasi dello studio — dalla costruzione della guida all'intervista all'analisi dei dati. In concreto, questo ha significato:

- partire dall'esperienza vissuta dei partecipanti come principale fonte di conoscenza;
- leggere le loro narrazioni alla luce di ciò che accade realmente nei contesti di lavoro;
- mantenere un processo interpretativo circolare, con continui ritorni alle trascrizioni per evitare conclusioni astratte o distanti dalla voce dei partecipanti.

La filosofia morale di Charles Taylor, e in particolare il concetto di *immaginari sociali* (Carnevale, 2019), non è stata utilizzata come elemento teorico astratto, ma come strumento interpretativo concreto per formulare domande e analizzare i dati. In fase applicativa, ciò ha permesso di interrogarsi su:

- quali ideali di “buona cura“ i partecipanti portassero con sé dalla formazione;
- come questi ideali venissero confermati, messi in discussione o trasformati nei contesti di lavoro;
- quali valori e orientamenti morali emergessero nelle scelte quotidiane di cura.

Parallelamente, l’interpretazione è stata arricchita da elementi deduttivi provenienti da tre cornici teoriche specifiche, utilizzate come lenti di lettura, non come schemi rigidi:

1. Fundamentals of Care Framework (Bagnasco et al., 2025; Feo et al., 2018a; Kitson et al., 2013) impiegato per analizzare come i partecipanti integrassero relazione, bisogni fondamentali e contesto nei primi mesi di lavoro.
2. Modello di sviluppo professionale di Benner (1984), utile a situare le difficoltà e i margini di autonomia tipici dello stadio di *advanced beginner*, così come discusso e applicato nella letteratura contemporanea (Lamichhane, 2025; Murray et al., 2019).
3. Shock Transition Theory di Duchscher (2008, 2009, 2018, 2021), utilizzata per comprendere emozioni, conflitti, aspettative disattese e processi di adattamento.

Questi riferimenti non hanno predeterminato i risultati, ma hanno guidato l’analisi quando i significati emersi dalle interviste richiedevano un quadro interpretativo più ampio.

In sintesi, l’impostazione metodologica ha combinato:

- un approccio esplorativo induttivo, basato sulle narrazioni dei partecipanti;
- un approccio interpretativo dialogico, ancorato alla fenomenologia ermeneutica di Benner;
- un approccio deduttivo mirato, che ha utilizzato in modo flessibile i tre framework teorici rilevanti per contestualizzare e approfondire i temi emersi.

Questa integrazione ha permesso di produrre un'analisi radicata nelle esperienze reali dei neolaureati, evitando sia la descrizione puramente narrativa, sia il rischio opposto di un'interpretazione eccessivamente astratta o teorica.

## 2.2 Aspetti etici e protezione dei dati

Lo studio è stato condotto nel rispetto dei principi etici delineati della Dichiarazione di Helsinki (World Medical Association, 2024) e delle normative vigenti in materia di protezione dei dati personali, in particolare il Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e il d.lgs. 101/2018. Tutti i partecipanti hanno ricevuto un'informativa scritta contenente gli obiettivi dello studio, le modalità di partecipazione, le procedure di gestione dei dati e il diritto al recesso, e hanno firmato il consenso informato alla partecipazione e alla registrazione audio delle interviste.

I dati raccolti sono stati anonimizzati mediante l'utilizzo di pseudonimi e la rimozione di ogni informazione potenzialmente identificativa. Le registrazioni audio e le trascrizioni sono state conservate su supporti informatici protetti da password, accessibili esclusivamente ai membri autorizzati del team di ricerca. Le trascrizioni sono state rese non identificabili prima dell'analisi.

Il progetto ha ottenuto il parere favorevole del Comitato per la Ricerca di Ateneo dell'Università degli studi di Genova in data 14/11/2024 (parere n. 2024/102).

### 2.3 Ruolo del team di ricerca

Il team di ricerca era costituito dal ricercatore principale e da altri quattro ricercatori con comprovata esperienza nella ricerca qualitativa e familiarità con il Fundamentals of Care Framework. Il team è stato coinvolto nelle principali fasi del processo di ricerca, con funzioni di confronto metodologico e supporto interpretativo. In una prima fase, i membri del team hanno esaminato la guida all'intervista elaborata dal ricercatore principale, fornendo osservazioni e suggerimenti utili a garantirne coerenza con l'approccio fenomenologico ermeneutico (Allegato 1). La guida è stata successivamente rivista alla luce dei dati raccolti nelle prime tre interviste, attraverso un'ulteriore consultazione del team (Allegato2).

Nel corso dell'analisi dei dati, la discussione delle codifiche e delle interpretazioni iniziali relative alle prime interviste si è svolta attraverso un dialogo tra il ricercatore principale e almeno un membro del team di ricerca, contribuendo alla definizione preliminare dei microtemi e, successivamente, dei mesotemi.

Al termine della fase di raccolta dati, è stato svolto un confronto finale per verificare la coerenza interna dei temi emersi e l'aderenza al materiale empirico.

Nel corso del processo di ricerca, i passaggi più rilevanti e nodali dello studio sono stati condivisi con un esperto del metodo fenomenologico ermeneutico, che ha fornito un supporto metodologico mirato. Il confronto con tale figura ha consentito di riflettere sul rispetto dell'impianto metodologico nelle diverse fasi dello studio, offrendo indicazioni e feedback che sono stati progressivamente integrati nel processo di raccolta e analisi dei dati.

Considerata la presenza, tra i partecipanti, di infermieri neolaureati che avevano svolto il percorso di studi presso l'università in cui il ricercatore principale ricopre il ruolo di tutor e, in alcuni casi, di docente, è stata riconosciuta la possibile influenza della relazione formativa pregressa e dell'asimmetria di ruolo sulla conduzione dell'intervista e sull'interpretazione dei dati.

Per contenere tale potenziale influenza, è stata adottata una strategia di bracketing, coerente con l'approccio fenomenologico ermeneutico. Prima della conduzione delle interviste, il ricercatore ha svolto un lavoro riflessivo esplicito volto a identificare e rendere consapevoli le proprie precomprensioni, aspettative e valutazioni sia rispetto alla situazione di ricerca sia rispetto ai singoli ex studenti. Questo processo ha consentito di "mettere tra parentesi" tali assunzioni, favorendo una maggiore apertura nell'ascolto delle narrazioni e una conduzione dell'intervista orientata all'esperienza vissuta del partecipante, piuttosto che a confermare visioni o giudizi preesistenti.

Il bracketing è stato mantenuto come atteggiamento riflessivo anche nelle fasi successive di analisi, sostenendo un approccio interpretativo attento a distinguere tra i significati emergenti dai dati e le posizioni del ricercatore.

#### 2.4 Campionamento e partecipanti

Lo studio ha adottato un campionamento intenzionale coerente con l'approccio fenomenologico ermeneutico, finalizzato a individuare partecipanti in grado di offrire narrazioni ricche e significative sul vissuto dei primi mesi di pratica professionale dopo la formazione ricevuta nel progetto FoC-FORM. Pertanto, sono stati inclusi gli infermieri neolaureati che avevano preso parte al gruppo di intervento dello studio FoC-FORM, completando la formazione aggiuntiva sul Fundamentals of Care Framework e maturato almeno sei mesi di esperienza lavorativa. Tale scelta ha garantito l'accesso a esperienze autentiche e sufficientemente consolidate, condizione essenziale per esplorare in profondità il vissuto dei partecipanti nell'applicazione del Framework nella pratica quotidiana.

In linea con l'orientamento fenomenologico, il reclutamento ha valorizzato la diversità dei contesti in cui i neolaureati erano inseriti, considerandola un elemento capace di ampliare gli orizzonti interpretativi del fenomeno. L'apertura ai diversi setting — quali pronto soccorso, degenza medica e chirurgica, terapia intensiva, sala operatoria, riabilitazione e Residenza Sanitaria Assistita (RSA) — ha permesso di cogliere una pluralità di

situazioni ed esperienze concrete. La varietà dei contesti non è stata quindi cercata come rappresentatività, ma accolta come opportunità per accedere a una gamma più ampia di significati ed espressioni del fenomeno studiato.

Il campionamento è proseguito fino al raggiungimento della saturazione dei dati, ovvero fino a quando le interviste non hanno più apportato nuovi elementi rilevanti ai fini dell'analisi, determinando l'interruzione del reclutamento dei partecipanti.

## 2.5 Conduzione delle interviste

I dati sono stati raccolti tramite interviste in profondità semi-strutturate, della durata di circa 60 minuti, condotte in presenza in ambienti riservati e idonei a garantire privacy e confort. In accordo con l'approccio fenomenologico ermeneutico, le interviste sono state condotte come conversazioni aperte, orientate a facilitare narrazioni dettagliate e contestualizzate delle esperienze vissute (Crist & Tanner, 2003; dos Santos et al., 2016).

In aggiunta alle interviste, sono stati raccolti dati socio-demografici e professionali dei partecipanti (età, genere, sede universitaria di provenienza, contesto assistenziale e modalità e tempi di inserimento lavorativo), utilizzati per descrivere le caratteristiche del campione e contestualizzare i risultati.

Tutte le interviste sono state audio-registrate e trascritte integralmente (verbatim). Durante e dopo i colloqui sono state raccolte note sul campo riguardanti aspetti non verbali — tono della voce, pause, gestualità, emozioni osservate — e annotazioni riflessive del ricercatore. Questi elementi hanno costituito parte integrante del materiale interpretativo, contribuendo a sostenere il processo ermeneutico.

La guida all'intervista è stata sviluppata a partire dagli obiettivi di ricerca e orientata a favorire la narrazione dell'esperienza vissuta dai partecipanti nei primi mesi di pratica professionale. Le domande, prevalentemente aperte e di tipo riflessivo, sono state formulate per esplorare come i neo-infermieri attribuiscono significato alla propria esperienza di cura e al ruolo del Fundamentals of Care (FoC) framework nella pratica quotidiana. La versione

originale della guida è riportata in Allegato 1, mentre la versione revisionata, elaborata dopo il confronto con il team di ricerca a seguito delle prime interviste, è presentata in Allegato 2.

Durante l'intervista, ai partecipanti è stato mostrato il FoC framework come supporto visivo, con l'obiettivo di facilitare la focalizzazione sulla tematica e stimolare il racconto di episodi concreti, senza richiedere una valutazione formale del modello o del suo grado di applicazione.

La guida includeva domande volte a esplorare: (a) il significato attribuito al prendersi cura e alla qualità dell'assistenza; (b) il ruolo del FoC framework come possibile riferimento per l'agire professionale; (c) l'influenza del contesto organizzativo e relazionale sull'esperienza assistenziale; e (d) le difficoltà incontrate nell'integrare conoscenze, competenze e valori nella pratica. Particolare attenzione è stata dedicata alla dimensione relazionale della cura e alle emozioni vissute dai partecipanti in situazioni assistenziali ritenute significative.

Le domande sono state utilizzate in modo flessibile e non sequenziale, lasciando spazio ai partecipanti di orientare la narrazione verso gli aspetti ritenuti per loro più rilevanti, in coerenza con l'approccio fenomenologico ermeneutico. Per ridurre il rischio di bias di desiderabilità sociale e di risposte orientate alle aspettative percepite del ricercatore, l'intervista è stata condotta privilegiando una modalità episodica e ancorata a esempi concreti. In particolare, ai partecipanti è stato chiesto di descrivere episodi specifici realmente vissuti (situazione, contesto, azioni intraprese, interlocutori coinvolti ed esiti), evitando formulazioni generali o valutazioni astratte. Durante l'intervista sono stati utilizzati prompt di approfondimento (es. "Mi racconti un episodio concreto?", "Cosa è successo esattamente?") per favorire narrazioni dettagliate e situate, e limitare risposte normative o "idealizzate" (Flick & Rohnsch, 2025; McClam et al., 2025).

## 2.6 Note sul campo

Durante lo svolgimento delle interviste, l'intervistatore ha raccolto note sul campo, con l'obiettivo di integrare le trascrizioni verbali con informazioni

contestuali e osservazioni rilevanti per la comprensione dell'esperienza narrata. In particolare, sono state annotate brevi osservazioni relative al setting dell'intervista, all'atteggiamento del partecipante, al tono della voce, alle pause e ad altri elementi comunicativi non verbali ritenuti significativi nel corso del colloquio (McDonald et al., 2023).

Le note sul campo includevano inoltre informazioni di contesto lavorativo dell'infermiere, quali il setting assistenziale di riferimento e la collocazione temporale dell'intervista rispetto al turno di lavoro (ad esempio interviste svolte prima o dopo il turno, durante giornate di riposo o periodi di ferie). Quando disponibili, sono state annotate anche informazioni contestuali note al ricercatore e potenzialmente rilevanti per l'interpretazione dei racconti, come la conoscenza di situazioni professionali particolarmente critiche o di momenti di transizione lavorativa (ad esempio colloqui per un possibile cambio di impiego).

Infine, le note sul campo comprendevano brevi annotazioni riflessive del ricercatore, relative a sensazioni soggettive emerse durante l'incontro (ad esempio percezioni di tensione, apertura, fatica o coinvolgimento emotivo), mantenute come osservazioni descrittive e utilizzate esclusivamente per sostenere la comprensione del contesto e del clima in cui le narrazioni sono state prodotte. Tali note non sono state considerate come dati autonomi, ma come materiale di supporto interpretativo, utile a contestualizzare le interviste e a favorire una lettura più articolata dell'esperienza vissuta dai partecipanti.

## 2.7 Analisi dei dati

L'analisi dei dati è stata condotta secondo i principi della fenomenologia ermeneutica, facendo riferimento al *circolo ermeneutico* descritto da Crist e Tanner (2003). Il processo ha previsto un movimento continuo tra parti e intero, tra testi e contesto, e tra i dati empirici e le cornici teoriche di riferimento.

In coerenza con tale approccio, l'unità di analisi è stata la singola intervista, considerata nella sua interezza per preservare l'unità del vissuto narrato prima di procedere alle successive fasi interpretative.

Operativamente, l'analisi si è articolata secondo il metodo SAMMSA (Summary & Analysis coding, Micro themes, Meso themes, Syntheses, and Analysis) seguendo la procedura che viene descritta qui di seguito (McDonald et al., 2023),.

#### 2.7.1 Codifica S&A: integrazione tra approccio induttivo e deduttivo

La prima fase ha previsto la *codifica S&A (Summary & Analysis)*. Il ricercatore principale ha individuato all'interno di ciascuna unità di analisi, le unità significative e, per ciascuna di esse, ha elaborato:

- un codice di Sintesi (S), volto a restituire in forma concisa ma fedele la voce del partecipante. Per assicurare l'aderenza all'intervista è stato riportato accanto a ciascun codice la quotation di riferimento;
- uno o più codici di Analisi induttiva e/o deduttiva (A)

Le modalità di sviluppo delle componenti analitiche sono descritte in dettaglio nei paragrafi successivi.

A fini illustrativi, in Allegato 3 è riportato un estratto della tabella di analisi con un esempio di identificazione dei codici di Sintesi e dei corrispondenti codici di Analisi, sia di natura induttiva sia deduttiva.

#### 2.7.2 Componente induttiva

La componente induttiva dell'analisi è stata sviluppata a partire dai dati empirici, con l'obiettivo di mantenere una stretta aderenza ai contenuti emersi dalle interviste. I codici sono stati costruiti attraverso letture ripetute delle trascrizioni, prestando attenzione al linguaggio utilizzato dai partecipanti, alle emozioni espresse e agli elementi che ricorrevano nelle diverse narrazioni. L'analisi si è concentrata sulle descrizioni delle esperienze vissute nei contesti assistenziali, integrando le informazioni con le note sul campo raccolte durante e dopo le interviste. Questo processo ha consentito di identificare significati direttamente radicati nel vissuto dei partecipanti.

### 2.7.3 Componente deduttiva

La componente deduttiva dell'analisi non è stata applicata in modo sistematico a priori, ma è stata attivata progressivamente nel corso dell'interpretazione, quando i contenuti narrativi dei partecipanti richiamaavano concetti, dinamiche o processi riconducibili alle cornici teoriche individuate nella fase di impostazione metodologica.

In particolare, nel momento in cui le narrazioni facevano emergere temi relativi alla relazione terapeutica, all'integrazione dei bisogni fondamentali o al ruolo del contesto assistenziale, l'interpretazione veniva approfondita attraverso le lenti del Fundamentals of Care Framework (Bagnasco et al., 2025; Feo et al., 2018a; Kitson et al., 2013). Analogamente, le descrizioni delle difficoltà, dei margini di autonomia e dei processi di apprendimento dei partecipanti venivano lette in relazione al modello di sviluppo professionale di Benner (Carnevale, 2013, 2019; Lamichhane, 2025; Murray et al., 2019), mentre i vissuti di disorientamento, dissonanza, aspettative disattese e progressivo adattamento venivano interpretati alla luce della Transition Shock Theory di Duchscher (Duchscher, 2009, 2018, 2021).

L'impiego delle categorie deduttive è avvenuto in modo flessibile e non prescrittivo: i framework teorici non sono stati utilizzati per forzare la classificazione dei dati, ma come strumenti interpretativi di secondo livello, attivati solo quando i significati emergenti dai dati empirici lo rendevano pertinente. In ogni passaggio analitico è stata resa esplicita la cornice teorica di riferimento utilizzata, al fine di garantire trasparenza interpretativa e coerenza metodologica.

### 2.7.4 Microtemi

I codici S&A sono stati successivamente raggruppati in microtemi all'interno di ciascuna intervista (Macdonald et al., 2023). Dopo l'analisi delle prime tre interviste, è stato organizzato un confronto con due membri del team di ricerca, finalizzato a discutere la coerenza delle prime codifiche, verificare l'aderenza delle interpretazioni ai dati e affinare la struttura preliminare dei

microtemi. Questo confronto ha consentito di consolidare l'impianto interpretativo prima di procedere all'analisi dell'intero corpus.

A fini esemplificativi, in Allegato 4 è riportato un estratto della tabella di analisi con l'estrazione dei microtemi, al fine di rendere esplicito il percorso analitico seguito.

#### 2.7.5 Mesotemi

Una volta completata la codifica e la definizione dei microtemi per tutte le interviste, questi sono stati progressivamente integrati in mesotemi, intesi come configurazioni di significato più ampie e articolate, capaci di restituire la struttura dell'esperienza così come emersa dai racconti dei partecipanti (Macdonald et al., 2023). Nel corso di questa fase analitica, l'individuazione e l'organizzazione dei mesotemi sono state supportate dalla costruzione di mappe concettuali, realizzate mediante un software di mind mapping utilizzato nella sua versione gratuita, come strumento di sostegno al processo interpretativo.

Al termine dell'analisi, è stato effettuato un secondo confronto con il team di ricerca al fine di discutere la struttura finale dei mesotemi, valutarne la coerenza interna e verificarne l'aderenza al materiale empirico. A scopo illustrativo, nella sezione dei risultati viene riportato un esempio di mappa relativa a una singola intervista, quale documentazione del percorso analitico seguito (Allegato 5).

#### 2.7.6 Sintesi narrativa

Per ciascun partecipante è stata elaborata una sintesi narrativa individuale, finalizzata a ricostruire in forma discorsiva e continua l'esperienza vissuta dell'infermiere rispetto all'applicazione del Fundamentals of Care Framework nella pratica clinica (Macdonald et al., 2023).

La costruzione della sintesi narrativa ha seguito una procedura interpretativa strutturata. In primo luogo, sono stati utilizzati i microtemi emersi dall'analisi come struttura portante ("scheletro") della narrazione, orientando l'organizzazione logica e sequenziale del testo. I microtemi hanno consentito

di mantenere coerenza interna alla narrazione, garantendo al contempo una lettura globale e integrata dell'esperienza del singolo partecipante.

All'interno di questa struttura, i codici di sintesi (S) sono stati utilizzati in modo selettivo per integrare, quando ritenuto significativo, le parole dell'intervistato, al fine di preservare la densità semantica del vissuto e rafforzare specifici passaggi della narrazione. Le formulazioni derivate dai codici S non sono state utilizzate come etichette analitiche esplicite, ma incorporate nel testo narrativo in modo fluido e contestualizzato.

Parallelamente, nella costruzione delle sintesi narrative sono stati considerati i codici di analisi, sia induttivi sia deduttivi, che hanno orientato l'interpretazione dei significati emersi, permettendo di leggere l'esperienza individuale alla luce dei riferimenti teorici del Fundamentals of Care Framework e dei modelli di transizione professionale. Tali codici hanno svolto una funzione interpretativa di supporto, senza essere resi visibili nel testo finale della narrazione.

Infine, nella stesura delle sintesi narrative si è tenuto conto delle note sul campo, utilizzate come ulteriore livello interpretativo per contestualizzare le parole dell'intervistato, cogliere elementi comunicativi e relazionali emersi durante l'incontro e sostenere una comprensione più approfondita dell'esperienza narrata.

Nel loro insieme, questi passaggi hanno permesso di costruire sintesi narrative che non si configurano come semplici riassunti dei contenuti, ma come ricostruzioni interpretative dense e coerenti, capaci di mantenere l'unità, la complessità e la dimensione riflessiva del vissuto individuale (in Allegato 6 è riportato un estratto di una sintesi narrativa a titolo esemplificativo).

#### 2.7.7 Analisi trasversale e sintesi finale

La fase conclusiva dell'analisi ha previsto un confronto sistematico tra tutte le sintesi narrative individuali, con l'obiettivo di mettere in dialogo le diverse esperienze e di coglierne sia gli elementi di convergenza sia le specificità

situate. Questo passaggio ha consentito di ampliare lo sguardo dal singolo vissuto a una comprensione più articolata del fenomeno, mantenendo costante il riferimento all'esperienza concreta dei partecipanti (Macdonald et al., 2023).

Attraverso una lettura comparativa delle sintesi narrative, sono stati progressivamente messi in evidenza nuclei di significato ricorrenti e modalità differenti di vivere e interpretare l'esperienza assistenziale, anche in relazione ai diversi contesti organizzativi e ai momenti del percorso professionale. Tali elementi non sono stati formalizzati come categorie o temi autonomi, ma hanno orientato il processo interpretativo successivo.

I significati emersi dal confronto trasversale sono stati integrati nella stesura della sintesi finale, che rappresenta una ricomposizione interpretativa dell'insieme delle esperienze esplorate. Questa sintesi non si configura come una mera aggregazione dei casi, ma come una narrazione interpretativa che tiene insieme continuità e differenze, consentendo di restituire una visione complessiva del fenomeno in esame, in dialogo con i riferimenti teorici adottati, in particolare il *Fundamentals of Care Framework* e i modelli di transizione professionale.

Durante l'intero processo analitico è stato mantenuto un confronto continuativo con un esperto esterno di fenomenologia ermeneutica, che ha fornito un supporto metodologico volto a garantire la coerenza del percorso interpretativo e l'aderenza ai principi dell'approccio fenomenologico-interpretativo, senza intervenire direttamente nelle operazioni di codifica o nella costruzione dei testi analitici.

### 3. RISULTATI

Il campione è composto da nove infermieri neolaureati, di cui sette donne e due uomini, con un'età compresa tra i 23 e i 36 anni (media: 27,3 anni; mediana: 27 anni). Tutti i partecipanti hanno conseguito la laurea nell'anno accademico 2023/2024 e, al momento della raccolta dei dati, avevano iniziato

la propria esperienza lavorativa in un periodo compreso tra dicembre 2024 e febbraio 2025.

I partecipanti provengono da differenti sedi universitarie (Università di Genova, Humanitas University – sede di Pieve Emanuele e sede di Castellanza) e risultano inseriti in contesti assistenziali eterogenei, tra cui cardiologia/UTIC, terapia intensiva, pronto soccorso, medicina, chirurgia, oncologia, sala operatoria e riabilitazione ortopedica. Due partecipanti riferiscono inoltre una precedente esperienza lavorativa di breve durata, svolta in ambulatorio specialistico e in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA), antecedente all'attuale impiego.

Anche le modalità di inserimento lavorativo risultano variabili: alcuni partecipanti hanno beneficiato di un affiancamento strutturato, della durata compresa tra una settimana e un mese e mezzo, mentre altri riportano un affiancamento minimo, assente o discontinuo, caratterizzato da frequenti cambi della figura di riferimento.

Alcuni partecipanti hanno inoltre riferito di aver già frequentato il reparto in cui sono stati successivamente assunti durante il tirocinio curriculare e, in alcuni casi, anche nel corso di periodi di tirocinio aggiuntivo svolti prima della laurea.

I mesotemi emersi dall'analisi sono stati costruiti attraverso un processo interpretativo che ha coinvolto l'insieme dei microtemi identificati nelle singole interviste. In particolare, ciascun mesotema rappresenta una sintesi interpretativa di microtemi ricorrenti, emersi trasversalmente nei diversi partecipanti e ricondotti a nuclei di significato condivisi. Questo passaggio ha consentito di transitare da una lettura più frammentata e descrittiva delle esperienze (microtemi) a una comprensione più integrata e articolata del fenomeno indagato (mesotemi), mantenendo un forte ancoraggio ai dati empirici e alle narrazioni dei partecipanti (Allegato 7).

Dall'analisi sono emerse sei principali configurazioni interpretative trasversali. Il mesotema *“abitare un contesto che sostiene e ostacola la cura”*

raccoglie le esperienze relative all'influenza del contesto organizzativo, alle dinamiche di équipe, alle risorse disponibili e alle barriere che condizionano l'agire assistenziale. Il mesotema "*fare esperienza della cura come relazione*" mette in luce la centralità della relazione infermiere-persona, evidenziandone il valore, la complessità e le condizioni che ne rendono possibile lo sviluppo. Il mesotema "*la cura come esperienza condivisa con la persona assistita e i familiari*" include i significati legati alla presa in carico globale, alla comunicazione e al coinvolgimento attivo di pazienti e familiari nel processo di cura.

Il mesotema "*il Fundamentals of Care nell'esperienza del divenire infermiere*" riguarda il modo in cui il Framework viene interpretato, interiorizzato e utilizzato come riferimento nell'agire professionale e nella costruzione dell'identità infermieristica. Il mesotema "*vivere la dimensione emotiva dell'essere infermiere*" raccoglie i vissuti emotivi legati all'esperienza assistenziale, inclusi gli aspetti di coinvolgimento, fatica e riflessione personale. Infine, il mesotema "*cogliere gli esiti vissuti della cura centrata sulla persona*" restituisce i significati attribuiti agli esiti dell'assistenza, in termini di soddisfazione, senso del lavoro e riconoscimento professionale.

I mesotemi non vengono presentati come categorie isolate, ma come configurazioni di significato che attraversano e mettono in relazione le diverse dimensioni dell'esperienza dei partecipanti. Per favorire la leggibilità dei risultati e mantenere coerenza con la cornice teorica di riferimento, essi sono stati riletti e organizzati alla luce delle tre dimensioni del Fundamentals of Care Framework. I risultati sono pertanto presentati seguendo tali dimensioni: inizialmente viene esplorato il riconoscimento del valore del Framework come riferimento valoriale e professionale e la percezione della sua applicabilità nei contesti assistenziali; successivamente l'attenzione si concentra sulla relazione di cura, intesa come nucleo centrale dell'assistenza. L'analisi prosegue con le esperienze relative alla risposta ai bisogni fisici e psicosociali della persona, per concludersi con l'esplorazione dei fattori di

contesto che influenzano l'agire infermieristico e con una sintesi del vissuto professionale dei neolaureati nei primi mesi di lavoro.

### 3.1 Riconoscimento del valore del Fundamentals of Care Framework e legame con l'identità professionale

Dalle narrazioni dei neolaureati emerge una percezione generalmente condivisa del Fundamentals of Care Framework (FoC) come riferimento valoriale centrale per l'agire infermieristico. Questo riconoscimento si colloca principalmente all'interno del mesotema del *Fundamentals of Care nell'esperienza del divenire infermiere*, in quanto il Framework viene percepito come coerente con il modo in cui i partecipanti concepiscono l'assistenza e con l'immagine di infermiere che aspirano a incarnare. Come afferma una delle infermiere intervistate: «è giusto così, cioè secondo me... è proprio l'assistenza infermieristica che deve essere così» (ID5).

Il FoC non viene descritto come un modello teorico astratto né come uno strumento da applicare in modo prescrittivo, ma come una cornice che dà nome, struttura e legittimità a valori già percepiti come fondamentali. Tra le espressioni significative di questo riconoscimento, ad esempio, un'infermiera afferma esplicitamente di «ritrovarsi in tutto» (ID4) o un'altra che il FoC «descrive appieno quello che bisognerebbe fare» (ID3), riconoscendolo come una rappresentazione dell'assistenza così come dovrebbe essere, fino a dichiarare: «è proprio fondamentale per me... io mi vedo molto rappresentata» (ID3). Questo riconoscimento non emerge solo come adesione ideale al Framework, ma anche come esperienza di conferma e sostegno nel proprio divenire professionale, come esprime la stessa partecipante quando afferma: «le Fundamental of Care hanno un po' riconfermato quello che io volevo essere, quello che volevo fare... mi è stato più facile costruirmi» (ID3).

All'interno di questo stesso mesotema, emerge come il valore del Framework risieda anche nella sua capacità di rendere più consapevole e strutturato un orientamento personale già presente. Un'infermiera osserva: «...sono cose che già facevo, ma con il FoC le capisci meglio» (ID5), mentre un altro lo

definisce «...*uno scalino in più...*» (ID1), sottolineando come il FoC rafforzi e legittimi atteggiamenti e attenzioni già considerate parte integrante del lavoro infermieristico. La formazione viene inoltre descritta come un fattore di consolidamento di un orientamento, che ha fornito basi concettuali e maggiore sicurezza al modo di intendere la cura, rafforzando la fiducia nelle proprie scelte professionali e trovando una traduzione concreta nella pratica quotidiana, come emerge quando una partecipante afferma: «*io noto di applicare delle cose che sono inserite nella formazione proprio perché ho avuto questa formazione*» (ID7), «... *è stata utile, ma anche banalmente, nei miei tre anni di tirocinio a me è servito tanto per crescere ...*» (ID5). Allo stesso tempo emerge una variabilità legata alle predisposizioni individuali: alcuni partecipanti descrivono l'adesione al Framework come più immediata, mentre altri sottolineano come il suo sviluppo richieda un percorso più strutturato e intenzionale. In questo senso, il FoC viene percepito sia come conferma di un'attitudine già presente, sia come strumento necessario per costruirla e consolidarla.

Accanto a questa dimensione identitaria, emerge il mesotema ***abitare un contesto che sostiene e ostacola la cura*** descrive la percezione dell'applicabilità del Framework nei diversi contesti assistenziali. Per quanto riguarda l'applicabilità del Framework nei contesti lavorativi, le posizioni risultano articolate e talvolta divergenti. Alcuni neolaureati riconoscono che non sia «una cosa semplicissima» (ID3), ma allo stesso tempo affermano con convinzione che «*siano applicabilissime... cioè che sia applicabile e che sia fondamentale*» (ID3). La stessa infermiera riferisce di non percepire ostacoli organizzativi significativi all'applicazione del FoC nella pratica quotidiana, sostenendo che, nel suo contesto, «*non ci siano tante restrizioni... o comunque ostacoli che non permettono di mettere in pratica le FoC in generale*» (ID3). Anche in ambienti percepiti come complessi, come la sala operatoria, il FoC continua a rappresentare un riferimento: «*per il mio ambiente, io mi ritrovo in tutto*» (ID4), e la sua applicazione viene descritta come parte del quotidiano: «*in generale tutti i giorni io applico in qualche modo questo*» (ID7).

Accanto a queste posizioni emerge tuttavia una prospettiva più critica, che mette in evidenza il peso delle condizioni organizzative. Una partecipante descrive l'applicazione del FoC come possibile solo in situazioni temporali eccezionali, come il turno notturno, quando il tempo è percepito come più "dilatato": «*La notte si riesce un po' di più ad applicare... per il contesto, per le tempistiche... però questa è una particolarità del reparto, se no no... sul fatto che si riesca ad applicare, no*» (ID2). La stessa infermiera distingue nettamente tra i contesti, indicando l'RSA come l'ambiente in cui l'applicazione del Framework è vissuta come sostanzialmente impedita:  
«*Questo più che altro in RSA... è il contesto assistenziale dove mi è stato impedito l'applicazione di questo framework... in ospedale ci sono dei limiti, però ci si riesce un po' a lavorare, in RSA assolutamente no*» (ID2).

Parallelamente, emerge anche il mesotema di ***cogliere gli esiti vissuti della cura centrata sulla persona***, in quanto il FoC non viene riconosciuto solo come riferimento valoriale, ma anche come approccio ritenuto efficace nella pratica clinica. In particolare, viene descritto come uno strumento che consente di «*risolvere la situazione... in maniera molto più rapida e più veloce*» e di «*garantire un'assistenza a 360°*» (ID5). Rispetto alle aspettative derivanti dalla applicazione effettiva del framework nell'assistenza l'infermiera afferma che: «*Il paziente ... La famiglia, la rete di supporto che c'è attorno.... Vivrebbero meglio*» (ID2)

Diversi partecipanti riconoscono inoltre che la formazione sul FoC ha fornito loro le basi su cui fondare la cura, orientando in modo intenzionale il modo di porsi verso i pazienti. Un infermiere afferma: «*il progetto FoC è quello che mi ha aiutato a capire il perché io faccio queste cose... so che sono giuste, ma quali sono le ragioni che le fanno giuste?*» (ID4). Un altro si interroga: «*mi chiedo se senza quel percorso formativo avrei avuto la stessa attenzione, la stessa intenzionalità*» (ID7). Il Framework appare così progressivamente interiorizzato, al punto da essere richiamato «*anche senza volerlo*» (ID9), perché «*ti aiuta a vedere cose che altrimenti non vedresti*» (ID8).

Infine, emergono anche elementi riconducibili al mesotema del **vivere la dimensione emotiva dell'essere infermiere**, in particolare in relazione alla fase di ingresso nel mondo del lavoro. Questa viene descritta come un momento di vulnerabilità, caratterizzato dall'aumento della responsabilità e dalla difficoltà di «*tenere a mente un intero quadro*» (ID9), con il rischio che, soprattutto all'inizio, «*si vada un po' a venire meno ai valori*», pur nel tentativo costante di integrarli progressivamente nella pratica (ID9).

In questa prospettiva, la mancata applicazione del FoC viene vissuta come una perdita di senso della professione stessa: «*si perde... il focus e poi si perde un po' tutto il senso... della professione*» (ID9). Anche la qualità del lavoro infermieristico risente direttamente di tale scollamento: senza il Framework «*diventi un po' un esecutore... fai solo quello che ti viene detto e basta e non ci metti la testa*» (ID9) e dall'altra parte invece si sperimenta soddisfazione quando è possibile constatare che l'assistito ha riportato soddisfazione rispetto all'assistenza: «*...vabbè son contenta, sono soddisfatta. Ah sì, mi fa, mi fa felice. Ora, se si può definire la felicità sono anche a quei momenti.... Eh sì sono anche quei momenti lì...*» constatando che l'assistenza erogata ha portato soddisfazione e benessere al paziente (ID2).

### 3.2 La relazione come nucleo centrale della cura

#### 3.2.1 La relazione come fondamento della cura

Dalle narrazioni dei neolaureati emerge in modo trasversale e condiviso la centralità della relazione di cura, riconducibile al mesotema: **fare esperienza della cura come relazione**, che viene vissuta come fondamento del prendersi cura e come dimensione costitutiva dell'agire infermieristico. La relazione non è descritta come un'aggiunta né come un elemento accessorio, ma come qualcosa che è «parte integrante e necessaria» (ID9), «*...non è un lavoro meccanico, cioè la parte relazionale è veramente fondamentale...*» (ID5), e che non può essere separata dall'agire clinico e tecnico dell'infermiere.

Questa centralità viene espressa anche in relazione al mesotema: **cogliere gli esiti vissuti della cura centrata sulla persona**, evidenziando come la qualità della relazione abbia un impatto diretto sulla gestione delle difficoltà

assistenziali: *«instaurando un'ottima relazione, andavo poi a sciogliere tutti quelli che magari potevano essere gli ostacoli che si presentavano...»* (ID3). In questo senso, la relazione non viene narrata come una dimensione parallela all'assistenza, ma come ciò che rende praticabile, sostenibile ed efficace il resto della cura.

All'interno delle loro esperienze, gli infermieri descrivono questa integrazione come valida anche nei contesti caratterizzati da elevata complessità tecnica, mettendo in luce l'intreccio tra relazione e dimensione tecnico-assistenziale. Riferendosi all'esperienza in sala operatoria, una partecipante sottolinea come la relazione continui a essere riconosciuta come fondamento dell'intervento infermieristico: *«secondo me, questo è la base di tutto ciò che è tecnico»*, osserva, aggiungendo che, sebbene la competenza tecnica sia indispensabile, essa non esaurisce il prendersi cura: *«uno può essere bravissimo a prendere una vena... bravissimo a fare qualsiasi cosa di tecnico, però questa parte relazionale...»*, sottolineando che la sua mancanza farebbe perdere efficacia all'intervento (ID4).

L'esperienza del paziente, in particolare nei momenti più critici del percorso di cura, viene restituita come parte essenziale dell'esito complessivo dell'assistenza: *«...quando subisci un intervento... è qualcosa che ti porti dietro, soprattutto l'esperienza che hai vissuto»* (ID4).

La relazione emerge inoltre come particolarmente significativa nei contesti in cui la persona si trova in condizioni di maggiore vulnerabilità, configurandosi come elemento imprescindibile del prendersi cura e collegandosi al mesotema fare esperienza della cura come relazione, un'infermiera descrive questi momenti come situazioni in cui il sostegno relazionale diventa irrinunciabile per accompagnare l'esperienza di malattia e di cura: *«...avevo visto che questa persona si sentiva impaurita e poi è cioè fondamentale oltre a rassicurarla, instaurare questo rapporto di fiducia...»* (ID6).

In questo quadro, il Fundamentals of Care Framework viene riconosciuto come pienamente coerente con tale concezione della cura e si collega al mesotema del *Fundamentals of Care nell'esperienza del divenire*

*infermiere*. Come afferma un'infermiera: «...tendenzialmente cerco di applicarlo subito, quindi all'inizio, proprio appena entro in contatto con il paziente, cerco di avere una comunicazione sia chiara che efficace...» (ID3).

Il FoC non appare dunque come uno schema teorico da applicare in un secondo momento, ma come un orientamento che prende forma fin dal primo incontro, radicandosi immediatamente nella qualità della relazione costruita con la persona assistita.

### 3.2.2 Diventare capaci di relazione: predisposizione, formazione ed esperienza

Dai racconti dei partecipanti emerge che la capacità di costruire e sostenere relazioni di cura non viene vissuta come una competenza data una volta per tutte, ma come un processo di sviluppo progressivo. Questo processo si colloca all'interno del mesotema del *Fundamentals of Care nell'esperienza del divenire infermiere*, e prende forma nel tempo attraverso l'intreccio tra predisposizioni personali, formazione e pratica clinica.

Il passaggio dallo status di studente a quello di infermiere neolaureato viene descritto come un momento di svolta, in cui cresce la responsabilità non solo sul piano clinico, ma anche nella gestione della relazione con gli assistiti. Un partecipante racconta come, già durante il tirocinio, abbia percepito una progressiva crescita in questo ambito: «...anche se ero studente... c'era un tutor che mi affiancava... però con gli anni ho sempre visto una crescita» (ID3). L'ingresso nel lavoro segna un'ulteriore accelerazione di questo processo, perché l'infermiere si scopre ora pienamente responsabile della qualità della relazione che costruisce.

All'interno di questo percorso di sviluppo, emerge anche il ruolo delle predisposizioni personali, che alcuni partecipanti riconducono a caratteristiche già presenti a livello individuale. Tali capacità vengono descritte come «già intrinseche» e, per questo, come fattori che rendono «molto più facile» sviluppare e applicare l'approccio relazionale nella pratica quotidiana (ID3). Tuttavia, altri infermieri evidenziano come tali competenze non siano affatto scontate, ma richiedano un apprendimento consapevole e

progressivo. Un'infermiera, ricordando l'inizio del proprio percorso, afferma: «io sono partita che ero veramente stra-timida... non parlavo con nessuno» (ID5).

In questo senso, la crescita si intreccia con la formazione, che viene descritta come un elemento cruciale nello sviluppo delle competenze relazionali. La formazione offre strumenti concreti per rendere praticabile la relazione: «*sapere queste piccole... 'chicchette'... come entrare col sorriso, guardare negli occhi... con la formazione, anche con le simulazioni... è stato molto utile*» (ID5). Essa non viene quindi vissuta solo come trasmissione di conoscenze, ma come spazio trasformativo del modo di essere infermiere. Un partecipante sottolinea come il percorso universitario gli abbia fornito una sicurezza tale da permettergli di «*instaurare subito un rapporto con il paziente*» una volta entrato nel mondo del lavoro (ID3).

Il processo di apprendimento relazionale prosegue poi nella pratica quotidiana, dove emerge il ruolo centrale dell'esperienza, che rappresenta il principale fattore di affinamento delle competenze. I partecipanti sottolineano come l'esperienza consenta di adattare il proprio comportamento alle diverse situazioni: «*...l'esperienza fa tanto... capire in ogni situazione come ci si può comportare... cosa è più efficace dire o fare...*» (ID5). Con il tempo, l'infermiere sviluppa una maggiore capacità di modulare il proprio modo di porsi e di rispondere ai bisogni specifici delle persone assistite: «*...più si va avanti... più si ha la possibilità di crescere e di imparare proprio come relazionarsi...*» (ID3).

Il modo di costruire la relazione di cura appare inoltre influenzato dalle esperienze personali dei partecipanti, che vengono richiamate nella pratica quotidiana.

Un'infermiera riferisce: «io mi ricordo di quelle scene, mi ricordo delle persone che sono state lì con me» (ID4), mentre un'altra afferma: «spesso vado ad applicare quello che mi piacerebbe si applicasse con me se fossi dall'altra parte» (ID2).

Analogamente, un partecipante richiama esperienze vissute come familiari per orientare il proprio comportamento professionale: «se vedessi l'infermiere che dice “vabbè, non c'ho tempo“ e se ne va... no, io non vorrei questo tipo di infermiere, quindi non voglio essere questo tipo di infermiere» (S39).

Questi elementi mostrano come la relazione di cura venga costruita anche attraverso un processo di identificazione e rielaborazione di esperienze personali, che contribuisce allo sviluppo della competenza relazionale nei primi mesi di lavoro.

All'interno di questo percorso di crescita, assumono particolare rilevanza anche le esperienze critiche, che contribuiscono a rafforzare la riflessività professionale. Alcuni partecipanti raccontano come le difficoltà incontrate diventino occasioni di apprendimento, spingendoli a rielaborare l'esperienza e a modificare il proprio agire: «*la prossima volta ci penso... analizzo la situazione...*» (ID3). All'interno sempre di questo stesso mesotema che collega il Fundamental of Care con il divenire infermieri, l'incontro con pazienti oppositivi emerge come un'esperienza significativa, che interroga profondamente il modo di essere infermiere. Un partecipante afferma: «...i momenti in cui ho riflettuto di più su quello che volevo essere... sono anche sui pazienti oppositivi» (ID7), l'infermiere descrive come queste situazioni, lo muovano verso una scelta consapevole di non ridurre la persona a un'etichetta, ma di mantenere uno sguardo centrato sul significato del comportamento: «non voglio essere quell'infermiere che dice 'ok il paziente è oppositivo' e chiudere così» (ID7).

### 3.2.3 Come la relazione prende forma nella pratica: azioni e micro-pratiche relazionali

Dalle narrazioni dei partecipanti emerge che la relazione non è un'idea astratta, ma prende forma attraverso azioni quotidiane, intenzionali e spesso sottili, che gli infermieri mettono in atto per entrare in contatto con la persona, sostenerla e accompagnarla nell'esperienza di cura. Questo processo si colloca all'interno del mesotema: *la cura come esperienza condivisa con la*

*persona assistita e i familiari*, e si concretizza attraverso una serie di micro-pratiche che non vengono vissute come tecniche isolate, ma come modi di “esserci” nella relazione.

Un primo elemento ricorrente riguarda l’ascolto attivo e la presenza, che rappresentano strumenti fondamentali per costruire uno spazio relazionale significativo. Gli infermieri descrivono la capacità di fermarsi, guardare negli occhi, ascoltare e stare accanto come modalità attraverso cui contenere l’agitazione e creare fiducia. «*Stare lì ad ascoltarlo... lo guardi e lo ascolti, ci parli insieme... puoi guardarlo negli occhi, prenderlo per mano e rassicurarlo*», racconta un partecipante, sottolineando come la presenza silenziosa e attenta possa fare la differenza soprattutto quando la persona è agitata e spaventata (ID5). In queste situazioni, l’infermiere impara che la soluzione non è «...*urlare più forte...*» (ID5), ma rimanere, ascoltare e farsi punto di riferimento.

Le descrizioni di queste pratiche relazionali emergono tuttavia in modo non sempre immediato: in alcune interviste, i partecipanti tendevano inizialmente a collocarsi su un piano più generale e normativo, mentre l’emergere di esempi concreti risultava facilitato dall’utilizzo di domande di approfondimento durante il colloquio (nota sul campo).

La possibilità di investire nella relazione non è uniforme e risulta in alcuni casi influenzata da condizioni che caratterizzano il contesto e richiamano il mesotema: *abitare un contesto che sostiene e ostacola la cura*, in particolare per quanto riguarda l’organizzazione del lavoro e il tempo disponibile. Alcuni partecipanti evidenziano come l’ascolto e la presenza siano condizionati dal carico assistenziale: «...*molte volte posso avere un ascolto attivo, ma molte volte non posso averlo... Molte volte personalmente non ci riesco, dipende dall’organizzazione anche della giornata...*» (ID1). Questo elemento mette in luce la tensione tra intenzionalità relazionale e vincoli organizzativi.

Un’altra dimensione centrale riguarda il conoscere la persona e costruire un aggancio relazionale, che si collega al mesotema: *la cura come esperienza condivisa con la persona assistita e i familiari*. Gli infermieri descrivono

come elementi apparentemente marginali, come racconti di vita o interessi personali, diventino strumenti fondamentali per entrare in relazione: *«mi racconta una cosa della sua famiglia... la volta dopo... lo utilizzo come strumento per entrare in contatto con il paziente...»* (ID3). Trovare punti di contatto permette di trasformare l'incontro in una relazione significativa. Anche in contesti complessi, come il pronto soccorso, emerge questa intenzionalità: *«...parlare con lei, interessarmi alla sua vita... trovare un punto a cui agganciarci...»* (ID8). In alcuni casi, bastano tempi molto brevi per attivare la relazione: *«...È bastato 5 minuti di interazione... per cogliere un bisogno che sarebbe rimasto inespresso»* (ID8).

La relazione prende forma anche attraverso la comunicazione, la spiegazione e la negoziazione, che rappresentano modalità concrete per sostenere la persona nel percorso di cura. Gli infermieri sottolineano l'importanza di rendere comprensibile ciò che accade, soprattutto nei momenti di maggiore vulnerabilità: *«spiegargli tutto per filo e per segno dalla A alla Z»* (ID3). L'informazione viene vissuta come parte integrante della cura: *«...le persone vanno informate...»* (ID2). In contesti complessi, come la terapia intensiva, la comunicazione diventa anche uno spazio di negoziazione: *«si crea una specie di patto... ci si confronta e molte volte si fanno anche dei compromessi»* (ID6). In questo modo, la relazione sostiene la collaborazione e il senso di controllo della persona.

All'interno di queste pratiche si colloca il tema della fiducia, riconosciuta come condizione fondamentale perché la cura possa avvenire rientrando quindi nel mesotema del ***cogliere gli esiti vissuti della cura centrata sulla persona***. Gli infermieri sottolineano come la fiducia sia strettamente legata alla qualità della relazione: *«è fondamentale creare una relazione e un rapporto di fiducia perché se no il paziente non è collaborante»* (ID6). Essa si costruisce fin dal primo incontro, attraverso il modo di porsi: *«come ti poni al primo impatto... è già un primo passo verso la fiducia»* (ID4). In alcuni casi, la fiducia diventa visibile nelle modalità con cui il paziente si affida all'infermiere: *«Finalmente sei arrivata!»* (ID9), espressione che segnala il riconoscimento dell'infermiere come figura di riferimento affidabile.

La fiducia viene inoltre tutelata come valore fondamentale, collegandosi anche al mesotema del *Fundamentals of Care nell'esperienza del divenire infermiere*. Un partecipante afferma: «cerco di non infrangere mai la fiducia» (ID7), sottolineando l'importanza della coerenza, della sincerità e del rispetto degli accordi. Quando questi elementi sono presenti, la relazione produce anche esiti significativi sul piano professionale: «mi dà soddisfazione... riuscire a instaurare fiducia» (ID8).

#### 3.2.4 La relazione con i familiari: risorsa, responsabilità e fatica

Nelle narrazioni dei neolaureati, la relazione di cura non riguarda esclusivamente il paziente, ma si estende in modo naturale e necessario ai familiari e ai caregiver, configurandosi come una componente essenziale del processo assistenziale. Questo aspetto si colloca principalmente all'interno del mesotema: *la cura come esperienza condivisa con la persona assistita e i familiari*, evidenziando come la rete familiare venga riconosciuta come parte integrante della presa in carico.

All'interno di questo mesotema, la presenza del caregiver viene frequentemente descritta come una risorsa fondamentale per comprendere meglio la persona assistita, favorire la comunicazione e sostenere l'adesione alle cure. Un'infermiera racconta di aver coinvolto il caregiver dopo che lo stesso assistito gliene aveva parlato come di «...una persona importante...» per lui, riconoscendone il ruolo nel supporto emotivo e nella gestione delle procedure (ID3).

In terapia intensiva, l'infermiera sottolineano l'importanza di valutare l'influenza del caregiver sul paziente e di coinvolgerlo in modo intenzionale, poiché «...è fondamentale garantire il benessere del paziente...» (ID6). Tale coinvolgimento viene inoltre interpretato come un investimento per la continuità della cura, soprattutto in vista della dimissione: «quando andrà in reparto, c'è già un caregiver che comunque è formato» (ID6).

Accanto a questa dimensione di risorsa, emerge tuttavia una componente di responsabilità e ambivalenza. In alcune situazioni, infatti, il coinvolgimento del caregiver appare anche come una risposta alle difficoltà organizzative e

all'elevato carico assistenziale: «i caregiver ci aiutano tanto... perché il carico assistenziale è tanto, non si può essere sempre da un paziente» (ID5). Nonostante questa ambivalenza, gli infermieri continuano a considerare il caregiver un elemento fondamentale per sostenere la relazione di cura e costruire fiducia: «utilizzando gli strumenti che ho a disposizione, quindi eventualmente un caregiver... cercando di assorbire tutte le informazioni per me necessarie» (ID3).

In modo particolarmente intenso, la relazione con i familiari emerge nelle situazioni di fine vita, in cui si intrecciano il coinvolgimento della rete familiare, la relazione di cura e gli aspetti legati alla centralità dell'esperienza della persona. Gli infermieri descrivono questi momenti come situazioni in cui il prendersi cura si rivolge simultaneamente al paziente e ai suoi familiari: «*stai accompagnando anche i parenti*», nella consapevolezza che «*un parente abbandonato è un parente devastato*» (ID6). Tuttavia in queste situazioni: «*...a quel punto non sempre è facile relazionarsi e comprendere i loro bisogni...*» (ID7). In tali contesti, la presenza dell'infermiere assume un valore particolarmente significativo anche sul piano dell'identità professionale e del significato attribuito al Fundamentals of Care Framework. Un partecipante racconta: «i parenti mi hanno chiamato... volevano che qualcuno stesse lì con loro... ho passato gli ultimi 10 minuti del paziente con loro, rassicurandoli» (ID7), descrivendo questa esperienza come «...è una bella cosa» (ID7).

Parallelamente, emerge il mesotema delle ***dimensioni emotive ed esperienziali del lavoro infermieristico***, in quanto la relazione con i familiari può rappresentare anche una fonte di fatica e complessità. Questa difficoltà è descritta in modo particolarmente evidente nei primi momenti di inserimento professionale, quando la gestione della relazione con i caregiver richiede competenze ancora in via di costruzione: «*all'inizio ho fatto tanta fatica, soprattutto coi parenti... perché essendo lì da poco... in tirocinio è sempre una persona che ti affianca*» (ID5). I partecipanti descrivono situazioni in cui il confronto con caregiver «particolarmente difficili da gestire» richiede uno sforzo prolungato di spiegazione e contenimento; in una delle interviste, una

partecipante riferisce di aver dovuto «*spiegargli le cose miliardi di volte*» (ID9). Altre circostanze che hanno determinato momenti di fatica sono descritte dall'infermiere come la percezione di aver incontrato un “muro di incomprensione” da parte del caregiver: «*...dà molte sensazioni negative è quando trovi un muro di non comprensione, non tanto di solito dagli assistiti, ma dai caregiver....*». Nonostante la fatica, queste esperienze possono tradursi in esiti significativi anche sul piano professionale, richiamando il mesotema: ***cogliere gli esiti vissuti della cura centrata sulla persona***, quando i familiari restituiscono riconoscimento e gratitudine, confermando che «*...lo sforzo non era andato vano...*» (ID9).

Il coinvolgimento dei caregiver potrebbe includere anche situazioni in cui sono i familiari stessi a presentare bisogni di sostegno. In alcune situazioni, i partecipanti riconoscono condizioni di affaticamento, fragilità o ridotta sostenibilità dell'assistenza al domicilio. Un'infermiera riferisce di aver osservato che «*...l'assistenza... fatta dal caregiver non era più efficace perché il caregiver “era arrivato” in un punto tale che non riusciva più a garantire l'assistenza che dava...*» (ID3). In queste situazioni, il bisogno assistenziale viene descritto come esteso non solo alla persona assistita, ma anche al caregiver, richiedendo forme di supporto e una ridefinizione condivisa della presa in carico.

In questi casi, rientrando all'interno del mesotema di **abitare un contesto che sostiene e ostacola la cura**, viene riportato il coinvolgimento dell'equipe multiprofessionale per ridefinire il piano assistenziale: «*ne ho parlato sia con i miei colleghi che con i medici... poi ci siamo messi ad analizzare effettivamente le problematiche... cercando di andare incontro al paziente*» (ID3).

### 3.2.5 Ciò che ostacola la relazione: frizioni, limiti e accettazione

Accanto al valore attribuito alla relazione e all'impegno nel costruirla, i partecipanti descrivono diversi ostacoli che incontrano nella pratica quotidiana. Tali difficoltà si collocano principalmente in relazione ai

mesotemi: *fare esperienza della cura come relazione* e *abitare un contesto che sostiene e ostacola la cura*.

In relazione al mesotema *fare esperienza della cura come relazione*, i partecipanti riportano come alcune caratteristiche della persona assistita possano influire sull'instaurarsi della relazione. In particolare, vengono citati elementi legati all'età e al genere: «la relazione era un po' più complicata... erano comunque persone più grandi di me» (ID3) e «il fatto che fosse un uomo... fa la differenza» (ID3). Inoltre, viene evidenziato come la relazione dipenda anche dalla disponibilità dell'altra persona, e che possa risultare difficile quando «...una persona ti ha messo il muro davanti» (ID5). Anche lo stato emotivo dell'assistito può influenzare la possibilità e la qualità della relazione, a tal proposito un'infermiera riporta come situazioni in cui paura, confusione o difficoltà di comprensione hanno reso più complessa la relazione: «lei si era spaventata, non aveva capito la situazione...» (ID6).

Sempre riguardo alle caratteristiche dell'assistito alcune barriere comunicative come la barriera linguistica possono rappresentare un ostacolo «mettere in atto tutta la parte di FoC per lei diventa un po' più complesso» (ID5). Ulteriori difficoltà vengono descritte anche in presenza di condizioni cliniche che limitano la comunicazione, come nel caso di pazienti con impossibilità di esprimersi verbalmente: «aveva anche la tracheo ed era impossibilitata a parlare...facevo fatica a leggere il labiale... questa cosa l'ha infastidita, e non voleva quindi neanche dirmi quale fosse il problema» (ID6).

La relazione tra assistito ed infermiere viene descritta influenzata anche dalle rappresentazioni della persona rispetto alle cure. In un caso, un infermiere riferisce di essersi trovato inizialmente a «*combattere contro la sua (della paziente) idea di cure o di ospedalizzazione*» (ID8).

Inoltre sulla relazione possono influire anche caratteristiche personali dell'infermiere «*le persone vanno più d'accordo con uno piuttosto che con un altro, piuttosto che uno riesce a instaurare una relazione anche di fiducia...*»(ID1) oppure si presenti una situazione di particolare stanchezza

*“...succede che una persona ti prosciughi perché capita, ti prosciughi di energie....”* (ID1).

Accanto agli ostacoli legati alle caratteristiche della persona assistita e dell’infermiere, i partecipanti descrivono come anche alcuni aspetti del contesto organizzativo e relazionale possano incidere sulla possibilità di costruire e sostenere la relazione di cura. In particolare, emerge come la discontinuità nell’assegnazione degli assistiti possa ostacolare il consolidarsi della relazione, rendendo necessario ricominciare ogni volta un processo di conoscenza reciproca. Un partecipante osserva che *«sicuramente quando cambi più spesso gli assistiti a cui sei assegnato è più difficile perché fai fatica a conoscere e devi re-instaurare una relazione con loro e quindi si ricomincia da capo ogni volta...»* (ID7).

Accanto a questo, alcuni partecipanti evidenziano come la relazione con la persona assistita possa essere influenzata anche dal modo in cui i colleghi hanno precedentemente risposto ai suoi bisogni. Una partecipante racconta, ad esempio, come la risposta tardiva di una collega al dolore di una paziente abbia influenzato il clima relazionale successivo, osservando che una maggiore attenzione ai bisogni espressi avrebbe potuto favorire *«una relazione anche tra me e la paziente diversa»* (ID5).

Infine, emerge come anche la pressione temporale possa limitare concretamente lo spazio relazionale, generando tensione tra le attività richieste e il desiderio di coltivare la relazione di cura. Come afferma un partecipante, *«il poco tempo che si ha a disposizione rispetto a tutte le attività da fare sacrifica... si sacrifica l’aspetto relazionale»* (ID2). In questa prospettiva, il contesto emerge come insieme di condizioni organizzative e relazionali che possono rendere più fragile la continuità, la fiducia e il tempo necessari alla relazione di cura.

I partecipanti riportano come, in alcune situazioni, sia necessario riconoscere i limiti della relazione. In particolare, viene riferito che *«Dobbiamo anche accettare che la persona, in alcuni casi, non abbia voglia di entrare in relazione»* (ID3).

Infine, di fronte a queste difficoltà, alcuni partecipanti non descrivono solo la necessità di accettare i limiti della relazione, ma fanno emergere anche un bisogno di maggiore sostegno formativo per affrontare situazioni percepite come complesse. In particolare, tale esigenza riguarda soprattutto la gestione della dimensione psicosociale e relazionale della cura. Un partecipante afferma che «se c'è una parte su cui investire è tanto la parte psicosociale» (ID7). Analogamente, un'altra infermiera, riflettendo su possibili sviluppi della formazione, osserva che sarebbe utile approfondire «come ... relazionarsi ... al paziente, ... per esempio magari il paziente non è collaborante,... oppure appunto lavorare con i caregiver, ... aiuterebbe proprio» (ID3). Questo bisogno viene riferito anche alla formazione di base, come emerge nelle riflessioni di un infermiere sulla gestione del lutto: «... da questo punto di vista forse, mi sarebbe piaciuto un approfondimento in più durante il periodo delle FoC...» (ID8). In questa prospettiva, il bisogno di formazione non emerge come richiesta astratta di ulteriori contenuti, ma come espressione delle difficoltà incontrate nel sostenere la relazione di cura in situazioni vissute come emotivamente, relazionalmente o moralmente complesse.

### 3.2.6 Il tempo come condizione trasversale della relazione

Dalle narrazioni dei partecipanti emerge che il tempo rappresenta una condizione rilevante nella possibilità di costruire e sostenere la relazione di cura. Tale dimensione si colloca principalmente in relazione ai mesotemi di ***abitare un contesto che sostiene e ostacola la cura, fare esperienza della cura come relazione*** e di ***cogliere gli esiti vissuti della cura centrata sulla persona***.

Per quanto riguarda: ***abitare un contesto che sostiene e ostacola la cura***, il tempo viene descritto come una risorsa spesso limitata, influenzata dall'organizzazione del lavoro e dall'intensità delle attività assistenziali. Alcuni partecipanti riferiscono che la carenza di tempo «*mi impedisce poi di andare a gestire in maniera valida... la parte relazionale*» (ID2), evidenziando come i ritmi dei servizi possano ostacolare la possibilità di investire nella relazione. La relazione viene infatti descritta come un processo

che «va costruita... non è una cosa che dall'oggi al domani... non è immediata», richiedendo un investimento temporale che non sempre risulta disponibile.

Accanto a questi limiti, i partecipanti descrivono come il tempo possa essere utilizzato in modo intenzionale all'interno del *fare esperienza della cura come relazione*, anche quando è quantitativamente ridotto. Un infermiere riferisce che, quando riesce a trovare anche solo «...*quel poco di tempo*», spesso nelle ore serali o notturne, la relazione può essere curata «*come si deve*» (ID2). In altri casi, emerge una scelta consapevole nell'utilizzo del tempo disponibile: «*quello che io provo a portarmi a casa tutti i giorni è 'Ok, proviamo a far contare quei pochi minuti che io ho col paziente...'*» (ID4).

Il tempo viene descritto anche come elemento rilevante nella gestione della relazione, in particolare in relazione al rispetto dei tempi della persona assistita. In alcune situazioni, i partecipanti riferiscono di aver scelto di modulare il proprio intervento in funzione dei ritmi dell'altro, come nel caso in cui l'infermiera decide di «*lasciarla tranquilla... e poi con calma, dopo un'oretta, riprovare*» (ID6), in relazione a un rifiuto iniziale delle cure; oppure rispetto ai momenti per entrare in relazione un'infermiera sottolinea: «*...quindi imparavo, diciamo a leggere un pochino la persona e capire quando magari voleva parlare di determinate cose oppure no*» (ID3).

In relazione agli *esiti vissuti della cura centrata sulla persona*, alcuni partecipanti evidenziano come il tempo investito nella relazione produca effetti rilevanti sia sul piano assistenziale sia sull'esperienza della persona. Un partecipante osserva che «*metterci 10 minuti in più per relazionarsi col paziente è sicuramente più utile che scontrarsi per 10 minuti e perdere quei 10 minuti per niente*» (ID3). In modo analogo, un infermiere riferisce che, anche in contesti come il pronto soccorso, «*perdere quei 5 minuti*» può contribuire a garantire «*molta più serenità e dignità*» per il paziente (ID8).

Infine, alcuni partecipanti descrivono come la dimensione temporale sia particolarmente rilevante in contesti caratterizzati da elevata pressione organizzativa, come la sala operatoria. In tali situazioni, il tempo viene

percepito come vincolato da tempistiche rigide e da un ambiente «molto frenetico» (ID4). Tuttavia, anche in questi contesti, emerge l'attenzione a gestire il tempo in modo tale da non compromettere la relazione: «fare le cose nei tempi giusti ma senza far percepire al paziente questa fretta» (ID4).

Nel complesso, dalle narrazioni emerge come il tempo rappresenti una condizione che può sia limitare sia sostenere la relazione di cura, in funzione delle modalità con cui viene gestito all'interno dei diversi contesti assistenziali.

### 3.2.7 Vivere il coinvolgimento emotivo: confini, fatica e ricerca di sostegno

Dalle narrazioni dei partecipanti emerge che la relazione di cura coinvolge in modo significativo la sfera emotiva dell'infermiere. Tali aspetti si collocano principalmente in relazione ai mesotema *vivere la dimensione emotiva dell'essere infermiere*, connesso anche a *cogliere gli esiti vissuti della cura centrata sulla persona*.

In relazione al *vivere la dimensione emotiva dell'essere infermiere*, i partecipanti riportano la necessità di mantenere confini professionali nella relazione di cura. Un'infermiera sottolinea l'importanza di non essere eccessivamente coinvolti: «è ovvio che bisogna anche dare un distacco... perché comunque noi siamo dei professionisti» (ID1), mentre un'altra partecipante afferma che «farsi coinvolgere troppo non va bene neanche quello, perché poi tutta la parte dell'assistenza viene meno» (ID9). Questo aspetto viene descritto come parte della gestione della relazione nel tempo.

Accanto a tali elementi, emergono vissuti positivi legati alla relazione, che si collegano al mesotema *del cogliere gli esiti dell'assistenza centrata sulla persona*. I partecipanti descrivono come la costruzione della relazione e della fiducia produca benessere e soddisfazione: «il fatto di creare una relazione... ti fa sentire bene» (ID5), «mi dà soddisfazione... riuscire a instaurare fiducia» (ID8). Anche il riconoscimento da parte dei familiari viene riportato come elemento rilevante dell'esperienza professionale.

Allo stesso tempo, nelle narrazioni emergono vissuti di difficoltà e fatica, riconducibili alle *dimensioni emotive ed esperienziali del lavoro infermieristico*. In alcune situazioni, la difficoltà nel rispondere in modo adeguato ai bisogni della persona assistita può generare un forte impatto emotivo. Un'infermiera racconta un episodio in cui il mancato riconoscimento di un bisogno relazionale ha avuto conseguenze significative sul proprio vissuto: «sono arrivata a casa e ho pianto... magari questo signore aveva bisogno davvero di qualcuno che lo ascoltasse e io sono rimasta lì a guardare» (ID4).

A questo vissuto si accompagna un processo di rielaborazione che orienta il comportamento futuro: «ho detto: “Ok, questo non deve più succedere“», traducendosi nella scelta di modificare la propria pratica: «se il paziente ha un bisogno, piuttosto fermo tutto... è una cosa che ho iniziato ad applicare» (ID4).

Accanto a questi processi di apprendimento, emergono anche vissuti di difficoltà nel mantenere la relazione in situazioni emotivamente complesse. Un infermiere riferisce: «mi percepisco un po' robotico... molto meno empatico» (ID8), evidenziando un senso di inadeguatezza nel rispondere ai bisogni relazionali della persona assistita. Altri partecipanti riferiscono esperienze di impotenza e frustrazione di fronte a situazioni complesse: «*cosa avrei potuto fare di più?*» (ID6). In altri casi, il confronto con la sofferenza o con la terminalità viene descritto come fonte di incertezza: «*non sempre so dargli delle risposte e so aiutarli*» (ID7). La fatica emerge anche quando la possibilità di coltivare la relazione viene percepita come ostacolata: «*...un po' più di amaro in bocca il non poter dedicare il tempo che vorrei ... scambiare 5 parole in più, fermarmi due minuti...*» (ID8)

In relazione a queste esperienze, emerge in alcuni partecipanti il bisogno di un sostegno formativo specificamente orientato alla gestione della dimensione emotiva del lavoro infermieristico. Tale esigenza non riguarda qui l'apprendimento di competenze relazionali, ma il bisogno di supporti per elaborare il coinvolgimento emotivo che alcune situazioni generano. In

particolare, una partecipante, riflettendo sulla gestione della terminalità, propone «una formazione nostra... magari ci fa degli esempi su come avremmo potuto gestire la situazione anche da parte nostra...» (ID9), riconoscendo che alcuni infermieri «riescono a essere più razionali in quel momento» mentre altri «riescono a esserlo di meno» (ID9). In questa prospettiva, la richiesta di formazione emerge come ricerca di sostegno per abitare in modo più consapevole la dimensione emotiva della cura.

### 3.3 L'assistenza ai bisogni fisici: dalla valutazione alla presa in carico

Dalle narrazioni dei neolaureati emerge che l'assistenza ai bisogni fisici rappresenta una componente centrale dell'esperienza di cura e dell'agire infermieristico nei diversi contesti operativi. I partecipanti descrivono come l'attenzione ai bisogni fondamentali della persona attraversi l'intero percorso assistenziale, assumendo un ruolo determinante nella qualità dell'assistenza e nel modo in cui viene vissuto il prendersi cura.

I paragrafi che seguono approfondiscono come tale attenzione prenda forma nella pratica quotidiana, a partire dalla rilevazione dei bisogni fino alla progettazione e all'attuazione degli interventi assistenziali.

#### 3.3.1 Rilevare e comprendere i bisogni

Il processo assistenziale descritto dagli intervistati prende avvio dalla rilevazione e dalla comprensione dei bisogni della persona.

Riguardo al *fare esperienza della cura come relazione*, i partecipanti descrivono la valutazione iniziale e la sua ripetizione quotidiana come momenti centrali per costruire una visione complessiva della persona assistita. In particolare, viene riportato che «la mattina quando si fa una valutazione completa del paziente... si capisce quali sono i suoi bisogni della giornata» (ID5). La rilevazione dei bisogni viene descritta come un processo continuo: «...fino dall'ingresso in reparto il paziente viene valutato e vengono messi in evidenza quali possono essere i suoi bisogni ...» (ID7) e poi «ogni giorno noi valutiamo il paziente all'inizio del turno» (ID7).

I partecipanti evidenziano tuttavia che non tutti i bisogni vengono espressi direttamente, e che la loro rilevazione può dipendere dalla qualità della relazione instaurata. Un infermiere descrive, ad esempio, situazioni in cui il paziente trattiene il bisogno per pudore o per timore di disturbare, arrivando a chiedere aiuto solo dopo essere rimasto per tempo in una condizione di disagio. In questo senso, la relazione viene descritta come ciò che può rendere possibile l'emergere di bisogni altrimenti taciuti: *«invece magari instaurare un rapporto che ci permetta di dire “Ok, non c'è vergogna, non c'è un problema, non è un qualcosa da dover nascondere”»* (ID8).

In questa prospettiva, alcuni partecipanti descrivono la rilevazione dei bisogni anche come un processo che richiede iniziativa e apertura da parte dell'infermiere. Un partecipante riferisce che *«ogni volta chiediamo noi perché molte persone han paura di disturbare»* (ID1), sottolineando la necessità di una comunicazione proattiva. In tali situazioni, l'infermiere racconta di *«cercare di capire cos'è che non...»*, evidenziando come l'esplorazione dei bisogni possa richiedere uno spazio relazionale che favorisca l'emergere di elementi non immediatamente esplicitati: *«poi escono un sacco di cose»* (ID1).

Inoltre, gli intervistati osservano come la capacità di anticipare i bisogni si sviluppi nel tempo e attraverso la conoscenza della persona assistita, configurandosi come parte della pratica assistenziale. Un partecipante riferisce che *«...una volta conosciuti i miei assistiti metto sempre in pratica, anticipando questo loro bisogno»* (ID7). Tale capacità viene descritta come maturata attraverso formazione ed esperienza, come emerge anche dalle parole di un partecipante che parlando degli effetti della formazione ricevuta, riporta che: *«mi permetteva... di velocizzare anche l'assistenza e quindi di conoscere molto prima i bisogni senza doverli magari percepire dal paziente stesso che me li riferiva o che comunque mi segnalava questa o una problematica...»* (ID3)

Questa capacità di riconoscere, esplorare e anticipare i bisogni viene inoltre descritta come associata a esiti percepiti positivamente dai pazienti,

collegandosi al *cogliere gli esiti vissuti della cura centrata sulla persona*. In particolare, viene riportato che: *«vedo di avere dei feedback positivi... sono contenti, perché mi ricordo che loro preferiscono questa cosa»* (ID7), in riferimento alla capacità di riconoscere e rispettare le preferenze individuali.

L'infermiere, interpretando le reazioni dei suoi assistiti osserva che essi preferiscono quando è presente il personale che *«... quando la chiamerò sarò più attenta, so che lei sa quali sono i miei bisogni», li anticipa .... li anticipa...»*(ID7).

Inoltre, i partecipanti precisano che anticipare i bisogni non implica sostituirsi alla persona assistita. Al contrario, l'anticipazione viene descritta come una modalità per aprire uno spazio di confronto e decisione condivisa, come emerge quando un'intervistata riferisce che, riuscendo ad individuare il bisogno in anticipo, *«...ne parlavo con ... il paziente, quindi magari gli dicevo per questa cosa hai bisogno che facciamo questa cosa insieme....»* (ID3), evidenziando come l'anticipazione del bisogno possa tradursi in una pratica di cura condivisa con la persona assistita.

### 3.3.2 Progettare la risposta assistenziale

A partire dalla comprensione dei bisogni della persona, i partecipanti descrivono come la risposta assistenziale venga costruita in modo flessibile e adattato alle situazioni. Tale processo si colloca in relazione a diversi mesotemi, che riguardano il peso del contesto organizzativo, la dimensione condivisa e relazionale della cura, l'orientamento agli esiti vissuti dai pazienti e la dimensione emotiva dell'esperienza infermieristica.

Per quanto riguarda il mesotema *abitare un contesto che sostiene e ostacola la cura*, i partecipanti descrivono la progettazione e l'attuazione dell'assistenza come un processo influenzato dall'organizzazione del lavoro, dalle risorse disponibili e dalle caratteristiche del setting. In alcuni casi, tali condizioni possono limitare la possibilità di intervento: *«molte volte posso aiutare il paziente... molte volte personalmente non ci riesco, dipende dall'organizzazione della giornata...»* (ID1). In contesti caratterizzati da elevata intensità operativa, come il pronto soccorso, emergono inoltre

adattamenti organizzativi per garantire il rispetto della persona, ad esempio nella gestione dell'eliminazione, dove «...*ci siamo sempre organizzati col fine ultimo di rendere più 'privato' quello spazio possibile...*» (ID8).

In relazione al mesotema **della cura come esperienza condivisa con la persona assistita e i familiari**, la progettazione degli interventi viene descritta come un processo condiviso con la persona assistita, che tiene conto delle sue preferenze, dei suoi bisogni e delle sue condizioni cliniche. I partecipanti riferiscono come sia possibile «*stabilire un obiettivo insieme... cosa può mangiare, cosa ha voglia di mangiare, cosa va bene per il suo stato clinico*» (ID5). L'attenzione alle preferenze personali emerge anche nella gestione dell'igiene, come nel caso di una giovane paziente per la quale veniva «*sempre trasmessa al personale OSS*» la richiesta di essere assistita da personale di sesso femminile (ID7). Inoltre, viene riportata l'abitudine di richiedere un riscontro diretto alla persona assistita: «*Io chiedo sempre un feedback ai pazienti... gli chiedo: ah, com'è andata?*» (ID7).

Anche il coinvolgimento dei familiari viene descritto come parte della progettazione assistenziale, in una logica graduata e negoziata, come emerge quando un'infermiera racconta esperienze di coinvolgimento dei familiari «*...sempre quanto si sentono di fare e, e noi cerchiamo di coinvolgerli poi ovvio, fino al punto dove loro si sentono, e se vogliono essere coinvolti....*» (ID6). Questo coinvolgimento è sempre valutato anche in base alle esigenze dell'assistito oltre che dello stesso caregiver «*la moglie lo aiutava ad alimentarsi... E questo faceva piacere a entrambi...*». In alcuni casi, esso si configura anche come esito di un processo educativo condiviso con l'équipe, come emerge nel racconto relativo a una madre che, assistendo la figlia ricoverata in terapia intensiva: «*...ormai aveva... stava imparando aveva acquisito un po' di conoscenze sia dai fisioterapisti che da noi infermieri e quindi assisteva la figlia di fatto...*» (ID6).

In alcune narrazioni, il coinvolgimento dei familiari emerge anche in relazione a bisogni che eccedono la dimensione strettamente tecnica dell'assistenza, includendo aspetti relazionali e di presenza. In particolare,

durante ricoveri prolungati, viene riportato che i bisogni «vanno oltre l'assistenza tecnica» e comprendono aspetti relazionali, come nel caso di una persona che, oltre al bisogno fisico legato all'igiene dei capelli, «aveva bisogno di vedere facce diverse... aveva bisogno anche di altri tipi di cure» perché «...un conto sono le mani dell'operatore e un conto sono quelle di un familiare che appunto ti è familiare...» (ID2).

Il mesotema del *fare esperienza della cura come relazione* emerge nelle modalità attraverso cui gli interventi vengono spiegati, condivisi e negoziati. I partecipanti riferiscono che la spiegazione delle finalità degli interventi rappresenta uno strumento per favorire l'adesione e affrontare eventuali resistenze. In alcuni contesti, come la terapia intensiva, la relazione si costruisce anche attraverso processi di negoziazione: «Nel momento in cui di fatto sì, si va a spiegare tutto .... si crea una specie di di patto... molte volte si fanno anche dei compromessi...» (ID6).

Per quanto riguarda *cogliere gli esiti dell'assistenza centrata sulla persona*, i partecipanti descrivono come gli interventi assistenziali siano orientati a garantire comfort, benessere e sicurezza.

Il comfort e il benessere emergono, ad esempio, nella descrizione dell'igiene personale, non solo come risposta funzionale, ma come intervento che contribuisce al benessere: quando il paziente «si è scaricato», si esegue «proprio l'igiene completa», perché questo «fa star bene, ... fa piacere» (ID5). Analogamente, l'attenzione al riposo viene considerata rilevante: «fondamentale andare a ripristinare un corretto ritmo sonno-sveglia», in quanto «...il suo mantenimento contribuisce alla sicurezza e all'orientamento del paziente .... su questo sicuramente abbiamo un ruolo fondamentale per mettere il paziente in sicurezza e in tranquillità e cercare anche di aiutarlo nel mantenersi orientato» (ID6). Anche in contesti con vincoli organizzativi, vengono adottate strategie per favorire il comfort: «si cerca sempre di aiutare i pazienti... si va incontro a tutti i comfort di cui uno ha bisogno» (ID3), anche attraverso «piccolissime azioni... per un benessere del paziente» (ID8).

La sicurezza viene inoltre descritta come obiettivo assistenziale trasversale, sia in contesti ad alta complessità come la sala operatoria, dove la «*sicurezza del paziente*» viene indicata come bisogno centrale (ID4), o come in terapia intensiva, dove «...si collabora molto con i fisioterapisti nella mobilitazione, per mettere i pazienti in sicurezza» (ID6).

Infine, emergono elementi riconducibili alle **dimensioni emotive ed esperienziali del lavoro infermieristico**, in particolare nella gestione del dolore. I partecipanti descrivono il dolore come un bisogno prioritario: «*non inizio la terapia, se... prima che il paziente non ha smesso di avere dolore*» (ID9).

I vissuti emotivi emergono anche quando l'infermiere percepisce uno scarto tra il bisogno della persona e la risposta assistenziale possibile. La stessa infermiera, riporta vissuti di fatica legati alla gestione non adeguata del dolore: «*li vedi che soffrono, che hanno dolore... in quel caso lì la gestione non adeguata... e quindi lì ti lascia un po' di amarezza*» (ID9). In modo analogo, il disagio emerge quando il professionista percepisce che la persona non si sente realmente presa in cura, come espresso da un'altra infermiera: «*quando mi accorgo che la persona davanti a me proprio non si sente... presa in cura...*».

### 3.3.3 Lavorare insieme: équipe, OSS e caregiver

Dalle narrazioni dei partecipanti emerge che la presa in carico dei bisogni fisici si configura come un processo collaborativo, che coinvolge diversi attori dell'assistenza. Tale dimensione si colloca principalmente in relazione ai mesotemi dei fattori di contesto, del coinvolgimento della persona assistita e dei familiari e degli esiti dell'assistenza centrata sulla persona.

Per quanto riguarda il mesotema ***abitare un contesto che sostiene e ostacola la cura***, i partecipanti descrivono l'assistenza come «un lavoro di équipe», organizzato in funzione delle priorità della giornata e dei bisogni emergenti della persona (ID5).

La collaborazione con gli operatori socio-sanitari (OSS) viene descritta come elemento centrale nella gestione dei bisogni fisici. Gli infermieri riferiscono che gli interventi vengono pianificati e attribuiti in modo condiviso, comunicando al personale di supporto «...*quali possano essere le necessità e le attenzioni da avere sul paziente stesso...*» (ID7). In questo senso, i partecipanti riportano che alcuni interventi «*sono in generale degli ambiti in cui l'intervento viene spesso messo in pratica dal personale OSS... ma è un intervento che studiamo insieme*» (ID7). Analogamente, anche in contesti ad alta intensità, come il pronto soccorso, emerge il lavoro integrato, dove «*una cosa per cui lavoriamo spesso in collaborazione infermieri e OSS è nell'igiene e nel cambio dei presidi*» (ID8).

Accanto alla collaborazione, emerge anche il ruolo dell'infermiere nella supervisione e nel coordinamento della presa in carico. Quando l'OSS segnala un problema, un partecipante riferisce: «...*lascio quello che sto facendo e vado dall'assistito*» (ID9), evidenziando come la collaborazione includa anche monitoraggio e responsabilità condivisa.

I partecipanti riportano tuttavia anche elementi di variabilità nella gestione collaborativa dell'assistenza, riconducibili ai fattori di contesto e alle differenze nelle pratiche professionali. In alcuni casi emergono differenze nelle priorità assistenziali e nelle modalità operative tra i professionisti. Un'infermiera riferisce, ad esempio, che in alcune situazioni preferisce intervenire direttamente: «*piuttosto gliela faccio io*», o descrive la scelta di effettuare personalmente «*il giro serale per dare comfort*» (ID9), ritenendo che tale bisogno non venga sempre preso in carico adeguatamente. Vengono inoltre riportate differenze tra colleghi, per cui alcuni infermieri «...*fanno fare, completare, l'igiene all'OSS e poi vengono successivamente solo per la sostituzione della medicazione*» (ID8), evidenziando differenti interpretazioni della responsabilità assistenziale.

Il mesotema della ***cura come esperienza condivisa con la persona assistita e i familiari*** emerge in relazione al ruolo dei caregiver nella presa in carico dei bisogni fisici. I partecipanti descrivono come, in alcune situazioni, i familiari

possano essere coinvolti nella cura, contribuendo alla risposta assistenziale. In particolare, durante ricoveri prolungati, viene riportato che i bisogni «vanno oltre l'assistenza tecnica» e comprendono aspetti relazionali, come nel caso di una persona che «aveva bisogno di vedere facce diverse... aveva bisogno anche di altri tipi di cure» (ID2). In alcuni contesti, come la terapia intensiva, il caregiver può essere coinvolto direttamente nelle attività di cura: «la mamma era molto attiva... la aiutava nell'alimentarsi e la lavava» (ID6).

#### 3.3.4 Vincoli, difficoltà e tensioni della pratica

Dalle narrazioni dei partecipanti emerge che la presa in carico dei bisogni fisici è influenzata da diversi vincoli e difficoltà legati al contesto assistenziale.

Per quanto riguarda il mesotema *abitare un contesto che sostiene e ostacola la cura*, i partecipanti descrivono come l'organizzazione del lavoro e le modalità operative incidano sulla possibilità di soddisfare i bisogni della persona assistita. In particolare, viene riportato come un'organizzazione per compiti, centrata sulla terapia farmacologica e sulle attività burocratiche, possa limitare lo spazio dedicato alla cura dei bisogni fondamentali: «*lavorando per compiti e occupandomi principalmente in questo momento di terapia e con... terapia e parte burocratica non è particolarmente facile applicarla*» (ID2).

Ulteriori difficoltà emergono in relazione alla disponibilità di personale e all'organizzazione dei turni. Parlando di un contesto intensivo l'infermiera osserva che: «*se sono due persone per sei pazienti... i bisogni vengono... slittati di qualche ora*» (ID1).

In alcune situazioni, i partecipanti riportano limiti considerati difficilmente modificabili, come nel caso in cui «*molte cose... non si possono soddisfare*» per motivi legati alla sicurezza o all'assetto organizzativo (ID1).

Analogamente, in contesti come la sala operatoria, le tempistiche risultano vincolate da ritmi rigidi: «*lì è tutto frenetico e si deve fare tutto subito,...*» Se in sala operatoria accade che un paziente incontinente si scarica «*...neanche*

*l'organizzazione dice "Ok, ti lascio che tu ti fermi solo per questo e che blocchi tutto il resto" della catena di montaggio..."*, quindi questo impone di trovare soluzioni ma nel rispetto dei tempi (ID4).

In relazione a ***cogliere gli esiti vissuti della cura centrata sulla persona***, i partecipanti descrivono come tali vincoli possano avere ricadute dirette sul benessere della persona assistita. In particolare, vengono riportate situazioni in cui difficoltà organizzative e comunicative incidono sulla gestione del dolore: *«magari anche perché hanno tante cose da fare, tanti pazienti da ascoltare, a volte si perdono magari un po' dei pezzi»*; in questo caso, infatti, *«il problema [...] era che ovviamente il dolore non lo faceva riposare»* (ID9).

Ulteriori criticità emergono in relazione alla continuità assistenziale, come nel fine settimana, quando *«durante il weekend non c'era la nostra strutturata e quindi è stato difficile comunicare questo bisogno [...] il weekend non è andato bene perché lui aveva sempre male, era sempre molto agitato»* (ID9).

In risposta a tali difficoltà, i partecipanti descrivono anche modalità di adattamento e strategie operative volte a preservare la qualità dell'assistenza nonostante i vincoli del contesto. In particolare, viene descritto il tentativo di *«cercare sempre una soluzione... anche ingegnosa»*, con l'obiettivo di *«garantire sempre un livello di assistenza alto»* (ID3).

Tali strategie includono l'adozione di soluzioni pratiche per migliorare il comfort del paziente, per cui un infermiere riferisce di impiegare *«...5 minuti di tempo, 10 minuti al massimo di tempo "perso" per un benessere nel paziente che si riflette su tantissimi altri fattori...»* (ID8).

Emerge inoltre l'attenzione a modulare il proprio comportamento per non trasmettere la pressione del contesto, come riportato da un partecipante: *«riesco a fare tutto ciò che voglio io... sapendo che il paziente non sa che io son di fretta...»* (ID4).

Infine, viene riportato il ricorso alla collaborazione con il team come ulteriore strategia di adattamento, come riferisce un'infermiera della terapia intensiva

che, in situazioni di difficoltà, «...se è possibile, e tendenzialmente riusciamo a organizzarci, vengono in soccorso i colleghi» (ID6).

### 3.3.5 Esiti della cura: vissuti di pazienti e infermieri

Dalle narrazioni dei partecipanti emerge che le risposte delle persone assistite rappresentano un riferimento rilevante per comprendere come l'assistenza venga vissuta.

In relazione al mesotema di *cogliere gli esiti vissuti della cura centrata sulla persona*, i partecipanti descrivono come il riscontro del paziente, espresso attraverso segnali verbali e non verbali, venga utilizzato per orientare e valutare l'azione assistenziale. Alcuni infermieri riferiscono: «vedo di avere dei feedback positivi... sono contenti» (ID7), mentre altri sottolineano come «...il feedback del paziente... ti fa capire se l'assistenza è stata efficace...» (ID9). Questi elementi vengono riportati come parte integrante del processo assistenziale e come indicatori della risposta ai bisogni della persona.

Accanto a questi elementi, i partecipanti descrivono vissuti personali legati agli esiti dell'assistenza, riconducibili al *vivere la dimensione emotiva dell'essere infermiere*. In presenza di riscontri positivi, alcuni infermieri riferiscono una sensazione di soddisfazione: «...ti rende soddisfatto di quello che hai fatto...» (ID6). In altre situazioni, quando i bisogni della persona non risultano soddisfatti o quando «...mi accorgo che la persona ... non si sente, cioè, presa in cura.... non si sente presa in cura...» (ID4), emergono vissuti di frustrazione, dispiacere o impotenza (ID9).

Nel complesso, dalle narrazioni emerge che i riscontri della persona assistita e i vissuti dell'infermiere costituiscono elementi rilevanti per comprendere gli esiti della cura.

### 3.4 Assistenza e bisogni psicosociali

Dalle narrazioni dei partecipanti emerge che, accanto alla cura dei bisogni fisici, una parte rilevante dell'assistenza riguarda i bisogni psicosociali della persona assistita. Questi comprendono vissuti di paura, fragilità, incertezza e bisogno di rassicurazione, ai quali gli infermieri riportano di rispondere

attraverso ascolto, sostegno emotivo, comunicazione e costruzione di fiducia. Tali elementi si collocano principalmente in relazione ai mesotemi della relazione di cura, del coinvolgimento della persona assistita e delle dimensioni emotive ed esperienziali del lavoro infermieristico.

I partecipanti descrivono come la presa in carico dei bisogni psicosociali si sviluppi nella relazione quotidiana con la persona assistita, attraverso attenzione a ciò che viene espresso verbalmente, ma anche a ciò che emerge attraverso atteggiamenti, comportamenti e vissuti emotivi. Allo stesso tempo, dalle narrazioni emerge come tale dimensione coinvolga anche l'esperienza dell'infermiere, in particolare nelle situazioni caratterizzate da elevata intensità emotiva.

#### 3.4.1 Riconoscere il vissuto emotivo del paziente

Dalle narrazioni dei partecipanti emerge che l'assistenza ai bisogni psicosociali prende avvio dal riconoscimento del vissuto emotivo della persona assistita. Tali elementi si collocano principalmente in relazione al mesotema del *fare esperienza della cura come relazione*.

In relazione al *fare esperienza della cura come relazione*, i partecipanti descrivono come l'attenzione al vissuto emotivo della persona si sviluppi attraverso osservazione e ascolto. Gli infermieri riferiscono di intercettare bisogni non sempre espressi in modo diretto, prestando attenzione a parole, silenzi, atteggiamenti e comportamenti.

In alcuni casi, il vissuto emerge progressivamente all'interno della relazione, come riportato da un'infermiera: «vorrei respirare dell'aria fresca e vedere del verde... invece sono sempre qua dentro» (ID2).

In altri casi, il riconoscimento del vissuto avviene attraverso un processo di immedesimazione: «se vedo una persona che fa le cose di fretta e basta e non mi parla... io mi sentirei davvero trascurato» (ID4).

I partecipanti riportano inoltre l'impegno a far sì che la persona non si senta «uno dei tanti» (ID4).

Accanto a questi elementi, emergono aspetti riconducibili alle dimensioni emotive ed esperienziali del lavoro infermieristico, in quanto i partecipanti descrivono situazioni caratterizzate da elevata complessità emotiva. In particolare, vengono riportati incontri con persone che esprimono sofferenza intensa, lutti o desiderio di morte.

#### 3.4.2 Sostenere il vissuto emotivo del paziente attraverso comunicazione, ascolto e presenza

Dalle narrazioni dei partecipanti emerge che la comunicazione, l'ascolto e la presenza dell'infermiere rappresentano modalità attraverso cui sostenere il vissuto emotivo della persona assistita.

Nell'ambito del mesotema ***la cura come esperienza condivisa con la persona assistita e i familiari***, i partecipanti descrivono come il modo di comunicare e di stare accanto alla persona contribuisca a sostenere il paziente durante l'esperienza assistenziale.

In particolare, viene riportato che spiegare le azioni assistenziali e rendere comprensibile quanto accade rappresenta una modalità per favorire la tranquillità del paziente: *«parlando... raccontando quello che sto facendo, cercando di metterlo a suo agio... per aiutarlo a stare tranquillo»* (ID3).

Analogamente, l'ascolto delle paure e la loro accoglienza vengono descritti come elementi che favoriscono la collaborazione: *«ascoltando le sue paure... spiegandogli perché gli chiedevamo determinate cose... è diventato più collaborante»* (ID7).

Nel mesotema del ***fare esperienza della cura come relazione***, accanto alla comunicazione e all'ascolto, emerge l'importanza della presenza dell'infermiere come modalità di sostegno emotivo, anche attraverso il modo di stare nella relazione. In particolare, un'infermiera riferisce il tentativo di gestire le attività senza trasmettere al paziente la pressione del contesto: *«provo a fare... però non facendolo notare al paziente... provare a ingannare un po' tutta questa rapidità»* (ID4).

In alcune situazioni, i partecipanti descrivono inoltre la necessità di adattare le modalità comunicative, in particolare quando la comunicazione verbale risulta più complessa, ricorrendo anche a forme non verbali, che *«può permettere di fare tantissimo»* (ID5).

Accanto a queste modalità di sostegno, emerge tuttavia che in situazioni caratterizzate da sofferenza intensa o richieste esistenziali complesse i partecipanti riportano difficoltà nel comprendere come sostenere il vissuto emotivo della persona. In particolare, un partecipante riferisce, rispetto a persone che avevano subito lutti, di fare *«spesso fatica nel relazionarmi»*, descrivendo la difficoltà nel *«non sapere esattamente cosa dire»* e nel mantenere la relazione con il paziente (ID8). Analogamente, un altro partecipante descrive come difficoltoso stare di fronte a pazienti che esprimono *«voglio morire»*, l'infermiere riferisce di cercare di porre domande e di cercare di comprendere il bisogno sottostante, ma riferisce che *«non sempre so dargli delle risposte»* e di non sapere sempre come aiutarli a elaborare tale vissuto (ID7).

Dalle narrazioni emerge che il sostegno al vissuto emotivo viene descritto dai partecipanti attraverso pratiche di comunicazione, ascolto, presenza e adattamento delle modalità relazionali ai bisogni della persona assistita.

### 3.4.3 Essere riconosciuti come persona: dignità, valori e identità nell'esperienza di cura

Dalle narrazioni dei partecipanti emerge che l'attenzione alla dignità, ai valori e all'identità della persona rappresentano una componente rilevante dell'assistenza ai bisogni psicosociali.

I partecipanti descrivono come il riconoscimento della persona nella sua unicità si costruisca attraverso attenzione, ascolto e adattamento dell'assistenza. In particolare, viene riportato come, accanto alla risposta ai bisogni fisici, emerga la necessità di rispondere anche a bisogni relazionali: *«..ci fosse la necessità di vedere anche delle facce un po' diverse, di avere relazioni un po' diverse..»* (ID2).

Emerge inoltre attenzione ad adattare l'assistenza alle caratteristiche individuali, culturali e valoriali della persona. I partecipanti descrivono situazioni in cui differenze culturali o di genere richiedono particolare attenzione: «...porre un'attenzione particolare...» nella presa in carico del bisogno di igiene di una giovane donna ricoverata (ID5). In altri casi, il riconoscimento dei valori spirituali permette di individuare bisogni non espressi inizialmente, come nel caso in cui l'infermiere coglie l'espressione «...ci manca la Chiesa...» all'interno del dialogo tra due ricoverate (ID8).

All'interno del mesotema della *cura come esperienza condivisa con la persona assistita e i familiari*, emerge anche come il rispetto dell'autonomia rappresenti un elemento rilevante nella modulazione degli interventi. In alcune situazioni, quando possibile, viene favorito il coinvolgimento diretto della persona: «...gli si propone magari... e poi il paziente si gestisce in autonomia ...» (ID3). In altri contesti, come la terapia intensiva, viene riportato che «...se si toglie loro l'autonomia, è inevitabile doversi occupare e assisterli...» (ID6).

I partecipanti descrivono inoltre come la tutela della dignità e della privacy si concretizzi attraverso pratiche assistenziali specifiche. In sala operatoria, ad esempio, viene riportata l'attenzione a proteggere il corpo della persona: «...sia in comunicazione, sia in dignità, soprattutto, perché magari con un paziente finisci l'intervento che è proprio completamente nudo... il fatto di coprirlo...» (ID4).

Analogamente, in terapia intensiva vengono adottati accorgimenti per garantire la privacy: «...tutto, tiriamo la tenda... abbiamo allontanato tutti per sistemarlo, chiuso le tendine...» (ID6), tematiche

### 3.5. Il vissuto degli infermieri rispetto al contesto dell'assistenza

Dalle narrazioni dei partecipanti emerge che il contesto in cui si svolge l'assistenza influenza in modo significativo la pratica quotidiana e l'applicazione dei principi del Fundamentals of Care Framework.

I partecipanti descrivono come aspetti organizzativi, risorse disponibili, vincoli strutturali, relazioni di lavoro e clima del reparto incidano sulla possibilità di realizzare un'assistenza coerente con i bisogni della persona assistita.

### 3.5.1 Il contesto organizzativo: risorse, tempi e vincoli nella pratica quotidiana

Per quanto riguarda il vissuto in relazione ai fattori di contesto, in alcune interviste, emergeva una tendenza iniziale a descrivere il contesto lavorativo in termini prevalentemente positivi e generali, enfatizzandone il buon funzionamento e la qualità del lavoro svolto. Tali affermazioni risultavano spesso non accompagnate da esempi concreti di pratica assistenziale e apparivano orientate a legittimare il contesto più che a descrivere l'esperienza vissuta. Questa modalità narrativa è stata osservata anche durante la conduzione delle interviste, suggerendo una certa cautela nell'esprimere elementi critici del contesto organizzativo (nota sul campo). Per questo motivo, nell'analisi sono stati privilegiati i passaggi in cui i partecipanti descrivevano episodi concreti e situati, che hanno permesso di cogliere in modo più articolato le tensioni tra condizioni organizzative e pratica assistenziale.

In relazione al mesotema *dell'abitare un contesto che sostiene e ostacola la cura*, i partecipanti descrivono come tempo, risorse e organizzazione del lavoro influenzino la pratica assistenziale. In particolare, viene riportato che, in presenza di urgenze ed emergenze, «...il tempo dedicato al paziente è un po' relativo» in quanto l'applicazione del Framework «*richiede del tempo*» (ID3).

La disponibilità di personale e il numero di pazienti in carico vengono indicati come elementi rilevanti: «...per la mancanza di personale... è molto più faticoso riuscire a fare tutto quello che vorrei fare...» (ID7), con il rischio di svolgere le attività in modo «...più sbrigativo...» (ID7).

Al contrario, la presenza di risorse adeguate viene descritta come una condizione favorevole: «...quando siamo a numero io sento che riesco a

*metterlo in pratica meglio...»* (ID5). In alcuni casi, anche il turno notturno viene descritto come contesto che può favorire la relazione: *«...la notte si riesce un po' di più ad applicare...»* (ID2).

Sempre come parte del contesto alcuni partecipanti riportano l'importanza dell'influenza dei modelli organizzativi centrati sui compiti, in cui la terapia rappresenta una priorità. In questo contesto, viene riportato che *«lavorando per compiti... non è particolarmente facile applicarla»* (ID2), e che si lavora *«per compiti»* partendo *«con la terapia»* (ID1), commentando che questa organizzazione limita l'applicazione del framework.

I partecipanti descrivono anche condizioni ambientali che possono influire sull'esperienza della persona assistita, come la presenza di rumori e luci durante la notte: *«il ciclo circadiano va un po' a farsi benedire»* (ID1), riportando consapevolezza del disagio percepito dai pazienti: *«molti pazienti si sono lamentati...»* (ID1).

Il contesto influenza anche la percezione dell'applicabilità e dell'utilità del FoC Framework nell'erogazione dell'assistenza. A questo proposito, un'infermiera osserva che la sua applicazione può richiedere adattamenti in funzione del contesto assistenziale, descrivendo come, nel setting di sala operatoria, alcune dimensioni del FoC assumano significati specifici. Come esempio, riferisce che la gestione della terapia viene reinterpretata in relazione alle esigenze del contesto: *«...alcune dimensioni, come la gestione della terapia, assumono nel nostro setting un significato diverso... per noi è importante sapere, ad esempio, se un paziente ha assunto un anticoagulante prima dell'intervento...»* (ID4). Durante alcune interviste si è constatata la presenza di una tensione tra le affermazioni formulate su un piano generale e le esperienze concrete riportate dai partecipanti. In particolare, alcuni infermieri descrivono il contesto organizzativo come fortemente limitante o incompatibile con l'applicazione del Framework; tuttavia, quando invitati a raccontare episodi specifici, riportano situazioni in cui elementi del Fundamentals of Care risultano comunque presenti nella pratica quotidiana. (nota sul campo).

### 3.5.2 Il lavoro in équipe: collaborazione, ruoli e dinamiche relazionali

I partecipanti descrivono il lavoro in équipe come una dimensione rilevante dell'esperienza professionale, che influenza sia la pratica assistenziale sia l'applicazione dei principi del Fundamentals of Care Framework.

In alcune interviste, tuttavia, questa valorizzazione dell'équipe emerge inizialmente in forma generale e fortemente positiva, mentre in altre narrazioni i partecipanti descrivono fin da subito anche elementi critici. Come osservato nelle note sul campo, anche nei casi in cui il racconto si apre su una rappresentazione positiva, l'emergere di descrizioni più situate e articolate delle dinamiche di équipe risulta spesso facilitato da richieste di approfondimento durante il colloquio (nota sul campo).

All'interno del mesotema di *abitare un contesto che sostiene e ostacola la cura*, i partecipanti descrivono il lavoro in équipe come una risorsa fondamentale nelle situazioni di complessità. In particolare, la collaborazione e la comunicazione vengono indicate come elementi che permettono di integrare interventi clinici e relazionali: «...il lavoro di équipe è fondamentale... perché sono situazioni che sicuramente non puoi gestire in autonomia da solo...», consentendo di operare «...in modo sistemico...» e di definire obiettivi condivisi (ID6). In questo senso, la collaborazione «permette ... di avere un'assistenza migliore con una qualità migliore e poi anche di creare un buon rapporto con... col paziente» (ID6).

Accanto a queste esperienze, alcuni infermieri descrivono difficoltà nel confronto con professionisti più esperti, in cui prevale una modalità operativa consolidata secondo cui «il lavoro si fa così perché si fa così...» (ID2). In alcuni contesti, tale modalità viene descritta come talmente consolidata e routinaria che appare difficile da modificare benché mancante: «sanno già cosa fare, sanno già come farlo... è come una catena di montaggio... e magari alcune cose vengono trascurate...» (ID4). In queste situazioni, il tentativo di introdurre un approccio maggiormente centrato sulla persona può risultare complesso, come evidenziato dal vissuto di chi riferisce di sentirsi «impotente perché magari vorresti fare quel passo in più.... ma hai davanti a te delle

*persone che ti dicono, “No, questo non è importante in questo momento”» (ID4).*

Le dinamiche interne al gruppo emergono anche in relazione alla possibilità di esprimere il proprio punto di vista. Alcuni partecipanti riportano difficoltà nel confronto con colleghi più anziani: *«chi è lì da più tempo non è che ha troppa voglia di ascoltare, magari una persona che è arrivata lì da meno di un anno no? Quindi è difficile anche cercare di imporsi, di imporre le proprie..., i propri principi...» (ID9).*

In relazione al mesotema del **vissuto della cura come relazione**, emergono differenze nella percezione del tempo dedicato alla comunicazione con il paziente. Un’infermiera, riferisce che alcuni suoi colleghi lo ritengono come *«tempo perso» (ID9)* o, in altri casi, viene considerato *«...pericoloso...»*, in quanto *«... possono metterti in difficoltà con altre persone, tipo.....se esce qualche parola di più su sulla terapia...» (ID2).*

Di fronte a queste differenze, i partecipanti descrivono strategie orientate alla gestione delle relazioni professionali, mantenendo un equilibrio nel gruppo di lavoro. In particolare, viene riportata una logica di convivenza tra modalità operative diverse: *«...fa parte del lavoro, può essere utile lavorare meglio con le persone perché si si instaura comunque un clima di fiducia.... ognuno poi decide.... come lavorare, quindi io decido di lavorare in un modo, il mio collega è liberissimo di lavorare in un altro modo» (ID2).* In altri casi, invece emergono tentativi di sensibilizzazione verso un approccio centrato sulla persona: *«...io gli dico sempre “Immagina il paziente che è qua aperto sotto una ventola, cioè immagina lui come si sente”» (ID4).*

Accanto a queste criticità, emergono anche esperienze positive in cui le differenze vengono riconosciute e valorizzate. Una partecipante riferisce: *«avevo un approccio diverso dagli altri...funzionava, ed ero contenta quando...alcuni miei colleghi lo notavano e che quindi.... lo valorizzavano ... dicendomi che comunque era una mia risorsa positiva quindi che era un mio pregio...» (ID3).*

Il lavoro in équipe emerge inoltre come risorsa in relazione ad ***abitare un contesto che sostiene e ostacola la cura***, anche in termini di supporto e apprendimento. I partecipanti descrivono situazioni in cui il confronto con i colleghi consente di affrontare difficoltà assistenziali: *«ho avuto bisogno dei miei colleghi perché di fatto, da sola, non riuscivo a ad arrivare a una soluzione.»* (ID6). Il confronto quotidiano viene inoltre descritto come occasione di apprendimento: *«...ti possono aiutare a dire “Guarda, questo forse potevi farlo in questo modo, questo potevi farlo così”»*, offrendo anche rassicurazione: *«dicono “Non c'era altro che potevi fare, stai tranquilla”»* (ID9), e come processo continuo: *«...ma anche dai colleghi, e proprio poi si impara anche dai colleghi»* (ID1).

Infine, il supporto reciproco si esprime anche nella gestione delle situazioni emotivamente impegnative, attraverso la richiesta di aiuto ai colleghi: *«quando succede che una persona ... ti prosciughi di energie. A quel punto si chiede alla collega, puoi andare te...»* (ID1).

### 3.5.3 Leadership, clima organizzativo e vissuto professionale

I partecipanti descrivono la leadership e il clima organizzativo come elementi che influenzano in modo rilevante l'esperienza professionale e la pratica assistenziale. Tali elementi si collocano principalmente in relazione ai mesotemi dei fattori di contesto, il Fundamentals of Care nell'esperienza del divenire infermiere e al vivere la dimensione emotiva dell'essere infermiere.

In relazione all'***abitare un contesto che sostiene e ostacola la cura***, i partecipanti descrivono come la presenza di una leadership strutturata e di un clima organizzativo collaborativo favorisca il funzionamento del team e l'organizzazione dell'assistenza. Un infermiere riferisce che il coordinatore *«si informa sui feedback che danno gli assistiti riguardo al nostro tipo di assistenza»*, evidenziando un interesse per la qualità della cura percepita (ID7). Nel contesto della terapia intensiva, la leadership viene descritta come elemento necessario per il coordinamento del lavoro: *«ci deve essere una buona comunicazione e poi ci dev'essere anche un leader... che, di fatto, gestisce un po' la situazione»*, consentendo di *«lavorare in modo sistemico*

*creando degli obiettivi... e dando precedenza alle priorità», in un contesto in cui «in terapia intensiva si lavora molto bene in equipè» (ID6).*

Accanto a queste esperienze, emergono situazioni caratterizzate da una minore presenza di leadership. In tali contesti, i partecipanti riportano il bisogno di una guida più visibile e orientante: *«...se il gruppo, l'equipe è composta da persone mature che amano il proprio lavoro si può anche autoregolare...»,* ma il coordinatore *«ci potrebbe aiutare se desse indicazioni..., se fosse magari più presente in reparto....a volte c'è bisogno di una guida un po' più presente» (ID9).* L'assenza di riferimenti viene descritta come elemento che incide sulla possibilità di erogare un'assistenza centrata e attenta alla persona e coerente con il Fundamental of care framework.

Il clima organizzativo emerge inoltre come influenzato dalle relazioni tra colleghi e da forme di leadership informale. Una partecipante descrive colleghe *«molto competenti, molto preparate, che amavano il loro lavoro»* erano come figure di riferimento per il reparto (ID9), sottolineando come *«...trascinavano proprio tutti e la loro mancanza si sente tantissimo, adesso» (ID9).*

Infine, emergono elementi riconducibili alle **dimensioni emotive ed esperienziali del lavoro infermieristico**, in relazione al vissuto degli infermieri nel contesto lavorativo. Una partecipante descrive come il contesto abbia influito sugli aspetti emotivi condizionando il benessere professionale: *«se non sei felice non sei sereno sul tuo posto di lavoro, è difficile lavorare bene e con certi principi iniziali» (ID9).* Al contrario, sentirsi parte di un gruppo e sostenuti nel lavoro viene descritto come elemento che contribuisce a mantenere il senso dell'agire professionale: *“magari nel gruppo proprio di lavoro o anche in coppia, si cercava sempre di trovare una soluzione che potesse agevolare il lavoro e non ostacolarlo, ecco... quindi per lo meno...”(ID3)* documentando un vissuto di coerenza tra l'intervistato e l'orientamento del gruppo di lavoro in cui lavora.

## 4. DISCUSSIONE

### 4.1 Significato complessivo dei risultati

I risultati di questo studio offrono una comprensione articolata dell'esperienza vissuta dagli infermieri neolaureati nei primi mesi di pratica professionale, mettendo in luce il modo in cui essi interpretano, rielaborano e traducono nella quotidianità assistenziale i principi del Fundamentals of Care (FoC) Framework. L'analisi evidenzia come il FoC non venga semplicemente applicato come modello teorico appreso durante la formazione, ma si configuri piuttosto come una possibile lente interpretativa attraverso cui i partecipanti leggono le situazioni cliniche, attribuiscono significato alle proprie azioni e orientano le scelte assistenziali.

Tuttavia, tale funzione non emerge in modo uniforme tra i partecipanti. Se da un lato il Framework è ampiamente riconosciuto come riferimento ideale per un'assistenza infermieristica centrata sulla persona, dall'altro si osservano differenze significative nel modo in cui esso viene effettivamente integrato nella pratica. In particolare, alcuni neolaureati descrivono difficoltà rilevanti nel tradurre i principi del FoC nell'agire quotidiano, attribuendole principalmente ai vincoli organizzativi e alle condizioni del contesto; altri, pur riconoscendo tali limiti, riferiscono di riuscire a individuare spazi di applicazione attraverso adattamenti e scelte situate; altri ancora non riportano ostacoli significativi, descrivendo una maggiore continuità tra quanto appreso e quanto praticato.

Questa variabilità riguarda non solo il piano dell'azione, ma anche quello del riconoscimento e dell'esplicitazione del Framework stesso. Se per alcuni partecipanti il FoC rappresenta un riferimento esplicito e imprescindibile per definire il significato dell'assistenza infermieristica, per altri esso appare maggiormente implicito, intrecciandosi con pratiche e valori che non sempre vengono direttamente ricondotti al modello teorico.

In questo senso, la relazione di cura, l'attenzione ai bisogni fondamentali e la consapevolezza del ruolo del contesto emergono come elementi profondamente interconnessi che strutturano l'esperienza assistenziale dei

neolaureati, pur declinandosi in modi differenti a seconda delle esperienze e dei contesti vissuti. I partecipanti descrivono la relazione come fondamento della cura e condizione per l'efficacia degli interventi, attribuendo valore alle piccole azioni quotidiane e alla dimensione umana dell'assistenza.

Allo stesso tempo, l'integrazione dei bisogni fisici e psicosociali viene vissuta come un processo complesso, spesso messo alla prova da vincoli organizzativi, pressioni temporali e dinamiche di équipe che influenzano concretamente le possibilità di attuare una cura coerente con i principi appresi.

All'interno di questa esperienza, il contesto assistenziale assume un ruolo determinante nel mediare la possibilità di realizzare un'assistenza centrata sulla persona. I risultati mostrano infatti come le condizioni organizzative, le relazioni professionali e i modelli di leadership possano facilitare oppure ostacolare l'integrazione delle dimensioni del FoC nella pratica quotidiana, contribuendo a generare vissuti di coerenza, ma anche di dissonanza e fatica.

Questi elementi si collocano all'interno della più ampia esperienza di transizione dalla formazione alla pratica professionale, che rappresenta il contesto interpretativo entro cui i risultati sono stati interpretati. I primi mesi di lavoro emergono come una fase caratterizzata da intensi processi di adattamento, in linea con quanto descritto da Judy Duchscher nel concetto di *transition shock* (Duchscher, 2009, 2018, 2021), in cui i neolaureati sono chiamati a confrontarsi con la complessità dei contesti reali, rinegoziando le aspettative maturate durante il percorso formativo e costruendo progressivamente il proprio ruolo professionale. Tale processo può essere inoltre letto alla luce del modello di sviluppo della competenza clinica proposto da Patricia Benner (1984) e sviluppi successivi (Carnevale, 2013, 2019; Murray et al., 2019) che descrive il passaggio da livelli iniziali di pratica a forme più avanzate e integrate di competenza. In questo processo, il FoC sembra offrire un riferimento significativo per orientare la pratica e sostenere la riflessività, pur non eliminando le difficoltà legate alla concreta applicazione dei suoi principi.

Nel complesso, i risultati evidenziano come l'esperienza dei neolaureati sia attraversata da una tensione costante tra l'ideale di cura centrata sulla persona, così come promosso dal Fundamentals of Care Framework (Feo et al., 2017b; Kitson et al., 2010; Kitson et al., 2013), e le condizioni reali della pratica assistenziale, tensione che appare particolarmente intensa e significativa in questa fase di transizione alla pratica professionale.

#### 4.2 La relazione come nucleo della cura: porta di accesso al Fundamentals of Care e sfida di integrazione nella pratica

La relazione di cura emerge in modo ricorrente e trasversale nelle narrazioni dei partecipanti, configurandosi come il nucleo attorno a cui prende forma il significato stesso dell'assistenza infermieristica. In molti casi, quando ai neolaureati viene presentato il Fundamentals of Care (FoC) Framework e viene loro chiesto di riflettere sulla propria pratica, essi tendono a richiamare spontaneamente la dimensione relazionale, sia in termini di esperienze positive — in cui si percepiscono capaci di costruire una connessione significativa con il paziente — sia in termini di difficoltà e frustrazione quando tale relazione risulta ostacolata.

Questo dato suggerisce come la dimensione relazionale sia stata efficacemente interiorizzata come elemento fondativo del Framework, in linea con la letteratura sul FoC che identifica nella relazione infermiere–persona il prerequisito essenziale per l'integrazione dei bisogni fondamentali e per l'erogazione di un'assistenza realmente centrata sulla persona (Feo et al., 2018b). La relazione non viene descritta come un elemento accessorio o aggiuntivo rispetto alla pratica, ma come ciò che conferisce senso e direzione agli interventi assistenziali, rendendo significative anche le azioni più quotidiane e apparentemente semplici. Questo risultato risulta in coerenza con la letteratura, dove viene evidenziato come percorsi formativi fondati sulla *fundamental care* rafforzino negli infermieri la consapevolezza del valore della relazione, contribuendo alla costruzione dell'identità professionale e alla qualità dell'assistenza (Jangland et al., 2025).

Allo stesso tempo, i risultati mostrano come questa centralità della relazione si sviluppi all'interno di contesti assistenziali caratterizzati da vincoli organizzativi rilevanti, tra cui carichi di lavoro elevati, pressioni temporali e dinamiche di équipe complesse. In tali condizioni, i partecipanti descrivono una tensione tra il valore attribuito alla relazione e la concreta possibilità di realizzarla nella pratica, sperimentando vissuti di dissonanza, frustrazione e, in alcuni casi, progressivo adattamento. La relazione appare quindi come una dimensione desiderata e riconosciuta, ma non sempre pienamente attuabile, evidenziando il ruolo determinante del contesto nel mediare la qualità dell'assistenza. Questa centralità della dimensione relazionale trova un ulteriore riscontro nella letteratura recente, che evidenzia come la qualità della relazione infermiere-paziente sia profondamente influenzata da fattori contestuali, organizzativi e culturali che possono facilitare o ostacolare lo sviluppo di relazioni di cura soddisfacenti, e come, in assenza di un adeguato supporto organizzativo e relazionale, aumenti il rischio di relazioni emotivamente distaccate (van Erp et al., 2025).

Un elemento particolarmente rilevante riguarda il fatto che la forte enfasi sulla relazione, pur rappresentando un punto di forza nell'interiorizzazione del FoC, sembra accompagnarsi, in alcune situazioni, a una minore esplicitazione delle altre dimensioni del Framework, in particolare dell'integrazione sistematica dei bisogni fondamentali della persona nelle loro componenti fisiche e psicosociali. Più che configurarsi come un "offuscamento" di tali dimensioni, questo aspetto può essere interpretato come espressione di un processo evolutivo, in cui i neolaureati tendono inizialmente a privilegiare gli elementi della cura più immediatamente riconoscibili e significativi, per poi sviluppare progressivamente una maggiore capacità di integrazione tra relazione, bisogni e contesto.

Questa interpretazione trova coerenza con il modello di sviluppo professionale di Benner (Benner, 1984; Carnevale, 2013, 2019; Murray et al., 2019), secondo cui i neolaureati, collocandosi nello stadio di advanced beginner, possiedono una competenza iniziale che consente loro di riconoscere aspetti rilevanti della situazione clinica, ma incontrano difficoltà

nell'integrare in modo fluido e situato le diverse dimensioni dell'assistenza. In questa prospettiva, la centralità attribuita alla relazione può essere letta come il riconoscimento di un elemento saliente della pratica, mentre la difficoltà a collegarla sistematicamente alla presa in carico globale dei bisogni riflette un processo di sviluppo ancora in corso.

Parallelamente, alla luce della teoria della transition shock di Duchscher (2009, 2018, 2021), la tensione tra valore attribuito alla relazione e difficoltà nella sua realizzazione può essere interpretata come espressione del disallineamento tra le aspettative maturate durante la formazione e le richieste del contesto clinico reale. Il carico emotivo, l'insicurezza e la necessità di adattarsi rapidamente a situazioni complesse possono portare i neolaureati a concentrarsi su dimensioni della cura percepite come più immediate o accessibili, contribuendo a una temporanea frammentazione dell'esperienza assistenziale.

Nel complesso, i risultati suggeriscono che la relazione rappresenti per i neolaureati una vera e propria porta di accesso al Fundamentals of Care, attraverso cui essi iniziano a interpretare e orientare la propria pratica. Tuttavia, la piena integrazione delle tre dimensioni del Framework — relazione, bisogni fondamentali e contesto — appare come un processo progressivo, fortemente influenzato sia dallo stadio di sviluppo professionale sia dalle condizioni organizzative in cui si colloca l'esperienza di cura.

#### 4.3 L'integrazione dei bisogni fondamentali: tra intenzionalità di cura e frammentazione della pratica

I risultati evidenziano come i neolaureati attribuiscono un valore significativo alla presa in carico dei bisogni fondamentali della persona, riconoscendone la centralità all'interno dell'assistenza infermieristica. In continuità con quanto emerso rispetto alla dimensione relazionale, i partecipanti descrivono le attività legate ai bisogni fisici e psicosociali come momenti dotati di significato, in cui si concretizza il prendersi cura. Le attività assistenziali quotidiane — dall'igiene alla mobilitazione, fino al supporto emotivo — vengono interpretate come occasioni per entrare in relazione con il paziente

e per riconoscerlo nella sua globalità. Questa prospettiva appare coerente anche con la letteratura sul concetto di dignità nella pratica clinica, in cui il riconoscimento della persona attraverso il vedere, l'ascoltare e l'essere presenti nella relazione è considerato elemento fondamentale della cura (Lindwall & Lohne, 2021).

Questa prospettiva appare coerente con il Fundamentals of Care (FoC) Framework (Feo et al., 2018b; Kitson et al., 2013), che sottolinea l'integrazione dei bisogni fisici, psicosociali e relazionali come elemento costitutivo di una cura centrata sulla persona. Tuttavia, i risultati mostrano come tale integrazione, pur riconosciuta a livello valoriale, risulti complessa da realizzare nella pratica quotidiana. I partecipanti descrivono situazioni in cui i bisogni vengono affrontati in modo frammentato, con una prevalenza di logiche task-oriented o di priorità dettate dall'urgenza e dall'organizzazione del lavoro. In linea con questi risultati la letteratura mostra come, nella pratica, le interazioni infermiere-paziente siano frequentemente centrate sul completamento dei compiti e sugli aspetti fisici della cura, con una limitata integrazione dei bisogni psicosociali e relazionali (Pene et al., 2025).

In questo senso, la presa in carico dei bisogni appare attraversata da una tensione tra intenzionalità e possibilità: da un lato, i neolaureati esprimono il desiderio di offrire un'assistenza globale e coerente con i principi appresi; dall'altro, si confrontano con contesti caratterizzati da carichi di lavoro elevati, tempi limitati e richieste simultanee, che rendono difficile mantenere una visione integrata della persona. Questa tensione si traduce talvolta in vissuti di insoddisfazione o di compromesso, in cui alcune dimensioni della cura — in particolare quelle meno urgenti o meno visibili — rischiano di essere trascurate.

Un ulteriore elemento che emerge dai risultati riguarda l'influenza delle dinamiche relazionali all'interno dell'équipe sulla presa in carico dei bisogni fondamentali. I partecipanti descrivono come il contesto di lavoro, e in particolare le norme implicite condivise tra colleghi, possano orientare in modo significativo le priorità assistenziali e il modo in cui i bisogni vengono

riconosciuti e gestiti. In alcuni casi, la percezione che determinate attività — come l'assistenza ai bisogni fondamentali o la comunicazione con il paziente — non siano pienamente riconosciute come parte del ruolo infermieristico può generare difficoltà nel mantenere coerenza con i valori interiorizzati durante la formazione.

In questo scenario, i neolaureati si trovano a negoziare il proprio modo di agire tra l'intenzionalità di offrire una cura globale e le aspettative del contesto professionale. Questo processo appare coerente con quanto descritto in letteratura sulla transizione alla pratica, in cui l'ingresso nel contesto clinico è spesso accompagnato da esperienze di disorientamento e adattamento alla cultura organizzativa e alle dinamiche del team. In particolare, la socializzazione professionale e le relazioni di supporto, come il mentoring, sono riconosciute come elementi centrali nel facilitare l'integrazione nel contesto lavorativo e lo sviluppo dell'identità professionale (Voss et al., 2022).

Tale negoziazione può tradursi, a seconda delle situazioni, sia in tentativi di mantenere un approccio coerente con i principi del Fundamentals of Care, sia in forme di adattamento alle pratiche prevalenti del gruppo. In questo processo, i neolaureati sembrano esercitare forme iniziali e situate di agency professionale, che in alcuni casi assumono i tratti di una leadership clinica emergente, espressa attraverso micro-decisioni, prioritizzazioni e scelte relazionali nella pratica quotidiana. Più che essere interpretato in termini esclusivamente critici, questo processo appare come parte integrante della fase di transizione, in cui il professionista costruisce progressivamente la propria identità all'interno di un contesto sociale e organizzativo concreto. Questo processo di negoziazione è coerente con quanto descritto in letteratura sulla transizione dei neolaureati, in cui l'ingresso nella pratica è caratterizzato da esperienze di disorientamento e adattamento al contesto organizzativo e culturale. In particolare, il ruolo della socializzazione professionale e delle relazioni di supporto, come il mentoring, emerge come elemento chiave nel facilitare l'integrazione nel team e la costruzione dell'identità professionale

Alla luce del modello di sviluppo professionale di Benner, tale difficoltà può essere interpretata come espressione dello stadio di advanced beginner (Benner, 1984), in cui il professionista è in grado di applicare regole e conoscenze acquisite, ma fatica a cogliere in modo immediato e situato le priorità complesse delle situazioni cliniche. L'integrazione dei bisogni fondamentali richiede infatti una capacità di lettura globale e dinamica della persona assistita, che si sviluppa progressivamente con l'esperienza. In questa fase iniziale, i neolaureati possono tendere a gestire i bisogni in modo sequenziale o parziale, senza riuscire ancora a integrarli pienamente all'interno di un quadro unitario di cura.

Parallelamente, la teoria della transition shock di Duchscher consente di comprendere come il contesto della transizione amplifichi tali difficoltà (Duchscher, 2009, 2018, 2021). Il sovraccarico cognitivo ed emotivo, l'insicurezza e la necessità di adattarsi rapidamente a contesti complessi possono favorire una modalità di lavoro orientata alla gestione delle priorità immediate, contribuendo a una frammentazione dell'esperienza assistenziale. In questo scenario, l'integrazione dei bisogni fondamentali — pur riconosciuta come ideale — può risultare temporaneamente subordinata alla necessità di “far fronte” alle richieste operative.

È interessante osservare come la dimensione relazionale, emersa come porta di accesso al FoC nel paragrafo precedente, si intrecci anche con la gestione dei bisogni fondamentali. In alcune situazioni, la relazione sembra facilitare una presa in carico più globale, permettendo ai neolaureati di cogliere meglio i bisogni della persona; in altre, invece, la difficoltà a integrare i diversi livelli della cura porta a una separazione tra “relazione” e “attività assistenziali”, con il rischio di perdere la loro interconnessione.

Nel complesso, i risultati suggeriscono che l'integrazione dei bisogni fondamentali rappresenti una competenza in costruzione, che richiede non solo conoscenze e intenzionalità, ma anche condizioni organizzative favorevoli e un progressivo sviluppo della capacità di lettura situata della pratica. In questo processo, il Fundamentals of Care Framework appare come

una cornice potenzialmente utile per sostenere tale integrazione, ma la sua piena traduzione nella pratica sembra dipendere dall'interazione tra sviluppo professionale, contesto assistenziale e processi di costruzione dell'identità e dell'azione professionale.

#### 4.4 Costruire l'identità professionale nella transizione alla pratica

I risultati suggeriscono che la transizione alla pratica non rappresenta unicamente un processo di adattamento al contesto clinico, ma un percorso di progressiva costruzione dell'identità professionale, strettamente intrecciato al modo in cui i neolaureati interpretano e vivono i principi del Fundamentals of Care (FoC) nella pratica quotidiana. In questo senso, il FoC non si configura solo come riferimento teorico o ideale, ma come elemento attorno al quale prende forma il significato stesso dell'essere infermiere.

L'ingresso nel contesto lavorativo appare infatti caratterizzato da una tensione tra il modello di cura appreso durante la formazione — centrato sulla relazione e sull'integrazione dei bisogni fondamentali — e le condizioni concrete della pratica, spesso segnate da vincoli organizzativi e richieste assistenziali complesse. In letteratura, questa fase è frequentemente descritta come un momento critico e potenzialmente stressante, in cui i neolaureati possono sentirsi impreparati ad affrontare le richieste del contesto clinico (Edwards et al., 2015). Tale difficoltà si inserisce all'interno di un più ampio e persistente divario tra formazione e pratica, spesso accompagnato da un'esperienza di “reality shock” che caratterizza l'ingresso nel mondo del lavoro (Rush et al., 2019).

Tale tensione, già emersa nei paragrafi precedenti, non si limita a influenzare l'agire, ma investe direttamente il piano identitario, mettendo in discussione il modo in cui i neolaureati definiscono il proprio ruolo e il significato della cura. In questo quadro, il riferimento alla relazione e al riconoscimento della persona può essere letto anche in termini di tutela della dignità, considerata in letteratura un elemento fondamentale della pratica assistenziale e dell'identità professionale infermieristica (Lindwall & Lohne, 2021). In questa prospettiva, l'esperienza dei neolaureati può essere interpretata anche

come una forma di tensione morale, in cui, pur riconoscendo ciò che considerano una buona cura, si trovano limitati nell'agire in coerenza con i propri valori, con possibili ripercussioni sulla costruzione dell'identità professionale (Peng et al., 2023).

In questo processo, i neolaureati non si limitano ad applicare i principi del FoC, ma li reinterpretano alla luce delle situazioni concrete, sviluppando progressivamente un proprio modo di intendere e realizzare la cura. I risultati mostrano come il significato attribuito al prendersi cura non sia stabile né univoco, ma venga continuamente rinegoziato in funzione delle esperienze vissute, delle possibilità offerte dal contesto e delle interazioni con gli altri professionisti. Questa dinamicità appare coerente con quanto evidenziato in studi che descrivono la pratica infermieristica come un'attività situata, in cui i professionisti si muovono tra differenti logiche di cura, adattando continuamente le proprie azioni alle condizioni del contesto (Ihlebak, 2021).

In particolare, emergono modalità differenti di posizionamento rispetto ai principi del FoC. Alcuni partecipanti descrivono il tentativo di mantenere un approccio coerente con il modello appreso, cercando di preservare la centralità della relazione e l'integrazione dei bisogni anche in condizioni sfavorevoli. Altri, pur riconoscendone il valore, riferiscono una progressiva ricalibrazione delle proprie aspettative, adattando l'ideale di cura alle richieste organizzative e alle priorità operative. In altri casi, il riferimento al FoC appare meno esplicito, ma si traduce comunque in pratiche che ne riflettono i principi in modo implicito.

Queste differenze suggeriscono che la costruzione dell'identità professionale non avvenga attraverso un processo lineare di interiorizzazione del modello teorico, ma attraverso un'interazione dinamica tra valori, esperienze e contesto, in linea con quanto evidenziato in letteratura, che descrive l'identità professionale infermieristica come il risultato dell'interazione tra il sé, il ruolo e il contesto clinico (Rasmussen et al., 2018). In tale prospettiva, il FoC può essere interpretato non tanto come uno standard da applicare, quanto come un

riferimento che viene progressivamente tradotto, adattato o talvolta messo in tensione nella pratica quotidiana.

Il ruolo del contesto emerge come particolarmente rilevante in questo processo. Le norme implicite dell'équipe, le modalità organizzative e il riconoscimento attribuito a determinate attività assistenziali influenzano in modo significativo il modo in cui i neolaureati interpretano il proprio ruolo. In particolare, quando alcune dimensioni della cura — come la relazione o l'attenzione ai bisogni fondamentali — non sono pienamente valorizzate all'interno del contesto, i partecipanti descrivono una difficoltà nel mantenere coerenza con i valori interiorizzati, che può tradursi in forme di adattamento o in vissuti di dissonanza. Questo risultato è in linea con quanto evidenziato in letteratura, dove le relazioni di fiducia e il confronto con i pari emergono come elementi fondamentali nel processo di costruzione dell'identità professionale (Zonneveld et al., 2024).

Tale dinamica appare coerente con quanto descritto nella letteratura sulla transizione alla pratica, che evidenzia come l'ingresso nel contesto clinico sia accompagnato da esperienze di disorientamento e da un processo di socializzazione professionale attraverso cui i neolaureati apprendono non solo competenze, ma anche modalità di interpretazione del ruolo e della pratica. In questo senso, la costruzione dell'identità professionale si configura come un processo situato e relazionale, che si sviluppa attraverso il confronto continuo tra il proprio sistema di valori e le aspettative del contesto.

Alla luce del modello di sviluppo professionale di Benner (1984), tali difficoltà possono essere lette come caratteristiche dello stadio di *advanced beginner*, in cui il professionista, pur disponendo di conoscenze teoriche e regole di riferimento, fatica a integrarle in modo fluido e situato nella complessità delle situazioni cliniche. Questa condizione si riflette anche nella modalità con cui i neolaureati riescono a tradurre il FoC nella pratica, spesso in modo parziale o discontinuo, come già evidenziato nel paragrafo precedente.

Parallelamente, la teoria della *transition shock* di Duchscher (2009, 2018, 2021) consente di comprendere come l'intensità emotiva e cognitiva della fase iniziale di inserimento possa influenzare il modo in cui i neolaureati vivono e interpretano la cura. Il sovraccarico, l'insicurezza e la necessità di adattarsi rapidamente possono portare a privilegiare strategie orientate alla gestione delle priorità immediate, rendendo più difficile mantenere una visione integrata e coerente con i principi del FoC. In questo senso, la distanza tra ideale e pratica non rappresenta necessariamente un fallimento, ma una fase transitoria all'interno di un processo più ampio di sviluppo professionale.

Nel complesso, i risultati suggeriscono che costruire la propria identità professionale, nei primi mesi di pratica, significhi per i neolaureati imparare a dare forma concreta ai principi della cura all'interno di contesti complessi, attraverso un continuo lavoro di interpretazione, adattamento e negoziazione. In questo processo, iniziano ad emergere anche forme iniziali di agency professionale, che si esprimono nella capacità di prendere decisioni, stabilire priorità e mantenere, quando possibile, coerenza con i valori della cura. Tali elementi rappresentano una base su cui si sviluppano progressivamente competenze più avanzate e, potenzialmente, forme di leadership clinica nella pratica assistenziale.

#### 4.5 Il contesto come spazio di negoziazione della cura

I risultati evidenziano come il contesto assistenziale non rappresenti un semplice sfondo entro cui si sviluppa la pratica infermieristica, ma uno spazio attivo che contribuisce in modo determinante a modellare il modo in cui i neolaureati interpretano e realizzano la cura. In particolare, le condizioni organizzative, le dinamiche di équipe e le norme implicite del contesto influenzano profondamente la possibilità di tradurre nella pratica i principi del Fundamentals of Care (FoC), incidendo sia sull'agire assistenziale sia sul processo di costruzione dell'identità professionale.

In continuità con quanto emerso nei paragrafi precedenti, i partecipanti descrivono il contesto come caratterizzato da vincoli organizzativi rilevanti, quali carichi di lavoro elevati, tempi limitati e richieste assistenziali

simultanee. Tuttavia, tali elementi non si configurano esclusivamente come ostacoli, ma come fattori che strutturano le priorità e orientano le modalità di azione. In questo senso, l'organizzazione del lavoro tende a favorire logiche task-oriented, in cui le attività vengono gerarchizzate in funzione dell'urgenza e dell'efficienza, con il rischio di marginalizzare dimensioni della cura meno immediatamente visibili, come la relazione o l'attenzione ai bisogni psicosociali, in linea con quanto descritto nella letteratura sulla frammentazione dell'assistenza e sulla missed nursing care (Kalisch et al., 2009; Griffiths et al., 2018).

In questo scenario, il contesto si configura come uno spazio di continua negoziazione, all'interno del quale i neolaureati sono chiamati a mediare tra le richieste organizzative e il proprio orientamento alla cura. I risultati mostrano come i partecipanti non si limitino a subire i vincoli del contesto, ma sviluppino modalità situate di adattamento, cercando di individuare margini di azione entro cui mantenere, almeno in parte, coerenza con i principi del FoC. Questo processo di negoziazione richiama quanto evidenziato in studi che descrivono la pratica infermieristica come un'attività situata, in cui i professionisti si muovono tra diverse logiche di cura e temporalità, adattando continuamente le proprie azioni alle condizioni concrete della pratica (Ihlebak, 2021).

Il ruolo dell'équipe emerge come particolarmente rilevante nel definire tali possibilità di azione. Le norme implicite condivise tra i professionisti, le aspettative rispetto al ruolo infermieristico e il valore attribuito a specifiche attività assistenziali contribuiscono a orientare il modo in cui i neolaureati definiscono le priorità e interpretano la cura. In particolare, quando alcune dimensioni del FoC — come la relazione o l'integrazione dei bisogni fondamentali — non sono pienamente riconosciute all'interno del contesto, i partecipanti descrivono una maggiore difficoltà nel legittimare tali pratiche, con il rischio di adattarsi alle logiche prevalenti del gruppo. Al contrario, contesti caratterizzati da relazioni di supporto e da una cultura professionale condivisa sembrano facilitare l'espressione di una cura più coerente con i valori appresi, in linea con quanto evidenziato nella letteratura sulla

socializzazione professionale e sul ruolo del supporto nel processo di inserimento dei neolaureati (Voss et al., 2022).

Le differenze tra contesti emergono quindi come un elemento significativo nel modulare l'esperienza dei neolaureati. Alcuni partecipanti descrivono ambienti che favoriscono l'apprendimento, il confronto e la possibilità di integrare i principi del FoC nella pratica, mentre altri riportano contesti maggiormente orientati all'efficienza e alla gestione operativa, in cui tali dimensioni risultano più difficili da mantenere. Questa variabilità appare coerente con studi che descrivono la transizione alla pratica come un processo eterogeneo, influenzato da fattori organizzativi, relazionali e individuali, e caratterizzato da traiettorie differenti di adattamento tra i neolaureati (Zhang et al., 2019).

Nel complesso, i risultati suggeriscono che il contesto non determini in modo univoco la pratica assistenziale, ma definisca i confini entro cui essa prende forma. All'interno di tali confini, i neolaureati sono chiamati a interpretare le situazioni, stabilire priorità e prendere decisioni, contribuendo attivamente alla costruzione della cura. In questo processo, iniziano ad emergere forme iniziali di agency professionale, che si esprimono nella capacità di individuare spazi di azione, negoziare le priorità assistenziali e mantenere, quando possibile, coerenza con i valori del FoC. Tali elementi rappresentano una base importante per lo sviluppo di competenze più avanzate e per l'emergere di forme di leadership clinica nella pratica quotidiana.

#### 4.6 Leadership clinica e attuazione del Fundamentals of Care nella pratica quotidiana

I risultati suggeriscono che, anche nei primi mesi di pratica, i neolaureati non si configurano esclusivamente come esecutori di compiti all'interno del contesto organizzativo, ma come attori che contribuiscono attivamente a dare forma alla cura. In questo senso, pur in assenza di ruoli formali di responsabilità, emergono forme iniziali e situate di leadership clinica, strettamente connesse alla capacità di interpretare e tradurre nella pratica i principi del Fundamentals of Care (FoC).

In particolare, tali forme di leadership si esprimono attraverso decisioni quotidiane, in cui i neolaureati sono chiamati a stabilire priorità, gestire il tempo disponibile e orientare l'azione assistenziale. I risultati mostrano come, in alcune situazioni, i partecipanti cerchino di preservare la centralità della relazione o di integrare i bisogni fondamentali anche in contesti caratterizzati da vincoli organizzativi, attribuendo valore a gesti e scelte che riflettono i principi del FoC. In questo senso, la leadership non si manifesta attraverso atti formali, ma attraverso la capacità di dare significato all'azione e di orientarla in modo coerente con i valori della cura, anche in condizioni di complessità.

Questa capacità si sviluppa all'interno di un continuo processo di negoziazione con il contesto e con l'équipe. I neolaureati descrivono situazioni in cui è necessario adattarsi alle dinamiche del gruppo o alle priorità organizzative, ma anche momenti in cui riescono a ritagliarsi spazi di autonomia decisionale, contribuendo attivamente alla definizione delle modalità assistenziali. In questo senso, la leadership emerge come una pratica situata, che si costruisce nell'interazione tra individuo e contesto, piuttosto che come una competenza predefinita. Tuttavia, tale processo si inserisce in un contesto spesso caratterizzato da incertezza, senso di inadeguatezza e bisogno di supporto, che possono limitare la capacità di azione dei neolaureati e influenzare il modo in cui essi riescono a orientare la cura (Kaldal et al., 2023).

Il legame tra leadership e valori della cura appare particolarmente evidente nelle situazioni di tensione tra ciò che i neolaureati ritengono essere una buona assistenza e ciò che è effettivamente possibile realizzare. In questi casi, la scelta di mantenere, quando possibile, un'attenzione alla relazione o ai bisogni della persona può essere interpretata come espressione di una forma iniziale di leadership morale, intesa come capacità di agire in coerenza con i propri valori anche in condizioni difficili, in linea con quanto descritto in letteratura (Peng et al., 2023).

Tuttavia, i risultati evidenziano anche una significativa variabilità tra i partecipanti. Alcuni neolaureati sembrano sviluppare più precocemente forme di agency e di iniziativa nella gestione della cura, mentre altri descrivono una maggiore tendenza ad adattarsi alle logiche del contesto, limitando la propria capacità di intervento. Questa eterogeneità appare coerente con studi che descrivono la transizione alla pratica come un processo non lineare, caratterizzato da traiettorie differenti di adattamento e sviluppo tra i neolaureati (Zhang et al., 2019).

Nel complesso, i risultati suggeriscono che la leadership, nei primi mesi di pratica, non si configura come una competenza pienamente sviluppata, ma come un processo emergente, strettamente intrecciato alla costruzione dell'identità professionale e alle possibilità offerte dal contesto. In questo senso, la capacità di orientare la cura in modo coerente con i principi del FoC rappresenta una base fondamentale per lo sviluppo futuro di forme più strutturate di leadership clinica.

#### 4.7 Una lettura integrata dell'esperienza: il Fundamentals of Care nella transizione alla pratica

I risultati di questo studio suggeriscono che l'esperienza dei neolaureati nell'applicazione del Fundamentals of Care (FoC) non possa essere interpretata come un processo lineare di trasferimento delle conoscenze dalla formazione alla pratica, ma come un fenomeno complesso e dinamico, in linea con quanto descritto nella letteratura sulla transizione alla pratica (Duchscher, 2009, 2018, 2021), che prende forma attraverso l'interazione tra dimensioni individuali, relazionali e organizzative. In questo senso, il FoC emerge non solo come modello di riferimento, ma come una cornice interpretativa attraverso cui i neolaureati cercano di dare significato alla propria esperienza assistenziale (Kitson et al., 2013; Feo et al., 2018a).

L'analisi complessiva dei risultati evidenzia come le diverse dimensioni esplorate nei paragrafi precedenti — l'integrazione dei bisogni fondamentali, la costruzione dell'identità professionale, il ruolo del contesto e le forme emergenti di leadership — non si configurino come ambiti separati, ma come

elementi strettamente interconnessi. La possibilità di realizzare una cura coerente con i principi del FoC appare infatti dipendere dalla continua interazione tra il modo in cui i neolaureati definiscono il proprio ruolo, le condizioni organizzative in cui operano e i margini di azione che riescono a costruire nella pratica quotidiana.

In questo quadro, la tensione tra ideale e pratica, emersa in modo trasversale nei risultati, assume un ruolo centrale. I neolaureati si trovano infatti a confrontarsi con una distanza tra il modello di cura appreso — centrato sulla relazione e sull'integrazione dei bisogni — e le condizioni concrete dell'assistenza, spesso caratterizzate da vincoli organizzativi e priorità operative. Tuttavia, tale tensione non può essere letta esclusivamente come una difficoltà o una mancanza, ma come un elemento costitutivo del processo di transizione, attraverso cui i professionisti rinegoziano progressivamente il significato della cura e il proprio modo di agire.

In questa prospettiva, il FoC si configura come una cornice dinamica, che viene continuamente reinterpretata e adattata nella pratica, piuttosto che applicata in modo rigido. I risultati mostrano come i neolaureati utilizzino implicitamente o esplicitamente i principi del FoC per orientare le proprie scelte, anche quando non riescono a realizzarli pienamente. Ciò suggerisce che il valore del FoC risieda non solo nella sua applicazione concreta, ma anche nella sua funzione di guida interpretativa, capace di sostenere la riflessione sull'agire e di mantenere un orientamento alla persona all'interno di contesti complessi.

In questo senso, la formazione ricevuta emerge come un elemento rilevante nel fornire ai neolaureati un quadro di riferimento valoriale e concettuale attraverso cui interpretare l'esperienza assistenziale. I partecipanti descrivono come alcuni approcci e modalità di cura siano stati adottati “memori” della formazione ricevuta, o come proprio il percorso formativo abbia contribuito a sviluppare una maggiore consapevolezza dell'importanza della relazione e dell'integrazione dei bisogni fondamentali. Allo stesso tempo, i risultati evidenziano come tale patrimonio non venga trasferito in modo lineare nella

pratica, ma venga progressivamente rielaborato alla luce delle condizioni del contesto e delle esperienze vissute. In alcuni casi, i neolaureati esprimono anche il bisogno di ulteriori momenti formativi e di supporto per affrontare le difficoltà incontrate, in particolare rispetto alla gestione della complessità assistenziale e all'integrazione dei diversi aspetti della cura.

In particolare, emergono bisogni formativi legati allo sviluppo delle competenze comunicative e relazionali, soprattutto nella gestione di situazioni percepite come complesse, quali l'interazione con pazienti oppositivi, il coinvolgimento dei familiari o l'accompagnamento nella fase terminale. Accanto a queste dimensioni, i partecipanti evidenziano anche la necessità di sviluppare competenze legate alla gestione delle proprie emozioni, sottolineando come l'impatto emotivo di alcune esperienze assistenziali possa risultare difficile da elaborare, in particolare in contesti ad alta intensità come quello oncologico.

È interessante osservare come tale richiesta di formazione aggiuntiva non sembri derivare unicamente da una percezione di mancanza, ma anche da una maggiore consapevolezza sviluppata durante il percorso formativo. In questo senso, la formazione orientata al FoC, nel promuovere il valore della relazione e dell'integrazione dei bisogni, sembra contribuire non solo a orientare l'agire, ma anche a rendere i neolaureati più consapevoli delle proprie aree di miglioramento e della complessità della cura, generando una domanda di formazione più mirata e riflessiva.

Allo stesso tempo, la possibilità di tradurre tali principi nella pratica appare strettamente legata alle condizioni del contesto e alle risorse disponibili. In particolare, la presenza di ambienti di lavoro supportivi, di relazioni di équipe collaborative e di una cultura professionale che riconosce il valore della cura globale emerge come elemento facilitante, mentre contesti caratterizzati da forte pressione organizzativa e orientamento al compito tendono a limitarne l'attuazione. In questo senso, l'applicazione del FoC non dipende esclusivamente dalle competenze individuali, ma si configura come un esito situato, che riflette l'interazione tra professionista e contesto.

Nel complesso, i risultati suggeriscono che l'esperienza dei neolaureati nell'applicazione del FoC sia caratterizzata da un equilibrio dinamico tra vincoli e possibilità, in cui la cura prende forma attraverso processi di interpretazione, adattamento e negoziazione. In questo scenario, anche le forme iniziali di leadership e di agency professionale assumono un ruolo rilevante, contribuendo a creare spazi di azione entro cui mantenere, almeno in parte, coerenza con i valori della cura.

Alla luce di tali considerazioni, l'applicazione del Fundamentals of Care nella fase di transizione alla pratica può essere come un processo in evoluzione, che richiede tempo, esperienza e condizioni favorevoli per potersi sviluppare, in linea con i modelli di sviluppo professionale che descrivono una progressiva acquisizione di competenze nella pratica clinica (Benner, 1984). In questa prospettiva, sostenere i neolaureati nel loro percorso di inserimento non significa unicamente rafforzare le competenze tecniche, ma anche creare contesti che favoriscano la riflessione, il supporto e la possibilità di integrare progressivamente i principi della cura nella pratica quotidiana.

#### 4.8 Limiti dello studio

Il presente studio presenta alcune limitazioni che è opportuno considerare nell'interpretazione dei risultati. In primo luogo, la natura qualitativa del disegno di ricerca e la dimensione del campione non consentono una generalizzazione dei risultati, ma piuttosto una loro trasferibilità ad altri contesti con caratteristiche simili. Sebbene i partecipanti provengano da percorsi formativi differenti, avendo frequentato sedi universitarie diverse, tale eterogeneità non elimina il carattere situato delle esperienze analizzate. Tuttavia, l'approccio qualitativo ha permesso di ottenere una comprensione approfondita dell'esperienza vissuta dai neolaureati nei primi mesi di pratica professionale.

Un ulteriore elemento riguarda la natura dei dati raccolti, basati su interviste e quindi su narrazioni soggettive dei partecipanti. Le esperienze riportate possono essere influenzate da fattori quali la memoria, il contesto emotivo e

il momento specifico della raccolta dei dati, con possibili effetti sulla rappresentazione delle situazioni descritte.

Inoltre, lo studio si concentra esclusivamente sul punto di vista dei neolaureati, senza includere altre prospettive, quali quelle di infermieri esperti, altri professionisti sanitari o pazienti. Questo limita la possibilità di ottenere una visione più ampia e integrata del fenomeno indagato, in particolare rispetto alle dinamiche organizzative e relazionali che influenzano la pratica assistenziale.

Il contesto organizzativo in cui i partecipanti operano rappresenta un ulteriore elemento da considerare. Le caratteristiche specifiche dei setting assistenziali, delle équipes e delle modalità organizzative possono aver influenzato significativamente le esperienze riportate. Pertanto, pur in presenza di una certa eterogeneità nei percorsi formativi, i risultati riflettono esperienze fortemente situate nei contesti clinici di inserimento, limitando la possibilità di estenderli a realtà differenti.

Un ulteriore aspetto riguarda il ruolo del ricercatore nel processo di raccolta e analisi dei dati. Nonostante l'adozione di strategie volte a garantire rigore e trasparenza, è possibile che l'interpretazione dei dati sia stata, almeno in parte, influenzata dalla prospettiva del ricercatore.

Infine, l'utilizzo del Fundamentals of Care Framework come riferimento per l'organizzazione e l'interpretazione dei dati rappresenta un elemento da considerare. Sebbene tale scelta abbia consentito di analizzare in modo sistematico l'esperienza dei partecipanti in relazione a un modello teorico consolidato, è possibile che essa abbia orientato il processo analitico, favorendo la lettura dei dati alla luce delle categorie del framework. Questo potrebbe aver limitato, almeno in parte, l'emergere di dimensioni non immediatamente riconducibili al FoC. Tuttavia, l'adozione di tale cornice ha anche rappresentato un elemento di forza, permettendo di approfondire il legame tra esperienza vissuta e modello teorico, in linea con l'obiettivo dello studio.

Nonostante tali limitazioni, lo studio offre una comprensione approfondita dell'esperienza dei neolaureati nell'applicazione del Fundamentals of Care nella pratica clinica, contribuendo a evidenziare le dinamiche complesse che caratterizzano la fase di transizione alla pratica professionale.

## 6. CONCLUSIONI

Il presente studio ha esplorato l'esperienza vissuta degli infermieri neolaureati nell'applicazione del Fundamentals of Care (FoC) nei primi mesi di pratica professionale, mettendo in luce non solo le modalità con cui i principi della cura vengono tradotti nella pratica, ma anche i significati che i partecipanti attribuiscono al proprio agire assistenziale.

I risultati evidenziano come il FoC non venga applicato in modo lineare o standardizzato, ma emerga come una cornice interpretativa attraverso cui i neolaureati interpretano e rielaborano la propria esperienza vissuta, orientando le scelte assistenziali. La possibilità di realizzare una cura centrata sulla persona appare infatti il risultato di un equilibrio dinamico tra valori interiorizzati durante la formazione, condizioni organizzative e margini di azione disponibili nella pratica.

In particolare, lo studio ha mostrato come i neolaureati riconoscano il valore della relazione e dell'integrazione dei bisogni fondamentali, ma si trovino a confrontarsi con contesti caratterizzati da vincoli organizzativi e priorità operative che rendono complessa la loro piena attuazione. Tale tensione tra ideale e pratica non si configura esclusivamente come una difficoltà, ma come un elemento costitutivo del processo di transizione, attraverso cui i professionisti rinegoziano progressivamente il significato della cura e il proprio ruolo.

In questo percorso, emergono forme iniziali di agency e di leadership clinica, che si esprimono nella capacità di prendere decisioni, stabilire priorità e creare spazi di azione coerenti, quando possibile, con i principi del FoC. Allo stesso tempo, il contesto organizzativo e le dinamiche di équipe giocano un

ruolo determinante nel facilitare o limitare tali possibilità, evidenziando la natura situata della pratica assistenziale.

La formazione ricevuta si configura come un elemento fondamentale nel fornire ai neolaureati un orientamento valoriale e concettuale, in particolare rispetto alla centralità della relazione e dell'integrazione dei bisogni. Tuttavia, i risultati suggeriscono come tale patrimonio venga progressivamente rielaborato nella pratica e come la maggiore consapevolezza sviluppata durante il percorso formativo possa tradursi anche in una domanda di formazione aggiuntiva, in particolare rispetto allo sviluppo delle competenze comunicative, relazionali ed emotive necessarie per affrontare situazioni assistenziali complesse.

Nel complesso, lo studio contribuisce a evidenziare come l'applicazione del Fundamentals of Care nella fase di transizione alla pratica non rappresenti un obiettivo da raggiungere in modo immediato, ma un processo in evoluzione, che richiede tempo, esperienza e condizioni organizzative favorevoli. In questa prospettiva, l'esperienza vissuta dei neolaureati si configura come uno spazio di costruzione di significato, in cui la cura prende forma attraverso un continuo processo di interpretazione, adattamento e negoziazione.

Sostenere i neolaureati nel loro percorso di inserimento significa quindi non solo rafforzare le competenze tecniche, ma anche promuovere contesti e percorsi formativi che supportino lo sviluppo della dimensione relazionale, riflessiva ed emotiva della cura, favorendo una progressiva integrazione tra principi teorici ed esperienza pratica.

## BIBLIOGRAFIA

- Aiken, L. H., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Bruyneel, L., McHugh, M., Maier, C. B., Moreno-Casbas, T., Ball, J. E., Ausserhofer, D., Sermeus, W., & RN4CAST Consortium. (2017). Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Quality & Safety*, 26(7), 559–568. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005567>
- Allande-Cussó, R., Fernández-García, E., & Porcel-Gálvez, A. M. (2022). Defining and characterising the nurse-patient relationship: A concept analysis. *Nursing Ethics*, 29(2), 462–484. <https://doi.org/10.1177/09697330211046651>
- Avallin, T., Muntlin Athlin, Å., Björck, M., & Jangland, E. (2020). Using communication to manage missed care: A case study applying the Fundamentals of Care framework. *Journal of Nursing Management*, 28(8), 2091–2102. <https://doi.org/10.1111/jonm.12963>
- Aydın Er, R., İncedere, A., & Öztürk, S. (2018). Respectful care of human dignity: how is it perceived by patients and nurses?. *Journal of Medical Ethics*, 44(10), 675–680. <https://doi.org/10.1136/medethics-2017-104666>
- Bagnasco, A., Catania, G., Zanini, M., Dasso, N., Rossi, S., Aleo, G., Timmins, F., Sermeus, W., Aiken, L. H., & Sasso, L. (2020). Are data on missed nursing care useful for nursing leaders? The RN4CAST@IT cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*, 28(8), 2136–2145. <https://doi.org/10.1111/jonm.13139>
- Bagnasco, A., Catania, G., Zanini, M., Pagnucci, N., Lusignani, M., Dal Molin, A., ... & Sasso, L. (2024). Integrazione del Fundamental of Care Framework nella formazione infermieristica: protocollo dello studio FoCFORM. *L'Infermiere*, 61(2).
- Bagnasco, A., Lusignani, M., Pagnucci, N., Sallai, T., Catania, G., Napolitano, F., Dal Molin, A., Mazzoleni, B., Cosmai, S., Cattani, D.,

- Mansi, L., Montani, D., Zavaglio, A., Sanvito, P., Cartabia, C., Consolo, L., Giuseppe, L., Zanini, M., & Sasso, L. (2025). Italian Version of the Fundamentals of Care Framework and the Fundamentals of Care Practice Process: A Comprehensive Validation Study. *Journal of Advanced Nursing*, 10.1111/jan.70099. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/jan.70099>
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Addison-Wesley.
- Campagna, S., Conti, A., Clari, M., Basso, I., Sciannameo, V., Di Giulio, P., & Dimonte, V. (2022). Factors Associated With Missed Nursing Care in Nursing Homes: A Multicentre Cross-sectional Study. *International Journal of Health Policy and Management*, 11(8), 1334–1341. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2021.23>
- Carnevale F. A. (2013). Charles Taylor, hermeneutics and social imaginaries: a framework for ethics research. *Nursing Philosophy: an International Journal for Healthcare Professionals*, 14(2), 86–95. <https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2012.00547.x>
- Carnevale F. A. (2019). A hermeneutical rapprochement framework for clinical ethics practice. *Nursing Ethics*, 26(3), 674–687. <https://doi.org/10.1177/0969733017722190>
- Catania, G., Dal Molin, A., Cattani, D., Barbieri, M., Centanaro, R., Tedi, S., Mansi, L., Mazzoleni, B., Cosmai, S., Montani, D., Pagnucci, N., Lusignani, M., Casalino, M., Milani, S., Consolo, L., Cartabia, C., Falbo, S., Zanini, M., Sasso, L., & Bagnasco, A. (2026). Integrating the fundamental of care framework in the undergraduate nursing curriculum: A randomized, controlled, and multicentric study. *Nurse education in practice*, 91, 104686. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2025.104686>
- Chaboyer, W., Harbeck, E., Lee, B. O., & Grealish, L. (2021). Missed nursing care: An overview of reviews. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 37(2), 82–91. <https://doi.org/10.1002/kjm2.12308>

- Crist, J. D., & Tanner, C. A. (2003). Interpretation/analysis methods in hermeneutic interpretive phenomenology. *Nursing Research*, 52(3), 202–205. <https://doi.org/10.1097/00006199-200305000-00011>
- Davies, H., Sundin, D., Robinson, S., & Jacob, E. (2021). Does participation in extended immersive ward-based simulation improve the preparedness of undergraduate bachelor's degree nursing students to be ready for clinical practice as a registered nurse? An integrative literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 30(19-20), 2897–2911. <https://doi.org/10.1111/jocn.15796>
- Decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101. (2018). *Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.*
- Dos Santos, R. P., Neves, E. T., & Carnevale, F. (2016). Qualitative methodologies in health research: Interpretive referential of Patricia Benner. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(1), 178–182. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690125i>
- Drott, J., Engström, M., Jangland, E., Fomichov, V., Malmström, M., & Jakobsson, J. (2023). Factors related to a successful professional development for specialist nurses in surgical care: A cross-sectional study. *BMC Nursing*, 22(1), 79. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01258-0>
- Duchscher J. B. (2008). A process of becoming: The stages of new nursing graduate professional role transition. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(10), 441–480. <https://doi.org/10.3928/00220124-20081001-03>
- Duchscher J. E. (2009). Transition shock: The initial stage of role adaptation for newly graduated registered nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 65(5), 1103–1113. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04898.x>

- Duchscher, J. B., & Windey, M. (2018). Stages of Transition and Transition Shock. *Journal for Nurses in Professional Development*, 34(4), 228–232. <https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000461>
- Duchscher, J. E. B., Corneau, K., & Lamont, M. (2021). Commentary: Transition to Practice: Future Considerations for New Graduate Nurses. *Nursing Leadership (Toronto, Ont.)*, 34(4), 44–56. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2021.26690>
- Edfeldt, K., Nyholm, L., Jangland, E., Gunnarsson, A. K., Fröjd, C., & Hauffman, A. (2024). Missed nursing care in surgical care- a hazard to patient safety: A quantitative study within the inCHARGE programme. *BMC Nursing*, 23(1), 233. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01877-1>
- Edwards, D., Hawker, C., Carrier, J., & Rees, C. (2015). A systematic review of the effectiveness of strategies and interventions to improve the transition from student to newly qualified nurse. *International Journal of Nursing Studies*, 52(7), 1254–1268. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.007>
- European Parliament & Council of the European Union. (2016). *Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016 on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data (General Data Protection Regulation)*. *Official Journal of the European Union*, L 119, 1–88.
- Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche. (2020). *Position statement: L'infermiere di famiglia e di comunità*. FNOPI. <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2020/09/Position-IFEC-30-settembre.pdf>
- Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche. (2023). *Consensus Conference: Documento di consenso*. FNOPI. <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2023/02/ITA-FNOPI-Consensus-2023.pdf>

- Federazione Nazionale degli Ordini Professioni Infermieristiche, & Società Italiana di Scienze Infermieristiche in Salute Mentale. (2024). *Position statement: L'infermiere di salute mentale e psichiatria*. FNOPI & S.I.S.I.S.M. [https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2024/05/Position-salute-mentale--FNOPI-SISISM\\_maggio-2024-.pdf](https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2024/05/Position-salute-mentale--FNOPI-SISISM_maggio-2024-.pdf)
- Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche. (2025). Codice deontologico delle professioni infermieristiche. [https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2025/03/FNOPI\\_CodiceDeontol2025\\_web.pdf](https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2025/03/FNOPI_CodiceDeontol2025_web.pdf)
- Feo, R., & Kitson, A. (2016). Promoting patient-centred fundamental care in acute healthcare systems. *International Journal of Nursing Studies*, 57, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.01.006>
- Feo, R., Conroy, T., Alderman, J., & Kitson, A. (2017a). Implementing fundamental care in clinical practice. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)*, 31(32), 52–62. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10765>
- Feo, R., Conroy, T., Marshall, R. J., Rasmussen, P., Wiechula, R., & Kitson, A. L. (2017b). Using holistic interpretive synthesis to create practice-relevant guidance for person-centred fundamental care delivered by nurses. *Nursing Inquiry*, 24(2), 10.1111/nin.12152. <https://doi.org/10.1111/nin.12152>
- Feo, R., Conroy, T., Jangland, E., Muntlin Athlin, Å., Brovall, M., Parr, J., Blomberg, K., & Kitson, A. (2018a). Towards a standardised definition for fundamental care: A modified Delphi study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(11-12), 2285–2299. <https://doi.org/10.1111/jocn.14247>
- Feo, R., Donnelly, F., Frensham, L., Conroy, T., & Kitson, A. (2018b). Embedding fundamental care in the pre-registration nursing curriculum: Results from a pilot study. *Nurse Education in Practice*, 31, 20–28. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.04.008>

- Flick, U., & Röhnsch, G. (2025). Self-management and relationships: Perspectives of young adults with chronic conditions and their peers. *Qualitative Health Research*, 35(8), 916–931. <https://doi.org/10.1177/10497323241285761>
- Francis, R. (2013). *Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry* (Vols. 1–3). The Stationery Office. <https://www.gov.uk/government/publications/report-of-the-mid-staffordshire-nhs-foundation-trust-public-inquiry>
- Griffiths, P., Recio-Saucedo, A., Dall'Ora, C., Briggs, J., Maruotti, A., Meredith, P., Smith, G. B., Ball, J., & Missed Care Study Group, (2018). The association between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 74(7), 1474–1487. <https://doi.org/10.1111/jan.13564>
- Ihlebak H. M. (2021). Time to care - An ethnographic study of how temporal structuring affects caring relationships in clinical nursing. *Social Science & Medicine* (1982), 287, 114349. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114349>
- Jangland, E., Nyholm, L., Wengström-Nymark, H., Edfeldt, K., Fröjd, C., & Muntlin, Å. (2025). The fundamentals of care framework: Application within a post-graduate nursing programme facilitated by a pedagogical project for educators. *Journal of Advanced Nursing*, 81(8), 5103–5111. <https://doi.org/10.1111/jan.16881>
- Jones, T. L., Hamilton, P., & Murry, N. (2015). Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(6), 1121–1137. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012>
- Kaldal, M. H., Conroy, T., Feo, R., Grønkaer, M., & Voldbjerg, S. L. (2023). Umbrella review: Newly graduated nurses' experiences of providing direct care in hospital settings. *Journal of Advanced Nursing*, 79(6), 2058–2069. <https://doi.org/10.1111/jan.15434>

- Kaldal, M. H., Voldbjerg, S., Conroy, T., Feo, R., & Laugesen, B. (2025). Fundamentals of care framework in nursing education: A scoping review protocol. *JBIE Evidence Synthesis*, 23(5), 949–957. <https://doi.org/10.11124/JBIES-24-00137>
- Kalisch, B. J., Landstrom, G. L., & Hinshaw, A. S. (2009). Missed nursing care: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1509–1517. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x>
- Kalisch, B. J., Tschannen, D., Lee, K. H., & Friese, C. R. (2011). Hospital variation in missed nursing care. *American Journal of Medical Quality*, 26(4), 291–299. <https://doi.org/10.1177/1062860610395929>
- Kitson, A. L. (2018). The Fundamentals of care framework as a point-of-care nursing theory. *Nursing Research*, 67(2), 99–107. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000271>
- Kitson, A. L., Muntlin Athlin, A., & Conroy, T. (2014). Anything but basic: Nursing's challenge in meeting patients' fundamental care needs. *Journal of Nursing Scholarship*, 46(5), 331–339. <https://doi.org/10.1111/jnu.12081>
- Kitson, A., Carr, D., Conroy, T., Feo, R., GrønkJær, M., Huisman-de Waal, G., Jackson, D., Jeffs, L., Merkle, J., Muntlin Athlin, Å., Parr, J., Richards, D. A., Sørensen, E. E., & Wengström, Y. (2019). Speaking up for fundamental care: the ILC Aalborg statement. *BMJ Open*, 9(12), e033077. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033077>
- Kitson, A., Conroy, T., Kuluski, K., Locock, L., & Lyons, R. (2013). *Reclaiming and redefining the Fundamentals of Care: Nursing's response to meeting patients' basic human needs* [Report]. University of Adelaide. <https://digital.library.adelaide.edu.au/server/api/core/bitstreams/584b1213-5d1f-44c5-ae5a-f723ff819349/content>

- Kitson, A., Conroy, T., Wengstrom, Y., Profetto-McGrath, J., & Robertson-Malt, S. (2010). Defining the fundamentals of care. *International Journal of Nursing Practice*, 16(4), 423–434. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2010.01861.x>
- Kitson, A., Carr, D., Feo, R., Conroy, T., & Jeffs, L. (2025). The ILC Maine statement: Time for the fundamental care [r]evolution. *Journal of Advanced Nursing*, 81(1), 523–536. <https://doi.org/10.1111/jan.16108>
- Kukkonen, P., Koskinen, S., Fuster-Linares, P., Istomina, N., Leino-Kilpi, H., Löyttyniemi, E., Meyer, G., Salminen, L., Sveinsdóttir, H., & Heikkilä, A. (2025). The professional competence of newly graduated nurses in the transition phase as assessed by nurse managers: a descriptive cross-sectional multi-national study. *Journal of Research in Nursing* (Advance online publication). <https://doi.org/10.1177/17449871241311543>
- Labrague, L. J., & De Los Santos, J. A. A. (2020). Transition shock and newly graduated nurses' job outcomes and select patient outcomes: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*, 28(5), 1070–1079. <https://doi.org/10.1111/jonm.13033>
- Labrague L. J. (2024). Reality shock in newly graduated critical care nurses and its association with missed nursing care: The mediating role of caring ability. *Intensive & Critical Care Nursing*, 80, 103554. <https://doi.org/humanitas.idm.oclc.org/10.1016/j.iccn.2023.103554>
- Lamichhane G. (2025). Shaping professional nursing practice using Benner's novice to expert theory. *British Journal of Nursing* (Mark Allen Publishing), 34(22), 1133–1137. <https://doi.org/10.12968/bjon.2024.0387>
- Li, Y., Chi, K., Li, W., Sun, X., & Li, Y. (2023). Relationship between transition shock and humanistic practice ability among Chinese newly graduated nurses: Mediating effect of organizational socialization. *Nurse Education in Practice*, 73, 103842. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103842>

- Li, Y. R., Liu, J. Y., Fang, Y., Shen, X., & Li, S. W. (2024). Novice nurses' transition shock and professional identity: The chain mediating roles of self-efficacy and resilience. *Journal of Clinical Nursing*, 33(8), 3161–3171. <https://doi.org/10.1111/jocn.17002>
- Lindwall, L., & Lohne, V. (2021). Human dignity research in clinical practice - a systematic literature review. *Scandinavian Journal of Caring sciences*, 35(4), 1038–1049. <https://doi.org/10.1111/scs.12922>
- McCance, T., & McCormack, B. (2025). The Person-centred Nursing Framework: a mid-range theory for nursing practice. *Journal of Research in Nursing: JRN*, 17449871241281428. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/17449871241281428>
- McClam, M., Workman, L., Walker, T. J., Dias, E. M., Craig, D. W., Padilla, J. R., Lamont, A. E., Wandersman, A., & Fernandez, M. E. (2025). Organizational readiness for implementation: a qualitative assessment to explain survey responses. *BMC Health Services Research*, 25(1), 36. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-12149-8>
- Macdonald, M. E., Siedlikowski, S., Liu, K., & Carnevale, F. A. (2023). Introducing SAMMSA, a Five-Step Method for Producing 'Quality' Qualitative Analysis. *Qualitative Health Research*, 33(4), 334–344. <https://doi.org/10.1177/10497323231154482>
- Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca. (2004). *Decreto Ministeriale 22 ottobre 2004, n. 270: Modifiche al regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei. Gazzetta Ufficiale n. 266.*
- Muntlin, Å., & Jangland, E. (2023). Translation and cultural adaptation of the fundamentals of care framework: Are we there yet?. *Journal of Advanced Nursing*, 79(3), 1107–1118. <https://doi.org/10.1111/jan.15383>
- Murray, M., Sundin, D., & Cope, V. (2019). Benner's model and Duchscher's theory: Providing the framework for understanding new graduate nurses'

transition to practice. *Nurse Education in Practice*, 34, 199–203.  
<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.12.003>

Nakić, D., Gusar, I., Franov, I., Sarić, M. M., & Ljubičić, M. (2023). Relationship between Transition Shock, Professional Stressors, and Intent to Leave the Nursing Profession during the COVID-19 Pandemic. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 59(3), 468.  
<https://doi.org/10.3390/medicina59030468>

Ottonello, G., Napolitano, F., Musio Maria, E., Catania, G., Zanini, M., Aleo, G., Timmins, F., Sasso, L., & Bagnasco, A. (2023). Fundamental care: An evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 79(6), 2070–2080. <https://doi.org/10.1111/jan.15451>

Pene, B. J., Aspinall, C., Komene, E., Slark, J., Gott, M., Robinson, J., & Parr, J. M. (2025). The Fundamentals of Care in Practice: A Qualitative Contextual Inquiry. *Nursing inquiry*, 32(2), e70000.  
<https://doi.org/10.1111/nin.70000>

Peng, M., Saito, S., Guan, H., & Ma, X. (2023). Moral distress, moral courage, and career identity among nurses: A cross-sectional study. *Nursing ethics*, 30(3), 358–369.  
<https://doi.org/10.1177/09697330221140512>

Rasmussen, P., Henderson, A., Andrew, N., & Conroy, T. (2018). Factors influencing registered nurses' perceptions of their professional identity: An integrative literature review. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 49(5), 225–232. <https://doi.org/10.3928/00220124-20180417-08>

Recio-Saucedo, A., Dall’Ora, C., Maruotti, A., Ball, J., Briggs, J., Meredith, P., Griffiths, P. (2018).

What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 27(11–12), 2248–2259.

<https://doi.org/10.1111/jocn.14058>

- Repubblica Italiana. (2018). *Legge 11 gennaio 2018, n. 3: Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica e riordino delle professioni sanitarie. Gazzetta Ufficiale n. 25.*
- Rey, S., Voyer, P., Bouchard, S., & Savoie, C. (2020). Finding the fundamental needs behind resistance to care: Using the fundamentals of care practice process. *Journal of Clinical Nursing, 29*(11-12), 1774–1787. <https://doi.org/10.1111/jocn.15010>
- Rush, K. L., Janke, R., Duchscher, J. E., Phillips, R., & Kaur, S. (2019). Best practices of formal new graduate transition programs: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies, 94*, 139–158. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.02.010>
- Spaulding, E. M., Marvel, F. A., Jacob, E., Rahman, A., Hansen, B. R., Hanyok, L. A., Martin, S. S., & Han, H. R. (2021). Interprofessional education and collaboration among healthcare students and professionals: a systematic review and call for action. *Journal of Interprofessional Care, 35*(4), 612–621. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1697214>
- Su, Q., Yun, B., Yuet Foon Chung, L., Chen, L., Zuo, Y., Liu, J., & Han, L. (2021). Clinical teaching behaviour effects professional identity and transition shock in new nurses in western china: A cross-sectional study. *Nursing Open, 8*(5), 2605–2615. <https://doi.org/10.1002/nop2.798>
- Van Erp, H., de Man-van Ginkel, J., Nederend, A., Rense, A., Slager, M., & Bussemaker, J. (2025). Patterns and Influencing Factors in the Nurse-Patient Relationship in Hospitals' General Wards: An Integrative Review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 39*(3), e70104. <https://doi.org/10.1111/scs.70104>
- Voldbjerg, S. L., Laugesen, B., Bahnsen, I. B., Jørgensen, L., Sørensen, I. M., GrønkJaer, M., & Sørensen, E. E. (2018). Integrating the fundamentals of care framework in baccalaureate nursing education: An example from a nursing school in Denmark. *Journal of Clinical Nursing, 27*(11-12), 2506–2515. <https://doi.org/10.1111/jocn.14354>

- Voldbjerg, S. L., GrønkJaer, M., Sørensen, E. E., & Hall, E. O. (2016). Newly graduated nurses' use of knowledge sources: a meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 72(8), 1751–1765. <https://doi.org/10.1111/jan.12914>
- Voldbjerg, S. L., Lyng Larsen, K., Nielsen, G., & Laugesen, B. (2020). Exploring nursing students' use of the Fundamentals of Care framework in case-based work. *Journal of Clinical Nursing*, 29(11-12), 1968–1980. <https://doi.org/10.1111/jocn.15070>
- Voss, J. G., Alfes, C. M., Clark, A., Lilly, K. D., & Moore, S. (2022). Why Mentoring Matters for New Graduates Transitioning to Practice: Implications for Nurse Leaders. *Nurse Leader*, 20(4), 399–403. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2022.01.003>
- World Health Organization. (2024). *Global patient safety report 2024*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240095458>
- World Medical Association. (2024). *Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki>
- Zhang, Y., Steege, L. M., Pavek, K. U., Brown, R. L., & Zhang, Y. (2019). Identifying patterns of occupational stress trajectories among newly graduated nurses: A longitudinal study. *International journal of nursing studies*, 99, 103332. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.03.022>
- Zonneveld, D., Conroy, T., & Lines, L. (2024). Clinical supervision experience of nurses in or transitioning to advanced practice: A systematic review. *Journal of advanced nursing*, 80(9), 3547–3564. <https://doi.org/10.1111/jan.16126>

## ALLEGATI

### Allegato1 – Guida alla conduzione dell'intervista (Versione originale)

- Com'è la tua esperienza nell'integrare il Framework FoC nell'assistenza dei pazienti, oppure non l'hai fatto ma avresti voluto/potuto, oppure riesci a spiegarmi perché non ritieni fosse possibile nelle occasioni in cui hai provato? Riesci a raccontarmi un episodio a cui stai pensando rispetto a questo?
- Dopo questi primi mesi di esperienza di lavoro, ritieni che il FoC-Framework costituisca un punto di riferimento utile per poter assistere secondo i criteri di ciò che ritieni buono e giusto?
- Il FoC-framework comprende quello che ritieni importante per poter fornire un'assistenza infermieristica di alta qualità? Il framework guida nell'assistere i pazienti secondo il tuo ideale di infermiere?
- Puoi raccontarmi un'esperienza vissuta in cui la relazione con la persona assistita ha avuto un ruolo particolarmente significativo per te nell'ambito dell'assistenza?
- Quali influenze osservi dovute al contesto e come descriveresti il tuo modo di affrontare gli aspetti organizzativi e relazionali?
- Nell'applicazione del Fundamental of care framework, ti sei mai trovato in difficoltà per la mancanza di conoscenze, competenze o abilità, puoi raccontarmi un esempio?
- Raccontami un'esperienza assistenziale in cui ti sei trovato a riflettere sul modo in cui prendevi cura della persona. Cosa ti ha aiutato in quella situazione, e cosa invece ha reso più difficile il tuo essere presente nella relazione?

Riflettendo su un episodio in cui ti sei preso cura di qualcuno secondo i principi che orientano il tuo agire quotidiano, che emozioni hai vissuto? Come hai dato significato a ciò che è accaduto?

## **Allegato2- Guida alla conduzione dell'intervista (revisionata dopo incontro con Team)**

- Come stai impiegando il Framework FoC nella tua assistenza ai pazienti? Se non lo hai usato, puoi spiegare perché? Ti va di raccontarmi un episodio in cui hai provato a usarlo o in cui pensi che sarebbe stato utile?
- Dopo questi primi mesi di esperienza di lavoro, ritieni che il FoC-Framework costituisca un punto di riferimento utile per poter assistere secondo i criteri di ciò che ritieni buono e giusto? Quali elementi del FoC-Framework hai trovato più utili nel tuo lavoro quotidiano? Ci sono invece aspetti che avresti voluto fossero più chiari o pratici?
- Puoi raccontarmi un'esperienza vissuta in cui la relazione con la persona assistita ha avuto un ruolo particolarmente significativo per te nell'ambito dell'assistenza?
- Come avviene la presa in carico dei bisogni fisici fondamentali dei pazienti (li guido citando i bisogni fisici e mostrando la parte del Framework che si riferisce ad esse)
- Quali influenze osservi dovute al contesto e come descriveresti il tuo modo di affrontare gli aspetti organizzativi e relazionali?
- Nell'applicazione del Fundamental of care framework, ti sei mai trovato in difficoltà per la mancanza di conoscenze, competenze o abilità, puoi raccontarmi un esempio?
- Raccontami un'esperienza assistenziale in cui ti sei trovato a riflettere sul modo in cui prendevi cura della persona. Cosa ti ha aiutato in quella situazione, e cosa invece ha reso più difficile il tuo essere presente nella relazione?
- Pensa a un momento in cui ti sei preso cura di un paziente seguendo i principi che guidano il tuo lavoro quotidiano. Puoi raccontarmi un episodio in cui hai provato un'emozione positiva e uno in cui invece hai vissuto un'emozione negativa? Come hai interpretato e gestito queste sensazioni?

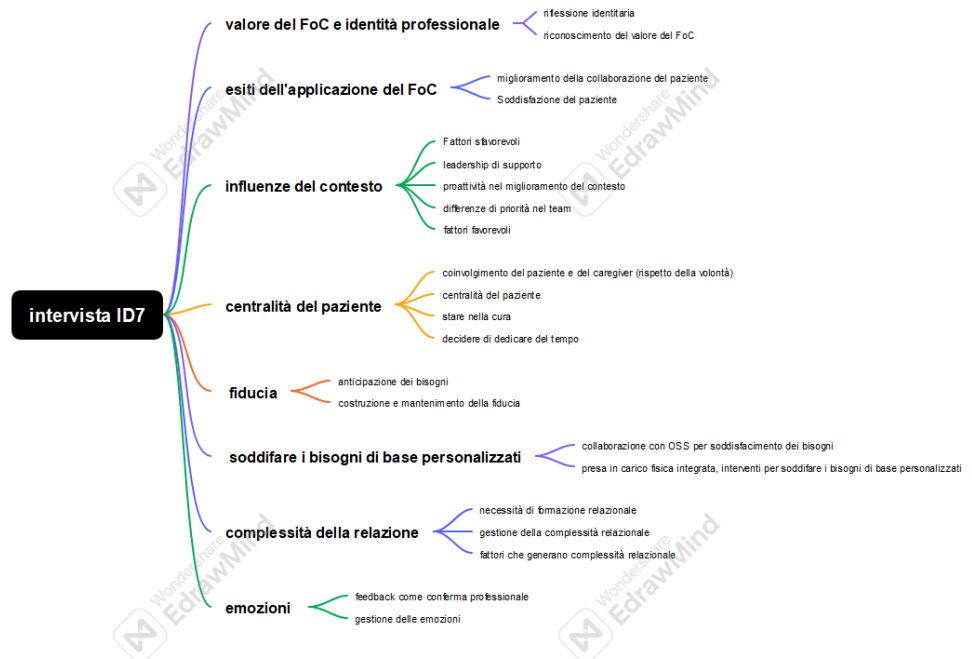
### Allegato 3 – Estrazione Codici S (sintesi) e A (analisi, induttive e Deduttive)

Testo Intervista	Codici S (Sintesi)	Codici A (Analisi induttiva e deduttiva)
<p>N. in generale tutti i giorni io applico in qualche modo questo, cioè queste... tutte le questioni della relazione nella presa in carico, sul paziente e tutte le cure in toto. Perché costruire un rapporto di fiducia con i, cioè con i pazienti, è una cosa che faccio sempre, nel senso che gli spiego sempre anche la situazione. Assolutamente cerco di non infrangere mai la fiducia, piuttosto gli dico, guarda questa cosa non riuscirò a farla come voi stessi mi avete appunto istruito, perché non ho le possibilità per questioni di tempo... Quindi io ti dico che farò il possibile per fare queste cose e sono le più importanti per te che mi hai chiesto questa, vediamo se ce la faccio, la faccio ma non te lo garantisco. E così hanno fiducia in me e sanno che se gli dico che una cosa la faccio, la manterrò, e invece, metto subito in chiaro quello che, magari, non è possibile raggiungere per questioni personali, cioè di personale, ma anche l'anticipazione...</p>	<p>S12. Applicazione quotidiana dei principi relazionali (in generale tutti i giorni io applico in qualche modo questo, cioè queste... tutte le questioni della relazione nella presa in carico, sul paziente e tutte le cure in toto...)</p> <p>S13. Costruzione e mantenimento della fiducia con i pazienti (Assolutamente cerco di non infrangere mai la fiducia...)</p>	<p>A12. (Induttiva) L'infermiere integra consapevolmente pratiche relazionali in tutte le interazioni con i pazienti, mostrando attenzione e continuità. A 12 (deduttiva- Benner) L'infermiere mostra sviluppo professionale avanzato, applicando giudizio e saggezza pratica nelle interazioni quotidiane, anticipando bisogni e costruendo fiducia.</p> <p>A13. (Induttiva) La costruzione di fiducia è un processo dinamico, che si sviluppa attraverso la coerenza tra ciò che l'infermiere promette e ciò che effettivamente realizza. A13. (Deduttiva Foc-PP) L'infermiere applica i principi del Foc-PP, favorendo una relazione terapeutica basata su trasparenza, chiarezza e coerenza tra promesse e azioni, rispondendo ai bisogni relazionali e di sicurezza del paziente.</p>

## Allegato 4 – Tabella individuazione Microtemi

<u>Microtema</u>	<u>Codici S</u>	<u>Breve descrizione</u>
<b>Fattori di contesto sfavorevoli</b>	S1, S2, S6, S3, S4, S28, S28a, S35b, S38a, S38c., S5, S30	Il tempo limitato riduce la qualità della relazione. I pazienti critici assorbono tempo e relazione. Azione di segnalazione per il miglioramento del reparto La qualità è preservata ma con forte sforzo. La relazione notturna è minima ma presente.
<b>Fattori contesto favorevoli</b>	S16., S15b, S29, S44, S48	Fattori favorevoli all'applicazione del <u>FoC</u>
<b>Stare nella cura</b>	S7, S8, S8a, S10, S11	Forte coinvolgimento negli eventi di fine vita.
<b>Decidere di dedicare il tempo</b>	S8, S16b, S37b, S38.	L'infermiere decide intenzionalmente di dedicare il tempo all'assistito/caregiver
<b>Coinvolgimento del paziente e del caregiver (rispetto della volontà)</b>	S10, S37a, S24,	Iniziative di coinvolgimento del paziente/caregiver nel piano di cura
<b>Riconoscimento di valore del <u>FoC</u></b>	S9, S12, S10a, S11, S12	La formazione <u>FoC</u> migliora l'assistenza.
<b>Centralità del paziente</b>	S13a, S27a, S24, S38d	Iniziative che mirano a porre il paziente al centro del processo di cura
<b>Costruzione e mantenimento della fiducia</b>	S13, S17, S20, S21	La fiducia è centrale per la relazione.
<b>Anticipazione dei bisogni</b>	S14, S20	L'infermiere anticipa ciò che il paziente necessita.

## Allegato 5- Mappa per individuazione microtemi



## Allegato 6- Sintesi Narrativa

L'esperienza lavorativa dell'infermiere si colloca fin dall'inizio entro una tensione costante tra l'ideale di cura interiorizzato durante la formazione e le condizioni operative concrete del reparto. Nei primi mesi di lavoro emerge con chiarezza come **fattori di contesto sfavorevoli** incidano sulla possibilità di applicare pienamente il modello dei Fundamentals of Care. Il tempo limitato e l'elevato numero di assistiti in carico rendono difficile "fare tutto quello che vorrei fare", soprattutto nei turni notturni, quando la responsabilità su molti pazienti impone scelte rapide e una continua priorizzazione. In questi momenti la cura non viene meno, ma viene vissuta come più faticosa e meno accurata, con la consapevolezza che la qualità della relazione ne risenta. L'infermiere riconosce questo limite senza negarlo, interrogandosi su quanto riesca davvero a essere l'infermiere che vorrebbe essere. Questa consapevolezza riflessiva del limite, tipica della fase di transizione descritta da Duchscher, segna l'inizio di una negoziazione continua tra ideale professionale e realtà organizzativa.

Accanto ai vincoli, il contesto presenta anche **fattori favorevoli**. La continuità assistenziale, la reputazione dell'ospedale e una cultura condivisa della cura facilitano la costruzione della relazione. Quando l'infermiere riesce a seguire gli stessi assistiti per più turni consecutivi, diventa più semplice conoscerli, riconoscerne le preferenze e anticiparne i bisogni. La relazione si costruisce nel tempo, attraverso piccoli gesti quotidiani: chiamare il paziente per nome, ricordarsi ciò che per lui è importante, estendere l'attenzione anche ai caregiver. In questi momenti l'infermiere percepisce che la fiducia non nasce da un singolo intervento, ma dalla continuità e dalla coerenza.

La **costruzione e il mantenimento della fiducia** emergono come asse portante dell'esperienza. La fiducia si fonda sulla chiarezza e sulla coerenza tra ciò che viene detto e ciò che viene fatto. Spiegare i limiti dell'assistenza, senza promettere ciò che non può essere garantito, diventa un modo per tutelare la relazione. L'infermiere racconta come questa trasparenza permetta al paziente di "sapere che può contare su di noi", anche quando non tutto è possibile.

# Allegato 7- Mappa individuazione dei mesotemi

