

# Strategie per l'attuazione delle Cure Fondamentali: una revisione della letteratura

## *Strategies for implementing the Fundamentals of Care: a literature review*

■ LISA DURANTE<sup>1</sup>, ELISA MAZZARIOL<sup>2</sup>, MARIA LUISA BUFFON<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Infermiere, Centro di Servizi per anziani Casa Gino e Pierina Marani, Treviso

<sup>2</sup> Infermiere tutor didattico Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana

<sup>3</sup> Dirigente Professioni Sanitarie UOSD Sistemi Gestione Qualità - Azienda ULSS 2 Treviso



### RIASSUNTO

**Introduzione:** Recentemente si è assistito ad una fervente spinta alla riflessione nella letteratura infermieristica riguardo le cure fondamentali, motivata dal riconsiderare valori importanti per la professione infermieristica quali compassione e dedizione, e da questioni organizzative come la carenza di personale o la collaborazione con altre figure professionali. Lo scopo di questa revisione è individuare quali sono le possibili strategie al fine di garantire alla persona assistita l'erogazione di cure fondamentali.

**Materiali e metodi:** La letteratura è stata ricercata nelle banche dati PubMed e CINAHL. Sono stati reperiti 251 articoli e selezionati, sulla base dei quesiti di ricerca, 32 articoli full-text sottoposti ad analisi. Di questi, 9 articoli sono stati esclusi perché non pertinenti.

**Risultati:** La letteratura fa emergere che gli ostacoli all'applicazione delle cure fondamentali riguardano prevalentemente fattori organizzativi (tempo, carico di lavoro, influenza dei leader) caratteristiche individuali degli infermieri (atteggiamenti, comportamenti, e fattori interpersonali (capacità di relazionarsi). In letteratura vengono proposte strategie per applicare le cure fondamentali, ad esempio l'Intentional Rounding, che prevede di effettuare dei giri di controllo degli assistiti programmati ad orario o il metodo AMG (Amalgamation of Marginal Gains) attraverso il quale sarebbe possibile ottenere un miglioramento dell'assistenza erogata a partire dall'attenzione per i dettagli.

**Discussione:** Ciò che rende possibile un'assistenza di qualità non è tanto un cambiamento radicale nell'organizzazione generale, quanto il fatto che ogni singolo professionista adotti un approccio che dia la stessa importanza ad ogni gesto che va a compiere. Un approccio in cui le percezioni, le necessità e le esperienze della persona vengono sistematicamente considerate permette di identificare la modalità più corretta per rispondere pienamente ai bisogni dell'assistito.

**Conclusioni:** Adottare un approccio centrato sulla persona permette di accogliere e soddisfare pienamente i bisogni dell'assistito, il che comporta un'attuazione completa delle cure infermieristiche fondamentali. Tuttavia, gli spunti pratici per l'implementazione di questo approccio risultano limitati.

**Parole chiave:** cure fondamentali, infermieristica, cura, bisogni dell'assistito.



### ABSTRACT

**Introduction:** Recently there has been a fervent boost to reflection regarding the fundamentals of care in the nursing literature, motivated by reconsidering important values for the nursing profession such as compassion and dedication, and by organizational issues such as staff shortages or collaboration with other professionals. The purpose of this review is to identify what are the possible strategies in order to guarantee fundamentals of care to patients.

**Materials and methods:** A literature search was undertaken in PubMed and CINAHL. 251 articles were found: of these 32 full-text articles were selected, based on the research queries. Of these, 9 articles were excluded because they were not relevant.

**Results:** The literature shows that obstacles to the implementation of fundamentals of care, mainly concern organizational factors (time, workload, influence of leaders), individual characteristics of nurses (attitudes, behaviours) and interpersonal factors (ability to relate to others). Strategies to implement fundamentals of care are proposed in literature. For example, the Intentional Rounding, a structured approach whereby nurses conduct checks on patient at set times or the Amalgamation of Marginal Gains (AMG) system, through which a nursing care improvement could be achieved starting from small changes.

**Discussion:** What makes a high-quality care possible, it is not so much a radical change in the general organization, as the fact that each professional adopts an approach that gives the same importance to every gesture he makes. It is an approach in which the perceptions, needs and experiences of people are systematically considered and it allows to identify the most correct way to respond fully to the patient needs.

**Conclusions:** The adoption of a person-centred approach allows to fully welcome and satisfy the patient needs, which entails a complete implementation of the fundamental nursing care. However, practical ideas for implementing this approach are limited.

**Keywords:** fundamentals of care, nursing strategies, caring, patients' needs.

**REVISIONE DELLA LETTERATURA**

RICEVUTO IL 24/07/2020

ACCETTATO IL 01/12/2020

**Corrispondenza per richieste:**

Elisa Mazzariol

elisa.mazzariol@aullss2.veneto.it

Gli autori non dichiarano la presenza di alcun conflitto d'interesse. Questo studio non ha ricevuto finanziamenti da alcuna istituzione.

**INTRODUZIONE**

Il primo passo per ragionare sulla modalità con cui l'infermiere dovrebbe attuare gli interventi necessari a soddisfare i bisogni di base è stato definire quali siano gli ambiti che rispecchiano questi bisogni e, quindi, quali cure infermieristiche considerare come fondamentali. Per dare risposta ai dubbi riguardanti le cure genericamente definite di base, nel 2008 un gruppo di infermieri e di leaders sanitari diede vita all'International Learning Collaborative (ILC) con lo scopo di esplorare i concetti basilari dell'assistenza infermieristica e di generare delle evidenze che risultassero utili, a livello internazionale, per l'erogazione delle cure fondamentali. Nel 2010, l'ILC pubblicò una scoping review, intitolata *Defining the Fundamentals of Care*, che sottolineò la mancanza di una definizione riconosciuta globalmente ed un certo livello di confusione concettuale sull'argomento. Da questo momento in poi, vennero sviluppati diversi modelli, teorie ed evidenze ma, nonostante la molteplicità di produzioni, ancora non risultava facile dare una definizione di *fundamentals of care*<sup>[1]</sup>.

A tal proposito, nel 2018 Feo<sup>[1]</sup> e i suoi collaboratori hanno analizzato la letteratura prodotta a partire dalla revisione di Kitson del 2018<sup>[2]</sup>, fino al 2016, suddividendola secondo due scuole di pensiero: *compassionate care* e *fundamentals of care*. La prima vede i valori, i comportamenti e le attitudini degli infermieri nel relazionarsi con gli assistiti come aspetti cruciali dell'assistenza, ma non tratta la sfera fisica del nursing, a favore quasi esclusivamente di quella psico-relazionale.

Al contrario, la letteratura che fa parte della scuola di pensiero dei *fundamentals of care*, ha come scopo principale l'identificazione di un elenco di interventi infermieristici (per la maggior parte di natura fisica) che siano volti alla soddisfazione dei bisogni fondamentali dell'assistito, ma le pubblicazioni non sono in accordo su un unico elenco di interventi. Tuttavia, la revisione di Feo et al.<sup>[3]</sup> sottolinea l'esistenza di un modello teorico che incorpora i concetti di base delle due scuole di pensiero delineate. Si tratta del *Fundamentals of Care Framework*, sviluppato da Kitson et al (2013)<sup>[3]</sup>.

Questa teoria si pone l'obiettivo di identificare i bisogni fondamentali della persona, unendo alle esigenze fisiche le necessità di tipo psicosociale e riconoscendo il ruolo essenziale della relazione infermiere-assistito nel processo di nursing. La teoria nasce dal presupposto che l'infermiere deve essere in grado di stabilire una relazione di cura efficace con l'assistito e, attraverso questa, riconoscere i bisogni fondamentali della persona o aiutare essa stessa a farlo. Il processo assistenziale si sviluppa con l'integrazione di tre elementi chiave (**Figura 1**):

- 1) la costruzione della relazione infermiere-assistito, necessaria allo sviluppo dell'intero processo;
- 2) il riconoscimento dei bisogni fondamentali e l'attuazione di interventi appropriati;
- 3) il rapporto tra il nucleo formato dall'infermiere e dall'assistito e il contesto<sup>[2]</sup>.

Inoltre, la teoria dei *Fundamentals of Care* è stata il punto di partenza dal quale è stato sviluppato un elenco dei bisogni fondamentali (**Tabella 1**).

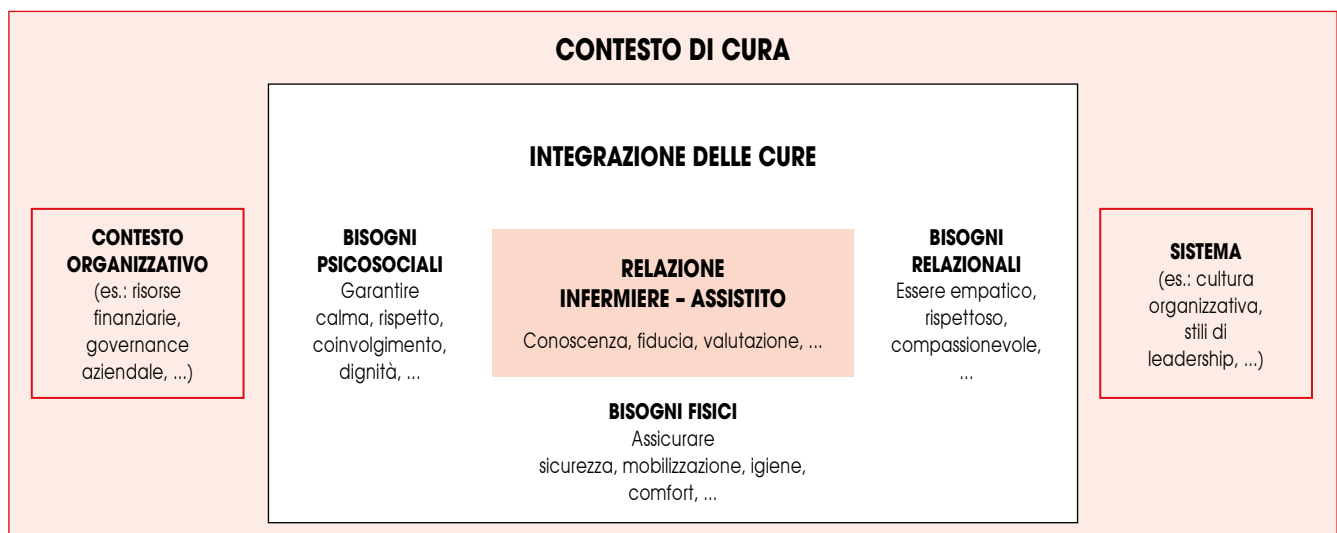
Il *Fundamentals of Care Framework* incorpora i valori relazionali e i comportamenti descritti nella letteratura che riguarda le cure compassionevoli ai bisogni fisici dell'assistito e considerando anche le esigenze psicosociali dell'individuo e della sua rete di relazioni in rapporto al contesto, che diventa a sua volta elemento di cui prendere atto nel processo di assistenza infermieristica<sup>[1]</sup>.

Sulla base di questa teoria, le cure infermieristiche fondamentali vengono dunque definite come segue: "Le cure fondamentali comprendono azioni messe in atto dall'infermiere che si basano sui bisogni essenziali della persona rispettandoli, al fine di assicurare il benessere fisico e psicosociale dell'assistito. Questi bisogni vengono identificati sviluppando una relazione positiva e di fiducia tanto con la persona assistita quanto con i suoi familiari e caregivers<sup>[4]</sup>."

**PROBLEMA**

Sappiamo che oggi le cure fondamentali sono spesso attribuite agli operatori di supporto e non è facilmente misurabile il loro contributo rispetto agli esiti sensibili all'infermieristica. Per tali ragioni è stata condotta una revisione della letteratura, partendo dai seguenti quesiti, secondo la metodologia PICO (**Tabella 2**): *quali sono le strategie che possono essere attuate dall'infermiere al fine di garantire le cure fondamentali? Quali sono gli ostacoli all'attuazione di tali cure? Qual è l'esperienza dell'assistito rispetto all'aver ricevuto o meno le cure fondamentali?*

**Figura 1. Fundamentals of Care Framework** (Adattata dall'originale)<sup>[4]</sup>



**Tabella 1. Elenco dei bisogni fondamentali** (Adattata dall'originale)<sup>4</sup>

Bisogni fisici	Bisogni psicosociali	Bisogni relazionali (azioni infermieristiche)
Igiene personale (inclusa l'igiene del cavo orale) e vestizione	Comunicazione (verbale e non verbale)	Lavorare con l'assistito per stabilire e raggiungere obiettivi
Eliminazione	Informazione e coinvolgimento	Ascolto attivo ed empatia
Alimentazione e idratazione	Privacy	Impegno verso l'assistito
Sonno e riposo	Dignità	Compassione
Mobilizzazione	Rispetto	Essere presenti con l'assistito
Comfort (es. controllo del dolore)	Educazione e informazione	Promuovere il coping
Gestione della terapia	Benessere emozionale	Aiutare a mantenere la calma
Sicurezza (es. prevenzione delle infezioni, gestione del rischio)	Rispetto dei valori e delle convinzioni	Supportare e coinvolgere i familiari e i caregivers

**Tabella 2. Quesito primario di ricerca secondo la metodologia PICO**

Descrizione	PICO framework
<b>P</b> Popolazione	Persona assistita
<b>I</b> Intervento	Cure infermieristiche fondamentali
<b>C</b> Confronto	Nessuno
<b>O</b> Outcome	Strategie per l'attuazione delle cure fondamentali

## MATERIALI E METODI

Per rispondere ai quesiti di ricerca posti è stata condotta una ricerca bibliografica attraverso le banche dati PubMed e CINAHL inserendo le seguenti parole chiave, combinandole con gli operatori booleani AND e OR: *fundamentals of care, basic nursing care, nursing, empathy, respect, intimate-touch, patients' perspective, dignity, strategies, comfort, missed care*.

Sono stati posti i seguenti limiti di ricerca:

- Pubblicazione negli ultimi 10 anni
- Lingua inglese e italiana
- Inerenti alla specie umana

In alcuni punti della ricerca, è stato rimosso il filtro inerente all'anno di pubblicazione, così da poter reperire un numero maggiore di materiale che potesse essere utilizzato per giungere allo scopo previsto.

## RISULTATI

Sono stati reperiti 251 articoli di cui 32 selezionati e sottoposti a screening tramite la lettura dell'abstract; 7 record sono stati esclusi in quanto la tematica oggetto degli studi non risultava aderente alla revisione per un'incongruenza semantica. Sono stati dunque analizzati 25 articoli full-text: di questi, 2 articoli sono

stati esclusi in quanto l'outcome di studio si è rivelato diverso da quello dell'indagine condotta. Al termine del processo, sono stati inclusi nella revisione 23 articoli (**Figura 2**).

Nel condurre l'analisi degli articoli e nell'organizzare i risultati ottenuti, si è rivelato opportuno distinguere tre tematiche principali:

1. la descrizione degli ostacoli quotidiani all'attuazione delle cure fondamentali;
2. le strategie atte al loro superamento;
3. la valutazione degli outcomes, soprattutto attraverso l'espressione delle esperienze vissute dalle persone assistite.

### Ostacoli all'attuazione delle cure fondamentali

In letteratura vengono identificati diversi elementi che possono ostacolare l'attuazione delle cure fondamentali in piena risposta al bisogno dell'assistito.

Nello studio di Conroy (2018)<sup>[6]</sup>, i fattori che influenzano l'erogazione delle cure fondamentali sono identificati in tre categorie:

- fattori organizzativi (tempo, risorse, carico di lavoro, influenza del leader);
- caratteristiche individuali degli infermieri o degli assistiti (atteggiamenti, comporta-

menti, modo di esprimersi o di lavorare);

- fattori interpersonali (capacità di relazionarsi con l'altro).

Tuttavia, secondo Feo e Kitson (2016)<sup>[6]</sup>, l'ostacolo maggiore è la predominanza ancora marcata del modello biomedico su quello biopsicosociale, che porta ad una scarsa considerazione verso le cure fondamentali: la causa di ciò risiede probabilmente nell'adozione di politiche che mettono al primo posto efficienza e basso costo, oltre a prediligere la specializzazione dei professionisti e l'abilità tecnica. Anche Kitson, Athlin e Conroy (2014)<sup>7</sup> vedono in questo approccio tecnicistico un impedimento allo sviluppo di un percorso di cura che metta assieme gli aspetti interpersonali a quelli fisici. Gli stessi autori evidenziano una criticità anche nell'integrare gli aspetti teorici, metodologici e pratici delle cure fondamentali in un unico approccio sistematico che combini la sfera fisica, psichica e sociale.

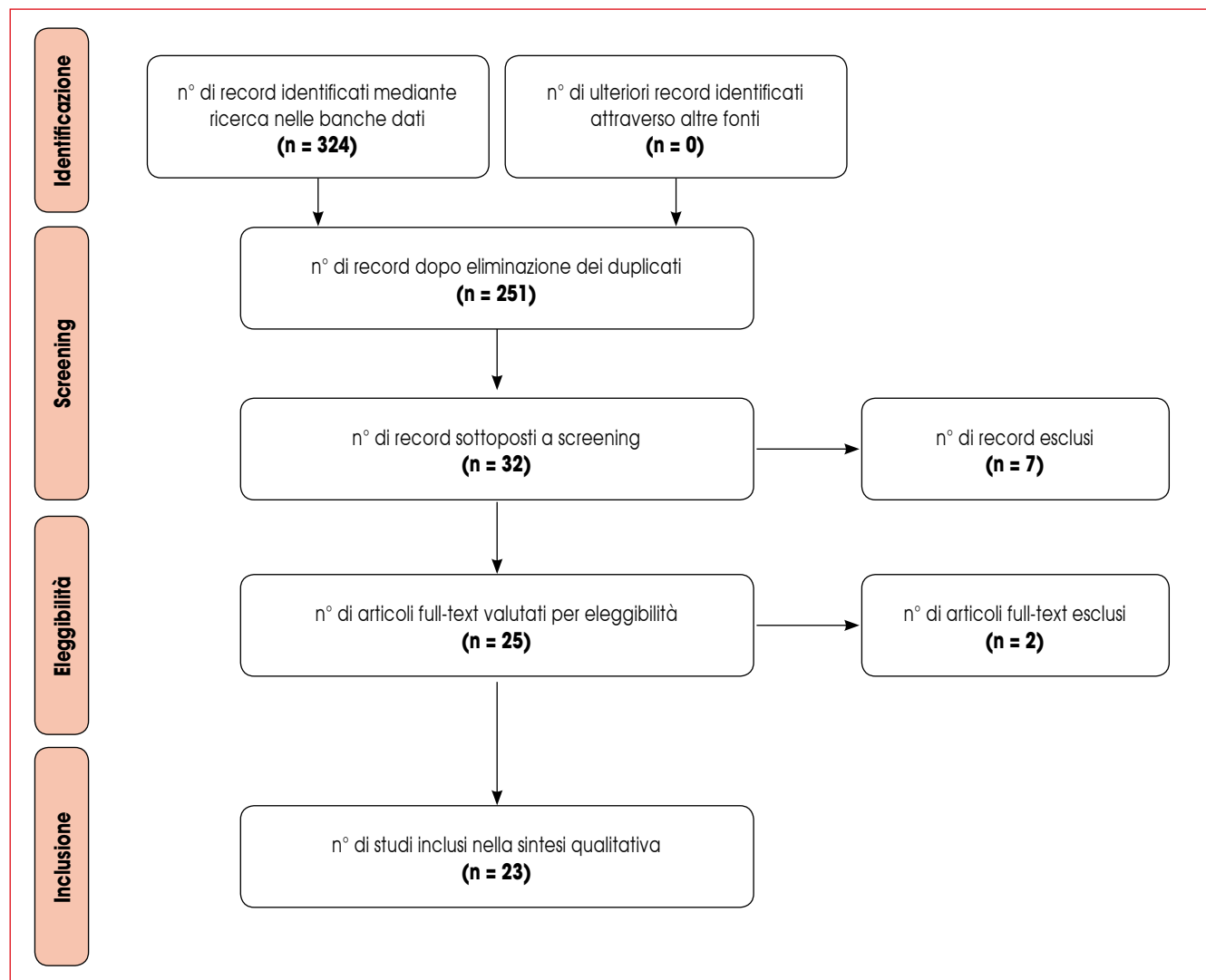
Secondo lo studio di Jagland, Teodorsson, Molander e Athlin (2018)<sup>[6]</sup>, elementi come i fattori ambientali o i ritmi di lavoro frenetici comportano una mancanza di attenzione per il bisogno di informazione dell'assistito che necessita di educazione ed informazione costante ma anche, ad esempio, di sentirsi rassicurato.

Diversa è la posizione di Phoneix, Bittner e Gravlin (2009)<sup>[9]</sup>, che invece sottolineano l'inadeguata modalità con cui gli infermieri attribuiscono compiti agli operatori di supporto come una delle cause alla base del mancato compimento delle cure fondamentali, il che rischia di ricadere sui livelli di qualità assistenziale e di sicurezza per l'assistito.

### Strategie per l'attuazione delle cure fondamentali

In letteratura vengono descritte diverse strategie utili ad erogare le cure fondamentali in modo completo e pare che il punto in comune tra esse sia l'instaurazione di una relazione di cura efficace che possa permettere il riconoscimento tempestivo dei bisogni dell'assistito, così da sviluppare un percorso di cura incentrato su di esso e sulle sue necessità. Per esempio, secondo lo studio di Dewar e Nolan (2013)<sup>[10]</sup> più si riesce ad essere empatici e a creare un clima di fiducia e comprensione reciproche, migliore sarà la risposta ai bisogni dell'assistito. Altro punto fondamentale è la comunicazione, intesa sia come informazione ed educazione che come semplice interazione con il soggetto: per esempio, presentarsi all'inizio del turno aiuta nello sviluppo della fiducia nei confronti dell'infermiere, oppure l'eloquio con l'assistito anche quando non strettamente necessario si rivela utile per poter identificare e anticipare i suoi bisogni<sup>[11]</sup>. Pontifice-Sousa, Marques e Ribeiro (2017) affermano che la comunicazione positiva, il tocco, il sorriso, la garanzia di privacy, la

**Figura 2. Diagramma di flusso che descrive il processo di screening** tratto da: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. J Clin Epidemiol. 2009 Oct; 62



presenza incondizionata, l'empatia e il coinvolgimento sono strategie che favoriscono il comfort dell'assistito, in particolare se attuate in situazioni peculiari come il primo contatto tra infermiere e paziente o il momento dell'igiene intima e della cura della persona<sup>[12]</sup>.

Lo studio di Van Belle et al. (2019)<sup>[13]</sup> pone l'accento sul tempo dedicato agli interventi assistenziali di natura fisica, che risulta essere maggiore rispetto al tempo per interventi di natura relazionale; tuttavia, si sottolinea come alcuni infermieri si dimostrino in grado di integrare le tre componenti del FOC Framework attuando le strategie più adatte al contesto. Per ovviare al problema delle tempistiche, la letteratura propone alcune metodologie come l'Intentional Rounding<sup>[14,15]</sup>, che prevede di effettuare dei giri di controllo degli assistiti multiprofessionali programmati ad orario al fine di avere un contatto frequente con le persone di cui ci si sta prendendo cura, o il metodo AMG (Amalgamation of Marginal Gains) attraverso il quale sarebbe possibile

ottenere un miglioramento generale a partire dall'attenzione per i dettagli della routine quotidiana<sup>[16]</sup>.

#### **Valutazione degli outcomes attraverso le esperienze dell'assistito**

Conoscere quali sono le esperienze e i pensieri degli assistiti a riguardo le cure fondamentali è importante per la messa in atto di strategie che portino ad un miglioramento dell'assistenza. Per questo motivo diversi autori si sono interessati alle percezioni degli assistiti, talvolta mettendole in relazione con quelle degli infermieri<sup>[17]</sup>. Kitson, Dow, Calabrese, Locock e Athlin (2013)<sup>[18]</sup> hanno condotto un'analisi delle esperienze che alcune persone sopravvissute ad un ictus cerebrale hanno avuto delle cure fondamentali. È emerso che i bisogni di natura fisica sono sempre connessi alla sfera psicosociale e relazionale; per esempio, discutendo del momento dell'igiene personale, un partecipante allo studio ha affermato: "... hanno portato una cosa piena

d'acqua vicino al mio letto e una spugna e del sapone ed era il primo giorno in cui ho potuto lavarmi e lavarmi i denti dopo quattro giorni. È stato assolutamente stupendo ed è stato un momento di svolta decisivo<sup>[18]</sup>": alcune azioni apparentemente semplici e scontate possono, in determinati momenti come la malattia, essere vissute intensamente e considerate come estremamente importanti per il proprio benessere. Jagland, Kitson e Athlin (2016)<sup>[19]</sup> hanno invece osservato dei pazienti con diagnosi di dolore addominale acuto ricoverati in reparti chirurgici: secondo i dati raccolti, gli assistiti ritengono essenziale il controllo del dolore, il comfort, il ricevere informazioni accurate e il rispetto della facoltà di scegliere. 'O Lynn & Krautscheid (2011)<sup>[20]</sup> hanno indagato le preferenze dell'assistito riguardo alle modalità con cui vengono erogate le cure fondamentali, in particolare per quanto riguarda la sfera fisica (igiene intima, bagno, vestizione...) e dallo studio è emerso che è apprezzato che l'infermiere comunichi

in modo chiaro il gesto che sta per effettuare; creare un rapporto attraverso la comunicazione aiuta a sdrammatizzare certe situazioni, come per esempio l'igiene intima o la gestione dell'eliminazione; gli assistiti preferiscono che sia preservata il più possibile l'autonomia della persona prima di sostituirsi; le persone vogliono essere toccate in un modo che trasmetta professionalità e competenza (è apprezzato un tocco fermo ma non rude).

Jensen, Vedelø & Lomborg (2013)<sup>[21]</sup> hanno condotto uno studio qualitativo per valutare l'esperienza che alcuni assistiti affetti da broncopneumopatia cronico ostruttiva hanno avuto rispetto all'erogazione delle cure fondamentali. Uno dei partecipanti allo studio ha dichiarato: "Agli altri (infermieri/personale di supporto) non interessa come ti senti quando stai finendo di essere lavato, se sei soddisfatto. A loro non interessa; vogliono solo finire il lavoro. Ma qui... penso che sia bello qui. Sei trattato... bene, come un essere umano...<sup>[21]</sup>". Anche altri studi hanno evidenziato come l'esperienza di presa in carico sia strettamente connessa ai comportamenti e alle attitudini dei professionisti e come la comunicazione, il rispetto e la fiducia reciproci fungano da elementi chiave nella determinazione di tale esperienza<sup>[22,23]</sup>. Secondo Ferri, Mazzaluno e Di Lorenzo (2015)<sup>[24]</sup> sono i fattori personali ed i comportamenti a determinare il rispetto per l'altro. Dunque, qualora l'assistenza infermieristica dovesse mancare di questi elementi delle cure fondamentali, ciò che si verrebbe a produrre sarebbe una scarsa soddisfazione dell'assistito verso il sistema sanitario, oltre che outcomes psicosociali negativi<sup>[25]</sup>.

## DISCUSSIONE

L'analisi della letteratura mette in luce un passaggio chiave per il progresso in questo campo: prima di poter applicare qualsiasi modello organizzativo dell'assistenza infermieristica è necessario chiarire il background filosofico-concettuale e più nello specifico identificare un modello di assistenza condiviso<sup>[6,7]</sup>. Il Fundamentals of Care Framework potrebbe risultare utile per integrare agli interventi sui bisogni fisici della persona anche quelle dimensioni relazionali e psicosociali che possono essere percepite come intangibili: se il professionista non comprende che le azioni inerenti alla sfera emozionale e socioculturale non sono un "extra" al processo assistenziale ma sono esse stesse cure fondamentali, sarà difficile ottenere un percorso di cura in cui i bisogni della persona siano stati pienamente accolti e soddisfatti. Un altro concetto importante che emerge trasversalmente nella letteratura analizzata è il Patient Centred Care (PCC)<sup>[26]</sup>; questo approccio è uno degli aspetti chiave delle nuove politiche sull'assistenza di qualità e si trova sempre più frequentemente nella mission di molte azien-

de sanitarie. Quasi tutti gli autori citano la PCC come obiettivo a cui tendere per facilitare il superamento degli ostacoli e l'attuazione delle strategie descritte. Il modello di assistenza centrata sulla persona non è nuovo ai contesti sanitari, tuttavia la letteratura documenta ancora una difficoltà a distaccarsi dall'approccio paternalistico in cui il paziente si affida totalmente alle mani del curante per accoglierne uno che ponga l'assistito al centro del processo di cura in quanto primo esperto di sé stesso<sup>[27]</sup>. I presupposti esistono, sono delineati negli obiettivi aziendali e sono argomento di discussione in molta letteratura infermieristica dell'ultimo ventennio<sup>[28]</sup>. Poiché l'infermiere è tra i professionisti sanitari che più si relazionano con l'assistito è a lui che spetta la principale responsabilità di sviluppare un percorso di cura "su misura" per l'assistito. Naturalmente ciò non significa che l'infermiere dovrà occuparsi dell'assistenza in toto, ma egli avrà interesse ad attribuire gli interventi nel modo più idoneo, senza dimenticare nessun aspetto delle cure fondamentali, anche se non le esegue in prima persona, e dovrà sempre verificare che tutte le cure fondamentali siano state erogate<sup>[29,30]</sup>.

Riuscire ad integrare le tre dimensioni del Fundamentals of Care Framework è ciò che fa la differenza tra un'esperienza di cura sgradevole in cui il paziente sente di essere trattato come un corpo su cui lavorare e un'esperienza che possa comportare benessere. La letteratura offre vari spunti di riflessione e di azione per raggiungere questo obiettivo, ma sembra che la chiave sia l'attenzione ai dettagli assieme al riconoscimento della persona assistita come essere portatore di risorse.

## CONCLUSIONI

La letteratura si trova in accordo sul fatto che, perché possa essere percepibile un cambiamento sull'erogazione delle cure fondamentali e più in generale dell'assistenza infermieristica, è necessario adottare un approccio centrato sulla persona. Tuttavia, nonostante esistano svariate argomentazioni di tipo concettuale, gli spunti operativi su come implementare questo metodo sono limitati. Un punto di partenza per una ricerca futura potrebbe essere la valutazione degli esiti ottenuti dopo l'applicazione delle cure fondamentali.

## BIBLIOGRAFIA

1. FEO R., KITSON A., CONROY T. *How fundamental aspects of nursing care are defined in the literature: A scoping review*. J Clin Nurs 2018; 27: 2189-2229. doi: 10.1111/jocn.14313
2. KITSON A. *The Fundamentals of Care Framework as a Point-of-Care Nursing Theory*. Nurs Res 2018; 67: 99-107. doi: 10.1097/NNR.0000000000000271

3. KITSON A., CONROY T., KULUSKI K., LOCOCK L., LYONS R. *Reclaiming and redefining the Fundamentals of Care: Nursing's response to meeting patients' basic human needs*. Adelaide, South Australia: School of Nursing, the University of Adelaide, 2013. Disponibile da: [https://thesis.library.adelaide.edu.au/dspace/bitstream/2440/75843/1/hdl\\_75843.pdf](https://thesis.library.adelaide.edu.au/dspace/bitstream/2440/75843/1/hdl_75843.pdf)
4. FEO R., CONROY T., ALDERMAN J., KITSON A. *Implementing fundamental care in clinical practice*. Nurs Stand 2017; 32: 52-61. doi: 10.7748/ns.2017.e10765
5. CONROY T. *Factors influencing the delivery of the fundamentals of care: Perceptions of nurses, nursing leaders and healthcare consumers*. J Clin Nurs 2018; 27: 2373-2386. doi: 10.1111/jocn.14183
6. FEO R., KITSON A. *Promoting patient-centred fundamental care in acute healthcare systems*. Int J Nurs Stud 2016; 57: 1-11. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.01.006
7. KITSON A., ATHLIN A. M., CONROY T. *Anything but Basic: Nursing's Challenge in Meeting Patients' Fundamental Care Needs*. J Nurs Scholarsh 2014; 46(5): 331-339. doi: 10.1111/jnu.12081
8. JANGLAND E., TEODORSSON T., MOLANDER K., ATHLIN A. M. *Inadequate environment, resources and values lead to missed nursing care: A focused ethnographic study on the surgical ward using the Fundamentals of Care framework*. J Clin Nurs 2018; 27: 2311-2321. doi: 10.1111/jocn.14095
9. PHONEIX BITTNER N., GRAVLIN G. *Critical Thinking, Delegation, and Missed Care in Nursing Practice*. J Nurs Adm 2009; 39(3): 142-146. doi: 10.1097/NNA.0b013e31819894b7
10. DEWAR B., NOLAN M. *Caring about caring: Developing a model to implement compassionate relationship centred care in an older people care setting*. Int J Nurs Stud 2013; 50: 1247-1258. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.01.008
11. HENDERSON A., VAN EPS M. A., PEARSON K., JAMES C., HENDERSON P., OSBORNE, Y. *'Caring for' behaviours that indicate to patients that nurses 'care about' them*. J Adv Nurs 2007; 60(2): 146-153. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04382.x
12. PONTIFICE-SOUSA P., MARQUES R. M. D., RIBEIRO P. M. *Geriatric care: ways and means of providing comfort*. Rev Bras Enferm 2017; 70(4): 830-837. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0636
13. VAN BELLE E., GIESEN J., CONROY T., VAN MIERLO M., VERMEULEN H., HUISMAN-DE WAAL G., HEINEN M. *Exploring person centred fundamental nursing care in hospital wards: a multi-site ethnography*. J Clin Nurs 2019; 00: 1-12. doi: 10.1111/jocn.15024
14. FORDE-JOHNSON C. *Intentional rounding: a review of the literature*. Nurs Stand 2014; 28(32): 37-42. doi: 10.7748/



- ns2014.04.28.32.37.e8564
15. AL DANAF J., CHANG B.H., SHAEAR M., JOHNSON K.M., MILLER S., NESTER L., WILLIAMS A.W., ABOUMATAR H. J. *Surfacing and addressing hospitalized patients' needs: Proactive nurse rounding as a tool.* J Nurs Manag 2018; 26: 540-547. doi: 10.1111/jonm.12580
  16. PENTECOST C., RICHARDS D.A., FROST J. *Amalgamation of Marginal Gains (AMG) as a potential system to deliver high-quality fundamental nursing care: A qualitative analysis of interviews from high-performance AMG sports and healthcare practitioners.* J Clin Nurs 2018; 27: 2387-2402. doi: 10.1111/jocn.14186
  17. PAPASTAVROU E., EFSTATHIOU G., TSANGARI H., SUHONEN R., LEINO-KILPI H., PATIRAKI E., KARLOU C., BALOGH Z., PALESE A., TOMIETTO M., JAROSOVA D., MERKOURIS A. *A cross-cultural study of the concept of caring through behaviours: patients' and nurses' perspectives in six different EU countries.* J Adv Nurs 2012; 68(5): 1026-1037. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05807.x
  18. KITSON A., DOW C., CALABRESE J.D., LOCOCK L., ATHLIN, A. M. *Stroke survivors' experiences of the fundamentals of care: A qualitative analysis.* Int J Nurs Stud 2013; 50: 392-403. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.09.017
  19. JANGLAND E., KITSON A., ATHLIN, A. M. *Patients with acute abdominal pain describe their experiences of fundamental care across the acute care episode: a multi-stage qualitative case study.* J Adv Nurs 2016; 72(4): 791-801. doi: 10.1111/jan.12880
  20. 'O LYNN C., KRAUTSCHEID L. *Original Research: 'How Should I Touch You?': A Qualitative Study of Attitudes on Intimate Touch in Nursing Care.* Am J Nurs 2011; 111(3): 24-31. doi: 10.1097/10.1097/01.NAJ.0000395237.83851.79
  21. JENSEN A.L., VEDELØ T.W., LOMBORG, K. *A patient-centred approach to assisted personal body care.* J Clin Nurs 2013; 22: 1005-1015. doi: 10.1111/jocn.12050
  22. FERGUSON L.M., WARD H., CARD S., SHEPPARD S., McMURTRY, J. *Putting the 'patient' back into patient-centred care: An education perspective.* Nurs Educ Pract 2013; 13: 283-287. doi: 10.1016/j.nepr.2013.03.016
  23. GILLESPIE H., KELLY M., DUGGAN S., DORNAN T. *How do patients experience caring? Scoping review.* Patient Educ Couns 2017; 100: 1622-1633. doi: 10.1016/j.pec.2017.03.029
  24. FERRI P., MAZZALUPO J., DI LORENZO R. *Patients' perception of dignity in an Italian general hospital: a cross-sectional analysis.* BMC Health Serv Res 2015; 15-41. doi: 10.1186/s12913-015-0704-8
  25. RECIO-SAUCEDO A., DALL'ORA C., MARUOTTI A., BALL J., BRIGGS J., MEREDITH P., REDFEM O.C., KOVASC C., PRYTHERCH D., SMITH G.B., GRIFFITHS P. *What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature.* J Clin Nurs 2018; 27: 2248-2259. doi: 10.1111/jocn.14058
  26. MANZONI E. *Le radici e le foglie (2<sup>a</sup> ed.).* Milano: Casa Editrice Ambrosiana; 2016
  27. MELEIS A.I. *Teoretica infermieristica.* Milano: Casa Editrice Ambrosiana; 2013
  28. FIX G.M., VAN DEUSEN LUKAS C., BOLTON R.E., HILL J.N., MUELLER N., LAVELA S.L., BOKHOUR B.G. *Patient-centred care is a way of doing things: How healthcare employees conceptualize patient-centred care.* Health Expect 2018; 21: 300-307. doi: 10.1111/hex.12615
  29. PALESE A., MATTIUSI E., FABRIS S., CARUZZO D., ACHIL I. *Il Movimento 'Back to the Basics': un ritorno al passato o indicatore di un'infermieristica 'matura'?* Assist Inferm Ric 2019; 38: 49-52. doi: 10.1702/3129.31110
  30. OREM D. *Nursing. Concetti di pratica professionale.* Padova: Summa; 1992