



**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

XXXVI ciclo

Coordinatore: Prof. Alberto Izzotti

La Normalization Process Theory:
Sperimentazione di un programma educativo
sulle competenze emotive

PhD Candidate: Francesca Napolitano

Relatore: Prof.ssa Annamaria Bagnasco

Correlatore: Prof.ssa Alison Steven

Anno accademico 2022/2023

“Prendi una buona idea e mantienila.

Inseguita, e lavoraci fino a quando

non funziona bene”

Walt Disney

“Non si vede che col cuore.

L’essenziale è invisibile agli occhi.”

Antoine de Saint-Exupéry

INDICE

ABSTRACT.....	5
INTRODUZIONE.....	7
CAPITOLO 1	11
L'INTELLIGENZA EMOTIVA NELLA FORMAZIONE INFERMIERISTICA	11
1.1 DEFINIZIONE DI INTELLIGENZA EMOTIVA E IL SUO CONCETTO NELL'INFERMIERISTICA	12
1.2 L'IMPORTANZA DELLE COMPETENZE EMOTIVE IN INFERMIERISTICA	15
1.3 L'INTELLIGENZA EMOTIVA NELLA FORMAZIONE	17
1.3.1 <i>Le architetture pedagogiche</i>	20
1.3.2 <i>I questionari valutativi</i>	27
1.4 IL PROGETTO EUROPEO SERIOUS GAMES FOR NURSING STUDENT (SG4NS) E LA GAMIFICATION.....	28
1.5 OBIETTIVO DELLO STUDIO	31
CAPITOLO 2 METODOLOGIA E METODI.....	32
2.1 SVILUPPO DELL'INTERVENTO FORMATIVO INERENTE ALLE COMPETENZE EMOTIVE	32
2.1.1 <i>Il Problem Based Learnig associato alla formazione in infermieristica e le emozioni</i>	33
2.1.2 <i>La valutazione dell'intervento formativo</i>	34
2.1.2.1 <i>L'esame orale tramite metodologia del triplo salto</i>	35
2.1.2.2 <i>Valutare la relazione e la comunicazione attraverso l'esame di simulazione con Objective Structured Clinical Examination (OSCE)</i>	37
2.1.3 <i>Valutare l'efficacia dell'intervento attraverso il Veiga Emotional Competencies Scale</i>	40
2.2 LA NORMALIZATION PROCESS THEORY	42
2.3.1 <i>La teoria Contesto-Meccanismo-Outcome (CMO)</i>	45
2.4 DISEGNO DELLO STUDIO	47
2.5 POPOLAZIONE IN STUDIO	47
2.5.1 <i>Criteri di eleggibilità</i>	47
2.5.2 <i>Campionamento</i>	48
2.6 RACCOLTA DATI	48
2.7 ANALISI DEI DATI.....	55
2.9 RIGORE METODOLOGICO	57
2.10 IMPLICAZIONI ETICHE	59
CAPITOLO 3 I RISULTATI.....	61

3.1 CARATTERISTICHE DEL CAMPIONE IN STUDIO	61
3.2 LE VALUTAZIONI DEGLI STUDENTI	61
3.3 L'EFFICACIA DELLO STUDIO.....	62
3.4 L'IMPLEMENTAZIONE DELLE COMPETENZE EMOTIVE NELLA PRATICA CLINICA: I QUATTRO COSTRUTTI DELLA NPT E IL CMO	64
3.4.1 <i>Coherence: "Lavorare bene in gruppo e saper stare più vicino al paziente"....</i>	64
3.4.2 <i>Cognitive Participation: "L'utilità delle competenze emotive per sé stessi, per i pazienti e per le relazioni con gli altri"</i>	68
3.4.3 <i>Collective action: "Il gruppo come catalizzatore dell'intervento formativo"....</i>	75
3.4.4 <i>Reflexive Monitoring: "Le competenze emotive implementate nella realtà di tutti i giorni".....</i>	79
3.4.5 <i>Il CMO nello studio SG4NS: le interconnessioni dei quattro costrutti</i>	87
CAPITOLO 4 DISCUSSIONE	91
4.1 LIMITI E FORZE DELLO STUDIO.....	95
CONCLUSIONE.....	96
BIBLIOGRAFIA.....	98
ALLEGATI.....	112
ALLEGATO 1 – IL GIOCO DEL PROGETTO SG4NS	112
ALLEGATO 2 – I PBL SOMMINISTRATI: EMOZIONI POSITIVE ED EMOZIONI NEGATIVE	119
<i>PBL emozioni positive</i>	119
<i>PBL emozioni negative</i>	120
ALLEGATO 3 - IRIS QUESTIONNAIRE (INTERPERSONAL CONFLICT EMOTION REGULATION-ADAPTIVE AND MALADAPTIVE STRATEGIES IN INTERPERSONAL RELATIONSHIPS)	122
ALLEGATO 4 - PANAS-X (POSITIVE-NEGATIVE RATIO)	126
ALLEGATO 5 - RATHUS ASSERTIVENESS SCHEDULE (RAS) - ITALIANO	130
ALLEGATO 6 – IL TRIPLO SALTO: IL CASO DI MARIA.....	134
ALLEGATO 7 – LO SCENARIO SIMULATO	139
ALLEGATO 8 – VEIGA EMOTIONAL COMPETENCE SCALE – ITALIANO.....	144
ALLEGATO 9 – FOGLIO INFORMATIVO E CONSENSO INFORMATO	148
ALLEGATO 10 – ESEMPI DI ANALISI TEMATICA	152

ABSTRACT

Background: Nella professione infermieristica, gli aspetti sociali e relazionali sono molto importanti sia a livello inter e intra professionale, sia con l'assistito e i suoi caregiver. Essere emotivamente intelligenti implica la capacità di saper affrontare, comprendere e sentire le proprie emozioni e quelle degli altri, ed essere in grado di saper rispondere ed agire di conseguenza dal punto di vista intrapersonale, interpersonale, di gestione dello stress, adattabilità alla situazione e umore generale. Lo studio europeo "Serious Games – Developing Emotional Competence for Nursing Students" (SG4NS) si è posto l'obiettivo di sviluppare ed erogare un intervento formativo inerente alle competenze emotive (CE) negli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica iscritti al secondo anno di corso.

Methods: Studio quasi-sperimentale pre-post-intervento a metodi misti. Raccolta dati quantitativa attraverso questionario Veiga Emotional Competence Scale, prima dell'intervento formativo e dopo un mese dall'intervento stesso. La raccolta dati qualitativa si è svolta sulla base della *Normalization Process Theory* (NPT) e alle nozioni di *Context-Mechanism-Outcomes* (CMO). Prima, subito dopo l'intervento formativo e dopo due mesi dall'intervento stesso sono state condotte interviste semi-strutturate e focus-group a tutti gli studenti di infermieristica coinvolti. I dati sono stati raccolti tra luglio 2023 e fine ottobre 2023. La raccolta dei dati ha comportato anche osservazioni sul campo durante l'intervento formativo. Analisi di statistica descrittiva sono state effettuate sui dati quantitativi e analisi tematiche, secondo metodologia di Braun e Clarke, sui dati qualitativi.

Results: 12 studenti hanno partecipato all'intervento formativo. Il campione era composto in maggioranza da femmine (75%, n=9) e aveva un'età media di 26 (DS: 8) anni. Sono state ottenute differenze medie statisticamente

significative per quanto riguarda la competenza emotiva di *self-awareness* (DM [Differenza Media]: 1.29; $p < .001$), gestione delle emozioni (DM: 1.20; $p < .001$), *self-motivation* (DM: 2.39; $p < .001$) e punteggio totale (DM: 1.03; $p < .001$). Sono emersi dai dati qualitativi in corrispondenza dei quattro costrutti della NPT: *Coherence* “Lavorare bene in gruppo e saper stare più vicino al paziente”; *Cognitive Participation* “L’utilità delle competenze emotive per sé stessi, per i pazienti e per le relazioni con gli altri”; *Collective Action* “Il gruppo come catalizzatore dell’intervento formativo”; e *Reflexive Monitoring* “Le competenze emotive implementate nella realtà di tutti i giorni”. Dall’analisi del CMO, è risultato che in un contesto favorevole in aula e tirocinio, attraverso un gruppo unito e ristretto come numero, le attività pedagogiche di gioco di ruolo, PBL e simulazione, la riflessione e la messa in atto delle CE, hanno creato i meccanismi di base attraverso i quali le CE sono state implementate in automatico dagli studenti. Gli *outcome* ottenuti dagli studenti, oltre all’implementazione delle CE, sono stati: il focus e l’attenzione al paziente e alla relazione di cura, l’importanza del tempo di relazione come tempo di cura, e lo sviluppo di relazioni emotive tra i membri del team.

Conclusions: Dai risultati ottenuti, risulta evidente che una formazione inerente alle CE sia essenziale per migliorare la qualità assistenziale che gli infermieri possono erogare. Saper gestire le proprie emozioni, permette non solo una crescita personale ma anche una migliore presa in carico della persona e della sua famiglia, con una particolare attenzione alla relazione di cura.

Introduzione

“Le emozioni... implicano giudizi su cose importanti, giudizi in cui, valutando un oggetto esterno come saliente per il nostro benessere, riconosciamo la nostra necessità e incompletezza di fronte a parti del mondo che non controlliamo completamente.”¹

Martha Nussbaum, 1973.

Le emozioni sono un processo interiore provocato da una situazione, uno stimolo, rilevante per la persona che prova l'emozione stessa. La presenza dell'emozione è accompagnata da cambiamenti fisiologici regolate dagli ormoni e cambiamenti espressivi e fisici come postura, mimica e tono di voce². Le emozioni sono lo specchio con cui si guarda il mondo ed influenzano gran parte della nostra esistenza predisponendoci “all'azione” in modi differenti a seconda dell'emozione stessa³. Ogni emozione, infatti, ci orienta in una direzione differente per superare la sfida che stiamo affrontando⁴. Le emozioni sono così importanti nella nostra esistenza, che negli anni è risultato inevitabile che le prime leggi siano state promulgate per controllarle, addomesticarle e sottometterle⁵. Nonostante ciò, molto spesso le emozioni prendono il sopravvento su di noi, sul nostro razziocinio. Molto spesso le nostre valutazioni sono dettate dalle emozioni ed anche il nostro giudizio viene influenzato da esse⁶. Come sostenuto da Goleman⁷, noi esseri umani abbiamo due menti una che pensa, la mente razionale, ed una che sente, la mente emozionale. La mente emozionale è la mente più rapida, quella che

¹ Nussbaum, M. C. (2009). *Upheavals of thought the intelligence of emotions*. Cambridge University Press.

² Enciclopedia Treccani

³ Goleman, D. (2013). *Intelligenza emotiva: Che cos'è e perché può renderci felici* (4a ed.). Rizzoli.

⁴ Nussbaum, M. C. (1992). *Emotions as Judgments of Value*. *The Yale Journal of Criticism*; 5, 2; Periodicals Archive Online pg. 201

⁵ Goleman, D. (2013).

⁶ Nussbaum, M.C. (1992).

⁷ Goleman D. *Emotional intelligence*. New York: Bantam; 1995.

agisce in prima istanza e non ci permette di ragionare e riflettere sulla situazione, a differenza della mente razionale che è riflessiva ed analitica⁸. Queste due menti sono collegate tra loro e si integrano reciprocamente in modo da guidarci nella vita.

*“Se le emozioni sono soffuse di intelligenza e di discernimento, e se contengono in sé stesse una consapevolezza di valore o di importanza, non possono, per esempio, essere facilmente messe da parte nei conti di giudizio etico, come così spesso sono state nella storia della filosofia. Invece di considerare la moralità come un sistema di principi che deve essere afferrato dall'intelletto distaccato, e le emozioni come motivazioni che sostengono o sovvertono la nostra scelta di agire secondo principio, dovremo considerare le emozioni come parte integrante del sistema di ragionamento etico. Non possiamo plausibilmente ometterli, una volta che riconosciamo che le emozioni includono nel loro contenuto giudizi che possono essere veri o falsi, e guide buone o cattive per la scelta etica.”*⁹

Martha Nussbaum, 1992.

Attraverso l'intelligenza emotiva riusciamo a riconciliare le due menti. L'intelligenza emotiva, o in inglese *Emotional Intelligence* (EI), quindi, unisce due elementi che vengono tendenzialmente visti come contrapposti: le emozioni e la ragione¹⁰. L'intelligenza emotiva è definita come:

*“La capacità di monitorare i propri e altrui sentimenti, di discriminarli e di usare queste informazioni per guidare il proprio pensiero e la propria azione”*¹¹

Peter Salovey e Jhon D. Mayer,

⁸ Ekman P., (1992). An argument for the basic emotions.

⁹ Nussbaum, M. C. (2009).

¹⁰ Goleman, D. (2013).

¹¹ Salovey P. & Mayer J. D. (1990) Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality* 9, 185–211.

Si inizia a parlare di EI, nel 1920, con lo psicologo Thorndike che teorizza il concetto di intelligenza sociale¹². Successivamente, negli anni '90, si sviluppano le tre teorie di riferimento: il modello di Salovey e Mayer, la teoria di Bar-On e il modello misto di Goleman^{13,14,15}. Nel modello di Salovey e Mayer, l'EI è vista come un'abilità che permette alla persona di esprimere e gestire le proprie emozioni e quelle degli altri in modo da guidare pensieri e azioni¹⁶. Per Salovey e Mayer, ci sono persone che sono in possesso di quest'abilità e altre meno¹⁷. In particolare, l'EI, è definita come:

“Il sottoinsieme dell'intelligenza sociale che coinvolge la capacità di monitorare i propri sentimenti e le proprie emozioni e quelle altrui, di discriminare tra loro e di utilizzare queste informazioni per guidare il proprio pensiero e le proprie azioni”¹⁸.

Bar-on, invece, identifica l'EI come una capacità innata che dipende dal proprio quoziente emotivo e i tratti personali. L'EI è considerata come un insieme di competenze cognitive e non cognitive, e abilità che influenzano la persona e la sua capacità di reagire alle proprie emozioni e quelle degli altri¹⁹. Bar-On, nella sua teoria, parla di quoziente emotivo come capacità innata di una persona e identifica, quindi, le competenze emotive come tratti personali già posseduti²⁰. La visione di Goleman, del modello misto, identifica l'EI

¹² Parsa-Yekta Z., & Abdolrahimi M. (2015). Concept analysis of emotional intelligence in nursing. *Nurs Pract Today*, 2(4): 158-163

¹³ Salovey and Mayer, (1990)

¹⁴ Bar-On, R. (1997) *The Emotional Quotient Inventory (EQ-i): Technical Manual*; Multi-Health Systems: Toronto, ON Canada

¹⁵ Goleman, (1995)

¹⁶ Salovey and Mayer, (1990)

¹⁷ Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2008). Emotional intelligence: new ability or eclectic traits?. *The American psychologist*, 63(6), 503–517.

¹⁸ Mayer, J.D. & Salovey P. (1993). The intelligence of emotional intelligence. *Intelligence*;17(4):433e42.

¹⁹ Bar-On, (1997)

²⁰ Bar-On R. (2004). *The Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-i): Rationale, description and summary of psychometric properties*. In G. Geher (Ed.), *Measuring emotional intelligence: Common ground and controversy* (p. 115–145). Nova Science Publishers. 2004.

come una combinazione di abilità emotive e tratti personali. Dal punto di vista di Goleman, infatti, l'EI viene definita come:

“La capacità di riconoscere i propri sentimenti e quelli degli altri, per monitorare noi stessi e gestire le emozioni in noi stessi e nelle nostre relazioni²¹”

Goleman D., 1995.

Secondo Goleman, infatti, tutte le persone sono emotivamente intelligenti e predisposti, ma l'EI può essere sviluppata allenando e sviluppando le competenze emotive^{22,23}.

²¹ Goleman, (1995)

²² Goleman, (1995)

²³ Goleman, D. (2013).

Capitolo 1

L'intelligenza emotiva nella formazione infermieristica

È ampiamente riconosciuto che l'EI migliora la capacità di gestire le emozioni e le conseguenze ad essa correlate dal punto di vista relazionale e sociale, soprattutto nell'ambito sanitario^{24,25,26,27,28}. Attraverso la capacità di identificare e gestire le proprie emozioni, infatti, l'infermiere riesce a gestire maggiormente lo stress e ridurre il senso di burn-out e l'insoddisfazione lavorativa^{29,30,31} ed evitare l'insorgenza di conflitti tra pari e/o superiori³².

²⁴ Nightingale, S., Spiby, H., Sheen, K., & Slade, P. (2018). The impact of emotional intelligence in health care professionals on caring behaviour towards patients in clinical and long-term care settings: Findings from an integrative review. *International journal of nursing studies*, 80, 106–117.

²⁵ Alinejad, V., Parizad, N., Almasi, L., Cheraghi, R., & Piran, M. (2023). Evaluation of occupational stress and job performance in Iranian nurses: the mediating effect of moral and emotional intelligence. *BMC psychiatry*, 23(1), 769.

²⁶ Awe, A. O., David-Olawade, A. C., Ayodele-Awe, I., Feng, H., Odetayo, A., Afolalu, T. D., Ladan, H., & Olawade, D. B. (2023). Predictors and influencing factors of emotional intelligence among nurses in the North East England, United Kingdom. *Journal of education and health promotion*, 12, 236.

²⁷ Görgens-Ekermans, G., & Brand, T. (2012). Emotional intelligence as a moderator in the stress-burnout relationship: a questionnaire study on nurses. *Journal of clinical nursing*, 21(15-16), 2275–2285.

²⁸ Carragher, J., & Gormley, K. (2017). Leadership and emotional intelligence in nursing and midwifery education and practice: a discussion paper. *Journal of advanced nursing*, 73(1), 85–96

²⁹ Birks, Y., McKendree, J., & Watt, I. (2009). Emotional intelligence and perceived stress in healthcare students: a multi-institutional, multi-professional survey. *BMC medical education*, 9, 61

³⁰ Nel, J. A., Jonker, C. S., & Rabie T. (2013). Emotional Intelligence and Wellness Among Employees Working in the Nursing Environment. *Journal of Psychology in Africa*, 23:2, 195-203

³¹ Raghubir A. E. (2018). Emotional intelligence in professional nursing practice: A concept review using Rodgers's evolutionary analysis approach. *International journal of nursing sciences*, 5(2), 126–130.

³² Akerjordet, K., & Severinsson, E. (2007). Emotional intelligence: a review of the literature with specific focus on empirical and epistemological perspectives. *Journal of clinical nursing*, 16(8), 1405–1416

1.1 Definizione di intelligenza emotiva e il suo concetto nell'infermieristica

Dal punto di vista prettamente infermieristico, l'EI può essere considerata come:

“La capacità costruttiva dell'infermiere di dimostrare e facilitare l'autoconsapevolezza, l'autogestione, la consapevolezza sociale e la gestione delle relazioni sociali”³³.

Una persona emotivamente intelligente è capace di identificare e controllare le emozioni in modo da influenzare positivamente le altre persone con cui si relaziona^{34,35}. Avere delle buone capacità emotive, quindi, permette all'infermiere di sviluppare importanti abilità professionali non solo dal punto di vista assistenziale^{36,37}, ma anche nella leadership e management^{38,39,40}, e nell'ambito educativo e della ricerca^{41,42}. Il concetto di empatia è strettamente correlato all'EI e viene definita come l'abilità di capire e percepire le emozioni, i pensieri e le prospettive altrui⁴³. L'empatia, infatti, si basa sulla

³³ Parsa-Yekta & Abdolrahimi (2015)

³⁴ Alsufyani, A. M., Baker, O. G., & Alsufyani, Y. M. (2020). Consequences of Emotional Intelligence in Nursing: A Concept Analysis. *Erbil Journal of Nursing and Midwifery*, 3(1), 82–90.

³⁵ Raghbir A. E. (2018).

³⁶ Görgens-Ekermans, G., & Brand, T. (2012). Emotional intelligence as a moderator in the stress-burnout relationship: a questionnaire study on nurses. *Journal of clinical nursing*, 21(15-16), 2275–2285.

³⁷ Raghbir A. E. (2018).

³⁸ Bulmer Smith, K., Profetto-McGrath, J., & Cummings, G. G. (2009). Emotional intelligence and nursing: an integrative literature review. *International journal of nursing studies*, 46(12), 1624–1636.

³⁹ Ruiz-Aranda, D., Extremera, N., & Pineda-Galán, C. (2014). Emotional intelligence, life satisfaction and subjective happiness in female student health professionals: the mediating effect of perceived stress. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 21(2), 106–113.

⁴⁰ Zhu, Y., Liu, C., Guo, B., Zhao, L., & Lou, F. (2015). The impact of emotional intelligence on work engagement of registered nurses: the mediating role of organisational justice. *Journal of clinical nursing*, 24(15-16), 2115–2124.

⁴¹ Parsa-Yekta & Abdolrahimi (2015)

⁴² Augusto Landa, J. M., López-Zafra, E., Aguilar-Luzón, M., & de Ugarte, M. F. (2009). Predictive validity of Perceived Emotional Intelligence on nursing students' self-concept. *Nurse education today*, 29(7), 801–808.

⁴³ Raghbir A. E. (2018).

nostra autoconsapevolezza, più siamo attenti ed abili verso le nostre emozioni e più saremo in grado di riconoscere quelle degli altri⁴⁴.

Nella analisi concettuale condotta da Parsa-Yekta e Abdolrahimi⁴⁵, inerente al concetto di EI in infermieristica, si identificano due attributi dell'EI che generano a loro volta altri due concetti, creando quattro domini di riferimento: Self-awareness e self-management (tratti individuali) e social-awareness e social-management (abilità sociali)⁴⁶. I quattro domini riportati nelle analisi concettuali dell'EI in infermieristica, sono gli stessi riconducibili allo psicologo Daniel Goleman⁴⁷ (Figura 1):

Figura 1 – Quattro domini dell'EI secondo Goleman



⁴⁴ Goleman, (2013)

⁴⁵ Parsa-Yekta & Abdolrahimi (2015)

⁴⁶ Goleman (1995)

⁴⁷ Goleman, D. (2013).

Con self-awareness si identifica la capacità del singolo di conoscere a fondo le proprie emozioni^{48,49,50} in modo da poterle gestire, self-management, nel migliore dei modi per raggiungere uno scopo ben definito^{51,52,53}. Allo stesso modo, la social-awareness è indentificata come la capacità di capire in modo chiaro i sentimenti degli altri^{54,55,56}, in maniera da poter creare delle relazioni di fiducia reciproca, social-management^{57,58,59}. Self-management e self-awareness sono concetti essenziali in infermieristica per mantenere alti livelli di benessere sia in ambito lavorativo che assistenziale^{60,61,62}. Raghbir⁶³, nella sua analisi concettuale, mette in luce, attraverso la metodologia di Rodgers, come i concetti di “competenza emotiva” e “efficacia emotiva”, siano termini surrogati di EI e, pertanto, utilizzati in maniera intercambiabile nella letteratura infermieristica. Inoltre, Alsufyani et al.⁶⁴ mettono in luce come l’EI sia identificata attraverso quattro concetti principali inerenti: l’emotività, la socievolezza, il benessere e l’autocontrollo. Con emotività si intende la capacità di mostrare empatia, essere preoccupati per gli altri e riuscire a

⁴⁸ Alsufyani et al., (2020)

⁴⁹ Görgens-Ekermans & Brand (2012)

⁵⁰ Beauvais, A. M., Brady, N., O’Shea, E. R., & Griffin, M. T. (2011). Emotional intelligence and nursing performance among nursing students. *Nurse education today*, 31(4), 396–401.

⁵¹ Alsufyani et al., (2020)

⁵² Parsa-Yekta & Abdolrahimi (2015)

⁵³ Beauvais, A. M., Brady, N., O’Shea, E. R., & Griffin, M. T. (2011). Emotional intelligence and nursing performance among nursing students. *Nurse education today*, 31(4), 396–401.

⁵⁴ Alsufyani et al., (2020)

⁵⁵ Görgens-Ekermans & Brand (2012)

⁵⁶ Raghbir A. E. (2018).

⁵⁷ Raghbir A. E. (2018).

⁵⁸ Birks, Y., McKendree, J., & Watt, I. (2009). Emotional intelligence and perceived stress in healthcare students: a multi-institutional, multi-professional survey. *BMC medical education*, 9, 61.

⁵⁹ Benson, G., Ploeg, J., & Brown, B. (2010). A cross-sectional study of emotional intelligence in baccalaureate nursing students. *Nurse education today*, 30(1), 49–53.

⁶⁰ Alsufyani et al., (2020)

⁶¹ Nel, J. A., Jonker, C. S., & Rabie T. (2013). Emotional Intelligence and Wellness Among Employees Working in the Nursing Environment. *Journal of Psychology in Africa*, 23:2, 195-203

⁶² Cassano, F.; Tamburrano, A.; Mellucci, C.; Galletti, C.; Damiani, G.; Laurenti, P. Evaluation of Emotional Intelligence among Master’s Degree Students in Nursing and Midwifery: A Cross-Sectional Survey. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17, 6347.

⁶³ Raghbir A. E. (2018).

⁶⁴ Alsufyani et al., (2020)

comunicare i sentimenti⁶⁵. La socievolezza è definita come una competenza sociale, che permette alla persona di essere più propenso a rapportarsi con gli altri⁶⁶. Il benessere, invece, è inteso in chiave olistica: la persona dovrebbe riuscire a sentirsi bene, essere felice e soddisfatta, avere una visione positiva della vita e un buon livello di autostima⁶⁷. Il concetto di autocontrollo è strettamente correlato alla self-awareness e la self-management. Infatti, con autocontrollo si intende la capacità che ha una persona di controllare e regolare le sue risposte emotive e la capacità che ha di gestire lo stress⁶⁸.

1.2 L'importanza delle competenze emotive in infermieristica

Nella professione infermieristica, gli aspetti sociali e relazionali sono molto importanti sia livello inter e intra professionale^{69,70}, sia con l'assistito e i suoi caregiver^{71,72}. Essere emotivamente intelligenti implica la capacità di saper affrontare, comprendere e sentire le proprie emozioni e quelle degli altri, ed essere in grado di saper rispondere ed agire di conseguenza dal punto di vista intrapersonale, interpersonale, di gestione dello stress, adattabilità alla situazione e umore generale^{73,74,75,76}. Studi condotti sugli infermieri e

⁶⁵ Ackley, D.C. (2016). Emotional intelligence: A practical review of models, measures, and applications. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 68, 269-286.

⁶⁶ Il Sabatini Coletti dizionario della lingua italiana, 2018

⁶⁷ Alsufyani et al., (2020)

⁶⁸ Augusto Landa et al., (2009).

⁶⁹ Carragher, J., & Gormley, K. (2017). Leadership and emotional intelligence in nursing and midwifery education and practice: a discussion paper. *Journal of advanced nursing*, 73(1), 85–96.

⁷⁰ Walker, A., & Campbell, K. (2013). Work readiness of graduate nurses and the impact on job satisfaction, work engagement and intention to remain. *Nurse education today*, 33(12), 1490–1495.

⁷¹ Bulmer Smith, et al., (2009)

⁷² Alsufyani et al., (2020)

⁷³ Nel, et al., (2013).

⁷⁴ Pérez-Fuentes, M., Molero Jurado, M., Gázquez Linares, J. J., & Oropesa Ruiz, N. F. (2018). The Role of Emotional Intelligence in Engagement in Nurses. *International journal of environmental research and public health*, 15(9), 1915.

⁷⁵ Molero Jurado, M., Pérez-Fuentes, M., Oropesa Ruiz, N. F., Simón Márquez, M., & Gázquez Linares, J. J. (2019). Self-Efficacy and Emotional Intelligence as Predictors of Perceived Stress in Nursing Professionals. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 55(6), 237.

⁷⁶ Szczygiel, D.D.; Mikolajczak, M. Emotional Intelligence Buffers the Effects of Negative Emotions on Job Burnout in Nursing. *Front. Psychol.* 2018, 9, 2649.

l'intelligenza emotiva, hanno dimostrato la correlazione delle competenze emotive con un maggiore successo e impegno nell'assistenza infermieristica⁷⁷, e come l'aver delle competenze sociali permetta agli infermieri di svolgere il proprio lavoro con successo e maggiore coinvolgimento^{78,79}.

Dal punto di vista assistenziale, avere le competenze per identificare e gestire le proprie emozioni e quelle degli altri permettono di fornire un'assistenza infermieristica di qualità e aumentare il benessere percepito dai pazienti e dalle loro famiglie^{80,81}. Infatti, un infermiere che ha sviluppato delle competenze emotive è in grado di sviluppare anche un sentimento di empatia⁸² che gli permette di capire le reazioni emotive del paziente e/o dei familiari, e facilitare, attraverso emozioni positive, il processo assistenziale evitando l'insorgenza di eventi avversi o conflitti da parte degli stessi^{83,84,85,86}.

Infermieri che sono propositivi sul luogo di lavoro e che hanno alti livelli di benessere sono in grado, inoltre, di influenzare positivamente l'assistenza infermieristica^{87,88}. Infatti, riescono a sviluppare una relazione assistenziale infermiere-paziente positiva che permette di predire reazioni e risposte emotive ad eventi assistenziali futuri⁸⁹. Avere un rapporto empatico con pazienti e familiari permette di migliorare la relazione terapeutico-assistenziale⁹⁰, soprattutto in un'assistenza focalizzata sul modello assistenziale patient and family centred care.

⁷⁷ Pérez-Fuentes et al., (2018)

⁷⁸ Carvalho, V. S., Guerrero, E., & Chambel, M. J. (2018). Emotional intelligence and health students' well-being: A two-wave study with students of medicine, physiotherapy and nursing. *Nurse education today*, 63, 35–42.

⁷⁹ Beydler, K.W. The Role of Emotional Intelligence in Perioperative Nursing and Leadership: Developing Skills for Improved Performance. *AORN J.* 2017, 106, 317–323.

⁸⁰ Alsufyani et al., (2020)

⁸¹ Raghbir A. E. (2018).

⁸² Goleman, D. (2013).

⁸³ Alsufyani et al., (2020)

⁸⁴ Raghbir A. E. (2018).

⁸⁵ Goleman (1995).

⁸⁶ Nightingale et al. (2018)

⁸⁷ Alsufyani et al., (2020)

⁸⁸ Raghbir A. E. (2018).

⁸⁹ Alsufyani et al., (2020)

⁹⁰ Raghbir (2018)

1.3 L'intelligenza emotiva nella formazione

L'aspetto emotivo, deve diventare un cardine della formazione infermieristica, in quanto gli infermieri devono imparare a gestire la propria e l'altrui emotività nei confronti delle esperienze difficili della vita, come sofferenza, morte, rabbia e paura^{91,92}. Per erogare un intervento formativo basato sull'EI, è importante andare a valutare quali sono le architetture pedagogiche più efficaci per aiutare gli studenti a sviluppare le competenze emotive (CE).

Le emozioni sono una componente importante del processo decisionale assistenziale e la loro gestione è fondamentale per una assistenza di qualità^{93,94,95}. È proprio nel processo assistenziale che le competenze emotive vengono messe in atto in quanto permettono di elaborare in un secondo momento l'evento vissuto^{96,97}. Attraverso pensiero critico, l'infermiere riflette su ciò che ha fatto, visto e sentito, o che già conosceva, di un determinato evento o una determinata situazione⁹⁸. L'infermiere con le competenze emotive è in grado non solo di riflettere sull'accaduto dal punto di vista di evento ed esiti, ma attraverso una fase che viene definita di riflessività^{99,100}, è in grado di riconoscere le emozioni che svolgono o che hanno svolto un ruolo chiave nella conoscenza della situazione e in che modo questa conoscenza venga applicata¹⁰¹. La capacità di riflessione e la

⁹¹ Benner P., Sutphen M., Leonard L., Day L. (2015). *Formazione infermieristica: strategie per una trasformazione radicale*. Edra editore.

⁹² Ruiz-Aranda et al., (2013)

⁹³ Raghbir A. E. (2018).

⁹⁴ Di Lorenzo, R., Venturelli, G., Spiga, G., & Ferri, P. (2019). Emotional intelligence, empathy and alexithymia: a cross-sectional survey on emotional competence in a group of nursing students. *Acta bio-medica : Atenei Parmensis*, 90(4-S), 32–43.

⁹⁵ Şenyuva, E., Kaya, H., Işik, B., & Bodur, G. (2014). Relationship between self-compassion and emotional intelligence in nursing students. *International journal of nursing practice*, 20(6), 588–596.

⁹⁶ Raghbir A. E. (2018).

⁹⁷ Alsufyani et al., (2020)

⁹⁸ Raghbir A. E. (2018).

⁹⁹ Raghbir A. E. (2018).

¹⁰⁰ Goleman (1995).

¹⁰¹ Ingram, R. (2013). Locating Emotional Intelligence at the Heart of Social Work Practice. *The British Journal of Social Work*, 43(5), 987–1004.

riflessività sono comportamenti che mette in atto una persona emotivamente intelligente¹⁰². Riflessione e riflessività sono componenti essenziali e strettamente correlate alle abilità di problem solving e pensiero critico che vengono apprese e sviluppate negli infermieri durante il corso di studi¹⁰³. Ciò permette di elaborare meglio, attraverso la riflessione e la riflessività, l'accaduto in modo da avere meno probabilità di sviluppare insoddisfazione sul lavoro, stress e burnout^{104,105,106}. Gli infermieri, durante il loro corso di studi, vengono formati ad interpretare, valutare e ragionare, non solo nel contesto teorico ma anche nella pratica, in modo da ricevere informazioni anche dai propri pensieri e le proprie aspettative¹⁰⁷. Riflessione e riflessività sono tratti già considerati nei curriculum formativi infermieristici attraverso lo sviluppo del pensiero critico e del problem solving¹⁰⁸, ma è importante che gli studenti vengano formati anche al possibile coinvolgimento emotivo correlato alle situazioni che affronteranno nella pratica infermieristica¹⁰⁹. Questo aspetto è infatti fondamentale non solo dal punto di vista emotivo personale dello studente e futuro infermiere, ma anche per migliorare la presa in carico del paziente e della sua famiglia^{110,111}. In uno studio di Por et al.¹¹² è stato dimostrato che gli studenti di infermieristica con livelli più elevati di EI avevano un maggiore benessere e competenza, oltre a capacità di risoluzione dei problemi e capacità di supporto sociale superiori. Formare gli studenti all'EI, significa generare infermieri con competenze emotive in grado di gestire le proprie e le altrui emozioni migliorando le capacità

¹⁰² Goleman, 1995

¹⁰³ Raghubir A. E. (2018).

¹⁰⁴ Alsufyani et al., (2020)

¹⁰⁵ Koubova, V. & Buchko, A.A. (2013). Life-work balance: Emotional intelligence as a crucial component of achieving both personal life and work performance. *Management Research Review*, 36(7), 700-719.

¹⁰⁶ Nel et al., (2013).

¹⁰⁷ Benner et al., (2015)

¹⁰⁸ Por, J., Barriball, L., Fitzpatrick, J., & Roberts, J. (2011). Emotional intelligence: its relationship to stress, coping, well-being and professional performance in nursing students. *Nurse education today*, 31(8), 855–860.

¹⁰⁹ Benner et al., (2015)

¹¹⁰ Benner et al., (2015)

¹¹¹ Shanta, L., & Gargiulo, L. (2014). A study of the influence of nursing education on development of emotional intelligence. *Journal of professional nursing : official journal of the American Association of Colleges of Nursing*, 30(6), 511–520.

¹¹² Por et al., (2011)

relazionali e comunicative¹¹³ e ridurre l'insorgenza di stress lavoro correlato e abbandono della professione^{114,115,116}. A tal proposito, uno studio descrittivo correlazionale condotto nell'università del New England su un campione di convenienza di 231 studenti di infermieristica e 102 neolaureati ha rilevato che i partecipanti con più alti livelli di EI dimostravano anche un livello più elevato di sviluppo professionale e, inoltre, relazioni interpersonali, capacità di comunicazione e prestazioni infermieristiche risultavano complessivamente migliori¹¹⁷. È importante introdurre nei curriculum infermieristici attività di *self-awareness* che permettano, attraverso specifiche abilità ed esercitazioni, di imparare a gestire e riconoscere le proprie emozioni¹¹⁸. La formazione tradizionale formale in aula non è attenta alle pratiche relazionali ed emotive¹¹⁹. Dovrebbe quindi essere data maggiore importanza a nuove forme di insegnamento come ad esempio: attività formative tramite l'uso di scenari che implementino il gioco di ruoli o guardando video di situazioni reali¹²⁰. Ad esempio, Arora et al.¹²¹ hanno condotto uno studio focalizzato sull'emotività degli studenti di medicina coinvolti in uno scenario virtuale, con l'intento di valutare la correlazione tra EI e lo stress provocato dalla simulazione stessa. I risultati dimostrano che, nonostante gli studenti con più alti livelli di EI abbiano provato maggiore

¹¹³ Orak, R. J., Farahani, M. A., Kelishami, F. G., Seyedfatemi, N., Banihashemi, S., & Havaei, F. (2016). Investigating the effect of emotional intelligence education on baccalaureate nursing students' emotional intelligence scores. *Nurse education in practice*, 20, 64–69.

¹¹⁴ Por et al., (2011)

¹¹⁵ Orak et al., (2016)

¹¹⁶ Carvalho, V. S., Guerrero, E., & Chambel, M. J. (2018). Emotional intelligence and health students' well-being: A two-wave study with students of medicine, physiotherapy and nursing. *Nurse education today*, 63, 35–42.

¹¹⁷ Beauvais, A. M., Brady, N., O'Shea, E. R., & Griffin, M. T. (2011). Emotional intelligence and nursing performance among nursing students. *Nurse education today*, 31(4), 396–401.

¹¹⁸ Carvalho et al., (2018)

¹¹⁹ Benner et al., (2015)

¹²⁰ Carvalho et al., (2018)

¹²¹ Arora, S., Russ, S., Petrides, K. V., Sirimanna, P., Aggarwal, R., Darzi, A., & Sevdalis, N. (2011). Emotional intelligence and stress in medical students performing surgical tasks. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 86(10), 1311–1317.

stress durante la simulazione, si sono ripresi più velocemente dall'esperienza rispetto ai loro coetanei con livelli di EI inferiori¹²².

1.3.1 Le architetture pedagogiche

Secondo Calvani¹²³, le architetture pedagogiche o architetture di istruzione, sono delle macrostrutture che si differenziano in base alla funzione e tipologia di insegnamento erogato tra cui: interazione e direzione, materiale formativo fornito agli studenti, controllo richiesto dal docente o dallo studente. Queste architetture di istruzione o architetture pedagogiche racchiudono al loro interno metodi di insegnamento differenti, le strategie pedagogiche¹²⁴ (Tabella 1).

Tabella 1 – Le meta-architetture e le strategie pedagogiche di Calvani¹²⁵

Meta-architetture	Architetture didattiche	Caratteristiche	Strategie pedagogiche
Meta-architettura focalizzata sull'insegnante	Recettiva (trasmissiva)	- Controllo da parte dell'insegnante/sistema - Elevata pre-strutturazione delle informazioni - Interazione scarsa o assente	Lezione frontale
	Comportamentale (direttiva-interattiva)	- Controllo da parte dell'insegnante/sistema	Approccio tutoriale, Modellazione, Visite sul campo

¹²² Arora et al., (2011).

¹²³ Calvani A. (2012) Per un'istruzione evidence based. Analisi teorico-metodologica internazionale sulle didattiche efficaci e inclusive. Trento: Edizioni Erickson.

¹²⁴ Pagnucci, N., Carnevale, F. A., Bagnasco, A., Tolotti, A., Cadorin, L., & Sasso, L. (2015). A cross-sectional study of pedagogical strategies in nursing education: opportunities and constraints toward using effective pedagogy. BMC medical education, 15, 138.

¹²⁵ Calvani A. (2012)

		- Elevata pre-strutturazione delle informazioni	
		- Ampia interazione	
		- Ampio controllo di feedback	
Meta-architettura focalizzata sullo studente	Scoperta guidata situata	- Controllo condiviso da insegnante e studente	Problem solving, Problem based learning,
		- Parziale pre-strutturazione delle informazioni	Discussione
		- Ampia interazione	
	Simulativa	- Controllo da parte dello studente	Simulatione, Role playing,
		- Informazioni o modello pre-strutturato	Case studies
		- Ampia interazione con il modello/sistema	
	Collaborativa	- Controllo dello studente	Cooperative learning
		- Più o meno pre-strutturazione degli obiettivi	
		- Ampia interazione tra pari	
	Esplorativa	- Controllo dello studente	Progetto Brainstorming
		- Scarsa, se non nulla, pre-strutturazione delle informazioni	
		- Scarsa interazione	
	Metacognitiva	- Trasferimento del controllo da parte dell'insegnante agli studenti	Apprendimento autoregolato

- Completamente
controllato dallo
studente nel tempo

Sulla base delle architetture pedagogiche di Calvani^{126,127} è stata condotta una revisione sistematica di letteratura sull'efficacia delle stesse per sviluppare le competenze emotive negli studenti di infermieristica¹²⁸. L'architettura didattica pedagogica più utilizzata è risultata essere l'architettura pedagogica simulativa¹²⁹. In particolare, gli autori degli articoli selezionati nella revisione, hanno maggiormente utilizzato la strategia pedagogica della simulazione^{130,131,132,133,134,135}, seguita dal gioco di

¹²⁶ Calvani A. (2012)

¹²⁷ Pagnucci et al., (2015)

¹²⁸ Napolitano, F., Calzolari, M., Pagnucci, N., Zanini, M., Catania, G., Aleo, G., Gomes, L., Sasso, L., & Bagnasco, A. (2023). The effectiveness of learning strategies for the development of Emotional Intelligence in undergraduate nursing students: A systematic review protocol. *Nurse education in practice*, 72, 103797.

¹²⁹ Napolitano, F., Calzolari, M., Di Pietro S., Pagnucci, N., Zanini, M., Catania, G., Aleo, G., Gomes, L., Sasso, L., & Bagnasco, A. (2024). Pedagogical Strategies to Improve Levels of Emotional Intelligence in Nursing Students: A Systematic Review. *Nurse education today*, article in submission

¹³⁰ Alconero-Camarero, A. R., Sarabia-Cobo, C. M., González-Gómez, S., Ibáñez-Rementería, I., Lavín-Alconero, L., & Sarabia-Cobo, A. B. (2018). Nursing students' emotional intelligence, coping styles and learning satisfaction in clinically simulated palliative care scenarios: An observational study. *Nurse education today*, 61, 94–100.

¹³¹ Bailey, C., & Hewison, A. (2014). The impact of a 'Critical Moments' workshop on undergraduate nursing students' attitudes to caring for patients at the end of life: an evaluation. *Journal of clinical nursing*, 23(23-24), 3555–3563.

¹³² Choi, Y., Song, E., & Oh, E. (2015). Effects of teaching communication skills using a video clip on a smart phone on communication competence and emotional intelligence in nursing students. *Archives of psychiatric nursing*, 29(2), 90–95.

¹³³ De Juan Pardo, M. A., Fuster, P., Gallart, A., Rodríguez, E., Wennberg, L., & Martín-Ferreres, M. L. (2021). Fostering leadership competence and satisfaction in nursing undergraduates through a student-led conference: A quasi-experimental pre-post study. *Nurse education today*, 98, 104748.

¹³⁴ Li, J., Li, X., Gu, L., Zhang, R., Zhao, R., Cai, Q., Lu, Y., Wang, H., Meng, Q., & Wei, H. (2019). Effects of Simulation-Based Deliberate Practice on Nursing Students' Communication, Empathy, and Self-Efficacy. *The Journal of nursing education*, 58(12), 681–689.

¹³⁵ Ruiz-Fernández, M. D., Alcaraz-Córdoba, A., López-Rodríguez, M. M., Fernández-Sola, C., Granero-Molina, J., & Hernández-Padilla, J. M. (2022). The effect of home visit simulation on emotional intelligence, self-efficacy, empowerment, and stress in nursing students. A single group pre-post intervention study. *Nurse education today*, 117, 105487.

ruolo^{136,137,138,139,140,141,142,143,144} e i casi studio¹⁴⁵. Anche l'architettura didattica recettiva (trasmissiva) attraverso le lezioni in presenza è stata ampiamente utilizzata come strategia pedagogica¹⁴⁶. Un'altra architettura pedagogica più usata è stata l'architettura didattica esplorativa¹⁴⁷. In particolare, la strategia pedagogica più utilizzata è stata il brainstorming^{148,149,150,151,152}. Tutte le architetture pedagogiche utilizzate e analizzate dalla revisione¹⁵³ sono state riportate nella seguente tabella (Tabella 2).

¹³⁶ Lee, B. G., & Kim, S. H. (2022). Development and effects of a high-risk pregnancy emotive role-play program for nursing students: a quasi-experimental study. *Korean journal of women health nursing*, 28(4), 317–328

¹³⁷ Choi, Y., Song, E., & Oh, E. (2015). Effects of teaching communication skills using a video clip on a smart phone on communication competence and emotional intelligence in nursing students. *Archives of psychiatric nursing*, 29(2), 90–95

¹³⁸ Dix, S., Morphet, J., Jones, T., Kiprillis, N., O'Halloran, M., Piper, K., & Innes, K. (2021). Perceptions of final year nursing students transfer of clinical judgement skills from simulation to clinical practice: A qualitative study. *Nurse education in practice*, 56, 103218

¹³⁹ Hayes, C., Jackson, D., Davidson, P. M., Daly, J., & Power, T. (2018). Pondering practice: Enhancing the art of reflection. *Journal of clinical nursing*, 27(1-2), e345–e353.

¹⁴⁰ Larti, N., Ashouri, E., & Aarabi, A. (2018). The effect of an empathy role-play program for operating room nursing students. *Journal of educational evaluation for health professions*, 15, 29.

¹⁴¹ Lee, K. C., Yu, C. C., Hsieh, P. L., Li, C. C., & Chao, Y. C. (2018). Situated teaching improves empathy learning of the students in a BSN program: A quasi-experimental study. *Nurse education today*, 64, 138–143.

¹⁴² Orak, R. J., Farahani, M. A., Kelishami, F. G., Seyedfatemi, N., Banihashemi, S., & Havaei, F. (2016). Investigating the effect of emotional intelligence education on baccalaureate nursing students' emotional intelligence scores. *Nurse education in practice*, 20, 64–69.

¹⁴³ Sisman, F. N., & Buzlu, S. (2022). The impact of an emotion-focused training program on nursing students' emotional awareness and expression: A randomized placebo-controlled study. *Perspectives in psychiatric care*, 58(1), 197–205

¹⁴⁴ Teskereci, G., Öncel, S., & Özer Arslan, Ü. (2020). Developing compassion and emotional intelligence in nursing students: A quasi-experimental study. *Perspectives in psychiatric care*, 56(4), 797–803.

¹⁴⁵ Hayes, C., Jackson, D., Davidson, P. M., Daly, J., & Power, T. (2018). Pondering practice: Enhancing the art of reflection. *Journal of clinical nursing*, 27(1-2), e345–e353

¹⁴⁶ Napolitano et al., 2023a

¹⁴⁷ Napolitano et al., 2023b

¹⁴⁸ Kou, H., Bi, T., Chen, S., Li, X., He, Y., Xie, Q., & He, J. (2022). The impact of mindfulness training on supportive communication, emotional intelligence, and human caring among nursing students. *Perspectives in psychiatric care*, 58(4), 2552–2561

¹⁴⁹ Lee et al., 2018

¹⁵⁰ Li, J., Li, X., Gu, L., Zhang, R., Zhao, R., Cai, Q., Lu, Y., Wang, H., Meng, Q., & Wei, H. (2019). Effects of Simulation-Based Deliberate Practice on Nursing Students' Communication, Empathy, and Self-Efficacy. *The Journal of nursing education*, 58(12), 681–689.

¹⁵¹ Orak et al., 2013

¹⁵² Teskereci et al., 2020

¹⁵³ Napolitano et al., 2024

Tabella 2 – Le strategie pedagogiche per sviluppare le competenze emotive

Articolo	Architettura didattica	Strategia pedagogica
Alconero-Camarero et al., 2018	Simulativa	Simulazione
Bailey & Hewison, 2014	Simulativa, Recettiva (trasmissiva)	Case studies, Lezione, Simulazione
Batmaz et al., 2022	Recettiva (trasmissiva)	Lezione
Lee & Kim, 2022	Simulativa, Recettiva (trasmissiva)	Role-playing, Lezione
Choi et al., 2015	Simulativa, Recettiva (trasmissiva), Collaborativa	Role-playing, Lezione, Discussione
De Juan Pardo et al., 2021	Simulativa, Recettiva (trasmissiva)	Simulazione, Lezione
Dix et al., 2021	Simulativa, Collaborativa	Simulazione, Cooperative Learning
Erkayiran & Demirkiran, 2018	Recettiva (trasmissiva)	Lezione
Goudarzian et al., 2019	Recettiva (trasmissiva)	Lezione
Hayes et al., 2018	Simulativa	Case studies, Role Playing
Hurley et al., 2020	Comportamentale (direttiva-interattiva), Collaborativa	Tutorial approach, Cooperative learning
Kou et al., 2022	Esplorativa	Brainstorming
Larti et al., 2018	Simulativa	Role-playing
Lee et al., 2018	Simulativa, Esplorativa, Metacognitive	Role-playing, Brainstorming, Self-regulated learning
Li et al., 2019	Simulativa, Recettiva (trasmissiva), Esplorativa	Simulazione, Lezione, Brainstorming

Orak et al., 2016	Simulativa, Recettiva (trasmissiva), Esplorativa	Role-playing, Lezione, Brainstorming
Ruiz-Fernández et al., 2022	Simulativa	Simulazione
Sisman & Buzlu, 2022	Simulativa, Recettiva (trasmissiva)	Role-playing, Lezione
Teskereci et al., 2020	Simulativa, Recettiva (trasmissiva), Esplorativa	Role-playing, Lezione, Brainstorming

Come riportato in tabella 2, in alcuni casi le architetture pedagogiche sono state combinate per ottenere un maggiore risultato in termini formativi. Infatti, gli studenti che hanno partecipato a studi che hanno combinato le architetture didattiche di recettività e simulazione¹⁵⁴ hanno sviluppato un atteggiamento più positivo nella pratica clinica e migliorato le skill comunicative e il lavoro di squadra. Inoltre, hanno ottenuto punteggi più elevati di EI ed erano anche più soddisfatti del tirocinio clinico. Negli studi dove, invece, la strategia pedagogica della didattica recettiva (trasmissiva) attraverso le lezioni in presenza, la didattica simulativa attraverso il PBL (Problem-Based Learning) e la didattica collaborativa attraverso le discussioni di gruppo, sono state utilizzate insieme, sono migliorate le abilità comunicative degli studenti di infermieristica e i livelli di EI¹⁵⁵.

Nel caso invece dell'utilizzo di interventi educativi con una sola architettura pedagogica come, ad esempio, l'architettura pedagogica recettiva (trasmissiva)^{156,157,158} attraverso le lezioni in presenza, gli studenti hanno

¹⁵⁴ Napolitano et al. (2024)

¹⁵⁵ Napolitano et al. (2024)

¹⁵⁶ Batmaz, M., Kendirkiran, G., & Kavurucu, Ö. (2022). The effects of the education received by nursing students on their self-esteem and emotional intelligence: A 4-year longitudinal study. *Perspectives in psychiatric care*, 58(4), 2088–2098.

¹⁵⁷ Erkayiran, O., & Demirkiran, F. (2018). The Impact of Improving Emotional Intelligence Skills Training on Nursing Students' Interpersonal Relationship Styles: A Quasi-experimental Study. *International Journal of Caring Sciences*, 11(3), 1901–1912.

¹⁵⁸ Goudarzian, A. H., Nesami, M. B., Sedghi, P., Gholami, M., Faraji, M., & Hatkehlouei, M. B. (2019). The Effect of Self-Care Education on Emotional Intelligence of Iranian

migliorato le loro abilità relazionali e il punteggio di EI. Nel caso dell'architettura didattica simulativa ed in particolare la strategia pedagogica della simulazione, gli studenti di infermieristica hanno ottenuto un miglioramento nei livelli di IE, nel pensiero critico, nella consapevolezza di sé, nell'autoefficacia, nell'empatia, nella capacità di formulare strategie di gestione delle situazioni cliniche ed emotive e nella compassione¹⁵⁹. Nella tabella n. 3 sono riportati gli effetti delle architetture pedagogiche singolarmente o in combinazione di più architetture (tabella n. 3).

Tabella 3 – Outcomes relativi ai programmi educativi volti per sviluppare competenze emotive negli studenti di infermieristica

Risultati ottenuti dopo il programma educativo EI	Architetture didattiche							
	Recettiva	Simulativa	Esplorativa	Recettiva Simulativa	Recettiva Simulativa Esplorativa	Recettiva Simulativa Collaborativa	Behavioural Cooperativa	Simulativa Esplorativa Metacognitiva
Compassione		+			+		+	+
EI	+	+	+	+	+	+	+	
Autostima	+							
Self- awareness		+						+
Self-efficacy		+			+		+	+
Empatia		+			+		+	+
Capacità interpersonali	+						+	
Abilità comunicative			+	+	+	+	+	
Critical thinking		+						
Soddisfazione					+			
Abilità cliniche		+	+	+			+	+
Capacità di lavoro di squadra		+		+				

Nursing Students: A Quasi-experimental Study. Journal of religion and health, 58(2), 589–598.

¹⁵⁹ Napolitano et al. 2024

1.3.2 I questionari valutativi

Rispetto alla revisione sistematica sull'efficacia degli interventi educativi per sviluppare le competenze emotive, anche gli strumenti per valutare l'efficacia degli interventi stessi sono stati analizzati. Gli strumenti utilizzati per valutare l'efficacia erano differenti negli studi inclusi, non rendendo possibile una valutazione univoca dei risultati ottenuti. Alcuni di essi erano intrinseci all'EI o ad alcune sue caratteristiche¹⁶⁰. In alcuni casi, alcuni strumenti sono stati selezionati in quanto collegati all'obiettivo dello studio, ma non direttamente connessi all'EI. Ne è un esempio il Questionario per la Gestione dello Stress (CAE)¹⁶¹. Per quanto riguarda una caratteristica dell'EI, lo strumento più utilizzato è stato il *JSE-Health Profession Students version*^{162,163,164}. Questo strumento valuta, infatti, i livelli di empatia negli studenti.

Relativamente alla valutazione dei punteggi di EI, invece, il *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS-24)^{165,166} e l'*Emotional Intelligence Scale*^{167,168} sono stati i più utilizzati. Un altro strumento molto utilizzato per valutare il livello di EI è stato l'*Emotional Intelligence Evaluation Scale*^{169,170}. Nello studio condotto da Lee & Kim¹⁷¹ è stata adottata una versione della stessa scala precedentemente riadattata al loro contesto socioculturale. In alcuni studi, gli autori hanno deciso di utilizzare strumenti correlati alla definizione di EI. Batmaz et al.¹⁷² e Erkayiran et al.¹⁷³, ad esempio, hanno utilizzato la Bar-ON

¹⁶⁰ Napolitano et al., 2024

¹⁶¹ Alconero-Camarero et al., 2018

¹⁶² Larti, N., Ashouri, E., & Aarabi, A. (2018). The effect of an empathy role-play program for operating room nursing students. *Journal of educational evaluation for health professions*, 15, 29.

¹⁶³ Lee et al., 2018

¹⁶⁴ Li et al., 2019

¹⁶⁵ Alconero-Camarero et al., 2018

¹⁶⁶ Ruiz-Fernandez et al., 2022

¹⁶⁷ Kou et al., 2022

¹⁶⁸ Orak et al., 2016

¹⁶⁹ Teskereci et al., 2020

¹⁷⁰ Sisman and Buzlu, 2022

¹⁷¹ Lee and Kim, 2022

¹⁷² Batmaz et al., 2022

¹⁷³ Erkayiran and Demirkiran, 2018

EQ *Emotional Intelligence Scale* (Bar-On EQ-i) in quanto la loro definizione di EI era legata alla visione di Bar-On.

1.4 Il progetto europeo Serious Games for Nursing Student (SG4NS) e la *gamification*

Nel 2015, l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite¹⁷⁴ ha elaborato gli obiettivi per lo sviluppo sostenibile: Agenda 2030. In particolare, Tra gli obiettivi, è messo chiaramente in luce l'obiettivo di "Fornire un'educazione di qualità, equa ed inclusiva, e opportunità di apprendimento per tutti" (Obiettivo numero 4)¹⁷⁵. L'obiettivo in questione si prefigge di garantire entro il 2030 un accesso equo all'istruzione, qualsiasi grado sia, che sia economicamente vantaggiosa e di qualità¹⁷⁶. Anche la formazione infermieristica si allinea all'obiettivo dell'Agenda 2030, sviluppando programmi innovativi ed efficaci per promuovere un alto livello di intelligenza emotiva, competenza, conoscenza basata sull'evidenza e autonomia professionale. Basare la formazione infermieristica sull'intelligenza emotiva determina la capacità di riconoscere, comprendere ed esprimere emozioni e sentimenti, che è un elemento strutturante nella concezione e nell'implementazione dell'assistenza infermieristica e della pratica clinica¹⁷⁷.

Nella formazione infermieristica, infatti, attraverso l'utilizzo di un approccio didattico basato sulla *gamification* supportato dalla tecnologia, è stato

¹⁷⁴ Nazioni Unite, 2015 Agenda 2030 Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile <https://unric.org/it/wp-content/uploads/sites/3/2019/11/Agenda-2030-Onu-italia.pdf> ultimo accesso 25 novembre 2023

¹⁷⁵ Nazioni Unite, 2015 Agenda 2030 Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile <https://unric.org/it/wp-content/uploads/sites/3/2019/11/Agenda-2030-Onu-italia.pdf> ultimo accesso 25 novembre 2023

¹⁷⁶ Nazioni Unite, 2015 Agenda 2030 Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile <https://unric.org/it/wp-content/uploads/sites/3/2019/11/Agenda-2030-Onu-italia.pdf> ultimo accesso 25 novembre 2023

¹⁷⁷ Kaya, H., Şenyuva, E., & Bodur, G. (2017). Developing critical thinking disposition and emotional intelligence of nursing students: a longitudinal research. *Nurse education today*, 48, 72–77.

possibile aumentare la motivazione degli studenti di infermieristica e aggiungere valore all'esperienza di apprendimento stesso¹⁷⁸. L'utilizzo di piattaforme online per l'apprendimento risulta utile anche in un contesto di apprendimento delle capacità tecnico-pratiche. La realtà aumentata, la realtà virtuale e il gioco forniscono un'esperienza di apprendimento coinvolgente per lo studente^{179,180}. L'utilizzo dei videogiochi migliora le capacità cognitive, il tempo di reazione¹⁸¹ e l'attenzione degli studenti. In secondo luogo, il feedback immediato e l'interattività che fornisce il videogioco consentono allo studente di dare senso alle decisioni precedenti, attraverso un processo di apprendimento attivo in quanto sottoposto ad un ciclo di costante decisione¹⁸². Ambienti di realtà virtuale computerizzata sono stati adottati in diverse università nel mondo nell'ambito della formazione infermieristica con l'obiettivo di promuovere e sostenere l'apprendimento dello studente in diversi in cui sono replicati contesti ed esperienze tratti dal mondo reale.

L'esperienza didattica riportata dagli studenti è stata molto positiva, riferendo il processo di apprendimento immersivo ed interattivo¹⁸³. La realtà virtuale consente agli studenti di sperimentare situazioni cliniche in un ambiente sicuro e protetto, permettendo un aumento della complessità assistenziale in simulazione più coerente con la realtà ospedaliera e la teoria^{184,185}. I videogiochi sviluppano il pensiero critico dello studente in quanto incoraggia

¹⁷⁸ Mackavey, C., & Cron, S. (2019). Innovative strategies: Increased engagement and synthesis in online advanced practice nursing education. *Nurse education today*, 76, 85–88.

¹⁷⁹ Pront, L., Müller, A., Koschade, A., & Hutton, A. (2018). Gaming in Nursing Education: A Literature Review. *Nursing education perspectives*, 39(1), 23–28.

¹⁸⁰ Jallad, S. T., & Işık, B. (2022). The effectiveness of virtual reality simulation as learning strategy in the acquisition of medical skills in nursing education: a systematic review. *Irish journal of medical science*, 191(3), 1407–1426.

¹⁸¹ Latham, A. J., Patston, L. L., & Tippett, L. J. (2013). The virtual brain: 30 years of video-game play and cognitive abilities. *Frontiers in psychology*, 4, 629.

¹⁸² Ritterfeld, U., Shen, C., Wang, H., Nocera, L., & Wong, W. L. (2009). Multimodality and interactivity: connecting properties of serious games with educational outcomes. *Cyberpsychology & behavior : the impact of the Internet, multimedia and virtual reality on behavior and society*, 12(6), 691–697

¹⁸³ Trangenstein PA, Weiner EE, Gordon JS, McNew R. An analysis of nursing education's immersion into Second Life, a multi-user virtual environment (MUVE). *Stud Health Technol Inform*. 2010;160(Pt 1):644-7. PMID: 20841766

¹⁸⁴ Foronda, C. L., Fernandez-Burgos, M., Nadeau, C., Kelley, C. N., & Henry, M. N. (2020). Virtual Simulation in Nursing Education: A Systematic Review Spanning 1996 to 2018. *Simulation in healthcare : journal of the Society for Simulation in Healthcare*, 15(1), 46–54.

¹⁸⁵ Jallad & Işık 2022

l'esplorazione decisionale e permette di prendere decisioni senza correre rischi per la sua sicurezza o quella del paziente¹⁸⁶. Nell'ambito dell'Igiene e della Medicina Preventiva, ad esempio, la realtà virtuale è stata utilizzata per aumentare la comprensione dei concetti chiave di immunizzazione attraverso situazioni creative che mettono in evidenza la presenza e la trasmissione dei virus. Nello studio di Nowak et al.¹⁸⁷, pubblicato su *Vaccine*, i soggetti nel gruppo realtà virtuale dimostravano una maggiore consapevolezza sulla trasmissione del virus influenzale aumentando l'intenzione a vaccinarsi.

Nella realtà virtuale gli studenti possono applicare i contenuti appresi in aula direttamente in un ambiente sanitario virtuale e ridurre il gap che si crea tra teoria e pratica¹⁸⁸. Ciò avviene perché attraverso la simulazione, si possono mettere in atto le competenze acquisite durante il corso di laurea in infermieristica, migliorando il processo di comunicazione tra pari e con il paziente e dimostrare la leadership per migliorare i risultati dei pazienti¹⁸⁹.

Sulla base delle precedenti strategie pedagogiche e nel voler unire nuove strategie pedagogiche come i Serious Games e la realtà virtuale, nasce nel 2020 il progetto "Serious Games – Developing Emotional Competence for Nursing Students" (SG4NS)¹⁹⁰. Il progetto SG4NS è un progetto europeo finanziato dal programma Erasmus+ (Project N° 2020-1-PT01-KA203-078847)¹⁹¹. Partner del progetto sono: Italia, Spagna, Malta, Portogallo e Romania.

Il progetto si propone di sviluppare un programma educativo sull'Intelligenza Emotiva da incorporare nei curricula infermieristici europei per gli studenti di infermieristica¹⁹². Il programma educativo vede l'integrazione delle architetture pedagogiche alla digitalizzazione attraverso l'utilizzo della realtà

¹⁸⁶ Pront et al., 2018

¹⁸⁷ Nowak, G. J., Evans, N. J., Wojdyski, B. W., Ahn, S. J. G., Len-Rios, M. E., Carera, K., Hale, S., & McFalls, D. (2020). Using immersive virtual reality to improve the beliefs and intentions of influenza vaccine avoidant 18-to-49-year-olds: Considerations, effects, and lessons learned. *Vaccine*, 38(5), 1225–1239

¹⁸⁸ Jallad & Işık 2022

¹⁸⁹ <http://sg4ns.e.se.uminho.pt/> - ultimo accesso 25 novembre 2023

¹⁹⁰ <http://sg4ns.e.se.uminho.pt/> - ultimo accesso 25 novembre 2023

¹⁹¹ Erasmus+ program (Project N° 2020-1-PT01-KA203-078847)

¹⁹² <http://sg4ns.e.se.uminho.pt/> - ultimo accesso 25 novembre 2023

virtuale. Il progetto, infatti, si basa sulle seguenti architetture pedagogiche: recettiva, simulativa e cooperativa. Per quanto riguarda l'aspetto digitale, il progetto si pone di creare un ambiente di apprendimento clinico virtuale, attraverso la *gamification*, in modo da aggiungere una nuova dimensione alla pedagogia ed offrire metodi e condizioni uniche per l'apprendimento che non sono facilmente replicabili con le modalità educative tradizionali¹⁹³.

1.5 Obiettivo dello studio

Valutare la fattibilità e l'efficacia dell'intervento formativo del progetto SG4NS andando a valutare in che modo gli studenti applicano le competenze erogate dall'intervento educativo attraverso l'utilizzo della Normalization Process Theory (NPT).

¹⁹³ <http://sg4ns.cse.uminho.pt/> - ultimo accesso 25 novembre 2023

Capitolo 2

Metodologia e metodi

2.1 Sviluppo dell'intervento formativo inerente alle competenze emotive

L'intervento formativo, del progetto SG4NS, è stato strutturato su 30 ore di corso suddivise in 26 ore di formazione ibrida (frontale e pratica di simulazione) e 4 ore di studio autonomo. La prima attività che è stata svolta dagli studenti è il gioco di realtà virtuale con il visore: il gioco è stato realizzato sulla base della metodologia dell'Escape room. Gli studenti venivano immersi in un contesto buio ed inquietante dove le loro emozioni primordiali (paura, ansia, tristezza) erano messe in evidenza (Allegato 1). Per permettere a tutti gli studenti di poter giocare al gioco SG4NS, è stato istituito un Open Lab. Gli studenti sono stati divisi in gruppi da due, in quanto erano disponibili solo due visori di realtà virtuale avanzata e la durata del gioco era di circa 2:30 h. L'Open Lab aveva una calendarizzazione di una settimana, e gli studenti hanno deciso liberamente quanto recarsi nella sede dell'Open Lab.

Successivamente, il corso prevedeva la presentazione di due casi di Problem Based Learning (PBL) uno centrato sulle emozioni positive ed uno centrato sulle emozioni negative in ambiente sanitario (Allegato 2). I due PBL sono stati somministrati alla classe in tempi differenti. Il primo PBL, di apertura del corso, era quello inerente alle emozioni positive che faceva da cappello introduttivo, tramite l'approfondimento di studio autonomo, alla presentazione delle teorie di riferimento inerenti l'EI e le competenze emotive. Gli studenti, durante l'erogazione dell'intervento educativo, sono stati invitati a svolgere delle attività pratiche di simulazione e gioco di ruolo, per sviluppare il senso di *self-awareness*, *self-management*, *social-awareness* e *social-management*. Il secondo PBL, inerente alle emozioni negative come

tristezza e rabbia, è stato somministrato a seguito di una formazione iniziale. Il secondo PBL ha introdotto la fase finale del corso dove sono state presentate le emozioni, come riconoscerle e come identificare le false emozioni, in modo da saper gestire le emozioni degli altri. Durante l'erogazione della seconda parte dell'intervento educativo gli studenti sono stati invitati a rispondere ai questionari IRIS (Interpersonal conflict Emotion regulation- adaptive and maladaptive strategies in interpersonal relationships) (Allegato 3), PANAS-X (Positive-negative ratio) (Allegato 4) e Rathus Assertiveness Schedule (RAS) (Allegato 5). I questionari non sono stati raccolti e i risultati ottenuti sono stati discussi in un'ottica di condivisione d'aula.

2.1.1 Il Problem Based Learning associato alla formazione in infermieristica e le emozioni

La metodologia didattica del PBL si basa sull'approccio della *Flipped Classroom* e del costruttivismo^{194,195}. Il docente propone un problema reale/realistico costruito per stimolare argomenti specifici relativi agli obiettivi formativi che si pone, in questo caso le emozioni negative e le emozioni positive che si sviluppano in ambiente sanitario. Il docente assume il ruolo di guida (facilitatore) e supporta gli studenti durante le fasi attive in aula mantenendo una posizione neutrale e guidando il gruppo nella discussione del caso senza dare informazioni sui contenuti disciplinari^{196,197}. I contenuti formativi, infatti, vengono affrontati tramite lo studio autonomo svolto dagli studenti mentre in aula viene svolta l'analisi e la discussione del

¹⁹⁴ Barrows H. S. (1998). The essentials of problem-based learning. *Journal of dental education*, 62(9), 630–633.

¹⁹⁵ Wood D. F. (2003). Problem based learning. *BMJ (Clinical research ed.)*, 326(7384), 328–330.

¹⁹⁶ Barrow (1998)

¹⁹⁷ Camp G, van het Kaar A, van der Molen H, Schmidt H. (2014) PBL: step by step a guide for students and tutors. Rotterdam: Institute of Psychology, Erasmus University Rotterdam

problema^{198,199}. Il PBL si affronta con il docente facilitatore in due momenti: quello di apertura del PBL e quello di chiusura del PBL. Durante l'apertura del PBL, gli studenti definiranno e analizzeranno il problema presentato e formuleranno delle ipotesi per la risoluzione del problema²⁰⁰. Per rispondere alle ipotesi sviluppate ogni studente raccoglie informazioni necessarie in una fase definita di studio autonomo. A seguito del quale vi è il momento di chiusura del PBL. Durante la fase di chiusura, gli studenti sintetizzano le informazioni che hanno raccolto per rispondere alle ipotesi formulate, e si presentano in modo collegiale le risposte alle ipotesi in presenza del docente facilitatore^{201,202}.

2.1.2 La valutazione dell'intervento formativo

Gli studenti partecipanti all'intervento formativo sono stati valutati al termine dell'intervento in termini di relazione e pensiero critico. Agli studenti, infatti, è stato proposto di effettuare un esame orale con la metodologia del triplo salto ed una simulazione con l'obiettivo di valutare relazione e comunicazione.

¹⁹⁸ Wood D. F. (2003).

¹⁹⁹ Sasso L., Lotti A., Gamberoni L. (2003) Il tutor per le professioni sanitarie. Carocci Faber, Roma.

²⁰⁰ Camp et al., (2014)

²⁰¹ Sasso et al., (2003).

²⁰² Camp et al., (2014)

2.1.2.1 L'esame orale tramite metodologia del triplo salto

L'esame orale attraverso l'approccio "triplo salto" è un esame individuale diviso in tre gradini o "salti"²⁰³.

- *Primo passo o salto*: un caso clinico breve e incompleto viene presentato allo studente²⁰⁴. Gli studenti infermieristici devono leggere e analizzare per identificare e richiedere informazioni mancanti. In questo primo salto, il tutor valuta la capacità degli studenti infermieri per approfondire la situazione e i meccanismi del pensiero critico²⁰⁵. Alla fine di questo salto, gli studenti devono identificare i problemi di cura del caso presentato. Questo salto ha richiesto circa 30 minuti²⁰⁶.
- *Secondo passo o salto*: gli studenti studiano e studiano in modo indipendente come risolvere il identificati problemi di cura. In questo secondo salto, gli studenti di ricerca soluzioni utilizzando la loro appunti presi durante le lezioni, libri, e la ricerca di banche dati o cartelle cliniche^{207,208}. Questo salto ha richiesto circa 2 ore.
- *Terzo passo o salto*: nell'ultimo salto gli studenti devono fornire un riepilogo del caso finale dove riferiscono alcune ipotesi di soluzioni problema infermieristico. In questo salto, gli studenti devono discutere con il tutor la sintesi dei problemi e il piano di gestione infermieristica²⁰⁹. I tutor devono dare qualche feedback agli studenti e incoraggiarli a valutare sé stessi. Questo salto ha richiesto circa 30 minuti²¹⁰.

²⁰³ Sasso et al., (2003)

²⁰⁴ Nastos, S., & Rangachari, P. K. (2013). The TRIPSE: a process-oriented exam for large undergraduate classes. *Biochemistry and molecular biology education: a bimonthly publication of the International Union of Biochemistry and Molecular Biology*, 41(3), 145–155.

²⁰⁵ Sasso et al., (2003)

²⁰⁶ Nastos and Rangachari (2013)

²⁰⁷ Sasso et al., (2003)

²⁰⁸ Nastos and Rangachari (2013)

²⁰⁹ Nastos and Rangachari (2013)

²¹⁰ Sasso et al., (2003)

I tutor valutano ogni salto in modo diverso e indipendente. Nel primo salto, i tutor devono valutare se lo studente identifica tutti i problemi di cura, e se lo studente richiede abbastanza informazioni²¹¹. Nell'ultimo salto, invece, i tutor devono valutare se lo studente identifica e privilegia interventi correttamente mirati inerenti al caso presentato^{212,213,214}. Il caso presentato agli studenti risulta allegato alla tesi (Allegato 6). Tutti i salti sono riportati in maniera schematica nella tabella n. 4.

Tabella 4 – I salti del triplo salto²¹⁵

Primo salto: definizione dei problemi assistenziali (circa 30 minuti)	
Attività del tutor	Attività dello studente
<ol style="list-style-type: none"> 1. Definizione dei risultati e delle attività da valutare. 2. Presentare il caso di studio allo studente. 3. Fornire le informazioni aggiuntive richieste dallo studente. 4. Compilare la griglia di valutazione. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lettura del caso di studio. 2. Identificare delle informazioni mancanti. 3. Formulare il problema e generare ipotesi. 4. Identificazione degli argomenti di studio.
Secondo salto: individuare come risolvere i problemi infermieristici (circa 2 ore)	
Attività del tutor	Attività dello studente
Nessuna attività.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ricerca di informazioni per comprendere il problema e risolverlo. 2. Sintesi delle informazioni.
Terzo salto: riassunto finale del caso (circa 30 minuti)	
Attività del tutor	Attività dello studente

²¹¹ Callin, M., & Ciliska, D. (1983). Revitalizing problem solving with triple jump. *The Canadian nurse*, 79(3), 41–44.

²¹² Nastos and Rangachari (2013)

²¹³ Sasso et al., (2003)

²¹⁴ Callin, M., & Ciliska, D. (1983).

²¹⁵ Sasso et al., (2003)

<ol style="list-style-type: none"> 1. Compilare la griglia di valutazione. 2. Valutare i risultati prestazionali dello studente. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formulare il problema finale e il piano di gestione, argomentando i risultati ottenuti dalla ricerca. 2. Autovalutazione del livello di performance.
--	--

2.1.2.2 Valutare la relazione e la comunicazione attraverso l'esame di simulazione con Objective Structured Clinical Examination (OSCE)

L'esame clinico strutturato oggettivo (OSCE) è ampiamente utilizzato per la valutazione delle prestazioni delle abilità cliniche, in particolare concentrandosi sulle capacità di comunicazione²¹⁶. Con i metodi dell'OSCE vengono valutati tre settori: cognitivo, affettivo e psicomotorio²¹⁷.

L'uso di una griglia di osservazione permette l'equità della valutazione della performance dello studente²¹⁸. Attraverso l'OSCE, le competenze comunicative vengono valutate in base alle prestazioni degli studenti durante una situazione pratica simulata²¹⁹. La simulazione rappresenta uno scenario clinico realistico in cui lo studente deve mettersi in gioco attraverso l'uso delle sue abilità²²⁰. Nel progetto SG4NS le abilità da valutare sono competenze emotive e comunicative. Infatti, i tutor con esame OSCE potrebbero valutare

²¹⁶ Bagnasco, A., Tolotti, A., Pagnucci, N., Torre, G., Timmins, F., Aleo, G., & Sasso, L. (2016). How to maintain equity and objectivity in assessing the communication skills in a large group of student nurses during a long examination session, using the Objective Structured Clinical Examination (OSCE). *Nurse education today*, 38, 54–60.

²¹⁷ Rushforth H. E. (2007). Objective structured clinical examination (OSCE): review of literature and implications for nursing education. *Nurse education today*, 27(5), 481–490

²¹⁸ Guilbert J. J. (1990). *Guide Pédagogique Pour les Personnels de Santé*. World Health Organization, Geneva, Switzerland.

²¹⁹ Solà-Pola, M., Morin-Fraile, V., Fabrellas-Adrés, N., Raurell-Torreda, M., Guanter-Peris, L., Guix-Comellas, E., & Pulpón-Segura, A. M. (2020). The usefulness and acceptance of the OSCE in nursing schools. *Nurse education in practice*, 43, 102736. Advance online publication.

²²⁰ Bagnasco et al., (2015)

anche gli studenti e 39; capacità di problem solving²²¹. È importante che l'esame OSCE sia condotto in un ambiente attrezzato per valutare tutte le competenze riportate e in un centro dove la simulazione potrebbe essere registrata audiovisiva²²².

Prima di condurre un esame OSCE, è importante preparare una simulazione realistica. La simulazione si basa sul metodo del gioco di ruolo²²³. Il ruolo del paziente dovrebbe essere svolto da un infermiere volontario o da un attore. È importante che gli studenti si sentano come un caso reale; quindi, potrebbe essere una buona idea chiedere loro di indossare il pigiama al "finto paziente". Allo stesso tempo, gli studenti devono indossare la normale uniforme utilizzata durante il posizionamento clinico.

Lo scenario deve concentrarsi sulle competenze che gli studenti devono raggiungere alla fine del programma educativo. Pertanto, in questo caso, lo scenario creato è focalizzato sulle competenze emotive e sulle capacità di comunicazione. Nello script, è necessario inserire una sezione riguardante gli obiettivi di apprendimento e, in particolare, i comportamenti attesi dallo studente²²⁴. La sezione centrale del copione è la storia del paziente e il suo/ suoi problemi di salute. La sceneggiatura presenta una parte con le informazioni che il "falso paziente" dà spontaneamente agli studenti e alcuni altri che dovrebbero essere richiesti dagli studenti. La sezione conclusiva dello script ha delineato il compito dello studente, dettagliando gli obiettivi da raggiungere, le informazioni chiave sul ruolo degli studenti, il contesto di impostazione e i dettagli clinici documentati nel file infermieristico²²⁵.

Per valutare le prestazioni degli studenti è necessaria una griglia di valutazione convalidata. La griglia di valutazione valuta la comunicazione delle informazioni pertinenti, l'uso di un linguaggio appropriato, l'ascolto

²²¹ McWilliam, P., & Botwinski, C. (2010). Developing a successful nursing Objective Structured Clinical Examination. *The Journal of nursing education*, 49(1), 36–41.

²²² Bagnasco et al., (2015)

²²³ Rushforth H. E. (2007). Objective structured clinical examination (OSCE): review of literature and implications for nursing education. *Nurse education today*, 27(5), 481–490

²²⁴ Bagnasco et al., (2015)

²²⁵ McWilliam, and Botwinski, (2010).

attivo e la chiarezza della comunicazione. La griglia di valutazione è composta da quattro costrutti: terminologia, ascolto, attenzione e chiarezza. Ogni costrutto dovrebbe essere valutato tra -2 e +2 (tabella n. 5)²²⁶.

Tabella 5 – La griglia valutativa OSCE²²⁷

	-2	-1	0	+1	+2
Terminologia	Troppo dettagliato, non appropriato	Troppo dettagliato, appropriato	Appropriato. Non molto preciso	Appropriato ma non risponde immediatamente alle domande	Risponde immediatamente alle domande
Ascolto	Sente ma non ascolta	Ascolta ma non verifica	Ascolta e verifica ma non sempre correttamente	Ascolta e verifica correttamente	Controlla se il paziente ha capito
Attenzione	Non presta attenzione verbale o comportamentale	L'attenzione verbale e comportamentale sono incoerenti	Presta attenzione verbale	Presta attenzione verbale e comportamentale	Dà feedback al paziente
Chiarezza	La comunicazione non è chiara e le informazioni non sono precise	La comunicazione non è chiara e le informazioni non sono molto precise	La comunicazione non è sempre chiara e le informazioni non sono sempre precise	Le informazioni sono precise ma la comunicazione non è sempre chiara	Le informazioni sono comprese correttamente

Il livello di prestazione accettabile è di +5 punti e corrisponde a 18/30. Il punteggio massimo, invece, è di +8 punti e corrisponde a 30/30. L'esame OSCE è effettuato da quasi due tutor. Per garantire la validità e l'affidabilità dell'esame OSCE, è importante che tutti gli elementi siano ben preparati e attentamente sviluppati²²⁸. In allegato il caso presentato (Allegato 7).

²²⁶ Guilbert, (1990).

²²⁷ Bagnasco, A., Tolotti, A., Pagnucci, N., Torre, G., Timmins, F., Aleo, G., & Sasso, L. (2016). How to maintain equity and objectivity in assessing the communication skills in a large group of student nurses during a long examination session, using the Objective Structured Clinical Examination (OSCE). *Nurse education today*, 38, 54–60.

²²⁸ Bagnasco et al., (2015)

2.1.3 Valutare l'efficacia dell'intervento attraverso il Veiga Emotional Competencies Scale

Il protocollo del progetto SG4NS prevedeva l'utilizzo del questionario Veiga Emotional Competencies Scale²²⁹ per valutare l'efficacia dello studio e, quindi, le competenze pre-post-intervento degli studenti partecipanti allo studio. Il questionario è composto da un totale di 33 domande su scala Likert a 7 punti (da 1=mai a 7=sempre), divise in 5 categorie:

1. La prima categoria è dedicata alle domande relative alla *self-awareness*: sono domande che mirano a quantificare quanto la persona percepisca, comprenda e accetti le proprie emozioni.
2. La seconda categoria è dedicata al *self-management*, ovvero la capacità di gestire le proprie emozioni: in questa parte troviamo le domande che vanno ad indagare il come una persona gestisce le proprie emozioni riguardanti la rabbia, se la controlla, quanto riesca a gestirla indirizzandola verso un canale d'uscita, un metodo, una valvola di sfogo e quanto in realtà trattenga delle emozioni e sensazioni che sta provando.
3. La terza categoria è stata indirizzata verso la *self-motivation*, la motivazione personale. Questa categoria ha lo scopo di andare ad indagare le emozioni che prova una persona di fronte ad una situazione di rifiuto, quanto si faccia sopraffare dal feedback ricevuto e quanto vada ad influire sul suo lavoro.
4. La quarta categoria è dedicata all'empatia: per comprendere quanto una persona veda in profondità ciò che si ritrova davanti utilizzando le emozioni, quanto quella persona riesca ad immedesimarsi negli altri per tentare di comprendere come possano sentirsi.

²²⁹ Veiga-Branco A. Emotional Competence. Coimbra: Quarteto; 2004

5. La quinta ed ultima categoria è indirizzata verso il *social management*, la gestione della persona nell'ambiente sociale; verifica quanto la persona sia in grado di inserirsi in gruppo, presentare le proprie idee senza sentirsi giudicata ed avere il coraggio di confrontarsi con chi lo circonda²³⁰.

Il questionario originariamente in lingua inglese e in lingua portoghese, è stato tradotto e validato in lingua italiana prima di essere somministrato agli studenti partecipanti allo studio SG4NS. La validazione dello strumento è stata condotta a maggio 2023. La scala ha ottenuto un valore di S-CVI pari a 0.93, ed ogni singolo item ha ottenuto un I-CVI di 1 eccetto per sette item dove il valore di I-CVI era di 0.8. Inoltre, ha ottenuto un'alpha di Cronbach pari a 0.85 per l'intera scala, per quanto riguarda le sotto scale invece: *self-awareness* 0.79, *self-management* 0.58, *self-motivation* 0.78, empatia 0.77 e *social management* 0.76²³¹. La versione italiana validata e adoperata nello studio SG4NS è stata allegata (Allegato 8).

²³⁰ Veiga-Branco (2004)

²³¹ Napolitano F., Corsi I., Maloberti D., Calzolari M., Barbieri M., Aleo G., Zanini M., Catania G., Gomes L., Sasso L., & Bagnasco A. (2024). Veiga Emotional Competence Scale Short Version in Italian Language: A Validation Study. *Journal of Advanced Nursing*, article in submission.

2.2 La Normalization Process Theory

Con riferimento alla teoria del Normalization Process (NPT) e attingendo anche alle nozioni di Context-Mechanism-Outcome (CMO)^{232,233,234}, è stato studiato il processo attraverso il quale gli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica comprendono le competenze emotive fornite nell'intervento educativo e le implementano nella loro pratica clinica. L'attenzione è stata rivolta ai modi in cui le competenze emotive sono capite, implementate, incorporate nelle routine e integrate nella loro pratica clinica. Ciò ha consentito di valutare se l'erogazione del corso ha beneficiato il modo in cui gli studenti si relazionano con gli altri e come gestiscono le loro emozioni. Secondo questa visione, è importante indagare diversi aspetti del processo di insegnamento, apprendimento e utilizzo di nuove conoscenze e abilità.

La NPT è una teoria sociologica che si concentra sul contributo dell'azione sociale sull'implementazione (il modo in cui una pratica è messa in atto attraverso l'organizzazione sociale), incorporazione (il processo di routinizzazione delle pratiche) e integrazione (il processo di supporto)^{235,236,237}. Questo processo di implementazione, incorporazione e integrazione delle pratiche, si sostiene, porti alla normalizzazione di una pratica²³⁸. Inoltre, la NPT è una teoria medio-raggio, le teorie a medio-raggio

²³² May, C., & Finch, T. (2009). Implementing, Embedding, and Integrating Practices: An Outline of Normalization Process Theory. *Sociology*, 43(3), 535–554

²³³ May, C. R., Mair, F., Finch, T., MacFarlane, A., Dowrick, C., Treweek, S., Rapley, T., Ballini, L., Ong, B. N., Rogers, A., Murray, E., Elwyn, G., Légaré, F., Gunn, J., & Montori, V. M. (2009). Development of a theory of implementation and integration: Normalization Process Theory. *Implementation science: IS*, 4, 29.

²³⁴ May, C. R., Albers, B., Bracher, M., Finch, T. L., Gilbert, A., Girling, M., Greenwood, K., MacFarlane, A., Mair, F. S., May, C. M., Murray, E., Potthoff, S., & Rapley, T. (2022). Translational framework for implementation evaluation and research: a normalisation process theory coding manual for qualitative research and instrument development. *Implementation science: IS*, 17(1), 19

²³⁵ May et al., (2009)

²³⁶ McNaughton, R. J., Steven, A., & Shucksmith, J. (2020). Using Normalization Process Theory as a Practical Tool Across the Life Course of a Qualitative Research Project. *Qualitative health research*, 30(2), 217–227

²³⁷ May et al., (2009)

²³⁸ May C. (2013). Agency and implementation: understanding the embedding of healthcare innovations in practice. *Social science & medicine (1982)*, 78, 26–33.

sono teorie capaci di descrivere un quadro di riferimento per la comprensione dei problemi e per guidare lo sviluppo di interventi in senso pratico^{239,240}. La NPT può essere utilizzata per comprendere i processi fluidi, dinamici e interattivi che sono in gioco tra contesti, persone e oggetti ed offre un metodo o una struttura per concettualizzare e fornire una descrizione razionale e sistematica e una spiegazione del lavoro di individui e gruppi²⁴¹.

La NPT è composta da quattro costrutti fondamentali primari: “*Making sense of it*” (*coherence*), “*working out participation*” (*cognitive participation*), “*doing it*” (*collective action*) e “*reflecting on it*” (*reflexive monitoring*)^{242,243,244} (Figura n. 2), che possono essere utilizzati in modo flessibile quando si studia il processo di implementazione²⁴⁵.

²³⁹ McNaughton et al., (2020)

²⁴⁰ May et al., (2009)

²⁴¹ McEvoy, R., Ballini, L., Maltoni, S., O'Donnell, C. A., Mair, F. S., & Macfarlane, A. (2014). A qualitative systematic review of studies using the normalization process theory to research implementation processes. *Implementation science: IS*, 9, 2.

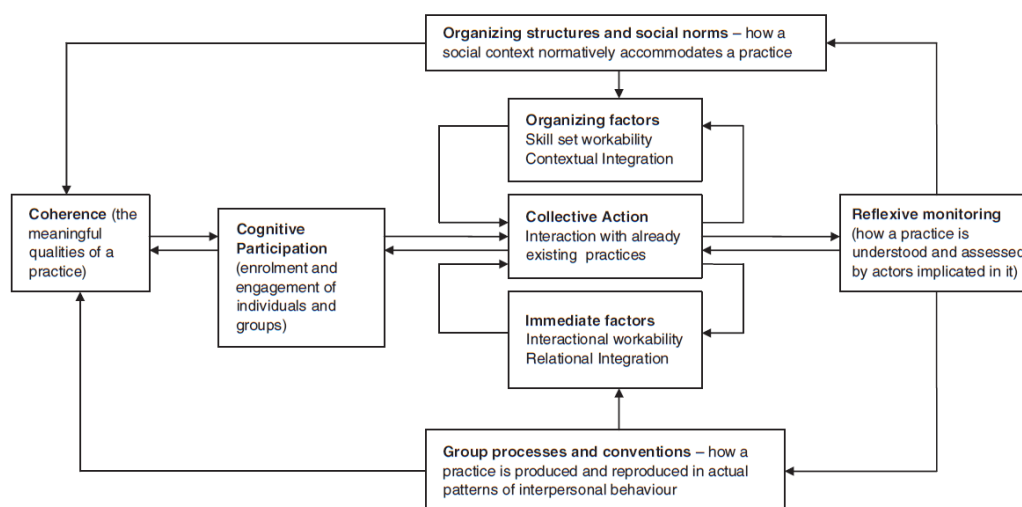
²⁴² May, and Finch, (2009).

²⁴³ May, (2013)

²⁴⁴ May et al. (2009)

²⁴⁵ May et al., (2022)

Figura 2 – Il modello dei costrutti fondamentali della NPT²⁴⁶



Il primo costrutto, coherence, valuta come i partecipanti allo studio danno significato o “senso” all’intervento educativo e all’erogazione delle nuove tecniche e/o competenze insegnate²⁴⁷. La *cognitive participation*, il secondo costrutto, esplora gli aspetti relazionali di come le persone elaborano la loro partecipazione all’intervento educativo, pensano e si organizzano per impegnarsi con l’apprendimento e l’utilizzo delle nuove abilità e conoscenze²⁴⁸. Il terzo costrutto, *collective action*, riguarda il modo in cui le persone si adattano, collaborano e cooperano sia durante l’intervento educativo all’interno del gruppo che nel mettere in atto le abilità e le conoscenze dopo l’intervento educativo²⁴⁹. L’ultimo costrutto, *reflexive monitoring*, riguarda i modi in cui i partecipanti riflettono e valutano il loro impegno con l’intervento e l’uso delle abilità e delle conoscenze apprese, questa valutazione può essere sia individuale che condivisa²⁵⁰ (Figura n. 3).

²⁴⁶ May, and Finch, (2009).

²⁴⁷ May et al., (2013)

²⁴⁸ McNaughton et al., (2020)

²⁴⁹ May et al., (2013)

²⁵⁰ Al-Shammari, M. A., Yasir, A., Aldoori, N., & Mohammad, H. (2022). Using Normalization Process Theory to Evaluate an End-of-Life Pediatric Palliative Care Web-Based Training Program for Nurses: Protocol for a Randomized Controlled Trial. *JMIR research protocols*, 11(11), e23783.

Figura 3 – Definizione dei costrutti della NPT²⁵¹

Making Sense of It (Coherence-Planning Phase)	Working Out Participation (Cognitive Participation-Planning Phase)
<p><i>The process of sense making and understanding that individuals have to go through in order to promote or inhibit the routine embedding of a practice to its users. These processes are energised by investments of meaning made by participants.</i> (Finch, Mair, O'Donnell, Murray, & May, 2012, p. 3)</p> <p><i>How people understand and make sense of a practice with an emphasis on understanding and conceptualisation of interventions and their work.</i> (McEvoy et al., 2014, p. 2)</p>	<p><i>The process that individuals and organisations go through in order to enrol individuals to engage with a new practice. These processes are energised by investments of commitment made by participants.</i> (Finch et al., 2012, p. 3)</p> <p><i>How people engage and participate with a practice with an emphasis on notions of legitimation and buy in, both in terms of the individuals involved and involving others.</i> (McEvoy et al., 2014, p. 2)</p>
Doing It (Collective Action-Doing Phase)	Reflecting on It (Reflexive Monitoring-Appraisal Phase)
<p><i>The work that individuals and organisations have to do to enact the new practice. These processes are energised by investments of effort made by participants.</i> (Finch et al., 2012, p. 3)</p> <p><i>The distribution of work required among stakeholders and the resources to support that with an emphasis on; organisational resources, training, divisions of labour, confidence and expertise as well as the workability of the intervention.</i> (McEvoy et al., 2014, p. 2)</p>	<p><i>The informal and formal appraisal of a new practice once it is in use, in order to assess its advantages or disadvantages and which develops user's comprehension of the effects of a practice. These processes are energised by investments in appraisal made by participants.</i> (Finch et al., 2012, p. 3)</p> <p><i>How people reflect and appraise its (practice) effects. With an emphasis on appraising and monitoring implementation work.</i> (McEvoy et al., 2014, p. 2)</p>

2.3.1 La teoria Contesto-Meccanismo-Outcome (CMO)

*“Causal outcomes follow from mechanisms acting in contexts,
[...] Outcomes = mechanisms + context”.*

Tilley e Pawson, 2014²⁵²

Pawson e Tilley, nel loro libro²⁵³, descrivono e rappresentano la teoria contesto-meccanismo-risultato (CMO) attraverso l'equazione sopra riportata definendo che esiste una necessaria interrelazione tra contesti e meccanismi che deve esistere affinché i programmi generino risultati. La loro teoria rientra nella valutazione realistica della ricerca dove l'obiettivo è fondato sulla scoperta delle tre “W” o il mantra realista: cosa funziona per chi, in quali circostanze²⁵⁴. Dimostrano che un'azione è causata solo se il suo risultato è innescato da un meccanismo che agisce in un determinato contesto. Quindi, introducono il concetto di realismo critico come un vero e proprio metodo di

²⁵¹ McNaughton et al., (2020)

²⁵² Tilley, N., & Pawson, R. (2014). *Realistic Evaluation*. SAGE Publications, Limited.

²⁵³ Pawson, R., & Tilley, N. (1997). *Realistic evaluation*. sage.

²⁵⁴ Pawson, R. (2006). *Evidence-Based Policy: A Realist Perspective*. Sage Publications Ltd.

sperimentazione armato di causalità, basato sul policy-making^{255,256,257}. Inoltre, sottolineano il fatto che i meccanismi che entrano in azione sono differenti e che, quindi, vi è la possibilità di ottenere risultati contrastanti²⁵⁸.

L'innovazione che viene offerta da Pawson e Tilley, non è solo quella riguardante i plurimi meccanismi che offrono più risultati, ma la nuova analisi della realtà:

“What works for whom in what circumstances . . . and why²⁵⁹”.

Pawson e Manzano-Santaella, 2012

Ciò che si vuole analizzare, infatti, con il loro framework è in che modo i contesti e i meccanismi generano i risultati ottenuti. Importante sottolineare che vi sono differenti contesti che insieme a differenti meccanismi offrono diversi outcome²⁶⁰. Attraverso il framework CMO si effettua una valutazione realista della realtà in modo da valutare in modo critico e costruttivo i cambiamenti dati dagli interventi: da uno spettro di successo/fallimento a una comprensione contestuale del se, del perché e del come un intervento abbia più o meno probabilità di funzionare in determinate situazioni^{261,262}. Attraverso la teoria del CMO è possibile spiegare e capire come funziona un intervento o un programma²⁶³.

²⁵⁵ Pawson, R., & Tilley, N. (1997).

²⁵⁶ Pawson, R. (2006).

²⁵⁷ Tilley, N., & Pawson, R. (2014)

²⁵⁸ Tilley, N., & Pawson, R. (2014)

²⁵⁹ Pawson, R., & Manzano-Santaella, A. (2012). A realist diagnostic workshop. *Evaluation*, 18(2), 176–191.

²⁶⁰ Tilley, N., & Pawson, R. (2014)

²⁶¹ Pawson, R., & Tilley, N. (1997).

²⁶² Pawson, R. (2006).

²⁶³ Pawson, R., & Manzano-Santaella, A. (2012).

2.4 Disegno dello studio

Questo è uno studio pre-post-intervento sviluppato per elaborare e fornire strumenti e metodologie al fine di implementare un intervento formativo basato sulle CE per gli studenti iscritti al Corso di Laurea in Infermieristica. Lo studio è a metodi misti in quanto raccoglie dati quantitativi (i livelli di EI e le valutazioni performative degli studenti) e qualitativi (attraverso interviste, focus group e osservazioni), rispetto al framework NPT.

2.5 Popolazione in studio

La popolazione in studio è rappresentata dagli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica italiani partecipanti allo studio. Gli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica sono stati invitati a partecipare al progetto SG4NS, tramite un incontro di presentazione dello studio in modalità telematica. I partecipanti allo studio hanno ricevuto attraverso piattaforma elettronica, le informazioni relative alle caratteristiche dello studio, il foglio informativo e il consenso informato. Per partecipare al progetto, infatti, dovevano aver compreso e accettato il consenso alla partecipazione.

2.5.1 Criteri di eleggibilità

Criteri di inclusione

- Studenti iscritti al secondo anno del corso di laurea in Infermieristica
- Aver compreso, accettato e firmato il consenso informato

Criteria di esclusione

- Studenti del corso di laurea in Infermieristica che hanno già effettuato un percorso di formazione strutturato nell'ambito delle competenze emotive saranno esclusi dallo studio.

2.5.2 Campionamento

Il campionamento dello studio è non probabilistico di convenienza, ogni studente che soddisfa i criteri d'inclusione è stato candidato alla partecipazione dello studio. Gli studenti hanno partecipato allo studio in modo volontario ed è stata garantita la possibilità di ritirarsi dallo studio in ogni momento, senza che questo avesse alcuna ripercussione su di essi o sul loro percorso di studio.

2.6 Raccolta dati

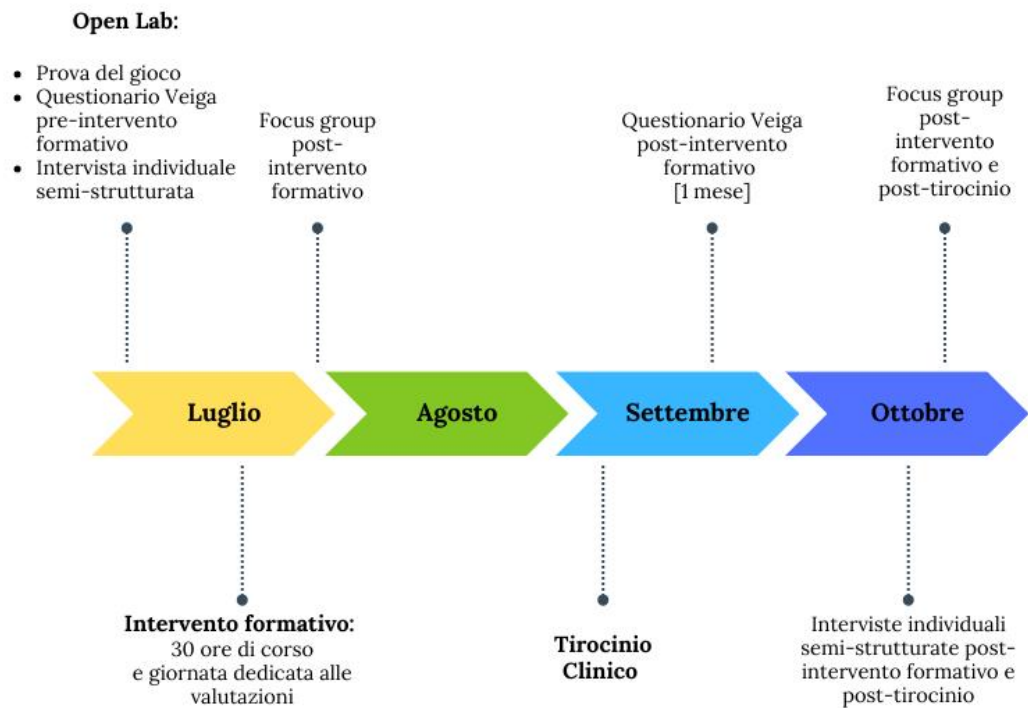
La raccolta dati è stata preceduta da un incontro tra il responsabile scientifico dello studio e gli sperimentatori principali, o un loro delegato, al fine di condividere le procedure e uniformare la raccolta dati e il processo di consenso informato. La raccolta dati è stata condotta tra luglio 2023 e ottobre 2023 secondo quanto riportato in figura 4.

Per i dati quantitativi il questionario pre-intervento è stato somministrato nella giornata di Open Lab, al termine della prova del gioco, ad ogni studente partecipante. Le valutazioni inerenti esame di triplo salto ed OSCE sono state effettuate, in una giornata dedicata, al termine dell'intervento educativo. Il questionario post-intervento formativo è stato invece somministrato a distanza di un mese dall'intervento formativo stesso.

Per quanto riguarda i dati qualitativi, interviste individuali e focus group sono stati svolti in tempi differenti per indagare come cambiassero l'approccio e le

competenze degli studenti secondo gli obiettivi teorici della NPT. Una prima intervista individuale è stata effettuata il giorno dell'Open Lab. Al termine dell'intervento formativo, invece, è stato condotto un focus group. Dopo 2 mesi dall'evento formativo e dopo un mese di tirocinio clinico, sono state condotte interviste individuali ed un secondo focus group. Inoltre, durante tutto l'evento formativo, Open Lab compreso, sono state condotte osservazioni sul campo (Figura 4).

Figura 4 – Time line raccolta dati e intervento formativo



La guida per le interviste è stata basata sulla NPT e le domande nelle varie fasi di interviste e focus group sono state adattate sulla base delle interviste/focus group precedenti. Le domande sottoposte suddivise per costrutto sono riportate nella tabella n. 6. È utile precisare che alcune domande usate risultano ripetute nei costrutti, in quanto le risposte danno informazione utili per diversi costrutti.

Tabella 6 - Raccolta dei dati mappata sui costrutti della NPT

NPT	I due elementi di studio e le aree chiave da esplorare nelle interviste/focus group	
	1. Coinvolgimento nell'intervento educativo	2. Applicazione/utilizzo delle nuove conoscenze e competenze (nella pratica clinica)
<p><i>Making Sense of It (Coherence)</i></p> <p>The sense-making work that people do individually and collectively when they are faced with the problem of operationalizing some set of practices²⁶⁴.</p> <p><i>In questo studio: In che modo i partecipanti allo studio attribuiscono un significato o un "senso" all'intervento educativo e alle nuove tecniche e/o competenze erogate.</i></p> <p>Meccanismi:</p> <p>Comprendere l'unicità (Differenziazione)</p> <p>Interpretare collettivamente (Specificazione comunitaria)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cosa pensate dell'intelligenza emotiva/delle competenze emotive? - In che modo le competenze emotive possono migliorare la vostra vita privata? - Rispetto alle fasi dell'intervento, gioco, lezioni e attività in aula, quali competenze ti aspetti di sviluppare? - Qual è la novità di questo intervento educativo rispetto alle attività che di solito svolgete? - Siete riusciti ad integrare in qualche modo le competenze ricevute durante il 	<ul style="list-style-type: none"> - In che modo le competenze emotive possono migliorare la vostra pratica clinica? - Le competenze erogate nel corso ti sono sembrate utili, consone e adatte nelle situazioni emotive che hai incontrato o si sono presentate durante il tirocinio? - In che modo le competenze erogate dal corso durante il tuo tirocinio clinico ti sono state utili per regolare le tue emozioni? - Le competenze erogate nel corso ti sono sembrate utili, consone e adatte nelle situazioni emotive che hai incontrato o si sono presentate durante il tirocinio?

²⁶⁴ May et al., (2009)

<p>Interpretare individualmente (Specificazione individuale)</p> <p>Giungere a una conclusione (Internalizzazione)</p>	<p> tirocinio? In che modo?</p> <ul style="list-style-type: none"> - In che modo, secondo voi, potrebbe essere erogato l'intervento formativo per far sì che sia efficace? C'è qualcosa che cambiereste?
<p>Working Out Participation (Cognitive Participation)</p> <p>The relational work that people do to build and sustain a community of practice around a new technology or complex intervention²⁶⁵.</p> <p><i>In questo studio: esplora gli aspetti relazionali del modo in cui le persone elaborano la loro partecipazione all'intervento educativo e pensano e organizzano se stesse per impegnarsi nell'apprendimento e nell'utilizzo delle nuove abilità e conoscenze</i></p> <p>Meccanismi:</p> <p>Avere le capacità di coinvolgere (Iniziazione)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Quali aspettative avevi rispetto all'utilizzo del visore e in che modo sono state rispecchiate o non? - Le vostre esperienze pregresse in che modo vi hanno aiutati utilizzo del visore? - In che modo ti è stato proposto di partecipare all'intervento educativo? - In che modo pensi che le tue abilità e conoscenza possano essere adeguate all'utilizzo del gioco e per le attività che andrai <ul style="list-style-type: none"> - Le competenze erogate nel corso ti sono sembrate utili, consone e adatte nelle situazioni emotive che hai incontrato o si sono presentate durante il tirocinio? - In che modo le competenze erogate dal corso durante il tuo tirocinio clinico ti sono state utili per regolare le tue emozioni? - In che modo il corso sulle competenze emotive vi ha aiutati nella vita di tutti i giorni? - L'intervento educativo inerente le competenze emotive, in che modo pensate sia stato utile per la vostra crescita professionale?

²⁶⁵ May et al., (2009)

<p>Organizzare le persone (Iscrizione)</p> <p>Credere che la pratica sia valida (Legittimazione)</p> <p>Definire le azioni (Attivazione)</p>	<p>a svolgere durante l'intervento educativo?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quali sono le tue aspettative a riguardo? - Cosa ne pensate dell'intervento educativo che avete svolto? - A seguito del tirocinio, pensi che l'intervento formativo sia stato appropriato ed efficace, in che modo? - In che modo vi siete opposti o sentiti coinvolti nelle attività proposte? - Le relazioni che avete costruito tra voi durante l'intervento educativo, in che modo sono state mantenute in questi due mesi?
<p><i>Doing It (Collective action)</i></p> <p>The operational work that people do to enact a set of practices, whether these represent a new technology or complex</p>	<ul style="list-style-type: none"> - In che modo collaborare tra di voi durante le attività vi ha aiutato a sviluppare le competenze emotive? - Quali sono state le sensazioni/emozioni che hai provato se ci sono stati dei momenti in cui hai ripensato all'intervento formativo e a come applicare le

<p>healthcare interventions²⁶⁶.</p> <p><i>In questo studio: come le persone si adattano, collaborano e cooperano sia durante l'intervento educativo all'interno del gruppo sia nel mettere in pratica le competenze e le conoscenze dopo l'intervento educativo</i></p> <p>Meccanismi:</p> <p>Esecuzione delle azioni (Capacità di lavoro interattivo)</p> <p>Lavorare con gli altri e fidarsi del lavoro degli altri (Integrazione relazionale)</p> <p>Suddivisione appropriata dei compiti (Abilità Lavorabilità)</p> <p>Allocazione delle risorse (Integrazione contestuale)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Come vi siete organizzati nel gruppo durante le attività proposte? - Come ti sei sentito nel dover provare a giocare al gioco di realtà virtuale? - Cosa ne pensate dell'intervento educativo che avete svolto? - Le relazioni che avete costruito tra voi durante l'intervento educativo, in che modo sono state mantenute in questi due mesi? - L'unione del gruppo è stato un fattore ostacolante o favorente per apprendere le competenze emotive? In che modo? 	<p>competenze emotive apprese?</p> <ul style="list-style-type: none"> - In che modo hai reagito per regolare le tue emozioni? - In che modo hai reagito per regolare le tue emozioni? - In che modo le competenze erogate dal corso durante il tuo tirocinio clinico ti sono state utili per regolare le tue emozioni? - In che modo vi siete approcciati, durante il tirocinio, nella collaborazione con altre figure professionali o i vostri compagni?
<p>Reflecting on It (Reflexive Monitoring)</p> <p>The appraisal work that people do to assess and understand the ways that a new set of practices affect</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Le vostre esperienze pregresse in che modo vi hanno aiutati nell'apprendimento 	<ul style="list-style-type: none"> - Come ti sei sentito durante il tirocinio a seguito dell'intervento formativo sulle competenze emotive? - Quali sono state le sensazioni/emozioni che hai provato se ci sono

²⁶⁶ May et al., (2009)

<p>them and others around them²⁶⁷.</p> <p><i>In questo studio: i modi in cui i partecipanti riflettono e valutano il loro impegno con l'intervento e l'uso delle competenze e delle conoscenze apprese; questa valutazione può essere sia individuale che condivisa.</i></p> <p>Meccanismi:</p> <p>Raccolta delle informazioni di feedback (Sistematizzazione)</p> <p>Valutazione collettiva (Valutazione collettiva)</p> <p>Valutazione individuale (Valutazione individuale)</p> <p>Cambiare il modo in cui le cose vengono fatte (Riconfigurazione)</p>	<p>delle competenze emotive?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quali difficoltà avete incontrato durante l'intervento educativo? - A seguito del tirocinio, pensi che l'intervento formativo sia stato appropriato ed efficace, in che modo? - Qual è la novità di questo intervento educativo rispetto alle attività che di solito svolgete? - Come ti sei sentito nel dover provare a giocare al gioco di realtà virtuale? - Cosa ne pensate dell'intervento educativo che avete svolto? - Siete riusciti ad integrare in qualche modo le competenze ricevute durante il tirocinio? In che modo? - Le relazioni che avete costruito tra voi durante 	<p>stati dei momenti in cui hai ripensato all'intervento formativo e a come applicare le competenze emotive apprese?</p> <ul style="list-style-type: none"> - In che modo hai reagito per regolare le tue emozioni? - Le competenze erogate nel corso ti sono sembrate utili, consone e adatte nelle situazioni emotive che hai incontrato o si sono presentate durante il tirocinio? - In che modo le competenze erogate dal corso durante il tuo tirocinio clinico ti sono state utili per regolare le tue emozioni? - Hai avuto difficoltà nel mettere in pratica le competenze erogate dall'intervento formativo oppure ti è risultato semplice? In che modo? - In che modo il corso sulle competenze emotive vi ha aiutati nella vita di tutti i giorni? - L'intervento educativo inerente le competenze emotive, in che modo pensate sia stato utile per
--	---	--

²⁶⁷ May et al., (2009)

	<p>l'intervento educativo, in che modo sono state mantenute in questi due mesi?</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'unione del gruppo è stato un fattore ostacolante o favorente per apprendere le competenze emotive? In che modo? - In che modo, secondo voi, potrebbe essere erogato l'intervento formativo per far sì che sia efficace? C'è qualcosa che cambiereste? <p>la vostra crescita professionale?</p>
--	---

2.7 Analisi dei dati

- *Analisi dei dati del questionario Veiga Emotional Competence Scale - Short Version*

L'analisi dei dati quantitativi raccolti è stata effettuata conducendo analisi di confronto tra i dati relativi alle competenze emotive da parte degli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica nella fase pre e post-intervento formativo. La significatività della differenza dei punteggi medi ottenuti dalle valutazioni con il questionario *Veiga Emotional Competence Scale - Short Version* è stata misurata con il test *t di Student* o analogo non parametrico per

dati indipendenti assumendo il livello di significatività α pari a 0,05^{268,269}. Le analisi sono state condotte tramite Software Jamovi versione 2.4.8²⁷⁰.

- *Analisi dei dati qualitativi*

L'analisi dei dati qualitativi raccolti è stata effettuata tramite analisi tematica di Braun e Clarke²⁷¹. Il processo di analisi dei dati è stato effettuato in due macro-fasi. Durante la prima fase, le interviste sono state lette, rilette e riascoltate, fino ad ottenere la familiarizzazione dei dati. Per ogni trascrizione di intervista, è stata eseguita una codifica dettagliata riga per riga dei dati. I dati e i codici sono stati successivamente rivisti tenendo come punto di riferimento l'obiettivo della ricerca. I codici sono stati, quindi, suddivisi tra quelli primari e secondari, e sono stati categorizzati, prendendo nota delle possibili interpretazioni²⁷². I codici sono stati raggruppati per identificarne delle aree tematiche (sotto-temi) e raggrupparli ulteriormente (temi) (Allegato n. 10).

Nella seconda fase, sono state rianalizzate tutte le interviste per identificare e descrivere le somiglianze e le distinzioni nelle modalità di implementazione delle competenze emotive erogate dall'intervento educativo e definire in che modo l'intervento formativo tramite meccanismi e contesto ha aiutato ad ottenere l'implementazione stessa o meno delle CE. I temi costruiti riguardano principalmente i costrutti della NPT²⁷³, ma comprendono anche aspetti del contesto attuativo, come i meccanismi e i risultati dell'intervento educativo stesso. Le analisi si sono basate sui principi della valutazione realistica, compresi i concetti di "contesto (C), meccanismo (M) e risultato

²⁶⁸ Polit, D. (s.d.). *Nursing research: Principles and methods* (7^a ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

²⁶⁹ Polit, Ph.D., FAAN, Denise F & Lake, E. (2013). *Statistics and Data Analysis for Nursing Research: Pearson New International Edition*. Pearson Education, Limited.

²⁷⁰ The jamovi project (2023). jamovi. (Version 2.4) [Computer Software].

²⁷¹ Braun, V., & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis: A practical guide*. SAGE.

²⁷² Braun and Clarke (2022)

²⁷³ May et al., 2022

(O)^{274,275}, che hanno agito come quadro teorico insieme alla NPT. La codifica ha cercato di identificare e descrivere gli aspetti percepiti come caratteristiche contestuali o meccanicistiche e i loro risultati²⁷⁶. Si sono tenute discussioni di gruppo per confrontare, criticare e concordare gli aspetti identificati come fattori esterni o interni relativi a contesti, meccanismi e risultati per gli studenti. L'attenzione agli aspetti temporali delle esperienze descritte nei resoconti (prima, durante e dopo) ha aiutato i ricercatori a raccogliere i codici intorno ai tre temi C, M, O che si sono sviluppati²⁷⁷.

2.9 Rigore metodologico

Il rigore metodologico della ricerca qualitativa è stato garantito, i ricercatori coinvolti nell'analisi dei dati qualitativi hanno documentato tutte le decisioni di raccolta e analisi dei dati a tutto il comitato scientifico^{278,279}. Per migliorare l'obiettività analitica, un supervisore, specialista in ricerca qualitativa, ha condotto una verifica approfondita dell'intero processo. Inoltre, tutte le interviste sono state audio-registrate e la loro trascrizioni *verbatim* hanno permesso la completa verifica con le interviste originali^{280,281}. Durante le

²⁷⁴ Barry, M., de Groot, E., Baggen, Y., Smalbrugge, M., Moolenaar, N., Bartelink, M. E. L., Damoiseaux, R. A. M. J., Scherpbier, N., & Kluijtmans, M. (2019). Understanding the Broker Role of Clinician-Scientists: A Realist Review on How They Link Research and Practice. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 94(10), 1589–1598.

²⁷⁵ Pawson R., Manzano-Santaella A. (2012). A realist diagnostic workshop. *Evaluation*, 18 (2), pp. 176-191.

²⁷⁶ Pawson, R., & Tilley, N. (1997).

²⁷⁷ Steven, A., Magnusson, C., Smith, P., & Pearson, P. H. (2014). Patient safety in nursing education: contexts, tensions and feeling safe to learn. *Nurse education today*, 34(2), 277–284

²⁷⁸ Darawsheh, W. (2014). Reflexivity in research: Promoting rigour, reliability and validity in qualitative research. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*, 21(12), 560–568.

²⁷⁹ Johnson, J. L., Adkins, D., & Chauvin, S. (2020). A Review of the Quality Indicators of Rigor in Qualitative Research. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 84(1), 138–146.

²⁸⁰ Johnson et al., (2020).

²⁸¹ Rodham K., Fox F. & Doran N. (2015). Exploring analytical trustworthiness and the process of reaching consensus in interpretative phenomenological analysis: lost in transcription. *International Journal of Social Research Methodology*, 18:1, 59-71, DOI: 10.1080/13645579.2013.852368

interviste, un secondo ricercatore era presente in qualità di osservatore esterno per raccogliere alcune note di campo²⁸². I criteri di rigore metodologico²⁸³ sono riportati qui di seguito:

- **Credibilità:** Il ricercatore ha trascorso molto tempo con i partecipanti nel loro mondo, al fine di osservare l'esperienza umana nel contesto in cui si esplicita. I dati raccolti sono stati, inoltre, verificati con i soggetti coinvolti nello studio. Durante le interviste sono state usate la sintesi e la riflessione su quanto ascoltato per verificare con la persona la propria comprensione circa quanto espresso e motivato dal soggetto stesso. Era prevista la possibilità di ritornare dal soggetto intervistato per riverificare insieme alcuni punti del testo della prima intervista e approfondire eventuali temi nuovi individuati. La mia presenza durante tutte le fasi dell'intervento formativo e l'esecuzione di interviste e focus-group in tempi differenti dell'intervento, hanno permesso di mettere in pratica il criterio di credibilità.
- **Verificabilità:** Per quanto riguarda la verificabilità, sono state motivate e documentate tutte le scelte effettuate dal ricercatore riguardo lo studio e tutto il percorso è stato supervisionato dal tutor e da un esperto (audit) al fine di ridurre il più possibile il rischio di arbitrarietà. La tesi e tutti i risultati sono stati controllati e supervisionati dalla mia correlatrice, Prof.ssa Alison Steven e relatrice Prof.ssa Annamaria Bagnasco.
- **Confermabilità:** Sono stati realizzati momenti di verifica condotti con gli esperti al fine di confermare che le interpretazioni dei dati effettuate dal ricercatore sono effettivamente coerenti con i vissuti delle persone intervistate. La tesi e tutti i risultati sono stati controllati e supervisionati dalla mia correlatrice, Prof.ssa Alison Steven e relatrice Prof.ssa Annamaria Bagnasco.

²⁸² Carnevale, F., (2002). Authentic Qualitative research and the Quest for Methodological Rigor. *Canadian Journal of Nursing Research*, 121-128

²⁸³ Carnevale, 2002

- Trasferibilità: È stata garantita attraverso la descrizione dettagliata di tutte le fasi del processo di ricerca, la descrizione delle caratteristiche dei partecipanti allo studio, del contesto nel quale è stata realizzata la ricerca stessa e dei limiti dello studio.

2.10 Implicazioni etiche

Lo studio è stato condotto in accordo con la dichiarazione di Helsinki (versione di Fortaleza 2013) e in conformità alle norme vigenti in materia di studi clinici e di buona pratica clinica. Questo studio prevedeva la richiesta di consenso informato previa lettura del “Foglio Informativo” (allegato 9) esaustivo con le informazioni necessarie di cui dovevano essere a conoscenza i partecipanti.

Per questo studio è stato sottoposto il protocollo al parere del Comitato Etico Territoriale – Liguria con parere positivo (427/2023 - DB id 13389). Inoltre, il protocollo è stato accettato dal Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde da Universidade do Minho, Comitato Etico del paese promotore dello studio, con esito positivo. È stata garantita l’assoluta volontarietà di partecipazione allo studio e la possibilità di non prestare il proprio consenso o di ritirarsi dallo studio in ogni momento della sua esecuzione. Nel caso in cui gli studenti avessero deciso di ritirarsi dallo studio, non erano previsti nessun tipo di penalizzazione, né nel curriculum universitario, né di valutazione. Ogni polo formativo ha presentato lo studio ai propri studenti secondo le modalità preferite dagli stessi. Prima dell’intervento formativo il consenso informato è stato letto e firmato, inoltre, ad ogni intervista svolta è stato sempre richiesto il consenso alla partecipazione e l’utilizzo dei dati prima e dopo aver avviato la registrazione. Tutte le informazioni ottenute durante lo studio sono state raccolte in forma anonima. La raccolta su un database e il trattamento dei dati necessari a produrre le elaborazioni previste dallo studio rispondono hanno seguito le vigenti norme sulla privacy (Regolamento UE GDPR 2016/679) e tutti i dati

sono pubblicati e analizzati solo in forma aggregata. Inoltre, i dati raccolti sono disponibili solo ai ricercatori. Vi erano benefici per chi prendesse parte alla ricerca in termini di crediti formativi universitari, se superata la fase valutativa con punteggio positivo di Triplo salto e OSCE. I crediti formativi erano riferiti a 2 punti ADE (Attività Didattiche Elettive). Inoltre, le ore dell'intervento formativo, sono state considerate ore di tirocinio-laboratorio. Non erano previsti compensi né rimborsi, a nessun livello. A tutti gli studenti partecipanti allo studio, compresi studenti che si sono ritirati, è stato fornito alla fine dell'intervento formativo, un gadget ufficiale di UNIGE: zaino, taccuino e matita. Il gadget è stato fornito come ringraziamento alla partecipazione all'intervento formativo stesso.

Capitolo 3

I risultati

3.1 Caratteristiche del campione in studio

I partecipanti allo studio in Italia erano 12. In maggioranza erano di sesso femminile (75%, n=9) con un'età media di 26 (DS: 8) anni (Tabella 7).

Tabella 7 – Le caratteristiche del campione

Variabili (N=12)	n (%)	Media (DS)
Sesso		
Maschio	3 (25%)	
Femmina	9 (75%)	
Età		26.3 (7.99)

3.2 Le valutazioni degli studenti

Per quanto riguarda le valutazioni del Triplo Salto, la media di punteggio è stata di 29.33 (DS: 1.61). Per quanto riguarda, invece, il punteggio OSCE, la media di valutazione è stata di 5 (DS: 2.3) (Tabella 8). Quindi considerando 5 come valore di sufficienza nel punteggio totale, il gruppo ha ottenuto un punteggio appena sufficiente, superando la prova di simulazione.

Tabella 8 – Valutazioni OSCE

Categorie valutazioni	Media (DS)
Terminologia	1.50 (0.79)
Ascolto	0.92 (0.79)
Attenzione	1.50 (0.52)
Chiarezza	1.42 (0.67)
Media somma totale	5.34 (2.31) *

*Range da -8 a 8; Superamento della prova +5.

3.3 L'efficacia dello studio

Le medie di punteggio della Veiga Emotional Competencies Scale pre e post-intervento sono state calcolate e confrontate. Dalle analisi di confronto è emerso che l'intervento formativo ha migliorato le competenze emotive degli studenti. Le medie di punteggio sono aumentate sia nelle sotto scale che per la media generale (Tabella 9). In particolare, sono state ottenute differenze medie statisticamente molto significative per quanto riguarda la competenza di *self-awareness* (DM [Differenza Media]: 1.29; $p < .001$), la gestione delle emozioni (DM: 1.20; $p < .001$), la *self-motivation* (DM: 2.39; $p < .001$) e il punteggio totale (DM: 1.03; $p < .001$).

Tabella 9 – Punteggi ottenuti dal Veiga Emotional Competence Scale pre e post-intervento

Variabili	Media (DS) pre	Media (DS) post	Differenza media	p-value	95% Intervallo di fiducia	
					Inferiore	Superiore
Self-awareness	3.57 (0.72)	4.86 (0.81)	-1.292	< .001	-1.85	-0.736
Emotion management	3.20 (0.49)	4.40 (0.44)	-1.202	< .001	-1.57	-0.834
Self-motivation	2.89 (0.78)	5.29 (0.61)	-2.393	< .001	-2.93	-1.852
Empathy	4.82 (0.72)	4.93 (1.37)	-0.117	0.806	-1.14	0.902
Social Management	3.74 (0.98)	3.89 (1.04)	-0.153	0.746	-1.16	0.858
Media totale	3.64 (0.48)	4.68 (0.59)	-1.031	< .001	-1.45	-0.611

3.4 L'implementazione delle competenze emotive nella pratica clinica: i quattro costrutti della NPT e il CMO

Per riportare i risultati della NPT, come per altri studi presenti in letteratura^{284,285,286,287}, si farà riferimento ai quattro costrutti della teoria. Come riportato nei metodi, infatti, i dati sono stati analizzati tenendo conto dei quattro costrutti e andando ad esplorare in che modo gli studenti avessero, appreso, inserito o implementato le competenze emotive nella loro pratica clinica. Attraverso il processo di codifica è stato possibile inserire i dati all'interno dei singoli costrutti. In una prima fase, i risultati sono presentati per costrutti, ma attraverso la teoria CMO, i dati sono stati anche presentati in modo da evidenziarne le interconnessioni.

3.4.1 *Coherence*: "Lavorare bene in gruppo e saper stare più vicino al paziente"

Durante gli incontri con gli studenti e le raccolte dati, è stato più volte richiesto (Tabella n. 6) agli studenti di capire il senso dell'intervento e le motivazioni a riguardo per le singole attività. Le risposte sono cambiate nel tempo ma sono sempre rimaste consone all'obiettivo preposto. Le

²⁸⁴ Holdsworth, L. M., Stedman, M., Gustafsson, E. S., Han, J., Asch, S. M., Harbert, G., Lorenz, K. A., Lupu, D. E., Malcolm, E., Moss, A. H., Nicklas, A., & Tamura, M. K. (2023). "Diving in the deep-end and swimming": a mixed methods study using normalization process theory to evaluate a learning collaborative approach for the implementation of palliative care practices in hemodialysis centers. *BMC health services research*, 23(1), 1384.

²⁸⁵ Shuldiner, J., Srinivasan, D., Hall, J. N., May, C. R., & Desveaux, L. (2022). Implementing a Virtual Emergency Department: Qualitative Study Using the Normalization Process Theory. *JMIR human factors*, 9(3), e39430.

²⁸⁶ Defeyter, M. A., Finch, T., Crilley, E. S., Shinwell, J., & Mann, E. (2022). Understanding the implementation of the holiday activities and food programme in the North East of England using normalization process theory. *Frontiers in public health*, 10, 954679.

²⁸⁷ Sutton, E., Herbert, G., Burden, S., Lewis, S., Thomas, S., Ness, A., & Atkinson, C. (2018). Using the Normalization Process Theory to qualitatively explore sense-making in implementation of the Enhanced Recovery After Surgery programme: "It's not rocket science". *PLoS one*, 13(4), e0195890.

competenze emotive sono state ritenute importanti per saper riconoscere e gestire le proprie emozioni, già dai primi incontri con gli studenti:

“Anche qua non ho un'idea specifica. Eh, però magari riuscire a gestire meglio le emozioni, perché io sono proprio una frana in questo, riuscire a gestire meglio l'emozione, beh magari anche non lo so... Delle consapevolezze diverse”.

(Intervista pre-intervento, Florges).

Ma la loro importanza e la loro definizione non ha mai perso valore per gli studenti che l'hanno arricchita di nuove sfaccettature, sia nei confronti delle proprie emozioni che di quelle degli altri:

“(L'intelligenza emotiva) è la capacità comunque di comprendere l'emozione, cioè le emozioni degli altri. E invece le competenze emotive?! Magari riuscire a capire, comprendere le nostre emozioni e riuscire anche a gestirli [...] modularle”

(Focus group post-intervento, Giarados);

“E se posso aggiungere una cosa, è che abbiamo capito che l'intelligenza emotiva fa parte dell'intelligenza sociale; quindi, che ci rende più socialmente accettabili per dire, ma non solo, perché noi siamo più in grado di interagire con gli altri, ma perché comprendendo meglio noi stessi, le la... la nostra...cioè coltivando la nostra intelligenza emotiva, sia è più in grado anche di entrare in contatto con l'altro e comprendere le emozioni dell'altro.”

(Focus group post-intervento, Metwo).

L'importanza delle competenze emotive rispetto all'intelligenza sociale, è emerso fin da subito come valore aggiunto dell'intervento formativo, tanto che gli studenti cercano di dare un significato e un senso a ciò che gli sarà insegnato collegandolo al lavoro in team e in gruppo cercando di dare un significato in termini di connessioni dirette al lavoro in équipe degli infermieri nell'assistenza ai pazienti:

“Riuscire a lavorare meglio in gruppo, magari. Non ne ho proprio idea. Perché nel gioco, comunque, cioè... ero da sola. Forse stare magari con un compagno sarebbe stato più semplice... in due comunque. Possiamo, magari riuscire a lavorare meglio in gruppo”.

(Intervista pre-intervento, Snorlax).

Le competenze emotive, durante e dopo l'intervento formativo, sono state elaborate così tanto dagli studenti che hanno posto l'attenzione sull'importanza della relazione di cura inteso come tempo di relazione con il paziente e soddisfazione di bisogni relazionali:

“Ho notato una cosa, ho notato che arriva l'infermiere e lui subito si preoccupa, magari non so dare informazioni riguardo magari una terapia così, poi magari questa persona in quel momento, magari spaventata in un ambiente che non è suo, per di più è un ambiente straniero, non parlando la lingua magari va semplicemente bisogno di rassicurazione. Io da allieva e non sapendo una parola, ho provato ad ascoltare questa persona, almeno a entrare in contatto, a stabilire un minimo di... di punto di incontro, per quanto possibile e aveva semplicemente bisogno anche soltanto di una rassicurazione.”

(Focus group post-tirocinio, Mimikyu)

Il processo di coerenza è strettamente correlato al paziente e al lavoro dell'infermiere e a come potrebbero essere utilizzate le competenze emotive nella pratica clinica:

“[...] anch'io ho avuto modo di... di mettere in mostra, diciamo tutte le cose apprese durante il progetto e sia dal punto di vista cioè di aiutare il paziente, ma anche dal punto di vista personale, nel senso che sono riuscita magari a... a controllare un po' di più le mie emozioni. E a saper rispondere, e a saper stare più vicino al paziente in un modo magari diverso rispetto a come facevo prima.”

(Focus group post-tirocinio, Giarados)

Le attività proposte dall'intervento formativo sono risultate utili per apprendere e gestire meglio le emozioni con gli altri in un'ottica di migliore presa in carico del paziente, di sviluppo della relazione di cura e del pensiero critico:

“[...] secondo me sarebbe una cosa molto utile, appunto perché comunque anche nei laboratori, come abbiamo detto prima, non abbiamo un contatto con un paziente ma con manichino. E quindi la capacità di empatizzare... cioè, non la sviluppi. Ma, appunto, facendo giochi del genere. Comunque, attività del genere sviluppi, appunto, quello che con la parte che nei laboratori classici che facevamo in classe si lascia un po' andare”.

(Focus group post-intervento, Machamp);

“E comunque volevo dire che era una cosa utilissima (il PBL), cioè sia dal punto di vista del paziente, come relazionarsi con il paziente, ma anche con noi, cioè per noi stessi, perché comunque magari una persona che non e

parlo per me personalmente, che non sono in grado nemmeno di gestire le emozioni e tutto mi ha fatto riflettere un sacco e quindi spero di mettere in atto anche le cose che ho acquisito.”

(Focus group post-intervento, Giarados).

L'esperienza dell'intervento formativo, inoltre, è stata molto entusiasmante per loro tanto che le attività proposte sono state percepite talmente utili da implementarle non solo agli studenti di infermieristica ma tutti gli infermieri e alla vita di tutti i giorni:

“Ma anche proprio nella vita quotidiana, non solo rifiuto a infermieri, lo so, infatti io l'avevo già detto [...] che, secondo me, era una cosa da far fare a tutti, anche a persone che magari non hanno dei contatti diretti o chi lavora in ufficio. Secondo me aiuta tantissimo a riflettere, e a renderti una persona migliore. Insomma, una frase fatta, però è vero.”

(Focus group post-intervento, Wobuffet)

3.4.2 Cognitive Participation: “L'utilità delle competenze emotive per sé stessi, per i pazienti e per le relazioni con gli altri”

Tutti gli studenti sono stati invitati a partecipare all'intervento formativo non conoscendone molto a riguardo se non che prevedesse l'utilizzo di un gioco di realtà virtuale e che fosse basato sulle competenze emotive. Qualche studente è stato direttamente selezionato dal proprio tutor pedagogico, in altri casi, invece, l'intervento formativo è stato proposto a tutti gli studenti del polo formativo.

“Cioè, ha spiegato molto, almeno a me, molto a grandi linee, la cosa non sapevo che fosse neanche un progetto di laurea? [...] È stato spiegato molte grandi linee come progetto con cui con un visore, cioè, ha detto il titolo. Qualcosa riguardante comunque le emozioni, il fatto della realtà virtuale tutto. Però effettivamente non sapevo che fosse progetto di laurea. Cioè, che nel senso che fosse collegato con un progetto di laurea ci ha spiegato che fosse questo gioco e basta.”

(Intervista pre-intervento, Bulbasaur)

Gli studenti hanno posto l'attenzione sia sulle modalità di partecipazione all'intervento da un punto di vista prettamente universitario, del polo formativo, che da un loro punto di vista riferito al motivo per cui loro hanno deciso di impegnarsi e partecipare all'intervento formativo e sviluppare le loro competenze emotive:

“Sul mio gruppo Whatsapp del secondo anno di infermieristica e c'è stato c'è questa proposta di... Di aiutare in questo studio ho accettato, cioè mi sembrava qualcosa di... di interessante. Cioè, ho capito che era solo un gioco virtuale in cui non si poteva spoilerare, no?! Quindi ci sono rimasto lì, fermo cioè che dovevo utilizzare il visore e poi?! Cioè parlare. Di quello che ho fatto, cioè come l'ho vissuto, le, cioè, l'emozioni che avevamo provato.”

(Intervista pre-intervento, Charmender)

“I nostri tutor al polo, vabbè, la nostra tutor in realtà, ha detto che c'era questo progetto Serious game che trattava delle emozioni. Basta, cioè l'anno proposto a tutti. Noi ci siamo offerte perché in casa nostra non è che ci sia poi... e quindi noi abbiamo detto vabbè, proviamo.”

(Intervista pre-intervento, Florges)

“[...] mi hanno parlato del fattore del proprio, dei... dei sentimenti dell'emotività applicata all'infermieristica e gli ho detto, visto che si parla tanto del fatto che tu infermiere lavori fai a destra o a sinistra, non hai tempo neanche di guardare bene il paziente, di fare due chiacchiere. Facciamolo perché comunque ci aiuta, aiuta noi, aiuta i pazienti nella relazione. Questo la cosa più importante, ma in tutti i lavori credo non solo il nostro.”

(Intervista pre-intervento, Mimikyu)

Non erano richieste, a loro parere, competenze pregresse in merito all'utilizzo del gioco di realtà virtuale, anche se l'aver giocato già a videogiochi e l'essere giovane poteva essere agevolante per loro. Infatti, gli studenti, si sono sentiti più propensi a partecipare all'intervento formativo in quanto prevedeva l'utilizzo del visore. Inoltre, la loro familiarità con i videogiochi permette loro di giocare senza problemi al gioco in VR:

“Un'attività che comunque anche abbastanza intuitiva e quindi, anche se non hai dimestichezza con ipad o comunque con... con giochi in generale... essendo anche così in prima persona e tutto l'immedesimarsi nel personaggio, l'essere dentro appunto al gioco, ti dà anche quella cosa di farti capire tranquillamente prima le cose. Cioè, già se magari fosse stato in terza persona come gioco sarebbe stato diverso, però vivendolo, appunto in prima persona. Quindi anche solo il fatto che comunque tu come muovi la testa si muove. Non crea uno svantaggio se non si ha troppa dimestichezza.”

(Intervista pre-intervento, Bulbasaur)

“Sicuramente il fatto che magari noi giovani siamo così smart può influire perché, se dovessi mettere mia nonna secondo me, capito non riuscirebbe, cioè o ci metterebbe un bel po’ a comprendere come si gioca. Però, quindi, secondo me, e questo non una mia cosa personale, secondo me un po’ in generale noi giovani essere un po’ così smart.”

(Intervista pre-intervento, Florges)

Questa sensazione di “posso farlo perché sono giovane e abituato a questi tipi di giochi” è un modo per legittimare e motivare la loro partecipazione all’intervento formativo con l’uso del VR e l’aver completato il gioco fino alla fine. La loro partecipazione all’intervento formativo è stata incentivata dal fatto stesso che fosse presente un gioco di realtà virtuale per la loro curiosità a riguardo. Nonostante il gioco fosse incentivante per la partecipazione all’intervento formativo da parte degli studenti, non tutti si sentivano pronti per affrontare una formazione sulle competenze emotive. Inoltre, non tutti gli studenti hanno deciso di partecipare all’intervento formativo per le stesse ragioni, ma tendenzialmente tutti ne hanno capito l’importanza in termini psicologici, relazionali e personali di sviluppo emotivo:

“[...] io non credo di avere, cioè io mi non mi sento proprio pronta, [...] Cioè ma il fatto delle emozioni... [...] Poi quello che state facendo voi potrebbe aiutarmi molto però a livello proprio pratico”.

(Intervista pre-intervento, Wobuffet)

Gli studenti non avevano molte aspettative riguardo all'intervento formativo, non avendo ricevuto molte informazioni a riguardo, ma avevano aspettative ben definite per quanto riguarda il gioco di realtà virtuale. In alcuni casi, le aspettative sono state disattese ed in altri addirittura superate:

“Non so come, cioè, definirlo, in un certo senso, cioè mi aspettavo di trovare un qualcosa in più. [...] Tipo più interattività, più emozioni, più e... cioè, colpi di scena che mi mettevano in situazioni... in una situazione più critica. [...] Io mi aspettavo più un qualcosa che si basava, non so perché, però cioè mi aspettavo qualcosa, cioè sul lato... in infermieristica.”

(Intervista pre-tirocinio, Charmender)

“Allora l'avevo già provato, ma poco quindi? Non pensavo fosse proprio così coinvolgente, ma che ti dà proprio la... la sensazione, cioè completamente vivere quella situazione? E quindi, cioè, è stato poi più coinvolgente di quanto pensassi.”

(Intervista pre-tirocinio, Ditto)

Anche dopo l'intervento formativo e dopo aver provato ad applicare le competenze emotive, gli studenti ne hanno capito l'utilità pratica. Attraverso le competenze emotive, infatti, hanno migliorato il rapporto con i pazienti e i parenti, ma anche con i team assistenziali nel quale si sono ritrovati durante il tirocinio, e il loro pensiero critico:

“Nel fatto che siano state molto d'aiuto le competenze. [...] Perché, appunto... Nonostante si pensa che magari possono non essere così... proprio teorico, imparare queste cose. In realtà lo sono perché poi, oltre che perché poi quando metti in atto le cose teoriche che impari riesci appunto a

gestire sia con i pazienti sia anche notato con i parenti dei pazienti. [...] Magari i parenti sono persone esterne che si preoccupano di più e quindi magari spesso o sono troppo invadenti, ma non nel senso negativo, proprio che si preoccupano troppo oppure sono a volte aggressivi perché vedono qualcosa che non va. E quindi anche la gestione dei parenti, secondo me. È fondamentale e con le competenze del corso è stato più facile gestirle.”

(Intervista post-tirocinio, Bulbasaur)

“In verità sono molto importanti [...] è buono sapersi regolare, sapersi... quindi sì, sì, e soprattutto verso i pazienti. Molto, è molto importante anche poi per riuscire a capire le loro, cioè le loro emozioni”

(Intervista post-tirocinio, Wobuffet)

Le competenze emotive sono state utili anche per loro stessi, per capire cosa provano, perché lo provano e poter scindere le emozioni della vita privata da quelle del lavoro:

“Perché una volta che riesco a capire cosa sto provando e perché lo sto provando, mi... mi dico devo provarlo, non devo provarlo, però, devo capire perché lo sto provando e devo capire come interpretare questa cosa, diciamo come fare come utilizzarla a mio favore.”

(Intervista post-tirocinio, Bulbasaur)

“[...] sia in ambito professionale ma alla fine anche personale: ho imparato a gestire meglio le mie emozioni, a comprendere gli altri. Però ecco appunto, come ho detto prima, ho ancora tanto su cui lavorare, secondo me.”

(Focus group post-tirocinio, Florges)

“[...] penso che sia importante sia dal punto di vista professionale che personale, anche c'è una cosa che ho visto in tirocinio, il sapere, magari che in quel momento stavo provando determinati, determinate emozioni negative, magari per altri motivi, per ragioni mie. E allora separare la cosa dal quello che succedeva in reparto, quindi non far ricadere un'emozione negativa su magari pazienti, cosa che a volte invece vediamo spesso in magari degli infermieri che a volte sono stressati, allora rispondono male pazienti e quindi secondo me è una cosa importante riuscire a capire, magari cioè riconoscere di stare provando delle emozioni negative, ma saperle modulare e non far ricadere questa cosa sugli altri.”

(Focus group post-intervento, Ditto)

Inoltre, è stata focalizzata l'importanza di poter effettuare l'intervento formativo prima di andare in tirocinio clinico, in modo da poter applicare le competenze emotive e parlare apertamente delle emozioni che si provano in reparto:

“[...] penso sia utile anche farlo, magari proprio prima di fare un'esperienza (di tirocinio). Però il fatto di averne anche solo parlato, cioè, aver pensato a determinate cose, non... le affronti in maniera diversa, cioè [...] hai una preparazione, cioè ti senti un po' più preparato quando ci arrivi, perché avevi già valutato determinate cose, poi magari sai anche che è normale sentirsi in un determinato modo; quindi, essere più aperti sul parlare anche delle debolezze, delle emozioni, o cioè normalizza un po' di più la circostanza e quindi i sentimenti. Ti senti anche un po' più capito prima e quindi lo affronti in maniera diversa.”

(Intervista post-tirocinio, Wobuffet)

“[...] avrei voluto saperne di più prima perché mi è capitato nella mia esperienza di tirocinio, di trovarmi a dover avere a che fare con dei casi complicati, con dei pazienti con... diciamo difficili dal punto di vista emotivo, clinico, combinati. Ho avuto grande difficoltà soprattutto nella parte di relazionarsi con i parenti, quello... quello un po' è stato un trauma per me, tanto è vero che avessi saputo di più prima probabilmente sarei stato anche più bravo.”

(Intervista post-tirocinio, Darkrai)

3.4.3 *Collective action*: “Il gruppo come catalizzatore dell'intervento formativo”

Il gioco di realtà virtuale è risultato, come nello studio sulle esperienze del gioco²⁸⁸, essere un'esperienza positiva molto realistica ed immersiva, nonostante ad alcuni abbia causato malessere:

“[...] era strano perché ero qua, però mi dimenticavo di essere qua perché in quella realtà virtuale vedevo un'altra realtà. Letteralmente è bello, solo che mi ha, cioè mi ha fatto venire un po' di mal di testa, perché comunque sei sempre, magari in un luogo più... non lo so era tutto buio. Poi di solito i giochi mi fanno venire il mal di testa, però cioè una cosa mia non penso che all'altro mio compagno sia andata così. E però era, era bello come gioco, l'unica cosa che faceva un po' paura perché era tutto buio, nero. Ci sono dei quadri abbastanza inquietanti. Però, funzionava bene. Lo rifarei”.

(Intervista pre-intervento, Snorlax)

²⁸⁸ Napolitano F., Delbene L., Centanaro R., Catania G., Zanini M., Aleo G., Franco A., Bariola M., Gomes L., Sasso L., & Bagnasco A. (2024) The Experience of Nursing Students in a Virtual Reality Game Based on Emotions: a Qualitative Study. Lecture Notes in Networks and Systems - Springer. Article in submission (MIS4TEL'24)

Durante l'intervento formativo, gli studenti hanno avuto modo di collaborare tra loro e mettersi in gioco, sia in gruppo che individualmente. Gli argomenti trattati e le attività svolte hanno permesso di creare un'atmosfera di complicità tra gli studenti, nonostante non si conoscessero prima. Aver inserito delle pause fin da subito, inoltre, ha agevolato l'unione e la spontaneità:

“Organizzati in realtà era una cosa molto spontanea, cioè, siamo tutti lì a fare dei gruppetti. Ma è stata proprio una cosa dal primo giorno che era, è molto tranquilla, molto spontanea, no?!”

(Focus group post-intervento, Giarados)

“E anche in alcuni lavori di gruppo durante le lezioni non ho mai interagito così spontaneamente da subito [...] E quindi non mi sono mai trovata a parlare così tranquillamente, spontaneamente, da subito, senza bisticciare o altro.”

(Focus group post-intervento, Bulbasaur)

“Secondo me una cosa che, secondo me, è successa è proprio quando, proprio durante il PBL, quando abbiamo fatto la pausa. Eh all'inizio proprio inizio, inizio, inizio, si erano formati dei gruppetti [...] Le cose però, subito dopo, quando proprio ci siamo riuniti tutti ci è voluto un attimo per entrare in sintonia.”

(Focus group post-intervento, Metwo)

L'unione del gruppo ha permesso di creare un contesto favorente allo sviluppo delle competenze emotive anche per quanto riguarda l'aver un confronto proattivo e far sì che l'intervento formativo sia di successo:

“[...] se si forma un bel gruppo e anche eh, cioè sei a tuo agio e tutto quindi anche più, cioè, rende la cosa più interessante. Diciamo se ci fosse invece un...un gruppo disunito, mmmm diciamo non ci sarebbe quella ambiente più tranquillo che ti mette anche a tuo agio e quindi non ti consente appunto di interessarti più di tanto, al cioè magari interessarti, sì, ma in maniera più personale, cioè non so come spiegarmi.”

(Focus group post-tirocinio, Machamp)

“Dicevo, visto che comunque il gruppo è stato unito e avrei trovato sinceramente più ostacolante lavorare da solo, no? Per quanto riguarda me, proprio perché il fatto di poter avere ben dodici opinioni in più della mia da poter mettere a confronto e parlarne, diciamo, ehm, trovo che sia stato una cosa che ha aiutato di molto.”

(Focus group post-tirocinio, Dorkrai)

Le competenze emotive erogate nell'intervento formativo, sono state applicate nelle fasi di tirocinio degli studenti sviluppando competenze di relazione con il team e il paziente, e gestione delle proprie emozioni:

“Abbiamo, cioè, secondo me abbiamo avuto modo di poter lavorare sul... sul lascito che ci ha appunto lasciato questo... questo progetto ad agosto, per poi poter dare, cioè mettere in mostra i frutti e durante il tirocinio, come infatti per me è stato, mi sono sentita molto più parte del gruppo del team

lavorativo infermieristico, ma mi sono sentita anche molto più in contatto con il paziente.”

(Focus group post-tirocinio, Metwo)

“Ecco, io invece sono riuscita, diciamo a sbloccarmi un po' di più, forse. Parlando col team, sono riuscita a entrare sicuramente più in empatia proprio con la mentalità del lavorare insieme...”

(Focus group post-tirocinio, Mimikyu)

Tutti gli studenti hanno provato ad applicare delle strategie differenti per mettersi in gioco e poter applicare le competenze emotive durante il loro tirocinio clinico. Alcuni attraverso la respirazione, sono riusciti a capire l'emozione provata e a modularla. Non tutte le emozioni sono risultate facili da modulare, soprattutto nel caso di emozioni negative come la rabbia. Qualcuno ha provato a modularla rabbia, erroneamente, reprimendola e ciò ha causato un aumento della rabbia stessa:

“Diciamo, diciamo che da una parte è positivo, ma da una parte negativo perché ho tenuto tutto, tutto, tutto dentro e poi... Cioè, esplodevo a casa non so come dire, però c'è anche il fatto che io ne ho parlato con i tutor, quindi? È che mi sono tenuta tutto per me. Con loro anche mi sono sfogata abbastanza.”

(Intervista post-tirocinio, Snorlax)

“[...] innanzitutto, faccio un bel respiro, so che arriva l'emozione, la percepisco, la sento, ma cerco di... ovviamente far vedere che cosa provo ma non all'ennesima potenza, perché io sono fatta così, cioè, sono felice, sono proprio quasi schizzata, no? Tutta super emozionata, invece cerco di

essere un pochino meno che... che domino a vedere la situazione. Ecco, quindi è proprio una cosa interna, di dire respira cerca di metabolizzare cosa è successo, che sia bello o brutto e poi dopo rispondi, però non rispondere in maniera esuberante.”

(Intervista post-tirocinio, Wobuffet)

3.4.4 *Reflexive Monitoring*: “Le competenze emotive implementate nella realtà di tutti i giorni”

Durante le interviste nella fase di riflessione, gli studenti hanno riflettuto sull'importanza delle attività proposte durante l'intervento formativo. Ogni attività svolta è stata considerata come interessante e utile:

“Interessanti, anche perché comunque ti proiettavano per esempio, l'ultima che abbiamo fatto (role playing activity), sia dalla parte del paziente che dall'infermiere. E quindi facendoti appunto rispecchiare da entrambe le due parti.”

(Focus group post-intervento, Machamp)

“[...] riflettono proprio il nome del corso, vero Serious Game, perché sono dei giochi che sono veramente seri, nel senso che ti fanno effettivamente mettere... mettere nei panni dell'altro. Quindi capisci meglio come ci si può sentire uno e poi quando hai lo scambio capisci che non è così facile essere l'altro.”

(Focus group post-intervento, Metwo)

*“Mi sono stati utile perché ecco. Mi.. mi fanno, cioè, pensare che io devo...
Devo ragionare prima ogni azione, devo ragionare”*

(Intervista post-tirocio, Stoutland)

*“[...] ho visto come sono importanti non solo verso i pazienti ma anche
verso, comunque, il resto del personale infermieristico. Il caposala... Visto
che poi si incontrano sempre personalità diverse.”*

(Intervista post-tirocinio, Wobuffet)

Gli ostacoli che sono stati individuati sono stati solo due: l'insegnamento erogato dalla seconda insegnante e l'utilizzo dei questionari all'interno del corso, a causa delle tempistiche. Per quanto riguarda la docente, pensano che sia dovuto alle modalità di insegnamento e non dagli argomenti trattati:

*“[...] però secondo me è proprio il modo della professoressa, cioè la
(prima) professoressa, secondo me è stata più coinvolgente rispetto
all'altra.”*

(Focus group post-intervento, Florges)

*“[...] l'ultima professoressa era più, cioè era discorsiva, cercava di
coinvolgerci, ma sembrava che uscisse talmente tanto fuori tema e che si
concentrava magari più solo sulla comunicazione che perdeva il nostro
interesse”*

(Focus group post-intervento, Metwo).

Per quanto riguarda le modalità di utilizzo dei questionari, la problematica è stata messa in evidenza da un solo studente:

“[...] ho avuto forse più difficoltà nel compilare questionari, ma per il semplice fatto che erano domande secche e io già sono uno che ci deve stare a pensare prima di rispondere [...]”

(Focus group post-intervento, Darkrai).

Le attività proposte e gli argomenti trattati sono stati considerati così utili e interessanti che gli studenti pensano sia una buona cosa fare più interventi nel tempo per avere delle competenze emotive maggiormente sviluppate. Ciò permetterebbe di estendere l'intervento anche ad altri studenti, ma mantenendo il numero ristretto di partecipanti. Il numero di studenti partecipanti, infatti, è stato considerato positivo per creare l'ambiente giusto alla formazione. Inoltre, il continuare a svolgere attività inerenti alle competenze emotive, permetterebbe un continuo allenamento da parte degli studenti:

“Io banalmente farei se possibile più interventi come questo, nel senso che si è visto l'utilità che hanno e dove sono, cioè hanno portato in evidenza secondo me e gli aspetti che sono un po' più carenti per quanto riguarda il nostro programma”

(Focus group post-intervento, Darkrai)

“Secondo me, invece, la modalità in cui è stato fatto è stata bella e appropriata perché abbiamo avuto modo di fare un full immersion, di essere concentrati solo su quello e di fare gruppo, conoscerci al punto giusto per poter mandare avanti progetto dal punto di vista del gruppo e l'unica cosa

*che aggiungerei forse, e cioè dopo questa full immersion, qualche ehm...
Qualche pezzettone qua e là, nel senso, magari un incontro, dopo una
settimana, dopo due settimane così per non perdere il filo di un discorso, ma
per rimanere centrati [...]"*

(Focus group post-intervento, Metwo)

Le competenze emotive sono state implementate in modo automatico nella loro pratica clinica senza nemmeno pensarci troppo, quasi in modo istintivo:

“Allora forse non più di tanto. Cioè, magari se lo faceva, lo facciamo magari anche inconsciamente, ok? Eh, perché comunque alla fine è una conoscenza che ormai diciamo, abbiamo, abbiamo consolidato. Quindi magari non è che ci pensi, però lo applichi, diciamo, le applichi direttamente, senza neanche ragionarci troppo. Cioè, non è un meccanismo, cioè non è un processo meccanico.”

(Intervista post-tirocinio, Machamp)

“Non lo so eh veniva e mi è venuto come un ragionamento automatico, cioè ormai boh, vedi che ero talmente coinvolta [...] che ormai mi viene quasi, come una cosa automatica [...]. Poi arriva il momento in cui sei sul campo, che sia personale o che sia nell'ambito ospedaliero, che ti viene proprio in automatico [...] È strano, almeno per me è stata un'esperienza bellissima ma strana, perché nessuna lezione, seminario qualsiasi cosa mi ha dato quanto mi ha dato questo [...]. È stato molto bello, positivissimo.”

(Intervista post-tirocinio, Wobuffet)

L'aver implementato le competenze emotive, ha permesso agli studenti di ottenere una maggiore soddisfazione nel tirocinio clinico, una maggiore sicurezza e una maggiore autostima:

“[...] quindi quel giorno era mancato questo paziente e quindi ho chiesto proprio se potessi andare io ad aiutare l'oss, perché mi sentivo, anche se non... Non l'avevo mai fatto, voglio provare quella cosa e sentivo che potevo gestirla. E quindi sono riuscita a gestirla. Sono andata [...] La vicina di letto di questa paziente... Avevamo il paravento e la vicina a un certo punto mi chiede, ma tutto bene? Io ho detto no, non si sente tanto bene. Ora la portano via. Perché forse lì non sapevo io come gestire quella domanda, però mi sembrava brutto dire sì che comunque loro sono lì e non bisogna illuderli. Ecco però mi sembrava brutto dire alla sua vicina, guardi, è morta e qui ho detto non si sente tanto bene. Ora la portano via a fare una visita.”

(Intervista post-tirocinio, Bulbasaur)

“Tutto quello che abbiamo parlato nel... nel corso mi ha fatto capire che è una... una mia, una mia cosa perché comunque io... Cioè, non è mai tardi a imparare, non è mai tardi a essere di aiuto delle persone. Andavo dal paziente, ero più... più sicura, ero più tranquilla. Io trasmettevo questa tranquillità, magari più... più sorridente. Così anche il paziente, cioè vedeva, no proprio una figura, cioè una persona che è andata a chiedere cosa ha bisogno? Ma di qualcosa di più, più del personale professionista, diciamo, veniva anche proprio la... la persona che era andata per chiedere cosa ha bisogno”

(Intervista post-tirocinio, Stoutland)

“Abbiamo fatto in modo di aprire gli orizzonti, di uscire dalla parte più didattica, diciamo. Mi sono sentita in qualche modo messa sullo stesso piano degli altri e soprattutto di chi mi doveva seguire. Ho stretto amicizia con tante persone. Cosa che prima non accadeva, cioè magari sì, ci chiacchieravo simpaticamente del più e del meno, però poi gente che ho rivisto al di fuori dell'ambito ospedaliero. Mi ha fatto molto piacere, ero molto contenta e mi ha aiutato a conoscere di più anche me stessa.”

(Intervista post-tirocinio, Mimikyu)

Alcuni studenti hanno ricevuto dei feedback positivi da parte di pazienti o dall'equipe, e in alcuni casi hanno fatto frutto delle loro competenze acquisite per aiutare amici o persone terze, ciò ha riaffermato che l'intervento formativo sia stato positivo per loro:

“[...] me lo stanno dicendo in tutti. Anche amici miei o persone mie che mi stanno vicino tutti i giorni, che sono cambiata un botto, nel senso che sono cambiata tanto, anche perché io ero una persona molto impulsiva, chiusa. Le cose che ti ho detto all'inizio, che non... non esprimevo le mie emozioni, cercavo sempre di stare nel mio mondo, tutto un po', invece adesso ultimamente. Sempre, anche a causa del progetto che veramente mi ha aiutato tantissimo, cioè, riesco proprio a anche dal... dal punto di vista, appunto relazionale [...].”

(Intervista post-tirocinio, Giarados)

“Mi ha scritto continua a dare ai pazienti quello che hai dato a me è la strategia giusta, ti prego, guarda che sì...L'ha fatto praticamente solo a me”

(Intervista post-tirocinio, Wobbuffet)

“Alcuni hanno detto tipo grazie, cioè solite cose che magari dicono non tutti i pazienti però magari, cioè a volte, anche sentire un grazie fa, cioè, fa piacere. Magari non hai fatto quasi nulla, cioè magari l'hai solo fatto sdraiare il paziente e basta, però, magari nel modo in cui l'hai fatto, l'hai fatto sentire a suo agio, l'hai fatto stare tranquillo. E quindi a volte ti ringraziano. [...] Gli ha fatto piacere aprirsi alla paziente, quella della che era una paziente più particolare. Mi ha raccontato un po' la sua storia dopo che... Quindi gli ha fatto anche piacere, poi aprirsi. Però altri feedback, cioè non per sminuire [...] però, nel senso forse uno dei più belli da ricevere è comunque il grazie.”

(Interviste post-tirocinio, Machamp)

“Sto riuscendo ad aiutare molto di più le altre persone a gestire le proprie emozioni. [...] riesco a... Di più ad aiutare magari le persone a cui sono vicina nei momenti difficili a... Cercare di aiutarli, appunto con l'emozione. A gestirle in modo diverso, non farsi sopraffare queste cose qua, diciamo.”

(Intervista post-tirocinio, Bulbasaur)

Le competenze emotive e la capacità di implementare le stesse hanno messo in luce che è importante avere una buona relazione con il paziente tanto che dicono che sarebbe meglio fare dei re-training per gli infermieri come fosse sviluppo continuo professionale:

“Sì, puoi anche ovviamente anche parlare, cioè io vado verso il paziente. Sì, però anche rivolto agli stessi infermieri, perché comunque quante volte magari c'è la situazione dell'infermiere, che magari vede una situazione particolare, una qualche situazione difficile... Non per forza un decesso o un..., ma anche solo una brutta notizia, un qualsiasi cosa. Anche lì vai a fare un muro molto spesso e che magari può piano piano, può portare a

chiuderti, a non relazionare troppo col paziente. E anche quello va a non aiutare entrambi, sia perché me come infermiere [...] mettendo il muro e non la supero. E al paziente, vedendo il muro dell'infermiere, ancora meno riesce ad aprirsi; quindi, sicuramente serve da entrambi le parti.”

(Intervista post-tirocinio, Machamp)

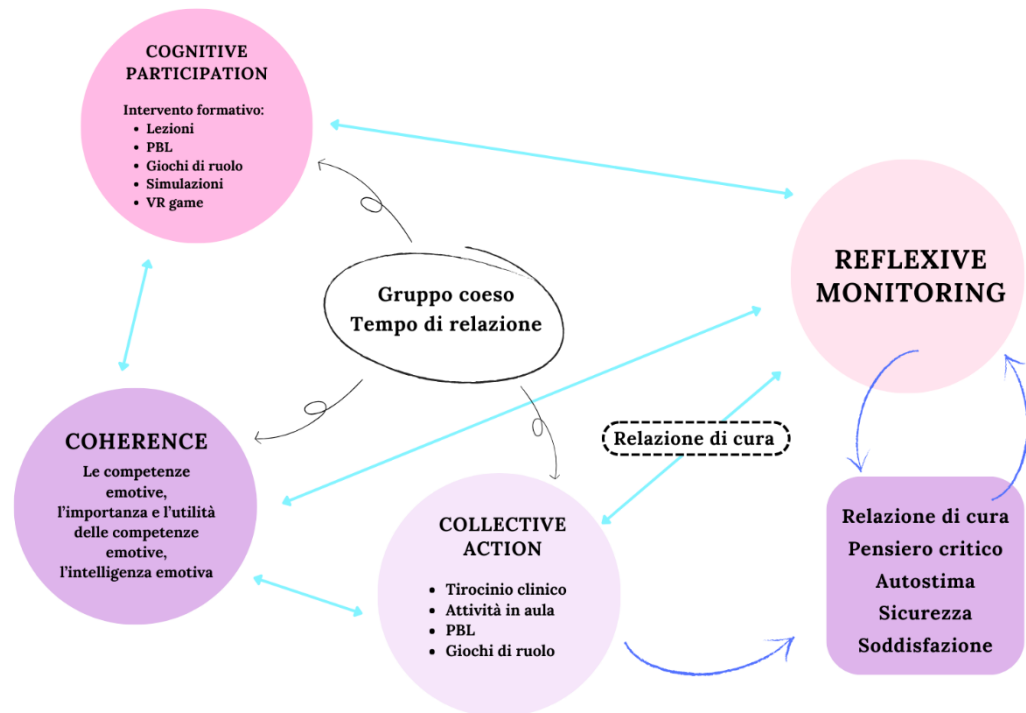
“[...] perché la gente si perde. Sarà il lavoro, sarà lo stress, tante cose, ma la gente si perde, [...]. Ora non dico tutti, però tanti perdono questa cosa danno ormai tutto per scontato, come se i pazienti fossero solo il letto 15, il letto 20. Non c'è più il paziente, c'è un numero che sai che devi dargli quella terapia lì e basta. E poi se ci suonano più di due volte al campanello, io vengo lì [...]. No, no e, secondo me, manca tanto questo, cioè in un corso di laurea così va bene tutte le competenze, sapere tutti i nuovi dei farmaci a memoria è bellissimo. Però poi. C'è anche una parte che non si studia tra virgolette, che è importante che è questa. Questo è un augurio che ti faccio, che riuscirai a portarlo proprio come un corso di aggiornamento per le persone. Che [...] oltre al paziente, giusta terapia, giusto farmaco, bla bla bla, c'è anche giusta competenza delle emozioni. Un'altra G quelle 8 [...], una aggiunta da te: giuste emozioni. Un attimino gestione delle emozioni.”

(Intervista post-tirocinio, Wobuffet)

3.4.5 Il CMO nello studio SG4NS: le interconnessioni dei quattro costrutti

I quattro costrutti della NPT sono interconnessi tra di loro e si rafforzano in modo reciproco (Figura 5). Un esempio ne è la *coherence* che si è rafforzata nel tempo, a seguito dell'intervento e dell'aver messo in pratica le nuove competenze sia in un contesto clinico che nella vita di tutti i giorni. Le attività in aula hanno dato modo agli studenti di riflettere (*reflexive monitoring*) sulle attività stesse e sui questionari per identificare i loro limiti o i loro difetti e lavorare su quelli prima e durante il tirocinio. Mentre il tirocinio ha dato loro, la possibilità di sperimentare le competenze erogate e dare la giusta importanza alla relazione di cura con il paziente. La relazione di cura non è intesa solo con il paziente ma anche con i familiari e i caregiver, e i membri del team assistenziale. Quindi anche durante la *collective action* e il *doing it* gli studenti hanno effettuato una continua riflessione delle attività e delle competenze acquisite (*reflexive monitoring*) (Figura 5).

Figura 5 – Le interconnessioni dei quattro costrutti



Dalle analisi effettuate e riportate, una seconda chiave di lettura attraverso la metodologia del C-M-O può essere effettuata. Infatti, in un primo momento, prima dell'intervento formativo, gli studenti non sapevano bene cosa aspettarsi e in quali modalità essendo abituati al loro contesto pedagogico universitario. In alcuni casi erano spaventati e preoccupati dalle aspettative di terzi e in altri erano motivati ad intraprendere il progetto per sviluppare le proprie competenze o per provare solo il gioco. In entrambi i casi, il risultato ottenuto è stata una curiosità nei confronti del progetto (Figura 6).

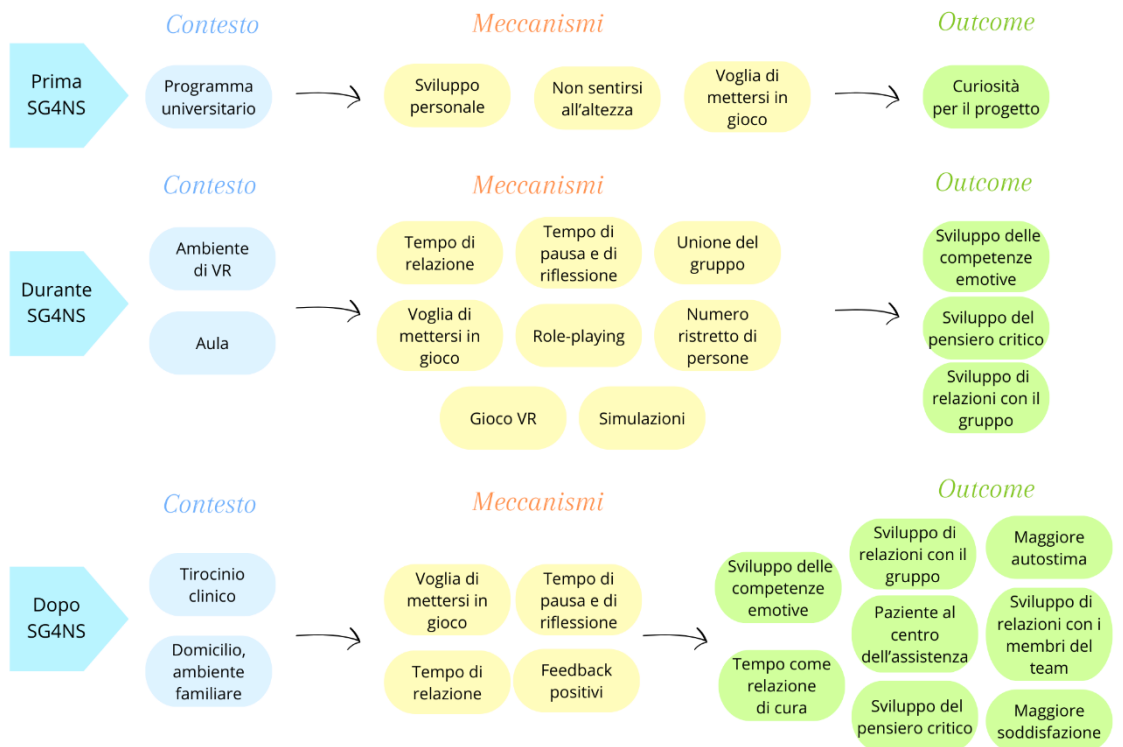
L'apprendimento delle competenze emotive, con l'implementazione "automatica" delle competenze, è avvenuto soprattutto nel momento di attuazione delle competenze stesse sia tramite le attività pedagogiche in aula come triplo salto, PBL, simulazioni e compilazione di questionari, sia durante il tirocinio clinico, sia nella vita di tutti i giorni. Il contesto di apprendimento in aula ha permesso di creare gruppo grazie ai momenti di pausa e di riflessione e condivisione (meccanismo favorente) e il numero ristretto di

partecipanti. Il gruppo unito è stato un meccanismo favorente in grado di creare un clima accogliente in aula all'apprendimento e sviluppo di nuove competenze attraverso l'ascolto attivo. Il gruppo unito è ristretto come numero, le attività in aula, la riflessione e la messa in atto delle competenze stesse, le motivazioni alla partecipazione all'intervento formativo hanno creato i meccanismi, durante l'intervento formativo, attraverso i quali gli studenti hanno appreso le CE e l'importanza dell'EI (Figura 6).

Nel contesto del tirocinio clinico, dopo l'intervento formativo, gli studenti si sono messi alla prova rispetto alle competenze emotive e le strategie adattive, e hanno potuto modulare e capire al meglio le proprie emozioni, mettendo in risalto le emozioni degli altri sia che siano pazienti/caregiver sia i compagni di corso sia i membri del team. Inoltre, anche negli ambienti a loro familiari, come a casa o tra amici, hanno provato a mettere in atto le loro competenze emotive e le strategie imparate in aula ricevendo feedback positivi (Figura 6).

I feedback positivi hanno permesso agli studenti di sviluppare una maggiore autostima e una maggiore soddisfazione in tirocinio. In questo caso i meccanismi sono stati la voglia di mettersi in gioco in un contesto clinico, i feedback positivi ricevuti dai pazienti che incentivano lo sviluppo delle CE, il tempo di pausa e riflessione e il tempo di cura. Le competenze emotive atte nei contesti pedagogici e con i meccanismi sopra riportati hanno permesso un maggiore sviluppo delle CE ma il raggiungimento di altri obiettivi inattesi come il focus e l'attenzione al paziente e alla relazione di cura, l'importanza del tempo di relazione come tempo di cura, sviluppo del pensiero critico e di relazioni emotive tra i membri del team e un aumento della loro autostima e soddisfazione (Figura 6).

Figura 6 – I risultati visti con la teoria del CMO



Capitolo 4

Discussione

Dai risultati ottenuti nello studio si evince che le competenze emotive sono state implementate e normalizzate dagli studenti facendo sì che l'intervento sia stato efficace e formativo per gli studenti stessi. In particolare, gli studenti hanno migliorato la loro capacità di relazionarsi con gli altri e di empatizzare con il prossimo: sia il paziente che il collega/compagno. Gli studenti, infatti, hanno sottolineato come le attività pratiche di simulazione attraverso il gioco di ruolo permetta loro di sviluppare l'empatia: non sono solo manichini quelli con cui parlano, ma persone che interpretano un ruolo. Gli interpreti nel gioco di ruolo, come i pazienti simulati, sono tutor pedagogici o tutor didattici. La tecnica del paziente simulato è molto utilizzata nella letteratura per sviluppare le abilità comunicative negli studenti di infermieristica e ricreare delle situazioni verosimili a quelle che si incontrano nella clinica^{289,290,291}. Gli scenari simulati ad alta fedeltà insieme alla tecnica del gioco di ruolo, permettono allo studente di impersonare l'operatore e di ritrovarsi davanti ad un paziente simulato rivivendo o dovendo gestire una situazione realistica in un ambiente formativo protetto^{292, 293}.

Anche l'utilizzo della tecnica pedagogica del PBL è stato messo in evidenza dagli studenti come molto utile, richiedendone un aumento dell'uso nel Corso di Laurea per apprendere meglio le competenze infermieristico-relazionali. Inoltre, attraverso l'uso dei PBL, si sviluppano non solo le competenze teoriche inerenti all'argomento trattato dal caso, ma anche il pensiero critico

²⁸⁹ Smith-Stoner M. (2009). Using high-fidelity simulation to educate nursing students about end-of-life care. *Nursing education perspectives*, 30(2), 115–120.

²⁹⁰ Kiegaldie, D., Nestel, D., Pryor, E., Williams, C., Bowles, K. A., Maloney, S., & Haines, T. (2019). Design, delivery and evaluation of a simulation-based workshop for health professional students on falls prevention in acute care settings. *Nursing open*, 6(3), 1150–1162.

²⁹¹ Coleman, D., & McLaughlin, D. (2019). Using simulated patients as a learning strategy to support undergraduate nurses to develop patient-teaching skills. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 28(20), 1300–1306.

²⁹² Benner et al., (2015)

²⁹³ Coleman, D., & McLaughlin, D. (2019).

degli studenti di infermieristica^{294,295}. Nella revisione sistematica della letteratura di Wei et al.²⁹⁶, è stato dimostrato come durante il PBL, gli studenti di infermieristica attuano un processo di visualizzazione delle idee, dei concetti e dei termini attraverso una mappatura concettuale migliorando le loro capacità di pensiero critico. Infatti, con il PBL, gli studenti sviluppano le capacità di riflessione e ragionamento sul caso e sulle attività da svolgere per evitare l'insorgere di eventi avversi²⁹⁷.

Un modo innovativo nella formazione infermieristica è quello di utilizzare la metodologia del PBL applicata alla realtà virtuale, ricreando situazioni ad alta fedeltà in simulazioni totalmente immersive per lo studente²⁹⁸. L'apprendimento basato su problemi di simulazione in realtà virtuale (*Virtual Reality Simulation-PBL*; VRS-PBL) consente agli studenti di comunicare con i pazienti, prendere decisioni e controllare i movimenti in VR simili all'ambiente reale. Il VRS-PBL non è limitato dal tempo e dal luogo e permette agli studenti di immergersi nell'apprendimento, nell'allenamento ripetitivo, nella partecipazione autodiretta e nel feedback immediato²⁹⁹. Il gioco di realtà virtuale SG4NS agli studenti è piaciuto molto, il mettersi alla prova, il dover affrontare le proprie emozioni e cercare la soluzione per terminare il gioco, li ha spinti ad arrivare alla fine. Tutti gli studenti, però, hanno messo in luce che avrebbero preferito un gioco di VR più vicino alla

²⁹⁴ Wei, B., Wang, H., Li, F., Long, Y., Zhang, Q., Liu, H., Tang, X., & Rao, M. (2023). Effectiveness of Problem-Based Learning on Development of Nursing Students' Critical Thinking Skills: A Systematic Review and Meta-analysis. *Nurse educator*, 10.1097/NNE.0000000000001548. Advance online publication.

²⁹⁵ Itatani, T., Nagata, K., Yanagihara, K., & Tabuchi, N. (2017). Content Analysis of Student Essays after Attending a Problem-Based Learning Course: Facilitating the Development of Critical Thinking and Communication Skills in Japanese Nursing Students. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 5(3), 47.

²⁹⁶ Wei, B., Wang, H., Li, F., Long, Y., Zhang, Q., Liu, H., Tang, X., & Rao, M. (2023).

²⁹⁷ Lee, J., & Son, H. K. (2023). Effects of electronic fetal monitoring simulation with problem-based learning on nursing students' performance confidence, clinical judgment, and knowledge. *Japan journal of nursing science : JJNS*, 20(4), e12539.

²⁹⁸ Song, Y. A., & Kim, M. (2023). Effects of a virtual reality simulation integrated with problem-based learning on nursing students' critical thinking ability, problem solving ability, and self-efficacy: a non-randomized trial. *Korean journal of women health nursing*, 29(3), 229–238.

²⁹⁹ Lee, J. S., & Son, H. K. (2023). Evaluation of a Virtual Reality Simulation to Improve Problem-Based Learning for Neurologic Examination in Nursing Students. *Iranian journal of public health*, 52(10), 2128–2137.

clinica, dove poter mettersi in gioco come nel caso del VRS-PBL. In uno studio condotto da Kiegaldi e Shaw³⁰⁰, è stato messo in evidenza come gli studenti abbiano apprezzato l'alta fedeltà di simulazione dello scenario di VR e la possibilità di provare e riprovare l'esperienza in modo da consolidare il loro apprendimento e poter commettere errori senza temere di compromettere l'assistenza nell'ambiente protetto virtuale. Lo sviluppo di competenze e abilità infermieristico-relazionali e di pensiero critico è riportato anche nella revisione esplorativa della letteratura di Koskinen et al.³⁰¹. Nella revisione, infatti, è messo in evidenza come gli scenari di VR associati alla pratica clinica, sviluppino oltre al pensiero critico e competenze specifiche, anche capacità di osservazione e valutazione, migliori competenze nel problem solving, e le abilità comunicativo-relazionali³⁰².

È importante svolgere attività di simulazione e role-playing dove gli studenti di infermieristica possano mettersi alla prova nell'ottimizzare le competenze specifiche teorico-pratiche ma anche psicologico-relazionali. Attraverso le simulazioni e i giochi di ruolo gli studenti interiorizzano l'importanza della relazione di cura e della presa in carico dei bisogni assistenziali a 360° in un'ottica di assistenza basata sul *patient and family care*³⁰³. Lo sviluppo di capacità di relazione e comunicazione, come anche il valore del silenzio, è messo in evidenza dagli studenti anche in altri studi dove è stato proposto l'utilizzo del gioco di ruolo come attività pedagogica³⁰⁴. Saper riconoscere i momenti in cui parlare o in cui stare in silenzio con il paziente e ascoltare o solo essere presente, è un concetto fondamentale dell'essere empatici e saper riconoscere e gestire le emozioni della persona con cui ci stiamo relazionando

³⁰⁰ Kiegaldie, D., & Shaw, L. (2023). Virtual reality simulation for nursing education: effectiveness and feasibility. *BMC nursing*, 22(1), 488.

³⁰¹ Koskinen, I., Stolt, M., Widmer, C. T., Pernica, K., Dütthorn, N., Grodeck, L., Bager, I. L., Finn, Y., Smyth, S., & Virtanen, H. (2023). Methodological approaches and competence areas of nursing students in virtual reality simulation research - A scoping review. *Nurse education today*, 133, 106033. Advance online publication.

³⁰² Koskinen et al., 2023

³⁰³ Powers, S. C., Morris, M. H., Flynn, H., & Perry, J. (2019). Faculty-Led Role-Play Simulation: Going Live to Teach Patient-Centered Care to Nursing Students. *The Journal of nursing education*, 58(11), 665–668.

³⁰⁴ Røssland, A., Svellingen, A., & Røykenes, K. (2022). Role Exchange in Student-led Simulation: The Importance of Nursing Students Taking the Role of Patients. *SAGE open nursing*, 8, 23779608221130605.

che sia paziente o collega. Nello studio condotto da Benko e Peršolja³⁰⁵, attraverso le attività di *role-playing* e simulazione con pazienti geriatriche, gli studenti di infermieristica hanno migliorato l'espressione e la consapevolezza delle proprie e altrui emozioni, la gestione e la modulazione delle proprie emozioni e la consapevolezza dell'importanza di una buona comunicazione con il paziente e i suoi caregiver. Saper gestire le proprie emozioni per potenziare le skill comunicative è essenziale nella formazione infermieristica per migliorare l'assistenza infermieristica e la soddisfazione del paziente^{306,307}.

La relazione con il paziente e suoi familiari e l'importanza del tempo di relazione come tempo di cura è stato un concetto indirettamente appreso dagli studenti attraverso l'intervento formativo del progetto SG4NS. Dalle attività svolte e le lezioni effettuate, gli studenti sono riusciti a dare importanza e valore al tempo di relazione per la presa in carico del paziente. Senza che se ne parlasse, gli studenti di infermieristica sono riusciti ad orientare la loro filosofia infermieristica alle *Fundamentals of Care*³⁰⁸. Gli studenti hanno percepito l'importanza di creare un rapporto di fiducia basato sull'ascolto attivo e proattivo, la valutazione e la conoscenza del paziente mettendo al centro la persona assistita e tutte le sue sfaccettature e non la singola attività infermieristica³⁰⁹. Nonostante nei reparti sentano il peso dell'insoddisfazione lavorativa degli infermieri e gli studenti siano emotivamente e psicologicamente influenzati dall'ambiente di lavoro e il benessere organizzativo³¹⁰ con un approfondimento sulle emozioni e la gestione e

³⁰⁵ Benko, E., & Peršolja, M. (2023). Nursing students' views of the impact of geriatric role-play workshops on professional competencies: survey. *BMC nursing*, 22(1), 203.

³⁰⁶ Del Vecchio, A., Moschella, P. C., Lanham, J. G., & Zaveritnik, J. E. (2022). Acting to teach communication skills to nurses. *The clinical teacher*, 19(4), 289–293.

³⁰⁷ Feo, R., Rasmussen, P., Wiechula, R., Conroy, T., & Kitson, A. (2017). Developing effective and caring nurse-patient relationships. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)*, 31(28), 54–63.

³⁰⁸ 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.

³⁰⁹ Fundamentals of Care framework, ILC - <https://ilccare.org/the-fundamentals-of-care-framework/>

³¹⁰ Zaghini, F., Vellone, E., Maurici, M., Sestili, C., Mannocci, A., Ercoli, E., Magnavita, N., La Torre, G., Alvaro, R., & Sili, A. (2020). The influence of work context and organizational well-being on psychophysical health of healthcare providers. *La Medicina del lavoro*, 111(4), 306–320.

comprensione delle stesse, gli studenti sono riusciti ad andare oltre il carico di lavoro e tornare all'importanza della persona assistita e la presa in carico infermieristica. Inserire nella formazione infermieristica la filosofia delle Fundamentals of Care e lo sviluppo delle competenze emotive, potrebbe favorire la presa in carico assistenziale.

4.1 Limiti e forze dello studio

Per quanto riguarda il centro italiano, due limiti sono da attenzionare. In primis, tutte le analisi sono state svolte in un campione di studenti provenienti da diversi poli universitari ciò potrebbe comportare un problema rispetto alle competenze già acquisite. Ad esempio, alcuni studenti non avevano mai svolto un PBL prima dell'intervento formativo. In secondo luogo, il corso è stato svolto da due insegnanti differenti, problematica messa in evidenza anche dagli studenti stessi. Ciò ha comportato delle problematiche nell'apprendimento di alcune competenze.

In compenso il gruppo ristretto di persone ha permesso una migliore acquisizione delle competenze e gestione del gruppo. Gli studenti stessi hanno apprezzato l'essere in pochi, ciò ha permesso loro di fare gruppo.

Conclusion

Dai risultati ottenuti, risulta evidente che una formazione inerente alle CE sia essenziale per migliorare la qualità assistenziale che gli infermieri possono erogare. Saper gestire le proprie emozioni, permette non solo una crescita personale ma anche una migliore presa in carico della persona e della sua famiglia, con una particolare attenzione alla relazione di cura.

Nei tre anni la formazione relative alle CE dovrebbe essere implementata e adattata in base alle situazioni che si incontreranno in tirocinio. Se in un primo anno è importante avere un inquadramento teorico riguardante l'intelligenza emotiva, sarebbe interessante approfondirla in termini di PBL, giochi di ruolo e simulazioni, in aree infermieristiche differenti rispetto all'anno accademico. In un terzo anno, ad esempio, si potrebbe valutare l'implementazione delle CE rispetto all'area di emergenza-urgenza. Inoltre, per sviluppare le competenze emotive, si potrebbero inserire nel corso di laurea, attività con attori o con counselor come ad esempio ballo, attività fisica o mindfulness per poter imparare a gestire le proprie emozioni e riconoscerle.

Il corso sarebbe da implementare anche nello sviluppo continuo professionale, con anche corsi di richiamo negli anni. Ciò potrebbe migliorare e sviluppare le CE negli infermieri che sarebbero maggiormente in grado di conoscere e modulare le proprie emozioni. Anche con gli infermieri, l'utilizzo di giochi di ruolo, simulazioni e PBL, può incentivare all'immedesimazione nei panni della persona assistita e dei suoi familiari, ricordando l'importanza della relazione di cura e della presa in carico assistenziale che spesso a causa del *workload* o della riduzione del personale si perde di vista.

Sarebbe interessante se corsi riguardanti l'EI venissero effettuati già da bambini per entrare in sintonia con le proprie e le altrui emozioni, imparando già da piccini ad essere empatici e a rispettare l'altro.

Il corso del progetto SG4NS è solo l'inizio di un lungo percorso di erogazione delle competenze emotive all'interno del corso di studi, in modo tale da sviluppare le competenze emotive e ottenere, così, infermieri emotivamente competenti.

Bibliografia

Ackley, D.C. (2016). Emotional intelligence: A practical review of models, measures, and applications. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 68, 269-286.

Akerjordet, K., & Severinsson, E. (2007). Emotional intelligence: a review of the literature with specific focus on empirical and epistemological perspectives. *Journal of clinical nursing*, 16(8), 1405–1416. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01749.x>

Alinejad, V., Parizad, N., Almasi, L., Cheraghi, R., & Piran, M. (2023). Evaluation of occupational stress and job performance in Iranian nurses: the mediating effect of moral and emotional intelligence. *BMC psychiatry*, 23(1), 769. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05277-8>

Al-Shammari, M. A., Yasir, A., Aldoori, N., & Mohammad, H. (2022). Using Normalization Process Theory to Evaluate an End-of-Life Pediatric Palliative Care Web-Based Training Program for Nurses: Protocol for a Randomized Controlled Trial. *JMIR research protocols*, 11(11), e23783. <https://doi.org/10.2196/23783>

Alsufyani, A. M., Baker, O. G., & Alsufyani, Y. M. (2020). Consequences of Emotional Intelligence in Nursing: A Concept Analysis. *Erbil Journal of Nursing and Midwifery*, 3(1), 82–90. <https://doi.org/10.15218/ejnm.2020.10>

Arora, S., Russ, S., Petrides, K. V., Sirimanna, P., Aggarwal, R., Darzi, A., & Sevdalis, N. (2011). Emotional intelligence and stress in medical students performing surgical tasks. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 86(10), 1311–1317. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31822bd7aa>

Augusto Landa, J. M., López-Zafra, E., Aguilar-Luzón, M., & de Ugarte, M. F. (2009). Predictive validity of Perceived Emotional Intelligence

on nursing students' self-concept. *Nurse education today*, 29(7), 801–808.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2009.04.004>

Awe, A. O., David-Olawade, A. C., Ayodele-Awe, I., Feng, H., Odetayo, A., Afolalu, T. D., Ladan, H., & Olawade, D. B. (2023). Predictors and influencing factors of emotional intelligence among nurses in the North East England, United Kingdom. *Journal of education and health promotion*, 12, 236. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1656_22

Bagnasco, A., Tolotti, A., Pagnucci, N., Torre, G., Timmins, F., Aleo, G., & Sasso, L. (2016). How to maintain equity and objectivity in assessing the communication skills in a large group of student nurses during a long examination session, using the Objective Structured Clinical Examination (OSCE). *Nurse education today*, 38, 54–60.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.11.034>

Bar-On R. (2004). The Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-i): Rationale, description and summary of psychometric properties. In G. Geher (Ed.), *Measuring emotional intelligence: Common ground and controversy* (p. 115–145). Nova Science Publishers. 2004.

Bar-On, R. *The Emotional Quotient Inventory (EQ-i): Technical Manual*; Multi-Health Systems: Toronto, ON Canada, 1997

Barrows H. S. (1998). The essentials of problem-based learning. *Journal of dental education*, 62(9), 630–633.

Barry, M., de Groot, E., Baggen, Y., Smalbrugge, M., Moolenaar, N., Bartelink, M. E. L., Damoiseaux, R. A. M. J., Scherpbier, N., & Kluijtmans, M. (2019). Understanding the Broker Role of Clinician-Scientists: A Realist Review on How They Link Research and Practice. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 94(10), 1589–1598.
<https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002819>

Beauvais, A. M., Brady, N., O'Shea, E. R., & Griffin, M. T. (2011). Emotional intelligence and nursing performance among nursing students.

Nurse education today, 31(4), 396–401.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.07.013>

Benko, E., & Peršolja, M. (2023). Nursing students' views of the impact of geriatric role-play workshops on professional competencies: survey. *BMC nursing*, 22(1), 203. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01373-y>

Benner P., Sutphen M., Leonard L., Day L. (2015). *Formazione infermieristica: strategie per una trasformazione radicale*. Edra editore.

Benson, G., Ploeg, J., & Brown, B. (2010). A cross-sectional study of emotional intelligence in baccalaureate nursing students. *Nurse education today*, 30(1), 49–53. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2009.06.006>

Beydler K. W. (2017). The Role of Emotional Intelligence in Perioperative Nursing and Leadership: Developing Skills for Improved Performance. *AORN journal*, 106(4), 317–323. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2017.08.002>

Birks, Y., McKendree, J., & Watt, I. (2009). Emotional intelligence and perceived stress in healthcare students: a multi-institutional, multi-professional survey. *BMC medical education*, 9, 61. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-9-61>

Bulmer Smith, K., Profetto-McGrath, J., & Cummings, G. G. (2009). Emotional intelligence and nursing: an integrative literature review. *International journal of nursing studies*, 46(12), 1624–1636. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.05.024>

Callin, M., & Ciliska, D. (1983). Revitalizing problem solving with triple jump. *The Canadian nurse*, 79(3), 41–44.

Calvani A. (2012) *Per un'istruzione evidence based. Analisi teorico-metodologica internazionale sulle didattiche efficaci e inclusive*. Trento: Edizioni Erickson.

Camp G. van het Kaar A., van der Molen H., Schmidt H. (2014) PBL: step by step a guide for students and tutors. Rotterdam: Institute of Psychology, Erasmus University Rotterdam

Carnevale, F., (2002). Authentic Qualitative research and the Quest for Methodological Rigor. *Canadian Journal of Nursing Research*, 121-128

Carragher, J., & Gormley, K. (2017). Leadership and emotional intelligence in nursing and midwifery education and practice: a discussion paper. *Journal of advanced nursing*, 73(1), 85–96. <https://doi.org/10.1111/jan.13141>

Carvalho, V. S., Guerrero, E., & Chambel, M. J. (2018). Emotional intelligence and health students' well-being: A two-wave study with students of medicine, physiotherapy and nursing. *Nurse education today*, 63, 35–42. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.01.010>

Cassano, F., Tamburrano, A., Mellucci, C., Galletti, C., Damiani, G., & Laurenti, P. (2020). Evaluation of Emotional Intelligence among Master's Degree Students in Nursing and Midwifery: A Cross-Sectional Survey. *International journal of environmental research and public health*, 17(17), 6347. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176347>

Coleman, D., & McLaughlin, D. (2019). Using simulated patients as a learning strategy to support undergraduate nurses to develop patient-teaching skills. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 28(20), 1300–1306. <https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.20.1300>

Darawsheh, W. (2014). Reflexivity in research: Promoting rigour, reliability and validity in qualitative research. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*, 21(12), 560–568.

Del Vecchio, A., Moschella, P. C., Lanham, J. G., & Zaverchnik, J. E. (2022). Acting to teach communication skills to nurses. *The clinical teacher*, 19(4), 289–293. <https://doi.org/10.1111/tct.13489>

Di Lorenzo, R., Venturelli, G., Spiga, G., & Ferri, P. (2019). Emotional intelligence, empathy and alexithymia: a cross-sectional survey on emotional competence in a group of nursing students. *Acta bio-medica : Atenei Parmensis*, 90(4-S), 32–43. <https://doi.org/10.23750/abm.v90i4-S.8273>

Feo, R., Rasmussen, P., Wiechula, R., Conroy, T., & Kitson, A. (2017). Developing effective and caring nurse-patient relationships. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)*, 31(28), 54–63. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10735>

Foronda, C. L., Fernandez-Burgos, M., Nadeau, C., Kelley, C. N., & Henry, M. N. (2020). Virtual Simulation in Nursing Education: A Systematic Review Spanning 1996 to 2018. *Simulation in healthcare : journal of the Society for Simulation in Healthcare*, 15(1), 46–54. <https://doi.org/10.1097/SIH.0000000000000411>

Fundamentals of Care framework, ILC - <https://ilccare.org/the-fundamentals-of-care-framework/> ultimo accesso 29.12.2023

Goleman D. Emotional intelligence. New York: Bantam; 1995.

Goleman, D. (2013). *Intelligenza emotiva: Che cos'è e perché può renderci felici* (4a ed.). Rizzoli.

Görgens-Ekermans, G., & Brand, T. (2012). Emotional intelligence as a moderator in the stress-burnout relationship: a questionnaire study on nurses. *Journal of clinical nursing*, 21(15-16), 2275–2285. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04171.x>

Guilbert J. J. (1990). *Guide Pédagogique Pour les Personnels de Santé*. World Health Organization, Geneva, Switzerland.

Il Sabatini Coletti dizionario della lingua italiana, 2018

Ingram, R. (2013). Locating Emotional Intelligence at the Heart of Social Work Practice. *The British Journal of Social Work*, 43(5), 987–1004. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcs029>

Itatani, T., Nagata, K., Yanagihara, K., & Tabuchi, N. (2017). Content Analysis of Student Essays after Attending a Problem-Based Learning Course: Facilitating the Development of Critical Thinking and Communication Skills in Japanese Nursing Students. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 5(3), 47. <https://doi.org/10.3390/healthcare5030047>

Jallad, S. T., & Işık, B. (2022). The effectiveness of virtual reality simulation as learning strategy in the acquisition of medical skills in nursing education: a systematic review. *Irish journal of medical science*, 191(3), 1407–1426. <https://doi.org/10.1007/s11845-021-02695-z>

Johnson, J. L., Adkins, D., & Chauvin, S. (2020). A Review of the Quality Indicators of Rigor in Qualitative Research. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 84(1), 138–146. <https://doi.org/10.5688/ajpe7120>

Kaya, H., Şenyuva, E., & Bodur, G. (2017). Developing critical thinking disposition and emotional intelligence of nursing students: a longitudinal research. *Nurse education today*, 48, 72–77. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.09.011>

Kiegaldie, D., Nestel, D., Pryor, E., Williams, C., Bowles, K. A., Maloney, S., & Haines, T. (2019). Design, delivery and evaluation of a simulation-based workshop for health professional students on falls prevention in acute care settings. *Nursing open*, 6(3), 1150–1162. <https://doi.org/10.1002/nop2.318>

Kiegaldie, D., & Shaw, L. (2023). Virtual reality simulation for nursing education: effectiveness and feasibility. *BMC nursing*, 22(1), 488. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01639-5>

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>

Koskinen, I., Stolt, M., Widmer, C. T., Pernica, K., Dütthorn, N., Groddeck, L., Bager, I. L., Finn, Y., Smyth, S., & Virtanen, H. (2023). Methodological approaches and competence areas of nursing students in virtual reality simulation research - A scoping review. *Nurse education today*, 133, 106033. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.106033>

Koubova, V. & Buchko, A.A. (2013). Life-work balance: Emotional intelligence as a crucial component of achieving both personal life and work performance. *Management Research Review*, 36(7), 700-719. <https://doi.org/10.1108/MRR-05-2012-0115>

Latham, A. J., Patston, L. L., & Tippett, L. J. (2013). The virtual brain: 30 years of video-game play and cognitive abilities. *Frontiers in psychology*, 4, 629. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00629>

Lee, J., & Son, H. K. (2023). Effects of electronic fetal monitoring simulation with problem-based learning on nursing students' performance confidence, clinical judgment, and knowledge. *Japan journal of nursing science : JJNS*, 20(4), e12539. <https://doi.org/10.1111/jjns.12539>

Mackavey, C., & Cron, S. (2019). Innovative strategies: Increased engagement and synthesis in online advanced practice nursing education. *Nurse education today*, 76, 85–88. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.01.010>

May C. (2013). Agency and implementation: understanding the embedding of healthcare innovations in practice. *Social science & medicine (1982)*, 78, 26–33. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.11.021>

May, C. R., Albers, B., Bracher, M., Finch, T. L., Gilbert, A., Girling, M., Greenwood, K., MacFarlane, A., Mair, F. S., May, C. M., Murray, E., Potthoff, S., & Rapley, T. (2022). Translational framework for implementation evaluation and research: a normalisation process theory coding manual for qualitative research and instrument

development. *Implementation science: IS*, 17(1), 19.
<https://doi.org/10.1186/s13012-022-01191-x>

May, C. R., Mair, F., Finch, T., MacFarlane, A., Dowrick, C., Treweek, S., Rapley, T., Ballini, L., Ong, B. N., Rogers, A., Murray, E., Elwyn, G., Légaré, F., Gunn, J., & Montori, V. M. (2009). Development of a theory of implementation and integration: Normalization Process Theory. *Implementation science: IS*, 4, 29. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-29>

May, C., & Finch, T. (2009). Implementing, Embedding, and Integrating Practices: An Outline of Normalization Process Theory. *Sociology*, 43(3), 535–554. <https://doi.org/10.1177/0038038509103208>

Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2008). Emotional intelligence: new ability or eclectic traits?. *The American psychologist*, 63(6), 503–517. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.63.6.503>

Mayer, J.D. & Salovey P. (1993). The intelligence of emotional intelligence. *Intelligence*;17(4):433e42. [https://doi.org/10.1016/0160-2896\(93\)90010-3](https://doi.org/10.1016/0160-2896(93)90010-3)

McEvoy, R., Ballini, L., Maltoni, S., O'Donnell, C. A., Mair, F. S., & Macfarlane, A. (2014). A qualitative systematic review of studies using the normalization process theory to research implementation processes. *Implementation science : IS*, 9, 2. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-9-2>

McNaughton, R. J., Steven, A., & Shucksmith, J. (2020). Using Normalization Process Theory as a Practical Tool Across the Life Course of a Qualitative Research Project. *Qualitative health research*, 30(2), 217–227. <https://doi.org/10.1177/1049732319863420>

McWilliam, P., & Botwinski, C. (2010). Developing a successful nursing Objective Structured Clinical Examination. *The Journal of nursing education*, 49(1), 36–41. <https://doi.org/10.3928/01484834-20090915-01>

Molero Jurado, M., Pérez-Fuentes, M., Oropesa Ruiz, N. F., Simón Márquez, M., & Gázquez Linares, J. J. (2019). Self-Efficacy and Emotional Intelligence as Predictors of Perceived Stress in Nursing Professionals. *Medicina* (Kaunas, Lithuania), 55(6), 237. <https://doi.org/10.3390/medicina55060237>

Napolitano, F., Calzolari, M., Pagnucci, N., Zanini, M., Catania, G., Aleo, G., Gomes, L., Sasso, L., & Bagnasco, A. (2023a). The effectiveness of learning strategies for the development of Emotional Intelligence in undergraduate nursing students: A systematic review protocol. *Nurse education in practice*, 72, 103797. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103797>

Napolitano, F., Calzolari, M., Di Pietro S., Pagnucci, N., Zanini, M., Catania, G., Aleo, G., Gomes, L., Sasso, L., & Bagnasco, A. (2024). Pedagogical Strategies to Improve Levels of Emotional Intelligence in Nursing Students: A Systematic Review. *Nurse education today*, article in submission

Napolitano F., Corsi I., Maloberti D., Calzolari M., Barbieri M., Aleo G., Zanini M., Catania G., Gomes L., Sasso L., & Bagnasco A. (2024). Veiga Emotional Competence Scale Short Version in Italian Language: A Validation Study. *Journal of Advanced Nursing*, article in submission.

Napolitano F., Delbene L., Centanaro R., Catania G., Zanini M., Aleo G., Franco A., Bariola M., Gomes L., Sasso L., & Bagnasco A. (2024) The Experience of Nursing Students in a Virtual Reality Game Based on Emotions: a Qualitative Study. *Lecture Notes in Networks and Systems - Springer*. Article in submission (MIS4TEL'24)

Nastos, S., & Rangachari, P. K. (2013). The TRIPSE: a process-oriented exam for large undergraduate classes. *Biochemistry and molecular biology education : a bimonthly publication of the International Union of Biochemistry and Molecular Biology*, 41(3), 145–155. <https://doi.org/10.1002/bmb.20696>

Nel, J. A., Jonker, C. S., & Rabie T. (2013). Emotional Intelligence and Wellness Among Employees Working in the Nursing Environment. *Journal of Psychology in Africa*, 23:2, 195-203
DOI: 10.1080/14330237.2013.10820615

Nightingale, S., Spiby, H., Sheen, K., & Slade, P. (2018). The impact of emotional intelligence in health care professionals on caring behaviour towards patients in clinical and long-term care settings: Findings from an integrative review. *International journal of nursing studies*, 80, 106–117.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.01.006>

Nowak, G. J., Evans, N. J., Wojdyski, B. W., Ahn, S. J. G., Len-Rios, M. E., Carera, K., Hale, S., & McFalls, D. (2020). Using immersive virtual reality to improve the beliefs and intentions of influenza vaccine avoidant 18-to-49-year-olds: Considerations, effects, and lessons learned. *Vaccine*, 38(5), 1225–1233. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.11.009>

Nussbaum, M. C. (1992). Emotions as Judgments of Value. *The Yale Journal of Criticism*; 5, 2; Periodicals Archive Online pg. 201

Nussbaum, M. C. (2009). *Upheavals of thought the intelligence of emotions*. Cambridge University Press.

Orak, R. J., Farahani, M. A., Kelishami, F. G., Seyedfatemi, N., Banihashemi, S., & Havaei, F. (2016). Investigating the effect of emotional intelligence education on baccalaureate nursing students' emotional intelligence scores. *Nurse education in practice*, 20, 64–69.
<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2016.05.007>

Pagnucci, N., Carnevale, F. A., Bagnasco, A., Tolotti, A., Cadorin, L., & Sasso, L. (2015). A cross-sectional study of pedagogical strategies in nursing education: opportunities and constraints toward using effective pedagogy. *BMC medical education*, 15, 138. <https://doi.org/10.1186/s12909-015-0411-5>

Pawson R., Manzano-Santaella A. (2012). A realist diagnostic workshop. *Evaluation*, 18 (2), pp. 176-191. DOI: [10.1177/1356389012440912](https://doi.org/10.1177/1356389012440912)

Pawson, R., & Tilley, N. (1997). *Realistic evaluation*. sage.

Pawson, R. (2006). *Evidence-Based Policy: A Realist Perspective*. Sage Publications Ltd.

Pérez-Fuentes, M., Molero Jurado, M., Gázquez Linares, J. J., & Oropesa Ruiz, N. F. (2018). The Role of Emotional Intelligence in Engagement in Nurses. *International journal of environmental research and public health*, 15(9), 1915. <https://doi.org/10.3390/ijerph15091915>

Polit, Ph.D., FAAN, Denise F & Lake, E. (2013). *Statistics and Data Analysis for Nursing Research: Pearson New International Edition*. Pearson Education, Limited.

Polit, D. (s.d.). *Nursing research: Principles and methods* (7^a ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Por, J., Barriball, L., Fitzpatrick, J., & Roberts, J. (2011). Emotional intelligence: its relationship to stress, coping, well-being and professional performance in nursing students. *Nurse education today*, 31(8), 855–860. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.12.023>

Powers, S. C., Morris, M. H., Flynn, H., & Perry, J. (2019). Faculty-Led Role-Play Simulation: Going Live to Teach Patient-Centered Care to Nursing Students. *The Journal of nursing education*, 58(11), 665–668. <https://doi.org/10.3928/01484834-20191021-10>

Pront, L., Müller, A., Koschade, A., & Hutton, A. (2018). Gaming in Nursing Education: A Literature Review. *Nursing education perspectives*, 39(1), 23–28. <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000251>

Raghubir A. E. (2018). Emotional intelligence in professional nursing practice: A concept review using Rodgers's evolutionary analysis approach.

International journal of nursing sciences, 5(2), 126–130.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.03.004>

Ritterfeld, U., Shen, C., Wang, H., Nocera, L., & Wong, W. L. (2009). Multimodality and interactivity: connecting properties of serious games with educational outcomes. *Cyberpsychology & behavior : the impact of the Internet, multimedia and virtual reality on behavior and society*, 12(6), 691–697. <https://doi.org/10.1089/cpb.2009.0099>

Rodham K., Fox F. & Doran N. (2015). Exploring analytical trustworthiness and the process of reaching consensus in interpretative phenomenological analysis: lost in transcription. *International Journal of Social Research Methodology*, 18:1, 59-71, DOI: 10.1080/13645579.2013.852368

Røssland, A., Svellingen, A., & Røykenes, K. (2022). Role Exchange in Student-led Simulation: The Importance of Nursing Students Taking the Role of Patients. *SAGE open nursing*, 8, 23779608221130605. <https://doi.org/10.1177/23779608221130605>

Ruiz-Aranda, D., Extremera, N., & Pineda-Galán, C. (2014). Emotional intelligence, life satisfaction and subjective happiness in female student health professionals: the mediating effect of perceived stress. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 21(2), 106–113. <https://doi.org/10.1111/jpm.12052>

Rushforth H. E. (2007). Objective structured clinical examination (OSCE): review of literature and implications for nursing education. *Nurse education today*, 27(5), 481–490. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2006.08.009>

Salovey P. & Mayer J. D. (1990) Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality* 9, 185–211.

Sasso L., Lotti A., Gamberoni L. (2003) *Il tutor per le professioni sanitarie*. Carocci Faber, Roma.

Şenyuva, E., Kaya, H., Işık, B., & Bodur, G. (2014). Relationship between self-compassion and emotional intelligence in nursing students. *International journal of nursing practice*, 20(6), 588–596. <https://doi.org/10.1111/ijn.12204>

Smith-Stoner M. (2009). Using high-fidelity simulation to educate nursing students about end-of-life care. *Nursing education perspectives*, 30(2), 115–120.

Solà-Pola, M., Morin-Fraile, V., Fabrellas-Padrés, N., Raurell-Torreda, M., Guanter-Peris, L., Guix-Comellas, E., & Pulpón-Segura, A. M. (2020). The usefulness and acceptance of the OSCE in nursing schools. *Nurse education in practice*, 43, 102736. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102736>

Song, Y. A., & Kim, M. (2023). Effects of a virtual reality simulation integrated with problem-based learning on nursing students' critical thinking ability, problem solving ability, and self-efficacy: a non-randomized trial. *Korean journal of women health nursing*, 29(3), 229–238. <https://doi.org/10.4069/kjwhn.2023.09.12>

Steven, A., Magnusson, C., Smith, P., & Pearson, P. H. (2014). Patient safety in nursing education: contexts, tensions and feeling safe to learn. *Nurse education today*, 34(2), 277–284. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.04.025>

Szczygiel, D. D., & Mikołajczak, M. (2018). Emotional Intelligence Buffers the Effects of Negative Emotions on Job Burnout in Nursing. *Frontiers in psychology*, 9, 2649. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02649>

The jamovi project (2023). *jamovi*. (Version 2.4) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>.

Tilley, N., & Pawson, R. (2014). *Realistic Evaluation*. SAGE Publications, Limited.

Trangenstein PA, Weiner EE, Gordon JS, McNew R. An analysis of nursing education's immersion into Second Life, a multi-user virtual

environment (MUVE). *Stud Health Technol Inform.* 2010;160(Pt 1):644-7. PMID: 20841766

Walker, A., & Campbell, K. (2013). Work readiness of graduate nurses and the impact on job satisfaction, work engagement and intention to remain. *Nurse education today*, 33(12), 1490–1495. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.05.008>

Wei, B., Wang, H., Li, F., Long, Y., Zhang, Q., Liu, H., Tang, X., & Rao, M. (2023). Effectiveness of Problem-Based Learning on Development of Nursing Students' Critical Thinking Skills: A Systematic Review and Meta-analysis. *Nurse educator*, 10.1097/NNE.0000000000001548. Advance online publication. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000001548>

Wood D. F. (2003). Problem based learning. *BMJ (Clinical research ed.)*, 326(7384), 328–330. <https://doi.org/10.1136/bmj.326.7384.328>

Zaghini, F., Vellone, E., Maurici, M., Sestili, C., Mannocci, A., Ercoli, E., Magnavita, N., La Torre, G., Alvaro, R., & Sili, A. (2020). The influence of work context and organizational well-being on psychophysical health of healthcare providers. *La Medicina del lavoro*, 111(4), 306–320. <https://doi.org/10.23749/mdl.v111i4.9075>

Zhu, Y., Liu, C., Guo, B., Zhao, L., & Lou, F. (2015). The impact of emotional intelligence on work engagement of registered nurses: the mediating role of organisational justice. *Journal of clinical nursing*, 24(15-16), 2115–2124. <https://doi.org/10.1111/jocn.12807>

Allegati

Allegato 1 – Il gioco del progetto SG4NS

Il gioco segue le dinamiche di un visore: immersione totale, possibilità di movimento anche tramite levette joypad sx, possibilità di cambiare la visuale con levetta joypad dx, svolgere azioni/ricevere suggerimenti tasto A e afferrare oggetti i tasti laterali. Gli oggetti con cui si può interagire presentano i contorni ispessiti colorati di un verde brillante.

Il gioco è ambientato in una casa a due piani. Il giocatore inizia il gioco ritrovandosi in un openspace cucina e sala da pranzo. Il suggerimento che gli viene fornito è: cercare il soggiorno.

L'openspace è angusto. La luce è fredda e biancastra, quasi spettrale. Girando per l'openspace si vede una cucina dai mobili colorati di nero con le maniglie gialle, un bancone con un post-it, un tavolo con un pacco regalo, una pizza, un tovagliolo con 4 muffin, una rosa, piatti e posate, e 3 candele, una TV accesa bloccata sulla stessa immagine. Leggendo sul post-it il gioco offre un secondo suggerimento: ci sono oggetti che lavorano solo se si applica forza.

Procedendo verso il corridoio alla ricerca del soggiorno, si incontrano subito tre porte. La prima porta a sinistra è chiusa e non si può aprire a chiave, la seconda porta a destra non si può aprire serve la chiave e la terza porta a sinistra rivela uno stanzino. Nello stanzino è presente una lavatrice e una scaffalatura. Sulla scaffalatura si vede: due taniche, una bottiglia di vetro, un kit di pronto soccorso, uno schedario, una scatola degli attrezzi aperta, un martello e un'accetta e una scatola aperta per terra. Il giocatore può afferrare accetta e martello. Gli oggetti in questione gli serviranno per imporre forza in cucina.

Tornando in cucina, si può notare che nella zona dove è presente il post-it, c'è un bidone della spazzatura rosso. Il coperchio del bidone è da rompere con il

martello. Una volta rotto il coperchio, il giocatore vede blatte verdi e una chiave dorata. Con la chiave il giocatore potrà aprire la prima porta scoprendone il soggiorno.

Nel soggiorno c'è un divanetto beige con un cuscino verde, un tappeto giallo, una cheise longue rossa, una libreria molto grande, una lampada a pavimento, una poltrona, una donna distesa per terra. Davanti al divano c'è un mobile da tv con televisore spento, tra due finestre. Davanti alla seconda finestra c'è un baule. Dietro al baule sono presenti 3 fotografie con delle date: 05.05.2019; 11.09.2017; 17.04.2020. In fondo alla parete, accanto alla donna distesa per terra è presente una pianta. Sul muro della porta sono presente altre 3 fotografie: 12.08.2016; 23.04.2017; 01.02.2020. La donna distesa sul fianco sinistro presenta gli occhi aperti direzionati verso l'alto, poggia la testa sull'avambraccio sinistro e il destro è disteso sul suo fianco. Ha del sangue sul lato destro della bocca. Accanto alla donna per terra è presente un foglietto, che il giocatore deve prendere. Quando si prova a prendere il foglio, la donna distesa per terra si gira ti guarda e sposta il suo sguardo sul giocatore per ogni movimento. Sul foglio c'è scritto:

“05.05.2016

Oggi ho incontrato una ragazza fantastica, era bellissima. Stavo seguendo una lezione sulle sostanze chimiche rilasciate nei nostri cervelli quando proviamo alcune emozioni e mi sono girato perché ho sentito cadere qualcosa proprio dietro di me, era un tipo che ha lasciato cadere a terra il suo libro per qualche ragione. Credo si fosse addormentato, aveva delle occhiaie scure intorno agli occhi. Come se avesse passato tutta la notte sveglio. Quando ho alzato lo sguardo, ho visto questa bella ragazza bruna seduta qualche fila dietro di me. Aveva qualcosa... Come posso descrivere?! Aveva un'aura che mi trascinava a lei. Mi sono ritrovato a fissarla per quella che sembrava un'eternità e sono stato ovviamente beccato da lei, che mi ha guardato in modo piuttosto confuso. Da quel momento, non sono più riuscito a togliermela dalla testa, dovevo in qualche modo attirare la sua attenzione.

John”

Per aprire il baule il giocatore deve inserire la data del foglio che compare anche sulle fotografie: 0505.

Nel baule è presente una torcia e una chiave. Uscendo dalla porta il giocatore deve trovare la camera da letto. Andando verso il corridoio buoi si vede un quadro inquietante, un pendolo di cui si sente il ticchettio, e un secondo quadro. Sono presenti delle scale, su cui salire. Alle pareti è appeso un quadro e si sentono bisbigli. Salendo è presente una seconda rampa di scale. Arrivando in cima, si vede un pianerottolo e altre scale da cui scendere su cui è presente un nuovo quadro. Salendo si trova una piattaforma con le ringhiere ed un corridoio molto simile a quello del piano terra. Sono presenti due porte a destra, una porta a sinistra e in fondo al corridoio un'ultima porta. La chiave apre la porta sulla sinistra. La stanza è la camera da letto.

Nella camera c'è un letto matrimoniale bianco con la base verde petrolio, un lenzuolo rosso, due comodini marroni su cui sopra sono presenti due lampade. Nel comodino di sinistra c'è un quadretto e una chiave di una cassaforte, e dei blocchetti di post-it. È presente un balcone con finestra aperta. In fondo al letto è presente un puff quadrato verde con cuscini. Alla sinistra del letto c'è un letto ad L e una poltrona rossa con dei prodotti di bellezza, una chiave, uno specchio e una scatola chiusa. Appena si entra sulla destra c'è un post-it su cui c'è scritto: Diamanti e perle, ci sono cose preziose che possono essere trovate nelle casseforti. Nella camera armadio sono presenti 3 casseforti. Sul divano rosso è presente un nuovo foglio di diario e una chiave nel foglio c'è scritto:

“05.05.2019

Ha detto sì! Le ho chiesto di sposarmi e lei ha detto sì. Sono così felice... Non so nemmeno cosa dire. Sono passati due anni da quando ci siamo conosciuti, e praticamente viviamo insieme da un anno. Per il nostro anniversario le ho solo chiesto di vestirsi elegante perché volevo occuparmi io di tutto il resto. Ho preparato una bella cena a lume di candela con il suo pasto preferito e dessert, e dopo cena abbiamo fatto una passeggiata lungo il fiume e le ho fatto

la proposta nel suo posto preferito. È un punto da cui possiamo vedere tutte le luci della città che si riflettono sull'acqua. Semplicemente bellissimo!

John”.

La chiave dall'armadio apre la cassaforte centrale che risulterà vuota. La chiave del puff apre la cassaforte sulla sinistra che risulterà vuota. La chiave del comodino apre la cassaforte sulla destra in cui è presente una chiave. La chiave apre la porta in fondo al corridoio che è l'ufficio.

Entrando si vede uno schermo acceso dove è presente un foglietto: “pagine del diario”. Sul post-it c'è scritto che le pagine del diario devono essere appese. Poi è presente un mobiletto, una finestra, una scrivania, con sopra un telefono, un calamaio e una penna. Una sedia da ufficio rovesciata con del sangue. Un cestino caduto con palline di carta e un foglio di diario con scritto: “05.05.2020

Lei... è morta. È morta il giorno del nostro anniversario. Sono andato a chiamarla per la cena e sembrava così debole. Mentre mi avvicinavo a lei sdraiata nel nostro letto, mi ha guardato e ho notato che aveva difficoltà a respirare. Le stavo toccando la mano e le accarezzavo il viso, aveva freddo. Ho visto una lacrima cadere dai suoi bellissimi occhi e ho visto la sua bocca muoversi, stava cercando di parlare. Penso che stesse cercando di dire ti amo ma dopo che ho alzato lo sguardo, sembrava assente. Se n'era andata, non aveva nemmeno mangiato il suo cibo preferito... Non posso accettarlo. Non sono in grado di versare lacrime. I nostri amici e la nostra famiglia sono venuti a trovarmi, a dire le solite parole senza senso e a darmi un abbraccio, come se questo la riportasse indietro. Mi hanno chiesto come stavo, ma non sono stato in grado di dire nulla. La casa sembra così vuota, sento un vuoto così grande che non riesco a sentire nient'altro. Ancora non riesco a capire come io abbia fatto a perderla!!”

Poi è presente una libreria, uno schermo tv, un tavolino e una poltrona rossa a tre posti e un altro mobiletto con un'altra pagina di diario: “01.02.2017

Quindi, ci stiamo frequentando ora e passiamo molto tempo insieme. Di solito viene da me perché vivo da solo. Vivevo con mio nonno, ma quando è morto ho ereditato la casa; quindi, ho questa grande casa tutta per me. Tornando alla storia, lei è quella che viene da me perché in questo modo possiamo stare più comodi nel nostro spazio, invece di dover sopportare i suoi coinquilini. Di solito cucino per lei e restiamo alzati fino a tardi a guardare film. Lei si siede sul divano e io solitamente mi sdraio appoggiandole la testa in grembo, mentre lei mi accarezza i capelli. Devo sforzarmi per non addormentarmi, quando lo fa.

John”

A questo punto il giocatore deve andare a prendere tutti i fogli di diario che ha trovato e appenderli nella bacheca. I fogli di diario sono 6: uno è già appeso, due si trovano nell'ufficio, uno si trova nella camera da letto, uno sul balcone e l'ultimo dalla donna per terra al piano di sotto.

Il foglio presente sul balcone deve essere preso con l'aiuto della trave di legno che servirà da base per poter camminare. Sulla pagina di diario c'è scritto: “25.04.2020

Non ricordo l'ultima volta che ho dormito, ho bisogno di trovare la cura, ma tutto sta andando male, io... lei sembra così assente, spesso mi accorgo che piange. Mi chiedo cosa stia pensando... È stata in grado di venire in cucina a mangiare, ma è già svenuta un paio di volte lì, ultimamente le ho portato il cibo in camera da letto, ma si rifiuta di mangiare a letto e vuole andare in cucina. Il nostro anniversario è in arrivo e farò la stessa cosa dell'anno scorso, visto che non ha la forza di uscire. Farò una cena a lume di candela con il suo cibo preferito e dessert.

John”

Il foglio già appeso, invece riporta: “20.11.2019

Eravamo così entusiasti, ogni giorno eravamo sempre più vicini l'uno all'altro, mantenendo i nostri ritmi: cucinavo la maggior parte del tempo per lei, guardavamo film seduti sul divano con me che posavo la testa sulle sue

gambe, e a volte il contrario, facendo passeggiate per la città o visitando posti nuovi. Ma, è successo qualcosa oggi... Mary non si sente bene ultimamente, è da giorni che si lamenta di avere emicranie sempre più forti ogni giorno che passa. È svenuta mentre aiutava una paziente con qualcosa, non ne sono sicuro. Beh, quando ho visto il numero dell'ospedale ho risposto in preda all'ansia, preoccupato... Quando ho risposto, un collega di Mary mi ha raccontato cosa è successo e mi ha chiesto come si sente Mary ultimamente. Se si fosse lamentata di qualche dolore o qualcosa del genere, e ho detto a Laura delle emicranie.

John”

Inserite tutte le pagine di diario, il gioco richiede al giocatore di sistemare le pagine di diario in ordine di data: 05.05.2016; 01.02.2017; 05.05.2019; 20.11.2019; 25.04.2020; 05.05.2020. Mettendo le pagine in ordine compare la scritta WONDER. Inoltre, si è accesa la tv, su cui è comparso: un cuore, un cervello e un intestino.

Il gioco suggerisce di andare a cerca il laboratorio segreto. Il laboratorio si trova sottoterra e dietro alla libreria del soggiorno. Tra i libri presenti ce ne sono 3 che hanno raffigurato sul retro di copertina i tre organi della TV. Il giocare deve tirare i libri per far partire il meccanismo: si sposta la libreria e compare un varco con delle scale. Scendendo si vede una mano per terra appartenente a un'altra persona distesa per terra. Entrando nel laboratorio, la persona distesa si vede essere un uomo: ha gli occhi aperti ed è riverso a terra. Il laboratorio è illuminato da una luce verde. Sulla destra è presente un lungo mobile basso nero con scatole di mascherine chirurgiche, un microscopio e un macchinario per l'analisi dei liquidi biologici. Accanto al mobile sul muro infondo al laboratorio, ci sono 2 cilindri-cisterna grossi che perdono liquido fluorescente. Di fronte al mobile nero e al centro del laboratorio c'è un mobiletto marrone con provette, bricchi, una mascherina e un pc. Sono presenti anche due sgabelli blu. Dietro al mobile si vede una barella e una pompa infusionale attaccata ad un'asta porta flebo. Sull'altro muro sono presenti due mobili: uno marrone con scaffali e uno arancione chiuso. Vicino

al morto, alla sinistra dell'entrata, c'è un lavandino con sopra un mobiletto chiuso bloccato da un meccanismo. Nel meccanismo bisogna inserire 6 tasti che devono comporre la parola WONDER. Nel lavandino sono presenti 3 tasti: una E, una O e una D. Sul tavolo del PC è presente la W e R. La N è sul mobile del microscopio. Inseriti i tasti in ordine, si apre il meccanismo che blocca il mobiletto e il giocatore si specchia. L'uomo riflesso e l'uomo sdraiato per terra.

Il giocatore, quindi, è John ed è un fantasma.

Allegato 2 – I PBL somministrati: emozioni positive ed emozioni negative

PBL emozioni positive

Formato: corto e completo

Destinatari: Studenti del Corso di Laurea in Infermieristica II anno

Titolo: La riabilitazione di Giovanni

Il Signor Giovanni ha 64 anni ed è ricoverato da sei giorni in riabilitazione fisiatrica a seguito di un ictus.

Giovanni è vigile orientato, ha un'emiparesi del lato destro.

Ha iniziato da subito la riabilitazione motoria con buoni risultati.

Agli infermieri manifesta però la paura di non riuscire a recuperare le sue capacità motorie e la sua autonomia....

Il suo umore non è dei migliori, rivuole la sua vita, il suo lavoro, suoi affetti.

Negli ultimi due giorni Giovanni riferisce di riuscire a fare esercizi che prima non faceva. Entusiasta dei miglioramenti fa presente all'infermiere di turno che la situazione è in netto miglioramento.

Il professionista, visto il recupero positivo, propone al signor Giovanni di implementare gli esercizi anche il pomeriggio e, sotto l'osservazione del personale, provare a fare qualcosa in autonomia e in completa sicurezza.

Giovanni è felice, finalmente vede la guarigione vicina e dice: "POSSIAMO INIZIARE DA ADESSO?".

Obiettivi di apprendimento attesi:

- Conoscere gli interventi infermieristici per la persona affetta da ictus alla luce dell'evidence based nursing
- Individuare i bisogni di relazione della persona assistita
- Conoscere gli interventi infermieristici per la persona con bisogno di relazione alla luce dell'evidence based nursing
- Individuare le emozioni positive presenti nello scenario presentato
- Capire come mantenere le emozioni positive sia nella persona assistita che nel personale sanitario
- Conoscere come le emozioni positive possano incentivare un miglioramento dell'assistenza infermieristica alla luce dell'evidence based nursing

PBL emozioni negative

Formato: corto e completo

Destinatari: Studenti del Corso di Laurea in Infermieristica II anno

Titolo: La leucemia di Luca

Luca ha 38 anni ed è ricoverato da due settimane in hospice per una leucemia mieloide acuta. È vigile e orientato ma molto astenico.

I genitori di Luca cercano di essere sempre presenti al suo fianco. I medici li hanno avvisati sull'andamento della prognosi. Anche Luca ne è a conoscenza. Purtroppo, le terapie curative non sono più funzionali e la terapia che sta seguendo adesso è di tipo palliativo.

La sua astenia negli ultimi due giorni è molto aumentata. Ha difficoltà ad alzarsi dal letto e si stanca anche ad andare in bagno. Le dosi delle terapie

palliative sono aumentate per andare di pari passo con il suo peggioramento fisico.

L'infermiere del turno pomeridiano, si reca nella stanza del paziente per sostituire la terapia in pompa infusionale, ma si rende conto che Luca è morto. Il papà di Luca si era allontanato per prendere un caffè. Mentre l'infermiere è in stanza, il papà di Luca rientra, e si rende conto della situazione. Non riesce a trattenere le emozioni, inizia subito a piangere e dice: "Perché proprio a te doveva capitare? Tu eri così giovane!"

L'infermiere, si sente particolarmente toccato dalla situazione e non riesce a gestire le sue emozioni: anche lui, infatti, ha un figlio di 30 anni. La sua emotività prende il sopravvento e non riesce a gestire il lutto del papà di Luca.

Obiettivi di apprendimento attesi:

- Individuare i bisogni di relazione della persona assistita
- Conoscere gli interventi infermieristici per la persona con bisogno di relazione alla luce dell'evidence based nursing
- Individuare le emozioni negative presenti nello scenario presentato
- Capire come gestire le emozioni negative sia nella persona assistita che nel personale sanitario
- Conoscere delle strategie per gestire le emozioni negative e come queste possano migliorare l'assistenza infermieristica alla luce dell'evidence based nursing

Allegato 3 - IRIS questionnaire (Interpersonal conflict Emotion regulation- adaptive and maladaptive strategies in interpersonal relationships)

[Questionario sulla Regolazione dell'Interazione Interpersonale – IRIS-ITA]

Il questionario IRIS-ITA contiene una serie di affermazioni che descrivono diversi comportamenti e azioni. Le chiediamo di leggere ogni affermazione e indicare, in generale, in che misura Lei assume il comportamento/azione descritto nei confronti delle persone che assiste.

Comportamenti e azioni		Per niente 1	2	3	4	5	6	7	8	Moltissimo 9
1	Li ho incoraggiati a condividere i loro sentimenti con me	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2	Mi sono sforzato di ascoltarli	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3	Ho lasciato che sfogassero le loro emozioni	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4	Ho compreso i loro sentimenti	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5	Ho fatto capire loro che i sentimenti che provavano erano comprensibili o legittimi	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6	Li ho confortati o consolati	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7	Ho espresso solidarietà o preoccupazione	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8	Ero d'accordo con la loro opinione sulla situazione	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9	Mi sono interessato alle loro emozioni	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10	Sono stato onesto con loro	1	2	3	4	5	6	7	8	9
11	Ho espresso considerazione positiva nei loro confronti	1	2	3	4	5	6	7	8	9

12	Ho espresso rabbia o ostilità nei loro confronti	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13	Ho ignorato o screditato le loro emozioni	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14	Ho espresso risentimento nei loro confronti	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15	Ho riso di loro	1	2	3	4	5	6	7	8	9
16	Ho detto loro che erano troppo emotivi	1	2	3	4	5	6	7	8	9
17	Ho criticato la loro reazione emotiva rispetto alla situazione	1	2	3	4	5	6	7	8	9
18	Sono stato travolto dalle loro emozioni	1	2	3	4	5	6	7	8	9
19	Li ho aiutati a risolvere la loro situazione	1	2	3	4	5	6	7	8	9
20	Li ho consigliati	1	2	3	4	5	6	7	8	9
21	Li ho aiutati a pianificare	1	2	3	4	5	6	7	8	9
22	Ho suggerito interpretazioni alternative della situazione	1	2	3	4	5	6	7	8	9
23	Li ho aiutati a guardare la situazione da un altro punto di vista	1	2	3	4	5	6	7	8	9
24	Li ho aiutati a vedere il lato positivo	1	2	3	4	5	6	7	8	9
25	Ho fatto notare loro tutto ciò che hanno di buono	1	2	3	4	5	6	7	8	9
26	Ho condiviso i miei pensieri e le mie emozioni attraverso il contatto fisico (ad esempio, una pacca sulla spalla, un abbraccio)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
27	Ho dimostrato disponibilità attraverso il linguaggio del corpo (ad esempio, contatto visivo, espressioni facciali, postura)	1	2	3	4	5	6	7	8	9

28	Ho fatto capire loro che ero fisicamente presente	1	2	3	4	5	6	7	8	9
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Calcolare i punteggi

- Per la **responsività**, sommare le risposte dall'item 1 all'11.

Punteggio:

- Per l'**ostilità**, sommare le risposte dall'item 12 al 18.

Punteggio:

- Per il **supporto cognitivo**, sommare le risposte dall'item 19 al 25.

Punteggio:

- Per la **presenza fisica**, sommare le risposte dall'item 26 al 28.

Punteggio:

Responsività: se il punteggio è superiore a 55, ha un punteggio elevato per la responsività: ciò significa che è responsivo nei confronti delle persone che assiste, disposto a supportarli nell'esprimere le loro emozioni e comprenderle. Se il punteggio è inferiore a 55, significa che lei è meno responsivo nei confronti delle persone che assiste. (*strategia adattiva*).

Ostilità: se il punteggio è superiore a 35, ha un atteggiamento ostile e aggressivo nei confronti delle persone che assiste. Se il punteggio è inferiore a 35, significa che non ha un atteggiamento ostile nei confronti delle persone che assiste. (*strategia disadattativa*).

Supporto cognitivo: se il punteggio è superiore a 35, ha un punteggio elevato – questo significa che sta offrendo supporto cognitivo alle persone che assiste, è disposto ad aiutarli a risolvere i loro problemi. Se il punteggio è inferiore a 35, significa che offre meno supporto cognitivo alle persone che assiste. (*strategia adattiva*).

Presenza fisica: se il punteggio è superiore a 15, sta esprimendo la sua comprensione nei confronti delle persone che assiste con la presenza fisica. Se il punteggio è inferiore a 15, significa che è meno fisicamente presente per le persone che assiste. (*strategia adattiva*).

Allegato 4 - PANAS-X (Positive-negative ratio)

Il questionario PANAS è composto da una serie di voci che descrivono diverse sensazioni ed emozioni. Le chiediamo di leggere ciascuna voce e indicare in che misura Lei ha provato questa sensazione/emozione durante la sua formazione in ambito sanitario.

Sensazioni Emozioni	Leggermente o per niente	Poco	Moderatamente	Abbastanza	Estremamente
1 Felice	1	2	3	4	5
2 Timoroso	1	2	3	4	5
3 Gioioso	1	2	3	4	5
4 Spaventato	1	2	3	4	5
5 Felicissimo	1	2	3	4	5
6 Nervoso	1	2	3	4	5
7 Allegro	1	2	3	4	5
8 Agitato	1	2	3	4	5
9 Emozionato	1	2	3	4	5
10 Insicuro	1	2	3	4	5
11 Entusiasta	1	2	3	4	5
12 Arrabbiato	1	2	3	4	5
13 Vivace	1	2	3	4	5
14 Ostile	1	2	3	4	5
15 Energico	1	2	3	4	5
16 Irritabile	1	2	3	4	5
17 Dinamico	1	2	3	4	5
18 Sprezzante	1	2	3	4	5

19 Orgoglioso	1	2	3	4	5
20 Disgustato	1	2	3	4	5
21 Forte	1	2	3	4	5
22 Ribrezzo	1	2	3	4	5
23 Sicuro di sé	1	2	3	4	5
24 Infastidito	1	2	3	4	5
25 Coraggioso	1	2	3	4	5
26 Colpevole	1	2	3	4	5
27 Audace	1	2	3	4	5
28 Provare vergogna	1	2	3	4	5
29 Intrepido	1	2	3	4	5
30 Riprovevole	1	2	3	4	5
31 Ispirato	1	2	3	4	5
32 Arrabbiato con sé stesso	1	2	3	4	5
33 Vigile	1	2	3	4	5
34 Disgustato di sé	1	2	3	4	5
35 Attento	1	2	3	4	5
36 Insoddisfatto di sé	1	2	3	4	5
37 Concentrato	1	2	3	4	5

38 Triste	1	2	3	4	5
39 Determinato	1	2	3	4	5
40 Depresso	1	2	3	4	5
41 Interessato	1	2	3	4	5
42 Sconfortato	1	2	3	4	5
43 Calmo	1	2	3	4	5
44 Solo	1	2	3	4	5
45 Rilassato	1	2	3	4	5
46 Scoraggiato	1	2	3	4	5
47 A proprio agio	1	2	3	4	5
48 Solitario	1	2	3	4	5
49 Stupito	1	2	3	4	5
50 Timido	1	2	3	4	5
51 Sorpreso	1	2	3	4	5
52 Stanco	1	2	3	4	5
53 Meravigliato	1	2	3	4	5
54 Assonnato	1	2	3	4	5

Per le sensazioni/emozioni positive, sommare i punteggi degli item con numero dispari.

Punteggio: _____

Per le sensazioni/emozioni negative, sommare i punteggi degli item con numero pari.

Punteggio: _____

Sensazioni/emozioni positive: Se il punteggio è superiore a 81, si ha un punteggio elevato per le sensazioni/emozioni positive provate sul lavoro (durante la formazione in ambito sanitario). Se il punteggio è inferiore a 81, significa che si provano meno sensazioni/emozioni positive.

Sensazioni/emozioni negative: Se il punteggio è superiore a 81, si ha un punteggio elevato per le sensazioni/emozioni negative provate sul lavoro (durante la formazione in ambito sanitario). Se il punteggio è inferiore a 81, significa che si provano meno sensazioni/emozioni negative.

Allegato 5 - Rathus Assertiveness Schedule (RAS) - Italiano

Scala per l'assertività

Quanto sei assertivo? Difendi i tuoi diritti o permetti ad altre persone di calpestarti? Dici quello che senti o quello che pensi che gli altri vogliono che tu dica? Inizi relazioni con persone attraenti o ti allontani da loro? Un modo per ottenere informazioni su quanto sei assertivo è fare il seguente test self-report del comportamento assertivo.

Istruzioni: Per ognuna delle affermazioni riportate se la situazione rappresentata descrive o no un aspetto del tuo comportamento, contrassegnando il valore corrispondente alla tua scelta:

molto simile a me	abbastanza simile a me	leggermente simile a me	leggermente diverso da me	abbastanza diverso da me	molto diverso da me
3	2	1	-1	-2	-3

Affermazioni	Risposta					
1. La maggior parte delle persone che mi circondano sembrano essere più aggressive o più assertive di me.*	3	2	1	-1	-2	-3
2. Ho evitato di proporre o di accettare appuntamenti per timidezza.*	3	2	1	-1	-2	-3
3. Quando la pietanza servita in un ristorante non rispecchia i miei gusti, mi lamento con il cameriere o con la cameriera.	3	2	1	-1	-2	-3
4. Evito in tutti i modi di ferire i sentimenti di altre persone, persino quando sento di essere stato ferito da loro.*	3	2	1	-1	-2	-3

5. Se una commessa si è infastidita molto per avermi mostrato indumenti o oggetti che non sono di mio gradimento, per me è difficile dire di no.*	3	2	1	-1	-2	-3
6. Quando mi si chiede di fare qualcosa, insisto nel sapere perché.	3	2	1	-1	-2	-3
7. Quasi sempre cerco solide argomentazioni pungenti quando intrattengo una conversazione.	3	2	1	-1	-2	-3
8. Mi affido solo a me stesso per andare avanti, senza attirare l'attenzione.	3	2	1	-1	-2	-3
9. A essere onesti, la gente spesso si approfitta di me.*	3	2	1	-1	-2	-3
10. Mi piace iniziare una conversazione con degli sconosciuti.	3	2	1	-1	-2	-3
11. Spesso non so cosa dire alle persone da cui mi sento attratto.*	3	2	1	-1	-2	-3
12. Esito nel fare telefonate a negozi e istituzioni.*	3	2	1	-1	-2	-3
13. Preferisco candidarmi per un lavoro o per l'ammissione a un corso scrivendo email piuttosto che affrontare colloqui di persona.*	3	2	1	-1	-2	-3
14. Mi imbarazza restituire qualcosa che ho acquistato.*	3	2	1	-1	-2	-3
15. Se un familiare mi disturba, taccio o lo nascondo.*	3	2	1	-1	-2	-3
16. Ho evitato di fare domande per timore di sembrare stupido.*	3	2	1	-1	-2	-3
17. Non mi piacciono le discussioni, mi bloccano.*	3	2	1	-1	-2	-3

18. Se un professore rinomato fa una dichiarazione che reputo incorretta, lo correggerò in pubblico, in modo che sia ben chiaro il mio punto di vista.	3	2	1	-1	-2	-3
19. Evito di discutere del mio stipendio durante un colloquio di lavoro.*	3	2	1	-1	-2	-3
20. Se ho fatto qualcosa di importante, faccio in modo che tutti lo sappiano.	3	2	1	-1	-2	-3
21. Sono aperto e sincero riguardo ai miei sentimenti.	3	2	1	-1	-2	-3
22. Se qualcuno mi ha ferito diffondendo storie false o di cattivo gusto su di me, troverò quella persona prima possibile per parlarne.	3	2	1	-1	-2	-3
23. Spesso mi costa fatica dire di no.*	3	2	1	-1	-2	-3
24. Tendo sempre a reprimere le mie emozioni.*	3	2	1	-1	-2	-3
25. Non esito mai quando si tratta di lamentarmi di un brutto servizio al bar o al ristorante.	3	2	1	-1	-2	-3
26. Quando ricevo un complimento non so cosa rispondere.*	3	2	1	-1	-2	-3
27. Se una coppia seduta al mio fianco a teatro o durante una conferenza conversa a voce alta, chiedo loro di tacere o di continuare la conversazione da un'altra parte.	3	2	1	-1	-2	-3
28. Chiunque provi a essere migliore di me in qualcosa, deve prepararsi a vedersela con me.	3	2	1	-1	-2	-3
29. Sono veloce a esprimere un'opinione.	3	2	1	-1	-2	-3
30. Ci sono momenti in cui semplicemente sono incapace di dire qualcosa.*	3	2	1	-1	-2	-3

Score totale: _____

Somma di tutti i punteggi ottenuti per ogni situazione. Attenzione per le situazioni che presentano (*), i punteggi sono da invertire.

*Invertire la scala

Il range della scala RAS varia da +60 a -70. Il punteggio cresce al venir meno delle abilità assertive e al crescere dell'ansia sociale. Tuttavia, bisogna considerare che, nella scala RAS, un punteggio maggiore non identifica una maggiore assertività; al contrario, la scala mira a discriminare, attraverso soglie di punteggi, tra stili comportamentali prevalentemente assertivi, passivi (range alti) o aggressivi.

Allegato 6 – Il triplo salto: il caso di Maria

Il caso di Maria

Sei l'infermiere che sta effettuando il turno di notte, vieni chiamato incessantemente dalla Signora Maria per svolgere azioni che potrebbe svolgere in autonomia (mi può dare da bere, mi può coprire meglio, ...). Ad ogni chiamata vai a rispondere con prontezza e Maria ti accoglie con un sorriso sarcastico di scherno come se ti volesse sfidare.

Alla quinta chiamata ti presenti preoccupato/a da lei in quanto capisci che c'è qualcosa che non va...

Stop!

PRIMO SALTO

Chiedere allo studente di formulare ipotesi sul caso (Quali sono i problemi infermieristici che evidenzia nel caso appena letto?)

Ipotesi attese sul caso

- Chiamate continue ed insistenti causate dal bisogno di comunicazione inerente alla preoccupazione rispetto alla prognosi infausta
- Comunicazione non verbale causata dalla paura della morte
- Atteggiamento sfidante dovuto al bisogno di essere rassicurata sulla terapia palliativa/all'ansia riferita al percorso di terapia palliativa

COMMENTI TUTOR

Se lo studente trova il caso difficile, aiutarlo nell'esplorare almeno una delle ipotesi sopra descritte.

DATI LEGATI AL CASO

Lo studente richiede dati aggiuntivi necessari per inquadrare meglio il caso.

Segnare con una crocetta i dati che vengono richiesti dallo studente:

- Valori antropometrici: peso 48 kg, altezza 165 cm
- Dati anagrafici: età 58 anni
- Vigile, orientata e autosufficiente
- Vive con il marito, ha due figlie e quattro giovani nipoti
- Diagnosi: cancro ai polmoni di quarto stadio con metastasi ossee
- Non presenta metastasi cerebrali
- Ciclo di terapia chemioterapica in corso
- Prognosi infausta, consigliate le terapie palliative dall'oncologo
- Maria è a conoscenza della sua prognosi. Maria è stata informata dall'oncologo di interrompere il ciclo di chemioterapia e iniziare un percorso di terapia palliativa, in modo da avere una qualità di vita il migliore possibile in relazione alla sua patologia
- Maria è consapevole che la terapia palliativa sia la scelta migliore ma è confusa e insicura. Non riesce ad accettare che la sua malattia sia "arrivata così avanti". Stava andando avanti con la

chemioterapia e si sentiva meglio rispetto all'inizio. A parte la tosse forte aveva ripreso a fare giardinaggio con il marito. Si sentiva solo più stanca ultimamente.

- Si sente incerta sulla terapia palliativa, sa che la chemioterapia la stava aiutando. Era sicura di uscirne. Aveva la speranza di sopravvivere al tumore
- Ha paura di finire abbandonata dai medici
- È buddista

SECONDO SALTO

Assicurarsi che lo studente abbia:

- Identificato il problema
- Pianificato gli interventi infermieristici
- Identificato gli argomenti per lo studio indipendente

Se lo studente non ha identificato argomenti chiave, annotalo sulla sua agenda di studio.

TERZO SALTO

Identificare le fonti per la ricerca bibliografica e l'utilizzo di banche dati.

Valutazione e applicazione delle nuove conoscenze alla soluzione dei problemi/ipotesi.

Esposizione in modo sintetico, attraverso interventi, della risposta strutturata dei problemi trattati.

CRITERI PER LA VALUTAZIONE DELLO STUDENTE

Attività dello studente	Punteggio
<i>Primo salto:</i>	
Lo studente ha identificato almeno due ipotesi attese inerenti al caso presentato?	/5
Le informazioni aggiuntive richieste erano sufficienti per definire le ipotesi identificate?	/5
<i>Formulazione finale del problema:</i>	
Lo studente ha individuato almeno due problemi assistenziali inerenti al caso presentato?	/7
Lo studente ha individuato interventi mirati inerenti al caso presentato?	/10
Lo studente ha individuato la priorità degli interventi da effettuare inerenti al caso presentato?	/3
<i>Totale di punteggio ottenuto:</i>	/30

AUTOVALUTAZIONE DELLO STUDENTE

Identificazione dei propri punti di deboli.

Identificazione dei propri punti di forza.

REAZIONE DELLO STUDENTE AL FEEDBACK DEL TUTOR

- Ha chiesto chiarimenti?
- Ha compreso le informazioni fornite?
- Ha ipotizzato un percorso di ricerca?
- Ha mantenuto un atteggiamento attivo?

Allegato 7 – Lo scenario simulato

Argomento: il ruolo delle emozioni nella relazione di cura con la persona assistita

Panoramica

Descrizione della situazione da riprodurre:

La signora Maria, di settanta anni e affetta da diabete, è stata ricoverata nel reparto di diabetologia per uno scompenso diabetico da ipoglicemizzante orale. La signora Maria è stata accompagnata dal figlio al pronto soccorso due giorni fa a causa di stanchezza, poliuria, polidipsia e malessere generale. Le hanno appena comunicato che dovrà modificare la terapia: assumerà terapia insulinica 3 volte al giorno, previa rilevazione della glicemia. Ti rechi dalla paziente che ha appena chiamato per ricevere assistenza. La signora Maria è molto preoccupata per la sua situazione e vuole tornare a casa al più presto.

Target

Studente di Infermieristica II anno

Definizione dei ruoli dei partecipanti

- Paziente anziano (co-protagonista): Prof.ssa Centanaro R.
- Infermiere (protagonista): studente laurea triennale in infermieristica

Responsabilità degli attori: ruoli e attività

- Paziente: preoccupata e incerta per la nuova terapia.
- Infermiere: Stabilisce una relazione di fiducia con la persona assistita, cercando di rassicurarlo sulla gestione della terapia a domicilio.

Obiettivi:

Obiettivo principale:

Assicurare un intervento assistenziale basato su prove di efficacia in grado di rispondere ai bisogni della persona assistita nel contesto clinico.

Obiettivi intermedi:

- Sviluppare un rapporto di fiducia con la persona assistita
- Gestire l'emotività della persona assistita
- Gestire la propria emotività

Obiettivi specifici:

Sviluppare un rapporto di fiducia con la persona assistita:

- mantenere una conversazione aperta e rispettosa con la persona assistita
- dedicare il tempo necessario per stabilire una relazione terapeutica significativa
- mostrare comprensione e disponibilità
- valutare come il contesto e l'ambiente possano condizionare lo sviluppo e il mantenimento di relazioni di fiducia
- prestare attenzione agli aspetti della comunicazione non verbale

Gestire l'emotività della persona assistita:

- identificare la paura della persona assistita che si nasconde dietro la sua aggressività

- identificare le preoccupazioni della persona assistita
- spiegare l'importanza dell'assunzione corretta della terapia
- condividere le informazioni rilevanti con la persona assistita
- Utilizzare una comunicazione verbale appropriata, attenzione al tono di voce, utilizzando una terminologia adeguata rispetto alla capacità di comprensione della persona
- Valutare un feedback di conoscenze del paziente

Gestire la propria emotività:

- Identificare le proprie emozioni negative in modo da gestirle (rabbia, stizza, ...)
- Controllare le proprie emozioni con un atteggiamento attivo ed empatico
- Mantenere un ascolto proattivo e educativo con la persona assistita

Realismo ambientale:

L'ambiente dovrà riprodurre una camera di un reparto di degenza, con arredi classici ospedalieri (letto, sedia, comodino, armadio, ...)

Gli attori devono impersonare i ruoli con accuratezza, attraverso la corretta gestione dell'abbigliamento (vestiti, ...).

Complessità:

Lo scenario presenta una situazione ordinaria di presa in carico della persona assistita. Le complicazioni riguardano la situazione emotiva della persona assistita che potrebbero ricadere sull'aderenza della terapia domiciliare.

Istruzioni per il paziente

Sei la signora Maria di settanta anni, affetta da diabete da sette anni. Ti sei recata al Pronto Soccorso controvoiglia dopo che tuo figlio, preoccupato per la tua situazione, ha insistito.

Una settimana prima del ricovero ti sentivi molto stanca, tanto che stai spesso seduta a guardare la TV e non riuscivi a finire di vedere i tuoi programmi, dovevi urinare spesso ma credi sia a causa del fatto che stessi bevendo molto. In reparto, il diabetologo ha detto di stare tranquilla, che il tuo malessere era dovuto da uno scompenso glicemico ma che con un la terapia insulinica ritornerai presto a casa, ma tu non li conosci e loro non conoscono te. Ti hanno cambiato terapia ma hai paura delle punture, non sai perché ti sia venuto uno “scompenso glicemico”, i medici non capiscono la tua situazione.

Informazioni spontanee: Nel momento in cui ricevi le informazioni riguardo alla modifica della terapia da ipoglicemizzante orale a insulina, hai molta paura. Hai sempre avuto paura delle iniezioni e degli aghi e non sai come farle. Chiami l’infermiere/a per chiedere delucidazioni, ma sei molto agitata.

Informazioni non spontanee: ho paura degli aghi, ho paura di non essere aderente alla terapia perché mi sono trovata sempre bene con la pastiglia. Il medico è stato frettoloso nel darmi la notizia, e per questo sono molto arrabbiata perché l’ospedale è un luogo di cura e non un luogo dove dare informazioni affrettate.

Vissuto psicologico:

- Stato di agitazione e preoccupazione per il cambio di terapia
- Preoccupata per il peggioramento della malattia

- Agitata per le poche attenzioni del medico

Allegato 8 – Veiga Emotional Competence Scale – Italiano

SCALA VEIGA PER LA COMPETENZA EMOZIONALE – VERSIONE BREVE - EVCE-r33

Questo questionario è anonimo e confidenziale. Per favore legga ciascuna delle seguenti affermazioni e rispondere segnando il numero corrispondente alla sua opinione utilizzando la scala riportata di seguito:

1	2	3	4	5	6	7
Mai	Raramente	Qualche volta	Abitualmente	Frequentemente	Molto frequentemente	Sempre

1. In una situazione/relazione negativa della mia vita, quando provo emozioni spiacevoli (tristezza, senso di colpa, vergogna, angoscia, rabbia...), “dentro” di me sento che:							
a) Mi lascio assorbire da queste emozioni a cui non riesco a sfuggire e che finiscono per condizionare il mio comportamento.	1	2	3	4	5	6	7
b) Sono perfettamente in grado di riconoscere le emozioni che provo; es. se è rabbia, paura, disprezzo, odio, frustrazione, posso definirle.	1	2	3	4	5	6	7
c) Non riesco a controllarle.	1	2	3	4	5	6	7
d) La mia capacità di ragionamento diminuisce e non riesco a concentrarmi facilmente.	1	2	3	4	5	6	7
e) Cambia il mio comportamento relazionale. Divento silenzioso, euforico, imbronciato.	1	2	3	4	5	6	7
f) Continuo a pensare e rivivere queste emozioni.	1	2	3	4	5	6	7
g) Ho sbalzi d’umore e instabilità emotiva.	1	2	3	4	5	6	7
h) Non ho fortuna nella vita.	1	2	3	4	5	6	7

2. In una situazione/relazione della mia vita personale o professionale che mi provoca rabbia o collera provo:							
a) A rasserenarmi sfogando la mia rabbia con l'esercizio fisico attivo.	1	2	3	4	5	6	7
b) A rasserenarmi ripensando alla situazione per provare a capire e identificare le cause della rabbia.	1	2	3	4	5	6	7
c) A rasserenarmi sfogando la mia rabbia usando come bersagli oggetti, persone o situazioni, anche se dopo non mi sento a mio agio.	1	2	3	4	5	6	7
d) Un costante stato di preoccupazione su ciò che mi ha causato la rabbia e continuo a pensare a parole/persone/atteggiamenti che l'hanno causata.	1	2	3	4	5	6	7
e) Calma apparente, ma con pensieri intrusivi e persistenti che mi tormentano giorno e notte.	1	2	3	4	5	6	7
f) Sollievo se faccio esercizio o sport.	1	2	3	4	5	6	7
g) Sollievo se mangio o bevo.	1	2	3	4	5	6	7
3. Le emozioni che provo in una situazione di rifiuto (a livello personale, sociale, professionale), mi fanno sentire come una persona:							
a) Pessimista (qualunque cosa farò andrà male).	1	2	3	4	5	6	7
b) Capace di risolvere ogni problema!	1	2	3	4	5	6	7
c) Tranquilla. Sono completamente assorbito/a da quello che sto facendo, indifferente a ciò che mi circonda.	1	2	3	4	5	6	7
d) Apparentemente tranquillo, continuo a fare quello che devo, ma continuo a pensarci	1	2	3	4	5	6	7
e) Poco interessante, l'autocommiserazione mi pervade. Finisco per sentirmi giù di morale.	1	2	3	4	5	6	7
f) Rancorosa, pervasa da disprezzo e risentimento. Taglio i rapporti con la/e persona/e che mi	1	2	3	4	5	6	7

rifiuta/rifiutano, sento rancore nei confronti di quella/e persona/e.							
g) Che pensa: “è andata male a causa del mio carattere, io sono fatto/a così.”.	1	2	3	4	5	6	7
4. Nelle mie relazioni ed interazioni personali, familiari, intime ho avuto la sensazione di poter:							
a) Comprendere/percepire le emozioni degli altri.	1	2	3	4	5	6	7
b) Riconoscere i canali non verbali (tono della voce, gestualità, espressione facciale, direzione dello sguardo, atteggiamento, posizione).	1	2	3	4	5	6	7
c) Percepire la corrispondenza tra l’espressione verbale di qualcuno e il suo atteggiamento corporeo.	1	2	3	4	5	6	7
d) Usare consapevolmente la calma per ascoltare. Percepisco che mi sento bene quando ascolto le persone.	1	2	3	4	5	6	7
e) Percepire l’instabilità delle altre persone che provocano in me atteggiamento instabile. Mi irrita.	1	2	3	4	5	6	7
5. Nelle mie relazioni personali, sociali, professionali normalmente ho la percezione che:							
a) Riesco a capire come si sentono le persone.	1	2	3	4	5	6	7
b) Dico chiaramente ciò che penso, indipendentemente da ciò che gli altri esprimono.	1	2	3	4	5	6	7
c) Ho padronanza delle mie emozioni.	1	2	3	4	5	6	7
d) Riesco a cogliere le emozioni degli altri e mi sembra di esserne assorbito.	1	2	3	4	5	6	7
e) Ho un’innata sensibilità nel riconoscere che cosa gli altri provano.	1	2	3	4	5	6	7

f) Mi sento emotivamente e fisicamente sincronizzato con quelli intorno a me.	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Allegato 9 – Foglio informativo e consenso informato

Sezione A)

INFORMATIVA TRATTAMENTO DATI PERSONALI NELL'AMBITO DEI PROGETTI DI RICERCA RESA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE N. 2016/679

Gentile Partecipante,

desideriamo informarLa che il GDPR (Regolamento UE n. 679/2016) prevede la tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali.

Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di liceità, correttezza e trasparenza, adeguatezza, pertinenza e limitazione, esattezza e aggiornamento, non eccedenza e responsabilizzazione.

Informazioni sul trattamento dei suoi dati.

1. I dati da Lei forniti verranno trattati per finalità di ricerca scientifica, nell'ambito del progetto di ricerca da titolo "Sviluppare le competenze emotive degli studenti di infermieristica – Studio SG4NS".
2. La ricerca è finalizzata a sviluppare un intervento educativo basato sulle Competenze Emotive (CE) per gli studenti iscritti al Corso di Laurea in Infermieristica. A tal fine ai partecipanti sarà chiesto di compilare il questionario *Veiga Emotional Competence Scale - Short Version* oltre ad assistere alle lezioni frontali e partecipare alle attività pedagogiche proposte tra cui giocare ad un gioco di realtà aumentata inerente le competenze emotive attraverso visore per la realtà virtuale.

I dati saranno raccolti attraverso il questionario *Veiga*, pre e post-intervento educativo, il questionario *IRIS* e il questionario *PANAS-X*, e tramite valutazione triplo salto e OSCE.

3. Il progetto di ricerca è un progetto europeo finanziato i paesi partner sono: Portogallo (promotore dello studio), Spagna, Malta e Romania.
4. Il trattamento dei dati personali sarà effettuato con modalità automatizzata e manuale. Il titolare del trattamento metterà in atto misure tecniche e organizzative adeguate volte ad attuare in modo efficace i principi di protezione dei dati e a tutelare i diritti degli interessati.
5. Il conferimento dei dati è facoltativo, cioè non discende da un obbligo normativo, e l'eventuale rifiuto di fornire tali dati non ha conseguenze. Il conferimento dei dati per le finalità di cui al punto 1. è indispensabile allo svolgimento dello studio. Il rifiuto di conferirli non consentirà all'Interessato di partecipare allo studio in parola. Si precisa che tale rifiuto non pregiudicherà in alcun modo le cure o le prestazioni sanitarie cui ha diritto.
6. Il conferimento dei dati di contatto è facoltativo, cioè non discende da un obbligo normativo, ma è necessario per consentire la conservazione dei dati per un periodo più lungo di quello previsto per la conclusione del presente studio ed eventualmente permettere al Titolare di ricontattare l'Interessato affinché possa esprimere, se lo riterrà, un nuovo specifico consenso per una ulteriore ricerca. Il mancato conferimento dei dati per tali finalità avrà come unica conseguenza l'impossibilità di realizzare quanto da ultimo descritto.
7. Il trattamento potrebbe riguardare anche dati personali rientranti nel novero dei dati particolari, tra i quali dati idonei a rivelare lo stato di salute. I dati sanitari saranno trattati per esclusiva finalità della ricerca.
8. I dati in questione non saranno comunicati ad altri soggetti né saranno oggetto di diffusione se non in forma anonima ed aggregata.
9. I dati saranno conservati per dieci anni

Titolare, responsabile, autorizzati al trattamento dei dati.

1. Il Titolare del trattamento è l'Università di Genova con sede in Genova, via Balbi 5, nella persona del Rettore *pro tempore* (*dati di contatto reperibili alla pagina <https://intranet.unige.it/privacy>*)
2. Il Responsabile del trattamento, per i dati in Italia, è la Prof.ssa Annamaria Bagnasco, Professoressa ordinaria, Dipartimento di Scienze della Salute (e-mail annamaria.bagnasco@unige.it).
3. Il Coordinatore del progetto è la Prof.ssa Annamaria Bagnasco, Dipartimento di Scienze della Salute-Università degli Studi di Genova (e-mail annamaria.bagnasco@unige.it).
4. Le persone autorizzate al trattamento dei dati sono il Prof.ssa Annamaria Bagnasco, il Prof Gianluca Catania, la dottoranda Francesca Napolitano, il Dipartimento di Scienze della Salute e i partner del progetto Erasmus+.
5. Presso il Titolare del trattamento è presente il Responsabile della protezione dei dati, nominato ai sensi dell'art. 37 del Regolamento UE 2016/679. Il responsabile della protezione dei dati può essere contattato all'indirizzo dpo@unige.it

Contatti e segnalazioni.

Per informazioni circa il progetto o eventuali segnalazioni è possibile contattare la Prof.ssa Annamaria Bagnasco all'indirizzo annamaria.bagnasco@unige.it

In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti di informazione e accesso, di rettifica e cancellazione, di limitazione e di opposizione al trattamento, di portabilità dei dati personali (di cui alla sezione 2, 3 e 4 del capo III del Regolamento UE n. 679/2016).

Sezione B

CONSENSO INFORMATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI NELL'AMBITO DEI PROGETTI DI RICERCA

da compilare nel caso di raccolta di dati personali particolari (ex artt. 9 e 10 del Reg. UE n. 2016/679) di soggetti maggiorenni

Il/la sottoscritto/a.....

DICHIARA di aver preso visione dell'Informativa per il trattamento dei dati personali di cui alla sezione A

PRESTA IL CONSENSO affinché l'Università degli Studi di Genova tratti i propri dati personali per le finalità e secondo le modalità ivi descritte

NEGA IL CONSENSO affinché l'Università degli Studi di Genova tratti i propri dati personali per le finalità e secondo le modalità ivi descritte

AUTORIZZA l'Università degli Studi di Genova all'utilizzo delle proprie immagini per realizzazione di video e materiali multimediali, realizzati e utilizzati esclusivamente per finalità di ricerca scientifica (*da compilare in caso di presenza di registrazioni audio/video*).

Data,

Nome

Cognome

Allegato 10 – Esempi di analisi tematica

Intervista post-tirocinio	Codice	Sottotema	Costrutto di riferimento
Giarados: Allora devo dire che durante questo tirocinio qua ho avuto un sacco di feedback positivi, nel senso che ho preso la valutazione in...Reparto di Oculistica. Prima del... del progetto....	Feedback positivi	Feedback positivo	Reflexive monitoring
Ora non dico che è tutto a causa del progetto, ecco, però per la maggior parte mi ha aiutato tantissimo con la relazione con il paziente, infatti ho preso un'ottima valutazione nella relazione con il paziente, cosa che poco tempo fa era una delle debolezze che avevo, nel senso che mi dicevano sempre: “devi un attimo...cercare di lavorare sulla relazione con il paziente...”. Di qua e di là, quindi devo dire che, secondo me, mi ha aiutato tantissimo. Ma lo vedo anch'io. Mi ha aiutato tantissimo veramente.	Migliore relazione con il paziente	Relazione con il paziente	Reflexive monitoring
Nella relazione con il paziente, ma anche, cioè	Feedback positivi	Feedback positivo	Reflexive monitoring
	Maggiore autostima	Risultati sullo studente	Reflexive monitoring

<p>non solo! Non solo in tirocinio, ma anche nei giorni, cioè nel... Nella vita quotidiana, ecco. Anche nella relazione con le persone che mi stanno vicino, quindi. E, secondo me, mi ha aiutato tantissimo in questo, in questa cosa qua, ecco... A cercare, magari di capire il paziente, a cercare di parlare di più con il paziente, a capire cosa sentono, come si sentono. E boh, secondo me questa... questo progetto qua mi ha aiutato tantissimo.</p> <p>Ricercatore: Ottimo, ottimo. Quali sono state le sensazioni o le emozioni che hai provato quando eri in tirocinio? Se ci sono stati dei momenti in cui hai ripensato all'intervento formativo?</p> <p>Giarados: Allora ora... Un momento in particolare? Non mi viene in mente.</p> <p>Ricercatore: Anche in generale.</p>	<p>Migliore relazione nella vita di tutti i giorni</p> <p>Paziente al centro dell'assistenza</p>	<p>Sviluppo competenze emotive</p> <p>FOC</p>	<p>Reflexive monitoring</p> <p>Reflexive monitoring</p>
---	--	---	---

<p>Giarados: Sì, cioè, penso che in generale veramente adesso riesca a fermarmi un attimo... Cioè, prima di... anche di rispondere a una persona perché comunque in tirocinio ovviamente le persone stanno male, non sono lì per... per chiacchierare. Ecco, quindi, magari quando esprimono un... un loro problema o qualcosa, io fino a ieri rispondevo con “non so”, cioè non sapevo cosa rispondere. Ok? Magari davvo una risposta del tipo: “Sì, ha ragione. Capisco bene”,</p>	<p>Paziente al centro dell’assistenza</p>	<p>FOC</p>	<p>Reflexive monitoring</p>
<p>invece adesso magari mi fermo un attimo e cerco di capire come si sentono e cosa vorrei, cioè se fossi stata al loro posto, cosa vorrei sentire dirmi io e magari cerco un attimo anche di continuare la conversazione, o cioè in un modo diverso rispetto a</p>	<p>Paziente al centro dell’assistenza</p>	<p>FOC</p>	<p>Collective action</p>
<p>prima. Ecco perché ripeto, prima magari riuscivo a dire solo un “sì, ha ragione</p>	<p>Tempo di relazione</p>	<p>Relazione con il paziente</p>	<p>Reflexive monitoring</p>

<p>che sta male”, va bene, cioè, invece ora magari mi fermo un attimo e... e sinceramente le mie sensazioni... innanzitutto mi sento utile. Nel senso che, dico, almeno riesco ad avere dal paziente, cioè riesco a capire il paziente e avendo una reazione da loro, da parte loro, positiva. Cavolo, per una cosa almeno non è che sono riuscita a guarire il paziente, però, per una cosa mi sono sentita utile che gli ho dato un consiglio che magari l'ha fatto sentire in quel momento bene. Ripeto, non è che in quel momento stavo guarendo il paziente o stavo facendo un miracolo. Ecco, capiamoci però magari in quel... in quell'istante il paziente voleva sentire una cosa. Quella cosa magari da me, una cosa positiva e l'ha fatto sentire meglio e io mi sono sentita un po' più utile.</p>	<p>Migliore soddisfazione</p>	<p>Risultati sullo studente</p>	<p>Reflexive monitoring</p>
<p>Ecco, capiamoci però magari in quel... in quell'istante il paziente voleva sentire una cosa.</p>	<p>Migliore relazione con il paziente</p>	<p>Relazione con il paziente</p>	<p>Collective action</p>
<p>Quella cosa magari da me, una cosa positiva e l'ha fatto sentire meglio e io mi sono sentita un po' più utile.</p>	<p>Migliore soddisfazione</p>	<p>Risultati sullo studente</p>	<p>Reflexive monitoring</p>