



Universidade
do Minho



Università
di Genova



universidad
de León



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BRAGANÇA



L-Università
ta' Malta



Universitatea
Ștefan cel Mare
Suceava



SERIOUS GAMES

EMOTIONAL COMPETENCE HANDBOOK



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

Informazione di Pubblicazione

Title: Manuale sulle Competenze Emotive

Design: Logo del Progetto: Ritta Castro | Fronte e retro copertina: Gabriel Cramariuc

Edition: Prima edizione

Date published: Dicembre 2023

URI: <https://hdl.handle.net/1822/87373>

ISBN: 978-989-35409-2-3

DOI: 10.21814/1822.87373

COPYRIGHT E CONDIZIONI DI UTILIZZO DA PARTE DI TERZI

Questo è un lavoro accademico che può essere utilizzato da terzi, a condizione che vengano rispettate le regole accettate a livello internazionale e le migliori pratiche relative al copyright e ai diritti correlati. L'opera può essere utilizzata in conformità con i termini delineati nella licenza di seguito. Se l'utente richiede il permesso per utilizzare l'opera in condizioni non specificate nella licenza indicata, si prega di contattare l'autore tramite l'Università del Minho.

Licenza concessa agli utenti di quest'opera



Atribuição-NãoComercial-Sem Derivações

CC BY-NC-ND

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Ringraziamenti:

Il team di coordinamento desidera esprimere gratitudine alla Dott.ssa Natalia Antunes, alla Dott.ssa Dominique Correia, al Dott. Ricardo Saraiva e alla Sig.ra Guilhermina Pires per il loro costante sostegno durante tutta la durata di questo progetto.

CONTENUTI

	<i>Page</i>
PREFAZIONE	5
EDITORI	6
AUTORI	7
Capitolo 1 Introduzione	9
Capitolo 2 Teorie e Modelli dell' Intelligenza Emotiva	13
2.1 La Teoria Dell'intelligenza Multipla- Howard Gardner	13
2.2 L'intelligenza Emotiva Come Abilità – Il Modello Mayer & Salovey	15
2.3 Il Modello Intelligenza Emotiva Di Tratto	20
2.4 Il Modello Delle Competenze Emotive	24
2.5 Modelli Misti Di Intelligenza Emotiva	27
Capitolo 3 Interventi di Regolazione Emotiva	36
3.1 Emozioni nel sistema sanitario	36
3.2 Regolazione delle emozioni	37
3.3 Regolazione delle emozioni in sanità	39
3.4 Gli effetti intrapersonali e interpersonali della regolazione delle emozioni dei professionisti sanitari	42
3.5 Formazione sulla regolazione delle emozioni tra i professionisti sanitari	44
3.6 Interventi per la regolazione delle emozioni- The Affect Regulation Training (ART)	46
Capitolo 4 Il Problem-Based Learning nella Formazione Infermieristica	58
4.1 Introduzione	58
4.2 Come sviluppare un PBL basato sui casi	62
4.3 Casi basati su emozioni positive/negative	65
4.4 Come valutare il PBL con gli studenti	67

Capitolo 5	Competenze Emotive: La Valutazione dello Studente	71
5.1	Introduzione	71
5.2	L'esame orale – La metodologia del triplo salto	72
5.3	Il Caso per il Triplo Salto nella Valutazione delle Competenze Emotive: Maria	74
5.4	Valutazione delle competenze cliniche mediante l'Esame Clinico Strutturato Oggettivo (OSCE)	78
5.5	Scenario d'esame OSCE per la valutazione delle competenze emotive attraverso il gioco di ruolo	81
Capitolo 6	La Scala VEIGA (ECVS) per la Competenza Emotiva	86
6.1	Introduzione	86
6.2	Competenza Emotiva	90
6.3	Le Dimensioni della Competenza Emotiva - Termini Operativi	93
6.4	Misurare le Competenze Emotive	103
Capitolo 7	Realtà Virtuale nella Formazione delle Competenze Emotive	125
7.1	Realtà Virtuale (VR)	125
7.2	Realtà Virtuale nella Formazione Infermieristica	126
7.3	Il Serious Game SG4NS	128
Capitolo 8	Conclusioni e Raccomandazioni Future	134
8.1	Conclusioni	134
8.2	Raccomandazioni Future per i docenti di infermieristica nello sviluppo delle competenze emotive tra gli studenti del corso di laurea in infermieristica	136

PREFAZIONE

Benvenuti nel Manuale del Corso sulle Competenze Emotive. Questa guida completa è parte integrante del nostro innovativo programma di formazione pedagogica, meticolosamente progettato per migliorare la comprensione e padronanza della tua competenza emotiva. Questo programma è uno dei risultati del progetto Erasmus+, "Serious Games - Developing Emotional Competence for Nursing Students" (SG4NS).

Nel mondo di oggi in rapida evoluzione, l'intelligenza e la competenza emotiva sono elementi indispensabili. Ci consentono di navigare nella complessità delle relazioni interpersonali, comunicare in modo efficace e raggiungere il successo personale e professionale. Riconoscendo il ruolo cruciale che la competenza emotiva gioca nella nostra vita, abbiamo sviluppato questo corso per fornirti un'esperienza di apprendimento strutturata, coinvolgente e coinvolgente. Le origini di questo viaggio partono dalle aule dell'Università del Minho, quando i docenti della Scuola di Infermieristica identificarono una lacuna nella formazione infermieristica. Mentre veniva enfatizzata la competenza tecnica, la competenza emotiva veniva spesso trascurata. Nel mondo complesso ed emotivamente carico dell'assistenza sanitaria, questi educatori riconobbero che gli infermieri richiedevano qualcosa di più della semplice conoscenza clinica; avevano bisogno di una profonda comprensione della competenza emotiva per fornire cure olistiche e dignitose ai pazienti.

Questo manuale serve da bussola durante tutto il corso, offrendo istruzioni chiare e concise, spiegazioni approfondite ed esercizi pratici. È pensato per assistere gli studenti indipendentemente dal corso di laurea, il professionista o semplicemente coloro interessati ad approfondire la comprensione delle emozioni e il loro impatto sulla loro vita. Ti incoraggiamo ad abbracciare questa esperienza di apprendimento con una mente aperta, una volontà di esplorare e un impegno per la tua crescita personale. La competenza emotiva è uno sforzo che dura tutta la vita e questo corso ti fornirà le conoscenze e gli strumenti per navigare nell'intricato terreno delle emozioni. Mentre intraprendi questo viaggio di trasformazione, ricorda che la competenza emotiva non è solo un'abilità; è uno stile di vita. Ci auguriamo che questo corso e questo manuale ti consentano di padroneggiare l'arte di comprendere e gestire le emozioni, sia in te stesso che nelle tue interazioni con gli altri. Alla fine di questo corso, apprezzerai più profondamente il profondo impatto che la competenza emotiva può avere sulla tua vita personale e professionale.

Esprimiamo la nostra più sentita gratitudine all'intero team dietro questo progetto, la cui dedizione e competenza hanno reso possibile questo programma di formazione e questo manuale. È una testimonianza della forza della collaborazione e dell'impegno, grazie ai colleghi dell'Università Politecnica di Bragança, l'Università di León, l'Università di Genova, l'Università di Malta e l'Università Ștefan cel Mare di Suceava. Questa esperienza esprime la fusione armoniosa delle menti, la convergenza delle competenze e la visione condivisa per migliorare la formazione infermieristica.

La nostra speranza collettiva è che gli studenti infermieri abbraccino la saggezza interiore e portino la fiaccola della competenza emotiva negli ambienti sanitari che presto frequenteranno.

I migliori auguri per un'esperienza di apprendimento trasformativa e di successo!

Coordinatrice del Progetto Erasmus + Project SG4NS

Prof. Dr. Lisa Gomes

University of Minho, Portugal

EDITORI

Lisa GOMES	Università di Minho, Portogallo
Annamaria BAGNASCO	Università di Genoa, Italy
Daren CHIRCOP	Università di Malta, Malta
Gianluca CATANIA	Università di Genoa, Italy
Giuseppe ALEO	Università di Genoa, Italy
João CAINÉ	Università di Minho, Portugal
Maria Augusta BRANCO	Istituto Politecnico di Bragança, Portogallo
Maria CASSAR	Università di Malta, Malta
Roderick BUGEJA	Università di Malta, Malta
Rui PEREIRA	Università di Minho, Portogallo

AUTORI

Università di Minho, Portogallo

Lisa GOMES
Filomena SOARES
João CAINÉ
Paulo NOVAIS
Rui PEREIRA

Istituto Politecnico di Bragança, Portogallo

Maria Augusta BRANCO

Istituto Politecnico di Cávado e Ave, Portogallo

Vitor CARVALHO
Eva OLIVEIRA
Inés OLIVEIRA

Stefan cel Mare Università di Suceava, Romania

Adina COLOMEISCHI
Andrea URSU
Alina IONESCU-CORBU
Florin TIBU
Liliana BUJOR

Università di Genova, Italia

Annamaria BAGNASCO
Gianluca CATANIA
Giuseppe ALEO
Milko ZANINI
Loredana SASSO

Università di Leon, Spagna

Letícia VALDEÓN
Inés CASADO
Letícia BARRIONUEVO

Università di Malta, Malta

Maria CASSAR
Daren CHIRCOP
Georgios YANNAKAKIS
Marvin ZAMMIT
Roderick BUGEJA
Silvi RUSI

CAPITOLO 1

Introduzione

Autori: Maria CASSAR, Daren CHIRCOP, Roderick BUGEJA

L'Intelligenza Emotiva è un elemento fondamentale nell'esercizio della professione infermieristica. La capacità dell'infermiere di percepire e valutare le emozioni proprie e degli altri; la capacità di generare sentimenti ed emozioni al fine di facilitare le attività cognitive; la capacità di comprendere le informazioni guidate dagli affetti; e la capacità di effettuare una buona (auto)gestione delle emozioni, al fine di promuovere la crescita emotiva e intellettuale e le relazioni socialmente adattive durante le interazioni con i pazienti è una "abilità di alto livello nella pratica infermieristica basata sulla nozione che l'intelligenza emotiva è vitale per la pratica" (Bulmer Smith, 2009 p 1629). Le prove scientifiche hanno correlato positivamente una maggiore intelligenza emotiva con un miglioramento del processo decisionale clinico, delle relazioni collegiali, dell'utilizzo della conoscenza dell'ambiente clinico e delle relazioni interprofessionali a più livelli.

L'obiettivo generale del progetto è raggiungere standard più elevati di pratica clinica attraverso il miglioramento delle competenze e delle abilità intrapersonali e socio-emotive degli infermieri. Questo progetto integra due dimensioni principali del processo di insegnamento-apprendimento attivo e dinamico di oggi e lo sviluppo di competenze trasversali. Nell'era digitale è fondamentale apportare nuovi approcci a questo processo. La realtà aumentata, attraverso un'interfaccia di serious game, aiuta a creare pratiche simulate in un ambiente di apprendimento virtuale, aggiungendo una nuova dimensione alla pedagogia. Questo campo emergente dell'insegnamento e dell'apprendimento nelle scienze della salute offre metodi e condizioni unici per l'insegnamento che non sono facilmente replicabili con modalità educative più tradizionali.

Gli obiettivi specifici del progetto SG4NS sono: -

1. Strutturare un programma educativo (formato del corso) sulle competenze emotive negli studenti infermieristici universitari
2. Costruire un'interfaccia digitale (prototipo Serious Games) per supportare il miglioramento delle capacità emotive negli studenti di infermieristica
3. Formare i docenti di infermieristica per sviluppare competenze e conoscenze pedagogiche nel campo dell'intelligenza emotiva/competenze emotive
4. Migliorare le abilità personali e sociali degli studenti di infermieristica legate alla competenza emotiva

I risultati di apprendimento attesi risultanti dalle competenze emotive personali e dalla componente di sviluppo delle abilità del programma di apprendimento sono destinati agli studenti infermieri a: -

- a. Dimostrare la capacità di riconoscere e comprendere le proprie emozioni e motivazioni;
- b. Dimostrare la capacità di riconoscere i punti di forza, di debolezza e i bisogni individuali legati al riconoscimento e all'espressione delle emozioni;
- c. Sviluppare una regolazione flessibile e costruttiva delle proprie emozioni.

I risultati di apprendimento attesi risultanti dalla competenza socio-emotiva e dalla componente di sviluppo delle abilità del programma di apprendimento sono destinati agli studenti infermieri a: -

- a. Dimostrare la capacità di analizzare le emozioni, i bisogni e le preoccupazioni degli altri;
- b. Dimostrare la capacità di riconoscere e discutere i segni emotivi di un paziente;
- c. Dimostrare la capacità di vedere le cose dal punto di vista degli altri;
- d. Costruire una buona relazione e una comunicazione chiara per influenzare e ispirare gli altri attraverso l'uso delle proprie emozioni e di quelle degli altri.

Questo manuale stabilisce il contenuto e la guida per il Programma di sviluppo delle competenze emotive per gli studenti di infermieristica. Il capitolo seguente delinea e discute teorie e modelli dell'intelligenza emotiva, a partire dalla teoria delle intelligenze multiple di Gardner, dall'intelligenza emotiva come modello di abilità di Mayer e Solevey, dall'intelligenza emotiva come modello di tratto di Petrides, dal modello delle competenze emotive di Bisquerra ed Escoda e dal modello di Goleman e Bar. -I modelli misti di intelligenza emotiva di On.

Il capitolo 3 definisce e discute gli interventi di regolazione delle emozioni, prestando particolare attenzione alle emozioni incontrate all'interno degli ambienti sanitari e tra il personale sanitario. La regolazione delle emozioni in questo capitolo viene esaminata sia nella dimensione intrapersonale che interpersonale. Affronta anche la formazione sulla regolazione delle emozioni tra gli operatori sanitari e, a tal fine, suggerisce il modello Affect Regulator Training (ART) per un'efficace regolazione delle emozioni con esercizi pratici.

Il capitolo 4 presenta una discussione sulle metodologie di insegnamento nell'istruzione superiore che possono essere adattate allo sviluppo delle competenze emotive tra gli studenti di infermieristica, con un focus specifico sul modello Problem-Based Learning (PBL). Questo approccio centrato sullo studente si basa sulla teoria dell'apprendimento esperienziale di Dewey e sulla teoria socio-culturale di Vygotsky per stimolare ed espandere la motivazione all'apprendimento degli studenti per migliorare le capacità di ragionamento clinico e il pensiero critico. Questo capitolo fornisce una guida passo passo su come sviluppare uno studio basato su casi PBL affrontando le emozioni positive/negative e anche su come valutare l'approccio PBL con gli studenti.

Il capitolo 5 discute gli approcci di valutazione degli studenti che affrontano sia la dimensione intellettuale che quella della comunicazione interpersonale, per valutare l'apprendimento nello sviluppo delle competenze emotive. Inoltre, questi approcci valutano anche il pensiero critico. Il capitolo affronta due approcci principali, l'esame orale (il Triple Jump Approach) e un approccio clinico, ovvero l'Esame Clinico Strutturato Obiettivo (OSCE). Per ottenere un approccio olistico alla valutazione e all'accertamento della competenza emotiva, come costruito globale, questi approcci possono essere triangolati tramite uno strumento di raccolta dati istituito su variabili ordinali che misurano la competenza emotiva, vale a dire la Emotional Competence Veiga Scale (ECVS).

Il capitolo 6 delinea il contesto e discute le motivazioni su come la scala o il formulario di frequenza temporale di tipo Likert di ECVS misura la competenza emotiva attraverso le cinque dimensioni dell'intelligenza emotiva di Daniel Goleman: autoconsapevolezza, gestione delle emozioni, automotivazione, empatia e gestione delle emozioni sociali.

Il capitolo 7 delinea la Realtà Virtuale e ne discute il mandato e i benefici per la formazione degli operatori sanitari, e in particolare nella formazione infermieristica. Tuttavia, mette in guardia anche contro i rischi e le altre sfide di questa tecnologia nell'istruzione, richiedendo l'istituzione di misure preventive. Questo capitolo presenta anche il Serious Game ideato per il progetto, ovvero una Escape Room che evoca uno spettro di emozioni positive e negative nei suoi utenti.

In conclusione, il Capitolo 8 completa questo manuale con un riassunto della logica e dello scopo del progetto SG4NS, delle sue attività e dei suoi risultati, e propone raccomandazioni future basate sulla retrospettiva e sulle intuizioni acquisite durante lo svolgimento di questo progetto pedagogico innovativo e altamente entusiasmante, prendendo l'esempio percorso di sviluppo e consolidamento ulteriore dell'acquisizione di competenze emotive nella formazione professionale degli infermieri.

CAPITOLO 2

Teorie e Modelli dell' Intelligenza Emotiva

Autori: Aurora Adina COLOMEISCHI, Alina IONESCU – CORBU, Florin TIBU

Negli ultimi anni si è assistito a una crescente enfasi sul concetto di intelligenza emotiva, con un'ampia gamma di definizioni e spiegazioni. Nel Dizionario Enciclopedico di Psicologia (6), il termine "intelligenza emotiva" viene spiegato a partire dalla sua origine più remota (nel concetto di "intelligenza sociale" di Thorndike) e più prossima (nel concetto di "intelligenze personali" - intra- e interpersonali - di Gardner). È definita come "una differenza nel modo in cui le persone accedono, elaborano e utilizzano le informazioni emotive". Il nostro scopo è quello di presentare le principali teorie che concettualizzano il fenomeno dell'intelligenza emotiva, estraendo gli aspetti principali al fine di facilitare una comprensione più profonda di come queste basi teoriche, in seguito, potrebbero figurare nella pratica all'interno dei contesti clinici.

2.1 LA TEORIA DELL'INTELLIGENZA MULTIPLA- HOWARD GARDNER

La Teoria delle Intelligenze Multiple di Howard Gardner, sviluppata nel 1985 nella sua opera "Frames of Mind", ha rivoluzionato la visione classica dell'esistenza di un unico tipo di intelligenza e ha offerto un rinnovato senso di speranza nello sviluppo umano e nelle possibilità di un'educazione differente. Secondo Gardner, l'intelligenza è la capacità di risolvere problemi e creare prodotti di qualità in un particolare contesto culturale. La definizione standard di intelligenza suggerisce che sia innata e fissa nella quantità, ma la visione di Gardner è flessibile e provocatoria, basata su abilità condivise dall'intera popolazione. Lui afferma che gli individui possiedono proporzioni variabili di diverse intelligenze (almeno otto tipi). Queste premesse hanno conseguenze significative sul piano educativo, in quanto offrono a tutti i bambini

l'opportunità di accedere alle informazioni in base al loro tipo di intelligenza dominante. Gli educatori possono aiutare gli studenti a utilizzare la loro combinazione di intelligenze per avere successo a scuola. Sulla base dei suoi studi, Gardner distingue i seguenti tipi di intelligenza: linguistica, logico-matematica, musicale, spaziale, naturalistica, cinestesica, interpersonale e intrapersonale. Recenti ricerche hanno portato Gardner a definire un nono tipo di intelligenza: l'intelligenza esistenziale.

Particolarmente significative nella concretizzazione dello sviluppo sociale ed emotivo sono le intelligenze intrapersonali e interpersonali.

L'intelligenza intrapersonale implica la consapevolezza di sé, la comprensione dei propri punti di forza e di debolezza, la pianificazione efficace degli obiettivi, il monitoraggio e il controllo dei pensieri e delle emozioni e la capacità di monitorare le interazioni con gli altri. Secondo Gardner, l'intelligenza intrapersonale implica la presenza di un modello di sé stessi efficiente e la capacità di trasferire e utilizzare queste informazioni per l'autoregolazione.

L'intelligenza interpersonale significa pensare agli altri e comprenderli, avere capacità empatiche, riconoscere le differenze tra le persone e apprezzare i loro modi di pensare. Comporta interazioni efficaci con gli individui all'interno della famiglia e della società.

Questi due tipi di intelligenza, inizialmente configurati da Gardner sotto la dicitura di intelligenza personale, comprendono elementi rilevanti per lo sviluppo sociale ed emotivo, fungendo da base per la competenza emotiva e sociale che garantisce il successo nelle attività individuali.

2.2 L'INTELLIGENZA EMOTIVA COME ABILITÀ – IL MODELLO MAYER & SALOVEY

Uno dei primi approcci al concetto di intelligenza emotiva è quello promosso da John D. Mayer e Peter Salovey (14). Gli autori suggeriscono che la definizione di intelligenza emotiva dovrebbe essere un ponte tra gli aspetti cognitivi ed emotivi della vita psicologica (partendo dalla premessa per cui tradizionalmente l'intelligenza descrive la dimensione cognitiva della psiche): "la capacità di percepire le emozioni, di accedere alle emozioni e di generarle per aiutare il pensiero, di comprendere le emozioni e le informazioni emotive e di regolare le emozioni per promuovere la crescita emotiva e intellettuale". Mayer e Salovey presentano due definizioni del concetto: in primo luogo, "la capacità di monitorare i sentimenti e le emozioni propri e altrui, di discriminarli e di utilizzare queste informazioni per guidare il proprio pensiero e le proprie azioni". In secondo luogo, una definizione rivisitata di intelligenza emotiva che coinvolge: "la capacità di percepire accuratamente, riconoscere e percepire le emozioni; la capacità di accedere e/o generare sentimenti quando questi agevolano il pensiero; la capacità di comprendere le emozioni e la conoscenza emotiva; la capacità di regolare le emozioni per promuovere la crescita emotiva e intellettuale".

Gli autori concettualizzano l'intelligenza emotiva in un modello a quattro dimensioni che si evolve da processi psicologici di base a processi più integrati dal punto di vista psicologico; all'interno di ciascuna dimensione, le competenze emotive sono disposte nell'ordine del loro sviluppo:

I. Percezione, valutazione ed espressione delle emozioni:

1. La capacità di identificare le proprie emozioni (a livello fisico, emotivo e cognitivo).
2. La capacità di identificare le emozioni negli altri, nell'arte, ecc. attraverso il linguaggio, il suono, le apparenze e il comportamento.

3. La capacità di esprimere le emozioni in modo accurato e di esprimere i bisogni legati a tali esperienze.
4. La capacità di distinguere le espressioni corrette e scorrette, oneste e disoneste dei sentimenti.

II. Facilitazione emotiva del pensiero:

1. Le emozioni sono apriori al pensiero in quanto dirigono l'attenzione verso le informazioni importanti.
2. Le emozioni sono sufficientemente intense e accessibili da poter essere generate a sostegno del giudizio e del ricordo dei sentimenti.
3. L'ampiezza delle disponibilità emotive cambia la prospettiva dell'individuo dall'ottimismo al pessimismo, incoraggiando la considerazione di più punti di vista.
4. Gli stati emotivi favoriscono approcci differenziati a problemi specifici, come quando la felicità facilita il ragionamento induttivo e la creatività.

III. Comprensione e analisi delle emozioni; impegno della conoscenza delle emozioni:

1. La capacità di identificare le emozioni e di riconoscere le relazioni tra le parole e le emozioni, nonché le relazioni tra le emozioni stesse, come ad esempio la relazione tra simpatia e amore.
2. La capacità di interpretare i significati che le emozioni trasmettono riguardo alle relazioni, come la tristezza che spesso accompagna la perdita.
3. La capacità di comprendere emozioni complesse: sentimenti simultanei di amore e odio o miscele come il sentimento di sopraffazione come combinazione di paura e sorpresa.
4. La capacità di riconoscere le transizioni tra le emozioni.

IV. Regolazione riflessiva delle emozioni per promuovere la crescita emotiva e intellettuale:

1. La capacità di essere aperti alle emozioni piacevoli e spiacevoli.
2. La capacità di impegnarsi o distaccarsi in modo riflessivo da un'emozione in base al grado di informazione o utilità che offre.
3. La capacità di monitorare in modo riflessivo le emozioni in relazione a se stessi e agli altri.
4. La capacità di gestire le emozioni personali e altrui valorizzando le emozioni negative e aumentando quelle positive, senza sopprimere o esagerare le eventuali informazioni trasmesse.

Per quanto riguarda l'acquisizione dell'intelligenza emotiva, Mayer e Salovey sostengono che le competenze emotive iniziano in famiglia, con una buona relazione genitore-bambino (i genitori aiutano i bambini a identificare e dare un nome alle loro emozioni, a rispettare i loro sentimenti e a iniziare a collegarli alle situazioni sociali). Si osserva che le opportunità di apprendimento delle competenze emotive variano in base allo sviluppo emotivo dei genitori, che possono avviare processi di apprendimento emotivo-cognitivo. Gli autori ritengono possibile acquisire le competenze emotive attraverso il curriculum standard (letteratura, arte, musica, teatro, lezioni sui valori) e attraverso lo sviluppo di programmi educativi specifici volti a promuovere l'intelligenza emotiva.

Nell'Handbook of Emotional Intelligence, John Mayer, Peter Salovey e David Caruso (15) presentano tre aspetti dell'intelligenza emotiva: come Zeitgeist, come una caratteristica della personalità e come un'abilità mentale. Gli autori indicano i termini "intelligenza emotiva" e "competenza emotiva" come i nuovi termini più utili definiti dall'American Dialect Society nel 1995 (in concomitanza con l'uscita del best-seller di Daniel Goleman, "Intelligenza emotiva"). Gli autori esaminano tre significati del termine intelligenza emotiva: (1) Zeitgeist indica una tendenza del tempo, una tendenza culturale, lo spirito del tempo che caratterizza il momento - quindi il termine può essere esplorato da una prospettiva culturale

e politica; (2) l'intelligenza emotiva descrive un gruppo di caratteristiche della personalità considerate importanti per il successo nella vita; (3) l'intelligenza emotiva presuppone un insieme di abilità che garantiscono l'elaborazione delle informazioni emotive.

Per sostenere il primo significato - Zeitgeist (spirito del tempo) - gli autori adottano una prospettiva storica e discutono i periodi dello stoicismo (con forti conseguenze anti-emotive) in opposizione all'epoca romantica (che promuoveva l'espressione emotiva nell'arte). Passano poi agli anni Sessanta, segnati dall'espressività emotiva e dalla "fuga dai rigori dell'intelletto" (15) e richiamano i principi della psicologia umanistica (G. Allport, A. Maslow, C. Rogers), secondo cui le persone dovrebbero esercitare l'autodeterminazione, vivere direttamente le emozioni e crescere emotivamente. Una tendenza dell'epoca è rappresentata dal contrasto tra la visione conflittuale e quella integrata del rapporto tra pensiero ed emozione. Mentre l'emozione è spesso considerata in conflitto con la ragione, l'intelligenza emotiva, al contrario, può essere interpretata come la descrizione di pratiche sociali che integrano emozione e pensiero (questa idea è rafforzata da nuove ricerche che dimostrano che i sistemi emotivi e cognitivi a livello cerebrale sono più integrati di quanto si pensasse inizialmente). Da una prospettiva culturale, l'intelligenza emotiva è vista come una variabile di uguaglianza, partendo da un'altra tendenza dell'epoca, ovvero il conflitto tra il riconoscimento delle differenze tra le persone e l'enfaticizzazione della loro uguaglianza. L'intelligenza emotiva è stata resa popolare come risposta alla Curva di Bell (che faceva distinzioni tra classi sociali negli Stati Uniti in base all'intelligenza), dimostrando che può essere più forte dell'intelligenza generale e che le abilità emotive possono essere apprese.

La presentazione del secondo significato dell'intelligenza emotiva (come gruppo di tratti della personalità) inizia con i termini utilizzati nella descrizione del concetto: motivazione, emozione, cognizione, coscienza (sono i quattro processi di base che costituiscono il fondamento della personalità).

Altri aspetti della personalità sono il modello di sé stessi e il modello del mondo che deve essere costruito attraverso l'apprendimento, così come il modello di sé stessi nel mondo.

Per illustrare questo significato, gli autori propongono il seguente schema (15, p. 100):

Livello 3 Caratteristiche Mentali	Caratteristiche Mentali relative a sé stessi Es: autostima, consapevolezza di sé, intelligenza personale, forza dell'ego		Caratteristiche Generali Es: estroversione, intelligenza verbale, dogmatismo, cordialità	
Livello 2 Mappe Mentali	Modelli di sé stessi Es: concetto di sé, sé ideale, identità, storia di vita	Modelli di sé stessi nel mondo Es: ruoli, attaccamenti, identificazioni, regole di comportamento		Modelli del mondo Es: la conoscenza della pronuncia, la conoscenza dell'esperto
Livello 1 Meccanismi mentali	Motivazioni principali Es: il bisogno di mangiare, bere, dormire, stare con gli altri, l'autodifesa	Emozioni principali Es: gioia, tristezza, rabbia, paura, in relazione alla psicofisiologia	Operazioni cognitive: Es: apprendimento, richiamo, giudizio, confronto	Coscienza Es: la consapevolezza, l'attenzione, il flusso di coscienza

A sostegno di questa prospettiva, Mayer, Salovey e Caruso sostengono che esistono definizioni di intelligenza emotiva che si sovrappongono a molteplici aspetti della personalità, comprendendo potenzialmente l'intero modo di operare dell'individuo nel mondo.

La terza prospettiva presenta il concetto come un'intelligenza che elabora e trae beneficio dalle emozioni, composta da capacità mentali, abilità e competenze. L'intelligenza emotiva come abilità è descritta in un modello a quattro dimensioni: percezione e identificazione emotiva (che implica il riconoscimento e l'acquisizione di informazioni dal sistema emotivo); facilitazione emotiva della cognizione (utilizzo delle emozioni per migliorare l'elaborazione cognitiva); comprensione emotiva (elaborazione cognitiva delle emozioni); gestione emotiva (autogestione e gestione delle emozioni altrui).

Gli autori forniscono una descrizione circolare del modello a quattro dimensioni dell'intelligenza emotiva proposto da Mayer e Salovey nel 1997 (15, p. 108). Il primo ramo del modello rappresenta la capacità di percepire ed esprimere i sentimenti. La percezione emotiva comporta la registrazione, il monitoraggio e la lettura dei messaggi emotivi espressi dalle espressioni facciali, dalla voce, dal tono, dagli oggetti d'arte o da altri artefatti culturali. La seconda dimensione si riferisce alla semplificazione emotiva e descrive il modo in cui le emozioni influenzano la cognizione. La terza dimensione riguarda la comprensione e il ragionamento basato sulle emozioni. La capacità di comprendere le emozioni facilita la comprensione di verità fondamentali sulla natura umana e sulle relazioni interpersonali. La quarta dimensione riguarda la gestione delle emozioni e implica la capacità di far fronte alle diverse disposizioni emotive, la flessibilità, l'adattabilità e la comprensione dei progressi emotivi compiuti nelle relazioni stabilite con gli altri.

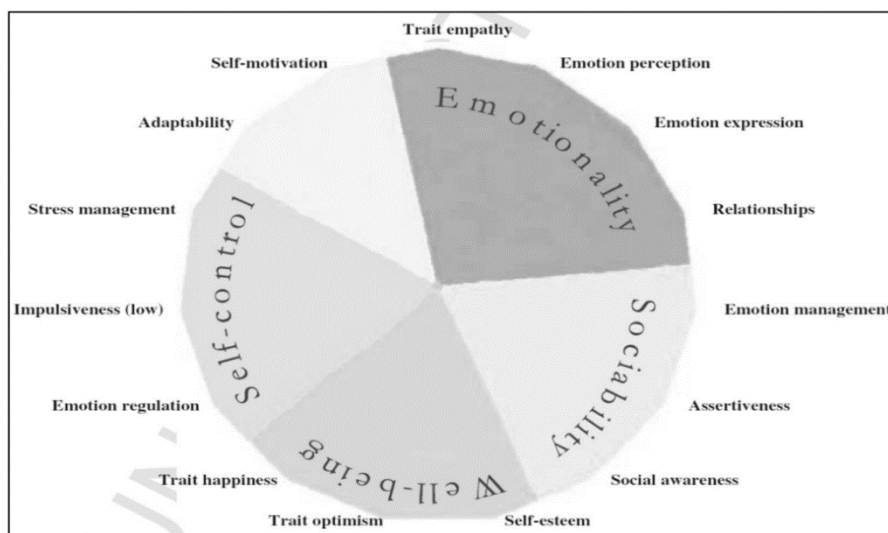
2.3 L'INTELLIGENZA EMOTIVA COME CARATTERISTICA: IL MODELLO INTELLIGENZA EMOTIVA DI TRATTO (KONSTANTINOS VASILIS PETRIDES, 2001)

Il modello delle caratteristiche dell'intelligenza emotiva proposto da Petrides comprende una serie di caratteristiche e disposizioni situate ai livelli inferiori della personalità di cui gli individui possono essere consapevoli. Più specificamente, Petrides ha presentato l'intelligenza emotiva come un'autopercezione individuale dei tratti di personalità legati alle emozioni o come il tratto dell'autoefficacia emotiva (18, 19).

Il modello delle caratteristiche sostiene che ogni individuo può ereditare caratteristiche che sono utili in alcuni contesti e meno utili in altri, sostenendo che non esiste una formula per una persona emotivamente intelligente che possa affermarsi in tutti i contesti di vita, il che assomiglia alle caratteristiche di personalità degli individui.

Per questo modello, gli autori (19, 21) hanno presentato una serie di componenti dell'intelligenza emotiva e come si vedono gli individui che otterrebbero punteggi elevati. Tutte queste disposizioni sono organizzate sotto quattro sfaccettature principali rappresentate da benessere, autocontrollo, emotività e socialità, mentre due delle componenti (adattabilità e auto motivazione) sono state riportate come indipendenti. Di seguito presenteremo

Figura 1: Modello intelligenza emotiva di tratto di Petrides



Fonte: adattato da Petrides (17)

Adattabilità: individui con livelli elevati si considerano "flessibili e disposti ad adattarsi a nuove condizioni", mentre punteggi più bassi sono ottenuti da individui che hanno, in generale, qualche dubbio nei confronti dei cambiamenti.

Assertività: gli individui con punteggi elevati sono "diretti, sinceri e disposti a difendere i propri diritti", mentre punteggi più bassi sono tipici di individui che assumono un atteggiamento passivo ed esitano a lottare per i propri diritti o a esprimere i propri desideri.

Percezione delle emozioni (se stessi e gli altri): gli individui con punteggi elevati in questo aspetto sono "chiari sui propri e altrui sentimenti", mentre i punteggi più bassi sono caratteristici di individui per i quali non è molto preciso ciò che loro e gli altri provano e perché.

Espressione delle emozioni: gli individui con punteggi elevati sono "capaci di comunicare i propri sentimenti agli altri", mentre i punteggi più bassi mostrano difficoltà nel verbalizzare le emozioni.

Gestione delle emozioni (altrui): gli individui che ottengono punteggi elevati sono "capaci di influenzare i sentimenti degli altri", mentre quelli con punteggi più bassi potrebbero mostrare difficoltà nel modulare e gestire i sentimenti degli altri.

Regolazione delle emozioni: gli individui con punteggi elevati sono "capaci di controllare le proprie emozioni" e di adattare il proprio stato emotivo alla situazione, mentre quelli con punteggi più bassi hanno difficoltà a gestire emozioni o sentimenti forti.

Controllo degli impulsi: gli individui con punteggi elevati nel controllo degli impulsi tendono a pensare prima di agire e sono "riflessivi e meno propensi a cedere ai loro impulsi", mentre i punteggi più bassi potrebbero mostrare la tendenza a impegnarsi in comportamenti o azioni malsane.

Capacità relazionali: gli individui con punteggi elevati sono "capaci di mantenere relazioni personali soddisfacenti" applicando capacità di ascolto e mantenendo legami sani, mentre gli individui con punteggi più bassi hanno difficoltà a mantenere relazioni strette e potrebbero avere comportamenti inappropriati nei confronti di familiari e amici.

Autostima: gli individui con punteggi elevati hanno "successo e sicurezza di loro stessi" e mostrano un atteggiamento positivo nei loro confronti, mentre i punteggi più bassi potrebbero mostrare un basso livello di autostima e di fiducia degli individui.

Auto-motivazione: punteggi elevati in questa componente indicano individui "motivati e poco propensi ad arrendersi di fronte alle avversità", mentre punteggi più bassi mostrano una tendenza a un minore senso di realizzazione e un più alto tasso di abbandono dei compiti.

Consapevolezza sociale: gli individui con punteggi elevati sono "esperti nel fare rete con abilità relazionali superiori", perché si considerano buoni negoziatori e sicuri di sé, mentre i punteggi più bassi potrebbero mostrare abilità relazionali limitate.

Gestione dello stress: in questo caso, gli individui con punteggi elevati sono in grado di sopportare la pressione e di regolare lo stress, perché gestiscono in modo sano le proprie emozioni, mentre i punteggi più bassi mostrano difficoltà nell'applicare in modo adeguato le strategie di gestione dello stress.

Empatia: punteggi elevati indicano che gli individui sono "capaci di assumere la prospettiva altrui" e di vedere le cose da un altro punto di vista, mentre punteggi più bassi evidenziano difficoltà a comprendere le prospettive altrui e potrebbero mantenere opinioni più limitate.

Felicità: questa caratteristica evidenzia gli individui che sono "allegri e soddisfatti della loro vita" e sono, in linea generale, contenti del loro modo di vivere, mentre i punteggi più bassi sono evidenziati negli individui che hanno una prospettiva negativa sulla loro vita presente.

Ottimismo: gli individui con punteggi elevati si considerano "fiduciosi e propensi a guardare il lato positivo della vita", avendo, in generale, una visione positiva del proprio futuro, mentre i punteggi più bassi possono evidenziare un atteggiamento peggiore nei confronti del proprio futuro, che può portare a perdere delle opportunità.

Questo modello si è dimostrato applicabile in diversi ambiti in vari campioni costituiti da popolazioni di bambini, adolescenti e adulti (16, 21). Ad esempio, nelle popolazioni di bambini e adolescenti, le componenti precedentemente menzionate hanno preannunciato comportamenti prosociali e antisociali (7, 12), oltre a prevedere una maggiore leadership e cooperazione in altri gruppi di età e regioni geografiche (12, 13). Nelle popolazioni adulte, il modello è stato collegato a un migliore impegno nell'organizzazione, a una riduzione dei livelli di stress e a una maggiore flessibilità e controllo percepiti sul lavoro (20).

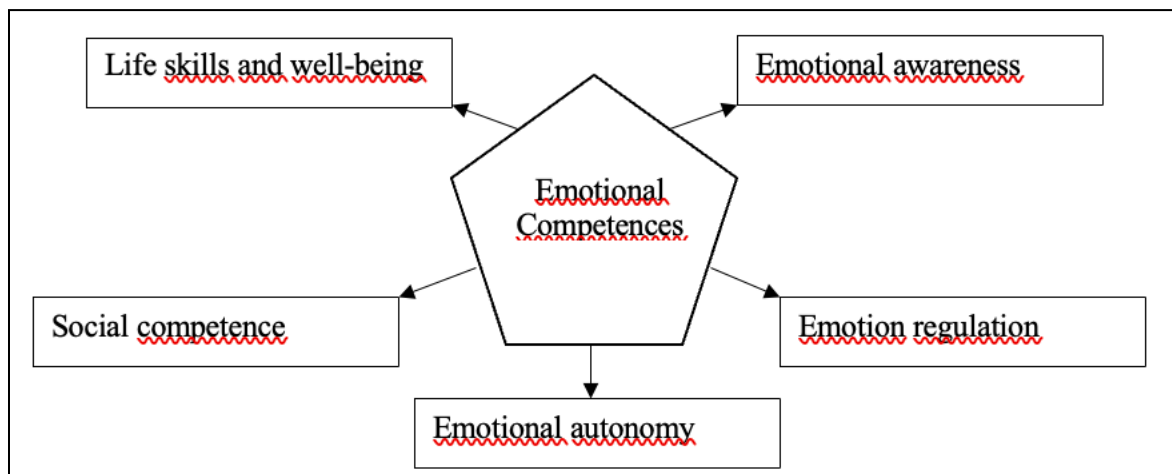
Nel complesso, il modello invita a promuovere una visione dei tratti sulle componenti dell'intelligenza emotiva, piuttosto che un insieme di competenze o abilità, discutendo l'importanza di integrare gli approcci socio-cognitivi e del concetto di sé.

2.4 IL MODELLO DELLE COMPETENZE EMOTIVE (BISQUERRA ALZINA AND PEREZ ESCODA, 2007)

Bisquerra e Escoda (4) hanno concettualizzato l'intelligenza emotiva come acquisizione e lo sviluppo di conoscenze, talenti, abilità e atteggiamenti che potrebbero aiutare a riconoscere, capire e gestire lo stato emotivo di una persona. Presentano il loro modello come una serie di cinque blocchi, ognuno dei quali comprende diverse capacità e abilità che possono essere apprese. Come mostrato nella Figura 2, i cinque blocchi principali sono la consapevolezza emotiva, la regolazione emotiva, l'autonomia

emotiva, la competenza sociale e le abilità di vita per il benessere. Ognuno di questi blocchi include alcune abilità e atteggiamenti che porterebbero a punteggi più alti sul rispettivo blocco. Di seguito, presenteremo i componenti di ciascun blocco descritto.

Figura 2: Modello di competenza dell'intelligenza emotiva di Bisquerra e Escoda (4)



Fonte: adattato da Bisquerra & Escoda (4)

La consapevolezza emotiva si riferisce alla capacità di identificare e definire le proprie emozioni e quelle degli altri in vari contesti. Comprende altre tre attitudini: (a) essere consapevoli delle proprie emozioni - essere in grado di identificare, assegnare un nome e, in alcuni casi, anche essere consapevoli delle emozioni in contesti futuri; (b) essere in grado di denominare correttamente le emozioni; e (c) comprendere le emozioni degli altri - essere in grado di percepire correttamente le emozioni provate dagli altri e rivelarle in modo empatico.

La regolazione delle emozioni indica la capacità di gestire le emozioni essendo consapevoli della relazione tra affetti, comportamento e cognizione. Include anche la capacità di suscitare emozioni

positive per sé stessi. Questo blocco comprende altre cinque abilità, come segue: (a) la consapevolezza della relazione tra emozioni, cognizione e comportamento e il ruolo della cognizione nella regolazione delle emozioni e del comportamento; (b) l'espressione emotiva - la capacità di esprimere accuratamente le emozioni; (c) la regolazione delle emozioni - la capacità di gestire le emozioni per perseguire una serie di obiettivi e rimanere motivati, ma anche di prevenire gli stati emotivi profondamente negativi; (d) la capacità di affrontare le emozioni negative utilizzando strategie efficaci per ridurre l'intensità e l'impatto; (e) la capacità di generare emozioni positive per se stessi - la capacità di rilassarsi e di cercare di migliorare la propria qualità di vita.

L'autonomia emotiva è composta da elementi di sé stessi e delle relazioni e comprende sette aree di competenze, tra cui l'autostima, l'auto motivazione, l'atteggiamento positivo verso se stessi, la responsabilità verso se stessi e gli altri, l'autoefficacia emotiva, la capacità di valutare criticamente le norme sociali e la resilienza.

La competenza sociale si riferisce principalmente all'acquisizione e al mantenimento di buone relazioni con gli altri. Questo blocco comprende le abilità sociali di base (come ascoltare o salutare), mostrare rispetto verso gli altri, buone capacità di comunicazione, abilità nella comunicazione espressiva, capacità di comunicare efficacemente le proprie emozioni agli altri, comportamento pro-sociale e collaborazione, capacità di essere assertivi, capacità di prevenire e risolvere i conflitti e capacità di gestire efficacemente le situazioni emotive.

Le abilità di vita e il benessere comprendono un atteggiamento positivo nei confronti della vita che porta a stabilire obiettivi sicuri e responsabili per ottenere una vita buona e significativa. Alcune delle componenti principali incluse in questo blocco consistono nel creare obiettivi flessibili, nel prendere

decisioni rilevanti in contesti sociali, personali e professionali, nel saper chiedere e ricevere aiuto, nell'essere un cittadino attivo, responsabile e critico, nella capacità di ricercare il benessere soggettivo e nel saper cercare esperienze favorevoli in contesti sociali, personali e professionali.

2.5 MODELLI MISTI DI INTELLIGENZA EMOTIVA

Analogamente a quanto è accaduto quando le prime prospettive teoriche sulle emozioni emerse nel campo della psicologia più di un secolo fa (ovvero le teorie di James-Lange e Cannon-Bard) sono state successivamente messe in discussione dalla teoria dei due fattori delle emozioni di Schachter e Singer (22), anche i modelli misti di Intelligenza emotiva (IE) sono stati proposti negli ultimi due o tre decenni come alternativa ai modelli di IE ritenuti più semplicistici (cioè basati sulle capacità o sulle caratteristiche) che erano stati proposti non molto tempo prima. Questi modelli misti hanno cercato di conciliare altri punti di vista facendo uso dei progressi scientifici nei campi delle neuroscienze affettive e delle metodologie dei test psicologici. I ricercatori più importanti che hanno introdotto i modelli misti nella concettualizzazione dell'IE sono stati Reuven Bar-On e Daniel Goleman.

Secondo lo psicologo e giornalista scientifico americano Daniel Goleman, l'IE rappresenta un costrutto che si basa sulle caratteristiche interne della persona (che sono sia di natura individuale che sociale), ma è anche visto come un costrutto che può essere sviluppato e ottimizzato attraverso l'esposizione a situazioni sociali complesse e la loro rivalutazione attraverso l'osservazione del proprio comportamento e delle proprie motivazioni, la riflessione e il reframing; Goleman, quindi, vede l'IE non solo come una combinazione di tratti e abilità personali, ma anche come un sistema relazionale che è dotato di un certo grado di plasticità.

Il lavoro di Goleman ha contribuito enormemente all'affermazione dell'IE come tipo di intelligenza validata. Prima di allora, l'intelligenza cognitiva (insieme al suo indice di misurazione convalidato, il Quoziente d'Intelligenza, o QI), era considerata l'unico termine ombrello che comprendesse dimensioni distinte. I ricercatori Boyatzis e Sala (5) hanno affermato che, affinché un concetto di intelligenza proposto possa essere considerato distinto da altri tipi di manifestazioni di intelligenza, devono essere soddisfatti i seguenti requisiti: (1) il concetto proposto è un comportamento osservabile; (2) è legato a strutture biologiche sottostanti che vengono attivate attraverso comportamenti caratteristici; (3) ha implicazioni per i risultati a lungo termine relativi alla vita, alla scuola, alla carriera; (4) è sufficientemente diverso da altri concetti di personalità/comportamento; e (5) sono soddisfatte le proprietà di misurazione, come la validità convergente e discriminante. Sia Goleman che Bar-On (si vedrà più avanti) hanno compiuto notevoli progressi nel collegare le dimensioni dell'IE alle sfaccettature evolutive delle emozioni e dei comportamenti osservati, proponendo scale e strumenti per misurare diverse dimensioni dell'IE e conducendo ricerche che hanno dimostrato l'importanza delle componenti dell'IE nel prevedere i comportamenti individuali e sociali.

A Goleman viene attribuito il merito di aver rielaborato la natura concettuale dell'IE e di aver fornito un maggiore background scientifico al concetto, contribuendo così a soddisfare i requisiti indicati da Boyatzis e Sala. In particolare, il suo lavoro sull'IE è maturato grazie alla nostra comprensione dei circuiti cerebrali attivati dagli stimoli sociali. Il rapido sviluppo delle neuroscienze cognitive ha permesso a Goleman di studiare come le strutture cerebrali, importanti per l'elaborazione degli stimoli emotivi, possano comunicare tra loro per creare uno stato neurale ottimale che permette all'individuo di diventare consapevole delle richieste interne e sociali e di gestire in modo più efficace le emozioni negative. Secondo Goleman, l'iperattivazione dell'amigdala che si verifica durante stati d'animo

conflittuali o negativi può compromettere la capacità dell'individuo di autoregolarsi, di individuare soluzioni e di entrare in sintonia con i segnali sociali. D'altro canto, grazie ai circuiti attraverso i quali l'amigdala è connessa alla corteccia prefrontale (un'area che promuove l'autoregolazione consentendo all'individuo di inibire gli impulsi, trovare soluzioni ai problemi e pianificare il futuro), l'individuo può regolare le emozioni negative e ritornare a uno stato mentale privo di stress che promuove la stabilità emotiva e consente all'individuo di avviare un contatto sociale costruttivo.

Goleman ha proposto la sua teoria dell'IE inizialmente negli anni '90, per poi perfezionare la sua visione negli anni duemila. Nel suo principale libro del 1995 (9), ha identificato cinque componenti essenziali per l'IE: la consapevolezza di sé (conoscere le proprie emozioni, i propri obiettivi, i propri punti di forza e di debolezza), l'autoregolazione (essere in grado di deviare gli impulsi e di regolare le emozioni negative), la motivazione (dirigere le risorse interiori verso la realizzazione degli obiettivi), l'empatia (essere premurosi nei confronti degli altri) e le abilità sociali (essere in grado di stabilire rapporti e mantenere relazioni sociali). Questa serie di caratteristiche rappresenta una combinazione di caratteristiche e abilità che sembrano essere collegate a substrati biologici che promuovono la regolazione delle emozioni e le relazioni sociali.

Nel suo libro del 2002, Goleman ha perfezionato la sua teoria iniziale dell'IE riducendo il numero di componenti a quattro, ognuna delle quali riflette il dominio d'azione personale o sociale e se comprende il processo di riconoscimento o di regolazione delle emozioni (11). Da allora il modello è rimasto praticamente invariato e Goleman lo ha utilizzato in molte delle sue pubblicazioni e presentazioni successive.

Figura 3. Le quattro componenti del modello IE di Goleman e le loro caratteristiche principali.

Adattato da Goleman et al., (11).

	RICONOSCIMENTO	REGOLAZIONE
PERSONALE	<u>AUTOCONSAPEVOLEZZA</u> <ul style="list-style-type: none"> • <u>consapevolezza emotiva di sé</u> • <u>concentrazione e chiarezza sugli obiettivi</u> • <u>sicurezza di sé</u> 	<u>AUTOREGOLAZIONE</u> <ul style="list-style-type: none"> • <u>controllo emotivo</u> • <u>risoluzione dei conflitti interiori</u> • <u>efficace con il lavoro su di sé</u>
SOCIALE	<u>CONSAPEVOLEZZA SOCIALE</u> <ul style="list-style-type: none"> • <u>attenzione agli altri</u> • <u>empatico</u> • <u>consapevole del proprio impatto sugli altri</u> 	<u>RELATIONSHIP MANAGEMENT</u> <ul style="list-style-type: none"> • <u>teamwork</u> • <u>negotiating conflicts</u> • <u>inspirational leadership</u>

Nel tentativo di individuare l'applicazione delle sue opinioni, Goleman ha utilizzato la sua teoria per discutere le conseguenze, in particolare, sulla promozione di una leadership più efficace. Prima che l'IE fosse concettualizzata, le capacità di leadership e il successo professionale erano in gran parte considerati attributi dell'intelligenza cognitiva (o razionale) e avevano poco a che fare con le dinamiche emotive all'interno e tra le persone. Sia gli scienziati che i leader delle varie professioni non erano consapevoli dell'impatto che le cosiddette "soft skills" potessero avere sul successo organizzativo e la gestione delle emozioni sul posto di lavoro era probabilmente considerata irrilevante e uno spreco di tempo e risorse. Tuttavia, oggi un numero crescente di organizzazioni in tutti i settori si è reso conto dei vantaggi comprovati dell'impiego di leader competenti dal punto di vista emotivo, sia in termini di soddisfazione dei dipendenti che di efficacia dei costi aziendali.

Pochi anni dopo la pubblicazione della visione scientifica dell'IE da parte di Daniel Goleman, nel 1995, lo psicologo israeliano Reuven Bar-On iniziò a scrivere molto del suo punto di vista e a proporre

per la prima volta uno strumento di autovalutazione per misurare l'IE, chiamato Emotional Quotient Inventory (EQ-i; 1). Questa è stata la prima volta in cui è stato utilizzato il concetto di Quoziente Emotivo, che da allora è diventato altrettanto popolare quanto il concetto gemello di QI.

Sono state due le principali influenze che hanno contribuito alla teoria di Bar-On: Il lavoro di Darwin sulle emozioni e la teoria dell'intelligenza sociale di Thorndike. Per quanto riguarda l'impatto che il lavoro evolutivo di Darwin ha avuto sullo scienziato, va notato che Bar-On riteneva che le emozioni avessero un ruolo centrale e chiaramente adattivo nel nostro complesso mondo sociale, aiutandoci a navigare attraverso obiettivi e compiti che inevitabilmente comportavano la collaborazione con altre persone. Secondo il modello da lui sviluppato, "l'intelligenza emotiva-sociale è una sezione trasversale di competenze emotive e sociali interrelate, abilità e facilitatori che determinano l'efficacia con cui comprendiamo ed esprimiamo noi stessi, comprendiamo gli altri e ci relazioniamo con loro, e affrontiamo le richieste e le sfide quotidiane" (2). Proprio come Daniel Goleman, Bar-On pensava che per una solida concretizzazione dell'IE fosse necessario fare affidamento su un sistema biologico che promuovesse sia l'elaborazione emotiva sia i comportamenti di associazione sociale e lo trovò nella visione di Darwin sul ruolo delle emozioni nella socializzazione. D'altra parte, anche la teoria di Thorndike sull'intelligenza sociale e il suo ruolo chiave nelle prestazioni umane si è rivelata fondamentale nel plasmare il concetto di intelligenza emotiva di Bar-On. Gli scritti di Darwin sul ruolo adattivo delle emozioni nel regno sociale e la teoria di Thorndike sull'intelligenza sociale esercitarono un impatto così forte su Bar-On che molte volte, nel corso dei suoi scritti, arrivò a riferirsi al concetto di "intelligenza emotiva e sociale" invece che a quello di "intelligenza emotiva".

Secondo Bar-On, l'IE comprende le seguenti cinque componenti: (1) il riconoscimento e la comprensione delle emozioni e la capacità di esprimere i sentimenti; (2) la comprensione dei sentimenti

degli altri e la capacità di entrare in contatto con loro; (3) la capacità di gestire le proprie emozioni; (4) la capacità di adattarsi a scenari mutevoli e di risolvere problemi di natura personale e interpersonale; (5) la capacità di esercitare un affetto positivo e di trovare una motivazione interiore. Si può facilmente notare come i costrutti emotivi e sociali siano intrecciati nella concettualizzazione dell'IE di Bar-On, al punto che si potrebbe ipotizzare che l'intero scopo di provare emozioni sia, nella visione del teorico, quello di soddisfare gli obiettivi sociali dell'individuo.

Nel progettare il suo strumento per l'IE, l'EQ-i, Bar-On si è concentrato sulle componenti sopra citate, dando vita a un self-report di 133 item che produce un punteggio globale di IE e 5 punteggi di scala complessiva (Intrapersonale, Interpersonale, Gestione dello stress, Adattabilità e Stato d'animo generale) con 15 sottoscale. Studi psicometrici condotti dall'autore e da altri hanno dimostrato un'elevata affidabilità e validità, mentre studi predittivi hanno evidenziato legami tra l'IE misurata con lo strumento e le capacità di interazione sociale, la salute fisica e psicologica e il rendimento scolastico e lavorativo (3). I punteggi della scala IE sono inoltre ben correlati con quelli misurati attraverso altri strumenti di IE.

Conclusioni. In generale, i modelli misti di IE di Goleman e Bar-On mirano a una maggiore comprensione della natura intrinseca dei processi che si attivano negli individui quando gestiscono le emozioni in contesti sociali complessi. Rispetto ai punti di vista alternativi (secondo i quali l'IE era proposta come comprendente solo abilità o solo caratteristiche), i modelli misti sono riusciti a incorporare in modo significativo e fondato sulla scienza due idee principali: 1) l'esistenza di substrati neurobiologici alla base dell'IE, rappresentati da strutture sia corticali (ad esempio, aree frontali e temporali) sia sottocorticali (ad esempio, l'amigdala), chiaramente coinvolte nell'espressione delle emozioni e nell'agevolazione dei contatti sociali; e 2) l'idea che, alla luce dei moderni approcci delle neuroscienze, le componenti dell'IE presentino un certo grado di flessibilità nello sviluppo e siano

suscettibili al cambiamento in circostanze favorevoli. Questa caratteristica di plasticità è ulteriormente supportata dalle ricerche che dimostrano il ruolo dei neuroni specchio come base neurobiologica dell'empatia e della modellazione delle competenze emotive (10).

Oltre a essere ancorati ad una visione neurobiologica, i modelli misti di IE di Goleman e Bar-On sono riusciti a spingersi oltre la loro visione teorica, contribuendo alla progettazione di strumenti di misurazione applicativi con comprovate proprietà psicometriche e sono stati ampiamente utilizzati nelle pratiche cliniche, nelle scuole e nelle organizzazioni di leadership. Questi modelli misti sull'IE sono diventati non solo prospettive teoriche convalidate, ma anche progressi significativi nelle scienze sociali moderne che hanno ispirato generazioni di individui e strutture organizzative.

Bibliografia:

1. Bar-On, R. (1997). *The Emotional Quotient Inventory (EQ-i): A test of emotional intelligence*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems, Inc.
2. Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema*, 18 Suppl., 13–25.
3. Bar-On, R., Handley, R., & Fund, S. (2006). The impact of emotional and social intelligence on performance. In Vanessa Druskat, Fabio Sala, and Gerald Mount (Eds.), *Linking emotional intelligence and performance at work: Current research evidence*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, pp. 3-19.
4. Bisquerra, R., & Pérez Escoda, N. (2007). *Las competencias emocionales*. Educación XX1, 10, 61-82.
5. Boyatzis, R. E., & Sala, F. (2004). The Emotional Competence Inventory (ECI). In G. Geher (Ed.), *Measuring emotional intelligence: Common ground and controversy* (pp. 147–180). Nova Science Publishers.
6. Davey, G. (2005). *Encyclopaedic Dictionary of Psychology*. Routledge. ISBN: 978-0-340-81238-9
7. Frederickson, N., Petrides, K. V., & Simmonds, E. (2012). Trait emotional intelligence as a predictor of socioemotional outcomes in early adolescence. *Personality and individual differences*, 52(3), 323-328.
8. Gardner, Howard. (2006). *Inteligențe multiple. Noi orizonturi*. București: Editura Sigma.
9. Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. Bantam Books.
10. Goleman, D., & Boyatzis, R. (2008). Social intelligence and the biology of leadership. *Harvard business review*, 86(9), 74–136.
11. Goleman, D., Boyatzis, R., & McKee, A. (2002). *Primal leadership: Realizing the power of emotional intelligence*. Harvard Business School Press.
12. Mavroveli, S., Petrides, K. V., Sangareau, Y., & Furnham, A. (2009). Exploring the relationships between trait emotional intelligence and objective socio-emotional outcomes in childhood. *British Journal of Educational Psychology*, 79, 259-272.
13. Mavroveli, S. & Sánchez-Ruiz, M. J. (2011). Trait emotional intelligence influences on academic achievement and school behaviour. *British Journal of Educational Psychology*, 81, 112-134.

14. Mayer, John D., și Salovey, Peter. (1997). What is Emotional Intelligence? În *Emotional Development and Emotional Intelligence. Educational Implications*. New York: Basic Books.
15. Mayer, John D., Salovey, Peter și Caruso, David. (2000). Emotional Intelligence as Zeitgeist, as Personality and as Mental Ability în Bar-On, Reuven și Parker, James,D.A. (coord). *The Handbook of Emotional Intelligence. Theory, development, Assesment, and Application at Home, School and Workplace*. San Francisco: Jossey-Bass A wiley Company.
16. Pérez-González, J. C., Saklofske, D. H., & Mavroveli, S. (2020). Editorial: Trait Emotional Intelligence: Foundations, Assessment, and Education. *Frontiers in psychology, 11*, 608. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00608>
17. Petrides, K. V. (2009). Psychometric properties of the Trait Emotional Intelligence questionnaire (TEIQue). In C. Stough, D. H. Saklofske, & J. D. Parker (Eds.), *Assessing emotional intelligence. Theory, research, and applications* (pp. 85-101). Boston, MA: Springer.
18. Petrides, K. V. (2011). Ability and trait emotional intelligence. In T. Chamorro-Premuzic, S. von Stumm, & A. Furnham (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of individual differences* (pp. 656–678). Wiley Blackwell.
19. Petrides, K. V., & Furnham, A. (2001). Trait emotional intelligence: Psychometric investigation with reference to established trait taxonomies. *European Journal of Personality, 15*, 425-448.
20. Petrides, K. V., & Furnham, A. (2006). The role of trait emotional intelligence in a gender-specific model of organizational variables. *Journal of Applied Social Psychology, 36*, 552-569.
21. Petrides, K. V., & Mavroveli, S. (2018). Theory and applications of trait emotional intelligence. *Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society, 23*(1), 24–36.
22. Schachter, S., & Singer, J. (1962). Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state. *Psychological review, 69*(5), 379.

CAPITOLO 3

Interventi di Regolazione Emotiva

Autori: Liliana BUJOR, Andreea URSU

3.1 Emozioni nel sistema sanitario

Diversi individui coinvolti nell'assistenza sanitaria, come medici, infermieri, pazienti, e familiari, provano una serie di emozioni complesse che hanno una notevole influenza, sia positiva che negativa, sugli esiti clinici (1;2;3). Sperimentare forti emozioni negative e l'inadeguata gestione di queste emozioni sono risultati collegati alla psicopatologia degli studenti di medicina e degli operatori sanitari, come lo stress, la depressione, l'ansia, il burnout e le interazioni difficili con i pazienti. Inoltre, le prospettive dei pazienti indicano che anche queste difficoltà potrebbero portare a relazioni insoddisfacenti con i professionisti della salute. In aggiunta, questi fattori possono potenzialmente influenzare la natura della comunicazione interpersonale, la soddisfazione lavorativa e il livello di fiducia che i pazienti ripongono nei loro medici. Il riconoscimento e la comprensione delle proprie emozioni possono facilitare la scelta di strategie adeguate per regolare le emozioni al fine di raggiungere un obiettivo desiderato. Ad esempio, incoraggiare un paziente a esprimere apertamente il proprio disagio può portare a una riduzione dei livelli di ansia, a una maggiore soddisfazione nei confronti del proprio professionista sanitario, a un miglioramento dell'atteggiamento nei confronti dell'aderenza al trattamento e a una maggiore soddisfazione lavorativa degli operatori sanitari.

3.2 Regolazione delle emozioni

Una delle definizioni più diffuse di regolazione delle emozioni è stata proposta da Gross (5) e riguarda le strategie cognitive e comportamentali utilizzate dagli individui per gestire le proprie emozioni. Queste strategie implicano la selezione deliberata di emozioni specifiche, così come i tempi e i modi in cui vengono sperimentate o espresse. Cinque diverse strategie di regolazione delle emozioni sono state presentate nell'esteso processo di regolazione delle emozioni (5,6). Queste strategie includono la selezione della situazione, la modifica della situazione, la distribuzione dell'attenzione, il cambiamento cognitivo e la modulazione della risposta. *La selezione della situazione* implica la scelta attiva di una situazione in cui è più probabile che si verifichino le emozioni desiderate. *La modifica della situazione* si riferisce all'alterazione di una situazione per cambiarne l'impatto emotivo. *La distribuzione dell'attenzione* si riferisce al riorientamento dell'attenzione all'interno di una determinata situazione. *Il cambiamento cognitivo* consiste nel modificare le valutazioni di una situazione dopo che si è verificata, alterandone così il significato emotivo. Infine, *la modulazione della risposta* comporta l'influenza e la modifica diretta delle risposte fisiologiche, emotive o comportamentali. All'interno di questo modello, la rivalutazione cognitiva e la soppressione espressiva sono state le più utilizzate negli studi di ricerca.

La regolazione interpersonale delle emozioni è un concetto che si riferisce alle strategie impiegate dagli individui per raggiungere uno stato emotivo desiderato nell'ambito di un'interazione sociale in tempo reale (7). D'altra parte, la co-regolazione si riferisce a una forma specifica di regolazione delle emozioni interpersonali caratterizzata dall'influenza reciproca delle esperienze emotive, dei comportamenti espressivi e delle risposte fisiologiche tra i partner, che porta alla stabilità emotiva e fisiologica di entrambi gli individui in una relazione interpersonale (8).

Nel corso del tempo, sono stati proposti diversi approcci per la concettualizzazione e la classificazione della regolazione delle emozioni. Augustine e Hemenover (9) hanno condotto un esame completo delle strategie di regolazione delle emozioni, identificando sei categorie generali: comportamentale, cognitiva, di coinvolgimento, di esclusione, focalizzata sull'antefatto e focalizzata sulla risposta. Secondo Gross e Jazaieri (10), la regolazione delle emozioni può essere classificata come intrinseca o intrapersonale, che consiste nella regolazione delle proprie emozioni, o estrinseca o interpersonale, che consiste nella regolazione delle emozioni degli altri. Allo stesso modo, Niven et al. (11) hanno proposto che la regolazione delle emozioni può essere classificata come estrinseca o intrinseca, con il desiderio di peggiorare o migliorare le proprie emozioni o quelle degli altri individui. Più specificamente, il concetto di miglioramento dell'effetto intrinseco si riferisce agli sforzi intenzionali compiuti dalle persone per migliorare il proprio stato emotivo, mentre il miglioramento dell'effetto estrinseco si riferisce alle azioni delle persone per aumentare l'esperienza di emozioni positive degli altri individui. Il concetto di peggioramento dell'effetto intrinseco si riferisce ai desideri intenzionali di una persona di indurre emozioni negative in se stessa, mentre il peggioramento dell'effetto estrinseco si riferisce agli sforzi consapevoli di suscitare emozioni negative in altre persone.

La regolazione delle emozioni può essere classificata come adattiva o disadattiva (12). Per esempio, le strategie di regolazione delle emozioni adattive includono la rivalutazione e l'accettazione, mentre quelle disadattive includono la ruminazione e la soppressione. Queste strategie possono essere impiegate per abbassare o aumentare la regolazione delle emozioni. Inoltre, il modello proposto da Zaki e Williams (7) delinea due categorie distinte di processi, ossia processi intrinseci e processi estrinseci, nonché processi dipendenti dalla risposta e processi indipendenti dalla risposta. Il modello ipotizza quindi l'esistenza di quattro forme distinte di regolazione delle emozioni interpersonali.

Un'altra area d'indagine si è concentrata sui concetti “ombrello” che racchiudono questo processo emotivo. Le tre componenti della competenza emotiva, identificate da Scherer (13), comprendono la percezione delle emozioni, la regolazione delle emozioni e la produzione di emozioni. D'altra parte, l'intelligenza emotiva, proposta da Salovey e Mayer (14), comprende i processi di valutazione ed espressione delle emozioni, di regolazione delle emozioni e di utilizzo delle emozioni in modo adattivo. Secondo Scherer (13), la regolazione delle emozioni si riferisce all'attitudine di un individuo a monitorare e gestire le proprie emozioni in linea con le norme socioculturali, le intenzioni strategiche e il desiderio di mantenere uno stato di equilibrio. Al contrario, Salovey e Mayer (14) forniscono una definizione di regolazione delle emozioni che si riferisce alla capacità e alla propensione a osservare, valutare e modificare le proprie e altrui risposte emotive al fine di raggiungere un determinato obiettivo (14).

3.3 Regolazione delle emozioni in sanità

Negli ultimi vent'anni sono state condotte numerose ricerche per comprendere le associazioni tra le diverse strategie di regolazione delle emozioni e la salute mentale in popolazioni generali o cliniche. La letteratura indica che le strategie di regolazione delle emozioni adattive, tra cui la rivalutazione cognitiva, l'approccio attivo, la focalizzazione positiva, la rivalutazione positiva, la ricerca di supporto sociale e l'accettazione, sono correlate negativamente con problemi psicologici quali sintomi depressivi, ansia e stress (15; 16; 17; 18); 19). Inoltre, l'uso di strategie disadattive, tra cui la ruminazione, il ritiro, la catastrofizzazione e l'ignoranza, è positivamente collegato a conseguenze negative come alti livelli di ansia, stress, depressione e insonnia (18; 19; 20; 21). Tuttavia, le conoscenze sono limitate su come la regolazione delle emozioni influisca sul benessere del personale sanitario e sulle interazioni tra personale sanitario e paziente.

Per orientarsi efficacemente nelle complesse dinamiche di consultazione dei pazienti, gli operatori sanitari devono possedere la necessaria attitudine alla regolazione delle emozioni. Ciò implica la capacità di regolare ed esprimere efficacemente le proprie emozioni, creando al contempo un ambiente di supporto che incoraggi i pazienti a esprimere liberamente i propri stati emotivi. In relazione alle strategie di regolazione delle emozioni da parte degli operatori sanitari, una linea di ricerca interessante riguarda le strategie utilizzate dal personale sanitario quando prova forti emozioni positive e negative in presenza dei pazienti. Per affrontare le emozioni negative ad alto livello di intensità, gli operatori sanitari hanno utilizzato una combinazione di strategie cognitive e comportamentali. Le strategie più utilizzate dai medici sono state: respirare, allontanare l'emozione/focalizzarsi su qualcos'altro, parlare/ascoltare il paziente, interrompere il contatto visivo, riformulare, trattenere l'emozione (1). Nel loro studio, *focalizzarsi su qualcos'altro* consiste nell'ignorare; mantenere la distanza emotiva dalla situazione; continuare l'incontro come se nulla fosse; concentrarsi sul compito (successivo), sul paziente, sulla propria postura; pensare come un professionista; pensare a una soluzione; contare mentalmente, *parlare/ascoltare* il paziente si riferisce al parlare con calma, gradualmente, con apertura; mantenere il silenzio; empatia; comprensione; lasciare che il paziente si esprima; mantenere il contatto visivo, *interrompere il contatto visivo* consiste nel prendere tempo; organizzare i pensieri, *reframing* (ristrutturazione) consiste nel pensare/fornire una prospettiva ottimistica e di speranza; razionalizzare; accettare, trattenere l'emozione si riferisce al blocco dei sentimenti; non piangere. È ampiamente riconosciuto che respirare, parlare/ascoltare e riorganizzare sono strategie adattive con effetti positivi sull'esperienza soggettiva, come la diminuzione delle emozioni negative o dei problemi di salute mentale come stress, ansia e depressione (16; 17; 22; 23). Al contrario, allontanare l'emozione/focalizzarsi su qualcos'altro, trattenere l'emozione sono considerate strategie di regolazione delle emozioni disadattive

con effetti dannosi sulla salute mentale (17; 19). Lo stesso studio mirava a indagare le reazioni del personale sanitario quando provava forti emozioni negative. Toccare il paziente, eseguire procedure mediche, ritirarsi dalla situazione e fornire supporto sono state le reazioni più frequenti. Toccare il paziente e fornirgli sostegno sono considerate strategie adattive di regolazione delle emozioni interpersonali (24), mentre eseguire procedure mediche e ritirarsi dalla situazione possono essere strategie disadattive (19). I risultati di un altro studio qualitativo suggeriscono che la soppressione emotiva era una delle strategie più frequentemente utilizzate dagli studenti di medicina quando sentivano che le loro emozioni stavano ostacolando la loro capacità di svolgere efficacemente i compiti (25). Tuttavia, sebbene in generale la soppressione sia considerata una regolazione delle emozioni disadattiva (17), nella cultura medica potrebbe essere considerata una strategia adattiva con conseguenze positive a breve termine (26). Inoltre, gli studenti di medicina hanno messo in atto un'ulteriore strategia, che consisteva nell'impegnarsi in un processo di riorganizzazione delle circostanze stressanti, razionalizzando la condotta negativa e dirigendo l'attenzione verso le capacità positive del medico. Gli studenti hanno mostrato la tendenza a diminuire l'intensità emotiva dell'incidente attraverso il processo di rivalutazione, in cui hanno rivalutato il problema e si sono concentrati maggiormente sui fattori esterni che possono aver contribuito al verificarsi del comportamento negativo.

Due studi più recenti hanno valutato la vita emotiva degli infermieri dei reparti di emergenza e degli infermieri degli hospice. I risultati dello studio in cui sono state valutate le strategie di regolazione delle emozioni degli infermieri del pronto soccorso hanno mostrato che il disimpegno/distacco, la soppressione, la compartimentazione, la distrazione, la rivalutazione cognitiva, la ricerca di supporto sociale e l'esercizio fisico sono le più frequenti tra questo gruppo (26). Questi risultati indicano che un numero significativo di infermieri ritiene che le proprie strategie siano efficaci nel mitigare l'impatto

negativo delle emozioni negative sul proprio benessere psicologico, sui pazienti e sulla relazione infermiere-paziente. Inoltre, i risultati relativi agli infermieri degli hospice hanno mostrato che essi utilizzano maggiormente il miglioramento degli effetti estrinseci, seguito dal miglioramento degli effetti intrinseci. I risultati suggeriscono anche che utilizzano meno frequentemente strategie come il peggioramento estrinseco e intrinseco (27). Ciò implica che gli infermieri dell'hospice cercano tipicamente di migliorare le emozioni altrui, in particolare per i loro pazienti e per le altre persone coinvolte nel processo di cura.

3.4 Gli effetti intrapersonali e interpersonali della regolazione delle emozioni dei professionisti sanitari

Il modo in cui i professionisti della sanità rispondono e regolano le proprie emozioni in ambito clinico può avere un impatto significativo sia sugli stessi professionisti della sanità sia sui pazienti che curano, influenzando in ultima analisi la natura della relazione clinica in modo profondo.

In uno studio volto a identificare le associazioni tra la regolazione delle emozioni e la soddisfazione di vita, la *compassion fatigue* e la soddisfazione lavorativa tra gli infermieri di hospice, è emerso che il miglioramento degli effetti intrinseci era associato positivamente alla soddisfazione di vita, il peggioramento degli effetti intrinseci era associato positivamente alla *compassion fatigue*, mentre il peggioramento degli effetti estrinseci era associato negativamente a una minore soddisfazione lavorativa (27).

In altre parole, quando gli infermieri dell'hospice utilizzano il miglioramento degli effetti intrinseci per regolare le proprie emozioni, riportano un alto livello di soddisfazione di vita, un indicatore di benessere

psicologico, mentre quando gli infermieri dell'hospice utilizzano il peggioramento degli effetti intrinseci riportano un alto livello di *compassion fatigue*. Inoltre, gli infermieri di hospice che fanno stare male gli altri, pazienti, familiari di pazienti o colleghi, hanno una minore soddisfazione lavorativa. Un altro studio ha analizzato i legami tra le strategie di regolazione cognitiva delle emozioni del personale infermieristico di lungodegenza e il burnout (28). È emerso che un maggiore uso di strategie di regolazione cognitiva delle emozioni disadattive, come la ruminazione e la colpevolizzazione degli altri, era associato a livelli più elevati di esaurimento emotivo. Inoltre, la rivalutazione positiva, una strategia di regolazione cognitiva delle emozioni adattiva, correlava negativamente con la depersonalizzazione. Inoltre, la focalizzazione sulla pianificazione e la rivalutazione positiva erano significativamente e positivamente correlate con la realizzazione personale tra gli infermieri.

Un'altra linea di ricerca riguarda i legami tra la regolazione delle emozioni del personale sanitario e la relazione medico-paziente. Studi precedenti hanno dimostrato che la percezione da parte dei pazienti delle capacità di regolazione delle emozioni del personale sanitario è associata all'immediatezza non verbale nelle interazioni medico-paziente, alla soddisfazione del paziente e alla qualità della comunicazione (29). Nel secondo studio presentato nello stesso articolo, è emersa un'associazione forte e positiva tra la rivalutazione delle emozioni riferita dagli operatori sanitari e la soddisfazione e l'affetto positivo dei pazienti prima dell'incontro con gli operatori sanitari. Sono stati inoltre analizzati i legami tra le strategie di regolazione delle emozioni disadattive e il rapporto tra paziente e professionista sanitario. In uno studio con medici come partecipanti, è stata riscontrata una moderata correlazione tra le strategie di regolazione delle emozioni interpersonali disadattive, come il ritiro, l'imposizione e la difesa, e il verificarsi di conseguenze negative immediate all'interno della relazione medico-paziente, come

l'aumento della difesa, evitare il paziente, la perdita di empatia e di fiducia nel paziente e l'interruzione della relazione (1).

L'insieme di questi risultati suggerisce che le strategie utilizzate dai professionisti sanitari per regolare le proprie emozioni hanno effetti importanti non solo sul loro benessere psicologico, ma anche sul benessere psicologico dei pazienti e sulla loro soddisfazione nei confronti dell'incontro con il professionista sanitario.

3.5 Formazione sulla regolazione delle emozioni tra i professionisti sanitari

Tenendo presente l'alta prevalenza di problemi di salute mentale, come ansia, stress, depressione, disturbi da stress post-traumatico e burnout tra gli operatori sanitari (30; 31), sono stati utilizzati vari metodi per prevenire i sintomi psicopatologici in ambito medico. Uno di questi è lo sviluppo di competenze per gestire le emozioni provocate e le situazioni difficili che si verificano negli ospedali. Di seguito presenteremo i risultati di interventi volti a sviluppare le capacità di regolazione delle emozioni tra gli operatori sanitari. Ad esempio, uno studio si proponeva di verificare l'efficacia di un intervento di regolazione delle emozioni per diminuire lo stress lavorativo tra gli infermieri dell'Unità di Terapia Intensiva e dell'Unità di Terapia Critica (32). L'intervento consisteva in otto sessioni di due ore tenute nell'arco di tre settimane. Durante la prima e l'ultima sessione, i partecipanti sono stati invitati a compilare le scale, mentre nelle altre sei sessioni sono state fornite loro informazioni sulle differenze tra i vari tipi di emozioni, sugli effetti a breve e a lungo termine delle emozioni, sulle abilità interpersonali (comunicazione, espressione e risoluzione dei conflitti), su come espandere l'attenzione, spostare l'attenzione e interrompere la ruminazione mentale, sull'uso di strategie cognitive di adattamento e su come modificare gli esiti comportamentali e fisiologici delle emozioni. I risultati hanno mostrato che gli

infermieri assegnati casualmente al gruppo di intervento hanno riportato un livello inferiore di stress professionale dopo l'intervento. In aggiunta, rispetto al gruppo di controllo, hanno riportato livelli più bassi di dimensioni dello stress lavorativo come il conflitto con i medici, i problemi con i colleghi, il carico di lavoro, l'incertezza sul trattamento e i problemi legati ai pazienti e alle loro famiglie. I risultati di un altro recente studio di intervento, che ha visto come partecipanti anche infermieri di terapia intensiva e critica, presentano schemi simili (33). Il training di regolazione delle emozioni consiste nell'acquisizione di informazioni relative alla psicoeducazione e nello sviluppo di abilità quali il rilassamento muscolare progressivo, la consapevolezza non giudicante, l'accettazione e la tolleranza delle risposte emotive, la modifica dell'attenzione, la rivalutazione cognitiva, la risoluzione dei problemi e le abilità interpersonali. È emerso che il gruppo di intervento ha riportato livelli inferiori di burnout, depressione e ansia rispetto al gruppo in lista d'attesa (gruppo di controllo). Inoltre, il gruppo di intervento ha riportato punteggi più alti dopo l'intervento per quattro delle cinque strategie cognitive adattive di regolazione delle emozioni (accettazione, rifocalizzazione sulla pianificazione, rifocalizzazione positiva, rivalutazione positiva) e punteggi più bassi dopo l'intervento per una strategia cognitiva emotiva disadattiva, la catastrofizzazione.

I ricercatori erano altresì interessati a testare altri training di regolazione delle emozioni, come l'Affect Regulation Training (34). Nell'ultima sezione di questo capitolo, forniremo una descrizione dettagliata di questo modello e alcune raccomandazioni su come può essere utilizzato per sviluppare le abilità di regolazione delle emozioni tra gli infermieri. Di seguito, forniremo i risultati di uno studio di intervento in cui è stata testata l'efficacia di questo training (35). È emerso che i partecipanti del gruppo di intervento hanno riportato miglioramenti maggiori dopo l'intervento nelle abilità di regolazione delle emozioni, come l'accettazione, la tolleranza e la modifica. Inoltre, il gruppo ART ha riportato anche miglioramenti post-intervento nel benessere e miglioramenti nelle abilità di regolazione delle emozioni

e nel benessere in tutte e tre le valutazioni temporali (pre-intervento, post-intervento e follow-up). In altre parole, i risultati di questo studio hanno dimostrato che l'ART è efficace nello sviluppo delle abilità di regolazione delle emozioni e nel miglioramento del benessere e nel mantenimento del benessere degli operatori per un periodo di sei mesi.

Nel quadro generale, i risultati di questi interventi hanno dimostrato che i corsi di formazione sulla regolazione delle emozioni sono metodi affidabili per sviluppare le capacità di regolazione delle emozioni e migliorare il benessere sul lavoro, riducendo i sintomi psicopatologici tra il personale sanitario.

3.6 Interventi per la regolazione delle emozioni- The Affect Regulation Training (ART)

Il modello ART sull'efficace regolazione delle emozioni (34; 36) è un modello di regolazione efficace delle emozioni che utilizza tecniche di: terapia cognitivo-comportamentale, terapia dialettica comportamentale, interventi basati sulla mindfulness, training di empatia, terapia focalizzata sulle emozioni e terapie di problem solving. Il modello ha dimostrato l'importanza delle abilità di regolazione delle emozioni negli interventi psicoterapeutici sullo stato di salute mentale dei pazienti ospedalizzati. In un ospedale tedesco per vari disturbi mentali, un gruppo di 289 pazienti ha beneficiato di una terapia cognitivo-comportamentale e di un training integrativo sulle competenze emotive. Secondo le misurazioni effettuate, se prima dell'intervento attraverso il training i risultati del test mostravano differenze significative tra il gruppo clinico e il gruppo di controllo su tutte le scale (in particolare su: accettazione, resilienza e comprensione), dopo gli interventi, nel caso dei pazienti che hanno beneficiato sia del trattamento abituale sia di un training di regolazione delle emozioni, sono stati riscontrati

miglioramenti significativi nei punteggi delle competenze di regolazione delle emozioni. Il miglioramento delle capacità di coping, l'accettazione e la tolleranza delle emozioni negative sono i predittori più forti e coerenti del miglioramento del trattamento (36). Gli interventi di formazione modificano il registro emozionale: esperienza, espressione, regolazione. I risultati di un esperimento condotto su un gruppo di studenti hanno evidenziato che, in seguito a sessioni di formazione di tre ore suddivise in due parti, l'effetto della formazione sulle capacità di regolazione emotiva, sulla felicità e sulla qualità della vita è significativo nel caso del gruppo sperimentale (rispetto al gruppo di controllo). Pertanto, le persone che imparano a regolare in modo adattativo le proprie emozioni riportano un livello di felicità più elevato (37).

Nel Modello ART, la regolazione emotiva adattativa è concettualizzata come un'interazione dipendente dalla situazione tra sette abilità di regolazione delle emozioni (36):

1. La capacità di essere consapevoli delle emozioni
2. La capacità di identificare ed etichettare correttamente le emozioni
3. La capacità di identificare le cause e il mantenimento di un'emozione.
4. La capacità di modificare attivamente le emozioni in modo adattativo.
5. La capacità di accettare e tollerare le emozioni negative
6. Capacità di affrontare e gestire le situazioni
7. La capacità di fornire un sostegno compassionevole a se stessi in situazioni di disagio.

Practice ART Model

In questa sezione, siete invitati a fare alcune esperienze pratiche che danno potere alla vostra vita emotiva.

Attività 1. Momento di riflessione

1. Come riconosci un'emozione di te stesso?

2. Puoi etichettare le emozioni?

3. Come riconosci una tempesta emotiva?

4. Come sono i pensieri immediati in un sistema di regolazione delle emozioni adattativo/non adattativo?

Attività 2. La verità sulle emozioni

È importante avere una percezione corretta e coerente delle nostre emozioni. In base alla vostra vita emotiva, individuare l'affermazione vera tra le seguenti:

1. Far sapere agli altri che mi sento male è una debolezza. V/ F

2. I sentimenti negativi sono negativi e distruttivi. V/ F

3. Essere emotivi significa essere fuori controllo. V/ F

4. Le emozioni possono accadere senza motivo. V/ F

5. Tutte le emozioni dolorose sono il risultato di un cattivo atteggiamento. V/F

Se avete dato tre o più risposte con Vero, avete molti Miti sulle emozioni.

Attività 3. Esercitare la capacità di essere consapevoli e di etichettare correttamente le emozioni:

la gioia

- Proporre dieci parole che descrivano l'emozione della gioia.
- Proporre (tre-cinque) eventi per provare gioia.
- Identificare (tre-cinque) effetti collaterali della gioia.

Esempio:

- Dieci parole che descrivono l'emozione della gioia: divertimento, contentezza, gioia, entusiasmo, speranza, felicità, allegria, giovialità, piacere, soddisfazione.
- I postumi della gioia: essere amichevoli con gli altri, fare cose belle per gli altri, avere una visione positiva; vedere il lato positivo (Linehan, 1993).

Attività 4. Gioia ed euforia

- Proporre (tre-cinque) eventi per provare euforia.
- Identificare (tre-cinque) effetti conseguenti all'euforia.
- Identificare le differenze principali tra gioia ed euforia. Che cosa osservate? Come potreste spiegare queste differenze?

Attività 5. Tristezza

- Proponete dieci parole che descrivono l'emozione della tristezza.
- Proponete (tre-cinque) eventi per provare tristezza.
- Identificate (tre-cinque) effetti conseguenti della tristezza.

Esempio:

- Dieci parole che descrivono l'emozione della tristezza: malinconia, dolore, delusione, pietà, dispiacere, infelicità, infelicità, solitudine, dispiacere, malinconia.
- I risvolti della tristezza: sentirsi stanchi o con poca energia, sentirsi vuoti, avere la sensazione che nulla sia più piacevole (38)

Attività 6. Tristezza e disperazione

- Proporre (tre-cinque) eventi per provare disperazione.
- Identificare (tre-cinque) effetti secondari della disperazione.
- Identificare le differenze principali tra tristezza e disperazione. Che cosa osservate? Come potreste spiegare queste differenze?

Attività 7. Rabbia

- Proponete dieci parole che descrivono l'emozione della rabbia.
- Proponete (tre-cinque) eventi per provare rabbia.
- Identificate (tre-cinque) effetti secondari della rabbia.

Esempio:

- Dieci parole che descrivono l'emozione della rabbia: antipatia, invidia, esasperazione, frustrazione, furia, irritazione, risentimento, agitazione, ostilità, agitazione.

- I postumi della rabbia: sensazione di incoerenza, sensazione di fuori controllo, irrigidimento muscolare (Linehan, 1993)

Attività 8. Rabbia e distruttività

- Proporre (tre-cinque) eventi per provare distruttività.
- Identificare (tre-cinque) effetti della distruttività.
- Identificare le differenze principali tra rabbia e distruttività. Cosa osservate? Come potreste spiegare queste differenze?

Attività 9. La capacità di identificare le cause e il mantenimento di un'emozione.

Ricordate una situazione recente in cui eravate tristi e un'altra in cui eravate disperati. Completate la tabella sottostante con:

Cosa è successo effettivamente? Quali pensieri vi sono venuti in mente? Come avete deciso di comportarvi? Quali sono state le conseguenze?

Data e Ora	Cosa è successo?	Pensieri	Emozioni	Comportamenti	Conseguenze
			Tristezza		
			Disperazione		

Cosa osservate di due emozioni, cause e conseguenze?

Cosa sono i pensieri di aiuto?

I pensieri di aiuto vi danno altre sensazioni?

Che cos'altro potreste fare? Porterebbero ad altre conseguenze?

Attività 10. La capacità di identificare le cause e il mantenimento di un'emozione

Ricordate una situazione recente in cui eravate *arrabbiati* e un'altra in cui eravate *distrutti*. Completate la tabella sottostante con:

Cosa è successo effettivamente? Quali pensieri vi sono venuti in mente? Come avete deciso di comportarvi? Quali sono state le conseguenze?

Data e Ora	Cosa è successo?	Pensieri	Emozioni	Comportamenti	Conseguenze
			Rabbia		
			Distruzione		

Cosa osservate di due emozioni, cause e conseguenze?

Cosa sono i pensieri di aiuto?

I pensieri di aiuto vi danno altre sensazioni?

Che cos'altro potreste fare? Porterebbero ad altre conseguenze?

Attività 11. La capacità di accettare e tollerare le emozioni negative

Pensate a una circostanza specifica in cui avete provato un'emozione negativa in una condizione di sconfitta. Se guardaste il vostro corpo, dall'alto verso il basso, dove potreste identificare alcune tensioni. Se queste tensioni avessero una forma, un colore e un nome (scrivere nello spazio sottostante) ...

Attività 12. La capacità di fornire un sostegno compassionevole a sé stessi in situazioni di disagio

Se il vostro migliore amico si trovasse in una situazione di disagio, quale sarebbe la vostra risposta in termini di:

- un messaggio verbale
- una risposta non verbale
- una ricompensa

Trasferite queste risposte in relazione a voi, in una situazione di disagio.

Conclusioni

- Gli interventi per una regolazione emotiva funzionale hanno registrato, negli ultimi decenni, una crescente attenzione sia da parte dei ricercatori che degli specialisti del settore.
- L'impatto dello stile di regolazione emotiva su diverse variabili (benessere generale, stile affettivo, ansia, umore depressivo) rappresenta un forte argomento per introdurre il training di regolazione emotiva in diversi livelli di intervento.

- La tendenza attuale, a livello di interventi psicoterapeutici, è quella di integrare concetti, tecniche e metodi appartenenti a diverse scuole per migliorare i risultati.

Bibliografia

1. da Silva, J. V., & Carvalho, I. (2016). Physicians experiencing intense emotions while seeing their patients: what happens?. *Permanente Journal*, 20(3) 31-37. <https://doi.org/10.7812/TPP/15-229>
2. Mjaaland, T. A., Finset, A., Jensen, B. F., & Gulbrandsen, P. (2011). Physicians' responses to patients' expressions of negative emotions in hospital consultations: a video-based observational study. *Patient Education and Counseling*, 84(3), 332-337. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.02.001>
3. Shapiro, J. (2011). Perspective: does medical education promote professional alexithymia? A call for attending to the emotions of patients and self in medical training. *Academic medicine*, 86(3), 326-332. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182088833>
4. Van Middendorp, H., Lumley, M. A., Moerbeek, M., Jacobs, J. W., Bijlsma, J. W., & Geenen, R. (2010). Effects of anger and anger regulation styles on pain in daily life of women with fibromyalgia: A diary study. *European Journal of Pain*, 14(2), 176-182. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2009.03.007>
5. Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*, 2(3), 271-299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
6. Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological inquiry*, 26(1), 1-26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
7. Zaki, J., & Williams, W. C. (2013). Interpersonal emotion regulation. *Emotion*, 13(5), 803-810. <https://doi.org/10.1037/a0033839>
8. Butler, E. A., & Randall, A. K. (2013). Emotional coregulation in close relationships. *Emotion Review*, 5(2), 202-210. <https://doi.org/10.1177/1754073912451630>
9. Augustine, A. A., & Hemenover, S. H. (2009). On the relative effectiveness of affect regulation strategies: A meta-analysis. *Cognition and Emotion*, 23(6), 1181-1220. <https://doi.org/10.1080/02699930802396556>
10. Gross, J. J., & Jazaieri, H. (2014). Emotion, emotion regulation, and psychopathology: An affective science perspective. *Clinical psychological science*, 2(4), 387-401. <https://doi.org/10.1177/2167702614536164>

11. Niven, K., Totterdell, P., Stride, C. B., & Holman, D. (2011). Emotion Regulation of Others and Self (EROS): The development and validation of a new individual difference measure. *Current Psychology, 30*, 53-73. <https://doi.org/10.1007/s12144-011-9099-9>
12. Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review, 30*(2), 217-237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
13. Scherer, K.R. (2007). Componential emotion theory can inform models of emotional competence. In Matthews, Zeidner, & Roberts (Eds.), *The science of emotional intelligence: Knowns and unknowns* (pp. 101–126). Oxford University Press.
14. Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, cognition and personality, 9*(3), 185-211. <https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CD>
15. Carvajal, B. P., Molina-Martínez, M. Á., Fernández-Fernández, V., Paniagua-Granados, T., Lasaristu, A., & Luque-Reca, O. (2022). Psychometric properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) in Spanish older adults. *Aging & Mental Health, 26*(2), 413-422. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1870207>
16. Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences, 40*, 659-669. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.12.009>
17. Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology, 85*(2), 348-362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
18. Jurado, M. D. M. M., del Carmen Pérez-Fuentes, M., Fernández-Martínez, E., Martínez, Á. M., & Linares, J. J. G. (2021). Coping strategies in the Spanish population: the role in consequences of COVID-19 on mental health. *Frontiers in Psychiatry, 12*, 606621, 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.606621>

19. Kraaij, V., & Garnefski, N. (2019). The behavioural emotion regulation questionnaire: development, psychometric properties and relationships with emotional problems and the cognitive emotion regulation questionnaire. *Personality and Individual Differences, 137*, 56-61. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.07.036>
20. Dubey, N., Podder, P., & Pandey, D. (2020). Knowledge of COVID-19 and its influence on Mindfulness, Cognitive Emotion Regulation and Psychological Flexibility in the Indian community. *Frontiers in Psychology, 11*, 3031, 1-18. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.589365>
21. Ursu, A., & Măirean, C. (2022). Cognitive Emotion Regulation Strategies as Mediators between Resilience and Stress during COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(19), 12631, 1-12. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912631>

22. Carvajal, B. P., Molina-Martínez, M. Á., Fernández-Fernández, V., Paniagua-Granados, T., Lasaristu, A., & Luque-Reca, O. (2020). Psychometric properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) in Spanish older adults. *Aging & Mental Health*, 1-10. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1870207>
23. Jerath, R., Crawford, M. W., Barnes, V. A., & Harden, K. (2015). Self-regulation of breathing as a primary treatment for anxiety. *Applied psychophysiology and biofeedback*, 40(2), 107-115. <https://doi.org/10.1007/s10484-015-9279-8>
24. Swerdlow, B. A., & Johnson, S. L. (2022). The Interpersonal Regulation Interaction Scale (IRIS): A multistudy investigation of receivers' retrospective evaluations of interpersonal emotion regulation interactions. *Emotion*, 22(6), 1119-1136. <https://doi.org/10.1037/emo0000927>
25. Doulougeri, K., Panagopoulou, E., & Montgomery, A. (2016). (How) do medical students regulate their emotions?. *BMC medical education*, 16, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0832-9>
26. Isbell, L. M., Boudreaux, E. D., Chimowitz, H., Liu, G., Cyr, E., & Kimball, E. (2020). What do emergency department physicians and nurses feel? A qualitative study of emotions, triggers, regulation strategies, and effects on patient care. *BMJ quality & safety*, 29(10), 1-21. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2019-010179>
27. Barnett, M. D., Cantu, C., & Clark, K. A. (2020). Multidimensional emotion regulation strategies among hospice nurses. *Death Studies*, 44(8), 463-468. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1586790>
28. Bamonti, P., Conti, E., Cavanagh, C., Gerolimatos, L., Gregg, J., Goulet, C., ... & Edelstein, B. (2019). Coping, cognitive emotion regulation, and burnout in long-term care nursing staff: A preliminary study. *Journal of Applied Gerontology*, 38(1), 92-111. <https://doi.org/10.1177/0733464817716970>
29. Kafetsios, K., Anagnostopoulos, F., Lempesis, E., & Valindra, A. (2014). Doctors' emotion regulation and patient satisfaction: A social-functional perspective. *Health Communication*, 29(2), 205-214. <https://doi.org/10.1080/10410236.2012.738150>
30. Wu, H., Chi, T. S., Chen, L. I., Wang, L., & Jin, Y. P. (2010). Occupational stress among hospital nurses: cross-sectional survey. *Journal of advanced nursing*, 66(3), 627-634. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05203.x>
31. Serrano-Ripoll, M. J., Meneses-Echavez, J. F., Ricci-Cabello, I., Fraile-Navarro, D., Fiol-deRoque, M. A., Pastor-Moreno, G., ... & Gonçalves-Bradley, D. C. (2020). Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers: a rapid systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 277, 347-357. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.034>
32. Saedpanah, D., Salehi, S., & Moghaddam, L. F. (2016). The effect of emotion regulation training on occupational stress of critical care nurses. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, 10(12), 1-4. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2016/23693.9042>

33. Kharatzadeh, H., Alavi, M., Mohammadi, A., Visentin, D., & Cleary, M. (2020). Emotional regulation training for intensive and critical care nurses. *Nursing & Health Sciences*, 22(2), 445-453. <https://doi.org/10.1111/nhs.12679>
34. Berking, M., Whitley, B., Berking, M., & Whitley, B. (2014). The adaptive coping with emotions model (ACE model). *Affect Regulation Training: A Practitioners' Manual*, 19–29.
35. Buruck, G., Dörfel, D., Kugler, J., & Brom, S. S. (2016). Enhancing well-being at work: The role of emotion regulation skills as personal resources. *Journal of occupational health psychology*, 21(4), 480-493. <https://doi.org/10.1037/ocp0000023>
36. Berking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, A., & Znoj, H. (2008). Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy*, 46(11), 1230–1237. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.08.005>
37. Tahared mahdavi haji, Mohammadkhani, S., Hahtami, M., (2011), The Effectiveness of life skills on happiness, quality of life and emotion regulation. *Procedia- Social and Behavioural Sciences* 30, 407- 411. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.080>
38. Linehan, M. (1993). *Skills Training Manual for Borderline Personality Disorder*, The Guilford Press.

CAPITOLO 4

Il Problem-Based Learning nella Formazione Infermieristica

Autori: Inés CASADO, Leticia BARRIONUEVO, Leticia VALDEÓN

4.1. Introduzione

Le metodologie di insegnamento nella formazione superiore sono state in uno stato di costante evoluzione negli ultimi decenni. Il rapporto dell'UNESCO sull'istruzione superiore nel 21° secolo sottolinea l'importanza della formazione superiore nell'affrontare le numerose sfide che l'umanità si trova ad affrontare in questo secolo e suggerisce la necessità di passare dall'assegnazione delle valutazioni allo sviluppo delle competenze, al fine di rafforzare il legame tra la formazione e il mondo del lavoro [1].

Questo orientamento nasce da una riflessione sulla necessità di formare laureati affinché intraprendano la vita professionale con un ventaglio di competenze sufficientemente ampio, che comprenda i pilastri della formazione -imparare a conoscere, imparare a fare, imparare ad essere, imparare a convivere- come delineato nel Rapporto della Commissione internazionale sull'educazione per il 21° secolo [2].

Il Progetto sulla definizione e selezione delle competenze (DeSeCo) dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico identifica la necessità di riorientare i curricula e adattare il ruolo del docente per aiutare gli studenti ad acquisire competenze [3].

Al giorno d'oggi, nel campo delle scienze della salute, sta diventando sempre più evidente la necessità di modificare e migliorare i metodi di insegnamento tradizionali al fine di aumentare la motivazione degli studenti e l'acquisizione di conoscenze [4]. I futuri professionisti dovranno confrontarsi con problematiche che richiedono approcci innovativi e competenze specifiche per affrontare questioni complesse. Devono essere formati utilizzando strategie e tecniche che si applicano specificamente a questa realtà [5].

L'apprendimento basato sui problemi (PBL) si fonda su due argomenti concettuali e teorici. Il primo di questi è il lavoro del filosofo dell'educazione John Dewey, che ha sottolineato l'importanza dell'apprendimento attraverso l'esperienza [6]. Secondo Dewey, in questa esperienza del mondo reale, gli studenti si confrontano con un problema che stimola il loro pensiero, raccolgono le informazioni di cui hanno bisogno per trovare soluzioni al problema e le usano per testare le loro conoscenze.

D'altra parte, il PBL si ispira alla teoria socio-culturale di Vygotsky, che sottolineava l'importanza della partecipazione degli studenti alle comunità di apprendimento cognitivo scambiando e confrontando idee con gli altri, impegnandosi attivamente tra loro per risolvere i problemi mentre il docente orienta i loro sforzi. [6,7].

L'utilizzo di questa metodologia risale al 1969, quando la McMaster University School of Medicine in Canada la introdusse nel suo curriculum. L'obiettivo era quello di trovare nuovi approcci che migliorassero la motivazione e l'apprendimento degli studenti, poiché erano molto insoddisfatti dei metodi didattici in medicina utilizzati fino a quel momento [8].

La prima classe a diplomarsi presso la nuova McMaster University School of Medicine lo fece nel 1972. Allo stesso tempo, il programma di Human Medicine dell'Università del Michigan introdusse un

corso basato sui problemi come parte del suo curriculum preclinico. Fu anche all'inizio degli anni '70 che le Università di Maastricht (Paesi Bassi) e Newcastle (Australia) fondarono scuole di medicina che incorporarono il PBL nel loro quadro curriculare. All'inizio degli anni '80, altre scuole che avevano continuato a lavorare con un quadro curriculare convenzionale iniziarono a sviluppare piani simili strutturati attorno a questo nuovo approccio. L'università che ha guidato questa tendenza è stata l'Università del New Mexico negli Stati Uniti. Subito dopo, altre scuole accettarono la sfida di ristrutturare i loro interi programmi di studio attorno al PBL. Le università che hanno guidato questo sforzo sono state Hawaii, Harvard e Sherbrooke (Canada) [9].

Barrows (1986) definisce il PBL come “un metodo di apprendimento basato sul principio di utilizzare i problemi come punto di partenza per l'acquisizione e l'integrazione di nuove conoscenze”. Riconosce che il processo diagnostico del paziente era basato su una combinazione di ragionamento ipotetico-deduttivo e competenza multidisciplinare. Un approccio “tradizionale” basato sulla classe per insegnare contenuti specifici della disciplina (anatomia, neurologia, farmacologia, psicologia e così via) non ha fornito agli studenti gli elementi per applicarlo nel contesto clinico [10]. Questo approccio tradizionale è stato ulteriormente confuso dalla base di conoscenze in rapida evoluzione della scienza e della medicina, che stava guidando cambiamenti sia nella teoria che nella pratica [11].

Il PBL è un insegnamento e un approccio curriculare incentrato sullo studente che prepara lo studente a svolgere ricerca, integrare teoria e pratica e applicare conoscenze e abilità per sviluppare soluzioni praticabili a un problema definito. Fondamentale per il successo di questo approccio è la selezione di problemi mal strutturati (e spesso interdisciplinari) e un tutor che guidi il processo di apprendimento e fornisca un rapporto completo alla fine dell'esperienza di apprendimento [11].

Barrows definisce le caratteristiche essenziali del PBL, ridotte ai punti elenco di seguito [12]:

- Gli studenti devono avere la responsabilità del proprio apprendimento.
- La simulazione dei problemi utilizzate nell'apprendimento basato sui problemi devono essere mal strutturati e consentire una libera indagine.
- L'apprendimento dovrebbe essere integrato da un'ampia gamma di discipline o materie.
- La collaborazione è essenziale.
- Ciò che gli studenti apprendono durante il loro apprendimento autonomo deve essere applicato al problema con rianalisi e risoluzione.
- Sono essenziali un'analisi conclusiva di ciò che è stato appreso lavorando sul problema e una discussione su quali concetti e principi sono stati appresi.
- L'autovalutazione e la valutazione tra pari dovrebbero essere effettuate al completamento di ciascun problema e alla fine di ogni unità curricolare.
- Le attività svolte nell'apprendimento basato sui problemi devono essere quelle valutate nel mondo reale.
- Gli esami degli studenti devono misurare i progressi degli studenti verso gli obiettivi dell'apprendimento basato sui problemi.
- L'apprendimento basato sui problemi deve essere la base pedagogica del curriculum e non parte di un curriculum didattico.

La metodologia PBL si adatta perfettamente allo sviluppo dei sistemi di istruzione superiore perché facilita non solo l'acquisizione di conoscenze, ma anche di altre competenze come il lavoro di squadra, le capacità comunicative, l'assunzione di responsabilità per l'apprendimento autonomo, la collaborazione

nella ricerca di informazioni, la valutazione critica delle informazioni, ascolto attivo e rispetto dei punti di vista degli altri [13].

Lo scopo del PBL nella formazione infermieristica è “migliorare la capacità di ragionamento clinico attraverso la risoluzione dei problemi e il pensiero critico tra gli studenti” [14].

4.2. Come sviluppare un PBL basato sui casi

Il lavoro su un problema reale in classe inizia con l'identificazione e la definizione delle competenze professionali da acquisire, distinguendo tra le diverse aree di conoscenza, come descritto nel Rapporto Delors [2]:

- Imparare a conoscere (competenza tecnica)
- Imparare a fare (competenza metodologica)
- Imparare ad essere (competenza partecipativa)
- Imparare a vivere insieme (competenza personale)

Per una migliore comprensione delle problematiche di progettazione e facilitazione relative al PBL, dobbiamo analizzare le caratteristiche essenziali di questo ambiente di apprendimento. Il PBL inizia con un problema. Questo problema è lo stimolo per l'apprendimento. Problemi complessi con obiettivi multipli, alcuni dei quali imprecisi, spesso non hanno un'unica risposta corretta; potrebbero esserci diverse soluzioni o nessuna, stimolando gli studenti a considerare alternative, scegliere la soluzione più praticabile e fornire un'argomentazione ragionata a sostegno della loro scelta [15].

Nel PBL, lo studente guida il processo cercando le informazioni, quindi selezionandole e organizzandole con l'obiettivo di risolvere il problema in questione. L'insegnante diventa tutor, guidando

l'apprendimento dello studente, suggerendo fonti di informazione e rispondendo ai suoi bisogni. Gli obiettivi sono sviluppare capacità di pensiero, attivare processi cognitivi e trasferire metodologie per "imparare ad apprendere". Il PBL si basa quindi sul presupposto che l'apprendimento è un processo attivo, integrato e costruttivo, influenzato sia da fattori sociali che contestuali [9].

Lo sviluppo di uno studio basato su casi PBL prevede sette passaggi chiave [16]:

- Fase 1: chiarire i termini non familiari. I termini e i concetti poco chiari nella descrizione del problema vengono chiariti, in modo che ogni membro del gruppo comprenda le informazioni fornite.
- Fase 2: definizione del problema. Il problema è definito sotto forma di una o più domande. Il gruppo deve concordare i fenomeni che necessitano di essere spiegati.
- Fase 3: brainstorming. La conoscenza preesistente dei membri del gruppo viene attivata e determinata. Questo processo comporta la generazione di quante più spiegazioni, idee e ipotesi possibili. Le idee di tutti i membri del gruppo vengono raccolte, senza analisi critica.
- Fase 4: analisi del problema. Le spiegazioni e le ipotesi dei membri del gruppo vengono discusse in modo approfondito e analizzate sistematicamente. Le idee del brainstorming sono ordinate e correlate tra loro.
- Fase 5: formulazione degli obiettivi di apprendimento. Sulla base delle contraddizioni, delle oscurità e delle ambiguità emerse dall'analisi del problema, vengono formulate domande che costituiscono la base per le attività di studio dei membri del gruppo. In breve, viene determinato quali conoscenze mancano al gruppo e vengono formulati obiettivi di apprendimento su questi argomenti.

- Fase 6: studio autonomo. Nella fase di studio autonomo, i membri del gruppo cercano la letteratura pertinente che possa rispondere alle domande degli obiettivi di apprendimento. Dopo aver studiato questa letteratura, i membri del gruppo si preparano a riferire i loro risultati nell'incontro successivo.
- Fase 7: reporting. Dopo aver riportato quali fonti i membri del gruppo hanno utilizzato nelle loro attività di studio autonomo, ha luogo una discussione sugli obiettivi di apprendimento sulla base della letteratura studiata. I membri del gruppo cercano di sintetizzare ciò che hanno trovato nelle diverse fonti.

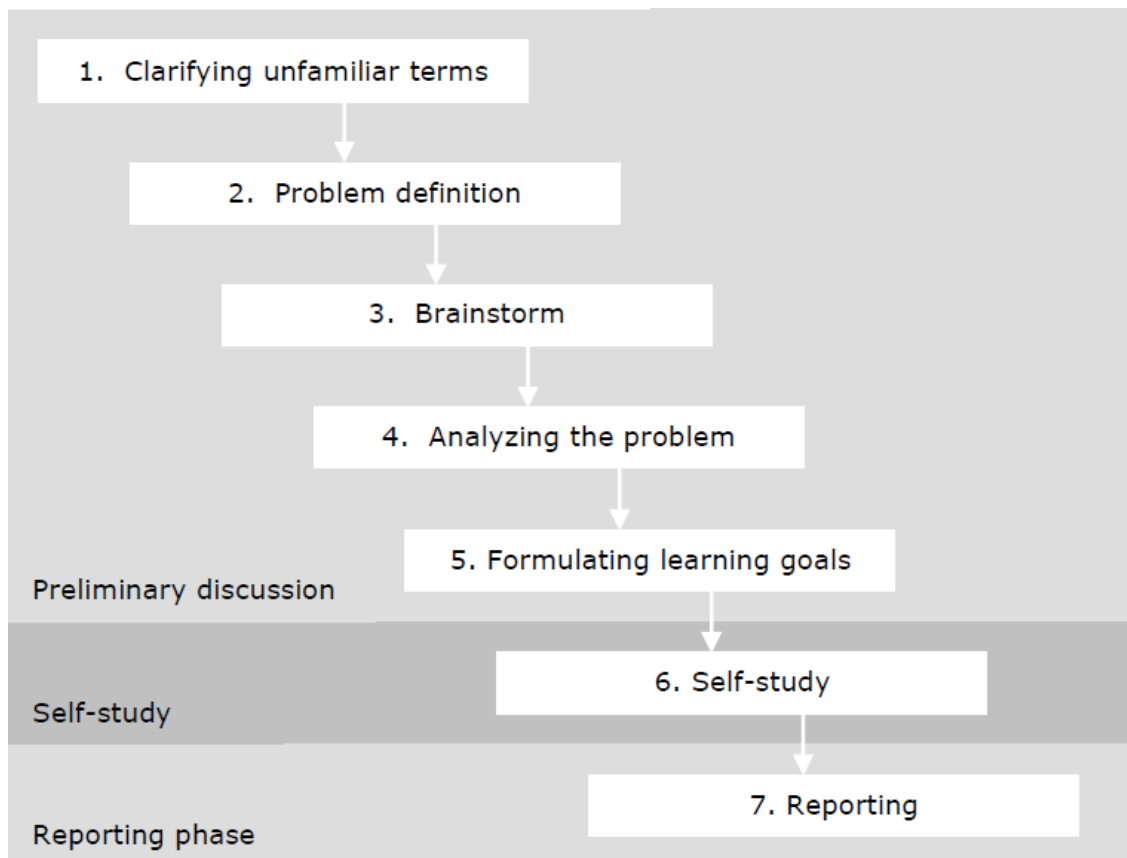


Figura 1. L'approccio in sette fasi [15]

4.3. Casi basati su emozioni positive/negative

Caso di emozione positiva:

Il signor Giovanni ha 64 anni ed è ricoverato da sei giorni in un reparto di riabilitazione/fisioterapia a seguito di un ictus.

Giovanni è vigile e orientato e soffre di emiparesi destra.

Ha iniziato subito la riabilitazione motoria con buoni risultati.

Tuttavia, racconta agli infermieri che ha paura di non riuscire a ritrovare le capacità motorie e l'autonomia. Il suo umore non è dei migliori, rinvole indietro la sua vita, il suo lavoro e i suoi sentimenti.

Negli ultimi due giorni Giovanni ha riferito di riuscire a fare esercizi che prima non riusciva a fare.

Entusiasta dei miglioramenti, comunica all'infermiera di turno che la situazione sta nettamente migliorando.

Osservando la ripresa positiva, il professionista suggerisce che il signor Giovanni faccia gli esercizi anche nel pomeriggio e cerchi di fare qualcosa in autonomia, sotto la supervisione del personale e in completa sicurezza.

Giovanni è felice, finalmente vede che la guarigione è a portata di mano e dice: “possiamo iniziare ora?”

- Identificare i bisogni relazionali del paziente.
- Discutere gli interventi infermieristici per la persona con bisogni relazionali alla luce dell'assistenza infermieristica basata sull'evidenza.
- Identificare le emozioni positive presenti in questo scenario.
- Discutere su come mantenere emozioni positive sia nel paziente che nell'operatore sanitario.

- Discutere come le emozioni positive possano guidare il miglioramento dell'assistenza sanitaria alla luce dell'assistenza infermieristica basata sull'evidenza.

Caso di emozione negativa:

Una donna di 46 anni piange la perdita del marito dopo una lunga malattia. Ha un figlio e una figlia adolescenti e un'altra figlia in età da scuola primaria.

Anni fa le è stata diagnosticata una condizione ansioso-depressiva, che finora è stata ben controllata con cure farmacologiche e psicoterapia privata.

Dopo la morte del marito contatta l'infermiera di base. Durante la malattia terminale del marito furono effettuate frequenti visite a domicilio, favorendo un rapporto di fiducia e di cooperazione con tutta la famiglia. Adesso, a causa della sua situazione emotiva e personale, è lei a rivolgersi all'infermiera per chiedere sostegno.

È disoccupata, ha un'istruzione elementare e nessuna formazione specializzata. La sua attuale situazione finanziaria è precaria. Suo marito ha tenuto unita la famiglia, non solo finanziariamente, e la sua morte ha lasciato l'intera famiglia vulnerabile, aggiungendo stress a una situazione già complicata. La pensione della vedova non è sufficiente a coprire tutte le spese. Non ha nessun'altra famiglia e il suo rapporto con la famiglia di suo marito non è molto buono.

Viene condotto un colloquio a domicilio per cercare di acquisire una comprensione più profonda del suo stato emotivo e per migliorare la sua capacità di affrontare la situazione attuale:

- Definire il dolore e le emozioni negative.

- Individuare le fasi di sviluppo delle emozioni negative nel processo del lutto.
- Individuare le principali emozioni negative che possono manifestarsi nel caso clinico presentato.
- Discussione degli interventi infermieristici chiave per un'appropriata gestione emotiva del lutto.
- Discutere su come gestire adeguatamente le emozioni al fine di evitare l'insorgenza di un lutto patologico.

4.4. Come valutare il PBL con gli studenti

Nel PBL il processo di valutazione è integrato nel processo di apprendimento e il ciclo di feedback deve essere continuo, in modo che serva da stimolo per il miglioramento e lo sviluppo del processo stesso. Lo scopo principale della valutazione è quindi quello di fornire feedback sui punti di forza e di debolezza e di identificare possibili aree di miglioramento.

Se si apportano cambiamenti al modo in cui si svolgono l'apprendimento e l'insegnamento, sarà necessario cambiare anche il modo in cui viene valutato l'apprendimento. L'obiettivo è determinare se lo studente ha acquisito le conoscenze necessarie attraverso l'apprendimento autonomo e cooperativo e se ha anche sviluppato e affinato le competenze attese attraverso una riflessione profonda e giocando un ruolo attivo nel dare forma al processo di apprendimento [17]. Il vantaggio principale del coinvolgimento degli studenti nella valutazione è che diventano consapevoli del proprio processo formativo, possono apprezzare il contributo degli altri e prendere decisioni basate sui propri giudizi.

Alcune forme di valutazione utilizzate nel processo PBL sono brevemente descritte di seguito [18]:

- Esame scritto. Questi possono essere esami a libro chiuso o aperto. Le domande dovrebbero essere progettate in modo tale che le competenze siano trasferibili a problemi o argomenti simili.

- Esame pratico. Questi vengono utilizzati per garantire che gli studenti siano in grado di applicare le competenze apprese durante il corso.
- Mappatura concettuale. Gli studenti dimostrano la loro conoscenza e crescita cognitiva creando relazioni logiche tra concetti e rappresentandoli graficamente.
- Valutazione tra pari (co-valutazione). Allo studente viene fornita una guida sulle categorie di valutazione per aiutarlo nel processo di valutazione tra pari. Questo processo sottolinea anche l'ambiente di lavoro cooperativo di PBL.
- Autovalutazione. Ciò offre allo studente l'opportunità di riflettere attentamente su ciò che sa, su ciò che non sa e su ciò che deve imparare per svolgere determinati compiti.
- Valutazione del tutor. Ciò consiste nel dare al tutor un feedback sul suo coinvolgimento nel gruppo. Questo può essere dato dal gruppo o da un osservatore esterno.
- Presentazione orale. PBL offre agli studenti l'opportunità di mettere in pratica le proprie capacità comunicative. Le presentazioni orali sono un modo per osservare queste abilità.
- Rapporto scritto. Ciò consente agli studenti di esercitare le loro capacità di comunicazione scritta.

La valutazione nel PBL dovrebbe essere strutturata in modo tale che gli studenti siano in grado di dimostrare la loro comprensione dei problemi e le loro soluzioni in modo contestualmente significativo [5,17].

Nel PBL giocano un ruolo fondamentale due tipologie di valutazione [17]: formativa e sommativa. La valutazione formativa mira a determinare se gli obiettivi prefissati sono stati raggiunti. Viene eseguita al termine di ogni compito di apprendimento e ha lo scopo di analizzare i risultati ottenuti e individuare, se necessario, dove si riscontrano eventuali difficoltà di apprendimento. Questa operazione viene eseguita

durante l'intero processo. La valutazione sommativa mira, attraverso una valutazione finale, a determinare un voto in base al grado di raggiungimento degli obiettivi proposti, tenendo conto dei giudizi di valore che sono stati espressi sullo studente durante tutto il processo di apprendimento.

Bibliografia

1. UNESCO. La Educación Superior en el siglo XXI. Visión y Acción. París: UNESCO; 1998.
2. Delors J. La educación encierra un tesoro: informe de la Unesco de la Comisión Internacional sobre la Educación para el siglo XXI. Madrid: Santillana; 1996.
3. OCDE. La definición y selección de competencias clave. Resumen ejecutivo. París: OCDE; 2005.
4. Calzadilla ME. Aprendizaje colaborativo y tecnologías de la información y la comunicación. Revista Iberoamericana de Educación 2002;29(11):1-10. <https://doi.org/10.35362/rie2912868>
5. Escribano A, del Valle A, (Eds.). El Aprendizaje Basado en Problemas. Una propuesta metodológica en Educación Superior. Madrid: Narcea S.A. Ediciones; 2023.
6. Dewey J. Experience and Education: New York: Touchstone; 1938.
7. Eggen P, Kauchak D. Estrategias docentes. Enseñanza de contenidos curriculares y desarrollo de habilidades de pensamiento. México: Fondo de Cultura Económica; 2015.
8. Spaulding W. The Undergraduate Medical Curriculum (1969 Model): McMaster University. Can Med Assoc J. 1969;100 (14):659-64.
9. Barrows HS. Problem-based learning in medicine and beyond: A brief overview. In L Wilkerson, W Gijsselaers, (Eds.). Bringing problem-based learning to higher education: theory and practice. San Francisco: Jossey-Bass; 1996. p. 3-12.
10. Barrows HS. Practice-based learning: Problem-based learning applied to medical education. Springfield: Southern Illinois University School of Medicine; 1994.
11. Savery JR. Overview of Problem-based Learning: Definitions and Distinctions. Interdisciplinary Journal of Problem-Based Learning 2006;1(1). <https://doi.org/10.7771/1541-5015.1002>

12. Barrows HS. The essentials of problem-based learning. *Journal of Dental Education* 1998;62:630-3. <https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.1998.62.9.tb03223.x>
13. Wood D. ABC of learning and teaching in medicine. Problem based learning. *BMJ* 2003;326:328-30. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.326.7384.328>
14. Wosinskic J, Belcherb AE, Dürrenbergera Y, Allina AC, Stormacqa C, Gerson L. Facilitating problem-based learning among undergraduate nursing students: A qualitative systematic review. *Nurse Educ Today*. 2018;60:67–4. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2017.08.015>.
15. Hmelo-Silver CE, Barrows HS. Goals and strategies of a problem-based learning facilitator. *Interdisciplinary Journal of Problem-Based Learning* 2006;1(1):21–39. <http://dx.doi.org/10.7771/1541-5015.1004>
16. Camp G, van het Kaar A, van der Molen H, Schmidt H. PBL: step by step a guide for students and tutors. Rotterdam: Institute of Psychology, Erasmus University Rotterdam; 2014.
17. Ríos D. Sentido, criterios y utilidades de la evaluación del aprendizaje basado en problemas. *Educ Med Super*. 2007;21(3). <http://bit.ly/1hFpD0s>
18. Vicerrectoría Académica, Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey. El Aprendizaje Basado en Problemas como técnica didáctica. Monterrey: Dirección de Investigación y Desarrollo Educativo; 2004.

CAPITOLO 5

Competenze Emotive: La Valutazione dello Studente

Autori: Annamaria BAGNASCO, Gianluca CATANIA, Giuseppe ALEO, Milko ZANINI, Loredana SASSO

5.1 Introduzione

Valutare una persona, secondo Treccani Enciclopedia (1), significa esprimere un giudizio e assegnare un punteggio in un'ottica di determinare un valore al lavoro svolto. Negli ultimi anni, la valutazione è stata sempre più considerata come una strategia per determinare la qualità e il valore di un progetto, di un risultato o di un curriculum (2). In particolare, nel campo della formazione infermieristica, esiste un numero crescente di metodi di valutazione e spetta ai tutor di infermieristica identificare lo strumento corretto sulla base delle competenze o conoscenze da valutare (3). La fase di valutazione coinvolge non solo gli studenti, ma anche il tutor infermieristico che deve conoscere in modo chiaro quali sono gli obiettivi educativi da valutare (2).

Per quanto riguarda il programma educativo inerente alle competenze emotive (CE), la valutazione da effettuare coinvolge diverse aree di apprendimento: la comunicazione e la relazione con gli altri. Inoltre, attraverso l'utilizzo della metodologia del PBL all'interno del programma educativo per acquisire le CE, gli studenti di infermieristica sviluppano anche le loro competenze riguardo al pensiero critico (4).

Per valutare tutte le competenze soprariportate, all'interno del progetto SG4NS, i metodi di valutazione utilizzati sono stati: l'esame orale attraverso l'approccio del triplo salto, la valutazione delle abilità cliniche utilizzando l'Objective Structured Clinical Examination (OSCE) e l'Emotional Competence Veiga Scale (ECVS) per valutare le CE (capitolo 6).

5.2 L'esame orale – La metodologia del triplo salto

L'esame orale con il metodo del "triplo salto" è un esame individuale suddiviso in tre fasi o "salti" da cui ne deriva il nome (2):

- *Primo passo o salto:* agli studenti viene presentato un breve caso clinico-assistenziale incompleto (5). Gli studenti di infermieristica devono leggerlo, analizzarlo ed identificare le informazioni mancanti da richiedere al tutor. In questo primo salto, il tutor valuta la capacità degli studenti di infermieristica di essere in grado di elaborare la situazione presentata attraverso il caso clinico-assistenziale e i meccanismi che attiva lo studente, valutandone di conseguenza la capacità di pensiero critico dello studente (2). Al termine di questo salto, gli studenti devono identificare i problemi infermieristici legati al caso clinico-assistenziale presentato. Il tempo richiesto per questo salto è di circa 30 minuti.
- *Seconda fase o salto:* durante questo salto gli studenti di infermieristica ricercano e studiano in modo autonomo in che modo risolvere i problemi infermieristici identificati precedentemente. Gli studenti, per risolvere i problemi presentati, possono accedere ad appunti raccolti durante le lezioni in aula, libri, banche dati o cartelle cliniche a loro disposizione (2; 5). Il tempo richiesto per questo salto è di circa 2 ore.
- *Terza fase o salto:* nell'ultimo salto gli studenti devono fornire una sintesi finale del caso clinico-assistenziale studiato in cui riportano le loro ipotesi di soluzione dei problemi infermieristici elaborate. In questo salto, gli studenti presentano al tutor la sintesi delle diagnosi infermieristiche e la pianificazione assistenziale (5). I tutor, in questa fase, forniscono un feedback agli studenti e li incoraggiano ad autovalutare il lavoro svolto. Il tempo richiesto per questo salto è di circa 30 minuti (2).

I tutor valutano ogni salto in modo differente e indipendente. Nel primo salto, infatti, i tutor valutano se lo studente identifica tutti i problemi infermieristici inerenti al caso clinico-assistenziale presentato, se è in grado di riconoscere le informazioni mancanti e se richiede sufficienti informazioni aggiuntive per elaborare la pianificazione assistenziale. Nell'ultimo salto, invece, i tutor valutano se lo studente è in

grado di identificare e dare la giusta priorità agli interventi infermieristici più appropriati inerenti al caso clinico-assistenziale presentato (2). L'applicazione e il caso del triplo salto utilizzato nel programma educativo SG4NS è riportato nel capitolo 4.3.

Tutti i salti della metodologia "triplo salto" sono riassunti nella tabella seguente (Tabella 4.1):

Tabella 4.1 Esame di triplo salto

Primo salto: definizione dei problemi infermieristici (circa 30 minuti)	
<p>Attività del tutor</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Definire il risultato e le 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. 	<p>Attività dello studente</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lettura del caso di studio. 2. Identificare le informazioni mancanti. 3. Formulazione del problema e generazione di ipotesi. 4. Identificazione degli argomenti di studio.
Secondo salto: identificare come risolvere i problemi infermieristici (circa 2 ore)	
<p>Attività del tutor</p> <p>Nessuna attività.</p>	<p>Attività dello studente</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ricerca di informazioni per comprendere il problema e risolverlo. 2. Sintetizzare le informazioni.
Terza fase: sintesi finale del caso (circa 30 minuti)	
<p>Attività del tutor</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Compilare la griglia di valutazione. 2. Valutare i risultati ottenuti dallo studente. 	<p>Attività dello studente</p> <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 prestazione.

5.3 Il Caso per il Triplo Salto nella Valutazione delle Competenze Emotive: Maria.

Il caso

Sei l'infermiere che sta effettuando il turno di notte, vieni chiamato incessantemente dalla signora Maria per compiere azioni che potrebbe svolgere in autonomia (mi può dare da bere, mi può coprire meglio, ...). Maria è una persona vigile, orientata e autosufficiente. Ad ogni chiamata, 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.

Primo salto (30 minuti)

1. Chiedete allo studente di formulare delle ipotesi sul caso: Quali problemi infermieristici evidenzi nel caso appena letto?

Ipotesi attese inerenti al 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

2. Dati aggiuntivi necessari relativi al caso da fornire allo studente, se richiesti.

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.
- 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 essere abbandonata dai medici.
- È buddista.

3. Valutazione del primo salto.

I tutor devono completare questa parte della seguente tabella (4.2). Questa tabella sarà messa insieme con la tabella 4.3.

Tabella 4.2 valutazione del primo salto

Attività dello studente	Score
Lo studente ha identificato almeno due ipotesi attese inerenti al caso presentato?	/5 ¹
Le informazioni aggiuntive richieste erano appropriate per definire le ipotesi identificate?	/5 ²

¹1: un'ipotesi con aiuto; 3: ipotesi evidente; 5: tutte le ipotesi.

²1: la qualità dei dati raccolti è limitata; 3: i dati raccolti sono inadeguati e si riferiscono a non più di una delle ipotesi; 5: i dati raccolti sono appropriati.

Secondo salto (2 ore)

In questo salto, i tutor devono assicurarsi che lo studente abbia:

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

Se lo studente non avesse identificato argomenti chiave, annotarlo per la valutazione. In questo caso, il tutor aiuterà lo studente ad identificare i problemi, gli interventi e/o gli argomenti.

Terzo salto (30 minuti)

Nell'ultimo salto, i tutor devono:

- Identificare le fonti per la ricerca bibliografica e l'uso di banche dati;
- Valutare se gli studenti applicano le nuove conoscenze alla soluzione di problemi/ipotesi;
- Valutare l'esposizione dello studente in modo sintetico, attraverso interventi, della risposta strutturata ai problemi affrontati.

1. Valutazione inerente al terzo salto.

I tutor devono completare questa parte della tabella seguente (4.3). Questa tabella sarà unita alla tabella 4.2. La somma dei punteggi ottenuti dalla prima tabella e da questa, infatti, fornisce ai tutor il punteggio totale dell'esame di salto triplo.

Tabella 4.3 valutazione del primo terzo

Attività dello studente	Score
Lo studente ha identificato almeno due problemi assistenziali inerenti al caso presentato?	/7 ¹
Lo studente ha individuato interventi mirati e pertinenti al caso presentato?	/10 ²
Lo studente ha identificato la priorità degli interventi inerenti al caso presentato?	/3 ³

¹1: un problema che non riflette l'uso della conoscenza teorica; 4: problemi che non sono coerenti con l'uso della conoscenza teorica; 7: problemi che sono integrati con la conoscenza teorica.

²1: interventions not relevant to the case; 5: unclear and unrelated interventions; 10: interventions are very clear and relevant to the case.

³1: valutazione inadeguata delle priorità; 2: stabilisce le priorità in modo appropriato; 3: valutazione chiara delle priorità con spiegazioni.

Autovalutazione degli studenti

I tutor incoraggiano gli studenti a identificare i loro punti deboli e i loro punti di forza. I risultati ottenuti, rispetto al punteggio del triplo salto, si condividono con lo studente per fornirgli un feedback sul suo lavoro svolto. La valutazione deve tener conto delle seguenti domande:

- Lo studente ha chiesto chiarimenti?
- Lo studente ha compreso le informazioni fornite?

- Lo studente ha ipotizzato un percorso di ricerca?
- Lo studente ha mantenuto un atteggiamento attivo?

Le risposte a queste domande forniscono una valutazione complessiva dello studente relativa al triplo salto.

5.4 Valutazione delle competenze cliniche mediante l'Esame Clinico Strutturato Oggettivo (OSCE)

L'Objective Structured Clinical Examination (OSCE) è un metodo di valutazione ampiamente utilizzata nell'ambito clinico, in particolare per valutare le abilità comunicative (6). Con il metodo OSCE, si valutano tre domini: cognitivo, affettivo e psicomotorio (7). Le competenze comunicative vengono valutate in base alle prestazioni degli studenti ottenute durante uno scenario simulato (3). La simulazione rappresenta uno scenario clinico realistico in cui lo studente deve mettersi in gioco utilizzando le proprie competenze (6). L'uso di una griglia di osservazione permette di valutare in modo equo ed oggettivo le prestazioni dello studente durante lo scenario simulato (8).

Nel programma didattico del progetto SG4NS, le competenze da valutare sono quelle emotive e comunicative. Infatti, i tutor con l'esame OSCE potrebbero anche valutare le capacità di problem solving degli studenti (9).

È importante che l'esame OSCE sia condotto in un ambiente attrezzato per valutare tutte le competenze e in un centro in cui la simulazione possa essere registrata audiovisivamente (6).

Prima di condurre un esame OSCE, è importante preparare una simulazione realistica. La simulazione si basa sul metodo del gioco di ruolo (7). Il ruolo del paziente deve essere interpretato da un infermiere volontario o da un attore. È importante che gli studenti si sentano come in un caso reale; quindi, potrebbe essere una buona idea chiedere loro di indossare il pigiama per interpretare il ruolo del "finto paziente". Allo stesso tempo, gli studenti devono indossare la loro normale divisa utilizzata durante il tirocinio.

Lo scenario deve concentrarsi sulle competenze che gli studenti devono raggiungere al termine del programma educativo. Pertanto, in questo caso, lo scenario creato è incentrato sulle competenze emotive e sulle abilità comunicative. Nel copione è necessario inserire una sezione relativa agli obiettivi

di apprendimento e ai comportamenti attesi dallo studente (6). La sezione centrale del copione è l'anamnesi del paziente e i suoi problemi di salute. Il copione presenta una parte con le informazioni che il "finto paziente" fornisce spontaneamente agli studenti e altre che devono essere richieste dagli studenti. La sezione conclusiva del copione delinea l'incarico dello studente, specificando gli obiettivi da raggiungere, le informazioni chiave sul ruolo degli studenti, il contesto del setting e i dettagli clinici documentati nella cartella infermieristica (9).

Per valutare le prestazioni degli studenti è necessaria una griglia di valutazione convalidata. La griglia di valutazione valuta la comunicazione di informazioni rilevanti, l'uso di un linguaggio appropriato, l'ascolto attivo e la chiarezza della comunicazione. La griglia di valutazione è composta da quattro costrutti: terminologia, ascolto, attenzione e chiarezza. Ogni costrutto deve essere valutato con punteggi compresi tra -2 e +2 (tabella 4.4) (8).

Tabella 4.4 La griglia di valutazione OSCE

	-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 si dichiara	Ascolta e ripete, ma non sempre in modo corretto.	Ascoltare e riformulare correttamente	Verificare se il finto paziente ha capito
Attenzione	Non presta attenzione verbale o comportamentale	L'attenzione verbale e comportamentale è incoerente	Presta attenzione verbale	Presta attenzione verbale e comportamentale	Dare un feedback al "finto paziente"
Chiarezza	La comunicazione non è chiara e le informazioni non sono precise	La comunicazione non è chiara e le informazioni non sono 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	Information is accurate, but communication is not always clear

Il livello di prestazione accettabile è di +2 punti totali e corrisponde a 18/30. Il punteggio massimo, invece, è di +8 punti e corrisponde a 30/30. L'esame OSCE viene effettuato da almeno due tutor. Per garantire la validità e l'affidabilità dell'esame OSCE, è importante che tutti gli elementi siano ben preparati e sviluppati con cura (6).

5.5 Scenario d'esame OSCE per la valutazione delle competenze emotive attraverso il gioco di ruolo

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

Panoramica

1. 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.

2. Target: Studenti di Infermieristica II anno

3. Definizione dei ruoli dei partecipanti:

- Paziente anziano (co-protagonista): un tutor infermieristico
- Infermiere (protagonista): studente laurea triennale in infermieristica

4. 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.

Obiettivo

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

2. *Obiettivi intermedi:*

- 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 saperle gestire (rabbia, stizza, ...);
 - Controllare le proprie emozioni con un atteggiamento attivo ed empatico;

- Mantenere un ascolto proattivo e educato con la persona assistita.

Realismo ambiente: 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 la persona che ricopre il ruolo di paziente

Sei la signora Maria di settanta anni, affetta da diabete da sette anni. Ti sei recata al Pronto Soccorso contro voglia 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 (da dare agli studenti): Nel momento in cui ricevi le informazioni riguardo alla modifica della terapia da ipoglicemizante 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: hai paura degli aghi, hai paura di non essere aderente alla terapia perché ti sei trovata sempre bene con la pastiglia. Il medico è stato frettoloso nel darti la notizia, e per questo sei 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

Bibliografia

1. Treccani – Enciclopedie on line, Istituto dell'Enciclopedia Italiana. <https://www.treccani.it/vocabolario/valutazione/> last access: 22 September 2023
2. Sasso L., Lotti A., Gamberoni L. Il tutor per le professioni sanitarie. Carocci Faber, Roma, 2003.
3. 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. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102736>
4. Wosinskic J, Belcherb AE, Dürrenbergera Y, Allina AC, Stormacqa C, Gerson L. Facilitating problem-based learning among undergraduate nursing students: A qualitative systematic review. Nurse Educ Today. 2018;60:67–4. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2017.08.015>.
5. 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>

6. 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>
7. 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>
8. J.-J. Guilbert (1990). *Guide Pédagogique Pour les Personnels de Santé*. World Health Organization, Geneva, Switzerland.
9. 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>

CAPITOLO 6

La Scala VEIGA (ECVS) per la Competenza Emotiva

Autori: Maria Augusta BRANCO, Lisa GOMES, João CAINÉ, Paulo NOVAIS, Rui PEREIRA, Filomena SOARES,

6.1 Introduzione

Competenza emotiva... una concezione in divenire

Nel mio impegno per la Vita, mi sento vicino al bisogno di riflessione... con gli occhi su di me, in comunione con il Dio di Spinoza...

Prospettive per un'Introduzione

In generale, gli ambienti di lavoro, sia nei settori scientifici, tecnologici e matematici come l'ingegneria, le neuroscienze o l'aeronautica, sia in quelli umanistici come l'assistenza sociale, la legge, l'istruzione o la sanità, richiedono sempre più spesso il possesso di soft skills che esprimano la competenza emotiva. I comportamenti necessari per essere assertivi sono diventati più complessi, interconnessi e richiedono una combinazione di multitasking e professionalità, pur continuando a richiedere un tocco di fascino e accattivante, sia nella vita personale che in quella professionale.

La necessità di gestire i comportamenti che esprimono gli stati emotivi del corpo è legittimata, essenziale e di fondo. Questo territorio riguarda le dimensioni della competenza emotiva, ovvero la consapevolezza di sé e la gestione delle emozioni. I datori di lavoro richiedono un curriculum di empatia, auto motivazione, grinta e concentrazione sul compito. Questo concetto attuale di professionalità si sta esprimendo in tutti i settori del lavoro in generale, e nella sanità in particolare.

Il XXI secolo ha immaginato le organizzazioni, in generale, e le organizzazioni sanitarie in particolare, come spazi di co-creazione, disegnati in flussi di interazioni transdisciplinari, progettati in un paradigma che ricerca la qualità e il miglioramento. Gli attuali paradigmi di eccellenza cercano di trovare standard esecutivi e valutativi, come tabelle di comportamento e percorsi di lavoro, nel senso e nel significato del raggiungimento di tale eccellenza, motivo per cui i loro attori devono avere un senso di benessere soggettivo e promuovere la propria salute attraverso l'Educazione Emotiva.

In ambito sociale e sanitario, soprattutto in contesti di pandemie, guerre o scontri sociali, la fragilità degli esseri umani richiede approcci di cura più completi e diversificati. In queste situazioni, il concetto di umanità diventa essenziale perché aiuta a riconoscere gli aspetti insopportabili della sofferenza, le espressioni di angoscia, esclusione e rivolta. I caregiver in questi contesti devono possedere la destrezza emotiva necessaria per navigare efficacemente in queste situazioni improvvise, estenuanti e travolgenti.

Così, nei contesti lavorativi i caregiver operano in un contesto di posizioni intellettuali e lavorative di e per l'eccellenza. In questo ampio contesto, vale la pena di collocare l'idea centrale che, nel binomio organizzazioni e qualità - in termini di offerta umana - la componente formativa di promozione della salute dovrebbe essere sottesa alla prospettiva olistica, alla quale l'Educazione Emotiva, secondo Pérez et al. (2020) (1) non si sottrae. Pertanto, le organizzazioni di qualità e l'Educazione Emotiva possono essere simbiotiche. Si presume, cioè, che questo binomio venga ampliato e promosso se è presente questa triangolazione.

In questa prospettiva, le istituzioni in generale, e le istituzioni sanitarie in particolare, e all'interno di queste i responsabili organizzativi delle unità organiche e dei rispettivi servizi sanitari, che hanno

salvato la qualità delle cure come elemento prioritario di questo paradigma co-creatore di eccellenza, nel percorso di visibilità, successo e riconoscimento di queste istituzioni, sono ora chiamati a oggettivare questa triangolazione, in cui non solo, ma anche, secondo lo studio di Almeida et al., (2021) (2) si inserisce il concetto di Competenza Emotiva.

Dal punto di vista dell'operatività, più che un costrutto teorico e statico di partenza, si parte dalla pianificazione di un asse strategico trasversale, dall'ente di governo agli operatori delle istituzioni sanitarie, in grado di individuare le unità di comportamento assistenziale, costruire piani di monitoraggio e di attribuzione valutativa, per migliorare la qualità dei servizi erogati.

In questo processo, tutte le risorse sono rilevanti e appropriate, soprattutto le risorse umane in modo assolutamente essenziale, perché sono gli elementi centrali delle équipes sanitarie, che comprendono anche gli infermieri. E in esse, le loro caratteristiche di produttività, conoscenza e capacità di conformarsi, creatività e, soprattutto, interazione intra e interpersonale.

Questo contesto è lo scambio di energie, interazioni, fornitura di servizi, che servono ed esprimono gli atti di cura, a livello bio, psico, sociale, culturale e spirituale.

L'essenza del tema è il nursing in azione. All'interno di questa azione, si trova la capacità implicita di prendersi cura di sé stessi, di occuparsi del proprio mondo interno e di nutrire il proprio ambiente interiore, il tutto nel perseguimento di un'assistenza olistica per il mondo esterno. Questa cura di sé è forse il primo indicatore della qualità del prendersi cura di sé.

In questo contesto, è importante imparare/sviluppare la competenza emotiva, nelle sue tre dimensioni, a livello intrapersonale: Consapevolezza di sé, Auto-motivazione, Gestione delle emozioni; e a livello interpersonale: Empatia e Gestione delle emozioni nei gruppi, poiché è stato dimostrato che

"esistono equivalenze quando si mettono in relazione le competenze generali del lavoro degli infermieri con le competenze e le abilità emotive emerse dalle risposte di questi professionisti...", come si può vedere nello studio di Carício et al. (2021), (3).

L'espressione corporea e/o cognitiva, in coscienza, del sentirsi emotivamente competenti, traduce infatti un'armonia interiore, e quindi un livello di disponibilità verso l'esterno, verso l'altro, che può rivelarsi un indicatore sensibile della qualità delle cure, e quindi della qualità in salute, che, come difeso da Donabedian (2003) (4) , si rafforza nella relazione interpersonale, tra cliente e professionista della salute, incorporando i principi del rispetto dei valori, delle credenze e dei desideri del cliente e dove il cliente è al centro dell'attenzione.

Infatti, già all'inizio del secolo, Donabedian (2003) (4) nei primi approcci alla formulazione del concetto di qualità in sanità, lo poneva come una struttura sostenuta da due sottostrutture: (1) il prodotto dell'interazione tra scienza e tecnologia dei fattori di cura e (2) le condizioni circostanti.

In questa struttura ha considerato: a) la dimensione tecnico-scientifica; b) la dimensione interpersonale, la relazione interpersonale tra professionista della salute e cliente; c) e la dimensione ambientale. L'autore ha sostenuto che la qualità della salute deriverebbe dal modo in cui queste variabili sono correlate, essendo considerate, quindi, dall'autore come gli elementi centrali della definizione concettuale della qualità della salute. E, in questa qualità, l'interazione emotiva e la percezione che se ne ha, è una questione molto pertinente su cui riflettere.

In questi contesti, la cura del campo relazionale ed emozionale, ha senso pensare alle soft skills in generale e alla Competenza Emotiva in particolare. Infatti, quando si parla di Competenza Emotiva, si descrive la capacità di una persona o di un team di esprimere - o di far esprimere - le proprie emozioni

in piena libertà, in quale parte o parti del corpo, con quale intensità, equilibrio o tempo. Il concetto deriva da quello di intelligenza emotiva, che sembra essere anche la capacità di identificare le emozioni, e che è presente in tutta la vita umana e animale.

Più specificamente, quando parliamo di competenza, vogliamo parlare del livello di abilità con cui una persona interagisce in modo costruttivo con sé stessa o con altre persone.

Pertanto, poiché questo concetto si occupa di comprendere e/o riconoscere a quale livello una persona può raggiungere l'efficacia e/o l'efficienza in una certa dimensione, come ad esempio l'empatia o la regolazione emotiva, verrà presentato come la trasformazione del concetto è stata sviluppata nel costruito e nella rispettiva operatività di ciascuna delle cinque dimensioni, nonché, necessariamente, nell'operatività finale della CE globale.

6.2 Competenza Emotiva

Prima del Concetto, una panoramica sulle Emozioni

Le emozioni degli esseri umani si attivano nel cervello in risposta a diversi stimoli, che possono essere generati internamente ed esternamente, innescando uno stato complesso dell'organismo, caratterizzato da turbamento o eccitazione, che anticipa una risposta organizzata.

Come si evince dallo studio di Stanojlović et al. (2021) (5), in realtà la ricerca dimostra che le quattro componenti che si influenzano a vicenda rappresentano il concetto di emozione e completano l'esperienza emotiva complessiva, e sono: autonoma (i segnali del sistema nervoso autonomo, l'aumento della frequenza cardiaca, la pressione sanguigna); somatica (il linguaggio del corpo, le espressioni facciali); cognitiva (il controllo, la gestione) e il sentimento soggettivo (l'emozione, l'esperienza individuale). L'interazione tra emozioni e cognizione è stata oggetto di ricerca. In questo studio, gli autori

presentano il concetto attuale che *"le emozioni possono essere evocate in modo riflesso da semplici stimoli fisici (bottom-up), ma possono anche essere reazioni complesse che coinvolgono reazioni cognitive, fisiologiche e comportamentali (top-down). L'amigdala, la struttura di "allerta" o "allarme neurale", è responsabile del condizionamento della paura, mentre la corteccia prefrontale mediale partecipa all'autoregolazione delle emozioni e al processo decisionale"*. (Stanojlovic, et al., 2021, p.361)
(5).

Questa proposta attuale corrobora, in termini di conoscenza e concettualizzazione, quanto precedentemente descritto nella ricerca di Damásio (2000) che ama concludere sempre con l'idea che *"coscienza ed emozione non sono separabili"* (6), ma parte sempre dal presupposto che l'emozione è assunta come un programma filogeneticamente costruito e *"... il suo impatto biologico è considerato molto diverso in termini di tre fenomeni che, pur essendo distinti, sono strettamente correlati: avere un'emozione, provare quell'emozione e diventare consapevoli di provare quell'emozione..."* (6) e come questi diversi livelli possano essere presenti nella persona.

Infatti, possiamo avere un'emozione e non provarla, e quindi non essere consapevoli di provarla. Questo fatto può cambiare il livello di autoconsapevolezza di una persona, che non può, per questo, essere responsabile, tanto meno "colpevole". Questa è una proprietà che si sviluppa con e durante la formazione in Educazione Emotiva e che, nella sua comprovata capacità, avvicina le persone alla loro Competenza Emotiva. Tali competenze sono particolarmente importanti per gli infermieri.

È importante chiarire, dal momento che il tema della fornitura di cure e servizi viene qui affrontato in un contesto di maggiore o minore espressione di sofferenza, dolore e/o angoscia, che ognuno di questi fenomeni può o meno scatenare emozioni negli infermieri.

Come spiega l'autore: "... l'emozione umana (6) è scatenata anche dalla musica e dai film a basso costo, il cui potere non dobbiamo mai sottovalutare. L'impatto umano di tutte queste cause di emozioni, (...) dipende dai sentimenti suscitati da queste emozioni. È attraverso questi, che sono privati e diretti verso l'interno, che le emozioni, che sono pubbliche e dirette verso l'esterno, iniziano il loro impatto sulla mente; ma l'impatto pieno e duraturo dei sentimenti richiede consapevolezza, perché solo in concomitanza con l'avvento di un senso di sé i sentimenti diventano noti all'individuo che li prova" (6).

E Damásio continua (6): "... distinguo tre fasi di elaborazione che fanno parte di un continuum: uno stato di emozione, che può essere innescato ed eseguito inconsciamente; uno stato di sentimento, che può essere rappresentato inconsciamente, e uno stato di sentimento reso cosciente, cioè conosciuto dall'organismo che sta provando emozione e sentimento".

È importante chiarire il fenomeno del "... contrasto tra la condizione dell'emozione, che è indotta a nostra insaputa e si rivolge verso l'esterno, e la condizione del sentimento umano, che è essenzialmente conosciuto e si rivolge verso l'interno...". (6), può lasciarci completamente confusi e impreparati ad affrontare questo fenomeno in noi, che gli altri conoscono me attraverso la mia espressione, che io attraverso il sentimento che provo per quell'espressione emotiva a cui gli altri hanno già aderito.

Questo punto è essenziale per comprendere il valore dell'apprendimento dell'autoconsapevolezza - la prima dimensione della Competenza Emotiva - a partire dall'autoconsapevolezza corporea... perché, come spiega Damásio, "... come l'emozione, la coscienza si basa sulla rappresentazione del corpo..." (6), dando così per scontato che il corpo assuma lo status di entità, capace di elaborare un proprio discorso e una propria grammatica espressiva emozionale, e che in qualche modo, ciò che il corpo dice/esprime non dica nulla di meglio.

6.3 Le Dimensioni della Competenza Emotiva - Termini Operativi

Consapevolezza di sé

È la prima dimensione ed emerge da un'autocoscienza corporea, prodotta da un dialogo fluido tra il corpo e i sistemi somato-sensoriali, dove le mappe mentali vengono costruite e ricostruite in una totale e progressiva immediatezza. Infatti, l'essenza della nostra coscienza è il corpo mappato nel cervello, nella totalità delle strutture corporee funzionanti o meno, in una precisione totale e assoluta. Questo processo, basato sull'espressione di Damásio (6) "*... mappando il corpo in modo integrato, il cervello riesce a creare la componente cruciale di quello che diventerà il sé...*",(6) e quindi un sé attuale e dinamico, aggiornato attraverso reti di segnali chimici e neurali, in cui braccia e gambe, visceri e reti vascolari sono completamente e dettagliatamente mappati - posizioni, movimenti, pressione sanguigna, pH del sangue, tensione delle arterie, irrigazione dei visceri cavi, emodinamica, punti di stasi, secrezioni endocrine ed esocrine, insomma... - nei loro rispettivi cambiamenti in ogni momento.

Tutto e su tutto, corpo e cervello dialogano e "*... il cervello è in grado di fare di più che mappare gli stati che si stanno verificando (...), può trasformare gli stati del corpo, simulare gli stati del corpo che non si sono ancora verificati...*" (6). In breve, il corpo dice al cervello: "*questo è il modo in cui sono costituito e questo è lo stato in cui mi trovo ora*" (6) e il cervello, che riceve anche orientamenti qualitativi sugli "*stati del corpo*", guida il corpo nelle funzioni da mantenere nel senso dell'omeostasi e, quando richiesto, il cervello dice al corpo come creare uno stato emotivo" (6). Quindi, dal punto di vista dell'operatività, il concetto di autoconsapevolezza riguarda l'esame e il riconoscimento, nella coscienza, di qualsiasi cambiamento in questi stati corporei, innescato da un trigger emotivo, o prendendo questa attivazione (stimolo) a causa di uno stimolo emotivamente competente (ECS) al soggetto.

Gestione delle emozioni

Questa dimensione, nel concetto di competenza emotiva, è stata oggetto di studi progressivi e quindi di cambiamenti progressivi nella sua definizione e concettualizzazione. Dall'inizio di questo secolo con Damásio (2000) (6), e alcune nuove prospettive per la comprensione di come il corpo integra e gestisce gli stati emotivi corporei (11), fino ai recenti risultati di ricerca, in particolare quelli presentati da Myruski et al. (2022) (7), che spiegano inequivocabilmente che la caratteristica chiave della Regolazione delle Emozioni adattiva è la capacità di gestire il comportamento durante una serie di sfide emotive. Altri autori (8) e altre ricerche presentano, ad esempio, la gestione della frustrazione e il ritardo della gratificazione come sfide regolative comuni nell'infanzia - ma che possono verificarsi anche in età adulta - e le persone in generale e i bambini in particolare, tutti noi nel corso della vita, possono variare nel loro e nel nostro utilizzo di comportamenti di regolazione delle emozioni adattivi o disadattivi durante queste sfide. Quindi, gli autori recenti quando ipotizzano la Regolazione delle Emozioni, ipotizzano la regolazione del comportamento nell'esperienza di eccitazione di un'emozione.

Sulla base di questo assunto e delle pubblicazioni attuali, questa dimensione parte dal riconoscimento che l'atto di "gestione" non si riferisce all'emozione, come stimolo, come attivazione autonoma, ma piuttosto e solo al comportamento risultante da questa attivazione. È importante chiarire che l'emozione di base, jamesiana, di un evento improvviso e/o inconscio, non è considerata, a priori, un oggetto che può essere gestito. Anche nella sua eccitazione tardiva, dopo aver riconosciuto e mappato questo stato corporeo, a livello somato-sensoriale, non è considerata esattamente gestibile a livello comportamentale in modo spontaneo.

Quando si parla di Gestione delle Emozioni, si presuppone la gestione - l'esame e il riconoscimento dei segni e delle modificazioni corporee e la conseguente interazione del soggetto, in modo consapevole, su questo processo -, della componente comportamentale delle emozioni secondarie e/o sociali (7), e/o di qualsiasi tipo di sentimento emotivo espresso su stati corporei emozionali emergenti da un ECS.

L'interazione del soggetto sulla propria osservazione dell'evento emotivo (o sentimento emotivo), nel senso dei suoi obiettivi, senza soppressione, né perdita di omeostasi, del suo ambiente interno, né del contesto esterno, è considerata qui, gestione delle emozioni. È importante chiarire che la cosiddetta regolazione delle emozioni (autoregolazione) e la flessibilità cognitiva (9), emergono dalla consapevolezza di sé e dell'altro che si sviluppano contemporaneamente in età prescolare e giocano un ruolo importante in questa dimensione. È pertinente presentare la percezione di Langeslag e Surti (2017) (10), che sostengono che possiamo controllare le nostre emozioni in una certa misura. Ma sostengono anche che la regolazione delle emozioni è l'uso di strategie comportamentali o cognitive per generare nuove emozioni o per aumentare o diminuire l'intensità delle emozioni attuali (10).

Nelle pubblicazioni scientifiche si trovano alcuni approcci alle strategie di regolazione multipla, tra cui, ad esempio, la distrazione e la rivalutazione cognitiva. La distrazione comporta il pensare a qualcosa di non correlato e la rivalutazione comporta il cambiamento del significato di una situazione reinterpretandola (10). La reinterpretazione della situazione può avvenire, ad esempio, cambiando la rilevanza personale, che è stata chiamata rivalutazione focalizzata sul sé, o immaginando esiti migliori o peggiori, che è stata chiamata rivalutazione focalizzata sulla situazione (9).

Langeslag e Surti (10) consigliano di riflettere sul fatto che è stato proposto che l'efficacia della rivalutazione per aumentare o diminuire la regolazione delle emozioni possa variare a seconda

dell'intensità dell'emozione, ma questo non è stato ancora testato sistematicamente, suggerendo che la ricerca deve continuare e i risultati devono essere riflessi, e Ochsner & Gross, (2008) (11) che presentano il concetto e l'abilità della regolazione cognitiva delle emozioni, come una sorta di intuizione dalle neuroscienze sociali cognitive e affettive, che possiamo imparare e comprendere.

Motivazione di sé

In questo contesto operativo, il concetto di motivazione viene integrato nel senso di "inconsapevolezza genomica" (12), e nelle parole di Damásio *"... una serie di comportamenti che possono sembrare decisi dalla cognizione cosciente, ma che sono guidati da disposizioni non coscienti."*(12) e, per collocare questo costrutto a livello di strutture cerebrali, spiega che si tratterà di "basi inconse del comportamento, nell'ambito dell'istinto, dei comportamenti automatici, degli impulsi e delle motivazioni" (12). In termini di definizione, si presuppone che il concetto di motivazione di sé riguardi il riconoscimento degli elementi di base dell'energia che innesca o "muove" un certo atteggiamento o il perseguimento di un determinato comportamento: se autotelico, o esotelico, e come questi due punti limite vengono riconosciuti nella persona. Ma non solo, intendiamo anche valutare quali sono i limiti e le differenze che la persona percepisce, tra (1) l'assunzione di un atteggiamento frontale e permanente, (2) la ripetizione ostinata, (3) il cambiamento di rotta senza sentirne la perdita o il danno, (4) la procrastinazione o il lassismo.

Empatia

Si parte dal concetto e dalla funzione dei "neuroni specchio" (6, 12) per accedere all'abilità di produrre fenomeni di "come se" nel corpo, per comprendere e difendere la componente cognitiva dell'empatia, che è caratterizzata dalla capacità di inferire accuratamente i sentimenti e i pensieri di un'altra persona,

senza necessariamente provare gli stessi sentimenti di quella persona. Questo punto è qui della massima importanza. Tale prospettiva implica la neutralità e l'imparzialità di colui che empatizza ed è stata chiamata assunzione di prospettiva (perspective taking) (13, 14), un fenomeno che era già stato identificato, se esiste un'interrelazione dinamica (15) tra l'io (consapevolezza di sé) e l'altro (consapevolezza dell'altro). La capacità di rappresentare e riferire i propri stati mentali è ciò che permetterà la conoscenza inferenziale dello stato mentale degli altri.

Si presume che l'empatia negli esseri umani sia un'attitudine innata con quattro dimensioni, e nella recente pubblicazione (16), ha corroborato che la componente cognitiva, ci permette di comprendere ciò che Damásio (2010) (12) ha presentato "*...le azioni degli altri, mettendoci in uno stato corporeo paragonabile, (...) quando vediamo l'azione di un'altra persona, il nostro cervello somato-sensoriale adotta lo stato corporeo che assumeremmo se ci stessimo muovendo...*" (12), chiarendo con una certa specificità che è "*...la connessione che stabiliamo tra i nostri stati corporei e il significato che hanno assunto per noi, che può essere trasferito agli stati corporei simulati degli altri (...) possiamo assegnare un significato comparabile alla simulazione.*" (12).

La dimensione affettiva riguarda la comprensione cognitiva dei sentimenti e delle emozioni altrui, e successivamente permette di immedesimarsi con empatia, nel profondo del proprio essere, nelle emozioni associate a qualcosa, per cui è possibile interiorizzare e sperimentare personalmente la sofferenza patita dagli altri. La dimensione motivazionale è il fenomeno di generazione della motivazione empatica altruistica e interpersonale - sentimenti di compassione per gli altri - che osserviamo o riconosciamo. La dimensione prosociale riguarda il modo in cui questa compassione ci spinge a essere proattivi, intraprendendo azioni prosociali o etiche in difesa o a favore di qualcosa o qualcuno.

In una recente ricerca, Decety & Jackson (2004) (15) hanno presentato studi che dimostrano che solo una parte della rete che media l'esperienza del dolore (tra cui la corteccia cingolata anteriore e l'insula) è condivisa quando si empatizza o si valuta il dolore negli altri. Soprattutto, gli autori hanno sostenuto che l'empatia, così come la conosciamo, richiede anche una regolazione delle emozioni per la quale la corteccia prefrontale ventrale, con le sue forti connessioni con il sistema limbico, le aree prefrontali dorsolaterali e mediali, svolge un ruolo importante. Ancora una volta, non partiamo dal presupposto che esista un sistema (o modulo) di empatia unitario nel cervello. Piuttosto, riteniamo che nell'esperienza dell'empatia siano coinvolti più sistemi dissociabili. Infine, come suggerito in precedenza, l'empatia è un processo motivato che, più spesso di quanto si creda, si attiva volontariamente. Ciò rende l'empatia una capacità umana flessibile, nonché un metodo per acquisire conoscenza e comprensione dell'altro, ed è suscettibile di interventi socio-cognitivi, ad esempio attraverso programmi di formazione o di potenziamento per raggiungere vari obiettivi (15). Come si può notare, il concetto è più complesso e si colloca profondamente all'interno dell'interazione tra strutture corporee e cerebrali.

Gestione delle Emozioni nei Gruppi

È la dimensione della competenza emotiva che unifica l'empatia e la gestione emotiva e che riguarda la già citata assunzione di prospettiva (perspective-taking) "empatica", cioè il fenomeno già identificato da Decety e Jackson (2004) (15), se esiste, e quando c'è un'interrelazione dinamica tra l'io (consapevolezza di sé) e l'altro (consapevolezza dell'altro). Questa dimensione esamina gli effetti dell'empatia, del contagio emotivo e della gestione delle emozioni.

Emerge dall'empatia plurale, in cui si percepisce l'assorbimento delle espressioni emotive degli altri e il rispettivo impatto su di noi scatena emozioni e sentimenti emotivi a cui riusciamo a dare una risposta e

un'espressione comportamentale, all'interno di un'organizzazione intellettuale che ci tiene sotto controllo e che, a sua volta, possiamo diffondere agli altri. Studi precedenti sul modello di processo della regolazione delle emozioni, Ickes (1997) (14) ha dimostrato che la regolazione delle emozioni focalizzata sull'antefatto produce risultati migliori rispetto alla regolazione delle emozioni focalizzata sulla risposta quando le persone cercano di regolare i propri sentimenti.

Reeck e Onuklu (17), nel loro studio sull'Interpersonal Emotion Regulation (IER), le conseguenze per i marchi nelle interazioni con i clienti, partono da studi che dimostrano benefici simili della regolazione delle emozioni focalizzata sull'antecedente quando è applicata a livello interpersonale.

Questi autori si concentrano non solo sulle conseguenze delle strategie che le persone usano per gestire le proprie emozioni, ma per esaminare le conseguenze delle strategie che le persone usano per gestire le emozioni altrui. Quindi, la ricerca attuale si basa su precedenti dimostrazioni che IER può migliorare le relazioni tra le persone mostrando che questi benefici non possono emergere solo tra questi interattivi sociali e personali come con alcune risorse o contesti. Reeck e Onuklu (17) confermano i risultati precedenti (16), dimostrando che gestire con successo le emozioni negative degli altri può portare a una maggiore fiducia e migliori interazioni. Più di questi, e prendendo precedenti dimostrazioni (18, 19) che IER tra le persone si traduce in una maggiore fiducia e soddisfazione rapporto.

Rendere Misurabili le Competenze Emotive

La competenza emotiva ha continuato ad essere presentata, in letteratura, in modo simile al concetto di Intelligenza Emotiva, ma ognuno di loro ha una prospettiva diversa sulle capacità legate all'emozione,

diverse metodologie di sviluppo e applicazione, e diversi strumenti per la raccolta dei dati e l'analisi dei risultati.

La letteratura rivela che a volte sono applicati con noncuranza come sinonimi (19), causando confusione teorica e metodologica, (19). Recentemente, Pérez-González et al (1) in un'analisi dei lavori precedenti, rapporto Robertson et al. (2014) (20) definizione di competenza emotiva come "*...la capacità di trattare efficacemente con l'informazione emotiva, cioè, con i propri sentimenti e desideri*", e sostengono, citando Davis & Qualter, (2020) (21), che la competenza emotiva:

"... è stato usato come un termine aggregante e come un costrutto sfaccettato che comprende le abilità legate alle emozioni (ad esempio, la consapevolezza delle emozioni, la percezione delle emozioni, regolazione delle emozioni), capacità e qualità di disposizione (ad esempio, l'auto-efficacia emotiva) che permettono all'individuo di funzionare efficacemente in situazioni emotivamente cariche." Pérez-González, (1).

In una sintesi molto breve, la Competenza Emotiva (CE), come concetto autonomo, sembra essere emersa con i modelli misti di Intelligenza Emotiva (IE), come quelli di Goleman e Bar-On, ma in realtà non è avvenuto in quel modo. Due autori in paesi diversi - Saarni (22, 23) negli USA e Bisquerra (24, 25) in Spagna - hanno sviluppato il costrutto delle Competenze Emotive (al plurale), più focalizzato sui contesti dell'istruzione e della formazione giovanile, al fine di rendere la formazione emotiva nell'istruzione superiore più comprensibile e adattabile, come alcuni autori hanno sostenuto (26) per sviluppare la competenza emotiva degli studenti, in quei contesti.

Successivamente, in Portogallo, gli studi di Veiga-Branco (27, 28) sugli insegnanti presentano il concetto di CE basato sul modello misto di IE (29).

Veiga-Branco (27, 28, 30, 31) studia la Competenza Emotiva nel contesto degli insegnanti e nelle esigenze del processo di insegnamento-apprendimento e avvia il lavoro, basato sul concetto modificato di IE (32), modifica che è intervenuta quando ha percepito il valore aggiunto della CE, riflettendo su ciò che l'autore esplora in Notas (32): "*... l'espressione 'competenza emotiva' include competenze sia sociali che emotive, chiarificando che **'una competenza emotiva è una capacità appresa, (...) che si traduce in una performance straordinaria sul lavoro'***" (32), dove ha sottolineato che:"

"La nostra I.E. determina il nostro potenziale per apprendere abilità pratiche basate su cinque elementi: consapevolezza di sé, motivazione, auto-mastery, empatia e talento nelle relazioni. La nostra CE mostra in che misura traduciamo tale potenziale in competenze professionali."

Così, successivamente (28), distingue questo concetto dalla IE, sostenendo che "*la CE esiste quando qualcuno raggiunge un livello desiderato di realizzazione*" e che questo concetto riguarda il post-fatto. Può essere valutato solo simultaneamente o dopo l'esposizione di comportamenti e/o atteggiamenti, attraverso l'osservazione o attraverso i ricordi espressi, da parte di soggetti esecutori o osservatori.

Partendo da questi elementi come quadro teorico e avendo l'esplorazione, l'identificazione o il riconoscimento di un profilo di C.E. come oggetto di studio, si crea uno Strumento di Analisi: la Scala di EI di Veiga Branco (EVBCIE) (27, 28, 30, 31).

Questo strumento è stato successivamente riformulato, diventando uno strumento con 86 voci: la Scala di Competenza Emotiva Veiga (EVCE), utilizzata in studi progressivi, in campioni successivi, dal 2010 fino a due anni fa. Ad esempio, nello studio sul "Profilo di Competenza Emotiva negli studenti dell'istruzione superiore" (33), nello studio sulla "Competenza emotiva nei professionisti della salute: ricerca correlazionale e comparativa" (34), e nello studio sulla "Competenza emotiva (CE) nei fisioterapisti nella

rete nazionale di cure continue integrate" (35). Anche al di fuori del settore scientifico della salute, c'è lo studio sviluppato sulla Competenza Emotiva nei decision-maker politici portoghesi in Veiga-Branco & Costa (2015) (36).

Questo strumento di raccolta dati, con 86 voci, è stato progressivamente sviluppato verso la sua riduzione, portando allo studio della forma ridotta, la Scala di Competenza Emotiva Veiga (ECVsr33), nella versione originale in portoghese: Escala Veiga de Competência Emocional (EVCEr33).

Questa versione ridotta attuale della scala è già stata utilizzata in alcuni studi, con la rispettiva applicazione e studio statistico in diverse campionature, nello specifico nei settori della Salute, dell'Educazione e delle Finanze. Ad esempio, nel contesto infermieristico in Almeida et al. (2021) (37) e persino in Moreira, et al. (2021) (38), nonché nei decisori politici locali nello studio di Nogueira et al. (2021) (39), con i relativi studi statistici, considerando l'EVCEr33 come uno strumento di misurazione con la capacità di studiare il profilo di Competenza Emotiva in diverse aree.

Tra gli altri, i profili dei professionisti della salute (34, 37, 38) e, recentemente, i risultati di Rodrigues (2017) (40) e di Ferreira (2018) (41) ci forniscono risultati più recenti, in studi recenti che confermano alcuni valori delle dimensioni della CE, come lo studio di Giehl et al. (2020) (42) e di Silva et al. (2023) (43) nei contesti di Gestione e Finanza. In termini di risultati, successivi studi correlazionali, con analisi dei componenti principali, stanno mostrando il profilo della CE attraverso le cinque dimensioni - consapevolezza di sé, gestione delle emozioni, auto-motivazione, empatia e gestione emotiva in gruppo -, che possono essere correlati in modo diverso tra di loro e con la CE, a seconda dei contesti dei campioni.

6.4 Misurare le Competenze Emotive

Per studiare un fenomeno, principalmente non misurabile, la metodologia di ricerca è chiara: è necessario trasformare il concetto in un fenomeno misurabile, quindi il fenomeno in una variabile e infine rendere operativa la variabile a livello quantitativo o qualitativo.

E, a questo punto, è importante considerare le dimensioni della Competenza Emotiva, come abilità nella qualità del fonema (della vita), che è riconosciuta come aggettivo e quindi soggettiva come concetto, ma in questo contesto è considerata come una variabile da rendere operativa, per diventare il prodotto valutabile di uno strumento da applicare.

Questa prospettiva strumentale della qualità (della vita) deve rivelare una capacità apprezzativa e misurante delle azioni, delle attività e della pianificazione, dei decision maker, degli esecutori e dei valutatori, e di tutti coloro che interagiscono e integrano l'ambiente prescrittivo e assistenziale di tutti i team sanitari.

La necessaria trasformazione di un concetto in un costrutto e di un costrutto in uno strumento di evidenza è piuttosto curiosa: infatti, è praticamente una questione di ottenere la misurazione della qualità delle azioni, attraverso ciò che è stato identificato come indicatori di qualità dell'agire. Saranno questi elementi, nella loro forma più elementare, semplicistica o meno, a ritrarre ed esprimere i segni legati alla struttura, ai processi e ai risultati delle azioni preconcrete, al momento della formulazione degli obiettivi, e a rendere operativa la valutazione concreta che favorisce la qualità del "saper essere" nelle interazioni di competenza emotiva nella vita.

In qualsiasi contesto di vita - personale, sociale e lavorativo - ciascuna delle variabili indipendenti primarie della CE, rappresentate dalle sue cinque dimensioni, può assumere lo status di variabili comportamentali

e attitudinali dei cinque concetti principali all'interno del costrutto della CE. Questi concetti riflettono comportamenti a livelli relazionali e inter-relazionali, rendendoli strumenti preziosi per analizzare le relazioni tra caregiver e utenti, allineandosi ad attributi come efficacia, efficienza, ottimizzazione, legittimità, accettabilità ed equità. Questi attributi, quando utilizzati e misurati isolatamente o in combinazione, contribuiscono al significato della "qualità nella salute" (44), in particolare nel contesto dei caregiver professionali, inclusi infermieri, medici, avvocati e personale militare.

Sarebbe interessante e pertinente sfruttare gli elementi comportamentali e attitudinali che compongono la CE per esplorare certi componenti del professionismo. Questi comportamenti e interazioni sono intrinseci nel raggiungimento di una desiderabile qualità relazionale. Ad esempio, correlare le dimensioni di Autoconsapevolezza, Gestione delle Emozioni, Auto-motivazione, Empatia e Gestione delle Emozioni di Gruppo (team) con le funzioni e le competenze richieste in vari campi di lavoro.

Per valutare se gli individui manifestano tali comportamenti nella pratica, è sufficiente esaminare i 33 elementi che compongono la Scala di Competenza Emotiva, che rappresentano efficacemente ciascuna delle cinque dimensioni. In questo modo, gli individui possono determinare se tali comportamenti sono presenti nella loro vita, se sono occorsi in passato o sono in corso. Questa scala fornisce un repertorio pratico di atteggiamenti e azioni a cui gli individui possono accedere, indipendentemente dal contesto.

Ogni strada ha una storia... che dire del percorso del questionario EVCE?

Lo strumento, o lo Strumento di Raccolta Dati (DCI) utilizzato finora, la "Scala di Competenza Emotiva Veiga (ECVS), (EVCE) (28, 31, 34, 45)", include 86 elementi per rendere operative le cinque dimensioni della CE. La prima dimensione, Autoconsapevolezza, era composta da 20 elementi, la dimensione Gestione delle Emozioni era composta da 19 elementi, la terza dimensione, Auto-motivazione, integrava

21 elementi, la quarta dimensione, Empatia, era costituita da 12 elementi, e l'ultima, la quinta dimensione, Gestione delle Emozioni Sociali, era composta da 14 elementi. Questi elementi sono costituiti come variabili ordinali, e ciascuno di essi è stato a sua volta reso operativo attraverso una scala misurata da una scala temporale di tipo Likert (da 1 a 7, con 1 - "mai", 2 - "raramente", 3 - "occasionale", 4 - "di solito", 5 - "spesso", 6 - "molto spesso" e 7 - "sempre"), con i partecipanti che possono scegliere con quale frequenza vivono le situazioni descritte.

La Psicometria dello Strumento di Raccolta Dati (DCI), e dal punto di vista dell'analisi statistica descrittiva, presume che il livello soglia (cut-off) per l'EVCE sia 4. Per misurare il profilo di CE, vengono considerati 3 livelli di CE: il **livello basso**, compreso tra 1 e 3.49; il **livello moderato** tra 3.50 e 5.45, e il **livello alto** tra 5.46 e 7.

Pertanto, per ottenere il livello di Competenza Emotiva come costruito globale, dovremo ottenere i valori medi delle medie delle cinque dimensioni. Per ottenere il livello di ciascuna delle dimensioni, dovremo ottenere i valori medi in ognuna di esse.

La scala effettiva, EVCEr33, come Strumento di Raccolta Dati (DCI) già utilizzato (37, 38, 39, 42, 43), include solo 33 elementi per rendere operative le cinque dimensioni della CE, come segue:

- La prima dimensione, Autoconsapevolezza, è attualmente composta da 8 elementi, di cui uno è un elemento invertito;
- La seconda, la dimensione Gestione delle Emozioni, è attualmente composta da 7 elementi, di cui tre sono elementi invertiti;
- La terza dimensione, Auto-motivazione, ora integra 7 elementi, di cui due sono elementi invertiti;

- La quarta dimensione, Empatia, è attualmente composta da 5 elementi, di cui quattro sono elementi invertiti;

- L'ultima, la quinta dimensione, Gestione delle Emozioni Sociali, integra attualmente 6 elementi senza inversione.

Ad esempio, e per una migliore comprensione, per ottenere il livello della dimensione Gestione delle Emozioni Sociali, dobbiamo ottenere i valori medi di questi 6 elementi, e se la media è compresa tra 3,50 e 5,45, possiamo assumere che il nostro campione presenti un **livello moderato** nella Gestione delle Emozioni Sociali.

Come nel DCI precedente, nell'attuale, tutti gli elementi sono costituiti anche come variabili ordinali, e ognuno di essi è anch'esso reso operativo e misurato dalla stessa scala temporale di tipo Likert, e sono applicate le stesse Psicometrie.

Pertanto, come è stato spiegato, l'analisi dello strumento deve considerare gli elementi con configurazione normale e gli elementi invertiti, che devono essere assunti in modo inverso, tra il totale degli elementi dell'EVCE. Dal punto di vista della costruzione dell'analisi fattoriale: gli elementi correlati a ciascuna dimensione della C.E. devono essere sottoposti a un'Analisi delle Componenti Principali con rotazione varimax, il cui insieme di fattori estratti aggrega un determinato profilo in ciascuna dimensione della CE. La scala è stata successivamente e progressivamente applicata e dopo ogni utilizzo, i risultati sono stati sottoposti a validazione esplorativa dello strumento, attraverso analisi in componenti principali (SPSS), quindi, in un primo momento, per la popolazione portoghese (studi pubblicati e realizzati in Portogallo: due con insegnanti (27, 28) e tre con infermieri): Ferreira (2018) (41) ha studiato gli operatori formali e informali nelle unità di assistenza primaria, Veiga-Branco & Lopes (2012) (44) hanno studiato le

squadre di infermieri nella Rete Nazionale di Assistenza Continua, e, alcuni anni prima, Agostinho, 2008 (45), aveva precedentemente studiato infermieri ospedalieri, attraverso l'Analisi delle Componenti Principali.

Nelle successive applicazioni della Scala, è stato verificato che i valori di consistenza interna ottenuti successivamente e in sequenza (α di Cronbach) confermano la validità del DCI e forniscono un rigoroso trattamento statistico. Trovare un livello di qualità per i successivi profili di CE delle diverse campionature, e attraverso l'analisi fattoriale esplorativa, possiamo avere una percezione sintetizzata di questo profilo. I risultati successivi e progressivi ottenuti hanno reso possibile l'accesso alla costruzione rispettiva delle medie analizzate e delle variabili predittive di CE che hanno portato alla creazione di un profilo di CE.

Nello studio Serious Game e sulla Competenza Emotiva, abbiamo avuto analisi, in cui possiamo osservare quanto segue nel testo.

Analisi dei dati

Il processo di analisi dei dati è avvenuto in due fasi. La prima fase si è concentrata sulla validità, affidabilità e conferma della scala di competenza emotiva utilizzata nel questionario. La seconda fase dell'analisi dei dati aveva lo scopo di analizzare descrittivamente i risultati ottenuti e identificare differenze statisticamente significative tra gruppi.

1ª Fase

Prima di tutto, va menzionato che sono stati verificati tutti i requisiti metodologici per effettuare l'analisi fattoriale della scala di competenza emotiva. Tutte le variabili sono metriche (scala Likert), tutti i fattori hanno almeno 5 variabili e ci sono più di 5 osservazioni per variabile (46).

Un'analisi confermativa è stata effettuata utilizzando l'analisi delle equazioni strutturali (SEA). L'uso della SEA consente un salto qualitativo da un modello esplorativo a un modello confermativo, andando oltre le statistiche classiche:

Un altro vantaggio nell'utilizzo di questa metodologia è che la SEA consente di testare l'aderenza globale dei modelli e la significatività individuale dei parametri in un quadro teorico che include vari tipi di modelli lineari.

La affidabilità interna delle scale è stata esaminata attraverso l'alpha di Cronbach. L'alpha di Cronbach è una delle misure più utilizzate per la verifica interna di un gruppo di variabili (elementi) e può essere definita come la correlazione che ci si aspetta di ottenere tra la scala utilizzata e altre scale ipotetiche dello stesso universo, con lo stesso numero di elementi, che misurano la stessa caratteristica.

2ª Fase

Oltre a condurre l'analisi descrittiva delle variabili utilizzando tabelle di distribuzione delle frequenze (nel caso di variabili nominali), sono state esaminate anche alcune misure, come la media, la deviazione standard, il minimo, il massimo e la mediana (nel caso di variabili continue).

Per testare l'esistenza di differenze statisticamente significative nelle dimensioni della competenza emotiva in base al genere e al fatto di essere studenti lavoratori, è stato utilizzato il test T di Student per campioni indipendenti. Il Test ANOVA a un fattore è stato utilizzato per verificare l'esistenza di differenze statisticamente significative nelle dimensioni della competenza emotiva in base all'anno di frequenza e alle fasce d'età. Poiché stiamo lavorando con campioni ampi, l'assunzione di normalità della popolazione

per l'esecuzione di questi test parametrici è stata convalidata nella maggior parte degli incroci in corrispondenza del teorema del limite centrale.

Tutte le analisi statistiche sono state effettuate con IBM SPSS Statistics 24.0 e IBM AMOS (Chicago, IL)

Risultati

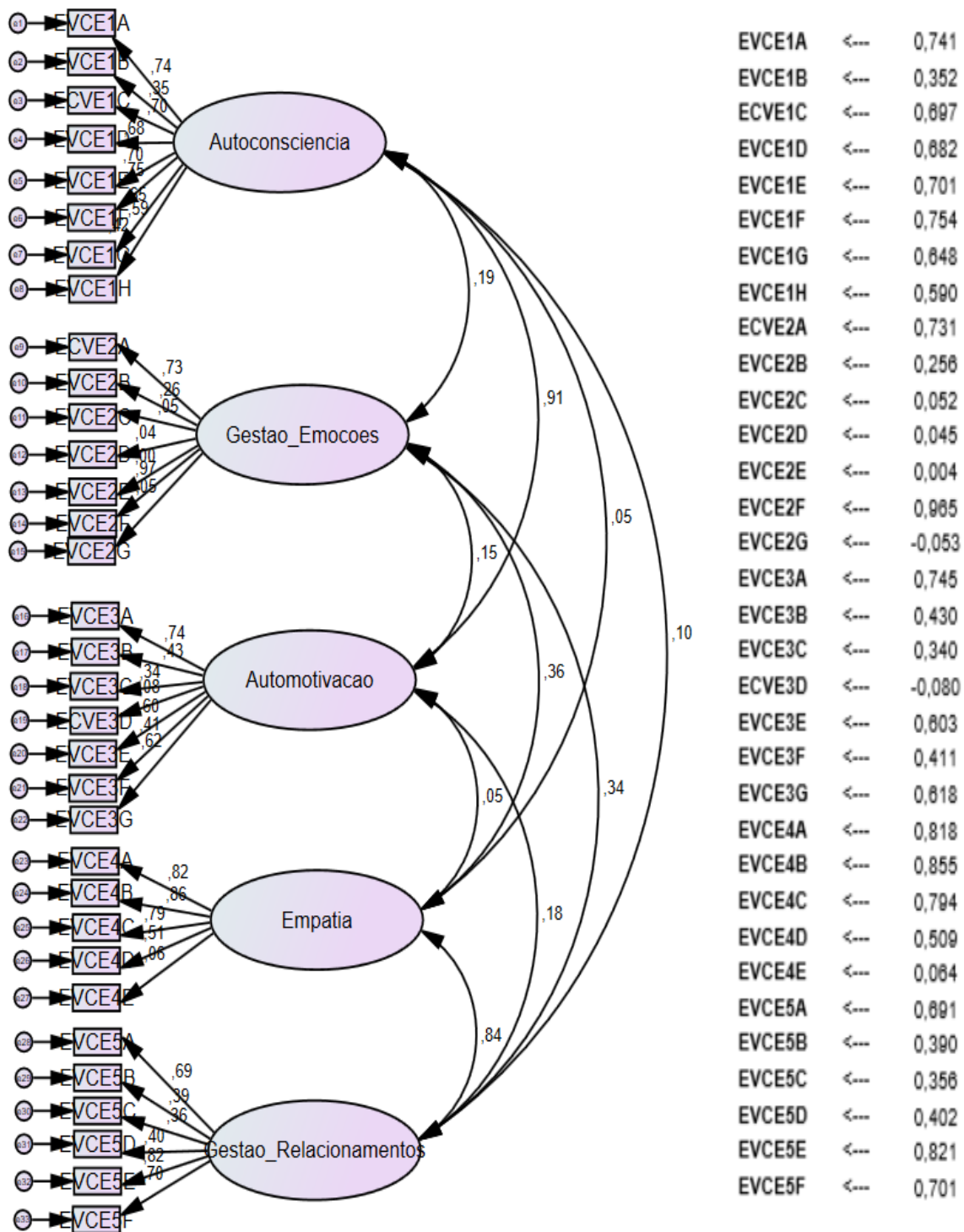
In primo luogo, viene presentato l'elenco degli elementi EVCE-r33 e la corrispondente suddivisione per dimensioni:

Tabella 1 – Elementi per dimensione (Dim), Descrizione nel Modello (Descrizione), Elementi e Elementi Invertiti

Dim	Descripti	Item Description	Inverse Item
Self-awareness	EVCE1A	I allow myself to be absorbed by these emotions, which I am unable to escape, and they end up conditioning my behaviour.	Yes
	EVCE1B	I have the exact notion of the type of feelings that invade me; e.g. if it's anger, fear, contempt... hate, frustration... I can define them.	No
	EVCE1C	Once invaded by negative feelings, I can't control them...	Yes
	EVCE1D	Decreases my level of reasoning. I can't concentrate easily...	Yes
	EVCE1E	My behaviour changes at the relational level... I remain silent; euphoric, sulking, etc...	Yes
	EVCE1F	I am mentally stuck in these feelings for a long time. That feeling always comes back...	Yes
	EVCE1G	I'm the unstable type, with various mood swings...	Yes
	EVCE1H	I'm the Unlucky type, I'm unlucky in life...	Yes
Emotional Management	EVCE2A	I did active physical exercise (aerobic). I spent the energy in activity.	No
	EVCE2B	I reasoned. I tried to understand... and identify what led me to anger. I thought better of that situation...	No
	EVCE2C	I had to unload... I tend to use objects, people or situations as targets for my anger, even though I feel less good about myself afterwards.	Yes
	EVCE2D	I live in a state of chronic worry about the event that caused my rage... and I keep thinking about the words/people/attitudes that caused it.	Yes
	EVCE2E	Apparently peaceful... Intrusive, persistent thoughts that haunt me day and night...	Yes
	EVCE2F	I feel relief if I practice physical exercise or sport.	No
	EVCE2G	I feel relief if I eat or drink.	Yes
Self motivation	EVCE3A	Pessimist... (whatever I do, it will go wrong).	Yes
	EVCE3B	I'm able to get out of any trouble!	No
	EVCE3C	Calm in life. I am completely absorbed in what I am doing, indifferent to what surrounds me...	No
	EVCE3D	Apparently calm, I'm doing what I have to do... ruminating on the thoughts that occur to me	Yes
	EVCE3E	Uninteresting... Self-pity invades me. I just feel "down"	Yes
	EVCE3F	Resentful... Contempt, resentment invades me. I cut ties with those who reject me, I resent that person(s)	Yes
Empathy	EVCE3G	Who thinks: It went wrong as a result of a personal defect, that's who I am.	Yes
	EVCE4A	"Recording"/noticing the feelings of others.	No
	EVCE4B	"Reading" non-verbal channels (voice tone, hand gestures, facial expression, gaze direction, behavioural attitude, position, etc.)	No
	EVCE4C	Realize the consonance between the words and the body attitude of the person.	No
	EVCE4D	Use calm (but consciously) to listen... I realize that I feel good listening to people	No
Relationship Management	EVCE4E	I become receptive to the instability of the other and trigger an unstable attitude. I get irritated.	Yes
	EVCE5A	I can understand how people are feeling...	No
	EVCE5B	In my relationships with others, I clearly say what I think, regardless of the opinion they express.	No
	EVCE5C	I have control over my own feelings.	No
	EVCE5D	I can pick up on their feelings and I seem to start absorbing them.	No
	EVCE5E	I have an innate sensitivity to recognize what others are feeling.	No
	EVCE5F	I feel the interaction... I feel physically synchronized with those around me.	No

Date queste informazioni, è stato ottenuto il seguente modello di equazioni strutturali con l'obiettivo di confermare l'analisi fattoriale confermativa, come possiamo osservare nella Figura 1.

Figura 1 – AMOS Models: Confirmatory Factor Analysis EVCE-r33 (standardized coefficients)



Dopo aver specificato e ottenuto il modello di misura confermativo, esaminiamo ora alcuni dei suoi indici empirici che valutano la bontà di adattamento del modello ottenuto:

Dopo l'analisi statistica considerata a questo scopo, è emerso che: praticamente tutti gli indici si riferiscono a un modello con un buon adattamento. Come possiamo osservare nella Tabella 2, solo l'RMSEA (Radice dell'Errore Medio di Approssimazione) con il valore 0,083, si riferisce a un adattamento scadente: [0,5; 0,10], poiché tende a penalizzare questo modello a causa della sua complessità.

Dati questi risultati, si ritiene che non vi sia alcuna necessità di mettere in discussione il modello, né di rifiutarlo, e che la sua accettazione sia giustificata senza necessità di perfezionamenti attraverso una strategia esplorativa per trovare un modello che spieghi al meglio i dati osservati. Pertanto, sono soddisfatte le condizioni per l'utilizzo della scala EVCE-r33 nel campione.

Tabella 2 – Distribuzione degli indici assoluti per la valutazione della qualità del modello

Absolute indices	Value	Diagnosis
X ² /df	2,718	Good fit: ≤ 2-3
Root mean squared residual	0,253	Closer to 0 than 1. Well rated model
Adjusted GFI	0,690	Good fit:]0.6; 0.8[
Root Mean square Error of Approximation	0,083	Poor fit:]0.5; 0.10[

Come si può vedere nella Tabella 3, i principali tratti caratterizzanti del campione di 241 studenti di infermieristica, presentano le variabili sociodemografiche, dove si può osservare che gli studenti presentano un'età media di 20,48 anni, (deviazione standard di 4,18 anni), un massimo di 25 anni e un minimo di 17 anni, con la stragrande maggioranza degli intervistati (82,6%) che ha fino a 21 anni. Possiamo verificare che la maggior parte (n=215; 89,2%) sono studentesse, e 151 (62,5%) frequentano il primo e il secondo anno accademico, 73 studenti (30,3%) il primo e 78 studenti (32,4%) il secondo anno accademico. Alla domanda se fossero studenti-lavoratori, solo 30 (12,4%) degli intervistati hanno risposto

in modo affermativo; quindi, la minoranza degli studenti che compongono questo campione è costituita da studenti lavoratori.

Tabella 3 – Variabili socio-demografiche del campione

	n	%
Sesso		
Femmina	215	89,2
Maschio	24	10,0
Altro	2	0,8
Categoria di età		
Fino a 21 anni	199	82,6
Più di 21 anni	42	17,4
Anno di corso		
1°	73	30,3
2°	78	32,4
3°	61	25,3
4°	29	12,0
Studente Lavoratore		
No	211	87,6
Si	30	12,4
Età: media = 20,48 anni (SD 4,18); Min: 17; Max: 25		

L'analisi descrittiva delle 5 dimensioni in studio presenta, nella Tabella 4, che i risultati di affidabilità sono stati soddisfacenti in quasi tutte le dimensioni. Solo la dimensione della gestione emotiva ha un valore di alfa di Cronbach inferiore al valore accettabile ($0,498 < 0,600$).

In media, la dimensione della competenza emotiva con la massima espressione nel campione è l'"empatia" (media 5,02 e deviazione standard [DS] 0,81). All'opposto c'è la dimensione "self motivation" con un valore medio di 4,27 (deviazione standard di 0,71).

Ma considerando la psicometria dello strumento di raccolta dati, per misurare il profilo di EC, e nei 3 livelli di EC considerati, possiamo osservare il livello basso, compreso tra 1 e 3,49; il livello moderato tra 3,50 e 5,45, e il livello alto tra 5,46 e 7.

Analizzando la Tabella 4, si può notare che gli studenti del campione presentano un livello moderato di efficacia, sia in ciascuna delle dimensioni che nel CE complessivo, poiché tutti i rispettivi valori medi sono compresi tra 3,50 e 5,45.

Tuttavia, sembra che ci sia una parte del campione che presenta un basso livello di efficacia, in qualsiasi dimensione, con valori minimi compresi tra 2,13 (DS=0,91) per l'autoconsapevolezza, 2,14 per la gestione delle emozioni (DS=0,75) e la self-motivation (DS=0,71), e per la gestione delle relazioni (media=2,33; DS=0,79). Al contrario, sembra anche che alcuni studenti presentino un alto livello di efficacia in termini di cinque dimensioni, in quanto sono stati riscontrati valori massimi di (media=7,00) in termini di autoconsapevolezza (DS=0,91), empatia (DS=0,71) e gestione delle emozioni relazionali (DS=0,79).

Il livello più alto riscontrato è stato quello dell'empatia, con una media di 5,02 che indica che gli studenti presentano un livello moderato in questa dimensione e con un valore di Cronbach ($\alpha = 0,743$) che indica un buon livello di coerenza interna tra gli item.

Il valore medio più basso (media=4,33) nel campione indica che ha un livello moderato nella Gestione delle relazioni, ma anche il valore minimo (2,33) indica che una parte degli studenti ha un livello basso in questa dimensione.

Tabella 4 – Valori dell'analisi descrittiva delle dimensioni dell'EVCE-r33 e della Competenza Emotiva Globale

	No Items	α di Cronbach	Min	Max	Media	DS
Consapevolezza di sé	8	0,851	2,13	7,00	4,41	0,91
Gestione delle emozioni	7	0,498	2,14	6,57	4,51	0,75
Motivazione di sé	7	0,602	2,14	6,14	4,27	0,71
Empatia	5	0,743	3,00	7,00	5,02	0,81
Gestione delle relazioni	6	0,729	2,33	7,00	4,33	0,79
Competenza emotiva globale	33	0,865	3,27	6,36	4,48	0,57

Nel complesso del campione, possiamo verificare una competenza emotiva generale moderata nel profilo femminile (media=4,47; DS=0,55) e maschile (media=4,65; DS=0,66), senza differenze statisticamente significative tra i due generi ($p=0,148$). Il profilo maschile è più alto a causa del profilo di gestione delle emozioni significativamente più elevato.

Ci sono differenze statisticamente significative nella dimensione dell'autoconsapevolezza in base al genere, con gli intervistati maschi che presentano una media significativamente più alta (media=4,84; DS=1,06) e ($p<0.05$), a differenza del campione femminile con una media di 4,38 (DS=0,88). Vicino alla significatività statistica ($p=0,057$) è anche il valore medio più alto degli intervistati nella dimensione Gestione delle emozioni, e delle studentesse con 4,49 (DS=0,75).

Al contrario, ma senza differenze statisticamente significative, il campione femminile presenta medie più elevate nella dimensione Empatia (media=5,05; DS=0,81) e $p<0.145$, e Gestione delle relazioni con media 4,36 (DS=0,78), con valori rispettivamente più bassi del campione maschile con media 4,80 (DS=0,82) nella dimensione Empatia, e Gestione delle relazioni con media 4,24 (DS=0,84), ma entrambi nel profilo moderato.

Tabella 5 – Valori della media e della deviazione standard (DS) delle cinque dimensioni EVCE-r33 in base al sesso

	Media Femmine	DS	Media maschi	DS	p
Consapevolezza di sé	4,38	0,88	4,84	1,06	<0,05
Gestione delle emozioni	4,49	0,75	4,80	0,76	0,057
Motivazione di sé	4,25	0,69	4,52	0,77	0,073
Empatia	5,05	0,81	4,80	0,82	0,145
Gestione delle relazioni	4,36	0,78	4,24	0,84	0,484
Competenza emotiva globale	4,47	0,55	4,65	0,66	0,148

Osservando la Tabella 6, possiamo notare che entrambi i gruppi - studenti fino a 21 anni e oltre 21 anni - presentano il profilo più alto nella dimensione Empatia, con i giovani con una media di 5,06 (DS=0,80) e gli altri con una media di 4,82 (DS=0,88), ma possiamo notare che in questa differenza, gli intervistati fino a 21 anni hanno una media significativamente più alta nella dimensione relativa all'empatia.

Il profilo più basso dei due gruppi di studenti - fino a 21 anni e più di 21 anni - è nella Gestione delle relazioni con una media di 4,37 (DS=0,79) e 4,17 (DS=0,76) rispettivamente, senza significatività statistica ($p=0,130$).

Table 6 – Valori della media e della deviazione standard (DS) delle cinque dimensioni EVCE-r33 in base alle categorie di età

	Media studenti		Media studenti oltre		<i>p</i>
	fino a 21 anni	DS	ai 21 anni	DS	
Consapevolezza di sé	4,39	0,91	4,53	0,91	0,351
Gestione delle emozioni	4,53	0,76	4,43	0,75	0,409
Motivazione di sé	4,25	0,72	4,38	0,64	0,284
Empatia	5,06	0,80	4,82	0,88	<0,05
Gestione delle relazioni	4,37	0,79	4,17	0,76	0,130
Competenza emotiva globale	4,49	0,56	4,45	0,61	0,734

Nella Tabella 7 si osserva che il profilo più alto è quello della dimensione Empatia per entrambi i gruppi, con una media di 5,04 (DS=0,80) per il gruppo No studenti lavoratori, e per il gruppo Studenti lavoratori il valore di 4,90 (DS=0,94). Diversamente, la dimensione più bassa è quella della motivazione di sé (media=4,26; DS=0,72) per il gruppo degli studenti non lavoratori, mentre per gli studenti lavoratori la dimensione più bassa è quella della consapevolezza di sé (media=4,35; DS=0,95).

Tuttavia, possiamo notare che non ci sono differenze statisticamente significative nelle dimensioni EVCE-r33 a seconda che si tratti di studenti lavoratori o meno.

Tutte le dimensioni, così come la Competenza emotiva globale, presentano valori medi che esprimono un profilo moderato, per entrambi i gruppi: Nessun lavoratore studente con una media di 4,48 (DS=0,56) e Lavoratori studenti con una media di 4,46 (DS=0,61).

Tabella 7 – Valori della media e della deviazione standard (DS) delle cinque dimensioni EVCE-r33 a seconda dello studente lavoratore

	Studenti non lavoratori		Studenti lavoratori		p
	Media	DS	Media	DS	
Consapevolezza di sé	4,42	0,91	4,35	0,95	0,680
Gestione delle emozioni	4,53	0,74	4,40	0,86	0,363
Motivazione di sé	4,26	0,72	4,37	0,63	0,408
Empatia	5,04	0,80	4,90	0,94	0,457
Gestione delle relazioni	4,32	0,76	4,42	0,99	0,517
Competenza emotiva globale	4,48	0,56	4,46	0,61	0,827

Come si può vedere nella Tabella 8, gli studenti di tutti gli anni di apprendimento in infermieristica, hanno i valori medi più alti nella dimensione Empatia, ma i più alti tra questi gruppi sono il 3° (media=5,09; DS=0,87) e il 1° anno (media=5,02; DS=0,85), e al contrario, risulta che la dimensione con medie più basse è la self-motivation, ovvero per gli studenti del 1° anno (media=4,21; DS=0,77) e del 2° anno (media=4,29; DS=0,73), e la Gestione delle relazioni presenta anch'essa i sovraccarichi più bassi negli studenti del 2° (media=4,29; DS=0,76) e del 4° anno (media=4,33; DS=0,75).

La competenza emotiva globale, senza differenze statisticamente significative tra i gruppi ($p=0,599$), presenta in tutti gli anni accademici valori superiori al valore soglia, ma più bassi nel 2° anno (4,44; DS=0,52), mentre il più alto è quello degli studenti del 4° anno (media=4,58; DS=0,53).

Considerando i valori delle deviazioni standard, le variabili che rappresentano ciascuna delle dimensioni della competenza emotiva presentano una distribuzione normale. Non ci sono differenze statisticamente significative nelle dimensioni EVCE-r33 a seconda dell'anno di frequenza dello studente di infermieristica.

Tabella 8 – Valori della media e della deviazione standard (DS) relativi alle cinque dimensioni EVCE-r33 a seconda dell'anno accademico campione frequentato.

	Media primo anno	DS	Media secondo anno	DS	Media terzo anno	DS	Media quarto anno	DS	p
Consapevolezza di sé	4,42	0,97	4,32	0,85	4,36	0,96	4,74	0,74	0,198
Gestione delle emozioni	4,46	0,86	4,47	0,66	4,62	0,77	4,56	0,66	0,576
Motivazione di sé	4,21	0,77	4,29	0,73	4,28	0,66	4,36	0,57	0,784
Empatia	5,02	0,85	4,98	0,74	5,09	0,87	4,98	0,84	0,859
Gestione delle relazioni	4,30	0,82	4,29	0,76	4,43	0,83	4,33	0,75	0,735
Competenza emotiva globale	4,45	0,64	4,44	0,52	4,52	0,57	4,58	0,53	0,599

In conclusione, per quanto riguarda l'analisi statistica, risulta che le variabili oggetto di studio presentano una distribuzione normale e che la maggior parte di esse non presenta un significativo potere di differenziazione statistica, in relazione ai valori dei profili riscontrati.

Le cinque dimensioni dell'EVCEr33 presentano un profilo moderato, così come lo score della Competenza emotiva globale.

Ciascuna di queste dimensioni può essere studiata, rafforzata

Ci sono due esercizi metacognitivi molto brevi nel campo concettuale-lavorativo dell'assistenza sanitaria che devono essere affrontati, anche se brevemente. Il primo è che non è vero che gli unici contesti emotivamente impegnativi sono quelli in cui i medici hanno a che fare con decisioni di vita o di morte. Soprattutto perché nemmeno in questi sono completamente soli. Il secondo è che è urgente decostruire

l'idea che la formazione classica sia sufficiente. È importante aggiungere che è assolutamente salutare ed evolutivo, per qualsiasi ambito professionale, ampliare le rispettive aree di esercizio e formazione, e che questa è proprio una finestra espressiva dello stato dell'arte dell'assistenza in generale e dello sviluppo infermieristico in particolare. E la formazione pregressa non può e non deve mai essere sufficiente per il tessuto umano di qualsiasi professione. Se è precedente all'oggi, rende giustizia e riguarda una realtà eventualmente attuale ed emergente, ma che non è mai statica o immutabile. E non solo per i professionisti. Gli utenti, i pazienti, e anche i familiari, consumano oggi più cultura e informazione, e per questo, nella loro condizione di cittadini, imparano a scoprire i diritti, e in questi il diritto alla qualità. Per questo motivo, tendono a richiedere progressivamente una maggiore e migliore qualità delle cure.

Danno priorità ai dettagli, dominano i linguaggi espressivi di questa qualità, aggiungendo alla componente tecnica strumentale esecutiva, la componente attenzionale e relazionale per sentirsi terapeutici.

E gli studi hanno spesso dimostrato che i professionisti della salute in generale, e gli infermieri in particolare, senza formazione o con una formazione insufficiente nella competenza emotiva e nelle abilità di comunicazione intra e interpersonale, ovvero nell'espressione di competenze specifiche nell'area dell'assistenza infermieristica relativa a una persona in situazione critica,(38, 40, 44) - sperimentano livelli maggiori e più evidenti di stress e di esaurimento emotivo quando cercano di controllare le proprie emozioni e quelle degli altri (47, 48,49, 40, 51), in diversi contesti infermieristici, dall'area pre-ospedaliera alle unità di terapia intensiva.

Resta da dire, come già presentato in precedenza, che le unità di criterio relative alle competenze specifiche sono esplicite rispetto alle interazioni che costruiscono e promuovono la relazione terapeutica, e come tutte le attività/azioni esecutive, dalle decisioni all'attuazione di piani in ambienti stressanti, richiedono buoni livelli di consapevolezza di sé emotiva e di gestione delle emozioni, non ultima la gestione di sé. Considerando i profili già studiati in ambito infermieristico, è stato verificato il loro potere predittivo per la competenza emotiva negli infermieri (37).

Tuttavia, c'è ancora molto da studiare e da capire su come rafforzare le abilità e le dimensioni che costituiscono la competenza emotiva. È essenziale continuare a produrre formazione specifica in Educazione Emotiva per sviluppare tutti gli esseri umani in generale in questo tipo di soft skills, considerate essenziali per le interazioni relazionali nel tessuto professionale dei contesti sanitari.

Bibliografia

1. Pérez-González, J. C., Yáñez, S., Ortega-Navas, M. C. y Piqueras, J. A. (2020). Educación emocional en la educación para la salud: cuestión de salud pública. *Clínica y Salud*, 31(3), 127-136. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a7>
2. Almeida, J., Vilela, C. & Veiga-Branco, M A.R. (2021). Competência Emocional dos enfermeiros no contexto dos Cuidados de Saúde Primários [Apresentação de póster]. *Reunião Científica do Grupo NursID 21 – Desafios e boas práticas na investigação em enfermagem*, Porto, Portugal. <http://nursid.esenf.pt/index.php/reuniao-cientifica-nursid/>
3. Carício, M.R., Sousa MF, Alvarenga, J.P., Costa, L.D., Leandro, S.S., Jesus, E.A., Mendonça, A.V.M. (2021). A educação emocional pode influenciar na qualidade das competências e habilidades da Enfermagem?. *Enferm Foco*. 2021;12(Supl.1):15-21. DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n7Supl.1.5212
4. Donabedian, A. (2003) An Introduction to Quality Assurance in Health Care. *Oxford University Press*, Oxford.
5. Stanojlović, O., Šutulović, N., Hrnčić, D., Mladenović, D., Rašić-Marković, A., Radunović, N., & Vesković, M. (2021). Neural pathways underlying the interplay between emotional experience and behaviour, from old theories to modern insight. *Archives of Biological Sciences*, 73(3), 361–370. <https://doi.org/10.2298/ABS210510029S>
6. Damásio, A. (2000). *O Mistério da Consciência. Do corpo e das emoções ao conhecimento de si*. São Paulo. Companhia das Letras. Ed. Schwarcz Lda.
7. Myruski, S. & Dennis-Tiwary, T. A. (2022). Observed parental spontaneous scaffolding predicts neurocognitive signatures of child emotion regulation, *International Journal of Psychophysiology*, Volume 177, Pages 111-121, <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2022.05.004> .
8. Gross (2015). Emotion regulation: current status and future prospects, *Psychol. Inquiry* 26(1), 1–26. <http://doi.org/10.1254/fpj.151.21>
9. Decety & Jackson, (2004). The Functional Architecture of Human Empathy. *Behavioural and Cognitive Neuroscience Reviews*, Volume 3 Nr 2, Pages 71-100, <https://doi.org/10.1177/1534582304267187>
10. Langeslag, .J.E. and Surti, K. (2017). The effect of arousal on regulation of negative emotions using cognitive reappraisal: An ERP study. *International Journal of Psychophysiology* 118 (2017) 18–26. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2017.05.012>
11. Ochsner, K. N, Gross, J. J. (2008). Cognitive emotion regulation: insights from social cognitive and affective neuroscience. *Curr. Direct. Psychol. Sci.* 17(2), 153-158. <http://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2008.00566.x>
12. Damásio, A. (2010). *O Livro da Consciência. A Construção do cérebro consciente*. Temas e Debates.
13. Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113–126. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.113>
14. Ickes, W. J. (Ed.). (1997). *Empathic accuracy*. The Guilford Press.
15. Decety, J., & Jackson, P. L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioural and cognitive neuroscience reviews*, 3(2), 71–100. <https://doi.org/10.1177/1534582304267187>

16. Hoffman, M. (2000). Implications for Socialization and Moral Education. In *Empathy and Moral Development: Implications for Caring and Justice* (pp. 287-298). Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511805851.013>
17. Reeck C. and Onuklu N.N.Y. (2022) Interpersonal Emotion Regulation: Consequences for Brands in Customer Service Interactions. *Front. Psychol.* 13:872670. <http://doi: 10.3389/fpsyg.2022.872670>
18. Niven, K., Macdonald, I. and Holman, D. (2012). You spin me right round: cross-relationship variability interpersonal emotion regulation. *Front. Psychol., Sec. Emotion Science*, Vol 3 <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2012.00394>
19. Bloch, L., Haase, C. M., & Levenson, R. W. (2014). Emotion regulation predicts marital satisfaction: more than a wives' tale. *Emotion* (Washington, D.C.), 14(1), 130–144. <https://doi.org/10.1037/a0034272>
20. Robertson, T., Daffern, M. & Bucks R. S. (2014) Maladaptive emotion regulation and aggression in adult offenders, *Psychology, Crime & Law*, 20:10, 933-954, DOI: 10.1080/1068316X.2014.893333
21. Davis, S. K., and Qualter, P. (2020). Emotional competence. *The Encyclopedia of Child and Adolescent Development*, eds S. Hupp and J. Jewell (Wiley). <https://doi: 10.1002/9781119171492.wecad>
22. Saarni, C. (1999). *The Development of Emotional Competence*. Guilford Pres.
23. Saarni, C. (2000). Emotional Competence: The social Construction of the Concept. In R. Bar-on & J. Parker. (Eds.). *The Handbook of Emotional Intelligence*. Jossey-Bass.
24. Bisquerra, R. (2003). Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de Investigación Educativa (RIE)*, 21 (1), 7-4.
25. Bisquerra, R., Perez, N. (2007). Las competencias emocionales. *Educación XXI: Revista de la Facultad de Educación*, (10), 61-82.
26. Fragozo-Luzuriaga, R. (2015). Inteligencia emocional y competencias emocionales en educación superior, ¿un mismo concepto? *Revista Iberoamericana de Educación Superior*, 6, 16, 110-125
27. Veiga-Branco, M.A.R. (2004). *Competência emocional*. Quarteto. <http://hdl.handle.net/10198/5463>
28. Veiga-Branco, M.A.R. (2005). *Competência Emocional em Professores. Um discurso do campo educativo*. Tese Doutorado. *Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto*. (FPCEUP). <http://hdl.handle.net/10198/5311>
29. Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence*. Bantam Books, Inc.
30. Veiga-Branco, M.A.R. (2007). *Competência Emocional em Professores*. In (Coord.) Candeias, A. A., Almeida, L. S. (2007). *Inteligência Humana. Investigação e aplicações*. Quarteto. 361-379. <http://hdl.handle.net/10198/5278>
31. Veiga-Branco, M.A.R. (2009). Escala Veiga Branco das capacidades da inteligência emocional (EVBCIE): partes I e III. In Mendonça, S. S. (2009). *Competências Profissionais dos Enfermeiros: a Excelência do Cuidar*. Novembro. 162-164. <http://hdl.handle.net/10198/5283>
32. Goleman, D. (1999). *Trabalhar com Inteligência Emocional*. Temas e Debates.
33. Veiga-Branco, M.A.R., Antão, C., Ribeiro, I., Vaz, j., Ferro-Lebres, V. (2011). Emotional competence profile in a higher education students sample. In III International Congress of Emotional Intelligence: book of abstracts. Opatija <http://hdl.handle.net/10198/6916>
34. Veiga-Branco, M.A.R., Afonso, J., Caetano, I. (2012). Emotional competence in healthcare professionals: correlational and comparative research. in IEA-EEF European Congress of Epidemiology 2012: *Epidemiology for a Fair and Healthy Society*. Porto. s57-s57 <http://hdl.handle.net/10198/8392>

35. Afonso, J., Fernandes, A. & Veiga-Branco, M.A.R. (2013). Competência emocional (CE) nos fisioterapeutas da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI). In VI Jornadas de Tecnologias da Saúde. Guarda
36. Veiga-Branco, M.A.R. & Costa, V. (2015). As competências emocionais nos decisores políticos portugueses. In (Ed.) Celeste Simões, C., Evans, K., e Lebre, P. (2015). *Book of Abstracts. 5th ENSEC Conference. Social Emotional learning and Culture*. Faculdade de Motricidade Humana. Lisboa. P. 78.
37. Almeida, J., Vilela, C. & Veiga-Branco, A. (2021). Competência Emocional dos enfermeiros no contexto dos Cuidados de Saúde Primários [Apresentação de póster]. *Reunião Científica do Grupo NursID 21 – Desafios e boas práticas na investigação em enfermagem*, Porto, Portugal. <http://nursid.esenf.pt/index.php/reuniao-cientifica-nursid/>
38. Moreira, D., Laranjeira, C., Gomes, L.G. (2021). A Competência Emocional do Enfermeiro e a Comunicação terapêutica face à pessoa com manifestações de perturbação mental. Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental. *Instituto Politécnico de Leiria, IPL - Dissertações de Mestrado*. Leiria. In press.
39. Nogueira, S., Veiga-Branco, M.A.R. & Monte, A.P. (2021). Competência Emocional em decisores autárquicos. Comunicação em Seminário: Inteligência Emocional – da visão científica à aplicação prática. 1ª Jornadas da Associação Portuguesa de Inteligência Emocional (APIE). 6 novembro, 2021. Evento on-line.
40. Rodrigues, P.A.R. (2017). Determinantes da competência emocional de profissionais em saúde na abordagem ao doente crítico. Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *ESSa - Dissertações de Mestrado Alunos*. IPB. <http://hdl.handle.net/10198/14784>.
41. Ferreira, C. (2018). Competência Emocional e Interdisciplinaridade nas Equipas Referenciadoras das Unidades de Cuidados de Saúde Primários: Uma Perspetiva de Cuidadores Formais e Informais. Mestrado em Cuidados Continuados ESSa - Dissertações de Mestrado Alunos. IPB
42. Giehl, B., Monte, A.P., Veiga-Branco, M.A.R. (2020). *Relationship between investor's profile and the level of emotional competence*. Contabilidade e Finanças. ESTiG.D Dissertações de Mestrado Alunos . <http://hdl.handle.net/10198/23233>
43. Silva, A.M.G., Monte, A.P., Veiga-Branco, M.A.R. (2023). Perfil dos Empresários do Distrito de Bragança e Competência Emocional – estudo correlacional. Contabilidade e Finanças. ESTiG.D Dissertações de Mestrado Alunos.
44. Veiga-Branco, M.A.R., Lopes, T. (2012). Nursing emotional competence profile: exploratory study in continued care national network. In The IEA-EEF European Congress of Epidemiology 2012: *Epidemiology for a Fair and Healthy Society*. s82-s82 <http://hdl.handle.net/10198/8390>
45. Agostinho, L. M. C. F. (2008). Competência Emocional em Enfermeiros: Um estudo em hospitais públicos. *Universidade de Aveiro* (Portugal).
46. Hair, J.F., Black, W.C., Babin, B.J. and Anderson, R.E. (2010) *Multivariate Data Analysis*. 7th Edition, Pearson, New York.
47. Paiva, J. D. M., Cordeiro, J. J., Silva, K. K. M. D., Azevedo, G. S. D., Bastos, R. A. A., Bezerra, C. M. B., ... & Martino, M. M. F. D. (2019). Fatores desencadeantes da síndrome de burnout em enfermeiros. *Rev. Enferm. UFPE on line*, 483-490.
48. Martins P., S., Fonseca, A. M., & Carvalho, A.S. (2011). Burnout in palliative care: A systematic review. *Nursing Ethics*, 18(3), 317–326. <https://doi.org/10.1177/0969733011398092>

49. Nobre, D.F.R., Rabiais, I.C.M., Ribeiro, P.C.P.S.V., Seabra, P.R.C. (2019). Burnout assessment in nurses from a general emergency service. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(6):1457-63. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0870>
50. Sé, A. C. S., Machado, W. C. A., Passos, J. P., da Silva Gonçalves, R. C., Cruz, V. V., Bittencourt, L. P., Paiva, A.P.D.L. & de Figueiredo, N. M. A. (2020). Prevalência da síndrome de burnout em enfermeiros do atendimento pré-hospitalar. *Research, Society and Development*, 9(7), e940975265-e940975265.
51. Souza, J.D., Pessoa J.J.M., Miranda F.A.N. (2017). Stress in an emergency room and the challenges for Brazilian and Portuguese nurses. *Rev Enferm Ref.* IV(12):107–16. doi: <https://doi.org/10.12707/RIV16064>

CAPITOLO 7

Realtà Virtuale nella Formazione delle Competenze Emotive

Autori: Maria CASSAR, Daren CHIRCOP, Roderick BUGEJA

7.1 Realtà Virtuale (VR)

Con la modernizzazione e il progresso degli ambienti sanitari e clinici e, contemporaneamente, una rapida crescita ed evoluzione dell'informatica e della tecnologia, nel corso degli anni sono cresciute anche la richiesta e la richiesta di una formazione infermieristica clinica sicura ed efficiente. Esistono crescenti opportunità per modernizzare l'educazione sanitaria in programmi progettati per soddisfare le aspettative e le esigenze della generazione digitale, grazie alle scoperte tecnologiche e alla loro accessibilità economica (King et al., 2018). Di conseguenza, la realtà virtuale (VR) sta diventando sempre più popolare e integrata nei programmi di studio infermieristici professionali con la promessa di rivoluzionare la formazione infermieristica, semplificando le procedure di insegnamento e apprendimento, offrendo un approccio nuovo e interessante alla formazione infermieristica (Park, Kim e Kim, 2020). La realtà virtuale, infatti, può essere utilizzata come risorsa pedagogica per la formazione di tutti gli operatori sanitari (Ferrandini Price et al., 2018).

La realtà virtuale genera scene visive e uditive 4D con cui è possibile navigare e interagire (Vince, 2004). Sebbene non sia chiaro quando la tecnologia della realtà virtuale sia entrata per la prima volta nella formazione infermieristica, la simulazione e le tecnologie computerizzate sono state utilizzate e studiate come strumento didattico da Ivan Sutherland sin dalla fine degli anni '60 con il termine VR che si ritiene sia stato coniato per la prima volta da Jaron Lanier nel 1987. (Arvind Mallik, 2018). Utilizzando un visore che copre gli occhi dell'utente e visualizza l'ambiente virtuale, insieme a controller portatili o altri dispositivi di input per interagire con l'ambiente, un utente è spesso completamente immerso in un'esperienza VR (Bailenson & Yee, 2007), eliminando ogni interazione con il mondo reale (Azuma, 1997; Mills et al., 2022; Vince, 2004). Con tale strumento, gli utenti possono interagire con oggetti e ambientazioni digitali come se fossero reali attraverso una simulazione generata al computer (Riva,

Wiederhold e Wiederhold, 2016). Le tecnologie VR consentono una nuova estensione percettiva, una costruzione creativa e un coinvolgimento sociale unico (Bricken & Byrne, 1993).

7.2 Realtà Virtuale nella Formazione Infermieristica

La realtà virtuale (VR) è stata utilizzata nella formazione infermieristica, migliorando i metodi di insegnamento e apprendimento, aiutando così lo sviluppo delle competenze degli studenti di infermieristica, il rafforzamento della fiducia e la preparazione alla pratica clinica (Chen et al., 2020; Biyik Bayram & Caliskan, 2022). Inoltre, è stato dimostrato che la tecnologia VR migliora il pensiero critico e le capacità di risoluzione dei problemi degli studenti mentre si esercitano e applicano le loro conoscenze in un ambiente sicuro e regolamentato (Lang et al., 2018). La tecnologia VR offre agli studenti infermieri la possibilità di praticare ed esplorare una moltitudine di competenze, quindi di imparare facendo, in un ambiente sicuro e controllato senza mettere i pazienti a rischio o danni, e di affinare le proprie capacità di ragionamento clinico in un ambiente di apprendimento più produttivo e divertente (Alimohammadi, Norouzi e Alhani, 2017). In effetti, risultati basati sull'evidenza hanno dimostrato che la tecnologia VR nell'istruzione terziaria offre agli studenti infermieristici un ambiente di apprendimento unico e coinvolgente che può aumentare la motivazione, migliorando i risultati dell'apprendimento (Kim & Kim, 2018).

Inoltre, Bender et al. (2018) ha dimostrato che l'utilizzo di simulazioni di realtà virtuale per mettere in pratica scenari di cura dei pazienti ha migliorato le capacità e le competenze di cura dei pazienti in modo più efficace e con meno paura e ansia rispetto alla cura di pazienti reali. Di conseguenza, la realtà virtuale nella formazione infermieristica ha apportato benefici anche alla sicurezza dei pazienti (Biyik Bayram & Caliskan, 2022), migliorando i risultati della cura dei pazienti (Pfeiffer et al., 2019) e la soddisfazione dei pazienti (Gee et al., 2020). Sebbene molte prove scientifiche pubblicate abbiano dimostrato che la tecnologia VR è stata utilizzata in vari programmi di formazione infermieristica per affrontare una vasta gamma di competenze e argomenti, non è stata riscontrata alcuna prova che prima di questo progetto la tecnologia VR fosse stata utilizzata per aiutare a sviluppare abilità di competenza emotiva.

Nonostante quanto sopra, gli educatori infermieristici non devono considerare la tecnologia VR come un aiuto infallibile alla formazione infermieristica. Nonostante i vantaggi derivanti dall'integrazione di una tecnologia immersiva nella formazione infermieristica, bisogna essere messi in guardia contro altre realtà che possono comportare una serie di rischi o altre sfide che richiedono azioni di prevenzione. Questi includono:-

i. Disagio fisico: alcuni studenti possono provare dolore fisico o mal di testa a causa delle simulazioni VR a causa dell'uso prolungato o di una posizione scomoda dell'attrezzatura VR, noto come cybersickness (Cobb et al., 1999; Davis et al., 2015; Obukhov et al., 2022).

ii. Disagio fisiologico: in alcune persone, soprattutto quelle impreparate o non addestrate al suo utilizzo, le simulazioni VR possono anche portare a preoccupazione, stress o addirittura panico in determinate situazioni (Costello, 1997). Alcuni studenti hanno bisogno di più tempo per comprenderlo e adattarsi (Chang & Lai, 2021).

iii. Problemi di salute e sicurezza: poiché la tecnologia VR immerge l'utente in un ambiente simulato, esiste la possibilità di pericolo o lesioni se l'utente non si accorge dell'ambiente circostante. L'uso della realtà virtuale richiede ampi spazi dedicati con misure di sicurezza in atto.

iv. Costo: una delle principali sfide legate all'applicazione della VR nella formazione infermieristica è il costo delle attrezzature, della sua manutenzione e il costo di sviluppo e aggiornamento delle simulazioni VR che può essere molto elevato, rendendo difficile per alcuni corsi di laurea in infermieristica giustificare l'investimento.

v. Problemi tecnici: a causa della sua complessità e della tendenza ai problemi tecnici, la tecnologia VR ha il potenziale di interrompere i processi di apprendimento e di sprecare tempo e risorse.

vi. Mancanza di sostegno istituzionale: diversi partecipanti al forum pubblico hanno notato che ottenere il sostegno dei docenti era un problema ricorrente. I membri della facoltà spesso non hanno una conoscenza o una conoscenza inadeguata della tecnologia; quindi, i partecipanti hanno osservato che questa sfida deve essere superata fornendo prove dell'utilità della realtà virtuale (Cook et al., 2019).

vii. Desensibilizzazione: sebbene la realtà virtuale possa offrire un ambiente sicuro e controllato in cui gli studenti possano mettere in pratica le proprie abilità, potrebbe non replicare completamente la complessità delle situazioni dei pazienti nella vita reale. Esiste il rischio di desensibilizzazione alle situazioni reali dei pazienti. Gli studenti potrebbero diventare desensibilizzati rispetto a determinate situazioni o potrebbero non sviluppare pienamente le capacità interpersonali e comunicative necessarie per la cura del paziente. Questo rischio evidenzia l'importanza dell'uso delle simulazioni VR insieme alla pratica clinica o ai laboratori di simulazione; quindi, in aggiunta ai tradizionali mezzi di formazione piuttosto che sostituirli,

perché l'interazione umana è cruciale soprattutto nell'apprendimento delle abilità sociali e comunicative (van der Linde-van den Bor et al., 2022).

7.3 Il Serious Game SG4NS

L'industria dei giochi produce giochi VR che consentono lo studio dell'esperienza e delle emozioni degli utenti durante il gioco. Uno dei migliori generi di giochi che consentono questo tipo di esperienza è noto come Escape Rooms (Oliveira, 2022). Questi ultimi sono un genere di gioco incentrato sulla risoluzione di problemi che coinvolge enigmi e misteri che possono essere risolti attraverso enigmi e simboli, sfidando psicologicamente il giocatore e consentendo una relazione tra la mente e il corpo del giocatore (Oliveira, 2023).

Lo sviluppo di un gioco del genere richiede una conoscenza approfondita di come vengono suscitate le emozioni nel corpo umano e, a sua volta, il gioco diventa molto efficace nel suscitare emozioni nel giocatore, coinvolgendolo più profondamente nell'esperienza, consentendo la migliore esperienza di gioco possibile. L'uso della tecnologia della realtà virtuale consente inoltre la "full immersion", con un senso di "presenza", "sentirsi nel corpo" come se l'esperienza fosse reale, portando a un maggiore coinvolgimento del giocatore e a una partecipazione attiva dell'esperienza (Oliveira, 2022) .

L'obiettivo centrale di incorporare un Serious Game nel corso sulle competenze emotive era quello di evocare uno spettro di emozioni negli studenti all'interno di un ambiente controllato e accattivante, offrendo allo stesso tempo un'esperienza coinvolgente per motivare ulteriormente la partecipazione attiva degli studenti. Quest'ultimo genere di gioco Escape Room ha presentato a questo progetto lo scenario ideale per uno strumento di VR Serious Game per assistere gli studenti nell'insegnamento e nell'apprendimento delle competenze emotive. Il potenziale della tecnologia VR e del genere Escape Room come potente mezzo per suscitare emozioni nei giocatori è stato dimostrato in uno studio di Oliveira et al. (2023).

Per garantire l'accessibilità a tutti gli studenti, il gioco è stato intenzionalmente progettato con un'interfaccia semplice e controlli minimi. Questo approccio si rivolgeva agli studenti che non avevano familiarità con la realtà virtuale, consentendo loro di navigare e interagire con il gioco senza sforzo.

L'enfasi sulla semplicità mirava a rimuovere potenziali barriere, consentendo a una gamma più ampia di studenti di beneficiare dell'esplorazione emotiva facilitata dal Serious Game all'interno del corso.

Il gioco inizia con lo studente/giocatore che si ritrova in una casa, esattamente all'interno di un ambiente cucina, in un ambiente buio e non illuminato. Alcune parti della casa erano completamente buie e dovevano essere esplorate con una torcia. Post-it scritti sul piano della cucina guidano lo studente verso ulteriori indizi per esplorare l'ambiente domestico che è composto da una serie di stanze su due piani, tra cui un soggiorno, una camera da letto, un balcone, un ripostiglio, un ufficio e un laboratorio, risolvendo altri enigmi durante il gioco. L'ambiente generale è spento, spettrale (sono presenti suoni e sussurri di una donna lungo le scale), progettato in modo da stimolare le emozioni dello studente. Tra le istruzioni fornite, il giocatore deve aprire un bidone della spazzatura usando un martello, richiedendo un'azione difficile per recuperare una chiave dall'interno della spazzatura circondata da scarafaggi. Gli studenti devono girare per la casa, aprire le porte e seguire le istruzioni per raccogliere una serie di chiavi e pagine da un diario, che sono datate e seguite dal testo firmato "John".

Ad un certo punto, il giocatore si trova di fronte a una donna apparentemente priva di sensi, anche se non morta, distesa sul pavimento, che è "Mary". Il corpo di Mary cambia posizione ogni volta che il giocatore distoglie lo sguardo. Quando il giocatore si avvicina al corpo, gli occhi di Mary seguono il giocatore. In un altro punto, il giocatore deve passare attraverso un buco nel balcone e camminare su una tavola stretta, suscitando la paura dell'altezza. La narrazione del gioco si concentra sulle vite dei personaggi del gioco, John e Mary. Ciascuna delle sei pagine del diario presenta una data che il giocatore deve collegare in un ordine specifico per ottenere un codice, che apre un armadietto nel laboratorio. Dopo averlo aperto con successo, il giocatore vede il proprio riflesso nello specchio e si rende conto di essere "John". L'autore del gioco sostiene che, sebbene esista questa trama, rimane aperta, consentendo a ogni giocatore di avere la propria personale interpretazione di ciò che è accaduto. L'obiettivo del gioco è trasmettere la narrazione al giocatore in un modo che sia coinvolgente e susciti curiosità su quanto accaduto (Oliveira et al., 2023).

Dopo il gioco, gli studenti hanno partecipato attivamente a discussioni aperte durante il corso, ricordando e analizzando le emozioni vissute durante la navigazione nell'ambiente virtuale. Tra la gamma di emozioni positive e negative vissute, gli studenti hanno evidenziato paura, apprensione, disgusto,

curiosità, mistero, preoccupazione, impotenza, frustrazione, noia, confusione, rabbia, sorpresa, shock/allarme, eccitazione, ansia, tensione, imbarazzo stupore, meraviglia, stupore e soddisfazione. Le discussioni strutturate post-partita hanno fornito agli studenti una piattaforma per articolare e riflettere sulle proprie risposte emotive, favorendo una comprensione più profonda delle proprie competenze emotive. Questa componente riflessiva è stata determinante nel collegare l'esperienza virtuale alla competenza emotiva del mondo reale, arricchendo il processo di apprendimento complessivo.

Bibliografia

- Alimohammadi, M., Norouzi, R., & Alhani, F. (2017). The use of virtual reality in nursing education: A systematic review. *Nurse Education Today*, 44, 33-38.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.06.019>
- Arvind Mallik, D. M. (2018). Virtual Reality in Higher Education- Enhance Teaching Delivery by leveraging Quality Learning. *International Journal of Research and Analytical Reviews*, 5(4), 947–950.
- Azuma, R. T. (1997). A survey of augmented reality. *Presence : teleoperators and virtual environment*, 6(4), 355–385. [10.1162/pres.1997.6.4.355](https://doi.org/10.1162/pres.1997.6.4.355)
- Bailenson, J. N., & Yee, N. (2007). The ecology of avatar presence: Psychological, social, and cultural aspects of a new form of social relationship. *Presence: Teleoperators and Virtual Environments*, 16(4), 305-329. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2958.2007.00299.x>
- Bender, K., Kilinc, E., Yang, J., & Kim, J. H. (2018). The effects of virtual reality simulation on nursing students' communication skills and anxiety. *Journal of Nursing Education and Practice*, 8(10), 58-64. <https://doi.org/10.5430/jnep.v8n10p58>
- Biyik Bayram, S., & Caliskan, N. (2022). The use of virtual reality simulations in nursing education, and Patient Safety. *Contemporary Topics in Patient Safety - Volume 1*.
<https://doi.org/10.5772/intechopen.94108>
- Bricken, M., & Byrne, C. M. (1993). Summer students in virtual reality. *Virtual Reality*, 199–217.
<https://doi.org/10.1016/b978-0-12-745045-2.50019-2>

- Chang, Y. M., & Lai, C. L. (2021). Exploring the experiences of nursing students in using immersive virtual reality to learn nursing skills. *Nurse Education Today*, 97, 104670.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104670>
- Chen, F.-Q., Leng, Y.-F., Ge, J.-F., Wang, D.-W., Li, C., Chen, B., & Sun, Z.-L. (2020). Effectiveness of virtual reality in nursing education: Meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 22(9).
<https://doi.org/10.2196/18290>
- Cobb, S. V., Nichols, S., Ramsey, A., & Wilson, J. R. (1999). Virtual reality-induced symptoms and effects (VRISE). *Presence: Teleoperators and Virtual Environments*, 8(2), 169–186.
<https://doi.org/10.1162/105474699566152>
- Cook, M., Lischer-Katz, Z., Hall, N., Hardesty, J., Johnson, J., McDonald, R., & Carlisle, T. (2019). Challenges and strategies for Educational Virtual reality. *Information Technology and Libraries*, 38(4), 25–48. <https://doi.org/10.6017/ital.v38i4.11075>
- Costello, P.J. *Health And Safety Issues Associated with Virtual Reality: A Review of Current Literature*; Advisory Group on Computer Graphics: Loughborough, UK, 1997
- Davis, S., Nesbitt, K., & Nalivaiko, E. (2015, January). *Comparing the onset of cybersickness using the Oculus Rift and two virtual roller coasters*. In Proceedings of the 11th Australasian conference on interactive entertainment (IE 2015) (Vol. 27, p. 30). Sydney, Australia: Australian Computing Society.
- Faiola, A., & Bognar, A. (2019). Simulation in nursing education: A review of the research. *Journal of nursing education and practice*, 9(3), 26-33.
- Ferrandini Price, M., Escribano Tortosa, D., Nieto Fernandez-Pacheco, A., Perez Alonso, N., Cerón Madrigal, J. J., Melendreras-Ruiz, R., García-Collado, Á. J., Pardo Rios, M., & Juguera Rodriguez, L. (2018). Comparative study of a simulated incident with multiple victims and immersive virtual reality. *Nurse Education Today*, 71, 48–53. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.09.006>
- Gee, J. P., Hardy, K. K., & Cedel, L. L. (2020). The impact of virtual reality on patient satisfaction and health outcomes. *Journal of Nursing Education and Practice*, 10(2), 15-22.
<https://doi.org/10.5430/jnep.v10n2p15>
- Kim, C. H., & Kim, H. J. (2018). Virtual reality in nursing education: A review of the literature. *Journal of Educational Technology Development and Exchange*, 11(1), 1-12.
<https://doi.org/10.17783/etde.2018.11.1.1-12>

- King, D., Tee, S., Falconer, L., Angell, C., Holley, D., & Mills, A. (2018). Virtual health education: Scaling practice to transform student learning. *Nurse Education Today*, 71, 7–9.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.08.002>
- Lang, E., Heger, M., & Bauernfeind, T. (2018). Virtual reality in nursing education: A review of the literature. *Journal of Nursing Education and Practice*, 8(6), 46-53.
<https://doi.org/10.5430/jnep.v8n6p46>
- Park, Y. J., Kim, E. J., & Kim, J. H. (2020). The effects of virtual reality-based nursing education on learning outcomes and attitudes toward nursing education. *Journal of Clinical Nursing*, 29(19-20), 2907-2917. <https://doi.org/10.1111/jocn.15147>
- Mills, K. A., Scholes, L., & Brown, A. (2022). Virtual Reality and Embodiment in Multimodal Meaning Making. *Written Communication*, 39(3), 335-369. <https://doi.org/10.1177/07410883221083517>
- Obukhov, A. D., Krasnyanskiy, M. N., Dedov, D. L., & Nazarova, A. O. (2022). The study of virtual reality influence on the process of professional training of miners. *Virtual Reality : The Journal of the Virtual Reality Society*, 1-25. <https://doi.org/10.1007/s10055-022-00687>
- Oliveira, I., Oliveira, E. and Gomes, L. (2022). Escape VR: the guilt : um escape room em realidade virtual para elicitación de emoções. Projeto apresentado ao IPCA, para obtenção do grau de Mestre em Engenharia de Desenvolvimento de Jogos Digitais. April, 2022.
- Oliveira, I., Carvalho, V., Soares, F., Novais, P., Oliveira, E., and Gomes, L. (2023) Development of a Virtual Reality Escape Room Game for Emotion Elicitation. *Information* 2023, 14, 514.
<https://doi.org/10.3390/info14090514>
- Pfeiffer, E., Smith, K., & Quirk, R. (2019). The impact of virtual reality on anatomy and physiology education in nursing students. *Anatomical Sciences Education*, 12(1), 18-26.
<https://doi.org/10.1002/ase.1784>
- Riva, G., Wiederhold, B. K., & Wiederhold, M. D. (2016). Virtual reality in clinical psychology and neuroscience. *Frontiers in Psychology*, 7, 708. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00708>
- van der Linde-van den Bor, M., Frans-Rensen, S. A., Slond, F., Liesdek, O. C. D., de Heer, L. M., Suyker, W. J. L., Jaarsma, T., & Weldam, S. W. M. (2022). Patients' voices in the development of pre-surgical patient education using virtual reality: A qualitative study. *PEC Innovation*, 1, 100015.
<https://doi.org/10.1016/j.pecinn.2021.100015>

Vince, J. (2004). *Introduction to virtual reality*. Springer Science & Business Media.

CAPITOLO 8

Conclusioni e Raccomandazioni Future

Autori: Maria CASSAR, Daren CHIRCOP, Roderick BUGEJA

8.1 Conclusioni

I cambiamenti nei sistemi sanitari, nella professione infermieristica e nella pratica infermieristica hanno suscitato nuove richieste di formazione infermieristica e di docenti di infermieristica. La forza lavoro infermieristica, tuttavia, rimane la popolazione più numerosa di operatori sanitari nella maggior parte dei paesi. In media, nei paesi dell'UE, nel 2020 ci sono 8,3 infermieri ogni 1.000 abitanti (Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico [OCSE]/Unione europea, 2022). Crescente prevalenza di malattie croniche, invecchiamento della popolazione, problemi di salute globale (Shustack, 2020), ad es. pandemie (Lake, 2020), molti rischi ambientali (Alvarez-Nieto et al., 2018) e soluzioni tecnologiche hanno consentito modifiche e cambiamenti nei mutati sistemi sanitari. La professione infermieristica e la pratica infermieristica hanno cercato di adattarsi di conseguenza (Commissione Europea, 2017). Gli infermieri rimangono fondamentali per l'erogazione efficiente ed efficace dell'assistenza in ambito ospedaliero, nelle strutture di assistenza a lungo termine e nelle strutture di assistenza primaria e comunitaria. La competenza degli infermieri mantiene quindi un'importanza cruciale nei sistemi sanitari. La qualità dell'assistenza infermieristica e la formazione degli studenti infermieri rimangono il fulcro di un buon sistema sanitario.

In questo contesto, vengono indicate le richieste e le necessità di adottare nuovi approcci e metodi di insegnamento e strategie di adattamento al lavoro e alle competenze degli educatori infermieristici (Salminen et al., 2021). Si spera che questo manuale contribuisca alle narrazioni e agli sforzi che cercano di ottimizzare il lavoro e le competenze dei docenti di infermieristica. La competenza dei docenti di infermieristica è essenziale se si vuole offrire una formazione infermieristica di alta qualità e basata sull'evidenza per sviluppare le conoscenze, le abilità e le attitudini degli studenti infermieri (Organizzazione Mondiale della Sanità [OMS], 2021). Gli autori di questo manuale confidano che questo

manuale sia un contributo valido e utile verso lo sviluppo delle competenze richieste agli educatori infermieristici nel consentire e guidare lo sviluppo dell'intelligenza emotiva tra gli studenti infermieri.

In sostanza, questo manuale è una risorsa eclettica di informazioni e riflessioni per i docenti di infermieristica riguardo allo sviluppo dell'intelligenza emotiva tra gli studenti infermieri. Lo sviluppo dell'intelligenza emotiva tra gli studenti infermieri è stato considerato una risorsa centrale della formazione infermieristica. Questo è presente nel progetto e in tutti i suoi risultati, incluso questo manuale. Nello specifico, questo capitolo fornisce raccomandazioni per i docenti di infermieristica per il futuro. Nelle sezioni seguenti gli accademici del progetto SG4NS condividono i risultati degli esercizi di riflessione e valutazione che hanno portato avanti negli ultimi mesi del periodo del progetto. Le raccomandazioni si basano su un'analisi critica della loro esperienza nelle attività del progetto e sul feedback valutativo raccolto nel corso dello svolgimento del progetto tra il 2020 e il 2023 in sei università partner del progetto in Portogallo, Italia, Romania, Spagna e Malta.

Il progetto SG4NS (2020-2023) è stato progettato e condotto per rispondere alle esigenze dei moderni sistemi sanitari e per contribuire allo sviluppo della pratica del docente infermiere per quanto riguarda gli sforzi volti allo sviluppo dell'intelligenza emotiva tra gli studenti infermieri. Con questo progetto sono stati compiuti i primi passi per rispondere alla necessità di approcci nuovi ed efficaci per lo sviluppo dell'intelligenza emotiva.

Il progetto comprendeva diverse attività e risultati, tra cui la conduzione di una revisione della letteratura, lo sviluppo di un Serious Game che prevedeva l'uso della tecnologia immersiva della realtà virtuale e un workshop didattico; il tutto con un focus sullo sviluppo dell'intelligenza emotiva tra gli studenti di infermieristica. Il workshop didattico è stato ben accolto dai partecipanti che hanno offerto la loro partecipazione volontaria. Il coinvolgimento di più paesi partecipanti è stato considerato un aspetto arricchente del progetto. Le raccomandazioni seguenti derivano da tutto quanto sopra descritto.

8.2 Raccomandazioni Future per i docenti di infermieristica nello sviluppo delle competenze emotive tra gli studenti del corso di laurea in infermieristica

Raccomandazione 1: Requisiti universali per lo sviluppo delle competenze emotive degli studenti iscritti al corso di laurea in infermieristica

I requisiti dell'intelligenza emotiva degli studenti di infermieristica devono essere discussi e armonizzati a livello paneuropeo e gradualmente a livello globale. In considerazione del fenomeno della globalizzazione e della mobilità degli infermieri all'interno della forza lavoro infermieristica globale, è indicato un consenso universale riguardo ai requisiti di "sviluppo dell'intelligenza emotiva" degli studenti infermieri. Si suggeriscono ulteriori ricerche per cercare guida nella progettazione di strategie di "sviluppo dell'intelligenza emotiva" che siano universali e consentano la fornitura e l'accesso a risorse educative che possano guidare e supportare lo sviluppo dell'intelligenza emotiva tra gli studenti di tutto il mondo. Il progetto SG4NS ha rappresentato un primo passo in questa direzione. Gli sprechi e l'inefficienza, derivanti dalla frammentazione degli investimenti e dalla duplicazione di iniziative, sono sfide che i formatori infermieristici stanno attualmente affrontando (Leaver et al, 2022), pertanto, le collaborazioni internazionali sono viste come soluzioni sostenibili reali per affrontare le lacune e le discrepanze identificate nella formazione infermieristica riguardo lo sviluppo dell'intelligenza emotiva. La determinazione dei requisiti universali di intelligenza emotiva degli studenti infermieri consoliderà ed economizzerà competenze, risorse, iniziative e investimenti nei diversi paesi ed è pertanto raccomandata.

Raccomandazione 2: Sviluppare iniziative formative internazionali per docenti del corso di laurea in infermieristica, riguardanti lo sviluppo dell'intelligenza emotiva degli studenti

È necessario modellare le competenze e basare la formazione dei docenti su linee guida e parametri universali che attingono, a loro volta, alle migliori evidenze disponibili. Questa raccomandazione è stata proposta al fine di sostenere i benefici universali di sviluppo dell'intelligenza emotiva tra gli studenti di infermieristica nel contesto attuale. La letteratura richiede ampiamente una migliore e maggiore

uguaglianza nella qualità della formazione infermieristica a livello globale in modo da affrontare le disparità nella qualità del servizio infermieristico in tutto il mondo (Satoh et al.2020). Lo sviluppo professionale continuo (CPD) è un processo di apprendimento autodiretto (Drude et al., 2019) richiesto per tutta la durata dell'attività di un docente. Si raccomandano programmi strutturati e internazionali di sviluppo professionale continuo per docenti del corso di laurea in infermieristica per supportare lo “sviluppo dell’intelligenza emotiva” degli studenti. Questo sviluppo professionale continuo consentirà lo sviluppo continuo delle competenze dei docenti (Pool et al., 2015) e consentirà loro di soddisfare le richieste della realtà mutevole nel corso dei loro anni di pratica professionale in qualità di docenti.

Raccomandazione 3: Orientare le sedi della formazione infermieristica e i responsabili della formazione agli studenti a indirizzare le risorse, inclusi tempo e denaro, a supporto delle strategie e degli approcci diretti allo sviluppo dell’intelligenza emotiva negli studenti

I progressi nell’uso della tecnologia nella formazione e il cambiamento delle caratteristiche degli studenti richiedono conoscenze e competenze associate a metodologie didattiche e di apprendimento moderni. Da un lato, le sfide globali e di gestione del lavoro affrontate dai docenti (EU-OSHA 2018, Howard et al., 2022), compresi i progressi tecnologici insieme ai cambiamenti demografici in tutta Europa che aumentano la domanda di assistenza sanitaria e la carenza di infermieri e docenti infermieri, sono elementi riconosciuti dalle attuali istituzioni di formazione infermieristica. D’altro canto, i docenti infermieristici soffrono di carichi di lavoro elevati, generalmente distribuiti in modo non uniforme durante l’anno accademico (Rinne et al., 2022). Inoltre, sperimentano tensione mentale e stress legato al lavoro (Singh, 2020). Le risorse necessarie per sviluppare conoscenze e competenze e le risorse necessarie ai docenti infermieristici per integrare e utilizzare le nuove tecnologie in modo efficace nel loro insegnamento riceveranno maggiore attenzione e investimenti. Gli spunti di questo progetto supportano l’idea che c’è poca ricerca sui bisogni dei docenti infermieri su questi aspetti. Questa lacuna di conoscenze evidenzia la necessità di ricerche future. È importante evitare di trascurare il fatto che i singoli docenti e i contesti specifici del paese hanno requisiti diversi perché (1) le linee di partenza iniziali variano a seconda del contesto e (2) anche il tasso e la natura del dinamismo in un contesto specifico varia da uno all’altro. Si raccomanda pertanto di investire specificamente nello sviluppo dell’intelligenza emotiva.

Raccomandazione 4: Istituire un hub internazionale per lo “sviluppo dell’intelligenza emotiva” per la professione infermieristica

La condivisione di conoscenze e competenze tra i partner del progetto SG4NS ha fornito un ricco spazio per l'apprendimento e lo sviluppo. Pertanto, si raccomanda la creazione di un hub per lo “sviluppo dell’intelligenza emotiva” per la professione infermieristica per promuovere lo sviluppo di qualità dell’intelligenza emotiva in tutto il mondo. Una delle funzioni principali dell'hub sarà quella di favorire la collaborazione tra entità di diversi paesi e di consentire scambi tra i singoli docenti in presenza e di risorse, esperienze e competenze. Si ritiene che un tale hub abbia il potenziale per aumentare le possibilità di collaborazione professionale internazionale in modo strutturato e sistematico per migliorare la formazione unificata e armonizzata degli studenti infermieri in tutto il mondo su questo tema. L'apprendimento e la crescita derivanti dall'esperienza transnazionale di questo progetto sono encomiabili e si raccomanda ulteriore apprendimento e crescita di questo tipo. L'hub consentirà l'assimilazione, la revisione e la valutazione dei futuri studi di ricerca in vista di un'efficace diffusione delle evidenze e delle migliori pratiche. Come minimo, l'hub raccomandato servirà come archivio di risorse che facilitano l'insegnamento e l'apprendimento per i docenti infermieristici. I risultati del progetto SG4NS, compreso il serious game, la revisione della letteratura e il workshop, costituiranno i componenti fondanti di questo hub. Altre risorse saranno co-create da educatori o team di educatori e condivise tra le nazioni, per supportare la forza lavoro dei docenti infermieristici del futuro e gli studenti infermieri del futuro. Al massimo, l’hub potrà (1) condividere consigli riguardanti lo “sviluppo dell’intelligenza emotiva” nel personale infermieristico con organizzazioni globali come l’OMS e l’ICN, e (2) fornire un’arena di lavoro formale per la ricerca. Questa attività di ricerca è necessaria in quanto fornisce prove che possono informare la politica, la pratica, l’insegnamento e l’apprendimento.

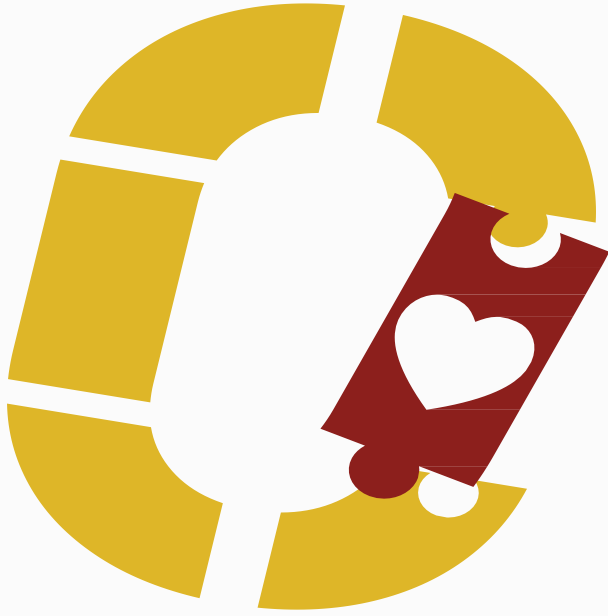
Raccomandazione 5: L'adozione di tecnologie immersive, compreso l'uso di serious game e visori di realtà virtuale per consentire lo sviluppo dell'intelligenza emotiva, richiede cautela e dovrebbe essere preceduta da un'analisi situazionale del contesto

Il progetto SG4NS ha utilizzato il serious game come esperienza immersiva che includeva l'uso di visori di realtà virtuale. Pur rivelandosi un elemento di attrazione per gli studenti che vogliono impegnarsi in un workshop sullo sviluppo dell'intelligenza emotiva, le lacune e i limiti nella competenza e nel comfort sia dei docenti che degli studenti con l'uso degli strumenti e delle attrezzature tecnologiche menzionate hanno presentato sfide significative. Inoltre, la durata dell'attività di apprendimento che ha comportato l'uso dei visori di realtà virtuale e il luogo dell'attività di apprendimento avrebbero chiaramente beneficiato di considerazioni più ampie quando pianificate. Queste sfide, dopo la valutazione, sono state identificate come potenziali minacce e inibitori che hanno messo a repentaglio e compromesso l'insegnamento e l'apprendimento in varia misura tra i diversi individui.

Alla luce di quanto sopra, si raccomanda che prima di condurre un'iniziativa educativa utilizzando strumenti e attrezzature come visori di realtà virtuale e serious game, l'approccio e la strategia dell'iniziativa educativa siano attentamente mappati rispetto a un'analisi della situazione, cioè del contesto in cui questa iniziativa educativa sarà erogata.

Bibliografia

- Drude, K. P., Maheu, M., & Hilty, D. M. (2019). Continuing Professional Development: Reflections on a Lifelong Learning Process. *The Psychiatric clinics of North America*, 42(3), 447–461. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.05.002>
- Pool, I. A., Poell, R. F., Berings, M. G., & ten Cate, O. (2015). Strategies for continuing professional development among younger, middle-aged, and older nurses: a biographical approach. *International journal of nursing studies*, 52(5), 939–950. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.004>
- Howard A., Antczak R., & Albertsen K. 2022. Education – Evidence from the European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER). The European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). https://www.bollettinoadapt.it/wp-content/uploads/2022/10/Education%E2%80%93evidence-ESENER_en.pdf
- Rinne, J., Leino-Kilpi, H., Saaranen, T., Pasanen, M., & Salminen, L. (2022). Educators' occupational well-being in health and social care education. *Occupational medicine (Oxford, England)*, 72(5), 289–297. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqac024>
- Singh, C., Cross, W, Munro, I., & Jackson, D. (2020). Occupational stress facing nurse academics—A mixed-methods systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 29(5-6), 720–735. <https://doi.org/10.1111/jocn.15150>
- Leaver, C. A., Stanley, J. M., & Veenema, T. G. (2022). Impact of the COVID-19 pandemic on the future of nursing education. *Academic Medicine*, 97(3), S82.
- Alvarez-Nieto, C., Richardson, J., Parra-Anguita, G., Linares-Abad, M., Huss, N., Grande- Gasc´on, L., Grose, J., Huynen, M., L´opez-Medina, I.M., 2018. Developing digital educational materials for nursing and sustainability
- European Commission, 2017. State of health in the EU companion report 2017. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2017_companion_en.pdf
- Lake, M.A., 2020. What we know so far: COVID-19 current clinical knowledge and research. *Clinical Medicine (Lond)* 20 (2), 124–127.
- OECD/European Union (2022), *Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>.
- Shustack, L., 2020. Integrating Google Earth in community health nursing courses preparing globally aware nurses. *Nurse Educ.* 45 (2), E11–E12.
- Satoh, M., Fujimura, A., & Sato, N. (2020). Competency of academic nurse educators. *SAGE Open Nursing*, 6, 2377960820969389. <https://doi.org/10.1177/2377960820969389>



Serious Games - Developing Emotional Competences for Nursing Students
2020-1-PT01-KA203-078847, co-financed by Erasmus + Program KA2 -
Cooperation for Innovation and the Exchange of Good Practices, KA203 -
Strategic Partnerships for higher education