



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

**Dipartimento di Medicina e Chirurgia**

**Corso di Laurea in Infermieristica**

**L'INTELLIGENZA EMOTIVA È CORRELATA ALLA SODDISFAZIONE  
ASSISTENZIALE DELL'UTENZA?  
INDAGINE PILOTA PRESSO LE REALTÀ DI ASSISTENZA DOMICILIARE  
DELL'AZIENDA ULSS 18 DI ROVIGO E DELL'AZIENDA ULSS 13 DI  
MIRANO**

**Relatore: Dott.ssa Spigolon Elisabetta**

**Laureanda: Mao Silvia**

**Anno accademico 2014 - 2015**

## INDICE

### RIASSUNTO

**INTRODUZIONE**.....Pag.1

**CAPITOLO 1 - QUADRO TEORICO**.....Pag.3

1.1 Rilevanza del problema per la professione.....Pag.3

1.2 Contesto in cui si sviluppa il problema.....Pag.4

1.3 Revisione della letteratura.....Pag.7

**CAPITOLO 2 - SCOPO DELLO STUDIO**.....Pag.11

2.1 Problema individuato.....Pag.11

2.2 Obiettivi dello studio.....Pag.11

**CAPITOLO 3 - MATERIALI E METODI**.....Pag.13

3.1 Disegno dello studio.....Pag.13

3.2 Campionamento.....Pag.13

3.3 Modalità di indagine.....Pag.13

3.4 Strumenti di raccolta dati.....Pag.14

**CAPITOLO 4 - RISULTATI**.....Pag.17

**CAPITOLO 5 - DISCUSSIONE E CONCLUSIONI**.....Pag.25

5.1 Considerazioni sui risultati.....Pag.25

5.2 Limiti dello studio.....Pag.26

5.3 Raccomandazioni.....Pag.26

5.4 Implicazioni per la pratica.....Pag.27

### BIBLIOGRAFIA

### ALLEGATI



## **RIASSUNTO**

**Problema:** l'Intelligenza Emotiva (IE) espressa dall'infermiere condiziona la soddisfazione dell'utenza relativa all'assistenza infermieristica ricevuta?

**Obiettivo:** indagare l'esistenza di correlazione tra i punteggi ottenuti dalla misurazione della soddisfazione degli utenti-caregiver per l'assistenza infermieristica ricevuta e i punteggi ottenuti dalla misurazione dell'Intelligenza emotiva del personale infermieristico.

**Disegno dello studio:** Indagine pilota osservazionale.

**Materiali e metodi:** lo studio svolto presso le Realtà di Assistenza Domiciliare dell'Azienda ULSS 18 Rovigo e dell'Azienda ULSS 13 Mirano ha previsto come oggetto di indagine due campioni: un campione composto da 45 infermieri operanti nelle Realtà di Assistenza Domiciliare, l'altro composto da 83 utenti-caregiver che usufruiscono del Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) delle rispettive Aziende, per un totale di 128 soggetti suddivisi in gruppi in relazione alla sede del Servizio di appartenenza. Gli strumenti di misurazione utilizzati sono il Trait Emotional Intelligence Questionnaire Short Form (TEIQue-SF) per la misurazione dell'IE espressa dal personale infermieristico e la versione italiana validata del Newcastle Satisfaction with Nursing Scales (NSNS) adattata alla Realtà del Servizio di Assistenza Domiciliare per la misurazione della soddisfazione assistenziale percepita dall'utenza.

**Risultati/Discussione:** l'IE espressa dal personale infermieristico delle tre Realtà di Assistenza Domiciliare che hanno partecipato all'indagine, Servizio ADI sede Mira, Servizio ADI sede Rovigo, Servizio ADI sede Mirano, risulta essere in correlazione con la soddisfazione assistenziale percepita dall'utenza che usufruisce del Servizio nella rispettiva Realtà. Si riscontra inoltre che i tre gruppi utenti presentano valori relativi alla componente tecnico-pratica dell'operato infermieristico molto ravvicinati che si approssimano al punteggio massimo 5 ottenibile, mentre presentano valori relativi alla componente relazionale più dissimili tra loro e tutti inferiori ai punteggi delle competenze tecnico-pratiche.

**Conclusioni:** poiché la discriminante i punteggi di soddisfazione assistenziale dell'utenza si è visto essere la componente relazionale dell'agire infermieristico, è possibile ipotizzare che in tale contesto di indagine pilota l'IE dell'infermiere non solo viene colta dall'utenza ma ne determina anche la qualità assistenziale percepita.



## INTRODUZIONE

L'obiettivo personale da me prefissato in questo percorso di studi triennale, è stato quello di conquistare un'identità infermieristica che fosse espressione e valorizzazione della mia persona, ed in quanto tale acquisisse la qualità di Essere individuale. Lo studio proposto, in qualità di elaborato di tesi, vuole essere presentazione e portavoce di quell'aspetto della natura infermieristica che è risultata essere la sua caratteristica definente in perfetta sintonia con la mia persona. Essa corrisponde alle delicate e complesse competenze emotive e relazionali-comportamentali che qualificano l'infermiere come il professionista dell'assistenza centrata sulla persona, considerata nella sua globalità, attraverso una visione olistica che fonde i tre sistemi biologico, psicologico e sociale che compongono ogni individuo.

Per l'identificazione di un argomento di tesi che riuscisse in tal proposito, ho svolto ricerche in letteratura mirate alla chiarificazione dell'origine di queste competenze che ho avuto la possibilità di conoscere tramite laboratori specifici proposti dalla sede Universitaria di Rovigo e di sviluppare attraverso il mio personale percorso di tirocinio. Tale origine è riconducibile al polisemico ed eclettico concetto di Intelligenza Emotiva (IE), ovvero *“la capacità di percepire con precisione, valutare ed esprimere le emozioni; la possibilità di accedere e/o generare sentimenti quando facilitano il pensiero; la capacità di comprendere le emozioni e la conoscenza emozionale; e la capacità di gestire le emozioni per promuovere la crescita emotiva ed intellettuale”*(Mayer DJ, Salovey P.,1997), è questa l'origine delle competenze emotive e relazionali comunicative che dovrebbero essere proprie di ogni professionista dell'assistenza alla persona ed, abbracciando questa visione, essere capostipite dell'arte del nursing<sup>(1)</sup>.

A termine del mio percorso conoscitivo nel mondo dell'IE e del suo ruolo nell'infermieristica, ho riscontrato la necessità di verificare un quesito di ricerca posto da più ricercatori che hanno fatto del concetto di IE il focus delle loro indagini: il livello di IE proprio dell'infermiere viene percepito dal paziente e ne condiziona il suo outcome assistenziale? Il quesito, a cui l'indagine pilota osservazionale proposta, in qualità di elaborato di tesi, intende dare risposta, è presentato sotto questa specifica formula: l'IE propria del personale infermieristico è in correlazione con la soddisfazione assistenziale espressa dall'utenza di uno specifico Servizio Sanitario?



## **CAPITOLO 1 - QUADRO TEORICO**

### **1.1 Rilevanza del problema per la professione**

Patient-centred care, è questo il concetto presentato in letteratura quale paradigma guida dell'operato dei sistemi sanitari negli ultimi decenni.

Patient-centred care è un concetto multidimensionale che considera il paziente nella sua integrità, è promotore di una presa in carico continuativa ed olistica della persona, la quale è divenuta, da tempo, la fondamentale linea di indirizzo per l'innovazione e il miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria globale<sup>(2)</sup> e nello specifico dello scenario normativo sanitario italiano.

Tuttavia, all'interno del clima attuale, in cui l'evidence-based practice, gli outcomes clinici, e gli standard nazionali dirigono l'operato infermieristico spostando l'attenzione al lato tecnico dell'assistenza infermieristica, ed in cui il sistema domanda continua riduzione delle spese e del personale aziendale, il valore delle relazioni umane e delle emozioni associate, non che del così detto "lavoro invisibile" rischia di venire meno<sup>(1)(3)</sup>, a favore di un'assistenza depersonalizzata centrata su tecnica e tecnologia che avvicina l'infermieristica a quella che viene chiamata "Ontologia Cyborg"<sup>(4)</sup>, allontanandola di conseguenza dalla natura stessa dell'assistenza infermieristica e dal sopracitato patient-centred care.

Come possibile soluzione a tal problema, la letteratura infermieristica in primis, ma pure quella appartenente al campo socio-psicologico e medico, in accordo quindi con la visione multidimensionale della persona, pone il concetto di IE.

L'IE, che negli ultimi decenni è soggetta ad un sempre più crescente interesse da parte di ricercatori ed esperti appartenenti a tutti i campi delle scienze umane, da quello psicologico a quello sociologico, da quello lavorativo a quello educativo, viene indicata dalla letteratura infermieristica quale promotrice di un'assistenza di qualità che abbraccia il paradigma del patient-centred care, e quale prerequisito di un agire infermieristico in accordo con la sua identità del prendersi cura; il prendersi cura infatti, essendo un processo interpersonale legato ad uno specifico contesto e caratterizzato, oltre che dalla tecnica e scientificità dell'agire, anche da una sensibilità interpersonale e da una comprensione empatica della sofferenza altrui<sup>(5)</sup>, è influenzato dalle abilità che attualmente la letteratura associa all'IE. L'IE infatti è un possibile aiuto agli infermieri per far fronte alle stressanti richieste e imposizioni del complesso sistema sanitario, li



rende capaci di leggere le emozioni altrui, comunicare efficacemente, avere interazioni sociali di successo, essere empatici, stabilire rapporti sani e positivi e condurre/motivare gli altri, siano essi colleghi del proprio team di lavoro o pazienti<sup>(6)</sup>.

Se si pone la figura dell'infermiere all'interno del paradigma dominante del patient-centred care, dovrebbe essere posta considerevole attenzione anche alla correlazione tra l'IE espressa dal personale infermieristico e gli outcomes dell'utenza, sia clinici che di soddisfazione assistenziale<sup>(7)</sup>; tuttavia la letteratura riferibile a questa precisa tematica è molto limitata e quella attualmente a disposizione segnala la necessità di ulteriori ricerche di approfondimento.

All'interno di tale contesto culturale e pratico della professione infermieristica emerge quindi la rilevanza del problema genesi dell'obiettivo dell'indagine: verificare se esiste una correlazione tra l'IE espressa dal personale infermieristico e la soddisfazione assistenziale percepita dall'utenza (paziente-caregiver) a cui viene erogato il servizio.

## **1.2 Contesto in cui si sviluppa il problema**

L'indagine si è svolta nelle seguenti Realtà: Unità Operativa Complessa (UOC) Cure Primarie - Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) dell'Azienda Sanitaria ULSS 18 sede di Rovigo, UOC Cure Primarie – ADI dell'Azienda Sanitaria ULSS 13 delle sedi di Mira e Mirano.

L'ADI è un servizio, organizzato dalle Aziende Sanitarie Locali (ASL) in collaborazione con i Comuni, che fornisce un insieme integrato di trattamenti sanitari e socio-sanitari, erogati a casa della persona non autosufficiente. Infatti l'ADI assicura l'erogazione coordinata e continuativa di prestazioni sanitarie (medica, infermieristica, riabilitativa) e socio-assistenziali (cura della persona, fornitura dei pasti, cure domestiche) al domicilio, da parte di diverse figure professionali fra loro funzionalmente coordinate nell'ambito del Distretto come previsto sia dalla normativa nazionale, inclusi gli Accordi Collettivi Nazionali per la Medicina Generale, che negli ultimi dieci anni ha dato forte impulso alle cure a domicilio, sia dagli atti approvati dalle Regioni in materia di assistenza sociosanitaria<sup>(8)</sup>.

Le patologie che consentono la presa in carico dell'ADI sono quelle per le quali l'intervento domiciliare si presenta alternativo al ricovero ospedaliero e, salva diversa determinazione concordata tra il medico responsabile dell'attività sanitaria a livello

distrettuale e il Medico di Medicina Generale in relazione alla situazione socio-ambientale e al quadro clinico, le ipotesi di attivazione dell'intervento si riferiscono a:

- malati terminali;
- malattie progressivamente invalidanti e che necessitano di interventi complessi;
- incidenti vascolari acuti;
- gravi fratture in anziani;
- forme psicotiche acute gravi;
- riabilitazione di vasculopatici;
- riabilitazione in neurolesi;
- malattie acute temporaneamente invalidanti nell'anziano (forme respiratorie e altro);
- dimissioni protette da strutture ospedaliere.

In relazione al bisogno clinico, funzionale e sociale del paziente si possono individuare interventi di assistenza domiciliare integrata con livelli crescenti di intensità e complessità assistenziale che generalmente sono distinti in:

- cure domiciliari integrate di 1° e 2° livello, costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica e fornitura di preparati per nutrizione artificiale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono sia continuità assistenziale sia interventi programmati articolati sino a 5 giorni (1° livello) o su 6 giorni (2° livello), tutto in relazione alla criticità e complessità del caso;
- cure domiciliari integrate ad elevata intensità (3° livello), costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica e fornitura di preparati per nutrizione artificiale a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati articolati sui 7 giorni anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia.

A prescindere dalle forme di ADI, come dichiara il Piano Sanitario Nazionale, la responsabilità assistenziale è del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta che ha in carico il paziente. Mentre l'équipe multidisciplinare, che ha sede organizzativa nel Distretto sanitario di residenza del paziente, è costituita, a seconda dei

casi, da un infermiere, un coordinatore, un fisioterapista, un assistente sociale, un operatore socio-sanitario e gli specifici medici specialisti necessari alla patologia del paziente. La regione Veneto offre servizio di assistenza domiciliare a tutti coloro che, iscritti al Sistema sanitario regionale, non possano lasciare la propria abitazione. Possono usufruirne i cittadini che necessitano di prestazioni infermieristiche o mediche, che devono seguire un programma di riabilitazione, o che hanno bisogno di servizi socio-assistenziali (come la consulenza psicologica o l'accompagnamento). Il servizio è per il paziente completamente gratuito.

Le tre Realtà oggetto dell'indagine presentano la seguente organizzazione del personale infermieristico:

- Azienda ULSS 18 sede Rovigo: numero totale di infermieri del servizio 15; numero totale di territori di competenza in cui viene erogato il servizio ADI 9; si segnala la seguente caratteristica organizzativa: 9 infermieri sono responsabili di uno specifico territorio, indicato quindi come territorio di loro competenza, 6 infermieri subentrano al fine di soddisfare la domanda di servizi erogabili; il personale infermieristico attua ogni 6 mesi una rotazione dei territori di competenza e della relativa popolazione da loro presa in carico.
- Azienda ULSS 13 sede Mirano: numero totale di infermieri del servizio 20, numero totale di territori di competenza in cui viene erogato il servizio ADI 7; si segnala la seguente caratteristica organizzativa: più infermieri sono responsabili di uno stesso territorio e per ognuno di essi è designato un infermiere referente; 18 infermieri sono responsabili di uno specifico territorio, 2 infermieri subentrano al fine di soddisfare la domanda di servizi erogabili; il personale infermieristico non attua rotazioni dei territori di competenza, tuttavia su necessità offrono il servizio alla popolazione non appartenente al proprio territorio di competenza; nell'area sono presenti due strutture di riferimento: Mirano e Martellago, e una sede centrale: Mirano.
- Azienda ULSS 13 sede Mira: numero totale di infermieri del servizio 18, numero totale di territori di competenza in cui viene erogato il servizio ADI 10; si segnala la seguente caratteristica organizzativa: più infermieri sono responsabili di uno stesso territorio e per ognuno di essi è designato un infermiere referente; 14 infermieri sono responsabili di uno specifico territorio, 4 infermieri subentrano

al fine di soddisfare la domanda dei servizi erogabili; il personale infermieristico non attua rotazioni dei territori di competenza, tuttavia su necessità offrono il servizio alla popolazione non appartenente al proprio territorio; nell'area sono presenti 3 strutture di riferimento: Mira, Dolo, Camponogara, e una sede centrale: Mira.

La Realtà di Assistenza Domiciliare è stata scelta come sede dell'indagine per la centralità del ruolo rivestito dalla relazione interpersonale infermiere-utente-caregiver nella pratica infermieristica: all'interno di tale contesto l'infermiere si trova ad essere "l'ospite" nell'ambiente del paziente oltre che il professionista dell'assistenza alla persona, egli deve dunque servirsi di competenze emotivo-relazionali non solamente finalizzate alla cura ma anche a fini psico-sociali.

Si segnala che la Realtà del Servizio Domiciliare sede Mirano ha partecipato insieme ad altre Unità Operative dell'Azienda ULSS 13 Mirano nel 2014 ad un'indagine osservazionale avente come focus il concetto di IE tramite la somministrazione del test Trait Emotional Intelligence Questionnaire Short Form (TEIQue-SF).

### **1.3 Revisione della letteratura**

*“Abbiamo bisogno di intelligenza razionale per la Scienza del Nursing e di Intelligenza Emotiva per l'arte del Nursing” (Scott 2009).*

La pratica quotidiana dell'infermiere è contraddistinta da un'infinità di gesti e prassi che richiedono da un lato specifiche conoscenze tecniche e procedurali, dall'altro anche grosse capacità relazionali ed emotive per entrare in contatto con la persona che soffre e fornirle un'assistenza infermieristica globale. A tale fine la presa in carico della persona malata riguarda anche la sua famiglia e la figura del caregiver in particolare, come succede, per fare un esempio, in ambito domiciliare, pediatrico o neonatale.

L'infermiere, come professionista della salute che più di tutti è a contatto con la sofferenza del malato, è immerso quotidianamente in un ambiente saturo non solo di responsabilità e di "cose da fare" ma anche di emozioni e vissuti estremamente forti e a volte ambivalenti che lo coinvolgono sia sul piano professionale sia sul piano personale. La relazione infermieristica in questo senso richiede capacità di cogliere le emozioni proprie e degli altri non per negarle o eliminarle, cosa impossibile, ma per utilizzarle efficacemente nel rapporto di cura ed evitare in questo modo di esserne travolto

rischiando il fenomeno del burnout. Questa capacità prende il nome di “Intelligenza Emotiva”.

Il termine “Intelligenza Emotiva” fu introdotto nel 1990 da Peter Salovey e Jhon D. Mayer nel loro articolo “Emotional Intelligence. Imagination, Cognition, Personality” in cui era definita come la capacità di monitorare le emozioni ed i sentimenti propri ed altrui, di discriminarli tra loro e utilizzare queste informazioni per guidare il nostro pensiero ed azioni<sup>(9)</sup>. Considerando tale definizione troppo vaga e sminuente nel 1997 gli stessi autori propongono una nuova e decisiva definizione di IE:

*“Intelligenza emotiva implica la capacità di percepire con precisione, valutare ed esprimere le emozioni: la possibilità di accedere e/o generare sentimenti quando facilitano il pensiero; la capacità di comprendere le emozioni e la conoscenza emozionale; e la capacità di gestire le emozioni per promuovere la crescita emotiva ed intellettuale”*

(Mayer e Salovey, 1997)

Mayer e Salovey ( nel 1997) estesero dunque la definizione includendo anche la capacità di percepire le emozioni, confrontare emozioni e sensazioni, capire le informazioni che derivano da queste ed essere in grado di maneggiarle.

Tuttavia il termine “Intelligenza Emotiva” divenne e rimane tutt’ora, come si evince in letteratura, un termine polisemico, soggetto di numerose definizioni e modelli a seconda della caratteristica presa come chiave di lettura e di conseguenza oggetto di critica e dibattito nel mondo scientifico degli ultimi due decenni<sup>(10)</sup>.

Due anni prima il termine fu infatti reso maggiormente popolare da Goleman mediante la pubblicazione del suo libro “Intelligenza Emotiva” (1995) che descrive l’IE come un insieme di competenze o caratteristiche che sono fondamentali per affrontare con successo la vita: autocontrollo, entusiasmo, perseveranza e capacità di auto motivarsi<sup>(11)</sup>. Bar-On (1997, 2000) nel suo modello teorico definisce l’I.E. come una somma di competenze emozionali e sociali che determinano le modalità mediante le quali una persona si relaziona a sé stessa e agli altri per fronteggiare le pressioni e le richieste ambientali<sup>(12)</sup>.

Il modello più recente che emerge in letteratura è il così denominato “tratto di Intelligenza Emotiva” formulato da Petrides nel 2007; questo può essere considerato un modello di seconda generazione poiché è stato progettato per includere molte delle qualità personali

appartenenti ai modelli precedenti<sup>(11)</sup>; identifica infatti quattro insiemi dell'IE: benessere percepito, socievolezza, autocontrollo ed emotività<sup>(13)</sup>.

La risposta alle domande “cos'è l'Intelligenza Emotiva?” e “come può essere misurata?” sembra dunque dipendere da quale teoria viene accolta<sup>(14)</sup>. In allegato è riportata una tabella che riassume i principali modelli di IE e le loro caratteristiche (allegato 1).

Tuttavia, ad accumulare i vari modelli sono le seguenti cinque caratteristiche dell'IE<sup>(10)</sup>:

- conoscere le proprie emozioni;
- maneggiare le proprie emozioni;
- motivare se stessi;
- riconoscere le emozioni degli altri;
- utilizzare le competenze sociali nell'interazione con gli altri.

Esse rendono il concetto di IE significativo, nonostante il suo essere polisemico, sia per il benessere della persona, l'IE è infatti correlata positivamente al grado di soddisfazione personale, all'ottimismo e alla qualità delle relazioni sociali<sup>(15)</sup>, sia in ambito lavorativo per il raggiungimento di un'ottima performance lavorativa, per una leadership efficace e per una buona soddisfazione professionale<sup>(16)</sup>; tali caratteristiche e il relativo mondo dell'IE divengono quindi espressione di ogni momento della vita della persona.

Si desume, a ragion di ciò, l'importanza che acquisisce il concetto di IE quando lo si pone in relazione alla professione infermieristica: la natura stessa del nursing obbliga l'infermiere ad essere emotivamente intelligente, poiché comprendere e trattare le emozioni è prerequisito e prerogativa del prendersi cura della persona<sup>(1)</sup>.

E' questo il presupposto che ha determinato un notevole incremento di interesse riguardo il concetto di IE nella professione infermieristica nell'ultimo decennio: si è cercato di rilevare le caratteristiche dell'IE nella pratica attraverso studi qualitativi che analizzano l'esperienza personale, oltre che professionale, della figura dell'infermiere<sup>(7)</sup> <sup>(17)</sup>, concludendo che la relazione empatica, la capacità di problem-solving, le relazioni interpersonali e la consapevolezza di se ricorrono molto frequentemente nelle esperienze degli infermieri presi come campioni delle indagini e sono correlati alla professionalità, al livello di performance e all'intuizione; oggetto di studio è stata anche la correlazione del livello di IE con le caratteristiche che fanno dell'infermieristica una professione: studi epidemiologici in continuo aumento correlano positivamente l'IE alla performance assistenziale del singolo professionista e dell'intero team di lavoro<sup>(18)</sup> mostrando come la

qualità dei Servizi sanitari e la coesione del gruppo di lavoro sono dipendenti dalla capacità di comprendere e regolare le emozioni; ulteriori studi correlano l'IE alla salute mentale degli infermieri, in particolare alla prevenzione dello stress e del burnout<sup>(19)</sup> e alla soddisfazione professionale e personale<sup>(20)</sup>. L'IE risulta essere altresì un significativo predittore positivo della soddisfazione di vita degli infermieri, dell'efficienza manageriale e di leadership<sup>(21)</sup>, tali studi sostengono che il paradigma dell'IE ha la potenzialità di contribuire allo sviluppo di un'identità professionale nella leadership dell'infermieristica. L'IE viene infine considerata come cofattore determinante la qualità della formazione professionale sia in ambito di studi sia in ambito lavorativo: in letteratura si riporta in tal proposito l'ipotesi che se si introducesse il concetto di IE nei curricula infermieristici, gli interventi di crescita di tale competenza potrebbero incrementare le risorse di coping emotive e accrescere le abilità sociali che a loro volta possono beneficiare la salute a lungo termine degli infermieri<sup>(22) (23)</sup>.

Meno numerosa è invece la letteratura che pone come focus l'obiettivo della pratica infermieristica, ovvero l'assistenza alla persona sofferente: si è concordi nell'attribuire al concetto di IE un ruolo fondamentale nella creazione di una relazione interpersonale terapeutica tra infermiere e utente-caregiver, poiché essa rende capace l'infermiere di attuare una comunicazione basata sull'ascolto attivo, sulla comprensione empatica e sull'atteggiamento assertivo verso le persone assistite, utenti e famiglie, compito di per sé complesso e impegnativo<sup>(24) (3)</sup>. Alcuni autori affermano che la capacità di gestire e leggere le emozioni sembra essere un'importante abilità per molte professioni sanitarie e potrebbe potenzialmente migliorare la cura centrata sulla persona<sup>(2)</sup>, tuttavia non sono stati reperiti dalla letteratura studi aventi come oggetto d'indagine l'IE correlata agli outcomes degli utenti, sia clinici che di soddisfazione assistenziale: nonostante venga ipotizzata una correlazione positiva tra IE espressa dagli infermieri e un positivo outcome assistenziale dell'utente<sup>(14) (6)</sup>, si riscontra in letteratura l'esigenza di indagini specifiche: “il livello di Intelligenza Emotiva degli infermieri influenza gli outcomes degli utenti?”<sup>(3)</sup> “punteggi alti di soddisfazione assistenziale dei pazienti/clienti sono correlati a punteggi alti di Intelligenza Emotiva degli infermieri in particolari Realtà Operative”<sup>(25)</sup>

## **CAPITOLO 2 - SCOPO DELLO STUDIO**

### **2.1 Problema individuato**

L'IE espressa dall'infermiere condiziona la soddisfazione dell'utente relativa all'assistenza infermieristica ricevuta?

### **2.2 Obiettivi dello studio**

#### **Obiettivo generale:**

Indagare l'esistenza di una correlazione tra i punteggi ottenuti dalla misurazione della soddisfazione degli utenti-caregiver per l'assistenza infermieristica ricevuta e i punteggi ottenuti dalla misurazione dell'IE espressa dal personale infermieristico.

#### **Obiettivi specifici:**

- Fotografare ad oggi il livello di IE medio di 3 gruppi di infermieri appartenenti alle Realtà di Assistenza Domiciliare delle seguenti Aziende Sanitarie: Azienda ULSS 18 sede Rovigo, Azienda ULSS 13 sede Mirano, Azienda ULSS 13 sede Mira, ed analisi di item significativi.
- Fotografare ad oggi il livello di soddisfazione per l'assistenza infermieristica ricevuta di 3 gruppi di utenti che usufruiscono del Servizio ADI delle seguenti Aziende Sanitarie: Azienda ULSS 18 sede di Rovigo, Azienda ULSS 13 sede di Mirano, Azienda ULSS 13 sede di Mira ed analisi di item significativi.
- Porre a confronto i livelli di IE medi appartenenti ai tre gruppi di infermieri.
- Porre a confronto i livelli medi di soddisfazione per l'assistenza infermieristica ricevuta dei tre gruppi di utenti.
- Verificare se nella sede in cui emerge il più alto valore relativo al livello medio di IE espressa dagli infermieri emerge anche il più alto valore relativo al livello medio di soddisfazione per l'assistenza infermieristica ricevuta percepita dagli utenti.





## **CAPITOLO 3 - MATERIALI E METODI**

### **3.1 Disegno dello studio**

Indagine pilota osservazionale

### **3.2 Campionamento**

Due sono i campioni oggetto dell'indagine: un campione è composto da infermieri operanti nelle Realtà di Assistenza Domiciliare, l'altro è composto da utenti-caregiver che usufruiscono del Servizio ADI, per un totale di 128 soggetti così suddivisi:

- 45 infermieri che operano presso l'Azienda ULSS 18 e l'Azienda ULSS 13, provenienti rispettivamente dal Servizio di Assistenza Domiciliare ULSS 18 sede Rovigo (14 infermieri), Servizio di Assistenza Domiciliare ULSS 13 sede Mira (16 infermieri) e Servizio di Assistenza Domiciliare ULSS 13 sede Mirano (15 infermieri). Tale Unità Operativa è stata scelta per la centralità del ruolo rivestito dalla relazione interpersonale infermiere-paziente-caregiver nella pratica infermieristica.
- 83 soggetti che usufruiscono del Servizio di Assistenza Domiciliare (sia utenti che caregivers) appartenenti rispettivamente al territorio di competenza dell'ULSS 18 sede Rovigo (30 utenti), al territorio di competenza dell'ULSS 13 sede Mira (28 utenti) e al territorio di competenza dell'ULSS 13 sede Mirano (25 utenti). Si è deciso di includere nel campione non solo i soggetti interessati direttamente alle prestazioni assistenziali erogate dal Servizio di Assistenza Domiciliare in qualità di pazienti, ma anche soggetti che ricoprono il ruolo di caregiver, poiché anche loro destinatari di prestazioni infermieristiche, a prerogativa dell'obiettivo di presa carico della persona nella sua globalità, per abbracciare quindi il paradigma del patient-centred care.

### **3.3 Modalità di indagine**

L'attività di raccolta dati è stata svolta nel periodo compreso tra luglio e agosto tramite la somministrazione al personale infermieristico della versione italiana del Trait Emotional Intelligence Questionnaire Short Form (TEIQue-SF) e la somministrazione all'utenza dei distretti della sezione due della versione italiana validata del Newcastle Satisfaction with Nursing Scales (NSNS) adattata alla Realtà del Servizio di Assistenza Domiciliare.

Per quanto riguarda il campione costituito dagli infermieri, il test è stato somministrato presso le sedi centrali dei tre Distretti che hanno partecipato allo studio pilota. È stato allegato al test una presentazione in cui si è specificato l'obiettivo dell'indagine e una breve descrizione dello strumento utilizzato garantendo l'anonimato. La partecipazione all'indagine era volontaria e vi ha aderito l'84,91% degli infermieri.

Per quanto riguarda il campione costituito dagli utenti il questionario è stato somministrato personalmente a ciascun individuo nel Distretto dell'Azienda ULSS 18 Rovigo durante l'orario di ricevimento ambulatoriale infermieristico del Servizio di Assistenza Domiciliare in modo che non interferisse con le attività del personale e dell'utenza, e tramite intervista telefonica al gruppo di utenti partecipanti dei Distretti dell'Azienda ULSS 13 della sede di Mira e della sede di Mirano, ai quali precedentemente era stato consegnato tramite gli infermieri un modulo di consenso alla partecipazione all'indagine. La partecipazione era volontaria.

### **3.4 Strumenti di raccolta dati**

Per svolgere tale indagine sono stati utilizzati due tipi di strumenti: il questionario TEIQue-SF per la misurazione dell'IE dei tre gruppi infermieri e la seconda sezione del questionario NSNS, adattata alla Realtà del Servizio Domiciliare, per misurare la soddisfazione assistenziale degli utenti-caregiver che usufruiscono del Servizio.

Il questionario TEIQue-SF, utilizzato nell'indagine qui presentata e visibile in allegato (allegato 2), corrisponde della versione ridotta del Trait Emotional Intelligence Questionnaire (TEIQue): un questionario di auto somministrazione sviluppato da A.Cooper e K.V. Petrides e pubblicato nel 2003 con lo scopo di creare uno strumento che incorporasse e integrasse l'intero corpo di conoscenze e modelli riguardanti l'IE. percepita e fornire un sistema di misurazione che raggruppasse così i diversi costrutti in un unico modello<sup>(38)</sup>. Gli autori, assieme ad altri ricercatori sostengono che il questionario sul tratto di IE, rispetto ad altri strumenti, abbia tre principali vantaggi:

- è uno strumento basato su una teoria che integra i costrutti dei principali modelli teorici relativi all'argomento;
- comprende tutti e 15 gli aspetti o sfaccettature che caratterizzano l'IE, al contrario di altri modelli che ne escludono alcune per includerne di meno rilevanti;
- ha eccellenti proprietà psicometriche ed un'alta validità.

Un altro vantaggio, meno rilevante dal punto di vista scientifico quanto più importante per l'aspetto pratico, consiste nel fatto che il TEIQue è stato reso disponibile dagli autori gratuitamente per i ricercatori. La versione completa del questionario è costituita da 153 item, 30 dei quali sono stati successivamente selezionati per crearne, nel 2006, la versione ridotta TEIQue-SF. Secondo una revisione di letteratura riguardante gli strumenti disponibili per la misurazione dell'IE, nell'ambito del Nursing, il TEIQue si è dimostrato essere lo strumento più valido ed appropriato<sup>(27)</sup>. Nonostante sia dimostrato come la versione completa abbia una maggior validità e consistenza interna, si è optato per l'utilizzo della versione ridotta poiché è consigliata nell'accertamento dell'IE in contesti che richiedono un breve tempo di somministrazione, richiede infatti un tempo di compilazione inferiore ai 5 minuti, compatibile quindi con i ritmi di lavoro del personale infermieristico incluso nell'indagine. Per la costruzione della versione breve del questionario, per ciascuno dei 15 aspetti previsti dal modello di Petrides sono stati selezionati 2 item a seconda del loro grado di correlazione rispetto al dominio corrispondente e quindi rispetto al valore di IE totale. Ciascun item è formulato con un'affermazione (positiva o negativa) rispetto alla quale il soggetto compilante il test esprime più o meno accordo secondo uno stile di risposta Likert con un range che va da 1 a 7, dove 1= "Totale Disaccordo" e 7= "Completo Accordo". L'analisi del punteggio viene fatta sommando i punteggi relativi a ciascuno dei quattro fattori, dividendo quindi tale somma per il numero di item sommati<sup>(28)</sup>. In alcuni item è necessario invertire il punteggio secondo la tecnica del "reverse score" o "punteggio inverso". Tale tecnica prevede che vi siano alcune affermazioni simili in contenuto ma diverse nella formulazione, tali che l'individuo dovrà attribuirvi punteggi opposti, questo per garantire allo strumento, essendo comunque auto-somministrato e quindi soggettivo, di avere un buon grado di coerenza interna.

Per l'indagine condotta in tale tesi si è deciso di utilizzare la sezione due del NSNS adattata alla Realtà del Servizio Domiciliare per la misurazione della soddisfazione assistenziale percepita dagli utenti-caregiver, ovvero la misura del raggiungimento delle aspettative dell'utenza. Tale questionario misura esclusivamente la soddisfazione riguardo all'assistenza infermieristica dei pazienti adulti ed è stato validato come strumento per la gestione e la implementazione della qualità assistenziale. Il questionario NSNS, sviluppato inizialmente da Thomas et al. è stato elaborato sulla base delle

considerazioni dei pazienti riguardo la “cattiva” o “buona” qualità dell’assistenza ricevuta, ottenute attraverso interviste qualitative e focus groups<sup>(29)</sup>. La scelta dei singoli item è stata supportata dal coinvolgimento dei pazienti come informatori esperti, per cui sono state selezionate quelle domande il cui contenuto è risultato particolarmente impattante per il giudizio sulla assistenza infermieristica ricevuta. I temi emersi più frequentemente dai pazienti sono relativi alla disponibilità e attenzione degli infermieri, al grado di personalizzazione del trattamento erogato ai pazienti, alla rassicurazione, informazione, all’apertura e informalità degli infermieri. Mentre tra i temi meno segnalati sono inclusi: la professionalità e la competenza degli infermieri, l’organizzazione e l’ambiente dell’Unità Operativa. Il questionario NSNS originario è stato testato su 2078 pazienti in 20 reparti di 5 ospedali ed i risultati ottenuti ne hanno dimostrato la validità, l’affidabilità e la capacità di evidenziare differenze tra diversi reparti e tra diversi ospedali<sup>(30)</sup>. Mentre la versione italiana è stata validata nel 2007 da un gruppo di ricercatori dell’Università Campus Bio-Medico di Roma e Università degli Studi di Tor Vergata, Roma<sup>(31)</sup>. Lo strumento definitivo è costituito da un questionario che il paziente può compilare autonomamente e che consta di 3 sezioni:

sezione 1 - esperienze di assistenza infermieristica ricevuta;

sezione 2 - soddisfazione dell’assistenza infermieristica ricevuta;

sezione 3 - informazioni demografiche.

Per questa indagine si è optato per l’utilizzo della sezione 2 della NSNS per lo specifico obiettivo dello studio, e per il breve tempo di compilazione concorde con la somministrazione della stessa tramite intervista telefonica. La sezione utilizzata è stata adattata alla Realtà del Servizio Domiciliare nella quale l’infermiere risulta essere “l’ospite” nella dimora del paziente, dunque realtà differente da quella ospedaliera (questionario visibile in allegato 3). Il questionario utilizzato per l’indagine è così composto: 16 item a ognuno dei quali corrisponde un punteggio calcolato su una scala Likert a cinque punti (1=Per niente soddisfatto, 2=Poco soddisfatto, 3=Abbastanza soddisfatto, 4=Molto soddisfatto, 5=Completamente soddisfatto). Il punteggio totale viene ottenuto sommando i punteggi dei singoli item e dividendo quindi tale somma per il numero di item sommati.

L’analisi dei dati è stata effettuata tramite l’utilizzo della statistica descrittiva mediante programma Excel 2015 per Windows.

## **CAPITOLO 4 – RISULTATI**

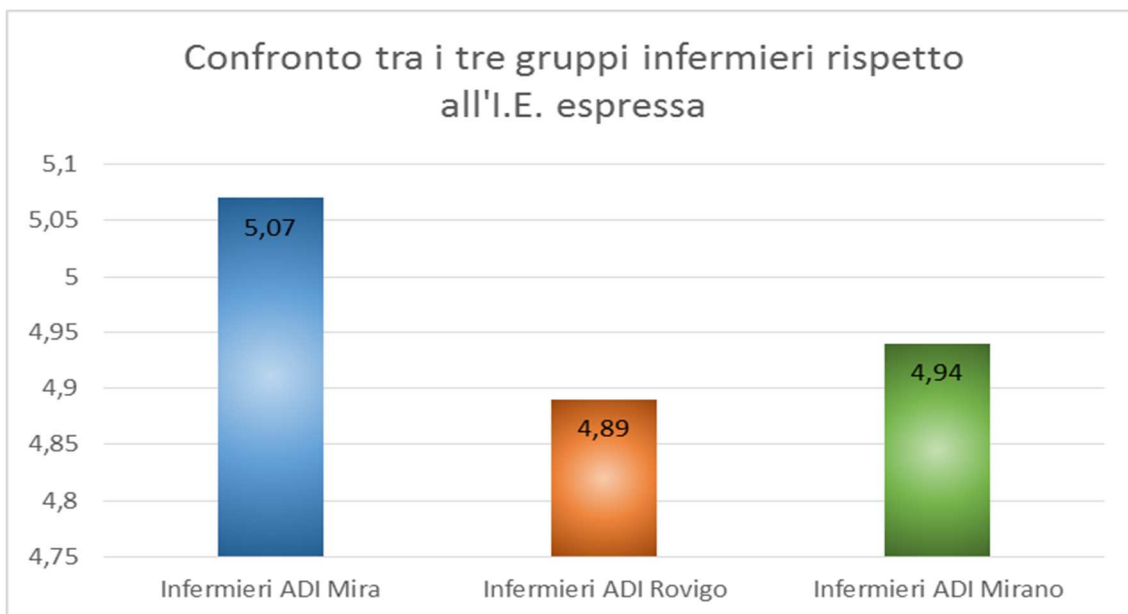
Per quanto riguarda lo studio dell'IE espressa dagli infermieri, nell'analisi dei risultati del test, il calcolo del punteggio fornisce una serie di dati qualitativi, il punteggio di IE totale è la media dei punteggi ottenuti nei 30 item. Come precisa l'autore il numero ottenuto non è indicativo di alti o bassi livelli di IE in assoluto, di conseguenza i dati ottenuti vanno analizzati relativamente al proprio campione o ad un campione omogeneo, non secondo una scala di valori universale. Per il suddetto motivo si è deciso di confrontare i dati all'interno del campione stesso composto dai tre gruppi di infermieri, non essendo possibile il confronto con il campione popolazione. I punteggi ottenuti dai test essendo dati di tipo qualitativo vanno analizzati secondo una scala ordinale. Le scale ordinali mostrano le diversità presenti tra i soggetti senza quantificarne la differenza: un individuo con punteggio uguale a 8 non è detto che presenti un livello di IE doppio rispetto a un individuo che abbia ottenuto come punteggio 4. Nelle scale ordinali non c'è un'unità di misura, ma è possibile ordinare i dati secondo un'intensità o una grandezza con cui una persona presenta una determinata caratteristica che nel caso di questo studio risulta essere l'IE. In questo senso viene stabilita una graduatoria senza chiarire quanto differiscono tra loro le varie posizioni.

I punteggi dei tre gruppi infermieri (“infermieri ADI Rovigo”, “infermieri ADI Mira”, “infermieri ADI Mirano”) sono visibili nelle tabelle allegate (allegato 4).

Dal campione di indagine composto dagli infermieri si sono ottenuti i seguenti dati:

- gruppo infermieri ADI Rovigo: media 4,89 e deviazione standard 0,40;
- gruppo infermieri ADI Mira: media 5,07 e deviazione standard 0,62;
- gruppo infermieri ADI Mirano: media 4,94 e deviazione standard 0,54.

È possibile osservare, come mostra visivamente la figura 1, che la media maggiore è stata ottenuta dal gruppo infermieri ADI Mira, a seguire in ordine decrescente il gruppo infermieri ADI Mirano e il gruppo infermieri ADI Rovigo.



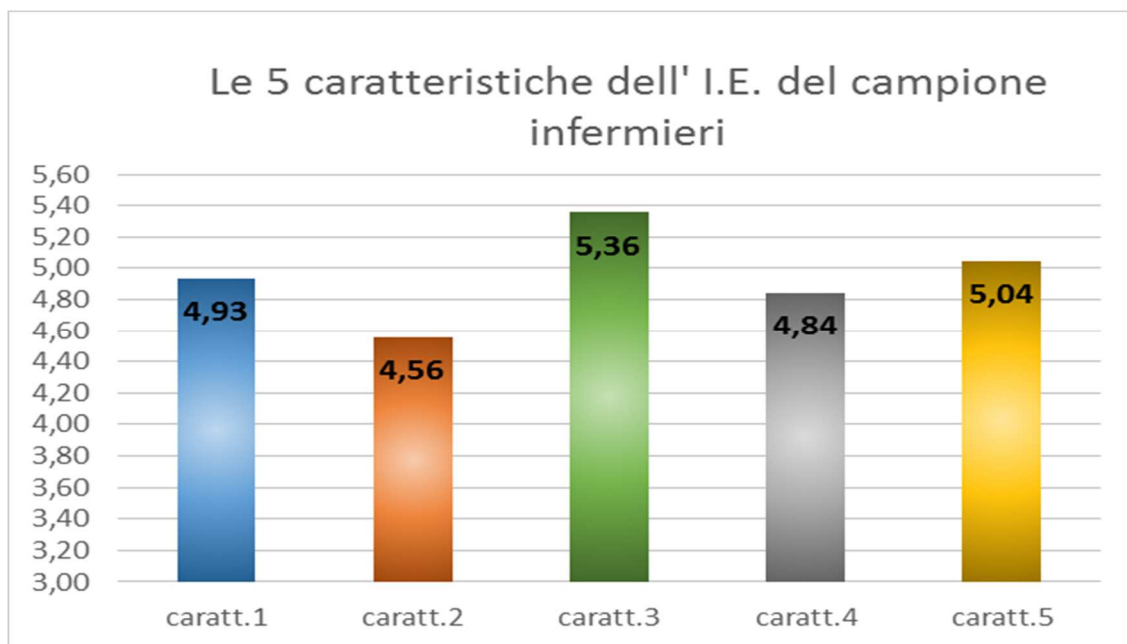
**Figura 1.** Confronto tra i tre gruppi infermieri rispetto ai punteggi medi di IE ottenuti.

Si è ritenuto interessante indagare come gli infermieri si sono posizionati rispetto ad alcuni item rappresentativi delle cinque caratteristiche dell'IE che accomunano i vari modelli<sup>(10)</sup>.

La tabella di seguito riportata mostra l'affermazione considerata rispetto a ciascuna caratteristica, ed il rispettivo grafico pone a confronto le medie dei punteggi ottenuti dall'intero campione infermieri riferite alle cinque caratteristiche dell'IE; sono in aggiunta visibili in allegato i grafici di confronto delle medie dei punteggi dei tre gruppi infermieri rispetto alle cinque caratteristiche dell'IE (allegato 5).

CARATTERISTICA	ITEM RAPPRESENTATIVI
1: Conoscere le proprie emozioni	Item 8: molte volte non riesco a capire che emozione sto provando
2: Maneggiare le proprie emozioni	Item 19: sono di solito in grado di trovare il modo di controllare le mie emozioni quando voglio
3: Motivare se stessi	Item 3: nell'insieme sono una persona molto motivata
4: Riconoscere le emozioni degli altri	Item 17: normalmente sono in grado di mettermi nei panni degli altri e di provare le loro emozioni
5: Utilizzare le competenze sociali nell'interazione con gli altri	Item 6: riesco a interagire efficacemente con le persone

**Figura 2.** Tabella raffigurante gli item del TEIQue-SF scelti come rappresentativi ciascuno di una delle 5 caratteristiche dell'IE.



**Figura 3.** Medie dei punteggi relativi alle 5 caratteristiche dell'IE del campione infermieri.



Dai valori ottenuti rappresentati nel grafico si rileva che la media di punteggi più alta ottenuta dal campione infermieri è quella relativa alla caratteristica 3 dell'IE, ovvero "motivare sé stessi" mentre la media di punteggi più bassa ottenuta dal campione infermieri è quella relativa alla caratteristica 2, ovvero "maneggiare le proprie emozioni".

I valori ottenuti riportati in ordine decrescente sono i seguenti:

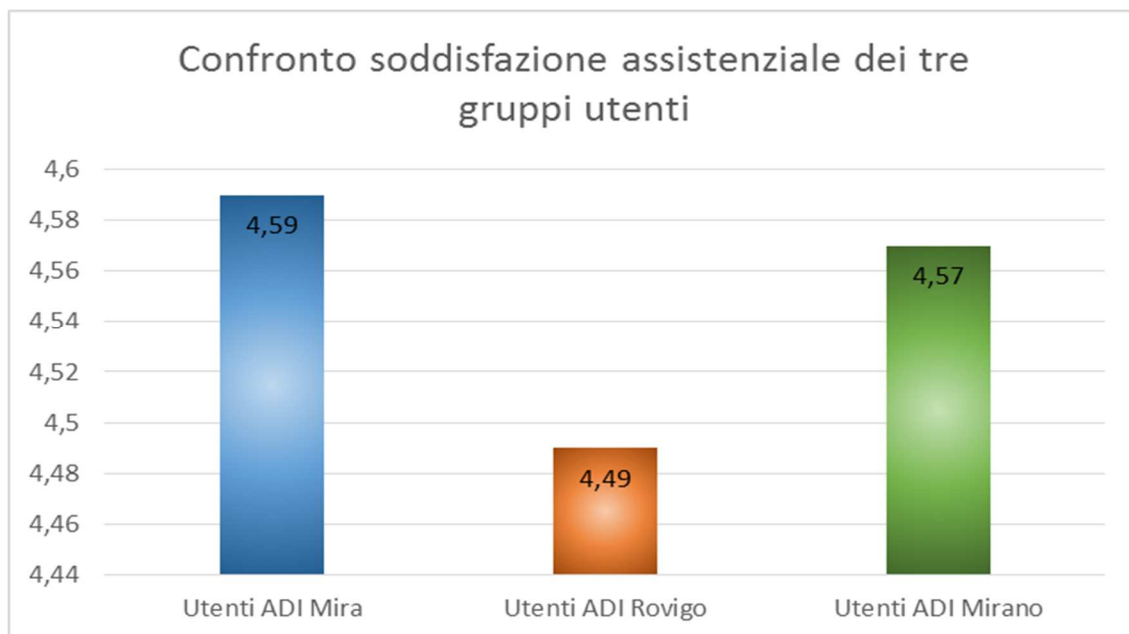
- media punteggio caratt.3 "motivare sé stessi": 5,36;
- media punteggio caratt.5 "utilizzare le competenze sociali nell'interazione con gli altri": 5,04;
- media punteggio caratt.1 "conoscere le proprie emozioni": 4,93;
- media punteggio caratt.4 "riconoscere le emozioni degli altri": 4,84;
- media punteggio caratt.2 "maneggiare le proprie emozioni": 4,56;

Per l'analisi dei risultati del questionario sulla soddisfazione assistenziale dell'utente, si è deciso di utilizzare a fini pratici la stessa modalità di calcolo del punteggio finale del test TEIQue-SF, che corrisponde dunque alla media dei punteggi ottenuti nei 16 item. I punteggi dei tre gruppi utenti, "gruppo utenti ADI Rovigo", "gruppo utenti ADI Mira" e "gruppo utenti ADI Mirano" sono visibili in allegato (allegato 6).

Dal campione di indagine composto dai tre gruppi utenti si sono ottenuti i seguenti dati:

- gruppo utenti ADI Rovigo: media 4,49 deviazione standard 0,48;
- gruppo utenti ADI Mira: media 4,59 deviazione standard 0,36;
- gruppo utenti ADI Mirano: media 4,57 deviazione standard 0,34.

È possibile riscontrare, come mostra visivamente la figura 4, che il livello medio maggiore di soddisfazione assistenziale è stato ottenuto dal "gruppo utenti ADI Mira", a seguire rispettivamente il "gruppo utenti ADI Mirano" e "gruppo utenti ADI Rovigo".



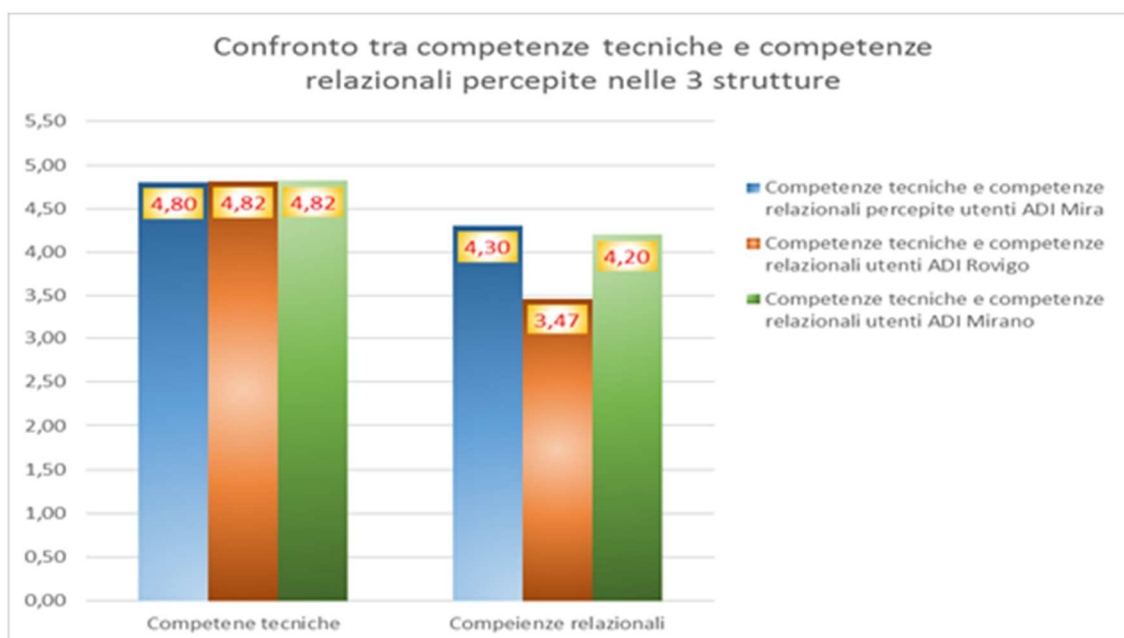
**Figura 4.** Confronto dei punteggi medi di soddisfazione assistenziale percepita relativi ai tre gruppi utenti.

Prima di verificare l'ipotesi di correlazione tra i risultati ottenuti dalla misurazione dell'IE dei tre gruppi infermieri e i risultati ottenuti dalla misurazione della soddisfazione assistenziale dei tre gruppi utenti, si è ritenuto significativo indagare come gli utenti si sono posizionati rispetto ad alcuni item rappresentativi che individuano e discriminano il tema delle "competenze tecniche" da quello delle "competenze relazionali".

La tabella successiva mostra le affermazioni considerate rispetto le due tipologie di competenze ed il rispettivo grafico (figura 6) pone a confronto le medie dei punteggi delle "competenze tecniche" e delle "competenze relazionali" ottenuti dai tre gruppi utenti; sono in aggiunta visibili in allegato i grafici di confronto dei tre gruppi utenti per ogni singolo item (allegato 7).

COMPETENZE	ITEM RAPPRESENTATIVI
Competenze tecniche	Item 2: la competenza nell'infermiere nel suo lavoro Item 3: le conoscenze dell'infermiere sul suo caso
Competenze relazionali	Item 13: come l'infermiere ascolta le sue preoccupazioni e ansie Item 9: il modo in cui l'infermiere la fa sentire a suo agio

**Figura 5.** Tabella raffigurante gli item del questionario NSNS scelti come rappresentativi delle due componenti dell'operato infermieristico, ovvero le "competenze tecniche" e le "competenze relazionali".



**Figura 6.** Confronto tra "competenze tecniche" e "competenze relazionali" dei tre gruppi utenti.

I valori medi delle "competenze tecniche" dei tre gruppi utenti sono stati ottenuti sommando i punteggi degli item 2 e item 3 di ogni gruppo e dividendo tale somma per il doppio del numero di utenti appartenenti al gruppo. Allo stesso modo si è proceduto per acquisire i valori medi delle "competenze relazionali".

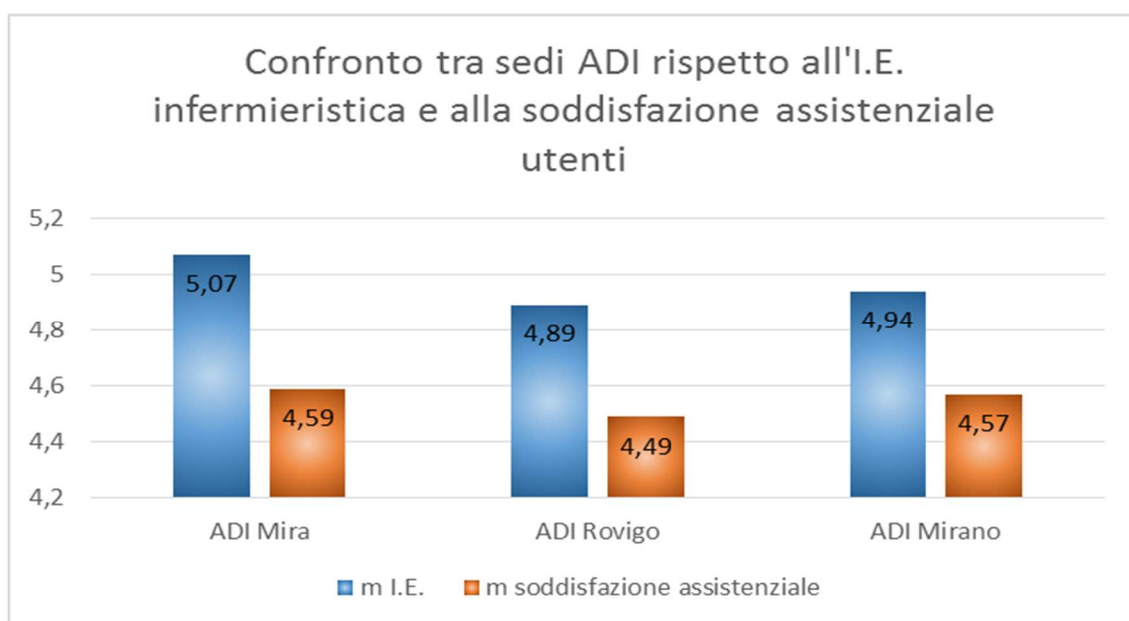
Si riscontra che i tre gruppi utenti presentano valori relativi alle "competenze tecniche" molto ravvicinati che si approssimano al punteggio massimo 5 ottenibile negli item,

mentre presentano valori relativi alle “competenze relazionali” più dissimili tra loro; si osserva in aggiunta come per ciascun gruppo i valori delle “competenze tecniche” siano maggiori ai valori delle “competenze relazionali”.

- Gruppo utenti ADI Mira: media punteggio “competenze tecniche” 4,80 media punteggio “competenze relazionali” 4,30;
- gruppo utenti ADI Rovigo: media punteggio “competenze tecniche” 4,82 media punteggio “competenze relazionali” 3,47;
- gruppo utenti ADI Mirano: media punteggio “competenze tecniche” 4,82 media punteggio “competenze relazionali” 4,20;

Attraverso il test di Shapiro è stato verificato che i dati non provengono da una distribuzione normale e per tale motivo non sono statisticamente significativi, tuttavia, a fini osservazionali, e obiettivo dell’indagine, è di estremo interesse notare che nei dati a disposizione è presente una corrispondenza tra i valori medi di IE e i valori medi di soddisfazione assistenziale, come mostra la figura 7:

- alla media con valore più alto di IE 5,07, appartenente al gruppo infermieri ADI Mira, è associata la media con valore più alto di soddisfazione assistenziale 4,59;
- alla media con valore più basso di IE 4,89 appartenente al gruppo infermieri ADI Rovigo, è associata la media con valore più basso di soddisfazione assistenziale 4,49.



**Figura 7.** Confronto tra le tre sedi ADI rispetto ai punteggi medi di IE espressa dagli infermieri e di soddisfazione assistenziale percepita dalla rispettiva utenza.



## **CAPITOLO 5 - DISCUSSIONE E CONCLUSIONI**

### **5.1 Considerazioni sui risultati**

Dall'analisi di specifici item del test TEIQue-SF scelti come rappresentanti le cinque caratteristiche principali dell'IE che accomunano i diversi modelli, svolta sia sull'intero campione infermieri (figura 3) sia su i tre gruppi infermieri distinti posti poi a confronto (allegato 6), emerge come le cinque caratteristiche, (“conoscere le proprie emozioni”, “maneggiare le proprie emozioni”, “motivare se stessi”, “riconoscere le emozioni degli altri” ed “utilizzare le competenze sociali nell'interazione con gli altri”) non siano egualmente sviluppate nel personale infermieristico, ed è significativo osservare che i valori minori rilevati al campione infermieristico siano quelli riferiti alla capacità di “maneggiare le proprie emozioni” e alla capacità di “riconoscere le emozioni degli altri”, competenze di base per una relazione interpersonale terapeutica, dal momento in cui la natura stessa dell'infermieristica presume la presa in carico dei bisogni del paziente, non solo fisici, ma anche emotivi e spirituali. È di eguale significatività rilevare che i più alti valori ottenuti, relativi al campione infermieri, ma anche ai tre gruppi analizzati, siano quelli attribuiti alla capacità di “motivare se stessi”, punto di partenza per un progresso sia del singolo che dell'intera professione verso una assistenza infermieristica di qualità che abbraccia il modello del patient-centred care.

Dall'analisi di specifici item del questionario relativo alla soddisfazione assistenziale percepita dall'utenza, emerge che la differenza di punteggio dei tre gruppi utenti è dovuta alla componente relazione dell'operato infermieristico, infatti si riscontra che i tre gruppi utenti presentano valori relativi alla componente tecnico-pratica dell'operato infermieristico molto ravvicinati che si approssimano al punteggio massimo 5 ottenibile, mentre presentano valori relativi alla componente relazionale più dissimili tra loro e tutti inferiori ai punteggi delle competenze tecnico-pratiche. Che la differenza del grado di soddisfazione assistenziale percepita dall'utenza è determinata dalla componente relazionale è stata riscontrata anche nella letteratura riferita alla scala NSNS utilizzata come strumento di misura per tale indagine pilota<sup>(30)</sup>. Emerge quindi l'importanza per l'utenza della promozione della componente relazione nell'operato infermieristico di cui essa è fruitrice, e la conseguente necessità per l'infermieristica di un accrescimento e miglioramento della componente relazionale ai fini di un'assistenza di qualità.

È possibile infine, sebbene l'analisi dei dati non abbiano condotto a risultati statisticamente significativi, dare una risposta al quesito d'origine di questa indagine pilota svolta in qualità di progetto tesi: l'IE espressa dal personale infermieristico delle tre Realtà di Assistenza Domiciliare che hanno partecipato all'indagine, Servizio ADI sede Mira, Servizio ADI sede Rovigo, Servizio ADI sede Mirano, risulta essere in correlazione con la soddisfazione assistenziale percepita dall'utenza che usufruisce del Servizio nelle tre Realtà. Poiché la discriminante i punteggi di soddisfazione assistenziale dell'utenza si è visto essere la “componente relazionale” dell'operato infermieristico è possibile ipotizzare che in tale contesto di indagine pilota l'IE espressa dall'infermiere non solo viene colta dall'utenza ma ne determina anche la qualità assistenziale percepita.

## **5.2 Limiti dello studio**

- Poiché non sono stati rilevati studi epidemiologici aventi uguale obiettivo di indagine non è stato possibile confrontare i risultati ottenuti con evidenze di letteratura.
- I dati non presentano significatività statistica poiché non provengono da una distribuzione normale, verificato tramite il test di Wilcoxon, nonostante la partecipazione della maggior parte degli infermieri (84,91%). Una ridotta percentuale di personale infermieristico ha dichiarato disaccordo sull'utilità dello studio dell'IE per la professione.

## **5.3 Raccomandazioni**

Quanto emerso da questa indagine pilota potrebbe risultare utile per motivare la realizzazione di ulteriori studi epidemiologici osservazionali aventi come focus la correlazione tra IE espressa dal personale infermieristico e la soddisfazione assistenziale percepita dall'utenza. Per la ripetizione dello studio condotto si segnala dunque la necessità di estendere la numerosità dei campioni esaminati per valorizzare l'indagine di significatività statistica.

È in aggiunta auspicabile estendere lo studio a più settori che vedono coinvolta la figura infermieristica, poiché, essendo la soddisfazione assistenziale la misura di raggiungimento delle aspettative, queste possono variare a seconda del Servizio Sanitario a cui la popolazione si rivolge.

#### **5.4 Implicazioni per la pratica**

A conclusione di tale indagine è possibile attribuire al concetto di “Intelligenza Emotiva” un ruolo fondamentale nella creazione di una relazione interpersonale terapeutica tra infermiere e paziente/famiglia poiché l’IE rende capace l’infermiere di attuare una comunicazione basata sull’ascolto attivo, sulla comprensione empatica e sull’atteggiamento assertivo verso le persone assistite, sia pazienti che famiglie, come confermato in letteratura<sup>(24)</sup> (3). La capacità di gestire e leggere le emozioni sembra essere un’importante abilità per molte professioni sanitarie e potrebbe migliorare la cura centrata sulla persona<sup>(2)</sup>. Come osservato in tale indagine potrebbe aumentare i livelli di soddisfazione assistenziale degli utenti che usufruiscono del Servizio Sanitario Nazionale. Poiché l’IE è una capacità caratteristica dell’essere umano, essa può essere insegnata, sviluppata ed allenata parallelamente all’insegnamento tecnico pratico, sia in ambito di studio universitario sia in ambito lavorativo tramite corsi di aggiornamento, affinché arte e scienza del nursing siano fattori sinergici e non contrastanti al fine professionale di assistenza centrata sulla persona, non solo per la salute e benessere del personale infermieristico stesso ma probabilmente, come riscontrato in tale indagine, anche per la soddisfazione percepita dall’utenza, ovvero dai soggetti a cui l’operato infermieristico è rivolto, e conseguentemente al loro stato di benessere.





## BIBLIOGRAFIA

- (1) Freshwater D, Stickley T. The heart of the art: emotional intelligence in nurse education. *Nurs Inq* 2004 Jun;11(2):91-98.
- (2) Birks YF, Watt IS. Emotional intelligence and patient-centred care. *Journal of the Royal Society of Medicine* 2007 August 01;100(8):368-374.
- (3) Shanta LL, Connolly M. Using King's interacting systems theory to link emotional intelligence and nursing practice. *J Prof Nurs* 2013 May-Jun;29(3):174-180.
- (4) Lapum J, Fredericks S, Beanlands H, McCay E, Schwind J, Romaniuk D. A cyborg ontology in health care: traversing into the liminal space between technology and person-centred practice. *Nurs Philos* 2012 Oct;13(4):276-288.
- (5) Finfgeld-Connett D. Meta-synthesis of caring in nursing. *J Clin Nurs* 2008 Jan;17(2):196-204.
- (6) Beauvais A, Stewart JG, DeNisco S. Emotional intelligence and spiritual well-being: implications for spiritual care. *J Christ Nurs* 2014 Jul-Sep;31(3):166-171.
- (7) Kooker BM, Shoultz J, Codier EE. Identifying emotional intelligence in professional nursing practice. *J Prof Nurs* 2007 Jan-Feb;23(1):30-36.
- (8) Ministero della Salute. Assistenza Domiciliare. 2013; Available at: <http://www.salute.gov.it/portale/salute>. Accessed luglio/29, 2015.
- (9) Salovey P, Mayer JD. Emotional intelligence. *Imagination, cognition and personality* 1990;9(3):185-211.
- (10) Zeidner M, Roberts RD, Matthews G. The Science of Emotional Intelligence. 2008 Jan 2008;Vol. 13(1):64-7.
- (11) Cherniss C. Emotional intelligence: Toward clarification of a concept. *Industrial and Organizational Psychology* 2010;3(2):110-126.
- (12) Dulewicz V, Higgs M. Emotional intelligence – A review and evaluation study. *J Manage Psychol* 2000 06/01; 2015/07;15(4):341-372.
- (13) Petrides KV, Furnham A, Mavrevli S. Trait Emotional Intelligence: Moving Forward in the Field of EI. *The Science of Emotional Intelligence : Knowns and Unknowns* 2012.
- (14) Bulmer Smith K, Profetto-McGrath J, Cummings GG. Emotional intelligence and nursing: an integrative literature review. *Int J Nurs Stud* 2009 Dec;46(12):1624-1636.
- (15) Lopes PN, Salovey P, Straus R. Emotional intelligence, personality, and the perceived quality of social relationships. *Personality and Individual Differences* 2003;35(3):641-658.

- (16) Zhang HH. A Meta-Analysis of the Relationship Between Individual Emotional Intelligence and Workplace Performance. *Acta Psychologica Sinica (心理学报)* 2011;43:2:188-202.
- (17) Codier E, Kooker BM, Shoultz J. Measuring the emotional intelligence of clinical staff nurses: an approach for improving the clinical care environment. *Nurs Adm Q* 2008 Jan-Mar;32(1):8-14.
- (18) Quoidbach J, Hansenne M. The Impact of Trait Emotional Intelligence on Nursing Team Performance and Cohesiveness. *Journal of Professional Nursing* 2009 0;25(1):23-29.
- (19) Gerits L, Derksen JLL, Verbruggen AB, Katzko M. Emotional intelligence profiles of nurses caring for people with severe behaviour problems. *Personality and Individual Differences* 2005 1;38(1):33-43.
- (20) Habib S, Riaz MN, Akram M. Emotional Intelligence as Predictor of Life Satisfaction among Nurses: Mediating Role of Spiritual Wellness. *FWU Journal of Social Sciences* 2012;6(1):73.
- (21) Akerjordet K, Severinsson E. The state of the science of emotional intelligence related to nursing leadership: an integrative review. *J Nurs Manag* 2010;18(4):363-382.
- (22) Li Y, Cao F, Cao D, Liu J. Nursing students? post-traumatic growth, emotional intelligence and psychological resilience. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2015;22(5):326-332.
- (23) Cadman C, Brewer J. Emotional intelligence: a vital prerequisite for recruitment in nursing. *J Nurs Manag* 2001 Nov;9(6):321-324.
- (24) Hurley J. Perceptual shifts of priority: a qualitative study bringing emotional intelligence to the foreground for nurses in talk-based therapy roles. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2013 Mar;20(2):97-104.
- (25) Codier E, Kamikawa C, Kooker BM, Shoultz J. Emotional intelligence, performance, and retention in clinical staff nurses. *Nurs Adm Q* 2009 Oct-Dec;33(4):310-316.
- (26) Petrides KV, Pérez-González JC, Furnham A. On the criterion and incremental validity of trait emotional intelligence. *Cognition and Emotion* 2007 01/01;2015/07;21(1):26-55.
- (27) Heffernan M, Quinn Griffin MT, Sister Rita M, Fitzpatrick JJ. Self-compassion and emotional intelligence in nurses. *Int J Nurs Pract* 2010 Aug;16(4):366-373.
- (28) Cooper A, Petrides K. A psychometric analysis of the Trait Emotional Intelligence Questionnaire–Short Form (TEIQue–SF) using item response theory. *J Pers Assess* 2010;92(5):449-457.

(29) Bond S. Obtaining patients' views of nursing care to inform the development of a patient satisfaction scale. *Editorial: Broad and Deep* 1995;7(2):153-163.

(30) Thomas L, McColl E, Priest J, Bond S, Boys R. Newcastle satisfaction with nursing scales: an instrument for quality assessments of nursing care. *Quality in Health Care* 1996;5(2):67-72.

(31) Piredda M, Cossu L, Amato S, Alvaro R, Tartaglini D, Spiga F, et al. Misura della soddisfazione del paziente per l'assistenza infermieristica ricevuta: versione italiana del "Newcastle Satisfaction with Nursing Scales". *International Nursing Perspective* 2007;7(2-3):25-31.

### **Bibliografia consultata**

Akerjordet K, Severinsson E. Emotional intelligence, reactions and thoughts: Part 2: A pilot study. *Nurs Health Sci* 2009;11(3):213-220.

Akerjordet K, Severinsson E. Emotional intelligence: Part 1: The development of scales and psychometric testing. *Nurs Health Sci* 2009;11(1):58-63.

Bayne H, Neukrug E, Hays D, Britton B. A comprehensive model for optimizing empathy in person-centered care. *Patient Educ Couns* 2013 11;93(2):209-215.

Beauvais A. Build an instinct for feelings. *Nurs Stand* 2012 Apr 4-10;26(31):62-63.

Becze E. Increase Emotional Intelligence Awareness During Clinical Rounds. *ONS CONNECT* 2013 06;28(2):36-37.

Codier E, Muneno L, Franey K, Matsuura F. Is emotional intelligence an important concept for nursing practice? *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2010 Dec;17(10):940-948.

Conte JM. A review and critique of emotional intelligence measures. *J Organ Behav* 2005;26(4):433-440.

Daus CS, Ashkanasy NM. The case for the ability-based model of emotional intelligence in organizational behavior. *J Organ Behav* 2005;26(4):453-466.

Davies S, Jenkins E, Mabbett G. Emotional intelligence: district nurses' lived experiences. *Br J Community Nurs* 2010 03;15(3):141-146.

Drach-Zahavy A. Patient-centred care and nurses' health: the role of nurses' caring orientation. *J Adv Nurs* 2009;65(7):1463-1474.

Filippo E. Intelligenza emotiva: una abilità fondamentale nell'assistenza infermieristica centrata sulla persona; 2014.

Littlejohn P. The missing link: using emotional intelligence to reduce workplace stress and workplace violence in our nursing and other health care professions. *J Prof Nurs* 2012 Nov-Dec;28(6):360-368.

Matthews G, Zeidner M, Roberts RD. *Emotional intelligence: Science and myth*; 2004.

McQueen ACH. Emotional intelligence in nursing work. *J Adv Nurs* 2004;47(1):101-108.

Salovey P, Grewal D. The Science of Emotional Intelligence. *Current Directions in Psychological Science* 2005 December 01;14(6):281-285.

Scott ES. Get smart: Increase your emotional intelligence. *American Nurse Today* 2009.

**ALLEGATI**

## INDICE ALLEGATI

ALLEGATO 1	<b>Tabella di comparazione di tre modelli dell'IE (Mayer et al. 2008)</b>
ALLEGATO 2	<b>Trait Emotional Intelligence Questionnaire Short Form (TEIQue-SF)</b>
ALLEGATO 3	<b>Sezione 2 della versione italiana validata del Newcastle Satisfaction with Nursing Scales (NSNS), adattata alla Realtà del Servizio di Assistenza Domiciliare</b>
ALLEGATO 4	<b>Risultati del TEIQue-SF rispetto al punteggio di IE totale ottenuto dai soggetti dei tre gruppi del campione infermieri</b>
ALLEGATO 5	<b>Risultati punteggi medi della soddisfazione assistenziale ottenuti dai tre gruppi del campione utenti</b>
ALLEGATO 6	<b>Rappresentazioni grafiche dei punteggi medi ottenuti dai tre gruppi infermieri negli item riconducibili alle 5 caratteristiche dell'IE</b>
ALLEGATO 7	<b>Rappresentazioni grafiche delle medie dei punteggi ottenuti dai tre gruppi utenti relativi ai 4 item analizzati del questionario di soddisfazione assistenziale</b>
ALLEGATO 8	<b>Rappresentazioni grafiche delle medie dei punteggi delle due componenti, “competenze tecniche” e “competenze relazionali”, composti ciascuno da 2 dei 4 item analizzati, percepite dai tre gruppi di utenti</b>

**ALLEGATO n.1**

**Tabella di comparazione di tre modelli dell'Intelligenza Emotiva (Mayer et al.**

**2008)**



**Tabella di comparazione di tre modelli dell'Intelligenza Emotiva (Mayer et al. 2008)**

Intelligenza Emotiva: comparazione dei tre modelli			
Modello	Modello di personalità	Modello delle Abilità	Modello misto
Definizione di Intelligenza Emotiva	Facilitatori emotivi e sociali che influenzano il comportamento intelligente (Bar-On 2007)	‘L’abilità di percepire ed esprimere le emozioni, assimilare le emozioni nel pensiero, comprendere e ragionare con emozione e regolare le emozioni proprie e degli altri’ (Mayer et al. 2000, p. 396)	‘La capacità di riconoscere i nostri sentimenti e quelli degli altri, per il controllo di noi stessi, e per la gestione delle emozioni in noi stessi e nelle nostre relazioni’ (Goleman 1995, p. 317)
Contesto d’origine	Community health	Cognitive psychology research	Organizational development
Strumenti di misura	EQ-i	MSCEIT	ECI
Limiti	Problemi di validità di formulazione e di validità discriminante correlate al sovrapporsi a test di personalità	Buona formulazione e validità discriminante	Problemi di validità di formulazione e validità discriminante correlate al sovrapporsi a test di personalità

**ALLEGATO n.2**

**Trait Emotional Intelligence Questionnaire Short Form (TEIQue-SF)**



**ALLEGATO n.3**

**Sezione 2 della versione italiana validata del Newcastle Satisfaction with Nursing Scales (NSNS), adattata alla Realtà del Servizio di Assistenza Domiciliare.**

## LE SUE OPINIONI SULL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Le chiediamo le sue opinioni sull'assistenza infermieristica che riceve dall'infermiere dell'ADI che la segue.

Per ogni domanda, per favore faccia un segno sul numero che meglio descrive la sua opinione.

		Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Abbastanza soddisfatto	Molto soddisfatto	Completamente soddisfatto
1	La qualità del tempo che l'infermiere le dedica	1	2	3	4	5
2	La competenza dell'infermiere nel suo lavoro	1	2	3	4	5
3	Le conoscenze dell'infermiere sul suo caso	1	2	3	4	5
4	La tempistica con cui l'infermiere arriva quando chiamato	1	2	3	4	5
5	Il modo in cui l'infermiere la fa sentire a suo agio	1	2	3	4	5
6	La quantità di informazioni che l'infermiere le da sulle sue condizioni di salute e sulla terapia	1	2	3	4	5
7	L'aiuto che riceve dall'infermiere	1	2	3	4	5
8	Il modo in cui l'infermiere Le spiega le cose	1	2	3	4	5
9	Il modo in cui l'infermiere rassicura parenti e/o amici	1	2	3	4	5
10	Il modo in cui l'infermiere svolge il suo lavoro	1	2	3	4	5
11	Il tipo di informazioni che l'infermiere le fornisce sulle sue condizioni di salute e sul suo trattamento	1	2	3	4	5
12	L'essere trattato come persona dall'infermiere	1	2	3	4	5
13	Come l'infermiere ascolta le sue preoccupazioni e ansie	1	2	3	4	5
14	La disponibilità dell'infermiere a rispondere alle sue richieste	1	2	3	4	5
15	La riservatezza e il pudore che l'infermiere le garantisce	1	2	3	4	5
16	La consapevolezza dei suoi bisogni da parte dell'infermiere	1	2	3	4	5

**ALLEGATO n.4**

**Risultati del TEIQue-SF rispetto al punteggio di IE totale ottenuto dai soggetti dei  
tre gruppi del campione infermieri**

**Risultati del TEIQue-SF rispetto al punteggio di IE totale ottenuto dai soggetti dei tre gruppi del campione infermieri**

Il campione è composto da 45 infermieri divisi in tre gruppi a seconda della Realtà di Assistenza Domiciliare a cui appartengono. A ciascuno dei soggetti è stato attribuito un punteggio di IE percepita che si ottiene dividendo la somma delle risposte attribuite agli item per il numero di item, cioè 30.

*Tabella I. Punteggio del livello di IE gruppo infermieri ADI Mira*

n	Punteggio
1	5,37
2	5,17
3	5,23
4	4,27
5	4,30
6	5,63
7	4,77
8	5,63
9	6,17
10	4,93
11	6,10
12	5,10
13	4,10
14	5,10
15	4,73
16	4,53
Media aritmetica	5,07
Deviazione standard	0,62

*Tabella II. Punteggio del livello di IE del gruppo infermieri ADI Rovigo*

n	Punteggio
1	4,63
2	4,50
3	4,57
4	5,23
5	4,90
6	4,77
7	5,17
8	5,73
9	5,53
10	4,70
11	4,53
12	4,60
13	4,50
14	5,13
Media aritmetica	4,89
Deviazione standard	0,40

*Tabella III. Punteggio del livello di IE del gruppo infermieri ADI Mirano*

n	Punteggio
1	4,17
2	4,77
3	6,13
4	4,03
5	4,43
6	5,17
7	4,93
8	4,73
9	5,13
10	5,70
11	5,00
12	5,27
13	4,90
14	5,10
15	4,70
Media aritmetica	4,94
Deviazione standard	0,54



**ALLEGATO n.5**  
**Risultati punteggi medi della soddisfazione assistenziale ottenuti dai tre gruppi del**  
**campione utenti**

**Risultati punteggi medi della soddisfazione assistenziale ottenuti dai tre gruppi del campione utenti**

Il campione è composto da 83 utenti (pazienti/caregiver) divisi in tre gruppi a seconda della Realtà di Assistenza Domiciliare di cui usufruiscono. A ciascuno dei soggetti è stato attribuito un punteggio di soddisfazione assistenziale percepita e la rispettiva media, che si ottiene dividendo la somma delle risposte attribuite agli item per il numero di item, cioè 16.

*Tabella IV. Punteggi e medie della soddisfazione assistenziale del gruppo utenti ADI*

*Mira*

n	Punteggio	Media
1	78	4,86
2	79	4,94
3	75	4,69
4	69	4,31
5	80	5,00
6	67	4,19
7	74	4,63
8	75	4,69
9	68	4,25
10	80	5,00
11	80	5,00
12	73	4,56
13	64	4,00
14	69	4,31
15	71	4,44
16	80	5,00
17	74	4,63
18	75	4,69
19	68	4,25
20	59	3,68
21	78	4,88
22	67	4,19
23	78	4,88
24	80	5,00
25	66	4,13
26	73	4,56
27	75	4,69
28	80	5,00
Media aritmetica		4,59
Deviazione standard		0,36

*Tabella V. Punteggi e medie della soddisfazione assistenziale del gruppo utenti ADI*

*Rovigo*

n	Punteggio	Media
1	77	4,81
2	68	4,25
3	74	4,63
4	79	4,94
5	65	4,06
6	54	3,38
7	55	3,44
8	61	3,81
9	73	4,56
10	78	4,88
11	80	5,00
12	76	4,75
13	69	4,31
14	67	4,19
15	73	4,56
16	69	4,31
17	76	4,75
18	80	5,00
19	78	4,88
20	76	4,75
21	64	4,00
22	59	3,69
23	77	4,81
24	63	3,94
25	75	4,69
26	80	5,00
27	80	5,00
28	78	4,88
29	74	4,63
30	75	4,69
Media aritmetica		4,49
Deviazione standard		0,48

*Tabella VI. Punteggi e medie della soddisfazione assistenziale del gruppo utenti ADI*

*Mirano*

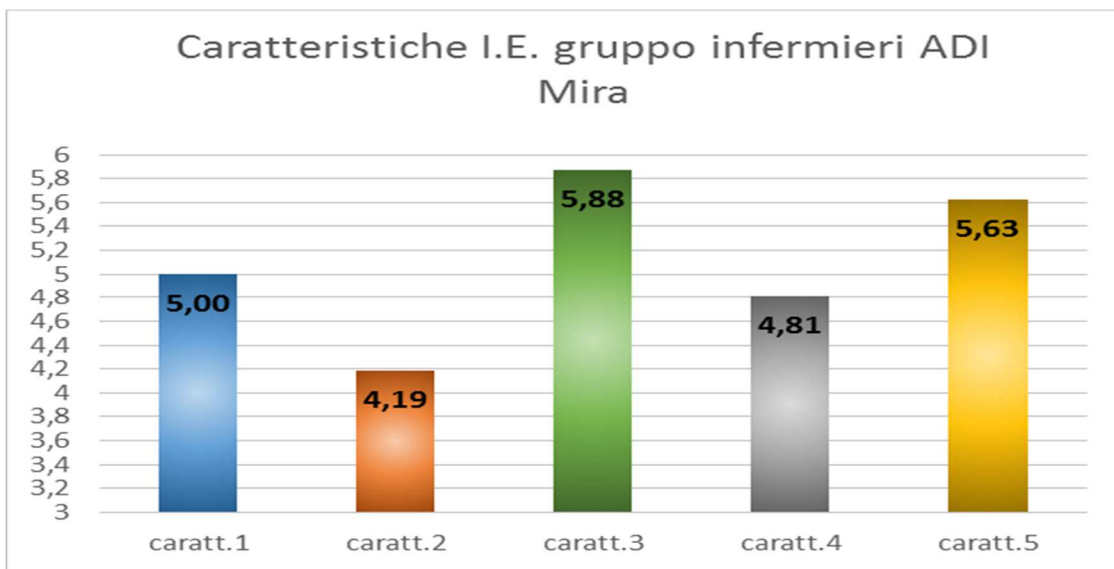
n	Punteggio	Media
1	79	4,94
2	65	4,06
3	80	5,00
4	73	4,56
5	74	4,63
6	77	4,81
7	79	4,94
8	68	4,25
9	74	4,63
10	75	4,69
11	65	4,06
12	80	5,00
13	63	3,94
14	73	4,56
15	73	4,56
16	76	4,75
17	69	4,31
18	80	5,00
19	73	4,56
20	76	4,75
21	63	3,94
22	66	4,13
23	78	4,88
24	76	4,75
25	74	4,63
Media aritmetica		4,57
Deviazione standard		0,34

**ALLEGATO n.6**

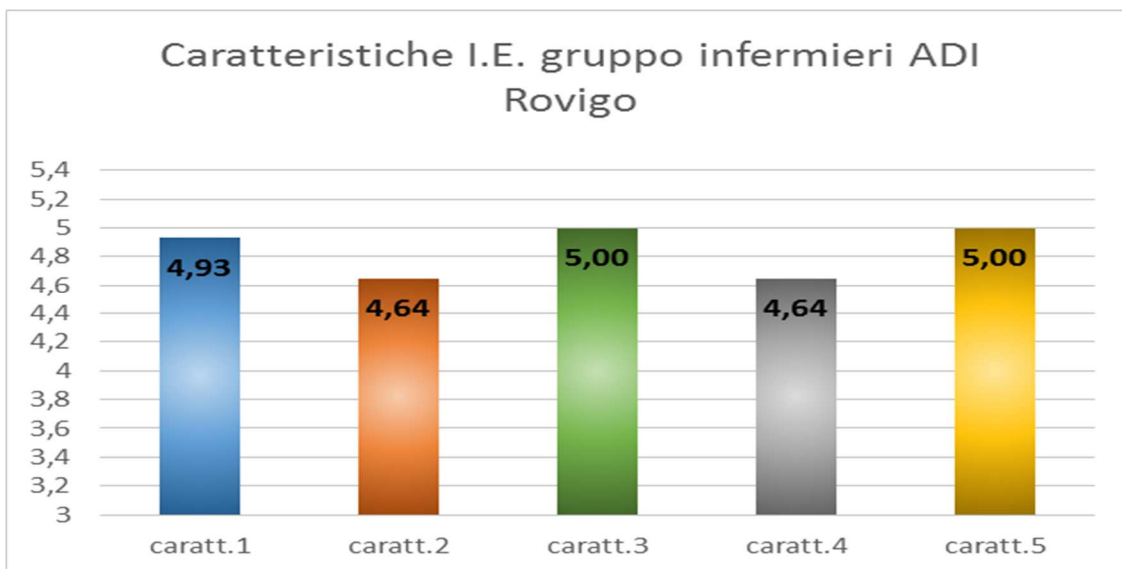
**Rappresentazione grafica dei punteggi medi ottenuti dai tre gruppi infermieri  
negli item riconducibili alle 5 caratteristiche dell'IE**

**Rappresentazione grafica dei punteggi medi ottenuti dai tre gruppi infermieri negli item riconducibili alle 5 caratteristiche dell'IE**

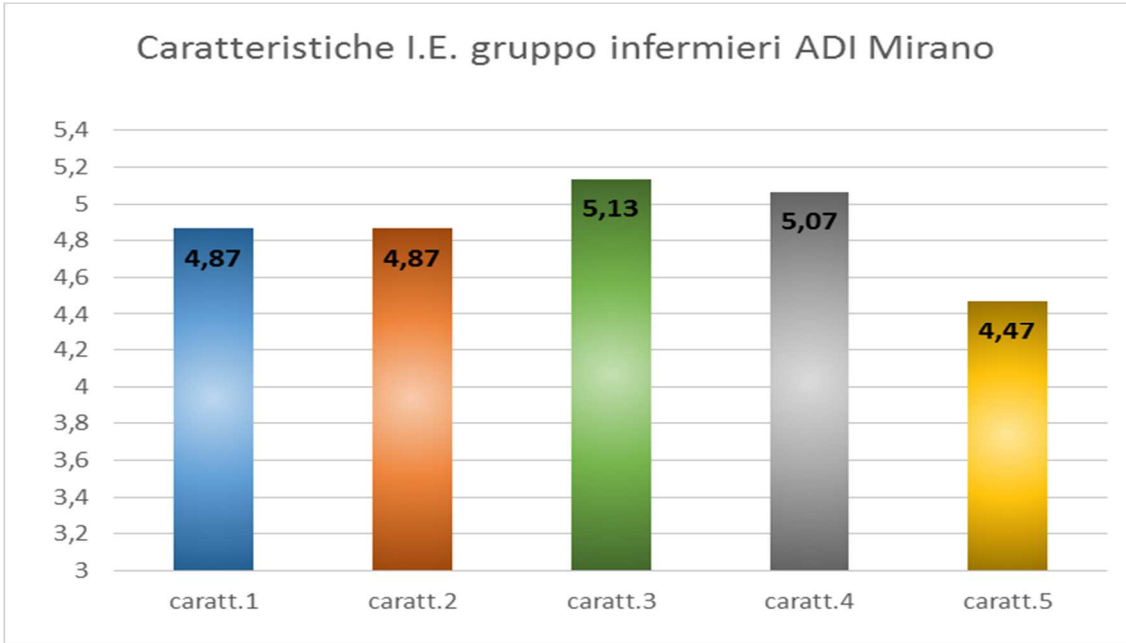
Di seguito vengono rappresentati graficamente i punteggi medi relativi alle 5 caratteristiche dell'IE di ciascun gruppo infermieri. Tali valori ottenuti da ciascun gruppo sono poi posti a confronto graficamente.



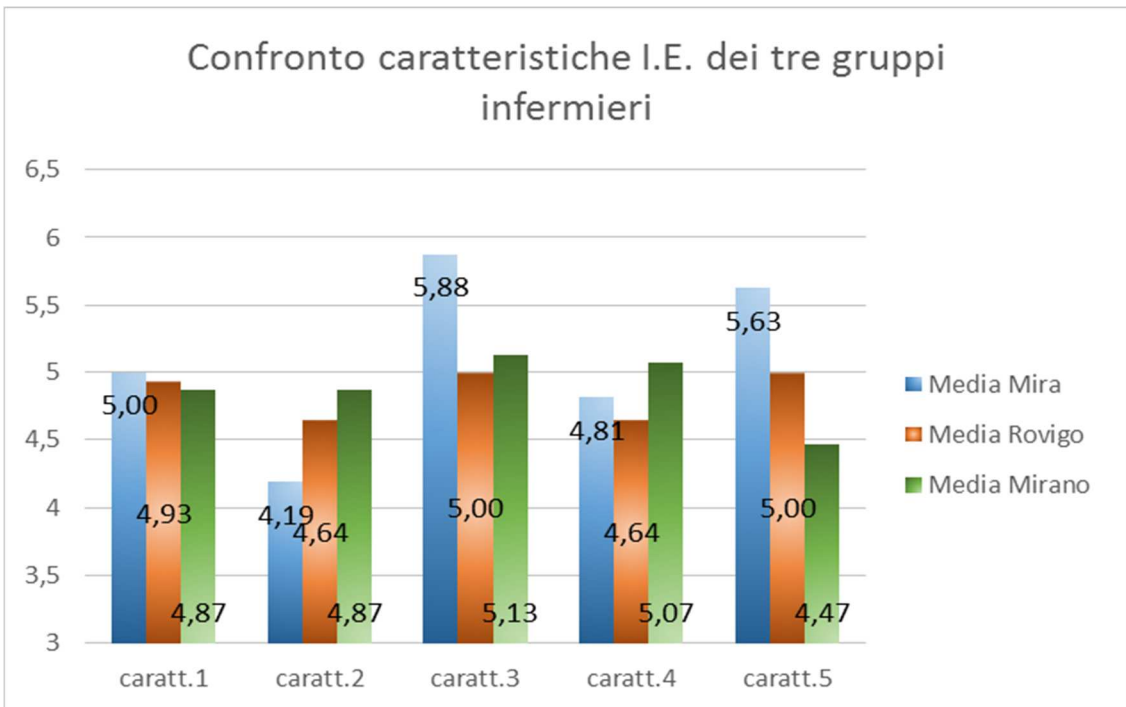
**Figura 8.** Punteggi medi relativi alle 5 caratteristiche dell'IE del gruppo infermieri ADI Mira.



**Figura 9.** Punteggi medi relativi alle 5 caratteristiche dell'IE del gruppo infermieri ADI Rovigo.



**Figura 10.** Punteggi medi relativi alle 5 caratteristiche dell'IE del gruppo infermieri ADI Mirano.



**Figura 11.** Confronto dei punteggi medi relativi alle 5 caratteristiche dell'IE dei tre gruppi infermieri.

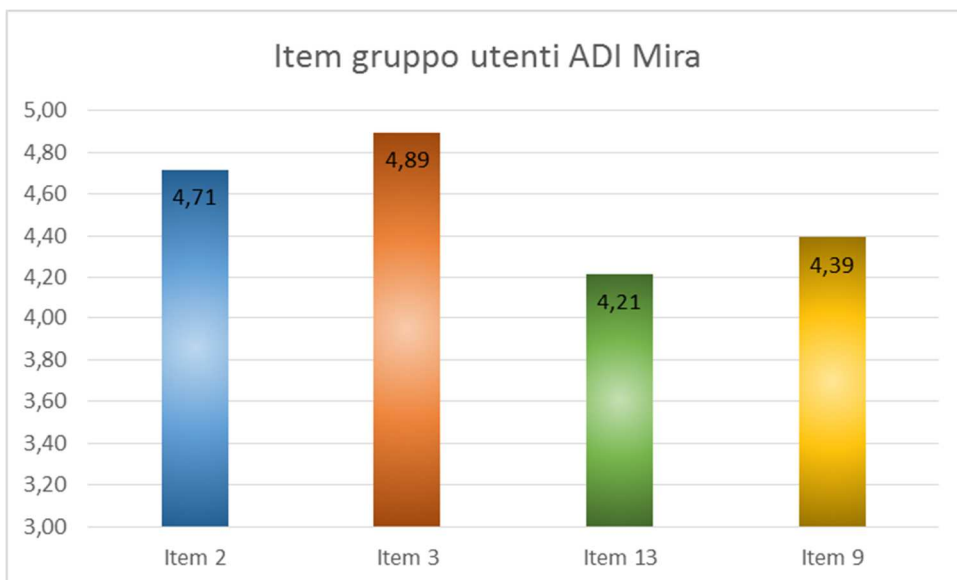
**ALLEGATO n.7**

**Rappresentazione grafica delle medie dei punteggi ottenuti dai tre gruppi utenti  
relativi ai 4 item analizzati del questionario di soddisfazione assistenziale**

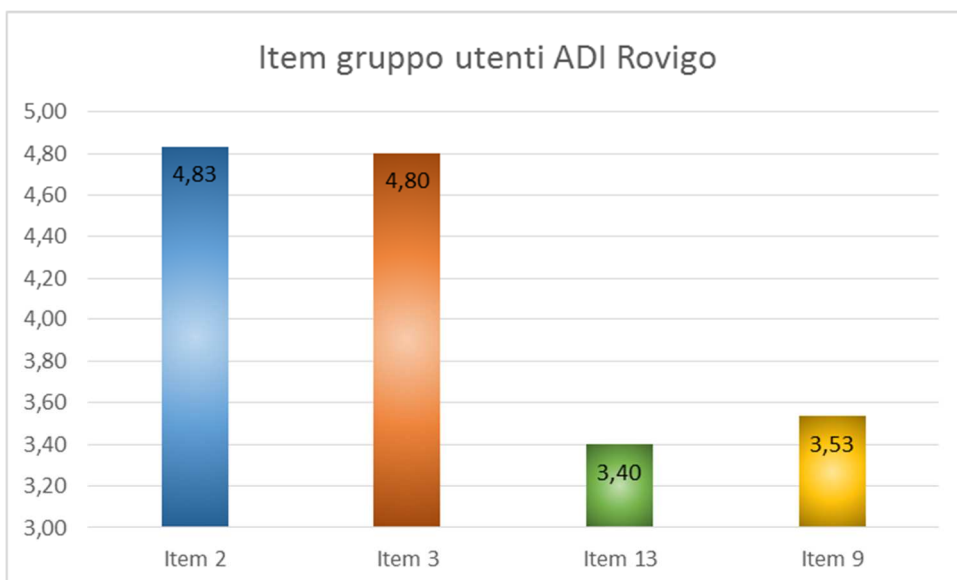


**Rappresentazione grafica delle medie dei punteggi ottenuti dai tre gruppi utenti relativi ai 4 item analizzati del questionario di soddisfazione assistenziale.**

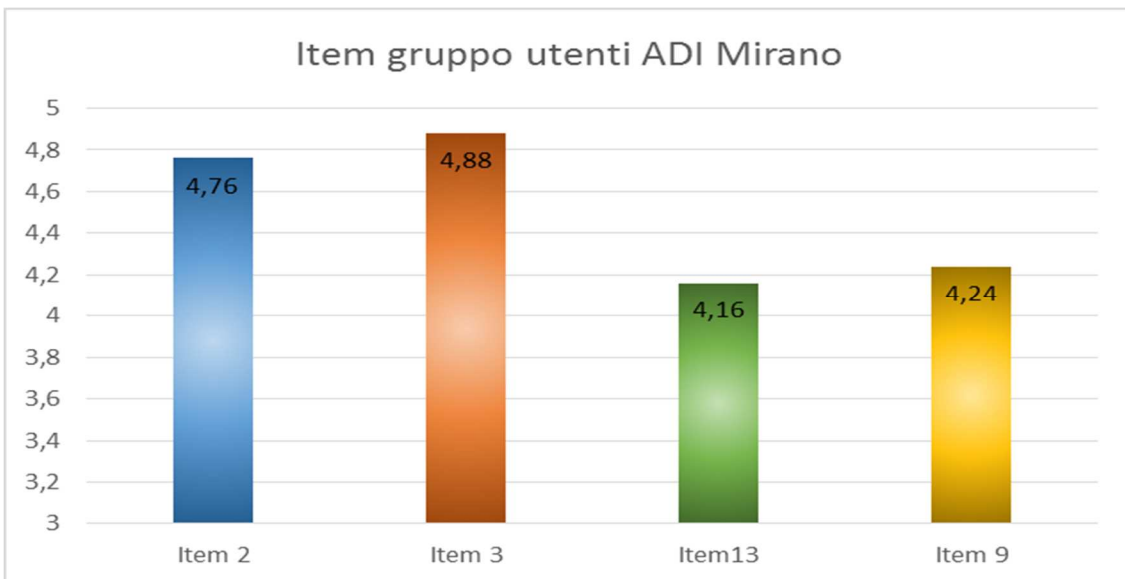
Di seguito vengono rappresentati graficamente le medie dei punteggi relativi ai 4 item analizzati ottenuti da ciascun gruppo utente. Tali valori di ciascun gruppo vengono poi posti a confronto graficamente.



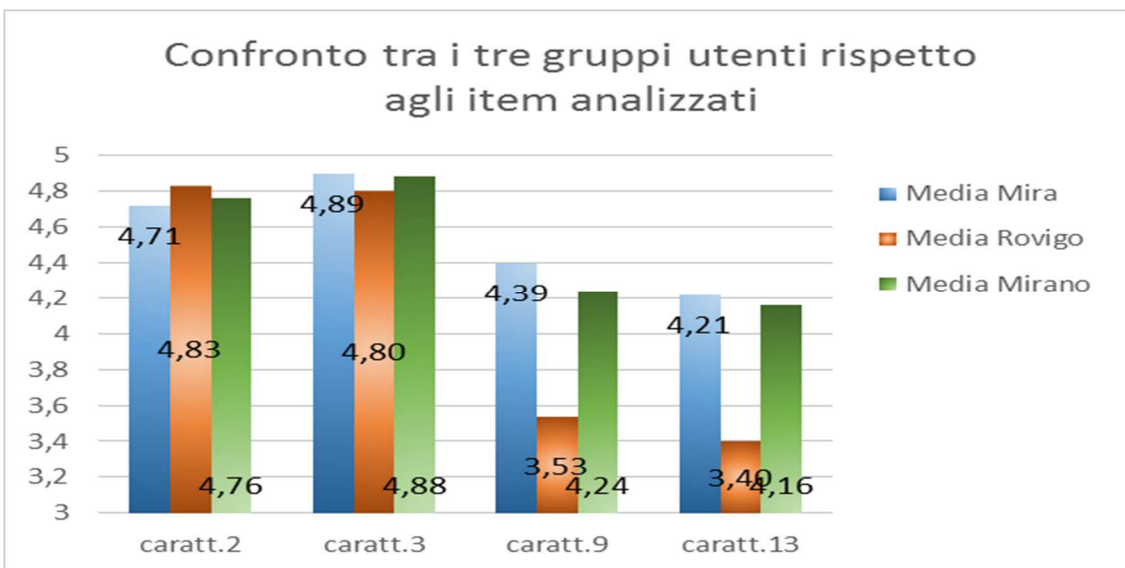
**Figura 12.** Medie punteggi relativi ai 4 item analizzati del questionario di soddisfazione assistenziale del gruppo utenti ADI Mira.



**Figura 13.** Medie punteggi relativi ai 4 item del questionario di soddisfazione assistenziale del gruppo utenti ADI Rovigo.



**Figura 14.** Medie punteggi relativi ai 4 item analizzati del questionario di soddisfazione assistenziale del gruppo utenti ADI Mirano.



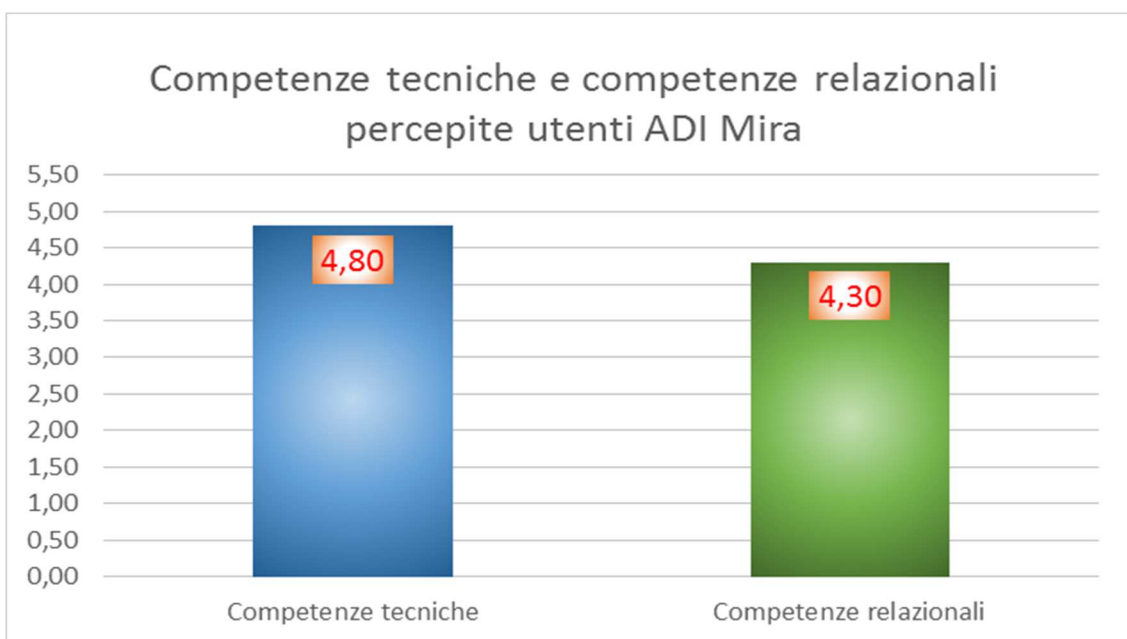
**Figura15.** Confronto delle medie dei punteggi ottenuti da ciascun gruppo utenti relativi ai 4 item analizzati del questionario di soddisfazione assistenziale.

**ALLEGATO 8**

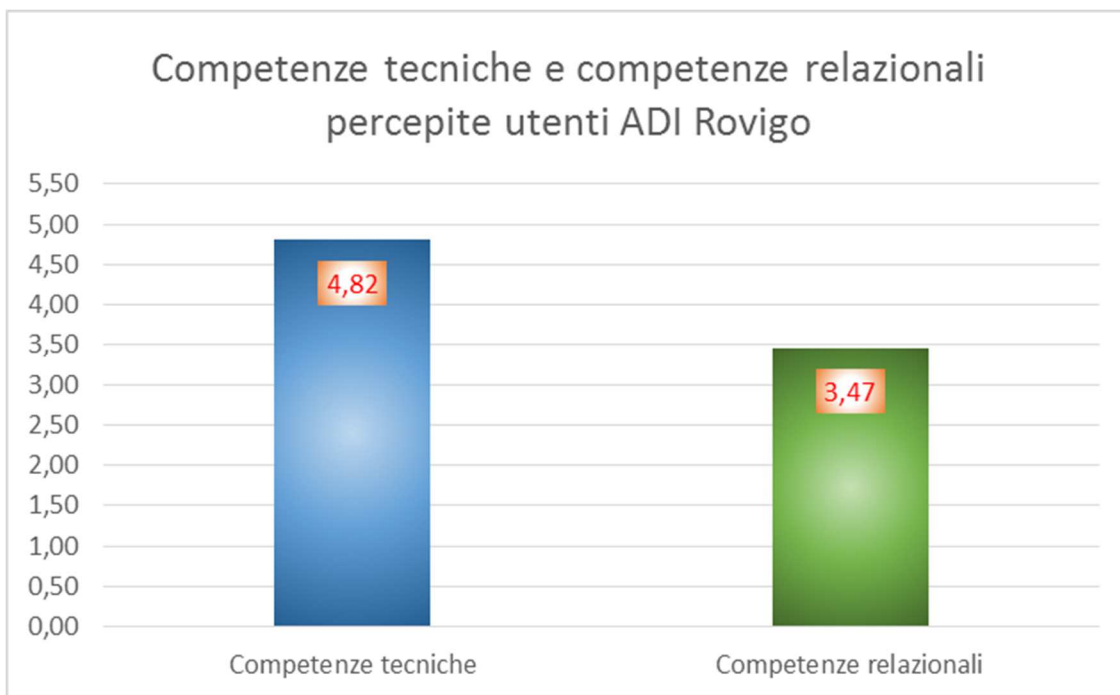
**Rappresentazione grafica delle medie dei punteggi delle due componenti, “competenze tecniche” e “competenze relazionali”, composti ciascuno da 2 dei 4 item analizzati, percepite dai tre gruppi di utenti.**

**Rappresentazione grafica delle medie dei punteggi delle due componenti, “competenze tecniche” e “competenze relazionali”, composti ciascuno da 2 dei 4 item analizzati, percepite dai tre gruppi utenti.**

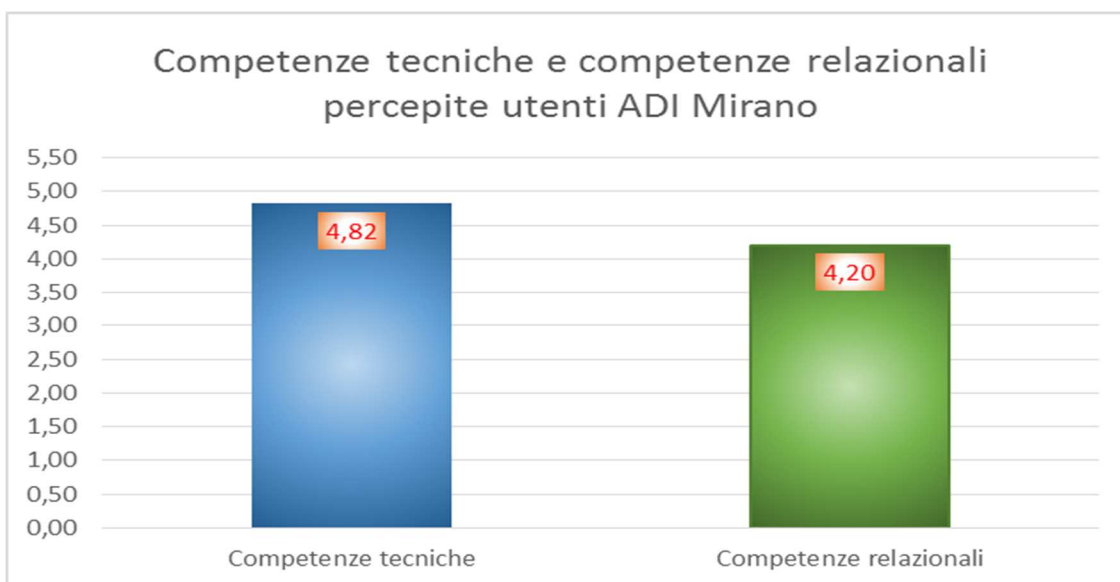
Di seguito è visibile la rappresentazione grafica delle medie dei punteggi dei due insiemi “competenze tecniche” e “competenze relazionali” che costituiscono le componenti dell’operato infermieristico. L’insieme “competenze tecniche” è costituito dall’item 2 e dall’item 3, l’insieme “competenze relazionali” è costituito dall’ item 9 e dall’item 13. I valori sono stati ottenuti sommando i punteggi degli item relativi a ciascun insieme e dividendo tale somma per il doppio del numero di utenti appartenenti al gruppo.



**Figura 16.** Punteggi medi relativi alle “competenze tecniche” e alle “competenze relazionali” percepite dal gruppo utenti ADI Mira.



**Figura 17.** Punteggi medi relativi alle “competenze tecniche” e alle “competenze relazionali” percepite dal gruppo utenti ADI Rovigo.



**Figura 18.** Punteggi medi relativi alle “competenze tecniche” e alle “competenze relazionali” percepite dal gruppo utenti ADI Mirano.