



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
FIRENZE

DOTTORATO DI RICERCA IN  
SCIENZE CLINICHE  
INDIRIZZO IN SCIENZE INFERMIERISTICHE

CICLO XXVIII°

COORDINATORE Prof. Francesco Annunziato

***Ostilità orizzontali e mobbing tra il personale infermieristico***

Settore Scientifico Disciplinare MED/45

**Dottorando**

Dott. Stefano Bambi

**Tutore**

Prof.ssa Laura Rasero

---

**Coordinatore**

Prof. Francesco Annunziato

---

Anni 2012/2015



## Indice

<b>Abbreviazioni e acronimi.....</b>	<b>5</b>
<b>Introduzione.....</b>	<b>8</b>
<b>1. La violenza sul posto di lavoro e le sue manifestazioni: il problema delle definizioni.....</b>	<b>13</b>
<b>2. Inciviltà sul luogo di lavoro, violenza orizzontale, bullismo e mobbing tra pari: teorie e modelli di interpretazione dei fenomeni.....</b>	<b>29</b>
2.1 Genesi dell'inciviltà sul luogo di lavoro nella professione infermieristica.....	29
2.2 Modelli di interpretazione dei fenomeni di violenza laterale e bullismo nella professione infermieristica.....	31
2.3 Le interazioni comunicative disfunzionali nei gruppi infermieristici.....	34
2.4 Oppressed Group Behaviour. La visione antropologica dei conflitti tra infermieri.....	35
2.5 Altre interpretazioni dei fenomeni di violenza laterale tra infermieri.....	37
<b>3. Background: Inciviltà sul luogo di lavoro, violenza orizzontale e bullismo tra infermieri nei contesti clinici.....</b>	<b>41</b>
3.1 Ricerca bibliografica.....	41
3.2 Inciviltà sul luogo di lavoro. Prevalenza e fattori correlati.....	44
3.3 Violenza laterale. Prevalenza e fattori correlati.....	45
3.4 Bullismo/mobbing (orizzontale). Prevalenza e fattori correlati.....	47
3.5 Fattori di rischio.....	49
3.6 Effetti sulla sfera della salute psicofisica.....	50
3.7 Prevenire e contrastare i fenomeni di abuso.....	51
3.7.1 Quale prevenzione possibile? .....	53
3.7.2 Reazioni individuali appropriate dei target di bullismo.....	54
3.7.3 Il contributo del management infermieristico.....	55
3.7.4 Healthy work environment.....	56
3.7.5 Il contributo delle associazioni professionali e scientifiche.....	57
3.8 Aspetti normativi ed etici.....	58
<b>4. Strumenti di misura per i fenomeni di inciviltà sul luogo di lavoro, violenza orizzontale e bullismo/mobbing. Stato dell'arte.....</b>	<b>81</b>
<b>5. Framework concettuale.....</b>	<b>97</b>

<b>6. Costruzione del Questionario sulle Interazioni Negative tra Infermieri (QuINI).....</b>	<b>100</b>
<b>7. Obiettivi, metodi e strumenti.....</b>	<b>114</b>
7.1. Quesito di ricerca.....	114
7.2 Obiettivi del progetto di ricerca.....	114
7.3 Disegno dello studio.....	115
7.4 Metodologia.....	115
7.4.1 Campione.....	116
7.4.2 Criteri di inclusione ed esclusione.....	116
7.4.3 Validazione di contenuto da parte del gruppo di esperti.....	117
7.4.4 Validazione di facciata.....	118
7.4.5 Validazione di costrutto, criterio, consistenza interna (omogeneità).....	118
7.4.6 Studio descrittivo-esplorativo del QuINI, in 2 fasi a distanza di 5 mesi l'una dall'altra.....	119
7.5 Strumenti.....	121
7.5.1 Questionario sulle Interazioni Negative tra Infermieri (QuINI).....	121
7.5.2 Negative Acts Questionnaire – Revised (NAQ-R) versione italiana.....	127
7.5.3 Copenhagen Burnout Inventory (CBI) versione italiana.....	127
7.5.4 Classroom and School Community Inventory (CSCI).....	129
7.6 Variabili studiate e modalità di analisi.....	130
7.7. Aspetti etici e rispetto della confidenzialità.....	132
<b>8. Validazione di contenuto e di facciata.....</b>	<b>133</b>
8.1 Metodologia adottata per la validazione di contenuto e di facciata.....	133
8.1.1 Gruppo di esperti per la validazione di contenuto.....	133
8.1.2 Strumenti e metodi per la validazione di contenuto.....	134
8.2 Validazione di contenuto. Risultati del primo invio di valutazione al gruppo di esperti.....	135
8.3 Validazione di contenuto. Modifica del questionario alla versione 2 del QuINI, e risultati del secondo invio di valutazione al gruppo di esperti.....	139
8.4 Validazione di contenuto multidimensionale. Risultati del terzo invio di valutazione del QuINI al gruppo di esperti.....	151
8.5 Validazione di facciata. Risultati.....	158
<b>9. Risultati.....</b>	<b>163</b>

9.1 Rispondenti ai 2 invii del QuINI v.3 e dei criteri esterni di validazione.....	163
9.2 Caratteristiche sociodemografiche dei rispondenti.....	165
9.3 Risposte al Questionario sulle Interazioni Negative tra Infermieri.....	168
9.4 Strutturazione degli score del QuINI v.3.....	176
9.5 Risultati dell'invio del Negative Acts Questionnaire – Revised (NAQ-R).....	178
9.6 Risultati dell'invio del Copenhagen Burnout Inventory (CBI).....	180
9.7 Risultati dell'invio del Classroom and School Community Inventory (CSCI) - Modulo per la classe/corso.....	182
9.8 Validità di costrutto e di criterio del QuINI v.3.....	184
9.9 Omogeneità del QuINI v.3.....	193
9.10 Analisi esplorativa dei 2 invii del QuINI v.3.....	198
9.11 Analisi esplorativa delle scale NAQ-R, CBI, e SOC/CSCI.....	236
9.12 Analisi multivariata su items critici del QuINI v.3, sul CBI e sulla SOC/CSCI.....	237
<b>10. Discussione.....</b>	<b>246</b>
10.1 Discussione della validazione di contenuto e di facciata.....	246
10.2 Discussione della validazione di costrutto, di criterio, e dell'omogeneità.....	248
10.2.1 Validità di costrutto.....	248
10.2.2 Validità di criterio.....	249
10.2.3 Omogeneità.....	251
10.3 Discussione degli studi descrittivi-esplorativi.....	251
<b>11. Limiti.....</b>	<b>265</b>
11.1 Limiti del progetto di studio del percorso di dottorato.....	265
11.2 Limiti dello studio di validazione del Questionario sulle Interazioni Negative tra gli Infermieri (QuINI) e degli studi descrittivi.....	267
<b>12. Formulazione preliminare dello scoring QuINI.....</b>	<b>274</b>
<b>Conclusioni.....</b>	<b>276</b>
<b>Bibliografia.....</b>	<b>279</b>
<b>Allegato 1 – Configurazione online del QuINI v.3, Negative Acts Questionnaire – Revised (NAQ-R), Copenhagen Burnout Inventory (CBI), e – Classroom and School Community Inventory (CSCI).....</b>	<b>303</b>
<b>Allegato 2 - Allegato 2 – Tabelle di pesatura degli item delle sottoscale del QuINI v.3.....</b>	<b>313</b>

## **Abbreviazioni e acronimi**

aa. – Anni

AACN – American Association of Critical Care Nurses

ADI – Assistenza Domiciliare Integrata

AN – Atteggiamenti Negativi

ANA – American Nurses Association

ANIARTI – Associazione Nazionale degli Infermieri di Area Critica

AOU – Azienda Ospedaliero Universitaria

AOUC – Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi

ASF – Azienda Sanitaria di Firenze

AUSL – Azienda Unità Sanitaria Locale

BNEQ – Bullying in Nursing Education Questionnaire

CANS – Cohesion Amongst Nurses Scale

Cap. – Capitolo

CBI – Copenaghen Burnout Inventory

CE – Comitato Etico

CREW – Civility, Respect and Engagement at Work

CSCI – Classroom and School Community Inventory

CVI – Content Validity Index

D – Domanda

DEA – Dipartimento di Emergenza e Urgenza

DH – Day Hospital

DPF – Dipartimento delle Professioni Sanitarie

DS – Deviazione Standard

DU – Diploma Universitario

ECM – Educazione Continua in Medicina

ED – Emergency Department

ENA – Emergency Nurses Association

EOC – Extrinsic Organizational Commitment

ES – Errore Standard

GCS - Group Cohesion Scale

GHQ-28 – General Health Questionnaire

HABS – Hospital Aggressive Behaviour Scale

HH – Horizontal Hostility  
HB – Horizontal Bullying  
HM – Horizontal Mobbing  
HV – Horizontal Violence  
I-CVI – Content Validity Index - Item  
IC – Intervallo di confidenza  
ICN – International Council of Nurses  
IHS – Incivility in Healthcare Survey  
ILO – International Labour Office  
Inf.ca – Infermieristica  
IQR – Inter-Quartile Range (Range Inter-Quartile)  
IWS - Index of Work Satisfaction  
LH – Lateral Hostility  
LV – Lateral Violence  
MBI-GS – Maslach Burnout Inventory – General Survey  
MDOQ10 – Majer-D’Amato Organizational Questionnaire 10  
MCHC – Metropolitan Chicago Healthcare Council  
MIS - Multidimensional Incivility Scale  
N. – Numero  
n. – Numero  
NAQ-R – Negative Acts Questionnaire – Revised  
NDNQI – National Database of Nursing Quality Indicators  
NEXT Study – Nurses Early Exit Study  
NIS - Nursing Incivility Scale  
NR – Non Riportato  
NS – Non Specificato  
NWS - Nurse Workplace Behavior Scale  
Par. - Paragrafo  
PECO – Patients, Exposure, Comparison, Outcome  
PICO – Patients, Intervention, Comparison, Outcome  
PFIT – Perceptions of Fair Interpersonal Treatment Scale  
PS – Pronto Soccorso  
PSI – Public Services International

Pz. – Paziente  
QulNI – Questionario sulle Interazioni Negative tra Infermieri  
RNAO – Registered Nurses Association of Ontario  
S-CVI/Ave – Content Validity Index – Scale/Average  
S-CVI/UA – Scale-Level Content Validity Index, Universal Agreement  
SO – Sala Operatoria  
SOC – Sense of Community  
SPDC – Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura  
TI – Terapia Intensiva  
UK – United Kingdom  
UO – Unità Operativa  
USA – United States of America  
UWBQ – Uncivil Workplace Behavior Questionnaire  
v. - Versione  
vs. - Versus  
WHO – World Health Organization  
WI – Workplace Incivility  
WIS – Workplace Incivility Scale  
WV – Workplace Violence

## Introduzione

Il presente lavoro ha preso spunto da una linea di ricerca iniziata nel 2011 dal sottoscritto, assieme ad altri colleghi infermieri, in occasione del percorso di studi relativo alla laurea magistrale in scienze infermieristiche ed ostetriche.

L'oggetto della ricerca riguardava le dinamiche relazionali di ostilità che si sviluppano all'interno dei gruppi infermieristici. L'idea progettuale è nata dalla lettura di un editoriale, pubblicato nel 2008 sulla rivista *Critical Care Nurse*, che riportava i risultati di un survey proprio sull'argomento delle ostilità laterali, od orizzontali ("lateral hostilities", LH; "horizontal hostilities", HH) tra infermieri di area critica (terapie intensive).<sup>[1]</sup> Nell'articolo veniva mostrato ed enfatizzato come il fenomeno delle dinamiche relazionali negative tra infermieri allo stesso livello nella scala gerarchica delle organizzazioni fosse effettivamente presente, diffuso e potesse avere delle conseguenze importanti sul piano professionale e personale di chi ne veniva fatto oggetto. Sulla scorta della lettura del succitato editoriale è stata condotta una revisione di letteratura alla ricerca di maggiori informazioni sull'argomento, cercando di sviscerarne gli aspetti relativi alla sua definizione, le sfumature, le cause, l'incidenza, le conseguenze, e soprattutto le possibili soluzioni (proattive e reattive) da poter mettere in atto. Da questo iniziale lavoro emergeva come il fenomeno delle LH tra infermieri si configurasse come uno dei molteplici sottoinsiemi appartenenti al grande mondo della cosiddetta violenza sul posto di lavoro ("workplace violence", WV),<sup>[2]</sup> assieme alle molestie ed al mobbing/bullismo. In realtà la distinzione tra queste tipologie di abusi che vengono perpetrati nei luoghi di lavoro è talvolta molto sfumata, rendendone difficile anche la comparazione a livello epidemiologico, a causa della soggettività nelle interpretazioni delle definizioni delle varie tipologie di violenze da parte degli autori degli studi pubblicati in letteratura. Questa mancanza di una univoca e condivisa tassonomia dei fenomeni con cui la WV si può manifestare è particolarmente di rilievo per quanto concerne l'oggetto di studio del presente lavoro, che riguarda le forme di abuso non fisico perpetrate tra pari, cioè con direttrice orizzontale (o laterale). I termini ostilità laterale, violenza laterale ("lateral violence", LV), bullismo orizzontale ("horizontal bullying", HB), mobbing orizzontale ("horizontal mobbing", HM), sono in taluni casi usati come sinonimi, in quanto con buona sostanza rappresentano le stesse tipologie di comportamenti messi in atto, ma talvolta possono riferirsi e misurare condizioni anche molto diverse tra loro.<sup>[3]</sup> Infatti, alcuni autori includono in queste interazioni negative la violenza fisica, mentre

altri, non la prevedono. Questo comporta un notevole sbilanciamento, anche in termini di gravità, delle condizioni che si intendono misurare ed analizzare, complicando non poco il lavoro di sistematizzazione delle conoscenze che il ricercatore vorrebbe operare. Una volta identificate le LH come una serie di abusi verbali ed emozionali perpetrati da infermiere ad infermiere nello stesso contesto di lavoro, chi scrive ha concluso il percorso di studi della laurea magistrale conducendo un survey sul tema indirizzato ai colleghi operanti nei pronti soccorsi e nelle terapie intensive di 5 ospedali toscani.<sup>[3]</sup> Lo strumento utilizzato per l'indagine era il questionario sulle LH di Alspach,<sup>[1]</sup> opportunamente tradotto in Italiano e ritradotto in Inglese, previa autorizzazione dell'autore, e sottoposto alla sola validazione di facciata.<sup>[4]</sup> Avendo messo in evidenza un'elevata percentuale di rispondenti che lamentava di aver subito atteggiamenti di LH nei 12 mesi precedenti (81.6%),<sup>[3]</sup> questo primo studio ha dato origine ad un più ampio progetto di ricerca su base nazionale, utilizzando la rete degli infermieri iscritti all'Associazione Nazionale degli Infermieri di Area Critica (ANIARTI). Questa volta il questionario usato, pur essendo il medesimo, è stato lievemente modificato rispetto al precedente, ed in particolare è stata inserita una domanda chiave per l'identificazione della condizione di mobbing (inteso come la reiterazione nel tempo di intensi comportamenti di abuso). Il gruppo di lavoro è stato ampliato, e il survey è stato effettuato utilizzando non questionari cartacei, ma una piattaforma online il cui accesso era aperto attraverso il sito dell'associazione.<sup>[5]</sup> L'indagine è stata rivolta anche in questo caso all'area clinica dell'emergenza e intensiva, ma allargata anche agli infermieri operanti nei servizi di soccorso territoriale (Emergenza 118), e delle sale operatorie, andando a completare il setting di "area critica", almeno per quanto riguarda la definizione italiana di questa tipologia di contesti operativi.<sup>[6]</sup> L'adesione dei rispondenti al questionario ha visto, in questo caso, un numero importante (1504, con 1202 questionari portati a termine), mostrando sempre una consistente percentuale di infermieri che asserivano di esser stati oggetto di LH (79.1%), in linea con i risultati dello studio precedente.<sup>[5]</sup> Oltre a questo, è emerso l'allarmante dato che 1/5 dei rispondenti lamentava la percezione di esser stato vittima di HM.<sup>[5]</sup> Lo strumento ha fornito l'impressione di essere "preciso", o quantomeno stabile rispetto al fenomeno che intendeva misurare. Questo ultimo studio rappresenta il punto di partenza sul quale si è sviluppato il progetto di ricerca del presente percorso di dottorato.

L'idea iniziale sulla quale strutturare il progetto di studi del dottorato di ricerca si è fondata su 3 elementi principali: il primo dato dall'adottare uno strumento di misura del fenomeno delle LH, che avesse le caratteristiche di essere stato completamente validato, e di avere la capacità di misurarne le sfumature, l'intensità e la frequenza (mobbing), ma anche le conseguenze sul piano professionale e personale delle vittime. Il secondo era quello di "esportare la misurazione" degli eventi di interazione negativa tra infermieri anche fuori dei contesti di area critica, che sono quelli in cui, tutt'ora, il candidato opera. Il terzo, probabilmente il più importante ed ambizioso, era quello di elaborare delle strategie di interventi di prevenzione e/o risoluzioni delle dinamiche negative orizzontali e testarle in contesti risultati come "ricettacolo" di queste condizioni implosive, attraverso studi con disegno before-after.

Dal momento che questi 3 elementi costituenti del progetto erano in qualche modo condizionali l'uno rispetto agli altri, i problemi emersi con il primo hanno influenzato le scelte operate su tutto il percorso di lavoro successivo.

Particolarmente, la prima fase di lavoro ha previsto l'aggiornamento della revisione di letteratura precedentemente condotta in occasione della progettazione del primo studio sulle LH, includendo questa volta anche la terminologia legata all'inciviltà sul luogo di lavoro ("workplace incivility", WI), che, precedentemente, era rimasta esclusa. In realtà questo fenomeno assume una propria rilevanza in quanto, probabilmente, è lo scalino iniziale (e quindi più "soft") delle interazioni negative tra colleghi di lavoro, prima che questi comportamenti si strutturino in condizioni maggiormente deleterie. La revisione di letteratura ha avuto l'obiettivo non solo di aggiornare i dati epidemiologici dei fenomeni di interesse, ma anche e particolarmente, quello di ricercare gli strumenti utilizzati per la rilevazione, valutandone le caratteristiche e lo stato di validazione rispetto a contenuto, costruito, criterio ed omogeneità. I risultati di questa ricerca in letteratura sono stati confrontati attraverso una tabella sinottica. Rispetto al fenomeno di interesse, benché i questionari usati da vari autori siano numerosi, pochi sono quelli andati incontro a processi di validazione consistenti, e soltanto il Negative Acts Questionnaire Revised (NAQ-R) e la Workplace Incivility Scale (WIS) sono stati validati in Italiano.<sup>[7,8]</sup> Inoltre nessuno di questi rispondeva pienamente alle necessità di misurazione che progettualmente ed ipoteticamente sono in seguito state proposte, in termini di tipologie di interazioni negative, intensità, frequenza, e conseguenze. Questo ha determinato la necessità di investire tempo nel "restyling" del questionario sulle LH precedentemente

utilizzato, integrandolo opportunamente, e sottoponendolo a processo di validazione. Questa situazione è stata quella che ha comportato la modifica dell'idea iniziale del percorso di lavoro. Il triennio del dottorato ha permesso la creazione dello strumento definitivo, la sua validazione, e il suo impiego in tutte le tipologie di contesto clinico intra ed extraospedaliero attraverso l'esecuzione di 2 studi descrittivo-esplorativi condotti presso 3 aziende toscane: l'Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, le strutture ospedaliere e territoriale corrispondenti all'ex Azienda Sanitaria di Firenze, e all'ex Azienda USL 7 di Siena. In questo modo, l'iniziale intenzione di ideare e testare interventi proattivi e reattivi nei confronti del fenomeno delle interazioni negative tra infermieri in tutte le sue sfumature orizzontali è passata in secondo ordine, in favore dello sviluppo del nuovo strumento denominato Questionario sulle Interazioni Negative tra Infermieri (QuINI).

Il QuINI nasce sulle basi di una cornice concettuale all'interno del quale il dottorando ha destrutturato il questionario sulle LH utilizzato nelle precedenti ricerche.<sup>[3,5]</sup> Ispirandosi stavolta al modello concettuale di Clark sul Continuum Inciviltà – Bullismo.<sup>[9]</sup>

Il QuINI, dopo la sua prima realizzazione, ha subito un importante processo di validazione di contenuto grazie al lavoro di un gruppo di esperti provenienti dalle discipline sociologiche, psicologiche, antropologiche ed infermieristiche. Dopodiché è andato incontro ad una fase di validazione di facciata, su un campione di convenienza di colleghi infermieri potenziali target dello strumento. La versione definitiva del questionario, cioè la terza, denominata QuINI v.3, in formato elettronico, è stata somministrata agli infermieri delle 3 aziende reclutate per lo studio via email, contestualmente al Negative Acts Questionnaire - Revised (versione validata italiana), per la validazione di costrutto, e al Copenhagen Burnout Inventory (versione validata italiana), per una prima validazione di criterio. A distanza di 6 mesi dal primo invio, il QuINI v.3 in formato elettronico, è stato nuovamente proposto, sempre per email, agli infermieri delle 3 aziende, questa volta, però, accompagnato dal Classroom and School Community Inventory (CSCI), una scala sul senso di comunità ("sense of community", SOC) adattata per il contesto oggetto di studio, per l'effettuazione di un'ulteriore validazione di criterio. I 2 invii per la validazione del QuINI v.3 hanno permesso, inoltre, di effettuare 2 studi descrittivo-esplorativi sui fenomeni di interazioni negative tra infermieri provenienti da tutte le diverse tipologie di contesto clinico, e, al contempo, condurre uno studio sulla presenza di mobbing, sui livelli di burnout, e sul senso di

appartenza all'organizzazione in cui questi operano, fornendo ulteriori importanti informazioni sul clima di lavoro.

Il percorso di lavoro viene di seguito descritto dettagliatamente all'interno della presente tesi.

Il fenomeno oggetto di studio è reale e importante, ma nonostante grandi sforzi siano profusi nella costruzione di strumenti psicometrici, la misurazione di condizioni fortemente connesse alla percezione individuale risulta sempre potenzialmente discutibile. È sufficiente pensare alla definizione offerta dal Royal College of Nursing inglese rispetto alle molestie ed al bullismo. In sostanza, rivolgendosi all'utente il manuale invita "(omissis)... te a decidere se sei oggetto di bullismo o molestie, perché tu trovi il comportamento inaccettabile".<sup>[10]</sup>

Le soluzioni concrete e i programmi di prevenzioni nelle realtà sanitarie italiane ancora sono molto scarse, anche se la medicina del lavoro ha piena consapevolezza del problema. Ne sono testimoni il numero crescente di pubblicazioni relative ai fenomeni di violenza, mobbing e molestie sulle riviste specialistiche di settore.<sup>[11,12,13]</sup>

Probabilmente avere solidi strumenti di misura ed impiegarli per raccogliere dati nelle varie realtà lavorative costituisce il primo passo per aumentare la consapevolezza del problema a tutti i livelli delle organizzazioni del lavoro. Ricercare delle soluzioni, soprattutto in termini preventivi, oltre a migliorare le condizioni di vita dei dipendenti, rappresenta per le organizzazioni una risposta verso un argomento "scomodo", da trattare molto delicatamente, anche per i potenziali danni di immagine che ne possono derivare, quando vengono messi a nudo aspetti negativi del clima di lavoro, il cui impatto sugli esiti di salute non è stato ancora ben studiato anche se qualche autore ne ha evidenziata la correlazione potenziale.<sup>[14]</sup>

All'interno di questo elaborato, il termine "ostilità laterale" verrà sostituito quasi del tutto da quello di "violenza laterale, od orizzontale" ("horizontal violence", HV), dal momento che queste 2 espressioni sono (quasi) sostanzialmente sovrapponibili nel loro significato, e in letteratura, è la seconda ad essere prevalentemente utilizzata.

# **I. La violenza sul posto di lavoro e le sue manifestazioni: il problema delle definizioni**

Entrare nell'argomento relativo a inciviltà, bullismo, mobbing e violenza orizzontale (HV) nel mondo infermieristico, richiede innanzitutto uno sforzo di chiarezza circa le definizioni sottostanti i singoli termini. In realtà questo problema semantico diventa estremamente importante quando, in fase di ricerca, si tenta di comparare i risultati di differenti studi, rischiando di incorrere in errori dovuti a problemi di tassonomia. In questo capitolo si riassumono le diverse definizioni fornite dagli autori in letteratura, circa i fenomeni in oggetto, tentando di far luce sulle differenze presenti tra le varie tipologie di violenze ed abusi trattati, e creando un adeguato presupposto concettuale per lo studio di ricerca che è stato condotto.

Un elemento di certezza è che tutte le tipologie di abusi sia fisici che emozionali e verbali compiuti sul luogo di lavoro vanno sotto il grande insieme denominato “violenza sul posto di lavoro” (“workplace violence”, WV). La violenza sul posto di lavoro, secondo il Department of Health, Western Australia è costituita da qualsiasi “azione o incidente che reca danno fisicamente o psicologicamente ad un'altra persona. Include situazioni dove i lavoratori e altre persone sono minacciate, attaccate o fisicamente aggredite sul lavoro”.<sup>[15]</sup> Il Royal College of Nursing Australiano ne offre invece una definizione con altre sfumature: “incidenti nei quali lo staff è vittima di abusi, minacciato o aggredito in circostanze relative al proprio lavoro, incluso il tragitto per e dal posto di lavoro, comprendendo esplicite o implicite sfide alla sicurezza, benessere o salute”.<sup>[2]</sup>

Scendendo nelle manifestazioni della WV, secondo il Department of Health, Western Australia la “violenza non fisica” è costituita da “abusi verbali, comportamenti intimidatori e minacciosi, che possono anche influenzare significativamente la salute e il benessere della persona. Le minacce possono essere percepite o reali e non ci deve essere lesione fisica per configurarsi come un rischio per il posto di lavoro. I lavoratori possono essere influenzati dalla violenza sul luogo di lavoro anche se non direttamente coinvolti”.<sup>[15]</sup>

La violenza psicologica è definita come “l'uso di potere contro un'altra persona o gruppo che risulta in un danno psicologico o in una incapacità di sviluppo professionale. Questa include, ma non si limita a, abuso verbale, comportamenti allusivi, minacce di abuso fisico, intimidazione e bullismo”.<sup>[15]</sup>

La violenza fisica, invece, è espressione dell'“uso della forza fisica contro un'altra persona o gruppo che risulta in danno fisico. Include (ma non è limitata a) pizzicotti, morsi, sputi, schiaffi, spinte, colpi, calci, colpi da arma da fuoco e da arma bianca”.<sup>[15]</sup>

Le manifestazioni della violenza sul luogo di lavoro sono sintetizzate qui di seguito, in un ordine idealmente decrescente, prestandosi alla loro rappresentazione anche su un continuum:<sup>[2,16]</sup>

- Omicidio volontario, preterintenzionale, colposo
- Morte/lesione dovuta a negligenza
- Aggressione sessuale (stupro, tentata violenza)
- Abusi fisici/aggressioni che comportano lesioni fisiche
- Rapina
- Stalking
- Minacce/intimidazioni
- Molestie sessuali/razziali
- Bullismo
- Mobbing (un'altra forma di bullismo, generalmente prolungata, sistematica, e condotta in massa)
- Abuso verbale (messaggi e/o osservazioni offensive, imprecazioni, insulti o scherno, bestemmie)
- Comportamento attivamente ostile (sputare, gridare, strillare, agitare i pugni)
- Azioni fisiche dirette verso oggetti (sbattere il pugno sul tavolo, gettare oggetti, forzare una porta)
- Vandalismo o distruzione di beni di proprietà dello staff o dell'azienda
- Gesti maleducati, offensivi
- Gossip e false informazioni
- Ostracismo, isolamento involontario (esclusione sociale)
- Silenzio deliberato
- Nascondere informazioni necessarie
- Aggressione passiva (posture minacciose, come il contatto degli occhi con fare minaccioso)

Le conseguenze della violenza sul posto di lavoro sono individuali e di sistema/organizzazione:<sup>[2,17]</sup>

- ambiente di lavoro non sano
- distruzione dei team di lavoro
- riduzione del morale
- riduzione della lealtà e del coinvolgimento del lavoratore
- riduzione della quota di reclutamento e della ritenzione del personale nelle organizzazioni

In ultimo, alla base della WV, si trova la definizione di “inciviltà sul posto di lavoro” (WI) che viene configurata in “un incidente minore iniziale, dove non sia chiaro l’intento di recare danno. In ogni caso una volta che sia chiara l’intenzione di provocare un danno, si applicano altre tipologie di termini”.<sup>[18]</sup>

Questo era il necessario cappello introduttivo ai vari fenomeni che sono manifestazioni, appunto, diversificate, della WV. In particolare, in questo capitolo, l’attenzione è stata focalizzata sulla letteratura che tratta di WI, violenze laterali (LV), bullismo/mobbing, e molestie.

Nelle tabelle 1, 2, 3, 4, 5, 6 si riportano in modalità sinottica le definizioni fornite nei vari studi e revisioni di letteratura relative alle diverse manifestazioni della WV assieme alla descrizione delle caratteristiche ritenute peculiari, nello specifico quelle relative alla WI, ostilità orizzontali (LH), LV, molestie, bullismo e mobbing. I tratti più significativi dei vari estratti riportati nelle tabelle sinottiche, sono stati evidenziati in corsivo-grassetto.

Questa operazione si è resa necessaria in fase di costruzione del framework concettuale alla base del Questionario sulle Interazioni Negative tra Infermieri, dal momento che i fenomeni in oggetto di studio assumono, alla lettura dei vari articoli di ricerca, importanti diversificazioni in termini di sfumature, pur contenendo al loro interno dei sostanziali elementi comuni. Questo, però, continua a generare difficoltà nella comparazione dei risultati, e rende necessario che ogni ricercatore che si accinga a fare ricerca in questi ambiti, dichiari anticipatamente ed estensivamente i contenuti sottesi ad ogni singola tipologia di fenomeno indagato.

Dall’analisi delle definizioni di WI, ne emerge come il grado più lieve nella scala dei disturbi di relazione nelle organizzazioni, al punto che alcuni autori non la configurano neanche all’interno delle violenze sul luogo di lavoro, dato il carattere di ambiguità che la contraddistingue, a meno che non ne emerga una chiara intenzionalità a ledere il target.<sup>[19]</sup> L’altro elemento che contraddistingue l’inciviltà dalle altre manifestazioni di violenza sul posto di lavoro è la bassa intensità dei comportamenti negativi, sulla quale

tutti gli autori sembrano concordare. L'unica definizione che sembra in qualche modo creare qualche confusione in chi legge, è quella fornita da Stokowski, che semplifica la questione dei comportamenti di violenza sul posto di lavoro, parlando di diversi termini con i quali viene rappresentata, le cui intersezioni sono comuni, ma senza scendere in adeguati distinguo.<sup>[9]</sup>

Non appare molto chiara la dimensione dei comportamenti ricompresa all'interno della definizione di LH, dal momento che si configura come una condizione conflittuale all'interno dei gruppi (ed il termine è coniato unicamente in letteratura infermieristica), come una forma di controllo (istituzionalizzazione) dei colleghi più giovani.<sup>[1]</sup> Secondo alcuni autori sembra caratterizzarsi per abusi fisici, emozionali, e verbali.<sup>[20,21]</sup> Ma soprattutto, essendo molto poco utilizzato in letteratura, il termine ostilità laterali sembra essere impiegato come sinonimo di LV (o violenze orizzontali, HV, che sono sinonimo).<sup>[20,21]</sup>

Diventa particolarmente complesso tratteggiare le caratteristiche della cosiddetta HV in modo univoco, a seguito delle molteplici definizioni e descrizioni riportate in numerose pubblicazioni. Gli unici punti fermi sono costituiti dagli aspetti legati alla perpetrazione di abusi tra pari, particolarmente verso i più giovani, nei gruppi di lavoro infermieristici, e che l'espressione dell'ostilità può essere aperta o nascosta. Non risulta perfettamente chiaro, invece, se la HV debba ricomprendere anche gli abusi fisici,<sup>[20,21,22,23,24]</sup> oppure sia limitata a quelli verbali ed emotivi.<sup>[25,26,27,28,29,30,31,32]</sup> Addirittura l'American Nurses Association include nelle HV tra infermieri anche le molestie sessuali.<sup>[32]</sup> Perfino l'eventuale distinzione con il fenomeno del bullismo comporta non pochi problemi, dal momento che le LV, per alcuni autori, includono il bullismo come una loro forma,<sup>[14,33,34,35,36,37]</sup> mentre altri considerano le HV come forme di bullismo tra pari,<sup>[38,39,40,41,42]</sup> o le distinguono dal bullismo per la non continuità (occasionalità) degli eventi di abuso tra pari.<sup>[26]</sup> Infine, altri ricercatori superano la questione asserendo che bullismo e HV sono termini che possono essere usati in modo intercambiabile per descrivere comportamenti negativi tra colleghi.<sup>[26,43,44,45,46,47,48]</sup> Un solo autore ha creato un distinguo tra HV e bullismo, laddove per il configurarsi quest'ultimo ci deve essere una disparità di potere reale o anche solo percepita tra perpetratore e vittima.<sup>[49]</sup>

Le molestie rappresentano una caratteristica rispetto all'obiettivo degli abusi che la persona può subire a lavoro: è, infatti, la natura o il movente discriminatorio a dominare lo scenario. Il genere, l'orientamento sessuale, la disabilità, le idee politiche, la religione,

la razza o etnia, il colore della pelle o lo stato di sieropositività all'HIV sono al centro dei comportamenti molesti.<sup>[10,50]</sup> Come il bullismo, le molestie sono portate sistematicamente con l'intento di recare danno a qualcuno.<sup>[51]</sup> Alcuni autori pongono la sola distinzione tra bullismo e molestie per il fatto che alla base di quest'ultime ci sono motivi legati a differenze sessuali, razziali, di disabilità, di età.<sup>[49,52,53]</sup>

Il bullismo, che sicuramente rappresenta un termine molto comune, sdoganato prevalentemente dal mondo dell'infanzia e dell'adolescenza, anche in questo caso, assume particolari sfumature differenziate, a seconda degli autori che ne tratteggiano le caratteristiche. Sicuramente, le peculiarità distinguenti questo insieme di abusi, rispetto ad altre forme di violenza esercitata sul posto di lavoro, presuppongono una disparità reale o percepita di potere tra vittima e persecutore,<sup>[10,20,49,51,53,54,55,56,57,58,59,60]</sup> indipendentemente dalla direttrice discendente, ascendente o orizzontale,<sup>[38,41,57]</sup> la persistenza temporale,<sup>[20,44,56,62,63,64,65,66,67,68,69]</sup> e l'intensità degli abusi,<sup>[56,70]</sup> portati avanti con lo scopo di arrecare danno professionale e personale al target.<sup>[20,51,69,70,71,72]</sup> Non sempre è condivisa tra gli autori l'espressione fisica degli abusi all'interno del termine bullismo: mentre per alcuni è pacifico che questa debba essere inclusa,<sup>[62,68,73,74]</sup> altri fanno riferimento a forme di abuso essenzialmente verbale, emozionale, ed intimidazioni.<sup>[49,58,59,67,75]</sup> I persecutori possono essere singoli o più di uno<sup>[71]</sup> e le azioni negative (AN) possono essere rivolte verso un singolo o gruppi di lavoratori.<sup>[76]</sup> Per alcuni ricercatori è il bullismo a includere la HV.<sup>[77]</sup> Secondo alcuni una diversificazione importante tra bullismo e LV, è che la seconda debba essere episodica, contrariamente alle caratteristiche di ripetitività nel tempo, da parte di quest'ultimo,<sup>[44]</sup> mentre altri semplicemente definiscono HV il bullismo esercitato tra pari, anche se la disparità di potere deve esserci sempre per potersi configurare.<sup>[49,58,59]</sup>

In ogni caso la definizione di bullismo rimane ampiamente dibattuta,<sup>[77]</sup> e per alcuni è sovrapponibile completamente al termine mobbing, laddove questo rappresenta la "definizione" europea di bullismo.<sup>[78]</sup>

Infine, il mobbing, sembra in effetti sovrapponibile al bullismo, in quanto terrorismo psicologico praticato sul luogo di lavoro,<sup>[79,80,81,82]</sup> a direttrice variabile anche in questo caso,<sup>[83]</sup> sempre con lo scopo di sminuire e danneggiare professionalmente uno o più colleghi,<sup>[76]</sup> anche se nelle definizioni dei ricercatori, emerge soltanto la componente di abuso emozionale e verbale,<sup>[74,76,83,84]</sup> ma non quella dell'aggressione fisica, che invece, per molti autori, caratterizza il bullismo sul luogo di lavoro. Infatti Leymann, in un suo

seminale articolo pubblicato nel 1996, ribadiva come la scelta della terminologia ricadesse su “mobbing”, anziché “bullying” (termine tipico della letteratura anglosassone) perché quest’ultimo termine richiamava gli abusi (aggressioni) spesso fisici, che raramente si perpetrano nei luoghi di lavoro, e perché il termine deriva e rimanda ai comportamenti nel mondo dei bambini in età scolare.<sup>[85]</sup>

Stante l’attuale impossibilità di mettere punti completamente fermi sulla tassonomia degli abusi sul luogo di lavoro determinati da dinamiche relazionali negative, diventa fondamentale per chiunque si approcci a progettare la misurazione di questi fenomeni, adottare una definizione operativa che sia consona con il setting e l’obiettivo della ricerca, in modo da escludere ogni forma di interpretazione soggettiva dei dati rilevati e soprattutto, per effettuarne una comparazione realmente consapevole con quanto offerto dai vari contributi presenti in letteratura, con modalità talvolta anche spiccatamente diversificate tra di loro.

**Tabella I – Definizioni di Inciviltà sul Luogo di Lavoro**

<b>Autori (anno)</b>	<b>Inciviltà sul Luogo di Lavoro (Workplace Incivility, WI)</b>
Felblinger DM (2008) <sup>[56]</sup>	<b>L'inciviltà è un tipo di disturbo organizzativo con quota da 1 a 3</b> su una scala di <b>continuum a 10 punti</b> , con il <b>bullismo quotato da 4 a 9</b> punti e <b>le percosse o l'omicidio a 10</b> . L'inciviltà è stata vista come un precursore di molestie, aggressione, e assalto fisico.
Hutton SA (2006) <sup>[19]</sup>	È un <b>comportamento deviante di basso livello sul posto di lavoro</b> . Esempi sono: lasciare la macchina fotocopiatrice incastrata, non condividere informazioni importanti per i servizi, utilizzare oggetti dell'ufficio del target senza il suo permesso, escluderlo dalla vita sociale dell'unità di lavoro. <b>La WI è distinta dalla violenza sul posto di lavoro (WV), sia fisica che verbale, perché l'intento di recare danno è ambiguo. In altre parole, se l'intento dell'atto non è chiaro, allora è inciviltà.</b> Comunque, <b>appena diventa chiaro l'intento di nuocere, diventa WV.</b> In aggiunta alla violenza fisica, ci sono molti tipo di violenza di basso livello, incluso mobbing, bullismo e ostracismo.
Andersson & Pearson (1999) <sup>[86]</sup>	<b>Comportamento deviante di bassa intensità con l'intento ambiguo di danneggiare il target</b> , in violazione delle norme di mutuo rispetto sul luogo di lavoro. I comportamenti incivili sono maleducati e irrispettosi, rivelando una mancanza di riguardo per gli altri.
Cortina et al. (2001) <sup>[198]</sup>	
Felblinger DM (2008) <sup>[56]</sup>	
Felblinger DM (2009) <sup>[N1]</sup>	
Guidroz et al. (2010) <sup>[201]</sup>	
Hutton & Gates (2008) <sup>[76]</sup>	
Laschinger et al. (2009) <sup>[106]</sup>	
Read & laschinger (2013) <sup>[133]</sup>	
Spence Laschinger et al. (2009) <sup>[184]</sup>	
Spence Laschinger et al. (2012) <sup>[148]</sup>	
Gilin Oore (2010) <sup>[197]</sup>	
Lewis & Malecha (2011) <sup>[202]</sup>	
Martin & Hine (2005) <sup>[51]</sup>	
Oyeleye et al. (2013) <sup>[108]</sup>	
Wing et al. (2013) <sup>[214]</sup>	
Smith et al. (2010) <sup>[107]</sup>	
Laschinger et al. (2013) <sup>[70]</sup>	<b>Differisce dal bullismo per via del fatto che è meno intensa, di breve durata e caratterizzata da intento ambiguo.</b>
Martin & Hine (2005) <sup>[51]</sup>	Molte <b>forme più lievi di bullismo o molestie ricadono senz'altro all'interno della definizione di WI, laddove forme più estreme</b> , come l'aggressione fisica, <b>non lo sono.</b>

<b>Autori (anno)</b>	<b>Inciviltà sul Luogo di Lavoro (Workplace Incivility, WI)</b>
Olender-Russo L. (2009) <sup>[68]</sup>	<i>L'inciviltà</i> è descritta come un comportamento rude o irrispettoso che dimostra mancanza di riguardo per gli altri. <b>Se lasciata ininterrotta, possono fiorire e acculturarsi atteggiamenti più aggressivi come il bullismo</b> sul luogo di lavoro all'interno di una unità, dipartimento, ed anche un'organizzazione.
Stokowski LA (2011) <sup>[9]</sup>	Inciviltà è un termine usato per descrivere comportamenti rudi, disturbanti, e indesiderabili che sono diretti verso un'altra persona. <b>Altri termini trovati in letteratura sono violenza laterale, violenza orizzontale, aggressione relazionale, e bullismo. Esistono comunanze ed intersezioni nelle varie definizioni di questi termini.</b>

**Tabella 2 – Definizioni di Ostilità Laterali/Orizzontali**

<b>Autori (anno)</b>	<b>Ostilità Laterali/Orizzontali (Horizontal Hostility/Lateral Hostility, HH/LH)</b>
Alspach G. (2008) <sup>[1]</sup>	Le LH tra infermieri sono definite come una varietà di <b>interazioni antagonistiche, scortesie e spiacevoli, tra infermieri che lavorano a livelli comparabili nell'organizzazione</b> e sono comunemente caratterizzati come divisive, pugnalate alle spalle, e lotte intestine. Le HH o " <b>gli infermieri mangiano i loro giovani</b> ", avvengono in accademia così come nel setting clinico. <b>Includono il conflitto tra infermieri</b> sul posto di lavoro.
Center for American Nurses (2008) <sup>[20]</sup>	<b>HV e HH</b> sono termini usati per descrivere gli abusi fisici, verbali, emozionali di un dipendente.
Farrell GA (2005) <sup>[21]</sup>	<b>HH/ HV</b> come pattern consistente di <b>comportamento disegnato per controllare, diminuire, o svalutare un gruppo di pari</b> . Questo comportamento verbale o fisico crea un rischio per la salute e/o per la sicurezza. Il <b>comportamento verbale è più comune</b> , e include qualsiasi forma di maltrattamento personale o professionale.

**Tabella 3 – Definizioni di Violenza Orizzontale/Laterale**

<b>Autori (anno)</b>	<b>Violenza Orizzontale/Laterale (Horizontal Violence/Lateral Violence, HV/LV)</b>
Abe & Henly (2010) <sup>[33]</sup>	<b>Quando perpetrata da un collaboratore nella stessa posizione</b> o in una posizione orizzontale dell'organizzazione, <b>il bullismo è una forma di LV</b> ; qualche forma di potere del perpetratore sulla vittima, viene comunque riconosciuta.
Begley & Glacken (2004) <sup>[N2]</sup>	La LV si manifesta frequentemente come <b>conflitto interno al gruppo</b> .
Blanton et al (1998) <sup>[N4]</sup>	È un <b>comportamento ingiurioso</b> condotto da un lavoratore verso un altro con eguale stato all'interno della gerarchia <b>che cerca di controllare la persona</b> disgregando o diminuendo il suo valore come essere umano.
Purpora et al. (2012) <sup>[37]</sup>	
Center for American Nurses (2008) <sup>[20]</sup>	<b>HV e HH sono termini usati per descrivere gli abusi fisici, verbali, emozionali di un dipendente</b> . All'interno del nursing la LV è stata definita come aggressione infermiere-infermiere.
Cleary et al. (2009) <sup>[38]</sup>	<b>Il bullismo può avvenire allo stesso livello (LV/HV), o verso l'alto o verso il basso (violenza gerarchica o verticale)</b> . La violenza laterale è usata per descrivere l'aggressione indiretta o velata tra lavoratori allo stesso livello gerarchico, mentre quella verticale descrive la violenza a livelli gerarchici diversi (es. manager o neolaureati).
Cleary et al. (2010) <sup>[39]</sup>	

<b>Autori (anno)</b>	<b>Violenza Orizzontale/Laterale (Horizontal Violence/Lateral Violence, HV/LV)</b>
Coursey et al. (2013) <sup>[145]</sup>	Nei contesti clinici <b>la LV coinvolge gli infermieri in modo aperto o nascosto dirigendo le loro insoddisfazioni lavorative verso infermieri di eguale o più basso livello</b> all'interno dell'organizzazione. La LV <b>include molti comportamenti ostili di basso livello, incluso</b> pugnalarlo alle spalle, <b>bullismo</b> , mancanza di rispetto della privacy, lotte interne, allusioni, ostracismo, affronti verbali, e ritiro (omissione) di informazioni.
Dimarino TJ (2011) <sup>[146]</sup>	<b>La LV, anche chiamata HV, violenza infermiere-infermiere, inciviltà</b> , e comportamenti disturbanti, crea uno spiacevole ambiente di lavoro ed ha un effetto dannoso sui singoli infermieri, la sicurezza dei pazienti e le organizzazioni sanitarie.
Curtis et al. (2007) <sup>[25]</sup>	<b>La LV prende più comunemente la forma di molestie psicologiche in opposizione alla violenza fisica.</b>
Duffy E. (1995) <sup>[26]</sup>	<b>Ostilità non fisica</b> aperta o nascosta, che si manifesta come criticismo, sabotaggio, danneggiamento, lotta intestina, ricerca del capro espiatorio, litigio.
Chaboyer et al. (2001) <sup>[27]</sup>	
Farrell GA (1997) <sup>[28]</sup>	
Hastie C. (2002) <sup>[29]</sup>	
Duffy E. (1995) <sup>[26]</sup>	<b>A differenza del bullismo, la LV o HV può avvenire come incidente singolo isolato</b> , senza gradiente di potere tra gli individui coinvolti (per esempio l'interazione avviene tra pari in una cultura che condividono).
Simons & Mawn (2010) <sup>[53]</sup>	
Eagar et al. (2010) <sup>[58]</sup>	<b>Bullismo e LV sono termini che spesso vengono usati intercambiabilmente</b> per descrivere comportamenti negativi tra colleghi di lavoro.
Embree & White (2010) <sup>[34]</sup>	<b>Inclusiva di bullismo, inciviltà, e atti sociali di mancanza di rispetto</b> , la violenza laterale, è una svalutazione sociale tra infermieri o controllo di un pari <b>mediante abuso fisico, verbale, emozionale aperto o nascosto.</b>
Ceravolo et al. (2012) <sup>[35]</sup>	
Farrell GA (2005) <sup>[21]</sup>	HV/HH come pattern consistente di comportamento disegnato per controllare, diminuire, o svalutare un gruppo di pari. <b>Questo comportamento verbale o fisico crea un rischio per la salute e/o per la sicurezza.</b> Il comportamento verbale è più comune e include qualsiasi forma di maltrattamento personale o professionale.
Farrell & Cubit (2005) <sup>[N4]</sup>	La HV è definita come un pattern consistente (nascosto) di comportamento disegnato per controllare, sminuire o svalutare un pari (o un gruppo), che crea un rischio per la salute e/o sicurezza.
Hinchberger PA (2009) <sup>[77]</sup>	
Griffin M. (2004) <sup>[48]</sup>	<b>La LV avviene quando gli infermieri apertamente o di nascosto dirigono la loro insoddisfazione all'interno, l'uno verso l'altro</b> , verso loro stessi e verso quelli che hanno minor potere.
Barrett et al. (2009) <sup>[N5]</sup>	
Hutchinson et al. (2006) <sup>[36]</sup>	In letteratura infermieristica, <b>il bullismo è stato prevalentemente compreso in termini di comportamento del gruppo oppresso di HV.</b>
King-Jones M. (2011) <sup>[N6]</sup>	<b>La HV è definita ostilità aperta o nascosta, manifestandosi come</b> criticismo, sabotaggio, danneggiamento, lotte intestine, ricerca del capro espiatorio, litigi. La LV si riferisce a una dura realtà esperita da alcuni infermieri all'inizio della loro carriera nell'infermieristica. Roberts parla di mangiare i nostri giovani. La LV include forme di <b>conflitto intergruppo non fisico che si manifesta in comportamenti aperti o nascosti di ostilità.</b> Gli atti di HV possono andare in un range variabile dal linguaggio del corpo intimidente a commenti sarcastici, ad abuso verbale.
Dubrosky R. (2013) <sup>[30]</sup>	Secondo Freire, la HV è un comportamento di persone oppresse che vengono a patti con sentimenti di impotenza mostrando emozioni negative e aggressività l'un l'altra, piuttosto che verso il gruppo sociale dominante.

<b>Autori (anno)</b>	<b>Violenza Orizzontale/Laterale (Horizontal Violence/Lateral Violence, HV/LV)</b>
Dunn H. (2003) <sup>[1][13]</sup>	<b>La LV è un sabotaggio</b> diretto ai colleghi che sono allo stesso livello della gerarchia dell'organizzazione.
Jackson et al. (2002) <sup>[40]</sup>	<b>La HV è una forma di bullismo.</b>
Johnston et al. (2010) <sup>[41]</sup>	Nel nursing il <b>bullismo può essere dimostrato dal management verso i dipendenti o da pari a pari (HV).</b>
Johnson SL. (2009) <sup>[43]</sup>	Il bullismo sul posto di lavoro, è spesso chiamato violenza laterale o orizzontale nella letteratura infermieristica.
Johnson & Rea (2009) <sup>[44]</sup>	Conflitto o aggressione aperta o nascosta, che avviene tra infermieri; <b>usato da alcuni autori intercambiabilmente con il termine bullismo sul posto di lavoro per intendere conflitto sul posto di lavoro.</b>
Khalil et al. (2009) <sup>[22]</sup>	<b>La HV può essere fisica o</b> psicologica contro colleghi allo stesso livello all'interno di un'organizzazione.
Lewis MA (2006) <sup>[42]</sup>	<b>Il bullismo all'interno del nursing è primariamente intraprofessionale</b> (per esempio tra infermiere e infermiere).
Longo J. (2007) <sup>[23]</sup>	La HV è un atto di subdola o aperta aggressione perpetrata da un collega verso un altro collega; <b>l'aggressione può essere fisica, verbale, o emozionale.</b> La HV è il concetto che sostiene l'affermazione che gli infermieri mangiano i loro giovani.
Longo & Sherman (2007) <sup>[24]</sup>	HV è un termine che è stato usato per caratterizzare comportamenti disturbanti tra infermieri. La HV tra infermieri è un atto di aggressione tra infermieri che è perpetrato da un collega verso un altro collega. <b>Sebbene la HV sia generalmente abuso verbale o emozionale, può anche includere l'abuso fisico e può essere manifesta o subdola.</b>
McKenna et al. (2003) <sup>[31]</sup>	Conflitto interpersonale tra infermieri come problema significativo nei confronti degli infermieri. <b>La HV più comunemente prende la forma di molestie psicologiche, che crea ostilità, come opposto all'aggressione fisica.</b> Queste molestie coinvolgono <b>abuso verbale, minacce, intimidazioni, umiliazioni, critiche eccessive, commenti a doppio senso, esclusione, negazione di accesso ad opportunità, disinteresse, scoraggiamento e ritiro di informazioni</b>
Purpora et al. (2012) <sup>[37]</sup>	Sebbene numerosi termini siano usati per etichettare comportamenti pericolosi tra gli infermieri, includendo <b>aggressione, bullismo, LV, e abuso verbale, questi sono considerati forme di HV.</b>
Purpora & Beglen (2012) <sup>[14]</sup>	La <b>HV è un comportamento che è diretto da un pari verso un altro, che danneggia, manca di rispetto, e sminuisce</b> le cose apprezzabili del ricevente, e, al contempo, nega i diritti umani fondamentali. <b>Altri termini simili</b> usati per etichettare i comportamenti tra gli infermieri al lavoro includono <b>aggressione infermiere su infermiere, bullismo, abuso verbale, LV, inciviltà, e HH/LH.</b>
Rittenmeyer et al. (2013) <sup>[32]</sup>	Ci sono una miriade di definizioni, ma ampiamente è definita aggressione infermiere-infermiere, risultando in comportamenti disturbanti di infermieri verso infermieri. Le LV/HV sono umiliazioni e degradazioni di altri con parole scortesie e azioni crudeli che spesso risultano in una perdita di autostima e fiducia in sé stessi. <b>L'American Nurses Association le descrive come qualsiasi comportamento inappropriato, confronto o conflitto che varia dall'abuso verbale alle molestie sessuali e fisiche tra colleghi.</b>
Vessey et al. (2007) <sup>[N7]</sup>	<b>Comportamenti di offesa, abuso, intimidazione, o insulto, ripetuti, abusi di potere, o sanzioni ingiuste che rendono il ricevente turbato, e si sente umiliato, vulnerabile o minacciato, creando stress e minando la fiducia in sé stesso.</b>
Sellers et al. (2009) <sup>[209]</sup>	<b>La HV è conosciuta anche come bullismo.</b>
Sellers et al. (2012) <sup>[209]</sup>	La HV è descritta come bullismo, comportamento disturbante, o inciviltà, ed è tipicamente descritta come comportamento aggressivo verso un singolo o verso un gruppo.
Sheridan-Leos N. (2008) <sup>[46]</sup>	Il concetto di LV è <b>conosciuto anche con il termine HV, bullismo, o aggressione.</b> Altri termini in letteratura sono HH, abuso verbale, o "gli infermieri mangiano i loro giovani".

<b>Autori (anno)</b>	<b>Violenza Orizzontale/Laterale (Horizontal Violence/Lateral Violence, HV/LV)</b>
Sincox & Fitzpatrick (2008) <sup>[198]</sup>	<b>La LV nell'infermieristica può consistere di una varietà di comportamenti, da non intenzionali</b> , atti di scortesia, a atti disturbanti, ad <b>intenzionali, voluti</b> con lo scopo di danneggiare, intimidire o umiliare un altro gruppo di individui. La LV può variare da situazioni casuali ad un pattern di comportamenti ripetuti. Collettivamente, questi comportamenti hanno l'effetto di creare un ambiente di ostilità.
Stanley et al. (2007) <sup>[94]</sup>	<b>I comportamenti riferiti alla LV sono conosciuti con nomi simili come HV e HH.</b>
Vessey et al. (2009) <sup>[49]</sup>	Quando il bullismo è intraprofessionale, è strettamente correlato alla HV. <b>Comunque, a differenza della HV, nel bullismo deve essere presente una differenza di potere reale o percepita tra l'istigatore e il ricevente.</b>
Walrafen et al. (2012) <sup>[90]</sup>	<b>La HV è definita come azioni manifeste o velate da infermieri verso infermieri, specialmente verso quelli visti come meno potenti</b>
Weinand MR (2010) <sup>[47]</sup>	La violenza nei posti di lavoro creata dai colleghi contro i colleghi si chiama violenza orizzontale. Questo problema è <b>conosciuto anche col nome di bullismo, tossicità da posto di lavoro, e negatività.</b>
Woelfle & McCaffrey (2007) <sup>[199]</sup>	La HV o LV può essere descritta come comportamento aggressivo e distruttivo di infermieri l'uno contro l'altro.
Griffin M. (2004) <sup>[48]</sup>	Il concetto di <b>LV, anche nota come HV, più recentemente è stato denominato bullismo o aggressione.</b>

**Tabella 4 – Definizioni di Molestie**

<b>Autori (anno)</b>	<b>Molestie (Harassment)</b>
Hegney et al. (2006) <sup>[16]</sup>	<b>Le molestie sessuali sul luogo di lavoro sono comportamenti ripetuti che sono diretti ad un lavoratore singolo o gruppo di lavoratori;</b> ed è un genere di comportamento <b>offensivo, intimidente, umiliante o minacciante</b> ; è indesiderato e non sollecitato; ed una persona ragionevole lo considererebbe offensivo, intimidente, umiliante, o minacciante per il singolo lavoratore o gruppo di lavoratori.
Ishmael & Alemodu (2002) <sup>[67]</sup>	<b>Condotta non desiderata di natura sessuale, o altra condotta basata sul sesso,</b> che influenza la dignità della donna e dell'uomo a lavorare. Questo <b>include condotte fisiche, verbali o non verbali indesiderate.</b>
Martin & Hine (2005) <sup>[94]</sup>	<b>Bullismo e molestie definite come ripetuti e sistematici tentativi di recar danno a qualcuno da parte di un individuo o gruppo,</b> dove le vittime trovano difficoltà a difendere sé stesse e dove uno <b>squilibrio di potere esiste tra la vittima ed il perpetratore, sia reale o percepito.</b>
Pryor & Fitzgerald (2003) <sup>[52]</sup>	<b>Il bullismo è distinto dalle molestie per la mancanza di motivi sessuali o razziali.</b>
Simons & Mawn (2010) <sup>[53]</sup>	
Royal College of Nursing (2001) <sup>[10]</sup>	Molestie sono qualsiasi <b>condotta basata su età, disabilità, stato sierologico relativo all'HIV, circostanze domestiche, sesso, orientamento sessuale, cambio di genere, razza, colore, lingua, religione, politica, sindacati o altra opinione o credo, origini sociali o nazionali, associazione con una minoranza, proprietà, nascita o altro status che è indesiderato o non corrisposto,</b>
ILO, ICN, WHO, PSI (2002) <sup>[50]</sup>	e che influenza la dignità di uomini e donne al lavoro.

Vessey et al. (2009) <sup>[49]</sup>	Sebbene il <b>bullismo sia anche simile alle molestie, questo differisce in termini di target</b> . Con il bullismo qualsiasi persona può essere un target potenziale, mentre <b>le molestie sono in genere associate alla nozione di differenza, dovuta a genere, razza, etnicità, età, o disabilità</b> .
--------------------------------------	---

**Tabella 5 – Definizioni di Bullismo**

<b>Autori (anno)</b>	<b>Bullismo (Bullying)</b>
Armstrong P (2011) <sup>[54]</sup>	Definizione attivistica di bullismo: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Il bullismo è <b>essenzialmente lo stesso problema se perpetrato da managers, sui subordinati, da pari nelle organizzazioni, o dai subordinati</b> verso i managers</li> <li>2. Il bullismo <b>include l'isolamento e la vittimizzazione</b> degli individui, o al più di piccoli gruppi</li> <li>3. Il bullismo consiste di <b>ripetute azioni di vittimizzazione</b> che prendono luogo <b>per un considerevole periodo di tempo</b></li> <li>4. Come per le molestie sessuali, <b>il bullismo è definito</b> non dalle intenzioni del perpeetratore <b>ma dalla percezione delle sue vittime</b></li> <li>5. Il bullismo è caratterizzato da uno <b>squilibrio di potere tale che la persona che lo subisce è in difficoltà nel difendersi</b>. Questa differenza di potere non è necessariamente basata sulla posizione istituzionale.</li> </ol>
Center for American Nurses (2008) <sup>[20]</sup>	Il bullismo è un comportamento di <b>abuso offensivo, intimidente, minaccioso, o di insulti, o di abuso di potere condotto da un individuo o un gruppo contro altri</b> , che rende il ricevente sconvolto, minacciato, umiliato, o vulnerabile, che danneggia la sua fiducia in sé stesso e che può causare sofferenza e stress. Il bullismo è un <b>comportamento generalmente persistente</b> , sistematico e continuativo. Il bullismo è associato ad un perpeetratore con un gradiente di autorità o di livello più elevato; per esempio un infermiere supervisore e uno staff nurse.
Cleary et al. (2009) <sup>[38]</sup>	<b>Il bullismo può avvenire allo stesso livello (HV/LV), o verso l'alto o verso il basso (violenza gerarchica o verticale)</b> . La LV è usata per descrivere aggressione indiretta o velata tra lavoratori allo stesso livello gerarchico, mentre quella verticale descrive la violenza a livelli gerarchici diversi (es. manager o neolaureati).
Cooper et al. (2011) <sup>[55]</sup>	Il bullismo è definito come <b>atti aggressivi o negativi a lungo termine</b> , portati avanti <b>ripetutamente nel tempo e</b> diretti verso qualcuno che trova difficoltà a difenderlo/difendersi perché la relazione con il bullo è caratterizzata da uno squilibrio di potere. <b>Una persona che si comporta semplicemente male, o in una maniera rude, o isolati incidenti occasionali di atti, o comportamenti negativi non sono inclusi in questa definizione operativa di bullismo.</b>
Eagar et al. (2010) <sup>[58]</sup>	<b>Bullismo e HV sono termini che spesso vengono usati intercambiabilmente</b> per descrivere comportamenti negativi tra colleghi di lavoro.
Felblinger DM (2008) <sup>[56]</sup>	Il bullismo sul posto di lavoro è una <b>forma di aggressione che va oltre l'inciviltà</b> . Il bullismo è una forma di <b>comportamento deliberato e ripetitivo</b> che influenza in modo avverso la salute o il benessere economico della persona target. Il bullismo consiste di <b>azioni negative ricorrenti e persistenti verso uno o più individui che coinvolge uno squilibrio di potere e crea un ambiente di lavoro ostile</b> . Il bullismo è una forma di maltrattamento personale <b>che intensifica l'intensità dell'aggressione verbale</b> , dirige attenzione ed energie via dal lavoro e può di conseguenza rendere l'infermiere target a <b>rischio di performance cliniche non sicure</b> .

<b>Autori (anno)</b>	<b>Bullismo (Bullying)</b>
Hinchberger PA (2009) <sup>[177]</sup>	<b>Il bullismo è stato definito da vari ricercatori ed include HV</b> , violenza intergruppo, e bullismo adulto. <b>La definizione esatta rimane dibattuta.</b>
Hutchinson M. (2009) <sup>[N10]</sup>	Il bullismo sul posto di lavoro è un <b>comportamento che va oltre la semplice maleducazione ed inciviltà. Mentre il bullismo può includere aggressioni aperte o minacce di violenza</b> , come altre forme di aggressione sperimentate da parte degli infermieri, <b>frequentemente coinvolge atti subdoli e velati, piuttosto che violenza diretta.</b>
Kimiväki et al. (2000) <sup>[136]</sup> Laschinger et al. (2010) <sup>[134]</sup>	Una situazione dove qualcuno è soggetto a isolamento sociale o esclusione, i suoi sforzi lavorativi sono svalutati, è minacciato, commenti dispregiativi vengono fatti dietro le sue spalle, o altri <b>comportamenti negativi vengono messi in atto con lo scopo di tormentare, sfinire, o frustrare.</b>
Johnston et al. (2010) <sup>[41]</sup> Leyman H. (1990) <sup>[79]</sup>	Nel nursing il bullismo può <b>esser dimostrato dal management verso i dipendenti o da pari a pari (violenza orizzontale).</b> Comportamenti di un <b>tipo di terrorismo sul luogo di lavoro.</b> Il terrore è descritto come la <b>presenza sistematica di comunicazione non etica e comportamenti antagonistici da parte di uno o più individui verso un individuo.</b>
Abe & Henly (2010) <sup>[33]</sup> Yildirim D. (2009) <sup>[126]</sup> Egue & Leinung (2013) <sup>[59]</sup>	Dal 1992, Adams identifica <b>comportamenti di bullismo</b> come parte fondamentale dell'abuso dei dipendenti, <b>incluso molestie, HV, inciviltà, conflitto interpersonale, devianza interpersonale, mobbing, danneggiamento sociale, vittimizzazione, abuso sul posto di lavoro, aggressione sul posto di lavoro, WI, e WV.</b>
Einarsen S. (1999) <sup>[73]</sup> Lindy & Schaefer (2010) <sup>[62]</sup>	<b>Comportamenti indesiderati e ripetuti di ostilità ed aggressività (fisica o non fisica) di un collega verso un altro.</b>
Einarsen et al. (2011) <sup>[63]</sup> Giorgi G (2012) <sup>[64]</sup> Simons et al. (2011) <sup>[65]</sup> Waschler et al. (2013) <sup>[66]</sup>	<b>Bullismo sul lavoro significa molestare, offendere, escludere socialmente qualcuno o influenzarne negativamente il suo lavoro. Allo scopo di etichettare come bullismo (o mobbing) una particolare attività, interazione, o processo, questo deve verificarsi ripetutamente e regolarmente (es. settimanalmente) e per un periodo di tempo (es. circa 6 mesi).</b> Il bullismo è un processo in escalation, nel corso del quale la persona colpita finisce in una posizione di inferiorità e diviene il target sistematico di azioni sociali negative.
Einarsen et al. (2003) <sup>[64]</sup> Salin D. (2008) <sup>[57]</sup> Hauge et al. (2009) <sup>[176]</sup>	Il bullismo è una <b>forma di interazione negativa che può esprimersi in molti modi, variando dall'aggressione verbale e l'eccessivo criticismo o monitoraggio del lavoro, fino all'isolamento sociale o al trattamento con silenzio.</b>
Hutchinson et al. (2005) <sup>[71]</sup>	Il bullismo è generalmente una <b>costellazione di atti ripetuti, dove uno o più individui intraprende con l'intento di danneggiare altri</b> e creare un ambiente di lavoro ostile.
Hutchinson et al. (2008) <sup>[200]</sup> Hutchinson et al. (2009) <sup>[N10]</sup>	Il bullismo si differenzia da singoli atti di aggressione o molestie, come <b>forma di comportamento ripetuta nel tempo.</b> <b>Mentre ci sono molte definizioni di bullismo sul luogo lavoro</b> , sembra generalmente considerato includere ripetuti, trattamenti sfavorevoli di una persona su un'altra (o altri), che crea o contribuisce a creare un ambiente di lavoro ostile.
Hutton & Gates (2008) <sup>[76]</sup>	Come il mobbing, il bullismo è <b>definito da azioni ripetute, irragionevoli, di individui (o un gruppo), dirette verso un dipendente (o un gruppo di dipendenti)</b> , che sono intese a intimidire e creare un rischio verso la salute e la sicurezza del/dei dipendente/dipendenti.

<b>Autori (anno)</b>	<b>Bullismo (Bullying)</b>
Katrinli et al. (2010) <sup>[75]</sup>	Si definisce bullismo <b>qualsiasi tipo di abuso ripetitivo nel quale le vittime soffrono di vessazioni verbali, minacce, umiliazioni o comportamenti intimidatori, o comportamenti attraverso i quali i perpetratori interferiscono con la performance lavorativa</b> delle vittime e sono calcolati per mettere a repentaglio la loro salute e sicurezza.
Ishmael & Alemoru, (2002) <sup>[67]</sup>	<b>Comportamento persistente offensivo, abusivo, intimidente, malizioso o insultante, che equivale ad un abuso di potere</b> , e rende il ricevente disturbato, minacciato, umiliato o vulnerabile.
Johnson & Rea (2009) <sup>[44]</sup>	Una <b>distinzione maggiore tra bullismo e LV è data dal fatto che questa può esser episodicamente isolata, mentre il bullismo necessita di ripetizione del conflitto almeno 1 volta a settimana per almeno 6 mesi.</b>
Laschinger et al. (2013) <sup>[70]</sup>	<b>Differisce dalla WI per via del fatto che è più intenso, di maggior durata</b> , e caratterizzato da intento non ambiguo di recare danno.
Lewis MA (2006) <sup>[42]</sup>	<b>Il bullismo all'interno del nursing è primariamente intraprofessionale</b> (per esempio tra infermiere e infermiere).
Martin & Hine (2005) <sup>[51]</sup>	Bullismo e molestie definite come ripetuti e sistematici tentativi di recar danno a qualcuno da parte di un individuo o gruppo, dove le vittime trovano difficoltà a difendere sé stesse e dove uno squilibrio di potere esiste tra la vittima ed il perpetratore, sia reale o percepito
Olender-Russo L. (2009) <sup>[68]</sup>	<b>Il concetto di bullismo si è evoluto nel tempo, da un comportamento che includeva attacchi fisici, a più subdoli</b> , forse mascherate, relazioni tra individui, laddove uno si sente obiettivo di comportamenti negativi persistenti ricevuti da una o più persone durante un prolungato periodo di tempo.
Ozturk et al. (2008) <sup>[74]</sup>	Il bullismo è una forma di molestie a scuola, ed <b>include la violenza fisica.</b>
Registered Nurses Associaton of Ontario (2008) <sup>[162]</sup>	La <b>violenza infermiere-infermiere</b> è spesso ignorata o minimizzata da infermieri e istituzioni. <b>Questa forma di violenza è spesso riferita come bullismo o conflitto interpersonale.</b>
Royal College of Nursing (2001) <sup>[10]</sup>	Il <b>bullismo sul posto di lavoro è l'abuso di potere o posizione.</b> Può portare a riduzione della performance lavorativa, sentimenti di paura, rabbia, impotenza e ferite.
Salin D. (2003) <sup>[57]</sup>	Il bullismo sul posto di lavoro è definito come una <b>serie di eventi negativi e persistenti in escalation</b> che risultano in esclusione sociale, e molestie, di un individuo mentre danneggiano le sue relazioni professionali e personali nel posto di lavoro.
Johnson SL. (2011) <sup>[69]</sup>	
Salin D. (2008) <sup>[57]</sup>	Tipicamente è <b>perciò una questione di accumulo di molte azioni "minori", portando ad un pattern di maltrattamento sistematico.</b> Differisce da un conflitto ordinario dal momento che <b>esiste generalmente una configurazione vittima-perpetratore, in modo tale che la persona che subisce, finisce per sentirsi incapace di difendersi con successo.</b> Tuttavia non è ristretto a tipologie di comportamento tirannico da parte di leader. <b>Può avvenire anche tra colleghi allo stesso livello gerarchico o anche verso l'alto, per esempio quando un subordinato esercita bullismo verso il manager.</b> Questo è perché lo sbilanciamento di potere percepito può non emergere dalla gerarchia istituzionale, ma anche da altre caratteristiche individuali, situazionali o della società.
Vessey et al. (2009) <sup>[49]</sup>	Il bullismo <b>fa riferimento a comportamenti ripetuti, offensivi, di abuso, di intimidazione, o di insulto;</b> abuso di potere, o sanzioni ingiuste che rendono il ricevente turbato, e si sente umiliato, vulnerabile o minacciato, creando stress e minando la fiducia
Eagar et al. (2010) <sup>[58]</sup>	
Egues & Leinung (2013) <sup>[59]</sup>	in sé stesso. <b>Quando il bullismo è intraprofessionale, è strettamente correlato alla LV.</b> Comunque, a differenza della HV, <b>nel bullismo deve essere presente una differenza di potere reale o percepita tra l'istigatore e il ricevente. Sebbene il bullismo</b>

Autori (anno)	Bullismo (Bullying)
	<b>sia anche simile alle molestie, questo differisce in termini di target.</b> Con il bullismo qualsiasi persona può essere un target potenziale, mentre le molestie sono in genere associate alla nozione di differenza, dovuta a genere, razza, etnicità, età, o disabilità. A dispetto della mancanza di chiarezza concettuale, il termine bullismo è generalmente usato sia dalla letteratura che dagli infermieri per descrivere la violenza intraprofessionale che incontrano nei contesti per acuti.
ILO, ICN, WHO, PSI (2002) <sup>[50]</sup> UNISON (2003) <sup>[N11]</sup> Yildirim & Yildirim (2008) <sup>[N12]</sup> Yildirim D (2009) <sup>[126]</sup>	<b>Comportamento offensivo e ripetuto nel tempo</b> , attraverso tentativi vendicativi, crudeli, o maliziosi di umiliare o danneggiare un individuo o gruppo di dipendenti, e che causa loro il soffrire di stress.
Hutchinson et al. (2010) <sup>[78]</sup>	<b>Un'ampia variabilità di etichette è stata usata per descrivere il bullismo sul posto di lavoro. Il termine mobbing è comunemente usato in Europa.</b> In altri contesti le etichette includono: vittimizzazione, gretto dispotismo, e comportamento antisociale sul posto di lavoro. <b>Nella letteratura infermieristica il termine HV, comportamento del gruppo oppresso, o violenza laterale sono luoghi comuni.</b> Malgrado l'ampio spettro di termini utilizzati, sembra esserci una convergenza nel definire la natura del comportamento. <b>C'è consenso che il bullismo includa ripetute forme di comportamenti negativi o ostili che accadono nel corso del tempo, che possono offendere, molestare, escludere o influenzare negativamente i compiti lavorativi degli individui target.</b>
Pryor & Fitzgerald (2003) <sup>[52]</sup>	Il bullismo è distinto dalle molestie per la mancanza di motivi sessuali o razziali.
Simons & Mawn (2010) <sup>[53]</sup>	
Simons S (2008) <sup>[138]</sup>	Il comportamento del <b>bullismo è un tipo di HV.</b>
Taylor et al. (1999) <sup>[N13]</sup>	<b>Il bullismo è una forma di molestie</b> che è riconosciuta in modo incrementale come un problema occupazionale e una fonte di stress basata sul lavoro per gli infermieri.
Jackson et al. (2002) <sup>[40]</sup>	
Vessey et al. (2010) <sup>[60]</sup>	<b>Il bullismo differisce dalla HV nel fatto che deve essere presente una reale o percepita differenza di potere tra l'istigatore e il ricevente nel bullismo, mentre la HV avviene tra pari. Col bullismo, qualsiasi persona può essere il target, mentre le molestie sono generalmente associate alla nozione di differenza</b> (dovuta a genere, razza, etnicità, o disabilità). In letteratura questi termini sono frequentemente usati in modo intercambiabile per descrivere tutta la violenza interpersonale sul posto di lavoro. <b>Dovuti alla sovrapposizione concettuale, bullismo, molestie, e HV sono definiti come comportamenti ripetuti offensivi, di abuso, intimidenti, o insultanti, o sanzionatori ingiustamente</b> , che rendono i riceventi turbati, li fanno sentire umiliati, vulnerabili, o minacciati, creando stress e danneggiando la loro fiducia in sé stessi.
Washington State Department of Labor and Industries (2011) <sup>[72]</sup>	Il bullismo sul posto di lavoro fa riferimento a <b>azioni irragionevoli ripetute di un individuo o un gruppo, dirette verso un dipendente</b> (o un gruppo di dipendenti), che sono intese a intimidire, degradare, umiliare o danneggiare; o che creano un rischio alla salute o alla sicurezza dei dipendenti. Spesso implica abuso o uso improprio di potere.
Zapf & Gross (2001) <sup>[61]</sup>	<b>Un incidente non può essere categorizzato come bullismo a meno che non ci sia un gradiente di potere</b> , percepito o reale,
Simons SR & Mawn (2010) <sup>[53]</sup>	tra gli individui coinvolti.

**Tabella 6 – Definizioni di Mobbing**

<b>Autori (anno)</b>	<b>Mobbing</b>
Leyman H. (1990) <sup>[79]</sup> Yildirim & Yildirim (2007) <sup>[82]</sup> Dilek & Aytolan (2008) <sup>[81]</sup> Yildirim et al. (2007) <sup>[80]</sup>	Comportamenti di <b>un tipo di terrorismo sul luogo di lavoro</b> . Il terrore è descritto come la <b>presenza sistematica di comunicazione non etica e comportamenti antagonistici da parte di uno o più individui verso un individuo</b> .
Leyman H. (1996) <sup>[85]</sup>	Conflitto interpersonale nel quale il target è soggetto a <b>stigmatizzazione sistematica, molestie, ed isolamento sociale per un esteso periodo di tempo</b> . Il bullismo sul lavoro tende ad essere sofisticato e ad includere crudeltà psicologica.
Einarsen et al. (2003) <sup>[84]</sup> Caporale et al. (2012) <sup>[83]</sup>	<b>Aggressione psicologica, una forma di offesa morale, volta a spingere una persona alla sua esclusione dal contesto lavorativo</b> o danneggiare alcuni aspetti del ruolo professionale e della mansione.
Hutton & Gates (2008) <sup>[76]</sup>	<b>Condotta verbale o non verbale intenzionale, di uno o più individui, contro un'altra persona durante un periodo di tempo che continuamente e sistematicamente</b> intimidisce, mostra ostilità, minaccia, offende, umilia, o insulta un collega; interferisce con la performance del collega; o ha un impatto avverso sul benessere mentale o fisico del collega.
Ozturk et al. (2008) <sup>[74]</sup>	<b>Definito come aggressione emozionale, è associato a bullismo e stalking. È anche definito come linciaggio emotivo, terrore psicologico, violenza psicologica, trauma, abuso psicologico</b> , attacchi emozionali, intimidazione e abuso emozionale a lavoro.
Caporale et al. (2012) <sup>[83]</sup>	Vittimizzazione di un individuo nel luogo di lavoro, dovuta al <b>comportamento discriminatorio di uno o più colleghi o di un superiore (in alcuni casi anche da sottoposti)</b> messo in atto con il solo obiettivo di ottenere l'allontanamento del lavoratore.
Yildirim & Yildirim (2007) <sup>[82]</sup>	Il concetto di mobbing è relativamente sconosciuto, ma non sconosciuto nella vita lavorativa ed include <b>terrorismo sul luogo di lavoro, pressione, spavento, sminuimento, e terrorismo psicologico o violenza astratta</b> .

## **2. Inciviltà sul luogo di lavoro, violenza orizzontale, bullismo e mobbing tra pari: teorie e modelli di interpretazione dei fenomeni**

### **2.1 Genesi dell'inciviltà sul luogo di lavoro nella professione infermieristica**

Il concetto di civiltà può essere espresso come l'adottare comportamenti rispettosi della dignità degli altri, con riguardo verso i loro sentimenti, osservando le norme sociali di mutuo rispetto.<sup>[86]</sup>

La civiltà è un forte strumento usato nella società per ammortizzare le istanze tra le diverse classi sociali, rendere meno dure le divisioni tra ricchi e poveri, e tra dipendenti e datori di lavoro.<sup>[86]</sup> Al di là dei contenuti strumentali del concetto di civiltà, questa rappresenta l'espressione di forti istanze morali. In sostanza alla base della civiltà ci sono l'amore ed il rispetto per il prossimo e per gli appartenenti al genere umano in generale.<sup>[86]</sup> I concetti di civiltà ruotano attorno ai sacrifici che le persone tendono a fare per l'amore di vivere insieme e all'auto-controllo. Secondo la sociologia, il bisogno di civiltà aumenta con la complessità e frequenza delle interazioni tra le persone.<sup>[86]</sup>

La civiltà sul luogo di lavoro coinvolge l'adozione di comportamenti di cortesia e riguardo verso gli altri sul luogo di lavoro, all'interno delle norme di rispetto in quel contesto. Al contrario, l'inciviltà sul luogo di lavoro, che ne rappresenta l'antonimo, è caratterizzata da comportamenti devianti (maleducati e scortesi), a bassa intensità, che infrangono le regole sociali del mutuo rispetto nei vari contesti in cui si verifica, tra i quali quello lavorativo.<sup>[86]</sup>

È stato ipotizzato che la violenza sul posto di lavoro sia raramente un evento improvviso, ma il culmine di un'escalation di interazioni negative tra persone, di cui l'inciviltà ne risulti un precursore, in quanto caratterizzata da abusi a bassa intensità.<sup>[86]</sup>

In ogni caso, rispetto alle altre condizioni di aggressione/abuso sul luogo di lavoro, l'inciviltà si caratterizza per l'ambiguità, cioè la non chiara possibilità di comprendere se c'è la volontà di recare danno alla persona col comportamento incivile, oppure se questo è completamente non intenzionale.<sup>[86]</sup>

Nel tentativo di contestualizzare l'inciviltà all'interno della varietà di abusi che possono verificarsi all'interno dei luoghi di lavoro, è stata ipotizzata una classificazione che

preveda come contenitore più grande i cosiddetti “comportamenti antisociali” (cioè quelli che recano danno agli individui e alle organizzazioni). Al loro interno c’è l’insieme dei comportamenti “devianti” (comportamenti antisociali in violazione delle norme). All’interno dei comportamenti devianti, si individuano le “aggressioni” (comportamenti devianti con l’intento di recare danno), al cui interno possono risiedere a loro volta le “violenze” (comportamenti aggressivi, fisici, ad alta intensità). L’inciviltà (comportamenti devianti a bassa intensità con ambiguo intento di recare danno), si pone a cavallo tra i comportamenti devianti, e le aggressioni.<sup>[86]</sup>

L’inciviltà come evento interattivo prevede l’istigatore, il target, gli osservatori, ed il contesto sociale.<sup>[86]</sup>

Alcuni autori hanno concettualizzato lo svilupparsi di spirali dell’inciviltà sul luogo di lavoro, come antecedenti ad episodi di comportamenti devianti ben più gravi. Lo starting point di queste spirali è generalmente costituito dalla percezione di una parte aver ricevuto ingiustizia nelle interazioni, dallo sviluppo di sentimenti negativi, e di desiderio di reciprocità.<sup>[86]</sup> I comportamenti incivili che ne scaturiscono possono essere unilaterali o innescare circoli in risposta. Facilitatori allo sviluppo di questi comportamenti sono: i temperamenti cosiddetti “caldi” delle persone, cioè estremamente suscettibili e reattivi, e il clima di lavoro informale, che può dare adito all’infrangere le regole dell’organizzazione più facilmente.<sup>[86]</sup> Nell’andare avanti dei circoli di inciviltà tra le 2 parti coinvolte, si possono raggiungere punti critici costituiti da percezione di danno sociale, rabbia e desiderio di vendetta.<sup>[86]</sup> Questo può dare origine a comportamenti incivili di intensità maggiore, sfociando nella coercizione/bullismo, a seguito dell’interpretazione di una o entrambe le parti dei comportamenti dell’altra. Al contempo, i comportamenti incivili osservati, accanto a risposte negative dei membri dell’organizzazione, possono innescare spirali di inciviltà secondarie.<sup>[86]</sup>

Alla base dell’inciviltà sul luogo di lavoro (WVI) (e del bullismo), sono stati individuate 2 principali gruppi di fattori contribuenti: individuali (personalità auto-centrata, immaturità, e/o difensiva), e sistemici (pressione del lavoro, che include maggior richiesta di produttività; contenimento dei costi e gerarchie irrigidite; paura dello stress da contenzioso; differenze tra i lavoratori in termini di autonomia, autorità, empowerment, ruoli e valori; continua instabilità e cambiamento di staff e turnazione).<sup>[87]</sup>

## 2.2 Modelli di interpretazione dei fenomeni di violenza laterale e bullismo nella professione infermieristica

Il bullismo e la violenza orizzontale (HV), quella cioè perpetrata da pari a pari è un fenomeno che trascende, e non origina di certo nel mondo professionale infermieristico. Di fatto numerosi autori hanno cercato di fornire modelli e teorie che aiutassero a inquadrare e interpretare a livello antropologico e sociologico questo genere di comportamenti all'interno dei gruppi.

Einarsen, nel 2000, ha proposto un framework teorico per la ricerca sul bullying, che riassume i meccanismi di innesco e reazione del fenomeno sul luogo di lavoro.<sup>[88]</sup> Gli antecedenti dell'evento di bullismo/mobbing sono costituiti da situazione, contesto, e dai tratti caratteristici delle personalità del mobber e della vittima (in genere ipersensibilità, zelo spiccato, ansia...). Poi gli elementi dell'evento sono dati dai comportamenti dell'aggressore, così come sono mostrati, e come vengono percepiti dalla vittima.<sup>[88]</sup> Il terzo step è dato dalla reazione della vittima di tipo emozionale e comportamentale. Ci sono infine gli esiti individuali da una parte (professionali, psicologici, di salute) ed organizzativi dall'altra.<sup>[88]</sup> Trasversalmente, esercitano influenza su tutto il processo dinamico le azioni dell'organizzazione (tolleranza, supporto sociale, rappresaglie/punizioni, applicazione di procedure), e la predisposizione individuale della vittima (tratti di personalità, storia personale).<sup>[88]</sup>

In tabella 7 si riporta la sintesi dei principali modelli che possono spiegare le violenze ed il bullismo/mobbing orizzontali tra infermieri, tratta da un'estesa review pubblicata da Vessey et al. nel 2010.<sup>[60]</sup>

**Tabella 7 – Principali tipologie di modelli di spiegazione del bullismo e violenza laterale<sup>[60]</sup>**

Tipologie di modelli	Caratteristiche
Interpersonali	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ L'aggressione o l'indietreggiamento possono creare ruoli (mobbers e vittime) influenzando i comportamenti all'interno dei ruoli stessi.</li><li>✓ Reazioni emozionali e cognitive al bullismo e HV diventano parte di una cultura del lavoro, generando sentimenti negativi e clima conflittuale e di resa dei conti. La presenza di bulli solitari o assistiti da altri dipende da fattori locali, culturali, normativi.</li><li>✓ Nell'aggressione sociale lo scopo è il danno sociale, mentre l'aggressione relazionale nel bullismo, è focalizzata verso i pari. L'aggressione sociale è una forma diretta e indiretta di aggressione relazionale usata per danneggiare l'autostima di un pari, lo status sociale o entrambi.</li><li>✓ Gli individui apprendono evolutivamente ad accettare tacitamente gli imperativi culturali circa i comportamenti appropriati e non appropriati.</li></ul>

Tipologie di Caratteristiche modelli	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Le femmine possono essere aggressive come i maschi quando usano forme manipolative di aggressione, come fare gossip, diffondere dicerie in tutti i tipi di contesti ambientali. Le aggressioni indirette nell'ambiente di lavoro sono una strategia alternativa alle aggressioni dirette, con lo scopo di escludere socialmente, o danneggiare lo status sociale di una vittima.</li> <li>✓ Un frequente comportamento tra gli infermieri è la creazione di "cricche", che condividono informazioni, attività, amicizie, confidenze e carichi di lavoro, ma non fanno chiaramente lo stesso con altri nel luogo di lavoro che sono al loro pari livello. Gli esclusi dal "gruppetto" sono messi in una posizione di sentirsi outsiders</li> <li>✓ Il modello dei comportamenti del gruppo oppresso interseca studi sui generi, scienze sociali, psicologia e interazioni ambiente/individuo. Si teorizza che nelle società senza potere, dove l'oppressione prolifera, può esserci timore della libertà, per esempio timore di affrontare i comportamenti negativi di un oppressore.</li> <li>✓ Esiste anche un modello organizzativo che comprende anche precisi antecedenti al bullismo (tolleranza organizzativa, alleanze informali nell'organizzazione, cattivo uso di processi e procedure legittimate dall'autorità). In parte anche per utilizzare il bullismo come forma di controllo nei gruppi.</li> </ul>
Intrapersonali	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Il bullismo può essere una risposta a condizioni problematiche situazionali che sorgono sul lavoro.</li> <li>✓ Alcool, stupefacenti, e stressori economici extra-lavorativi e interpersonali/familiari, ma anche i ritmi circadiani possono avere un ruolo chiave le aggressioni nei luoghi di lavoro.</li> <li>✓ Le vittime di mobbing hanno score più elevati nelle componenti nevrotiche e paranoide di strumenti psicometrici, e correlazioni positive tra frequenza di abusi e sintomi di distress post traumatico. Inoltre la frequenza di esposizione al mobbing induce depressione ed ha potere predittivo per il suicidio.</li> <li>✓ Le donne possono "silenziare il sé", sopprimendo certi pensieri, sentimenti ed azioni che possono contraddire un altro. Questo permette di evitare il conflitto per mantenere le relazioni e/o assicurare la propria sicurezza fisica/psicologica.</li> <li>✓ La rabbia spesso proviene da una violazione del senso giustizia, e nel trattarsi dal fare "la cosa giusta" (dire agli altri direttamente ciò di cui si ha bisogno e si sente). Rabbia e sensi di colpa suscitano conflitto interiore, specialmente nella donna.</li> </ul>
Evolutivi	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Nell'aggressione sociale il perpetratore tenta di causare danno sociale, nell'aggressione relazionale il danno è diretto alla persona, e, nella LV, specificatamente verso un pari.</li> <li>✓ L'aggressione relazionale è una forma di aggressione sociale diretta o indiretta per danneggiare l'autostima di un altro.</li> <li>✓ Le forme di aggressione indiretta sono state da sempre appannaggio prevalente delle femmine ma attualmente, è divisa tra i generi (es. cyberbullying).</li> <li>✓ L'aggressione indiretta, è un'esperienza appresa che può essere rinforzata col tempo, nell'età adulta.</li> <li>✓ L'aggressione emerge dal fallimento nelle relazioni con altra gente.</li> <li>✓ Le donne non sono per natura aggressive, ma l'aggressione indiretta si sviluppa in un contesto culturale ed interpersonale. In sostanza le donne mascherano in superficie l'intento.</li> </ul>
Biologici	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ I modelli biologici o biocomportamentali aiutano a individuare i possibili motivi per i comportamenti aggressivi diretti o nascosti sul lavoro. Possono anche spiegare come mai certe persone diventano facilmente delle vittime. I limiti</li> </ul>

## Tipologie di Caratteristiche modelli

- risiedono nel fatto che i processi cognitivi o mentali avvengono in precedenza alle risposte biocomportamentali e determinano il comportamento nel tempo.
- ✓ Testosterone, cortisolo, e deidroepiandrosterone, in combinazione con l'ambiente, hanno un ruolo interattivo nello sviluppo del comportamento.
  - ✓ Studi hanno messo in evidenza che la rimozione o abbassamento dei livelli di testosterone riducono l'aggressività e/o la dominanza e le risposte biocomportamentali allo stress.
  - ✓ Nelle femmine si rileva il comportamento di aiuto piuttosto che di combattimento nei confronti dell'aggressore, e questo è connesso all'attivazione del testosterone. Le donne usano l'attaccamento/affezione per acquietare l'aggressione, e ciò è mediato dall'ossitocina, non dal testosterone.
  - ✓ Altri sostengono che l'aggressione femminile esiste, ma non è aperta, bensì in natura sociale o relazionale perché meno mediata da testosterone.

Tra i modelli che spiegano questi fenomeni c'è il modello ecologico di bullismo sul luogo di lavoro.<sup>[69]</sup> Si ipotizzano 4 sistemi in interrelazione che raccolgono gli eventi che costituiscono il bullismo/mobbing, ovverosia il microsistema (il mobber e il target), il mesosistema (gruppo di lavoro, incluso il manager), l'esosistema (l'organizzazione), e il macrosistema (la società). Il modello si sviluppa in 3 stage: "antecedenti", l'evento di "bullismo/mobbing", e gli "esiti". I fattori antecedenti fluiscono dal macrosistema attraverso tutti i sistemi, generando le condizioni che portano all'evento di bullismo/mobbing (denominato "incidente"). Partendo da questo, fluiscono gli esiti attraversando nuovamente tutti i sistemi. Gli interventi possono essere proattivi o reattivi e passare attraverso tutti i sistemi, focalizzandosi su antecedenti o esiti (o entrambi).<sup>[69]</sup>

Anche il modello del determinismo reciproco, di Albert Bandura, è stato utilizzato come cornice concettuale per spiegare i fenomeni di violenza laterale, specialmente a livello infermieristico.<sup>[89]</sup> I passaggi del modello prevedono: comportamenti con conseguenze positive o negative per gli individui; apprendimento dei comportamenti tramite osservazione; modellamento dei comportamenti degli individui, che si ispirano a coloro con i quali si identificano; apprendimento di nuovi comportamenti da parte degli individui; gli individui modellano nuovi comportamenti.<sup>[90]</sup>

Di particolare interesse risultano alcune esperienze rispetto a casi studio, dai quali emerge anche che il bullying sul luogo di lavoro può dare origini a situazioni in cui di fronte a sporadici e singoli incidenti, che sono fuori dalla classica definizione operativa, si possono verificare reazioni di distress psicologico identiche a quelle presenti durante forme di bullismo strutturate e persistenti. Talvolta anche la sola presenza del

perpetratore, senza alcun tipo di comportamento deviato o antisociale, può suscitare le medesime reazioni.<sup>[54]</sup>

Da qui Einarsen riporta il problema sollevato da alcuni autori circa il bullismo “soggettivo”, cioè caratterizzato dal fatto che la definizione core di bullismo è quella fornita dalla soggettiva percezione della vittima rispetto alle azioni ripetute che sono avvertite come ostili, umilianti ed intimidenti, dirette verso la propria persona, e quello “oggettivo”, che si riferisce a condizioni dove sono chiaramente osservabili prove o affermazioni che il bullismo sta avendo luogo da una terza parte.<sup>[91]</sup>

### **2.3 Le interazioni comunicative disfunzionali nei gruppi infermieristici**

In generale, circa il 25% di tutti i lavoratori, indipendentemente dalla tipologia di lavoro, riconoscono nei problemi interpersonali l'elemento di maggior stress nell'ambiente in cui svolgono la propria occupazione.<sup>[92]</sup> Per quanto riguarda l'ambito di lavoro infermieristico, la letteratura, e specialmente quella statunitense, indica che i “nuovi entrati” in un servizio sono spesso coinvolti nei conflitti intragruppo.<sup>[93]</sup> Gli infermieri in USA utilizzano frequentemente la frase “nurses eating their young” (gli infermieri divorano i loro giovani/inesperti) che richiama il comportamento di alcune specie animali in condizione di grande stress, capaci di assalire e nutrirsi dei loro cuccioli allattati e nutriti fino a poco prima.<sup>[92]</sup> Questa locuzione è molto diffusa nel linguaggio di studenti, infermieri (indipendentemente neo-assunti o anziani), e in letteratura.<sup>[53,94,95]</sup>

I problemi di comunicazione conflittuale tra infermieri si articolano, per alcuni autori, su 3 piani che coinvolgono il confronto generazionale, quello di ruolo e quello laterale, descritto nelle righe precedenti, all'interno di questo paragrafo.<sup>[93]</sup>

Per quanto riguarda il conflitto generazionale, il problema è che attualmente negli ambienti di lavoro infermieristici operano i baby boomers (i nati tra gli anni '40 e l'inizio degli anni '60 del XX° secolo), la generazione X (i nati tra gli anni '60 e l'inizio degli anni '80 del XX° secolo.), e quella dei millennials (o generazione Y, i nati tra gli anni '80 del XX° secolo e il 2000).<sup>[93]</sup> Ed anche se nessun individuo può esser pienamente compreso soltanto mediante la generazione di appartenenza, le modalità presenti nelle coorti generazionali e le differenze tra le coorti possono aiutare a comprendere alcuni aspetti dei conflitti che si instaurano tra persone di età diverse.<sup>[93]</sup>

Dal punto di vista del ruolo, invece, le tradizionali funzioni basilari del nursing, cioè quelle “controllo” e di “assistenza” possono andare in conflitto con la nuova e dirompente funzione di “advocacy” infermieristica in favore della persona assistita.<sup>[93]</sup>

## **2.4 Oppressed Group Behaviour. La visione antropologica dei conflitti tra infermieri**

La teoria dei comportamenti del gruppo oppresso origina, a partire dagli anni '40, dall'osservazione antropologica delle dinamiche relazionali interne a gruppi come gli Ebrei, gli Africani colonizzati, i Sud-Americani, gli Afro-Americani, ed infine le donne americane.<sup>[96]</sup>

Secondo quanto teorizzato da Freire nel 1971, le persone dominate si sentono private di valori rispetto ai valori promossi dalla cultura di chi detiene il potere, tipici cioè del dominante.<sup>[96]</sup> Ne deriva che i gruppi oppressi, sviluppano disprezzo verso sé stessi, la convinzione di effettiva inferiorità, e la conseguente perdita di orgoglio, con riduzione ulteriore dell'autostima.<sup>[96]</sup> La possibilità di uscire da questa condizione e ottenere del successo risiede solo nell'assomigliare per quanto possibile al dominante/oppressore. L'effetto, però che ottengono questi individui che si staccano in qualche modo dalla cultura del gruppo oppresso è quello di essere marginalizzati dagli altri, senza, dall'altra parte, riuscire a diventare parte del gruppo dominante. Il quale, anzi, tende a fidelizzare questi individui che supportano la sua visione, attraverso un sistema di posizioni/ricompense, offrendo loro un certo grado di protezione, di cui, ormai, non godono più all'interno del gruppo di origine.<sup>[96]</sup>

Il gruppo oppresso, quindi, rimane silenzioso, privo di autostima, pieno di paura e risentimento, incapace di manifestare i propri bisogni. La conseguenza di questa implosione sociale ed emozionale è la violenza orizzontale, espressione di un'aggressività incapace di trovare il suo sfogo verso la reale causa del disagio (il dominante), ma diretta all'interno verso i membri target, considerati aberranti rispetto alla cultura del gruppo oppresso.<sup>[96]</sup>

Storicamente gli infermieri risultano privi di potere e controllo nei luoghi di lavoro, sin dal momento in cui l'assistenza sanitaria si è mossa in ospedale, strutturandosi in gerarchie ben definite che vedono ai vertici i medici e gli amministratori.<sup>[97]</sup>

Uno degli elementi chiave per una lettura corretta dei comportamenti del gruppo oppresso risiede probabilmente nel deficit di autostima, che in ambito infermieristico è stata ampiamente documentata.<sup>[96]</sup>

L'autostima professionale viene sviluppata largamente durante il percorso di formazione del futuro infermiere, mediante l'osservazione e l'apprendimento su come il professionista usa il potere nei confronti di pazienti, studenti, e colleghi.<sup>[98]</sup> Pertanto, gli infermieri che hanno sviluppato i loro momenti formativi in contesti di abuso importeranno i comportamenti di bullismo/mobbing appresi, nei loro setting di occupazione.<sup>[98]</sup> Inoltre, gli studenti che hanno subito bullismo riferiscono di diventare meno compassionevoli nei confronti dei loro pazienti.<sup>[99]</sup>

Esistono, poi condizioni di doppia oppressione, quando oltre alla condizione ancillare della professione, le infermiere, sono costrette a vivere la socializzazione di genere, in quanto donne.<sup>[96]</sup> Peraltro, secondo alcuni autori, essendo tuttora numericamente preponderante la componente femminile all'interno della professione infermieristica, permette di rendere ancora molto attuale e applicabile la teoria del genere di appartenenza come interpretazione dei fenomeni di violenza laterale.<sup>[98]</sup>

Roberts et al. spiegano anche il perché le figure di governo infermieristico (coordinatori e dirigenti), non siano promotori reali del cambiamento e dell'affrancamento della professione rispetto ai gruppi dominanti. Di fatto, essendo le loro nomine frequentemente espressione della volontà dei medici e/o degli amministratori, diventano strumento di manifestazione delle istanze degli oppressori, piuttosto che della categoria infermieristica.<sup>[96]</sup>

L'aggressività passiva, il silenzio, lo scadimento della qualità assistenziale, l'evitamento ed il compromesso diventano i tratti caratteristici degli appartenenti al gruppo oppresso, spesso incapace di dare voce alle loro istanze (e a quelle dei loro pazienti) anche quando apertamente ed ufficialmente se ne presenta l'occasione.<sup>[96]</sup>

Pertanto la rivalità inter-gruppo, la mancanza di unione e di orgoglio, l'aggressione rivolta all'interno e la violenza orizzontale sono tutte espressioni del modello dei comportamenti del gruppo oppresso, presenti sia nei contesti clinici che in quelli accademici in cui operano gli infermieri.<sup>[96]</sup>

Alcuni autori ritengono che il punto di vista circa la teoria dei comportamenti del gruppo oppresso debba tener conto anche delle relazioni di potere che si innescano all'interno

delle organizzazioni, laddove il bullismo/mobbing ha una funzione di controllo e di normalizzazione sugli infermieri.<sup>[36]</sup>

In ogni caso è opportuno tener presente, che per quanto suscettibile di fascinazioni, ad oggi la teoria del comportamento dei gruppi oppressi non è stata ancora del tutto sviluppata e nemmeno validata.<sup>[100]</sup> In realtà sono state studiate soltanto singolarmente le dimensioni del modello (potere-empowerment, HV, e burnout, inteso come possibile esito), spesso utilizzando sinonimi rispetto ai termini originali, e andando in qualche modo a complicarne l'interpretazione.<sup>[100]</sup>

## 2.5 Altre interpretazioni dei fenomeni di violenza laterale tra infermieri

Le dinamiche di aggressione all'interno dei gruppi infermieristici, che sembrano generare più ansia rispetto alle aggressioni subite da parte di pazienti o da colleghi di altre professioni,<sup>[101]</sup> trovano in letteratura molteplici possibili interpretazioni rispetto alla loro genesi, talvolta anche piuttosto distanti da quanto teorizzato da Freire e ripreso da Roberts et al.<sup>[96,97]</sup> Di queste se ne offre una sintesi in tabella 8.

**Tabella 8 – Principali interpretazioni sulla genesi delle violenze orizzontali nei gruppi infermieristici**

Interpretazione	Descrizione
Ridotta autostima <sup>[101]</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La bassa autostima è il risultato di valutazioni sul proprio esito che favoriscono la formazione di gruppi diversi da quello di appartenenza, o comunque lo stanno ai margini.</li> <li>✓ La valutazione individuale del gruppo d'appartenenza è basata sulla comparazione con gli altri gruppi. In caso di risultato negativo nella comparazione tra i gruppi, viene minata l'autostima, ed è per questo che gli infermieri rivestono un basso status all'interno del sistema sanitario.</li> <li>✓ Gli infermieri "api regine", quelli che volano intorno all'albero della carriera, può darsi che non vogliono associarsi con i colleghi infermieri nei posti più bassi dell'"ordine di beccata". Tendono a volere allinearsi con gruppi che hanno uno status percepito elevato (medici ed amministratori). Questo può determinare condizioni in cui gli infermieri possono attaccare direttamente i colleghi.</li> <li>✓ Gli infermieri cercano il loro status professionale attraverso la competenza che si allinea con quella di gestione tecnologica e medica. In questo modo si perpetrano modelli che danno valore all'assistenza medica/interventistica a spese dell'emarginazione dell'assistenza di base. Questo si struttura in un pregiudizio che mantiene gli infermieri in condizioni di assistenti e subordinati al modello medico.</li> </ul>

Interpretazione	Descrizione
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Medici e infermieri, specialmente in terapia intensiva, sono stati socializzati ad un modello di cura scientifico, dove il ruolo del caring è subordinato al ruolo del curing.</li> <li>✓ Gli infermieri sono in conflitto, da una parte per le insoddisfatte aspirazioni di carriere high-tech, dall'altra negando la legittimità e nobiltà alle aree di assistenza non acute, e libere da tecnologie. Ironicamente, è in questi ultimi contesti che forse, l'infermiere, può legittimamente reclamare di avere competenza.</li> </ul>
Pratiche di lavoro che privano di diritti/privilegi <sup>[101]</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Imperativi tempo/compito.</li> <li>✓ Gran parte del lavoro infermieristico può esser visto come centrato su regole e imperativi tempo/compito. Gli infermieri "neo-inseriti" imparano a strutturare il loro lavoro in termini di liste di compiti basate sul tempo da tenere a mente. La giornata del paziente è costruita all'interno di una cornice temporale lineare, dove il nursing è eseguito dentro una rete a strette maglie tempo/compito. Un turno infermieristico non è finito fino a che non sono stati completati tutti i compiti assegnati. L'infermiere che non riesce a completare i suoi compiti alla fine del turno è persona non gradita al collega turnista che arriva. Una conseguenza della lotta per stare nella cornice tempo/compito è quella dell'infermiere che si intrappola in sé stesso (per esempio se un infermiere sta "troppo tempo" a fare una medicazione, probabilmente potrà dire addio al coffee break).</li> <li>✓ L'adesione agli imperativi tempo/compito produce il background per il deterioramento delle relazioni e la genesi di conflitti tra infermieri.</li> </ul>
Abuso generazionale e gerarchico <sup>[101]</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ L'abuso è paragonabile alla natura circolare e generazionale di quello perpetrato sui bambini. Si verifica quando un leader infermieristico sente di aver assunto il diritto di essere servito, e siccome è stato trattato malamente all'inizio della sua carriera di infermiere, si sente autorizzato a farlo con i più giovani.</li> <li>✓ La HV prolifera tra infermieri ed ostetriche perché aiuta a dimostrare le strutture gerarchiche e a preservare lo status quo.</li> </ul>
Target facili <sup>[N14]</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Data l'insicurezza delle proprie azioni, neo-graduati, neo-inseriti e studenti possono diventare dei target facili per l'aggressore. Gli studenti che esperiscono le HV le interiorizzano come norme infermieristiche e possono, poi, attaccare altri.</li> </ul>
Formazione di "cricche" <sup>[101]</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Nel nursing è frequente la formazione di sottogruppi. Questi forniscono sicurezza e voce, e in tempi di cambiamento, mutuo aiuto e supporto.</li> <li>✓ Laddove ci sia esclusiva identificazione in un sottogruppo, i suoi membri possono ritirarsi da tutte le interazioni significative con il gruppo principale. In questo caso si parla di gruppetto, "cricca".</li> <li>✓ Il gruppetto può offrire sicurezza quando ci si sente minacciati, ma anche fare da base di potere per resistere al cambiamento imposto dall'esterno, e diventare strumento di isolamento contro tutto ciò che è considerato minaccia esterna.</li> </ul>
L'aggressione genera aggressione <sup>[101]</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Una conseguenza dell'aggressione è quella di instillare rabbia in chi è diretta, con conseguente mantenimento di relazioni sgradevoli.</li> <li>✓ Se l'aggressione ottiene risultato, l'autore si sente rinforzato, e quindi è probabile che si replichi.</li> <li>✓ Dove l'aggressione all'interno degli staff è comune, i nuovi entrati nei servizi possono imitare comportamenti aggressivi.</li> </ul>

Interpretazione	Descrizione
Effetto attore-osservatore <sup>[10]</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Esiste la tendenza degli individui a vedere il proprio atteggiamento negativo come risultato di fattori fuori dal proprio controllo, o dipendente dal carattere.</li> <li>✓ Nelle situazioni di conflitto ogni contendente si vede nella ragione, e questo accade anche con gli abusi.</li> <li>✓ Spesso il perpetratore di abusi li etichetta con termini come passione, o rivendicazione.</li> <li>✓ Nelle situazioni con scarse informazioni circa le persone, si tende troppo facilmente ad arrivare a conclusioni.</li> <li>✓ Bias da self-serving: le persone sono disposte a prendersi credito di fronte ad azioni che portano ad esiti positivi. Quando si assumono comportamenti con esiti negativi, si tende ad incolpare fattori ambientali, incluso altre persone, per il nostro comportamento.</li> </ul>
Le risposte degli infermieri dirigenti o in posizioni gerarchiche <sup>[10]</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Vengono imputati di fallimento nell'adottare misure adeguate di supporto e repressione al verificarsi di incidenti, nel prevenirne la ricomparsa.</li> <li>✓ In genere incolpati di omissione, piuttosto che commissione.</li> </ul>
L'infermieristica come disciplina oppressa <sup>[10]</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Gli infermieri sono masochisti ed auto-oblitteranti per natura; per indagare i meccanismi di adattamento è opportuno indagare la psicologia femminile.</li> <li>✓ È possibile che le HV siano la risultante di una quota enorme di tensione negli infermieri/femmine determinata da elevati livelli di vendicatività non ben gestiti. Questa deriverebbe dalla sensazione di essere abusati. L'ostilità spesso opera a livello inconscio per timore di infrangere l'immagine idealizzata dell'infermiere buono, simpatico e gentile.</li> <li>✓ 4 diversi ruoli stereotipati della donna da parte del maschio dominante, trasposti nella professione infermieristica: "madre terra", che nutre e assiste; "seduttrice", "oggetto sessuale" con il ruolo di titillare l'uomo a lavoro (possibili molestie sessuali); "animale domestico", trattato più come elemento decorativo che come uguale al partner; se una donna non accetta questi ruoli viene stereotipata nella "iron maiden", rigida, pericolosa e poco femminile.</li> <li>✓ Le donne sono competitive con altre donne quando sono in compagnia di maschi, ma collaborative quando interagiscono da sole con gli uomini, ignorando il loro stato di svantaggio. L'infermiera femmina entra nel ruolo stereotipato di comportamento dipendente quando ricerca ricompense o favori dal maschio superiore nella gerarchia organizzativa (dottore).</li> <li>✓ I maschi storicamente hanno messo in svantaggio, in posizione vulnerabile e inferiore le femmine. Il nursing non ha fatto eccezione; quindi emerge la doppia oppressione, quella di genere e quella della dominanza medica.</li> </ul>
Bullismo inserito in circuiti di potere <sup>[36,N6,N15]</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Il potere è conoscenza, la conoscenza è potere (secondo le teorie di Foucault)</li> <li>✓ Il potere è un elemento diffuso, invisibile, una forza positiva e negativa dispersa entro le reti sociali. Nei circuiti di potere si distingue: agenzia, integrazione di sistema, e integrazione sociale.</li> <li>✓ Flusso di potere come caratteristica del luogo di lavoro.</li> <li>✓ Circuiti di potere come forma di controllo; metafora del panopticon (Foucault).</li> <li>✓ Legittimazione del bullismo mediante contraddizione e distorsione nel dialogo, richiesta di confutare la verità, e silenzio come consolidamento.</li> <li>✓ Il sistema di integrazione dei circuiti di potere si esprime nel rinforzo delle regole del potere, nell'aumento di osservazione gerarchica, nell'aumento degli</li> </ul>

Interpretazione	Descrizione
	<p>esami e nell'istituire regole di significato. Bullismo come mezzo di consolidamento delle norme e mantenimento dell'ordine.</p> <p>✓ Il target diventa l'oggetto del circuito di potere, nel tentativo di superare la resistenza offerta e ritornare al normale flusso di potere all'interno del circuito.</p>
Stress nella pratica clinica infermieristica <sup>[155]</sup>	<p>✓ Fattori altamente stressanti possono contribuire alla genesi dell'inciviltà sul luogo di lavoro da parte degli infermieri nei settings clinici e educativi.</p> <p>✓ Stressori: pazienti ad alto livello di acuità; carichi di lavoro aumentati; relazioni interpersonali scadenti; condizioni organizzative/instabilità; non chiarezza dei ruoli e sbilanciamento di potere; scarse competenze e abilità nella gestione dei conflitti.</p> <p>✓ Rimedi, incontri e opportunità di contrasto delle condizioni di inciviltà gestite inadeguatamente, oppure mancate o evitate, contribuiscono all'amplificazione del fenomeno.</p>
Stress e burnout come antecedenti dell'inciviltà sul luogo di lavoro <sup>[108]</sup>	<p>✓ Si ipotizzano modelli di amplificazione della cultura dell'inciviltà che trovano la loro genesi fattoriale in alti livelli di stress tra infermieri, che se non intercettati da adeguate iniziative volte a favorire il loro empowerment, possono sfociare facilmente nel fenomeno del burnout. Questo favorirebbe gli eventi di inciviltà sul luogo di lavoro che sono il primo step per l'evoluzione della violenza sul posto di lavoro.</p>
Vittimizzazione e re-vittimizzazione nella violenza sul luogo di lavoro <sup>[56]</sup>	<p>✓ I fenomeni di bullismo possono suscitare senso di vergogna e portare ad un attacco della persona verso il sé.</p> <p>✓ La vergogna porta ad avere senso di colpa ed atteggiamenti di silenzio in un clima di lavoro intimidente.</p> <p>✓ Il circolo parte da inciviltà e bullismo, che inducono vergogna, e da qui rabbia, senso di colpa e auto-attacco, che portano al fenomeno di re-vittimizzazione, in ambiente di lavoro ostile che alimenta poi inciviltà e bullismo.</p>
Bullismo come conseguenza di ambienti di lavoro caratterizzati da scarsa qualità percepita <sup>[N16]</sup>	<p>✓ Antecedenti del bullismo sono gli elementi dell'ambiente di lavoro.</p> <p>✓ Le caratteristiche organizzative (es. stile di leadership, e cultura organizzativa) influenzano le particolarità del lavoro degli infermieri e le relazioni interpersonali.</p> <p>✓ Queste caratteristiche provocano reazioni emotive e comportamentali tali da configurare le condizioni di vittima e perpestratore all'interno dei fenomeni di bullismo sul luogo di lavoro.</p>

### **3. Background: Inciviltà sul luogo di lavoro, violenza orizzontale e bullismo tra infermieri nei contesti clinici**

#### **3.1 Ricerca bibliografica**

Per quanto riguarda la costruzione del background scientifico dello studio QuINI, i quesiti di ricerca sono stati essenzialmente due. Per la rilevazione della frequenza dei fenomeni studiati il PECO (1°) era: Popolazione – Infermieri; Esposizione – Inciviltà, violenza orizzontale, bullismo/mobbing; Comparazione – Non esposti; Outcome – Conseguenze (personali/professionali). Per la rilevazione di elementi proattivi e/o reattivi al fenomeno, invece il PICO (2°) usato è stato: Popolazione – Infermieri; Intervento – Interventi di prevenzione o risposta a inciviltà, violenza orizzontale (HV), bullismo/mobbing; Comparazione – Non esposti ad interventi; Outcome – Conseguenze (personali/professionali).

Il reperimento di fonti per la descrizione dei fenomeni studiati, l'analisi degli strumenti di misura delle WI, delle LV e del bullismo/mobbing nel mondo infermieristico, la strutturazione dello strumento di misurazione e del progetto di ricerca, ed infine, per la discussione, ha subito un approccio non del tutto convenzionale. In primo luogo perché un'estensiva revisione di letteratura era già stata precedentemente condotta dallo scrivente in occasione del survey sulle Ostilità Laterali tra Infermieri di Area Critica, al momento della costruzione del background per la tesi di laurea magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche nel 2011.<sup>[3]</sup> Secondo, perché in occasione del presente percorso di studio iniziato 4 anni fa, la revisione di letteratura è ricominciata dalle fonti precedentemente reperite per poi integrarle con quelle trovate mediante una nuova ricerca bibliografica, eseguita con una strategia più ampia rispetto alla precedente. Terzo, perché anche questo nuovo insieme di articoli è stato ulteriormente ampliato con un'ennesima recente ricognizione sui motori di ricerca di letteratura scientifica, per poter aggiornare la review, ma soprattutto la discussione dei risultati, dal momento che l'intero percorso è durato complessivamente circa 4 anni. Si consideri che secondo stime approssimative, ogni anno vengono pubblicati 2.5 milioni di nuovi articoli in letteratura scientifica.<sup>[102]</sup> Diventa, quindi, molto importante mantenere costantemente aggiornata la cartella degli articoli sulla tematica di interesse, data la velocità con cui le revisioni di letteratura “invecchiano”.

In tabella 9 si riportano le parole chiave ed i database usati nelle 3 fasi di ricerca bibliografica.

**Tabella 9 - Strategia di ricerca bibliografica effettuata sul web durante le 3 fasi di lavoro**

Fase - periodo	Parole chiave	Database	Limiti	Stringa di ricerca
1° - al 31-08-11	“lateral”, “horizontal”, “hostility” “bullying” “mobbing” “violence” “nursing” “critical care” “emergency department”	Medline	Lingua Italiano e Inglese; Umani	(lateral OR horizontal) AND (hostility OR bullying OR mobbing OR violence) AND nursing <hr/> (lateral OR horizontal) AND (hostility OR bullying OR mobbing OR violence) AND critical care nursing
				(lateral OR horizontal) AND (hostility OR bullying OR mobbing OR violence) AND emergency department AND nursing <hr/> (lateral OR horizontal) AND (hostility OR bullying OR mobbing OR violence) AND emergency department nursing <hr/> (lateral OR horizontal) AND (hostility OR bullying OR mobbing OR violence) AND nurse <hr/> (((“Bullying”[Mesh]) OR “Violence”[Mesh]) OR “Hostility”[Mesh]OR “Mobbing” AND (“lateral” OR “horizontal”)) AND “Nursing”[Mesh]
		CINAHL	Nessuno	lateral AND hostility AND nursing <hr/> horizontal AND hostility AND nursing <hr/> horizontal AND mobbing AND nursing <hr/> lateral AND mobbing AND nursing <hr/> lateral AND bullying AND nursing <hr/> horizontal AND bullying AND nursing <hr/> lateral AND Violence AND Nursing <hr/> bullying and nursing
2° - dal 01-01-13 al 31-12-13	“incivility” “nursing” “hostility” “bullying” “mobbing” “lateral” “horizontal” “violence”	Medline	Lingua Italiano e Inglese; Umani;	Incivility AND Nursing <hr/> (((“Bullying”[Mesh]) OR “Violence”[Mesh]) OR “Hostility”[Mesh] OR “Mobbing” AND (“lateral” OR “horizontal”)) AND “Nursing”[Mesh]
		CINAHL	Nessuno	(lateral OR horizontal) AND (hostility OR bullying OR mobbing OR violence) AND nursing <hr/> Nursing and Incivility <hr/> (lateral OR horizontal) AND (hostility OR bullying OR mobbing OR violence) AND nursing
		Embase	Nessuno	nursing and incivility <hr/> (lateral OR horizontal) AND (hostility OR bullying OR mobbing OR violence) AND nursing
3° - dal 01-01-14	“incivility” “nursing” “hostility”	Medline	Lingua Italiano e Inglese;	Incivility AND Nursing <hr/> (((“Bullying”[Mesh]) OR “Violence”[Mesh]) OR “Hostility”[Mesh] OR “Mobbing” AND

Fase - periodo	Parole chiave	Database	Limiti	Stringa di ricerca
al 01-06-16	"bullying" "mobbing" "lateral" "horizontal" "violence"		Umani;	("lateral" OR "horizontal")) AND "Nursing"[Mesh]
		CINAHL	Nessuno	(lateral OR horizontal) AND (hostility OR bullying OR mobbing OR violence) AND nursing Nursing and Incivility (lateral OR horizontal) AND (hostility OR bullying OR mobbing OR violence) AND nursing

La revisione bibliografica è stata effettuata sul web utilizzando 3 database di riviste indicizzate mediche e delle professioni sanitarie: Medline, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), ed Embase (ma solo nella seconda fase). Le parole chiave e le stringhe di ricerca effettuate all'interno dei database sono riportate in tabella 8. Analogamente a quanto fatto con i database di riviste scientifiche, la ricerca delle fonti è stata condotta anche su Google<sup>®</sup>, dal momento che risulta molto sensibile nel rilevare anche documenti scientifici.<sup>[103]</sup>

Chiaramente, i risultati delle stringhe di ricerca riportate sono andati incontro ad attenta lettura dei titoli, scartando quelli non pertinenti contestualmente ai record doppi. Successivamente sono stati controllati gli abstract, per eliminare nel dettaglio i record non pertinenti, e sono stati ricercati tutti i full text mancanti rispetto alla precedente raccolta del 2011, integrando il bacino di letteratura scientifica raccolto in precedenza, da cui attingere per il framework di tutto il presente lavoro.

I criteri di inclusione rispetto ai PECO e PICO descritti sono stati: lingua italiana ed inglese; reperimento di full text (tutti gli articoli inclusi dai criteri sono stati recuperati); articoli di ricerca quantitativa, studi a metodi misti originali (letteratura primaria), revisioni sistematiche (e metanalisi). I criteri di esclusione invece sono stati: articoli relativi a violenza sul posto di lavoro perpetrata su studenti, in ambito accademico; studi di ricerca qualitativa pura; letteratura secondaria (editoriali, commentari, casi studio, poster, abstract privi di full text, tesi e dissertazioni, revisioni narrative, articoli di educazione continua). L'ambito delle WI, HV, e bullismo/mobbing anche orizzontale in ambito accademico infermieristico, che comprende interazioni studente-studente, insegnante-insegnante<sup>[104]</sup> sono un argomento ampio che esula dall'area di indagine del presente percorso di ricerca. In ogni caso si consideri come l'esperienza della WI, LV e bullismo/mobbing orizzontale (HB/HM) sia vissuta in modo consistente dagli infermieri, sin dalla loro formazione di base.<sup>[105]</sup> Per quanto riguarda la letteratura relativa agli studi

di ricerca qualitativa circa le LV tra infermieri, dal momento che non fa parte degli obiettivi della presente ricerca, si è deciso di escluderla dalla revisione, e di rimandare alla recente (ed esaustiva) revisione sistematica, corredata di numerose metasintesi relative ai vari obiettivi della stessa, pubblicata dal gruppo del Joanna Briggs Institute.<sup>[32]</sup> Gli articoli reperiti dopo l'operazione di filtro sopra descritto, sono stati 68 per il PECO (1°), e 7 per il PICO (2°). Si consideri, in ogni caso, che le revisioni di letteratura ritenute come le meglio strutturate, assieme ad alcuni editoriali, sono servite a costruire la cornice di inquadramento concettuale del presente lavoro. Tutti gli articoli ritenuti di interesse, oltre a quelli che rientravano nei criteri di inclusione, sono stati esaminati anche per la parte relativa alle citazioni bibliografiche, permettendo di recuperare letteratura utile che non era stata precedentemente individuata dalla strategia di ricerca succitata, e che sono andati a costituire un'importante quota del corpus di lavori utilizzati sia per la fondamentale sinossi relativa agli strumenti di misura degli atteggiamenti negativi (AN) sul luogo di lavoro (89 articoli), di cui al capitolo 4, che per la ricerca e la comparazione dei significati e delle differenze dietro le varie definizioni di HV, WI, LH, bullismo e mobbing (119 articoli, cap. 1). Questo è il motivo per il quale, in sostanza in questa sezione non si riporta la canonica flow-chart di ricerca bibliografica, tipica delle revisioni sistematiche di letteratura.

Infine, è necessario far presente che talvolta, l'estrapolazione dei dati riportati nelle tabelle riassuntive degli studi inclusi nella review è stata complessa, sia per l'ambiguità delle definizioni sottostanti i fenomeni di abuso, come già ampiamente descritto in precedenza, che per le diversità degli strumenti di misura adottati nei vari studi, rendendo difficoltosa anche la distinzione dei risultati tra WI, LV e bullismo/mobbing (orizzontale).

### **3.2 Inciviltà sul luogo di lavoro. Prevalenza e fattori correlati**

Gli articoli inclusi nella presente revisione letteratura che trattano la WI tra infermieri sono stati 13 (tabella 13). La stragrande maggioranza proviene dal Canada, e la restante parte dagli Stati Uniti, indicando una certa genesi geografica, e quindi culturale, con particolare sensibilità alla percezione del fenomeno. In generale la prevalenza puntuale e di periodo è scarsamente riportata all'interno dei lavori di ricerca, lasciando perlopiù spazio ai valori medi degli score di misura del fenomeno, come la Workplace Incivility Scale. In ogni caso, laddove riportato, i surveys mostrano comunque alte percentuali, in

un range tra il 67.5% nello studio di Laschinger et al. del 2009,<sup>[106]</sup> ed il 90.4% dello studio di Smith et al. del 2010.<sup>[107]</sup> Peraltro, quando subite da pari grado, le WI si presentano in percentuali molto elevate, sopra il 75%.<sup>[106,107]</sup> In generale questo fenomeno, almeno per quanto studiato, non si associa a particolari caratteristiche demografiche,<sup>[76]</sup> ad eccezione di una correlazione significativa con gli anni di esperienza totale come infermieri ( $p=0.007$ ), riportato da Oyeleye e collaboratori.<sup>[108]</sup>

Per quanto riguarda le conseguenze a livello psico-fisico, sembrano esserci deboli correlazioni tra inciviltà subite da colleghi pari grado e disturbi fisici.<sup>[109]</sup> Laschinger et al., nel 2013 hanno messo in evidenza che livelli di resilienza elevati si associavano a ridotta inciviltà da parte dei colleghi ( $B=-0.19$ ), e minor sintomi di salute mentale ( $B=-0.31$ ).<sup>[70]</sup> A livello, invece, di sequele professionali, le WI si correlano significativamente con il burnout professionale ( $p<0.0001$ ),<sup>[110]</sup> con l'esaurimento emotivo ( $r=0.25$ ), con il cinismo ( $r=0.33$ )<sup>[109]</sup> e, negativamente, con la soddisfazione lavorativa ( $r=-0.20$ ).<sup>[111]</sup> Inoltre, diversi lavori hanno messo in relazione l'inciviltà con il turn-over (8.9%),<sup>[35]</sup> e l'intenzione al turn-over.<sup>[106,108,109]</sup> Infine, è da notare che le WI tra colleghi pari grado non correlano significativamente con la produttività lavorativa degli infermieri, al contrario di quelle subite da pazienti o superiori.<sup>[76]</sup>

### **3.3 Violenza laterale. Prevalenza e fattori correlati**

Relativamente alla LV e al suo “quasi sinonimo”, cioè le LH, gli articoli che hanno incontrato i criteri di inclusione nella revisione sono stati 21. In questo caso il panorama rappresentato non è soltanto quello limitato all'area nord americana, ma assume un più ampio respiro a livello internazionale, accanto ad una maggiore variabilità dei tassi di prevalenza riportati dagli studi pubblicati (tabella 13). Il range rappresentato, è infatti molto esteso: si va da un minimo di 1% nello studio di Armmer & Ball,<sup>[112]</sup> ad un massimo di 87.4% riscontrato da Dunn in un campione di infermieri di sala operatoria, entrambi provenienti dagli USA.<sup>[113]</sup> In ogni caso la realtà europea sembra riportare tassi decisamente più bassi di LV (1.3% - 5.3%), almeno per quanto rilevato dal grande studio multicentrico NEXT di Camerino e collaboratori.<sup>[114]</sup> Analoghi risultati sono stati riportati da Magnavita et al. in Italia, con una prevalenza di aggressioni non fisiche da parte di colleghi del 9.9%.<sup>[115]</sup> Le eccezioni sono costituite da uno studio spagnolo con quote del 74.2%,<sup>[116]</sup> e dai due 2 lavori pubblicati dallo scrivente, che mostravano

percentuali di LH dell'81.6%<sup>[3]</sup> e 79.1%,<sup>[5]</sup> anche se limitatamente ai settings di area critica ed emergenza della realtà toscana nel primo studio, ed italiana, nel secondo.

Per quanto riguarda la tipologia di servizi dove le LV sembrano essere maggiormente presenti, in letteratura sembra esserci un'ampia variabilità, non permettendo di individuare delle aree di attività che risultano più frequentemente a rischio di altre. Lo studio NEXT aveva evidenziato nelle terapie intensive e le sale operatorie (7.4%) i servizi più interessati dal fenomeno, seguiti, poi, dalle lungodegenze geriatriche (7.0%).<sup>[114]</sup> Le sale operatorie si sono rivelate come l'ambiente più esposto a LV anche nel survey italiano sulle ostilità laterali.<sup>[5]</sup> Dati dal Sud Africa, invece, mostravano come i reparti di ostetricia siano i più colpiti dal fenomeno (40%).<sup>[22]</sup> Infine, dal survey condotto in California da Purpora & Beglen, pubblicato nel 2015, emergeva che i settings più influenzati dal problema erano in proporzione differenti quelli della terapia intensiva e dell'area chirurgica.<sup>[117]</sup>

In generale, sesso, età, anzianità di servizio, ed educazione infermieristica di base non sono fattori che negli studi esaminati emergono come associati alle LV tra infermieri nei settings clinici.<sup>[3,5,37,113,118]</sup> Anche in questo caso, in letteratura si trova un'eccezione, fornita dai risultati dello studio di Sellers et al., nel quale è emerso che gli infermieri con più anni di esperienza esperiscono più LV rispetto a chi ne ha meno ( $p < 0.05$ ), ed anche le femmine rispetto ai maschi ( $p < 0.05$ ).<sup>[45]</sup>

Gli infermieri con orario diurno sembrano essere la categoria più interessata dal fenomeno.<sup>[3,114]</sup>

Antecedenti significativi per work related bullying erano individualismo ( $\beta = 0.13$ ), e setting speciali di lavoro ( $\beta = 0.13$ ).<sup>[119]</sup>

Per quanto riguarda le conseguenze psicofisiche associate alla percezione degli infermieri target di LV, le percentuali, dove riportate, variano dal 3.2%<sup>[115]</sup> al 65.2%.<sup>[3]</sup> La descrizione dei disturbi riportati, è riassunta nella tabella 13 e nel paragrafo 3.6.

A livello professionale, le conseguenze sono molteplici. Si evidenziano moderate correlazioni negative tra LV e qualità delle cure dei pazienti ( $r = -0.469$ ;  $p < 0.01$ ), e con errori ed eventi avversi ( $r = 0.442$ ;  $p < 0.01$ ).<sup>[117]</sup> In percentuali variabili, gli infermieri vittime di LV hanno anche eseguito attività lavorative venendo meno ai livelli minimi di sicurezza per i pazienti, quali somministrare farmaci con prescrizione illeggibile, sollevare pazienti pesanti senza chiedere aiuto, e usare strumentazione medica non familiare senza richiedere supervisione.<sup>[120]</sup> Inoltre vi è significativa associazione positiva tra LV e stress

da lavoro ( $\beta=0.23$ ,  $p < 0.01$ ).<sup>[116]</sup> Accanto ai suddetti rilievi, vi sono quelli relativi all'influenza negativa che questi fenomeni esercitano sulla soddisfazione lavorativa ( $\beta=-0.462$ ;  $F(1,172)=46.63$ ,  $p < 0.001$ ).<sup>[121]</sup> Infine, in letteratura si rileva una correlazione tra l'essere target di questo genere di abusi e l'intenzione di lasciare il posto di lavoro ( $r=0.214$ ,  $p < 0.05$ ).<sup>[122]</sup> Tra l'11.3%<sup>[5]</sup> ed il 30.5%<sup>[115]</sup> degli infermieri vittime di LV ha deciso di lasciare il proprio posto di lavoro. Addirittura tra il 6.9%<sup>[3]</sup> ed il 34%,<sup>[31]</sup> ha persino pensato di abbandonare la professione infermieristica.

Per quanto riguarda le reazioni personali al fenomeno, quando testimoni della presenza di LV, gli infermieri ne hanno parlato con altri (superiori, colleghi, amici, familiari...) in quote fino al 58%,<sup>[120]</sup> mentre il confronto diretto con l'aggressore avviene in proporzioni estremamente variabili, per esempio dal 17.3% nel survey di Wilson & Phelps<sup>[120]</sup> fino al 100% nello studio di Griffin.<sup>[48]</sup>

### **3.4 Bullismo/mobbing (orizzontale). Prevalenza e fattori correlati**

Anche in questo caso la prevalenza registrata in letteratura risulta estremamente variabile in un range che va dal 2.4%<sup>[122]</sup> all'81%.<sup>[33]</sup> Si tenga presente che, ancor più che con le LV, la variabilità riportata nei vari studi sul bullismo è fortemente correlata non solo ai settings di studio e agli strumenti usati per rilevarne la presenza, ma soprattutto alla definizione operativa di bullismo, riportata, dove presente, in tabella 13.

Così come per le LV, il bullismo non presenta alcuna correlazione con caratteristiche demografiche generali, livello di educazione e posizione lavorativa degli infermieri.<sup>[44,123]</sup> L'eccezione è costituita dai lavori provenienti da Pakistan<sup>[124]</sup> ed Iran,<sup>[125]</sup> che mettono in mostra come le persone di sesso femminile siano significativamente più esposte dei maschi. E Yildirim<sup>[126]</sup> e Çevik Akyil et al.<sup>[127]</sup> in Turchia hanno messo in mostra che i target di bullismo sono influenzati dall'età anagrafica più giovane.<sup>[126]</sup> Inoltre, Vessey e collaboratori hanno rilevato che gli infermieri con anzianità di servizio inferiore a 5 anni sono più esposti a bullismo.<sup>[126]</sup>

Il bullismo sul luogo di lavoro infermieristico è correlato positivamente, seppur debolmente, con il numero di ore di lavoro settimanali ( $r=0.11$ ,  $p < 0.05$ ),<sup>[128]</sup> e la percezione di leadership partecipativa e carenza di risorse umane sono inclusi in modelli di predizione del rischio di bullying.<sup>[129]</sup>

Livelli da moderati ad elevati di ansia costituiscono un fattore di rischio per questo fenomeno (OR aggiustato 4.3, IC95%: 1.5-11.8).<sup>[130]</sup> Questo dato è confermato anche da Pai & Lee (OR = 4.7; IC 95% = 1.09–6.93).<sup>[131]</sup>

Dal punto di vista psicofisico, le sequele possono interessare fino al 75% delle vittime.<sup>[82]</sup>

Gli infermieri target di bullismo hanno correlazioni moderate con perdita di sicurezza ( $r=0.38$ ,  $p<0.05$ ), conseguenze sociali ( $r=0.30$ ,  $p<0.05$ ), depressione e ansia ( $r=0.37$ ,  $p<0.05$ ), e livelli generali di salute misurati con General Health Questionnaire 12 ( $r=0.40$ ,  $p<0.05$ ).<sup>[132]</sup> Addirittura, Chen et al. riportano livelli di disturbo da stress post-traumatico (PTSD) superiori a 14 nel 17.6%, a significare che un 10% ha sviluppato questa sindrome.<sup>[130]</sup> Altri autori riportano che la salute fisica ridotta correla con il bullismo subito da pari grado ( $r 0.39$ ); e analogamente quella mentale ( $r 0.32$ ).<sup>[133]</sup>

Per quanto concerne le conseguenze professionali Allen et al. hanno trovato che il bullismo è un predittore di burnout ( $\beta = 0.37$ ,  $p< 0.001$ )<sup>[128]</sup> (confermato anche dai lavori di Laschinger et al.<sup>[134]</sup> e di Waschler et al.<sup>[66]</sup>) ed è stata riscontrata una correlazione negativa tra il bullismo e la produttività lavorativa ( $F=0.045$ ,  $r = -0.322$ ,  $p<0.01$ ).<sup>[135]</sup> Sempre inerentemente la produttività, Kiwimaki et al. hanno messo in mostra che i target di bullismo tendono a fare assenze per malattie certificate dal medico e autocertificate, pari a 1.5 volte (IC 95%:1.3-1.7) ed 1.2 volte (IC 95%: 1.1-1.4) rispetto al resto dello staff.<sup>[136]</sup> Laschinger ha indagato anche gli effetti del bullismo sulla qualità delle cure erogate dagli infermieri, riscontrando che il bullismo correlava con infezioni nosocomiali ( $r=0.18$ ), rischio percepito per i pazienti ( $r=0.33$ ), lamentele dei familiari ( $r=0.26$ ), col totale di eventi avversi ( $r=0.23$ ), e, negativamente, con la qualità dell'assistenza ( $r=-0.23$ ).<sup>[137]</sup>

Come prevedibile, all'incrementare del bullismo aumenta anche l'intenzione a lasciare l'organizzazione ( $r=0.51$ ;  $p< 0.001$ ),<sup>[138]</sup> dal momento che esiste anche una chiara correlazione negativa con la soddisfazione lavorativa ( $r -0.46$ ).<sup>[133]</sup> In uno studio condotto in Turchia il 40.6% degli infermieri pensava seriamente di lasciare il lavoro,<sup>[82]</sup> e i dati riportati da Vessey et al. assumono una dimensione preoccupante, dal momento che il 78.5% del gruppo di infermieri con anzianità inferiore ai 5 anni si è licenziata per trovare un altro lavoro.<sup>[49]</sup>

Infine, relativamente all'aver deciso di affrontare il problema in qualche modo, percentuali variabili dal 25%<sup>[129]</sup> all'82%<sup>[139]</sup> riportano varie forme di esternazione, dall'averne parlato con persone vicine o altri professionisti o istituzioni, all'averne fatto

rapporto scritto, fino all'intenzione di confrontarsi faccia a faccia col perpetratore (67.3%).<sup>[82]</sup>

### 3.5 Fattori di rischio

Secondo alcuni autori esistono 2 tipologie di variabili che determinano il rischio di insorgere di fenomeni di bullismo e affini: le situazioni dinamiche di mercato (locale e/o globale), che possono comportare necessità di continui cambiamenti, e la società/ambiente, in cui le persone con differenti caratteristiche e personalità reagiscono diversamente ai problemi/conflitti che questi cambiamenti comportano (tabella 10).<sup>[140]</sup> Questo è pensato esser valido sia per le vittime che per i perpetratori.

**Tabella 10 – Fattori di rischio per il bullismo nei posti di lavoro<sup>[10]</sup>**

Variabile	Soggetto	Ruolo	Caratteristiche
Mercato	Organizzazioni		Problemi organizzativi Lavoro controllo/compito Lavoro controllo/tempo Incertezza Cambiamenti organizzativi
Società/Ambiente	Persone	Vittima	Meno assertive Meno competitive Più coscienziose Meno estroverse Meno stabili
		Perpetratore	

Alcuni autori, sulla base dell'analisi qualitativa dei report di incidenti che riguardano inciviltà e violenza tra operatori in ambito ospedaliero hanno individuato 2 principali categorie di catalizzatori per il verificarsi dei fenomeni: comportamenti lavorativi e organizzazione del lavoro. La prima categoria comprende comportamenti non professionali, disaccordo sulle responsabilità relative ai compiti lavorativi o al metodo di assistere il paziente, e l'insoddisfazione circa la performance di un collega. La seconda, invece, include conflitti o aggressioni che emergono dal fallimento nel seguire un protocollo, assegnazione di pazienti, risorse limitate ed alti carichi di lavoro.<sup>[141]</sup>

Recentemente è stato rilevato che, in ambito infermieristico, il bullismo sembra svilupparsi più frequentemente in contesti di cura e assistenza in cui le competenze tecniche vengono considerate maggiormente importanti rispetto a quelle relazionali-interpersonali.<sup>[49]</sup>

Nei settings di lavoro degli infermieri, sembra che i fenomeni di bullismo derivino essenzialmente da comportamenti appresi all'interno dei gruppi e del contesto, e che

questo sia prevalente rispetto a problemi di tipo psicologico, sia per quanto concerne i perpetratori, che le vittime.<sup>[142]</sup> In ogni caso, altri autori ritengono che i perpetratori di bullismo siano spinti da scarsa stima di sé, scarsa competenza sociale, inefficaci skills di gestione della leadership, e da comportamenti micro-politici, per esempio il desiderio di avanzamento di carriera.<sup>[60]</sup> Sembra, inoltre, che i bulli/mobbers abbiano tratti di orgoglio narcisistico, e si caratterizzino per senso di vendetta e tirannia, e che tendano a spargere colpa e rabbia sugli altri.<sup>[69]</sup> Frequentemente, questi perpetratori di abusi tendono ad autoassolversi, non ritenendo in alcun modo pericolosa la propria condotta.<sup>[69]</sup>

Negli ultimi anni si intravede in letteratura un trend in aumento del bullismo, legato all'incremento dell'acuità dei pazienti e degli sforzi condotti verso l'ottimizzazione delle risorse (sempre più ridotte), accompagnato da un crescente turnover.<sup>[60]</sup>

Particolarmente, dalle ricerche condotte negli Stati Uniti emerge che gli infermieri neo-assunti, quelli anagraficamente più giovani, risultano essere a maggior rischio di bullismo. Questo può esser dovuto alla minor esperienza lavorativa, all'insicurezza del proprio ruolo, ed alla ridotta consapevolezza delle norme culturali presenti all'interno dei servizi rispetto ai colleghi più anziani.<sup>[60]</sup>

### **3.6 Effetti sulla sfera della salute psicofisica**

In generale gli effetti del bullismo sui target, possono essere classificati in diverse categorie:<sup>[140]</sup>

- ridotta sicurezza di sé
- stress generale elevato
- ridotta soddisfazione lavorativa
- reazione allo stress mentale elevata
- sintomi relativi alla salute psicologica
- assenze dal lavoro certificate dal medico
- assenze dal lavoro autocertificate
- malattie cardiovascolari
- sintomi psicosomatici
- malattie croniche

Nello specifico, i vari effetti negativi sulla salute psicofisica degli infermieri sono riportati in range percentuali estremamente variabili (14.3%-75%).<sup>[80]</sup> Le varie tipologie di sintomi e disturbi sono riassunte in tabella I I.

**Tabella I I – Classificazione dei sintomi e disturbi determinati dal bullismo**<sup>[10,31,115,118,130,131,140,177]</sup>

Tipologia	Sintomi e malattie
Fisici	insonnia colon irritabile sudorazione/tremore mal di stomaco dolori addominali fatigue sentirsi/essere malati aumento della pressione arteriosa cefalea perdita di appetito/perdita di peso asma artrite reumatoide osteoartrite sciatica mal di schiena diabete vertigini
Psicologici	perdita di sicurezza in sé; mettersi in dubbio rabbia senso di colpa sensazione di mancanza di aiuto iper-vigilanza voglia di piangere ansia; attacchi di panico depressione sensazione di timore disturbo da stress post traumatico
Comportamentali	irritabilità aggressività incapacità a rilassarsi; incapacità a staccare dal lavoro eccessivo doppio controllo di tutte le azioni; attenzione ossessiva sul lavoro aumento di consumo di tabacco tendenza all'isolamento suicidio/contemplazione del suicidio

### 3.7 Prevenire e contrastare i fenomeni di abuso

A fronte dell'interesse che questa tematica suscita nell'ambito della letteratura infermieristica, con un'importante quantità di lavori pubblicati da numerosi paesi in tutto il globo, e dell'impatto che sembra avere sia sulle persone che sulle organizzazioni, ancora oggi, i contributi alla prevenzione e alla risoluzione di questo problema sembrano essere oltre che esigui, anche scarsamente efficaci.<sup>[143]</sup> La natura dell'unicità e della complessità e dinamicità delle relazioni all'interno dei luoghi di lavoro non facilita l'elaborazione di strategie standardizzate, e questo, probabilmente è uno dei motivi principali per cui ancora c'è molto da lavorare su questo tema.

Ma accanto alla ricerca di soluzioni efficaci, rimane la cognizione da parte degli autori che non sia realistico attendersi la completa eradicazione di questo genere di problemi,

seppure sia necessario diffondere il più possibile la consapevolezza, ingenerando riflessioni che siano la base di partenza per un cambiamento verso una cultura che promuova la cooperazione ed il rispetto reciproco.<sup>[144]</sup>

### **3.7.1 Quale prevenzione possibile?**

Le strategie adottate sino ad oggi nel tentativo di prevenire il fenomeno delle WI, bullismo e HV tra infermieri sono le seguenti:<sup>[143]</sup>

- aumentare la consapevolezza del fenomeno tra infermieri, dirigenti e amministratori
- utilizzare campagne informativo-educative per fare prevenzione primaria
- fornire agli infermieri strumenti di comunicazione assertiva e gestione dei conflitti per affrontare il bullismo
- stile di leadership incentrata su relazioni autentiche
- strategie di tolleranza zero nei confronti di ogni genere di abuso
- codici di condotta del personale che definiscono quali siano i comportamenti accettabili e non accettabili, quelli disturbanti, e i conseguenti processi di gestione dei comportamenti inappropriati
- in alcuni casi legislazione appropriata

Una recente revisione di letteratura narrativa ha messo in luce la scarsità numerica ed il concomitante ridotto livello di evidenze scientifiche circa le politiche e procedure messe in atto nei settings di lavoro infermieristici per contrastare il fenomeno del bullismo e delle HV.<sup>[145]</sup> In ogni caso, dagli sforzi sinora tentati, emergono alcuni spunti per ricercare e sperimentare ulteriori soluzioni: cambiamenti comportamentali che incoraggino una cultura a supporto delle politiche contro le LV; coinvolgimento sempre maggiore delle direzioni infermieristiche; cambiamenti intenzionali di politiche e di ambiente; implementazione di interventi simultanei, laddove la loro singola applicazione risulta inefficace.<sup>[145]</sup> Gli interventi che attualmente risultano di comprovata inefficacia per l'implementazione di politiche contro le LV sono la disseminazione passiva di informazioni e le politiche di tolleranza zero.<sup>[145]</sup>

In tabella 14 sono riportati gli studi pubblicati in letteratura, relativi ad interventi di tipo proattivo nei confronti di WI, bullismo e HV sul luogo di lavoro per quanto riguarda la realtà dei contesti operativi clinici infermieristici. Il numero esiguo di lavori pubblicati (7), le tipologie di intervento (prevalentemente interventi educativi, e molto limitatamente, programmi di team building e di comunicazione assertiva), confermano i

risultati della succitata revisione di letteratura di Coursey et al. circa la scarsità di prove di efficacia.<sup>[145]</sup> Gli esiti misurati dagli studi esaminati vertono essenzialmente su indicatori quali il turn-over,<sup>[34,35,146]</sup> (che in ogni caso è sensibile anche a numerosi altri fattori oltre che alla WV), sulla frequenza di bullismo<sup>[35,48,147,148]</sup> (che sembra però rimanere molto spesso stabile), e sul confronto diretto tra target e perpetratore.<sup>[48]</sup>

Alcuni autori hanno ridefinito il concetto di “comportamento professionale” dell’infermiere, per ritrovare nelle basi dell’essere professionista gli elementi che possono costituire gli antidoti naturali ai fenomeni di bullismo e LV.<sup>[149]</sup> Gli antecedenti (cioè atteggiamenti o eventi che precedono il manifestarsi del concetto) del comportamento professionale degli infermieri sono individuati in: capacità di compassione, dignità umana, valori e credenze, intelligenza emotiva, autoconsapevolezza, riflessione, regolazione, e fiducia.<sup>[149]</sup> Gli attributi critici del comportamento professionale sono: il mutuo rispetto, armonia nelle azioni e nelle convinzioni, motivazione, e collaborazione. Le conseguenze, cioè gli eventi che avvengono in presenza del concetto, sono: parole e linguaggio che riflettono assistenza, rispetto e competenza clinica, comunicazione efficace, abbigliamento professionale, comportamenti rispettosi, relazioni efficaci con pazienti e colleghi, auto-regolazione, e responsabilità.<sup>[149]</sup> Va da sé che queste caratteristiche sono agli antipodi di quelle che emergono nei perpetratori di abusi.

L’intelligenza emotiva, sembra essere un elemento su cui lavorare sia per i singoli professionisti, che per creare leadership “risonanti”, in grado di mitigare i conflitti, favorire le relazioni interpersonali intra e inter gruppo, e costruire un clima di lavoro idoneo al raggiungimento di obiettivi di cura e assistenza. Le dimensioni dell’intelligenza emotiva sono 4: autoconsapevolezza, autogestione, abilità sociali (empatia), e gestione delle relazioni (abilità interpersonali).<sup>[150]</sup>

La consapevolezza delle proprie e altrui emozioni, e quella del contesto altamente stressante all’interno del quale si sviluppa la cornice di lavoro e delle relazioni sono il punto di partenza per tentare di mitigare e governare lo stress, prevenendo e gestendo coscientemente i conflitti che emergono.<sup>[151]</sup> Indipendentemente dall’attitudine personale verso l’intelligenza emotiva, rappresentando una life-skill, questa può essere esercitata e incrementata da chiunque.<sup>[151]</sup>

Alcuni autori propongono di focalizzare gli sforzi verso soluzioni legate a filosofie di pensiero di cura dei gruppi, quali quella del “Peace & Power”, costituita da elementi di

riflessione e azione (prassi), educazione all'emancipazione, ed alla costruzione di (senso di) comunità.<sup>[144]</sup> Da una parte si utilizza la rabbia e la frustrazione esperita dai perpetratori, in modo da renderli più consapevoli delle conseguenze delle loro azioni sugli altri e creare nuove modalità di stare nella comunità. Dall'altra si offre alle vittime di HV una cornice per trasformare la rabbia in una "chiamata" alla trasformazione, e per dare voce a chi in genere non ne ha, mediante un ambito in cui le strutture gerarchiche sono rimosse, favorendo la possibilità di parlare per tutti nel pieno rispetto dei diversi punti di vista.<sup>[144]</sup>

Olender-Russo ha proposto di affrontare il problema della prevenzione al bullismo nel mondo infermieristico costruendo una cultura del "trattamento con riguardo reciproco" in ambito lavorativo.<sup>[68]</sup> Secondo l'autrice è possibile raggiungere questo obiettivo utilizzando la formula IE2E di Felgen per i cambiamenti che permangono nel lungo termine.<sup>[68]</sup> La formula considera 4 elementi ritenuti tutti necessari e critici per il successo degli obiettivi: Ispirazione (I), Infrastruttura (I2), Educazione (E1), Evidenze (E2).<sup>[68]</sup> Attualmente, però, non vi sono esperienze a prova dell'efficacia della lotta al bullismo con questa metodologia.

In ogni caso, che la partita contro questo problema sia tutta ancora giocare, lo si evince molto chiaramente dalle colonne di un recente editoriale nel quale si fa riferimento alla necessità di soluzioni "creative" alla LV infermieristica.<sup>[152]</sup>

### **3.7.2 Reazioni individuali appropriate dei target di bullismo**

Alcune istituzioni ed autori hanno stilato guide e articolazioni di suggerimenti circa la condotta individuale più appropriata in caso di WV. Il Royal College of Nursing, nell'apposita guida pubblicata per contrastare il bullismo sul luogo di lavoro, elenca tutti i necessari approcci sequenziali da intraprendere, e offre alcune opzioni di risposta in presenza di bullismo (parlarne ad altri; redigere un memoriale scritto sugli incidenti subiti; consulenza con un rappresentante dell'associazione professionale di riferimento; approccio diretto con il perpetratore - talvolta risolutivo; attenersi alle procedure locali relative alla denuncia degli abusi e alle di conciliazione/contraddittorio).<sup>[10]</sup>

In tabella 12 si riassumono le principali tecniche individuali per reagire agli episodi di bullismo.

**Tabella 12 - Tecniche individuali di risoluzione del fenomeno del bullismo<sup>[177]</sup>**

<b>Tecniche</b>	<b>Modalità pratiche di comportamento</b>
Verbali	Esprimere i sentimenti al perpetratore, dirgli di smettere ciò che sta facendo Tranquillizzare la persona Comprendere la rabbia del perpetratore Comportamento calmo Fornire ricordi in modo cauto Comunicazione faccia a faccia (ma non isolata) Comportamento specchio del perpetratore Parlarne ad un collega Andare direttamente dal capo del perpetratore Discuterne con il dipartimento delle risorse umane Parlarne con il rappresentante delle associazioni professionali
Tecniche non verbali	Mantenere un contatto con gli occhi del perpetratore Allontanarsi fisicamente dal perpetratore Appropriato uso del tocco Usare la limitazione dello spazio circostante per calmare l'individuo Cambiare argomento per focalizzare altrove l'attenzione non desiderata
Scrivere dell'incidente	Mantenere una registrazione di data e ora degli incidenti Scrivere al perpetratore e chiedere di cessare il comportamento negativo Fare delle copie delle mail e del memoriale per sicurezza

### **3.7.3 Il contributo del management infermieristico**

È indubbio che gli elementi di leadership organizzativa debbano esser parte integrante della soluzione del problema della VI e dei fenomeni susseguenti questa, attraverso il coinvolgimento e la promozione di modelli di comportamento civili.<sup>[153]</sup>

Il punto di partenza è l'andare a individuare nei contesti la presenza di bullismo o di molestie, gli indici di turn-over, assenteismo, soddisfazione sul lavoro, coesione dei gruppi e condurre le indagini di clima in generale.<sup>[154]</sup>

Dal momento che in letteratura emerge come i "giovani" infermieri siano oggetto frequente di interazioni negative da parte dei colleghi, un survey condotto su infermieri con ruoli di leadership clinica ha messo in evidenza l'opinione diffusa che esista una relazione di lavoro "avversa" tra formazione e pratica professionale, imputando alla prima una distanza dalla realtà professionale, una mancanza di obiettivi condivisi e una lentezza nei cambiamenti dei curricula formativi.<sup>[155]</sup> Alcune delle possibili strategie educative suggerite per far implementare dagli studenti infermieri la cultura della civiltà nella pratica clinica sono: comunicazione assertiva, collaborazione nel team, abilità di leadership, educazione sulla civiltà, e cultura della sicurezza del paziente. Infine alcuni interventi proposti per migliorare la civiltà nei contesti clinici sono: codici di comportamento adeguati, promozione di ruoli positivi, meeting per condividere ed

apprendere la cultura della civiltà, educazione sulla mediazione e risoluzione dei conflitti.  
[155]

Alcuni autori sottolineano la necessità che il management infermieristico front-line intervenga precocemente negli episodi di bullismo, attivando appropriatamente le risorse per risolvere le situazioni di conflitto nel rispetto delle politiche anti-bullismo e anti-molestie delle organizzazioni.<sup>[156]</sup> I managers devono tener in conto il timore degli infermieri di staff nel farsi coinvolgere nei processi di risoluzione a causa della percezione di squilibrio di potere, e della paura di re-vittimizzazione.<sup>[156]</sup> Riuscire a creare un ambiente che permetta di parlare e denunciare certi atti, senza preoccupazione di ritorsioni è sicuramente una tra le sfide più difficili.<sup>[154]</sup>

### **3.7.4 Healthy work environment**

American Association of Critical Care Nurses (AACN)<sup>[157]</sup> e la Registered Nurses Association Ontario (RNAO),<sup>[17]</sup> nel tentativo di essere proattive verso i fenomeni di WI, bullismo e LV, hanno sviluppato il concetto di “luogo di lavoro sano/salutare” (“Healthy Work Environment”), che prevede il mantenimento di condizioni di clima lavorativo adeguato per fare da humus a politiche organizzative volte al raggiungimento di elevati livelli di efficienza, attraverso la fortificazione dello spirito di squadra, il valore della flessibilità in contesti operativi ed organizzativi sempre più mutevoli, e del rispetto reciproco intra ed interprofessionale. Il rapporto “Silence kills” ne è la testimonianza della dichiarazione di intenti.<sup>[158]</sup>

La progettualità dietro al concetto di Healthy Work Environment si fonda su 4 elementi cardine: minimizzare le barriere di sistema all'erogazione dell'assistenza, progettare ed implementare tecnologie, focalizzarsi sulla funzione di assistenza diretta al paziente, e supportare i nuovi infermieri.<sup>[159]</sup>

In ambienti di lavoro salutarì i comportamenti disturbanti dovrebbero ricevere particolare attenzione attraverso opportuni interventi educativi e pratici. Tra gli interventi educativi più raccomandati si enumerano: il miglioramento delle abilità comunicative generali, l'aumento del desiderio di comunicare in modo efficace, introdurre adeguate politiche e procedure verso gli atteggiamenti disturbanti (tolleranza zero) ed interagire appropriatamente con chi presenta questo genere di comportamenti.<sup>[160]</sup>

### 3.7.5 Il contributo delle associazioni professionali e scientifiche

Da quando è emerso il problema all'attenzione della comunità scientifica, grazie ai numerosi contributi presenti in letteratura, molte associazioni ed organi di governo professionale, soprattutto in USA, hanno preso pubblicamente posizione contro questi fenomeni, attraverso una serie di "position statement", tra cui la più importante è quella della Joint Commission.<sup>[161]</sup> In questi documenti vengono fornite le definizioni puntuali delle varie forme di comportamenti negativi cui l'infermiere può andare incontro da parte di colleghi ed altri operatori, vengono riassunti i risultati della ricerca condotta sul tema, si stressano le conseguenze potenziali su individui ed organizzazioni nel caso di mancata presa in carico da parte del management, e si suggeriscono potenziali soluzioni da intraprendere.<sup>[20,162,163,164,165,166]</sup> Nella fattispecie vengono individuati i comportamenti più idonei sia a livello individuale che organizzativo (cultura del rispetto, empowerment, e denuncia senza ritardi di ogni tipo di abuso e politiche di "tolleranza zero"). Inoltre vengono caldeggiati eventi formativi per la sensibilizzazione del personale, e incentivata l'attività di ricerca di soluzioni innovative.<sup>[162,163,164,165,166]</sup>

Il Royal College of Nursing (Regno Unito) ha pubblicato un kit, in cui, vengono descritte le varie forme e manifestazioni di violenza sul luogo di lavoro, compreso bullismo e molestie. In sezioni successive vengono suggeriti anche i comportamenti per gestire i conflitti e le azioni da intraprendere per affrontare il problema quando se ne diventi oggetto.<sup>[10]</sup> Analogamente l'American Nurses Association (ANA) ha prodotto un documento apposito<sup>[167]</sup> e una "tip card" per favorire il riconoscimento dell'abuso e la strategia individuale di gestione dell'evento.<sup>[168]</sup>

Per quanto riguarda la restante realtà europea, sul web non si rilevano documenti o position statement da parte di European Federation of Nurses Associations, né di European federation of Critical Care Nurses associations.

Nello specifico, in Italia, sia la Federazione IPASVI, che l'Associazione Nazionale degli Infermieri di Area Critica (ANIARTI), non hanno ad oggi prodotto alcun tipo di contributo formale (position statement, né altro genere di kit o documento), nonostante la letteratura nazionale sia quantitativamente aumentata negli ultimi 5 anni, mettendo in mostra la presenza di bullismo e violenza orizzontale in quote non certo inferiori rispetto a quelle riportate in letteratura internazionale.<sup>[3,5,83,129,132]</sup>

### 3.8 Aspetti normativi ed etici

Pur non rappresentando l'oggetto centrale del presente percorso di ricerca, è imprescindibile accennare alla situazione italiana per quanto riguarda la normativa a protezione delle potenziali e reali vittime di bullismo sul luogo di lavoro e agli aspetti etici, particolarmente quelli relativi al codice deontologico della professione infermieristica.

Per quanto concerne il piano normativo, ci sono più fonti giuridiche a tutela delle vittime di mobbing, a prescindere dalla direttrice che questo può assumere. Si parte dagli articoli della Costituzione Italiana numero 32 (“salute come un diritto fondamentale dell'uomo”), 35 (“tutela del lavoro in ogni sua forma e applicazione”), e 41 (“divieto di effettuare attività economiche private che rechino danno alla sicurezza, alla libertà e alla dignità umana”).<sup>[169]</sup> Nel codice civile gli articoli 2043 e 2087, prevedono rispettivamente l'obbligo di risarcimento di un danno ingiusto causato a terzi, e l'obbligo del datore di lavoro di tutelare l'integrità fisica e la personalità morale di lavoratori, mediante le misure più adeguate.<sup>[169]</sup> Nello Statuto dei lavoratori è prevista la punizione dei comportamenti discriminatori da parte del datore di lavoro.<sup>[169]</sup> Anche se non è prevista alcuna specifica legge che menzioni il mobbing, attualmente il codice penale all'articolo 590 prevede che i comportamenti che determinano reato di lesioni personali vengano puniti. Queste talvolta sono riconducibili a comportamenti tipici del mobbing.<sup>[169]</sup> In ogni caso l'onere della prova, compreso il danno subito e la reiterazione della condotta vessatoria, è a carico della vittima.<sup>[169]</sup> A queste si aggiungano una serie di sentenze della corte di Cassazione, per le quali, però si rimanda alle specifiche fonti.<sup>[169]</sup>

Per quanto riguarda gli aspetti eminentemente etici, i comportamenti cosiddetti disturbanti sono stigmatizzati nel The Code of Ethics for Nurses, in cui questi vengono chiaramente definiti come non etici, individuando la responsabilità individuale di ogni infermiere nel non lasciarsi coinvolgere in questo genere di atteggiamenti. Inoltre, esorta i manager infermieristici a farsi carico di promuovere processi di miglioramento per correggere i comportamenti disturbanti.<sup>[170]</sup>

Il codice deontologico dell'infermiere italiano, del 2009, ha ben 3 articoli che rimandano alla prevenzione dei fenomeni di inciviltà e mobbing: nella fattispecie il 42 (“l'infermiere tutela la dignità propria e dei colleghi, attraverso comportamenti ispirati al rispetto e alla solidarietà”), il 43 (“l'infermiere segnala al proprio Collegio professionale ogni abuso o

comportamento dei colleghi contrario alla deontologia”) e il 45 (“l’infermiere agisce con lealtà nei confronti dei colleghi e degli altri operatori”).<sup>[171]</sup>

Per quanto riguarda, infine, le pubbliche amministrazioni, la Legge n. 183 del 4 novembre 2010 ha istituito il Comitato Unico di Garanzia (CUG), andando in qualche modo ad unificare in questo organismo i precedenti comitati per le pari opportunità e i comitati paritetici sul fenomeno del mobbing. Il CUG ha i compiti di promuovere il benessere organizzativo e contrastare abusi e discriminazioni sul luogo di lavoro.<sup>[172]</sup>

**Tabella 13 – Prevalenza dei fenomeni di interazioni negative tra infermieri, contesti, tipologie, conseguenze psico-fisiche, professionali, reazioni delle vittime**

Autore (anno)	Campione/Setting	Tipologia di interazioni negative	Prevalenza	Mobbing/ Bullying definito	Fattori correlati	Conseguenze psico-fisiche	Conseguenze professionali	Reazioni
Caza & Cortina (2007) <sup>[N17]</sup>	3347 studenti universitari (USA)	Workplace Incivility	76% di WI. Su 1043 rispondenti che riportano le WI come forme più gravi di trattamento, il 58% aveva ricevuto lateral incivility, il 47% top-down incivility.	NR	NR	NR	NR	NR
Ceravolo et al. (2012) <sup>[35]</sup>	4000 infermieri e 1100 studenti infermieri in 5 ospedali in USA; 703 (34%) rispondenti al primo survey; 485 al secondo (23%), a distanza di 4 anni (USA).	Workplace Incivility	Abusi verbali nel primo survey 90% (n. 634); nel secondo 70% (n. 370).	NR	NR	NR	Turnover e posti vacanti a 8.9% nel primo survey, e 6% il primo e 3% i secondi, nel survey successivo.	NR
Elmblad et al. (2014) <sup>[110]</sup>	1700 Infermieri anestesisti certificati in Michigan (USA). Rispondenti al survey 385 (22.6%).	Workplace Incivility	NR. Lo score medio di WI composito esperito da tutte le figure era 63.5 (mediana 65.0). La media di WI da pari grado era 51.3 (mediana 50.0).	NR	NR	NR	La correlazione tra WI e burnout professionale nella CBI era lineare (p<0.0001; regressione lineare ).	NR
Hutton & Gates (2008) <sup>[76]</sup>	145 infermieri, e 33 assistenti infermieri. Un centro ospedaliero in USA.	Workplace Incivility	Frequenza media di WI riportata pari a 2.13 (DS = 0.50), lievemente sopra "raramente" .	NR	Non correlazioni tra WI e caratteristiche demografiche.	NR	Il costo della riduzione di media per produttività annua per persona è stato calcolato in \$1,235.14 per gli assistenti infermieri,	NR

Autore (anno)	Campione/Setting	Tipologia di interazioni negative	Prevalenza	Mobbing/ Bullying definito	Fattori correlati	Conseguenze psico-fisiche	Conseguenze professionali	Reazioni
							\$1,484.03 per gli infermieri. WI da diretti superiori e da pz. si correlano con la produttività (r=0.284, p=0.000 e r=-0.204, p=0.006, rispettivamente). La WI derivata da altri attori di assistenza diretta non correla significativamente con la produttività.	
Laschinger et al. (2014)* <sup>[111]</sup>	3600 infermieri del Canada. Rispondenti al survey 1241 (35%).	Workplace Incivility	NR. Solo misure medie delle scale utilizzate per la rilevazione.	NR	NR	NR	La WI da colleghi pari grado correlava con l'empowerment globale (r=-0.25), con l'esaurimento emotivo (r=0.23), e con la soddisfazione lavorativa (r=-0.20).	NR
Leiter et al. (2010) <sup>[109]</sup>	522 infermieri (Canada).	Workplace Incivility	Non differenze statisticamente significative nei livelli medi di WI tra colleghi pari grado tra generazione baby boomers e la generazione X.	NR	NR	Correlazione r=0.17 con i disturbi fisici, in WI tra colleghi pari grado.	Correlazione r=0.19, con intenzione al turnover; correlazione con esaurimento r=0.25, e con cinismo r=0.33.	NR
Lewis et al. (2011) <sup>[202]</sup>	2160 infermieri, USA. Rispondenti al survey 164 (8%), più altre fonti per arrivare a 659 rispondenti.	Workplace Incivility	553 (84.8%).	NR	La consapevolezza del manager infermieristico delle WI è un fattore predittivo di capacità dello stesso di saperle gestire (z=23.896; p<0.001). Le TI e i reparti medico-chirurgici avevano meno WI	NR	Non differenze significative nella perdita di produttività calcolata tra ambienti reali ed ambienti cosiddetti salutari. Comunque c'è una correlazione negativa tra WI e produttività.	NR

Autore (anno)	Campione/Setting	Tipologia di interazioni negative	Prevalenza	Mobbing/Bullying definito	Fattori correlati	Conseguenze psico-fisiche	Conseguenze professionali	Reazioni
					score rispetto a SO (p<0.001) e PS.			
Oyeleye et al. (2013) <sup>[108]</sup>	400 infermieri da 2 ospedali di comunità e un ospedale terziario in USA. Rispondenti al survey 61 (15%).	Workplace Incivility	NR; riportati livelli medi su scale.	NR	Gli anni di esperienza totali come infermieri correlano con le WI (p=0.007).	NR	Correlazioni tra intenzione al turnover e WI (p<0.0001). Correlazioni tra stress e WI (p=0.001), tra burnout e WI (p=0.005).	NR
Smith et al. (2010) <sup>[107]</sup>	250 infermieri dell'Ontario (Canada). Rispondenti 117 (51%).	Workplace Incivility	90.4% riporta WI da pari grado.	NR	NR	NR	La WI è un predittore negativo indipendente di impegno/dedizione sul lavoro ( $\beta=-0.189$ , $t=-2.01$ , $p=0.047$ ).	NR
Spence Laschinger et al. (2009) <sup>*[106]</sup>	1106 impiegati in sanità, di cui 612 infermieri (Ontario, Canada).	Workplace Incivility	77.6% degli infermieri ha sperimentato un qualche grado di WI dai propri pari; il 67.5% hanno sperimentato un qualche grado di WI dai supervisori.	NR	NR	NR	La WI è un predittore per l'intenzione al turnover (8.5%, $P<0.001$ ).	NR
Spence Laschinger et al. (2009) <sup>**[184]</sup>	245 infermieri negraduati da meno di 2 anni (Ontario, Canada).	Workplace Incivility	Workplace civility (range 1-5): media 3.67 (DS±0.88); conflitto tra infermieri (range 1-5): media 2.39 (DS±1.09).	NR	NR	NR	La workplace civility è un predittore significativo di esaurimento emotivo ( $\beta=-0.18$ , $p=0.003$ ). Esaurimento emotivo (sottoscala di Maslach Burnout Inventory-General Survey); burnout indicativo se >3: media 3.43 (DS±1.38).	NR
Spence Laschinger et al. (2012) <sup>[148]</sup>	755 infermieri rispondenti al 1° invio di survey, e 573 al 2° invio di survey da 32 reparti in Nova Scotia,	Workplace Incivility	WI (range 1-5): livelli medi riportati tra 0.61 (DS±0.71) e 0.85 (DS±0.86).	NR	NR	NR	NR	NR

<b>Autore (anno)</b>	<b>Campione/Setting</b>	<b>Tipologia di interazioni negative</b>	<b>Prevalenza</b>	<b>Mobbing/ Bullying definito</b>	<b>Fattori correlati</b>	<b>Conseguenze psico-fisiche</b>	<b>Conseguenze professionali</b>	<b>Reazioni</b>
	e da 19 reparti in Ontario (Canada).							
Spence Laschinger et al. (2013) <sup>[70]</sup>	833 infermieri neograduati, con 272 rispondenti. Ontario (Canada).	Workplace Incivility	WI (range 1-5): media 1.7 (DS±0.73); il 12% riporta episodi quotidiani di WI da parte di colleghi pari grado.	NR	NR	Gli episodi di WI hanno correlazione con scarsa salute mentale, cioè rabbia, paura e tristezza ( $r = 0.36$ , $p < 0.05$ ). Elevati livelli di resilienza si associano a ridotta WI da parte dei colleghi ( $B = -0.19$ ), e minor sintomi di salute mentale ( $B = -0.31$ ).	NR	NR
Wing et al. (2013) <sup>[214]</sup>	1400 infermieri neograduati (< 3 anni di anzianità) dell'Ontario (Canada); 546 (39%) rispondenti.	Workplace Incivility	NR	NR	NR	NR	L'empowerment era correlato alle WI ( $\beta = -0.286$ ; $p < 0.001$ ), e con i sintomi/disturbi di salute ( $\beta = -0.221$ , $p < 0.001$ ). WI e sintomi di salute mentale erano correlati ( $\beta = 0.307$ , $p < 0.001$ ).	NR
Alspach G. (2008) <sup>[1]</sup>	96 infermieri (USA)	Lateral Violence	NR. Virtualmente il 100% (il survey partiva chiedendo subito le tipologie di LV subite).	NR	NR	NR	NR	NR
Armmmer & Ball (2015) <sup>[112]</sup>	300 infermieri, Michigan (USA). Rispondenti alle survey 104 (36%).	Lateral Violence	1%-80.8%.	NR	NR	NR	C'era correlazione tra le LV e l'intenzione di lasciare il posto di lavoro ( $r = 0.214$ , $p < 0.05$ ).	NR
Bambi et al. (2013) <sup>[3]</sup>	444 infermieri di area critica (PS, TI) da 5 ospedali della Toscana	Lateral Violence	294 (81.6%).	NR	In PS maggior numero di LV rispetto	235 (65.2%) riportano almeno un sintomo-	Il 17.7% ha inoltrato domanda	NR

Autore (anno)	Campione/Setting	Tipologia di interazioni negative	Prevalenza	Mobbing/ Bullying definito	Fattori correlati	Conseguenze psico-fisiche	Conseguenze professionali	Reazioni
	(Italia). Rispondenti al survey 360 (81%).				alle TI (rispettivamente 90% e 77.2%; p=0.0038). Gli infermieri diurni sono oggetto di LV in proporzione molto superiore rispetto ai turnisti (93% vs 78.4%; p = 0.0019).	disturbo percepito come associato a LV.	di mobilità verso altro reparto/servizio, ma solo il 6.9% ha effettivamente cambiato reparto. Il 6.9% vorrebbe lasciare la professione. La presenza di sintomi/disturbi e la richiesta di mobilità interna sono significativamente associate (13% vs 5%; p = 0.039).	
Bambi et al. (2014) <sup>[5]</sup>	1504 infermieri di area critica (PS, TI, SO, I 18) da tutta Italia. Rispondenti al survey 1202 (79.9%).	Lateral Violence	951 (79.1%) per LV. 269 (22.4%) percepiva di essere stato vittima di bullying orizzontale.	Il verificarsi di atteggiamenti negativi per almeno una volta alla settimana per non meno di 6 mesi.	Non differenze statisticamente significative per LV in base a sesso, età, anzianità, anche se al sud sembrano più colpiti. 88.5% ( $\chi^2=5.887$ , p = 0.0527).	829 (69%) ha percepito sintomi e disturbi correlati a LV subite.	136 (11.3%) hanno richiesto di cambiare servizio nei 12 mesi precedenti. 43 (3.6%) ha cambiato reparto nell'arco dei 12 mesi precedenti. I coordinatori cambiano assegnazione più degli altri ruoli infermieristici (7.3%; $\chi^2=6.233$ , p<0.05). Stesso risultato per chi era vittima di bullismo rispetto a chi non lo è (quelli erano al 8.5% e 2.1%, rispettivamente; $\chi^2=23.022$ , p < 0.01).	NR
Camerino et al. (2008) <sup>[14]</sup>	34.107 infermieri da 567 istituti sanitari in 8 paesi europei. Rispondenti: 55.1%.	Lateral Violence	Range da Olanda (50; 1.3%) a Polonia (530; 12.3%). Italia (300; 5.6%).	NR	Avvengono perlopiù in TI e SO (7.4%), poi nelle geriatriche long term (7.0%), reparti medico-chirurgici (6.2%); stranieri 6.4%, contro i nativi al 5.4%; coordinatori infermieristici 6.6%; infermieri 5.2%;	NR	NR	NR

Autore (anno)	Campione/Setting	Tipologia di interazioni negative	Prevalenza	Mobbing/ Bullying definito	Fattori correlati	Conseguenze psico-fisiche	Conseguenze professionali	Reazioni
					turnisti senza notte 6.4%, turnisti con notti 5.8%.			
Dumont et al. (2012) <sup>[118]</sup>	955 infermieri (USA).	Lateral Violence	82% (n. 778) è stato oggetto o ha testimoniato LV giornalmente o settimanalmente.	NR	Non correlazione tra gli effetti delle LV e gli anni di anzianità di servizio e minima correlazione inversa tra anzianità di servizio e frequenza di LV o testimoni di LV. I maschi sono più suscettibili nello sviluppare effetti delle LV (84%, vs 63% delle femmine, p=0.003). Le età più giovani sembrano meno colpite, o testimoni di LV, delle classi di età più anziane. I PhD sembrano in assoluto i più colpiti da fenomeni di LV, ma molto basso il numero di rispondenti.	Insonnia; cefalea, dolori addominali; scoraggiamento per assenza di feedback;	Non menzione per paura di rappresaglie; non domande per paura di essere ridicoli; sensazioni sgradevoli del lavoro dovute alle relazioni coi colleghi.	NR
Dunn H. (2003) <sup>[113]</sup>	500 infermieri di SO, nel New Jersey (USA). Rispondenti al survey 145 (29%).	Lateral Violence	125 (87.4%).	NR	Non differenze significative tra i dati nominali demografici e l'essere vittima o perpetratori di LV (sabotaggi).	NR	NR	NR
Griffin M. (2004) <sup>[48]</sup>	26 infermieri neo-registrati. (USA).	Lateral Violence	12 (47%).	NR	NR	NR	NR	Il 100% di coloro che hanno subito LV si sono confrontate col perpetratore.
Khalil D. (2009) <sup>[22]</sup>	471 infermieri di Cape Town (Sud Africa).	Lateral Violence	29%.	NR	Le LV sono per il 40% in ostetricia, il 32% nei reparti generali e il 20% in psichiatria.	NR	NR	NR

<b>Autore (anno)</b>	<b>Campione/Setting</b>	<b>Tipologia di interazioni negative</b>	<b>Prevalenza</b>	<b>Mobbing/ Bullying definito</b>	<b>Fattori correlati</b>	<b>Conseguenze psico-fisiche</b>	<b>Conseguenze professionali</b>	<b>Reazioni</b>
Magnavita et al. (2011) <sup>[115]</sup>	275 infermieri da un ospedale generale (Italia).	Lateral Violence	9 infermieri (9.9%) riferiscono aggressioni non fisiche da parte di colleghi.	NR	NR	Paura 13 (13.8%), rabbia 9 (9.6%), irritazione 42 (44.7%), ansia 19 (20.2%), umiliazione 8 (8.2%), senso di colpa 3 (3.2%), disappunto 27 (28.7%), sensazione di mancanza di aiuto 12 (12.8%), desiderio di vendetta 10 (10.5%), pensiero che gli altri siano in torto 11 (11.6%).	Pensiero di cambiare luogo di lavoro 29 (30.5%); pensiero di cambiare comportamento 18 (18.9%).	Hanno riferito dell'aggressione a: amici/familiari 14 (15.6%), superiori 37 (41.1%), al dottore 1 (1.1%); non è stata riportata a nessuno 30 (55.6%).
McKenna et al. (2003) <sup>[31]</sup>	1159 infermieri. Nuova Zelanda. Rispondenti 551 (47%).	Lateral Violence	188 (34%); 170 (31%) riferisce incidenti di livello maggiore di distress. Perpetratori infermieri, ma di diversi ruoli e posizioni.	NR	NR	Ridotta autostima, paura, ansia, frustrazione, tristezza, nervosismo, sfiducia, cefalea, depressione, perdita di peso, fatigue. Scarsi casi di aumento di fiducia in sé stessi e carica.	24/170 (14%) ha fatto assenze dal lavoro, 58/170 hanno pensato di lasciare la professione (34%).	NR
Oh et al. (2016) <sup>[119]</sup>	255 infermieri da 4 ospedali universitari in Corea del Sud.	Lateral Violence	NR, ma solo valori medi delle scale di bullying e LV misurate.	NR	L'affettività negativa è un predittore significativo per tutte le sottocategorie di workplace bullying; antecedenti significativi per work related bullying erano individualismo ( $\beta=0.13$ ), e setting speciali di lavoro	NR	NR	NR

Autore (anno)	Campione/Setting	Tipologia di interazioni negative	Prevalenza	Mobbing/ Bullying definito	Fattori correlati	Conseguenze psico-fisiche	Conseguenze professionali	Reazioni
					(β=0.13); i predittori di abusi verbali erano lavorare ≥41 ore settimanali, ospedale di appartenenza e affettività negativa (adjusted R <sup>2</sup> = 0.17, F = 3.64).			
Purpora et al. (2012) <sup>[37]</sup>	215 infermieri, California (USA). Rispondenti al survey 175.	Lateral Violence	37 (21%).	2 o più atti negativi esperiti settimanalmente o giornalmente negli ultimi 6 mesi	Sesso, educazione infermieristica base, anni di esperienza non sono predittori significativi di LV, ma gli score di sessismo internalizzato e di minimizzazione del sé. Le aree non intensive, rispetto alle TI sperimentano meno LV.	NR	NR	NR
Purpora & Blegen (2015) <sup>*[121]</sup>	1278 infermieri in USA. Rispondenti al survey 175 (13.8%).	Lateral Violence	NR	NR	LV e relazioni tra pari erano inversamente correlati (r=-0.641; p<0.01).	NR	LV e soddisfazione lavorativa erano inversamente correlati (r=-0.466; p<0.01). Le LV influenzano negativamente la soddisfazione lavorativa β=-0.462 (F(1,172)=46.63, p<0.001). Le LV influenzano negativamente le relazioni tra pari β=-0.641 (F(1,172)=119.92, p < 0.001).	NR
Purpora & Blegen (2015) <sup>**[117]</sup>	234 infermieri della California (USA). Rispondenti al survey 175 (18.8%).	Lateral Violence	139 (79.4); 37 (21.1%) riporta LV su base quotidiana/ Settimanale.	NR	LV più presenti in proporzione in setting diversi da TI e area medica chirurgia (p<0.05) e in chi non ha un Bachelor come	NR	NR	NR

Autore (anno)	Campione/Setting	Tipologia di interazioni negative	Prevalenza	Mobbing/ Bullying definito	Fattori correlati	Conseguenze psico-fisiche	Conseguenze professionali	Reazioni
					<p>educazione di base (p&lt;0.05). Correlazioni negative tra LV e relazioni tra pari (r=-0.640; p&lt;0.01). Le LV sono predittori di riduzione di relazione tra pari.</p> <p>Le LV sono correlate negativamente con la qualità delle cure al paziente (r=-0.469; p&lt;0.01). LV predittore per ridotta qualità delle cure.</p> <p>Le LV correlano con errori ed eventi avversi (r=0.442; p&lt;0.01). Anche qui LV sono predittori per eventi avversi e errori.</p>			
Reynolds et al. (2014) <sup>[N18]</sup>	63 infermieri di un servizio perinatale in un ospedale della California (USA). Rispondenti 62.	Lateral Violence	Frequenza di LV da pari rispetto alle altre professionalità maggiore.	NR	Gli score totali di ostilità erano più alti per coloro che avevano riportato esiti negativi dei pazienti (media=47.50, DS=8.73) rispetto a chi non riportava esiti negativi dei pazienti (p=38.45, DS=12.27, t(58)=2.40, p=0.02).	NR	NR	NR
Sellers et al. (2009) <sup>[209]</sup>	108 infermieri, New York (USA).	Lateral Violence	24.3%-29.4%.	NR	NR	NR	NR	NR
Sellers et al. (2012) <sup>[45]</sup>	2659 infermieri negli ospedali di New York (USA). Rispondenti NR.	Lateral Violence	NR	NR	Infermieri con più anni di esperienza esperiscono più LV (p<0.05), ed anche le femmine rispetto ai maschi (p<0.05).	NR	NR	NR

<b>Autore (anno)</b>	<b>Campione/Setting</b>	<b>Tipologia di interazioni negative</b>	<b>Prevalenza</b>	<b>Mobbing/ Bullying definito</b>	<b>Fattori correlati</b>	<b>Conseguenze psico-fisiche</b>	<b>Conseguenze professionali</b>	<b>Reazioni</b>
Stanley et al. (2007)[94]	1850 tra infermieri ed operatori di supporti. (USA). Rispondenti 601 infermieri (91%).	Lateral Violence	46% dei rispondenti riporta livelli seri di LV. 65% riporta LV da colleghi.	NR	Più frequenti le LV nei reparti medico-chirurgici (19%).	NR	NR	NR
Topa & Moriano (2013)[116]	388 infermieri di 2 ospedali nazionali in Spagna.	Lateral Violence	74.2%	NR	Le LV si correlano con stress da lavoro ( $r=0.34$ , $p<0.01$ ), supporto del gruppo ( $r=-0.38$ ), identità del gruppo ( $r=-0.40$ ). La regressione lineare mette in mostra che LV e stress da lavoro sono positivamente associati ( $\beta=0.23$ , $p<0.01$ ), mentre sono negativamente associate con supporto del gruppo e identità del gruppo ( $\beta=0.14$ , $p<0.05$ e $\beta=0.22$ , $p<0.01$ , rispettivamente).	NR	NR	NR
Walrafen et al. (2012)[90]	227 infermieri, USA.	Lateral Violence	19.9%-53.3%; il 28.4%-77% sono stati testimoni di LV verso altri.	NR	NR	NR	NR	NR
Wilson et al. (2011)[210]	130 (26%) infermieri rispondenti da un ospedale di comunità in USA.	Lateral Violence	105 (85%) hanno osservato LV verso altri o verso sé stessi negli ultimi 6 mesi.	Non distinzione nelle LV tra quelle perpetrate da pari, oppure dai medici.	NR	NR	23 (19%) hanno deciso di lasciare la loro posizione corrente.	NR
Wilson & Phelps (2013)[120]	500 infermieri di un ospedale in USA. Rispondenti 130 (26%).	Lateral Violence	78 (60%) hanno testimoniato la presenza di LV.	Non distinzione nelle LV tra quelle perpetrate da pari, oppure dai medici.	NR	NR	Le 3 più frequenti conseguenze sulla sicurezza dei pazienti sono state che: 30 (13%) hanno interpretato	60 (58%) hanno parlato delle LV testimoniate a superiori, colleghi, familiari, dipartimento

Autore (anno)	Campione/Setting	Tipologia di interazioni negative	Prevalenza	Mobbing/ Bullying definito	Fattori correlati	Conseguenze psico-fisiche	Conseguenze professionali	Reazioni
							prescrizioni illeggibili, senza chiedere chiarimento; 11 (25.6%) hanno mobilitato pazienti pesanti senza chiedere aiuto; 5 (10%) hanno usato equipaggiamento medico con cui non erano familiari, senza chiedere supervisione.	delle risorse umane. 18 (17.3%) si sono confrontate direttamente col perpetratore.
Abe & Henly (2010) <sup>[33]</sup>	881 infermieri da 19 ospedali, Tokio (Giappone).	Bullying	81%.	NR	NR	NR	NR	NR
Aksakal et al. (2015) <sup>[211]</sup>	650 infermieri in ospedale universitario in Turchia. Rispondenti 538 (82.7%).	Bullying	88 (17.1%).	NR	NR	Le vittime di bullying rispetto alle non vittime hanno score di ansia mediamente più alti da un punto di vista significativo, ma non clinico (2.78, vs 2.18, p= 0.001).	Infermieri che non esperiscono bullying sono soddisfatti maggiormente (72.1%) del lavoro rispetto alle vittime (47.2%) (p=0.0001); le vittime di bullying hanno maggior intenzione di cambiare lavoro delle non vittime (73.% vs 57.2%, p=0.005); e anche di lasciare la professione (81.2% vs 67.2, p=0.011). 3 (3.40) ha cambiato posto di lavoro.	38 (43.1%) ne ha parlato con un collega, 26 (29.5%) ha parlato con il perpetratore; 24 (27.27) ne hanno parlato con la famiglia o amici; 14 (15.9%) hanno informato i superiori.
Allen et al. (2015) <sup>[128]</sup>	762 infermieri in Australia.	Bullying	61% ha riportato almeno 2 istanze di bullying negli ultimi 12 mesi.	NR	Il bullying è correlato con il numero di ore di lavoro settimanali (r=0.11, p<0.05).	NR	Il bullying ed il burnout erano positivamente correlati (r=0.38, p<0.001); Il bullying è un predittore di burnout (β=0.37, p< 0.001).	NR
Arcangeli et al. (2014) <sup>[132]</sup>	206 infermieri da 3 ospedali del centro e sud Italia.	Bullying	21.4%, ma non menzione dei tipi di perpetratore.	Aver subito negli ultimi sei mesi, e con frequenza almeno	NR	Il punteggio NAQ-R totale presenta correlazioni con	NR	NR

Autore (anno)	Campione/Setting	Tipologia di interazioni negative	Prevalenza	Mobbing/ Bullying definito	Fattori correlati	Conseguenze psico-fisiche	Conseguenze professionali	Reazioni
				settimanale, due o più azioni negative sul posto di lavoro.		perdita di sicurezza (r=0.38, p<0.05), conseguenze sociali (r=0.30, p<0.05), depressione e ansia (r=0.37, p<0.05), e General Health Questionnaire 12 (r=0.40, p<0.05).		
Berry et al. (2012) <sup>[135]</sup>	5000 infermieri in 3 stati degli USA. Rispondenti al survey: 197 (3%).	Bullying	43 (21.3%) erano esposti quotidianamente a bullying; 36 (18.2%) erano esposti più volte alla settimana.	NR	NR	NR	C'era correlazione negativa tra il bullying e la produttività lavorativa (F=0.045, r=-0.322, p<0.01).	NR
Bortoluzzi et al. (2014) <sup>[129]</sup>	238 infermieri Italia. Rispondenti 175 (73.5%).	Bullying	59 (34%) erano a rischio di bullying.	2 o più comportamenti negativi esperiti su base settimanale per un periodo di 6 mesi.	Il bullying vede come fattori predittivi leadership partecipativa ( $\beta=-1.035$ , p<0.05) con scarse risorse umane ( $\beta=-1.845$ , p<0.005).	NR	NR	45 (25%) hanno fatto reclamo scritto contro il perpetratore, 48 (26.7%) verbale .
Çevik Akyil et al. (2012) <sup>[127]</sup>	256 infermieri di un ospedale universitario in Turchia. Rispondenti al survey 180 (70.3%).	Bullying	NR, ma gli score di percezione medi del bullying indicano che gli infermieri sono sottoposti frequentemente al fenomeno (media $155.51 \pm 14.956$ ). Bullying da supervisori diretti 94 (58.9%), da colleghi 4 (2.4).	NR	Gli infermieri che rispetto ad altri gruppi hanno maggiore percezione di subire bullying sono: di età 18-25 (media= $160.16 \pm 14.858$ ), coniugati (media= $161.62 \pm 14.226$ ), non hanno titoli universitari (media= $160.55 \pm 9.220$ ), hanno lavoro in setting clinico (media = $156.56 \pm$	NR	NR	NR

Autore (anno)	Campione/Setting	Tipologia di interazioni negative	Prevalenza	Mobbing/Bullying definito	Fattori correlati	Conseguenze psico-fisiche	Conseguenze professionali	Reazioni
					14.872), hanno <1 anno di esperienza professionale (media=159.44 ± 13.846), hanno anzianità di servizio nel luogo attuale di lavoro < 1 anno (media = 160.97 ± 12.731), hanno anzianità di servizio nel luogo attuale di lavoro ≥10 anni (media=162.15 ± 8.338), e assistono un numero di pazienti al giorno ≥ 30 (media=167.33 ± 16.388) (p < 0.05).			
Chen et al. (2008) <sup>[130]</sup>	231 infermieri ed operatori di supporto di un ospedale psichiatrico in Taiwan. Rispondenti al survey 222.	Bullying	15.8%; nell'11.4% il perpetratore era un membro dello staff.	NR	L'ansia sopra livelli moderati tende ad aumentare la probabilità di abusi verbali (adjusted OR 4.3, IC95%: 1.5-11.8), così come l'anzianità di servizio tra <5 anni e quella > 20 anni.	PTSD score > 14 nel 17.6%.	NR	NR
Chen et al. (2009) <sup>[N19]</sup>	157 infermieri di un ospedale psichiatrico in Taiwan. Rispondenti al survey 87%.	Bullying	Incidenza di episodi in 2 anni 33 casi (3.1%).	NR	NR	NR	NR	NR
Hesketh et al. (2003) <sup>[N20]</sup>	12332 infermieri dell'Alberta (Canada). Rispondenti alla survey 6526 (52.8%).	Bullying	Il 56% degli abusi emozionali è perpetrato da colleghi pari grado.	NR	Il 25.5 % degli infermieri di TI ha subito abusi emozionali contro il 10.5% dei reparti medico-chirurgici, il 8.1% dai DEA e il 13.4% da altre unità.	NR	NR	NR
Kivimäki et al. (2000) <sup>[136]</sup>	647 maschi e 4981 femmine impiegati in ospedale (Finlandia).	Bullying	302 (5%).	No criteri temporali. Né intensità.	L'associazione di bullismo con assenze certificate da lavoro è	Le vittime sono più spesso affette da patologie	Assenze per malattie certificate dal medico e autocertificate, pari a	NR

<b>Autore (anno)</b>	<b>Campione/Setting</b>	<b>Tipologia di interazioni negative</b>	<b>Prevalenza</b>	<b>Mobbing/ Bullying definito</b>	<b>Fattori correlati</b>	<b>Conseguenze psico-fisiche</b>	<b>Conseguenze professionali</b>	<b>Reazioni</b>
					un fenomeno non dipendente dalle caratteristiche demografiche.	croniche e hanno un BMI lievemente più elevato.	1.5 (IC 95%:1.3-1.7) ed 1.2 (IC 95%: 1.1-1.4) volte rispetto al resto dello staff.	
Kwok et al. (2006) <sup>[139]</sup>	1650 infermieri in un ospedale di Hong Kong. Rispondenti al survey 420 (25%).	Bullying	Abuso verbale nel 73%; bullying tra il 40% ed il 50%. Colleghi infermieri al 3° posto come perpetratori dopo pazienti e familiari.	NR	PS/DEA maggiormente coinvolti, seguiti da servizi di comunità infermieristici e dipartimento di traumatologia e ortopedia.	Il bullying era associato positivamente a depressione (r=0.51; p<0.001). La depressione era determinata dal bullismo e dall'esposizione ai carichi di lavoro (β=0.54; F=56.61; P < 0.001).	Il bullying era associato a motivazione sul lavoro (r=0.49; p <0.001), concentrazione sul lavoro (r=0.48; p<0.001), produttività (r=0.46; p<0.001), motivazione (r= 0.44; p<0.001), e relazione con il paziente (r=0.42; p<0.00), managers (r=0.47; p<0.001) e colleghi (r=0.45; p< 0.001).	L'82% di chi ha esperito abuso verbale ne ha parlato con amici/confidenti; il 42% ha ignorato l'episodio.
Johnson & Rea (2009) <sup>[44]</sup>	767 infermieri membri di Emergency Nurses Association in Washington (USA). Rispondenti al survey 249 (32.5).	Bullying	68 (27.3%). 17 infermieri (38%) riferiscono di esser stati vittime di bullismo da parte di colleghi.	2 o più comportamenti negativi esperiti su base settimanale o quotidiana.	Nessuna correlazione con caratteristiche demografiche, livello di educazione e posizione lavorativa.	NR	Intenzione di lasciare la posizione di lavoro corrente entro i due anni, in almeno il doppio rispetto a infermieri non oggetto di bullismo (p<0.001); possibile intenzione di lasciare la professione infermieristica nei prossimi 2 anni per le vittime di bullying almeno 3 volte rispetto alle non vittime (p<0.001).	NR
Hutchinson et al. (2010) <sup>[78]</sup>	370 infermieri rispondenti su 5000, provenienti da strutture pubbliche o private.	Bullying	NR	NR	3 fattori organizzativi che contribuiscono al verificarsi di bullismo: alleanze informali nell'organizzazione, tolleranza e ricompense nell'organizzazione,	NR	NR	NR

Autore (anno)	Campione/Setting	Tipologia di interazioni negative	Prevalenza	Mobbing/ Bullying definito	Fattori correlati	Conseguenze psico-fisiche	Conseguenze professionali	Reazioni
					cattivo uso di autorità legittima, processi e procedure.			
Korhan et al. (2014) <sup>[N21]</sup>	282 infermieri da 3 ospedali pubblici e 2 universitari in Turchia.	Bullying	53.2%, e il 46.7 ha esperito Bullying nel primo anno di lavoro. Nel 48% dei rispondenti era perpetrato da pari.	NR	NR	NR	NR	NR
Laschinger HK. (2014) <sup>[137]</sup>	641 infermieri in ospedali dell'Ontario (Canada). Rispondenti al survey 336 (52%).	Bullying	NR, solo valori medi di scale di misura.	NR	NR	NR	WI da parte di colleghi correlava con infezioni nosocomiali (r=0.16), col rischio percepito per i pazienti (r=0.21) con le lamentele dei familiari (r=0.17), col totale di eventi avversi (r=0.14) e negativamente con la qualità dell'assistenza (r=-0.19). Il Bullying correlava con infezioni nosocomiali (r=0.18), rischio percepito per i pazienti (r=0.33) e lamentele dei familiari (r=0.26), col totale di eventi avversi (r=0.23) e negativamente con la qualità dell'assistenza (r=-0.23).	NR
Linton & Power (2013) <sup>[123]</sup>	224 studenti universitari (Canada).	Bullying	37.5%	Almeno una volta a settimana nelle ultime 6 settimane.	Non differenze significative tra maschi e femmine nell'essere sia bulli, che vittime; essere perpetratori di bullismo e al contempo vittime di bullismo sono 2 condizioni fortemente	NR	NR	NR

Autore (anno)	Campione/Setting	Tipologia di interazioni negative	Prevalenza	Mobbing/ Bullying definito	Fattori correlati	Conseguenze psico-fisiche	Conseguenze professionali	Reazioni
					associate. La maggior parte dei tratti tipici dei bulli, cioè machiavellismo, narcisismo, psicoticismo e misure di aggressione sono associate con essere vittima di bullismo.			
Pai & Lee (2011) <sup>[131]</sup>	700 infermieri iscritti al registro di Taiwan. 521 (74.4%) rispondenti al survey.	Bullying	261 (51.4%) riporta di aver subito violenza psicologica; 155 (29.8%) riporta bullying, e 67 (12.9%) molestie sessuali. Colleghi e superiori al 3° posto dei perpetratori dopo pazienti e familiari.	NR	L'età < 30 anni (OR= 2.4; IC 95%=1.34 – 4.46) ed un livello di ansia estremamente elevato (OR = 4.7; IC 95% = 1.09–6.93) erano associati con la violenza verbale.	32.3% ha sperimentato livelli variabili di ansia; 1/4 delle vittime ha esperito sintomi di disturbo da stress post traumatico.	NR	In caso di bullying 65.4% ne ha parlato con un membro senior dello staff; il 63.5% ha parlato con familiari o confidenti/amici.
Pinar et al. (2015) <sup>[122]</sup>	4343 infermieri e ostetriche in Turchia.	Bullying	91 (2.4) di bullying; abusi verbali 1701 (56%).	Comportamenti negativi esperiti almeno una volta a settimana per almeno 6 mesi.	NR	NR	NR	NR
Read et al. (2013) <sup>[133]</sup>	342 infermieri neograduati in Ontario (Canada).	Bullying	NR, ma solo su livelli di scale.	Forma di maltrattamento sul luogo di lavoro di tipo intenzionale ed intenso verso target particolari e non altri.	Il capitale psicologico è correlato inversamente col bullying (r=-0.21), e con la VI da colleghi (r=-0.19).	La salute fisica ridotta correla con bullying e con VI da pari (r=0.39, e 0.28 rispettivamente), e quella mentale ridotta correla con bullying e con VI da pari (r=0.32, e 0.25, rispettivamente).	Correlazioni di bullying con soddisfazione lavorativa (r=-0.46), turnover lavorativo (r=0.19), esaurimento emotivo (r=0.46), mentre il VI da pari correla con soddisfazione lavorativa (r=-0.37). e con turnover lavorativo (r=0.19), e con esaurimento emotivo (r=- 0.31).	NR

<b>Autore (anno)</b>	<b>Campione/Setting</b>	<b>Tipologia di interazioni negative</b>	<b>Prevalenza</b>	<b>Mobbing/ Bullying definito</b>	<b>Fattori correlati</b>	<b>Conseguenze psico-fisiche</b>	<b>Conseguenze professionali</b>	<b>Reazioni</b>
Rush et al. (2014) <sup>[147]</sup>	245 infermieri della Colombia Britannica (Canada).	Bullying	242 (39%).	NR	NR	NR	NR	NR
Simons S. (2008) <sup>[138]</sup>	511 infermieri, USA.	Bullying	159 (31%)	2 o più comportamenti negativi esperiti su base settimanale per un periodo di 6 mesi.	NR	NR	Al crescere del Bullying score aumenta l'intenzione a lasciare l'organizzazione (r=0.51; p< 0.001). Il Bullying è un predittore significativo di intenzione a lasciare l'organizzazione.	NR
Simons et al. (2011) <sup>[65]</sup>	1000 infermieri del Massachusetts (USA). Rispondenti al survey 511 (51.1%)	Bullying	94%	NR	NR	NR	NR	NR
Somani et al. (2015) <sup>[124]</sup>	458 infermieri da ospedali pubblici e privati, in Pakistan.	Bullying	33.8%; il 48% degli infermieri ha sperimentato bullying da colleghi pari grado.	NR	Le femmine hanno proporzione di Bullying maggiore dei maschi (rispettivamente 71.6% n=111/155 vs 28.4% n=44/155); reparti medico-chirurgici (32%) e TI (21%) hanno più incidenti di bullying rispetto agli altri servizi.	NR	NR	Il 39.4% degli infermieri ha riportato l'episodio al management; il 28.4% ne ha parlato coi colleghi; il 6.5% ha cercato aiuto da consulenti, mentre 45.8% ha fatto finta di niente.
Spence Laschinger et al. (2010) <sup>[134]</sup>	415 infermieri con anzianità < 3 anni in Ontario (Canada).	Bullying	33% degli infermieri neograduati.	2 o più comportamenti negativi esperiti su base settimanale per un periodo di 6 mesi.	Tutti gli aspetti del bullismo misurati con NAQ-R erano correlati significativamente con quelli del burnout misurato con MBI.	NR	Correlazione tra NAQ-R work related bullying e MBI-GS sottoscala esaurimento, r=0.53 (p<0.01), e tra totale NAQ-R e MBI-GS sottoscala cinismo r= 0.53 (p<0.01).	NR
Terzioglu et al. (2016) <sup>[N22]</sup>	1034 infermieri da 3 ospedali universitari, USA. Rispondenti 772 (75%).	Bullying	NR, riportate medie delle scale di misura.	NR	Moderata correlazione tra punteggi medi di Organizational Justice Scale totale e Mobbing	NR	NR	NR

Autore (anno)	Campione/Setting	Tipologia di interazioni negative	Prevalenza	Mobbing/Bullying definito	Fattori correlati	Conseguenze psico-fisiche	Conseguenze professionali	Reazioni
					scale in the workplace totale (r=-0.422; p < 0.05). Moderata correlazione tra punteggi medi di Organisational Culture Inventory totale e Mobbing Scale in the Workplace totale (r=-0.398; p < 0.05).			
Teymourzadeh et al. (2014) <sup>[125]</sup>	413 infermieri di un ospedale di Tehran, Iran. Rispondenti al survey 301 (73%).	Bullying	28.9%; nell'8.53% i perpetratori sono colleghi dello staff.	NR	Le femmine erano più esposte dei maschi al Bullying (30.71% versus 10.32%, rispettivamente, p=0.03).	NR	NR	NR
Ulrich et al. (2006) <sup>[N23]</sup>	4346 infermieri di American Association of Critical Care Nurses (USA).	Bullying	Comportamenti negativi da parte di altri infermieri: discriminazioni (340; 8.4%); abusi verbali (709; 17,6%).	NR	NR	NR	NR	NR
Ulrich et al. (2009) <sup>[24]</sup>	5562 infermieri di American Association of Critical Care Nurses (USA).	Bullying	Comportamenti negativi da parte di altri infermieri: discriminazioni (6.2%); abusi verbali (16.6%).	NR	NR	NR	NR	NR
Vessey et al. (2009) <sup>[49]</sup>	212 infermieri di staff in USA.	Bullying	Area medico chirurgica 48 (23%), TI 38 (18%), PS 25 (12%), SO 19 (9%), ostetricia 15 (7%), ambulatori 12 (6%), endoscopie e radiologia interventistica 9 (5%).	Comportamento di abusi ripetuto, con disparità di potere tra perpetratore e vittima.	Gli infermieri con anzianità di servizio inferiore a 5 anni erano maggiormente oggetto di bullismo rispetto agli altri.	NR	Il 78.5% del gruppo di anzianità inferiore ai 5 anni si è licenziata per trovare un altro lavoro; assenze dal lavoro 48 (23%); perdita progressiva di interesse verso il lavoro 103 (49%).	Report del bullismo subito al dipartimento delle risorse umane 48 (23%), ai sindacati 12 (25%), non utilizzo di canali formali 138 (65%).

<b>Autore (anno)</b>	<b>Campione/Setting</b>	<b>Tipologia di interazioni negative</b>	<b>Prevalenza</b>	<b>Mobbing/ Bullying definito</b>	<b>Fattori correlati</b>	<b>Conseguenze psico-fisiche</b>	<b>Conseguenze professionali</b>	<b>Reazioni</b>
Waschglor et al. (2013) <sup>[66]</sup>	1484 professionisti tra infermieri ed operatori di supporto da 11 ospedali della regione di Murcia, Spagna. Rispondenti globali 70.48%.	Bullying	NR	NR	NR	NR	Il bullismo da colleghi pari grado si correla con distress psicologico ( $r=0.29$ , $p<0.001$ ), ansia ( $r=0.26$ , $p<0.001$ ), e depressione ( $r=0.25$ , $p<0.001$ ). Il Work-related Bullying ha correlazioni con la depressione ( $r=0.24$ , $p<0.001$ ), ansia ( $r=0.19$ , $p<0.001$ ), e cinismo ( $r=0.19$ , $p<0.001$ ). Il Workplace Bullying passivo ha le più alte correlazioni con ansia ( $r=0.20$ , $p<0.001$ ), cinismo ( $r=0.19$ , $p<0.001$ ), e depressione ( $r=0.19$ , $p<0.001$ ). Il Personal-related Bullying era correlato all'esaurimento emotivo ( $r=0.26$ , $p<0.001$ ) e all'ansia ( $r=0.25$ , $p<0.001$ ).	NR
Yildirim D. (2009) <sup>[126]</sup>	495 infermiere in un ospedale universitario ad Ankara, Turchia. Rispondenti al survey 286 (58%).	Bullying	21% direttamente esposto al bullismo.	Atteggiamenti negativi intenzionali ripetuti nell'arco di 12 mesi.	Bullying positivamente associato a carico di lavoro ( $p<0.01$ ) e anni di servizio complessivi come infermiere ( $p<0.05$ ), negativamente associato all'età ( $p<0.01$ ). La regressione logistica ha messo in relazione bullying con età, carico di lavoro e totale di anni di servizio	NR	NR	NR

Autore (anno)	Campione/Setting	Tipologia di interazioni negative	Prevalenza	Mobbing/ Bullying definito	Fattori correlati	Conseguenze psico-fisiche	Conseguenze professionali	Reazioni
					( $\beta=0.48$ ; $F=39.70$ ; $p < 0.001$ ). Il 45% degli infermieri sotto bullying erano influenzati dal carico di lavoro ( $p < 0.001$ ) ed il 15% influenzato dall'età più giovane ( $p < 0.01$ ).			
Yildirim & Yildirim (2007) <sup>[82]</sup>	710 infermiere da 6 ospedali tra pubblici e privati in Istanbul (Turchia). Rispondenti al survey 505 (71%).	Bullying	7.3%-55.2%.	NR	NR	14.3%-75%.	Lavorare più duro ed organizzato 72.1%, lavorare più attento per evitare di esser criticato 70.5%, pensare seriamente di lasciare il lavoro 40.6%.	Pensare di risolvere il problema parlandone faccia a faccia col perpetratore 67.3%.

**Tabella 14 – Sintesi delle azioni proattive, reattive e dei relativi esiti nei confronti delle interazioni negative tra infermieri**

<b>Autore (anno)</b>	<b>Campione/Setting</b>	<b>Tipologia di interazioni negative</b>	<b>Azioni Proattive</b>	<b>Azioni Reattive</b>	<b>Esiti</b>
Spence Laschinger et al. (2012) <sup>[148]</sup>	755 infermieri rispondenti al 1° invio di survey, e 573 al 2° invio di survey da 32 reparti in Nova Scotia, e da 19 reparti in Ontario (Canada).	Workplace Incivility	Programma di empowerment strutturale e miglioramento delle relazioni lavorative (Civility, Respect and Engagement at Work - CREW program) in 8 reparti, con 33 reparti come controllo (no programma).	NR	Non livelli di variazione statisticamente significativa rispetto a gruppo di intervento e di controllo nel tempo, cioè prima e dopo gli interventi, per quanto riguarda la WI tra colleghi di pari grado. Miglioramento invece, nel gruppo di intervento, nei livelli di fiducia nel management, nell'empowerment totale, e nei livelli di WI da parte dei supervisori.
Barrett et al. (2009) <sup>[N5]</sup>	145 infermieri ospedalieri da TI, ED, reparto chirurgico e sala operatoria, Rhode Island (USA).	Lateral Violence	Intervento di team building, e coesione.	NR	Miglioramenti significativi dei punteggi di coesione e interazione infermiere-infermiere, dopo l'intervento di team building.
Ceravolo et al. (2012) <sup>[35]</sup>	4000 infermieri e 1100 studenti infermieri in 5 ospedali in USA.	Lateral Violence	Workshop educativi per comunicazione assertiva e consapevolezza su LV.	NR	Abusi verbali ridotti dal 90% (634) al 70% (370). Turnover e posti vacanti a 8.9% nel primo survey, e riduzione a 6% il primo e al 3% i secondi, nel survey successivo.
Dimarino TJ. (2011) <sup>[146]</sup>	Setting di ambulatorio chirurgico ospedaliero, in USA. Numero di infermieri NR.	Lateral Violence	Applicazione di codice di condotta e definizione precisa di condotta accettabile e inaccettabile; policy di tolleranza 0 per le LV; sessioni educative su LV e conseguenze per personale, pazienti e organizzazione.	NR	Nel 2010, non esiti di turnover, o segnalazioni di LV.
Embree et al. (2013) <sup>[34]</sup>	135 infermieri in pre-survey; rispondenti 48 (35%). 143 nel post-survey; rispondenti 35 (24%). Setting: un ospedale in USA.	Lateral Violence	Educazione-formazione su LV, formazione su prove cognitive.	NR	Turnover volontario nell'anno prima dell'intervento 7.84%, nell'anno dopo 1.42%, ed in quello successivo 0%.
Griffin M. (2004) <sup>[48]</sup>	26 infermieri neo-registrati. (USA).	Lateral Violence	Intervento educativo di 2 ore su teoria e metodi di risposta alle LV, con apposita badge card di reminder per LV.	NR	25 (96.1%) hanno testimoniato LV nel primo anno di lavoro; 12 (47%) erano vittime di LV. Il 100% di coloro che hanno subito LV si sono confrontate col perpetratore. 22 (85%) non hanno usato la card reminder perché i contenuti della lezione venivano ben ricordati.
Rush et al. (2014) <sup>[147]</sup>	245 infermieri della Colombia Britannica (Canada).	Bullying	Programma di transizione formale per infermieri neograduati.	NR	Sia in chi aveva partecipato al programma di transizione, sia in chi non aveva partecipato, la percentuale di bullying era la medesima (39%). L'accesso al supporto necessario era in chi aveva partecipato al programma nel 90% se non aveva ricevuto bullismo, e nel 69% se lo aveva subito. Mentre in chi non aveva partecipato al programma le proporzioni erano rispettivamente 64% e 38%.

## **4. Strumenti di misura per i fenomeni di inciviltà sul luogo di lavoro, violenza orizzontale e bullismo/mobbing. Stato dell'arte**

L'analisi degli studi pubblicati in letteratura sui fenomeni di interesse relativi al continuum inciviltà sul luogo di lavoro – bullismo/mobbing, particolarmente quelli che coinvolgono le relazioni tra figure di pari grado nelle gerarchie organizzative, ha portato al rilievo degli strumenti con cui i fenomeni stessi sono stati misurati, ma anche altre condizioni indirettamente collegate a questi, quali la coesione nei team, il grado di assertività nei processi comunicativi, la soddisfazione lavorativa e il livello di civiltà nei comportamenti sul luogo di lavoro. L'obiettivo di questa fase del lavoro consisteva nel ricercare gli strumenti che avessero ricevuto un processo di validazione il più completo possibile, e che si adattassero agli obiettivi del progetto di dottorato, diventando eventualmente eligibili per la validazione in Italiano, qualora non lo fossero già stati. La comparazione sinottica relativa alle denominazioni degli strumenti, composizione (numero di dimensioni; item), stato di validazione (contenuto, costruito, criterio), omogeneità, affidabilità e validazione in lingue diverse da quelle originali, è riportata in tabella 15.

Il numero di strumenti esaminati nella tabella è di 39. All'interno di questo gruppo esistono questionari che riguardano indirettamente la sfera inciviltà-bullismo sul luogo di lavoro. È da tenere presente che non tutti i questionari ritrovati sono stati impiegati e validati all'interno dei contesti sanitari, e particolarmente di quello infermieristico, che, comunque, possiede peculiarità molto specifiche, come ben evidenziato dalle varie teorie alla base dei comportamenti di violenza orizzontale intraprofessionale (capitolo 2). Peraltro gli strumenti dedicati all'esplorazione delle interazioni nel mondo degli studenti di infermieristica, che sembra essere particolarmente oggetto di bullismo e violenza laterale sono 5.<sup>[4]</sup> Tenendo ben presente l'impossibilità di avere una netta distinzione dei confini e delle sfumature tra i fenomeni oggetto di interesse per questa linea di ricerca, gli strumenti che misurano direttamente l'inciviltà sul luogo di lavoro (VI) sono 9, per le violenze orizzontali (HV) sono 11, per il bullismo/mobbing orizzontale (HB/HM) e verticale sono 10. Di tutti questi strumenti, solo in 3 casi (Uncivil Workplace Behavior Questionnaire; Hospital Aggressive Behaviour Scale; Negative Acts Questionnaire-Revised versione italiana) è presente una concomitante validazione di contenuto, costruito, criterio, assieme alla misurazione dell'omogeneità, almeno per quanto è stato

possibile estrapolare dagli articoli pubblicati. Rispetto ai questionari di potenziale interesse, la validazione di contenuto è stata riportata in 12 studi, mentre il costrutto è stato validato in 13 casi, il criterio in 8, e l'omogeneità in 21. La validazione in lingua italiana è disponibile in 3 strumenti: il Negative Acts Questionnaire – Revised (NAQ-R)<sup>[7]</sup> la Workplace Incivility Scale (WIS)<sup>[8]</sup> ed il Questionario sulle Ostilità Laterali tra Infermieri di Area Critica.<sup>[4]</sup> Si tenga presente che non è stato possibile recuperare la pubblicazione relativa alla validazione italiana della WIS versione italiana,<sup>[8]</sup> e le uniche informazioni relative alla scala sono state rilevate dall'articolo di Giorgi del 2008, sulla validazione in Italiano del NAQ-R.<sup>[7]</sup>

In sostanza, nonostante che in letteratura vi siano stati finora numerosi tentativi di quantificare ed oggettivare i fenomeni legati alle interazioni negative sul luogo di lavoro, e in particolare quelle all'interno dei contesti infermieristici, gli strumenti adottati sono molto vari tra loro, anche a livello di contenuti, ma soprattutto, soffrono della mancanza di precise definizioni comuni (cap. I) che è sicuramente il primo ostacolo alla costruzione di uno strumento completo e in qualche modo “definitivo”. Inoltre sono molto scarsi, almeno per i dati a disposizione, i questionari andati incontro a processi di validazione e valutazione di omogeneità in modo completo, aumentando le aree di incertezza e confutabilità dei rilievi effettuati dai diversi strumenti usati per misurare fenomeni, che sono di per sé molto soggettivi, e di conseguenza anche difficilmente comparabili. Infine, si noti come in Italia l'attenzione a queste problematiche sia tutt'ora piuttosto indietro, dal momento che vi è una sostanziale indisponibilità di versioni validate dei questionari pubblicati, oltre alla completa assenza di strumenti originali a livello nazionale.

**Tabella 15 - Sintesi dello stato di validazione degli strumenti psicometrici di misura dei fenomeni di inciviltà, violenza laterale, e bullismo/mobbing orizzontale sul luogo di lavoro, pubblicati in letteratura al 2013**

Strumento di valutazione/Fonte	Dimensioni/Item/Score range	Origine degli item	N. partecipanti	Validità				Omogeneità	Affidabilità		Fattibilità	Validazione in lingue	Giudizio complessivo/ Commenti
				Contenuto	Criterio	Costrutto I relazione con altre scale per LV	Costrutto II differenziazione		Inter-rater	Intra-rater o stabilità test retest			
"How Well Are We Working Together?" <sup>[N5;N25]</sup>	10 item con Likert a 5 pt.	NR	N=165 pre-intervento e N=118 post-intervento <sup>[N25]</sup> N=59 pre-intervento e 45 post-intervento <sup>[N5]</sup>	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	Locale, rispetto ai setting degli studi pubblicati, ma non quantificata.	Inglese	Misura di dinamiche e funzionamento dei gruppi. Non si trovano studi di validazione su Google o in bibliografia; la scala è usata nell'articolo, ma sembra provenire dal gruppo di rhode island del 1992; non tracce di validazione; in realtà survey citata nell'articolo di DiMeglio et al. <sup>[N25]</sup> ma priva di prove di validazione.
"Group Cohesion Scale" (GCS) <sup>[N5]</sup>	6 item, con scala Likert a 7 punti. una dimensione.	Modificati per gli infermieri rispetto all'originale di GCS come "scala integrata" di Price & Mueller (1986) <sup>[N26]</sup>	N=165 pre-intervento e N=118 post-intervento; <sup>[N25]</sup> N=59 pre-intervento e 45 post-intervento <sup>[5]</sup> N=385 <sup>[N27]</sup> N=1597 <sup>[N28]</sup>	NS	Accettabile validità predittiva nei confronti della soddisfazione lavorativa ( $\beta=0.36$ ). <sup>[N27]</sup>	NS	NS	$\alpha$ Cronbach da 0.82 a 0.89. <sup>[N28,29]</sup>	NR	NR	NR	Inglese	Misura del grado di coesione del gruppo dato da comunanza di attitudini e giudizio di gruppo.
"National Database of	La scala è composta da	Modificazione ed adattamento	N=2277. <sup>[N30]</sup>	NR	Validità concorrente;	Si	Analisi fattoriale. <sup>[30]</sup>	$\alpha$ Cronbach accettabile per	NR	NR	Fattibilità della scala	Inglese	Appartenenti a scale

Strumento di valutazione/Fonte	Dimensioni/Item/Score range	Origine degli item	N. partecipanti	Validità				Omogeneità	Affidabilità		Fattibilità	Validazione in lingue	Giudizio complessivo/ Commenti
				Contenuto	Criterio	Costrutto I relazione con altre scale per LV	Costrutto II differenziazione		Inter-rater	Intra-rater o stabilità test restet			
Nursing Quality Indicators (NDNQI) Nurse Satisfaction Survey; RN-RN interaction subscale of NDNQI Adapted Index of Work Satisfaction <sup>[N30]</sup>	40 item con scale Likert a 6 punti, 7 dimensioni. La Sottoscala RN-RN interaction è composta da 6 item, una dimensione.	del "Index of Work Satisfaction" di Stamps (1997) <sup>[31]</sup>		Panel di giudici infermieri usato sicuramente nella Index of Work Satisfaction di Stamps. <sup>[31]</sup>	Gli scores delle 7 sottoscale del Work Satisfaction subscales spiegano il 56% della varianza sul Job Enjoyment.			tutte le sottoscale (0.74-0.91), eccetto la Professional Status (0.63). <sup>[31]</sup>			con compilazione online dimostrata.		sponsorizzate da American Nurses Association, e facenti parti di survey annuali dedicati agli infermieri.
NEXT Study Group Assessment of Nursing Types of Violence. Camerino et al. (2008) <sup>[114]</sup>	N. di item NS con scala Likert a 5 punti, una dimensione.	Elaborati dal NEXT Study Group.	N=34107.	NR	NR	NR	NR	$\alpha$ Cronbach 0.57.	NR	NR	NR	Italiano, Belga, Finlandese, tedesco, Francese, Inglese, Norvegese, Polacco, Sloveno, Svedese.	Richiesto quanto spesso gli infermieri subiscono molestie da superiori, colleghi, violenza da pazienti e familiari e discriminazioni.
Interpersonal Relationship NEXT Study Group <sup>[195]</sup>	N. item NS, con scala Likert a 5 punti, 5 dimensioni.	Elaborati dal NEXT Study Group.	N=38802, di cui N=4837 italiani. <sup>[195]</sup>	NR	NR	NR	NR	$\alpha$ Cronbach 0.73 (in italiano); correlazione item-totale (in italiano) tra 0.43 e 0.53. <sup>[195]</sup>	NS	NS	NR	Italiano, Belga, Finlandese, tedesco, Francese, Inglese, Norvegese, Polacco, Sloveno, Svedese.	Scala che valuta i rapporti infermiere-infermiere, con imedici, con gli infermieri manager, con gli amministrativi e con gli infermieri responsabili della linea clinica.

Strumento di valutazione/Fonte	Dimensioni/Item/Score range	Origine degli item	N. partecipanti	Validità				Omogeneità	Affidabilità		Fattibilità	Validazione in lingue	Giudizio complessivo/ Commenti
				Contenuto	Criterio	Costrutto I relazione con altre scale per LV	Costrutto II differenziazione		Inter-rater	Intra-rater o stabilità test retest			
Cohesion Amongst Nurses Scale (CANS). <sup>[27,N32]</sup>	10 item, con scala Likert a 4 pt., una dimensione.		N=555. <sup>[27]</sup>	NS	NR	NS	Analisi fattoriale. <sup>[27]</sup>	$\alpha$ Cronbach 0.90- 0.91. <sup>[27,N32]</sup>	NR	Test-retest coefficiente di correlazione di Pearson 0.84. <sup>[N32]</sup>	NR	Inglese.	
ILO/ICN/WHO/PSI Workplace Violence in the Health Sector Country Case Study – Questionnaire. 2003. <sup>[50]</sup>	3 parti, 78 item, con risposta multipla, scale Likert a 4 e 5 punti, e domande aperte. <sup>[131]</sup>	Elaborato dal gruppo di studio ILO/ICN/WHO /PSI in Inglese.	N=222. <sup>[130]</sup> N=545. <sup>[131]</sup>	Si (versione in mandarino): 13 esperti di Taiwan. <sup>[130]</sup> Si in versione in cinese (Taiwan): 5 esperti. <sup>[131]</sup> Risk factors Content Validity Index (CVI) di 0.88. <sup>[131]</sup>	NR	NR	NR	NR	NR	Test-retest coefficiente di correlazione di Pearson 0.85. <sup>[130]</sup> e 0.80. <sup>[131]</sup>	NR	Da Inglese a Mandarino (translation e back-translation). Da Inglese a Cinese con modifiche. <sup>[139]</sup> Da inglese a Cinese. (translation e back-translation). <sup>[131]</sup>	Questionario non validato in Inglese, ma parzialmente in Taiwan in mandarino. Indaga su violenza nei posti di lavoro a carico degli operatori, distinguendo quella fisica, da abusi verbali, bullismo, mobbing, molestie e discriminazioni. Nella versione cinese si riportano senza statistiche presunte affidabilità e consistenza in test retest su 20 infermiere. <sup>[139]</sup> Valutare le varie tipologie di violenza sul posto di lavoro: violenza fisica, abuso verbale, bullying/mobbing,

Strumento di valutazione/Fonte	Dimensioni/Item/Score range	Origine degli item	N. partecipanti	Validità				Omogeneità	Affidabilità		Fattibilità	Validazione in lingue	Giudizio complessivo/ Commenti
				Contenuto	Criterio	Costrutto I relazione con altre scale per LV	Costrutto II differenziazione		Inter-rater	Intra-rater o stabilità test retest			
Bullying in Nursing Education Questionnaire (BNEQ); <sup>[N33]</sup>	15 item, una dimensione.	Estratto da un questionario sugli abusi verso gli studenti senza nome dallo studio di Celik & Bayraktar (2004). <sup>[N34]</sup> non validato, ed alcuni item ripresi dal Negative Acts Questionnaire di Einarsen et al. (1994). <sup>[N35]</sup>		NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	Inglese.	e molestie sessuali. Questionario per bullismo subito dagli studenti infermieri.	
Questionario senza nome. <sup>[196]</sup>	28 item, con scale Likert, 3 dimensioni.	Validazione in Greco di questionario senza nome sviluppato da Begley and Glacken (2004). <sup>[N2]</sup>		Validità di facciata.	NR	NR	NR	$\alpha$ Cronbach 0.653.	NR	NR	NR	In Greco, con procedimento di translation e back translation del questionario originale in inglese.	Misurazione del livello di assertività negli studenti infermieri.
Questionario senza nome sviluppato da Begley & Glacken (2004) <sup>[N2,N36]</sup>	28 item, con scale Likert, 3 dimensioni.	Derivato quasi completamente dal questionario di 34 item di Gerry (1989), <sup>[N36]</sup> già validato,		Validità di facciata, con 17 studenti del 3° anno	NR	NR	NR	NR	NR	Test-retest: coefficiente di correlazione di Pearson r 0.57.	NR	Inglese	Misurazione del livello di assertività negli studenti infermieri

Strumento di valutazione/Fonte	Dimensioni/Item/Score range	Origine degli item	N. partecipanti	Validità		Omogeneità	Affidabilità		Fattibilità	Validazione in lingue	Giudizio complessivo/ Commenti		
				Contenuto	Criterio		Costrutto I relazione con altre scale per LV	Costrutto II differenziazione				Inter-rater	Intra-rater o stabilità test restet
		togliendo 6 item di assertività nella vita generale.											
Briles' Sabotage Savvy questionnaire [113]	40 item, 2 sezioni. Uso di scale Likert a 5 punti nello studio di Sellers et al. 2012.[45]	Briles' Sabotage Savvy questionnaire. Briles. J. (1994). [N37] T	N=145, [113] N=108, [209]	Effettuata da membri dell'università.	Una correlazione positiva significativa esiste tra le vittime del sabotaggio e l'Index of Work Satisfaction (IWS) (r = 0.35, p < 0.01). Non correlazione significativa tra score di IWS e report di sabotaggio verso altri (r = 0.08).	NR	NR	α Cronbach 0.86 and 0.72 per la Sabotage Savvy Victim e la Sabotage Savvy Saboteur, rispettivamente.	NR	NR	Facilità di utilizzo valutata, da membri dell'università.	Inglese.	Misurazione del grado di percezione di esser vittime di sabotaggio e di essere sabotatori.
Modified Metropolitan Chicago Healthcare Survey.[77]	10 item	Il modified Metropolitan Chicago Healthcare Survey è stato in origine progettato dal Metropolitan Chicago Healthcare Council (MCHC).		NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	Inglese	Misurazione della violenza verso gli studenti infermieri sul luogo di lavoro, tipo incident reporting form.	

Strumento di valutazione/Fonte	Dimensioni/Item/Score range	Origine degli item	N. partecipanti	Validità		Omogeneità	Affidabilità		Fattibilità	Validazione in lingue	Giudizio complessivo/ Commenti		
				Contenuto	Criterio		Costrutto I relazione con altre scale per LV	Costrutto II differenziazione				Inter-rater	Intra-rater o stabilità test restet
Bullying Act Inventory <sup>[200]</sup>	23 item, con scale aggettivali a 7 punti, 3 dimensioni.	Derivati da numerose interviste ad infermieri.	N=102.	Validità di facciata (7 colleghi infermieri); validità di contenuto (panel di esperti).	NR	NR	Analisi fattoriale.	$\alpha$ Cronbach tra 0.88 e 0.93; correlazione item-totale >0.3.	NR	NR	NR	Inglese	Questionario specificamente disegnato per il bullismo in ambito infermieristico.
Nursing Incivility Scale (NIS) <sup>[201,201]</sup>	43 item con scale Likert a 5 punti, 3 sottoscale, 6 fattori.	La NIS è stata sviluppata da Guidroz et al. (2010) <sup>[201]</sup> Gli item derivano dalla Multidimensional Incivility Scale (MIS). <sup>[38]</sup>	N= 163. N=659. <sup>[202]</sup>	NR	NR	Validità convergente con la Nursing Stress Scale; la NIS Nurse scale ha la correlazione più forte con la Nurse Conflict scale (r=0.53,p<.01). <sup>[N39]</sup> Ci sono evidenze soddisfacenti di validità discriminante della NIS rispetto ad aspetti specifici di soddisfa-	Analisi fattoriale.	La correlazione item-totale media era di 0.76, e variava da 0.36 a 0.90; $\alpha$ Cronbach in range da 0.88 a 0.94 per ognuna delle sottoscale. <sup>[42]</sup>	NR	NR	NR	Inglese.	Misurazione del grado di inciviltà verso gli infermieri da parte dei colleghi di tutte le professioni diverse.

Strumento di valutazione/Fonte	Dimensioni/Item/Score range	Origine degli item	N. partecipanti	Validità				Omogeneità	Affidabilità		Fattibilità	Validazione in lingue	Giudizio complessivo/ Commenti
				Contenuto	Criterio	Costrutto I relazione con altre scale per LV	Costrutto II differenziazione		Inter-rater	Intra-rater o stabilità test restet			
Workplace Incivility Scale modificata per nursing Laschinger et al. (2009) <sup>[109]</sup>	7 Item per inciviltà da parte dei colleghi di lavoro, con scale a Likert a 7 punti.	Sviluppata dalla VVIS di Workplace Incivility Scale, Cortina et al. (2001), <sup>[198]</sup> prendendo spunto dalle modifiche di Caza & Cortina (2007). <sup>[117]</sup>	N=1106, di cui 612 infermieri.	NR	L'inciviltà dei colleghi è predittiva per soddisfazione sul lavoro ( $\beta=0.09$ , $p<0.01$ ), impegno ( $\beta=0.11$ , $p<0.01$ ) e intenzione di turn over ( $\beta=0.01$ , $p<0.01$ ).	NR	NR	$\alpha$ Cronbach in range da 0.84 a 0.85 per ognuna delle sottoscale; correlazione item-totale da $r=0.28$ a $r=0.69$ . <sup>[109]</sup> $\alpha$ Cronbach in sottoscala dell'inciviltà tra colleghi di lavoro tra 0.85 <sup>[107,197]</sup> e 0.91. <sup>[70]</sup>	NR	NR	NR	Inglese	Scala modificata per avere specifici punteggi nell'inciviltà tra colleghi e dal diretto superiore, nella popolazione infermieristica.
Incivility in Healthcare Survey (IHS) <sup>[76]</sup>	41 items, con scala Likert a 5 punti; 5 sottoscale.	Versione modificata della Nursing Incivility Scale di Guidroz et al. (2007) <sup>[201]</sup>	N=184.	Valutazione da panel di esperti, 2 infermieri con PhD.	NR	NR	NR	$\alpha$ Cronbach 0.943; da 0.808 a 0.913 per le sottoscale.	NR	NR	NR	Inglese	Scala per misurare l'inciviltà su luogo di lavoro data da tutti i professionisti ma anche dai pazienti e dai familiari.
Workplace Incivility scale, Cortina et al. (2001) <sup>[198]</sup>	7 items, una dimensione.	Focus group con lavoratori.	N=1180 impiegati del settore pubblico.	NR	L'inciviltà è predittiva in modo significativo per tutte e 5 le componenti della soddisfazione lavorativa ( $R^2$ da 0.10 a 0.79).	Validità convergente con The Perceptions of Fair Interpersonal Treatment (PFIT) Scale di Donovan et al. (1998). <sup>[40]</sup>	Analisi fattoriale.	$\alpha$ Cronbach 0.89; <sup>[198]</sup> 0.85 nello studio di Leiter et al. (2010). <sup>[109]</sup>	NR	NR	NR	Inglese	Scala originale, generica, non specifica per gli infermieri, per misurare l'inciviltà da parte di superiori o colleghi.

Strumento di valutazione/Fonte	Dimensioni/Item/Score range	Origine degli item	N. partecipanti	Validità				Omogeneità	Affidabilità		Fattibilità	Validazione in lingue	Giudizio complessivo/ Commenti
				Contenuto	Criterio	Costrutto I relazione con altre scale per LV	Costrutto II differenziazione		Inter-rater	Intra-rater o stabilità test restet			
Workplace Incivility Scale (WIS) versione italiana <sup>[8]</sup> Di Fabio & Ghizzani (2010)	7 items, una dimensione.											Italiano.	Versione italiana della WIS.
Questionario senza nome sulle HV di McKenna et al. (2003) <sup>[31]</sup>	NR	Modifiche da un questionario sui conflitti interpersonali tra pazienti verso e studenti medici in Nuova Zelanda di Coverdale et al. (2001). <sup>[41]</sup>	N=551.	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	Inglese	Questionario sulle HV su infermieri neograduati, che prevede anche molestie sessuali verbali e fisiche, manifeste o subdole (celate).
Mobbing Scale for Academic Nurses Ozturk et al. (2008) <sup>[74]</sup>	111 items, con scala Likert a 5 punti, per arrivare a versione finale di 60 items, 8 fattori.	NS	N=162.	9 esperti; Content Validity Index (CVI) dell'88%.	NR	NR	Analisi fattoriale.	$\alpha$ Cronbach 0.97.	NR	NR	NR	Turco.	Scala di misurazione del mobbing per gli infermieri in ambito accademico.
Questionario senza nome sul mobbing tra gli infermieri di Aynton & Dilek (2007) <sup>[203]</sup>	4 sezioni, alcuni items con scale Likert a 6 punti.	Item derivati da precedenti strumenti usati nelle ricerche sul mobbing.	N=505.	Valutazione e da 6 esperti.	NR	NR	NR	$\alpha$ Cronbach in range tra 0.93 e 0.95 Correlazione item-totale tra 0.44 e 0.65.	NR	NR	NR	Turco	Questionario sul mondo del mobbing delle infermiere Turche. Il questionario indaga anche le reazioni e le

Strumento di valutazione/Fonte	Dimensioni/Item/Score range	Origine degli item	N. partecipanti	Validità				Omogeneità	Affidabilità		Fattibilità	Validazione in lingue	Giudizio complessivo/ Commenti
				Contenuto	Criterio	Costrutto I relazione con altre scale per LV	Costrutto II differenziazione		Inter-rater	Intra-rater o stabilità test retest			
Workplace psychologically violent behaviours instrument Dilek & Aynton (2008) <sup>[81]</sup>	33 items con scale Likert a 6 punti; 4 fattori.	Item ideati da interviste a infermieri clinici ed accademici e da precedenti strumenti usati nelle ricerche sul mobbing.	N=476.	Valutazione da esperti.	NR	NR	Analisi fattoriale.	$\alpha$ Cronbach 0.93; correlazione item-totale 0.38-0.68.	NR	Test-retest coefficiente di correlazione di Pearson r da 0.70 a 0.88 per i 4 fattori.	NR	Turco.	conseguenze del mobbing. Scala su mobbing per infermieri accademici e clinici, in particolare sulle percezioni dei comportamenti psicologicamente violenti.
Questionario senza nome Ceravolo et al. (2012) <sup>[35]</sup>	9 items con scala Likert a 5 punti, 10 item con risposta dicotomica ed uno con scala aggettivale a 3 opzioni.	Adattati dalla scala Verbal Abuse Survey di Cox et al. (2007) <sup>[N42]</sup>	N=485.	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	Inglese	Adattamento della scala di abuso verbale di Cox et al, alla condizione di HV tra infermieri.
Organizational Civility Scale Clark et al. (2013) <sup>[43]</sup>	108 items, 9 sezioni.	Dagli autori ed esperti.	N= 1264.	Esperti del settore.	Validità predittiva per civiltà (trend lineare $F(4.485)=70.42$ $p<0.001$ ; tra punteggi generali di civiltà ed ambiente di lavoro $F(8.498)=117.16$ , $p< 0.001$ ; tra soddisfazione degli impiegati ed ambiente	NR	Analisi fattoriale.	$\alpha$ Cronbach tra 0.42 e 0.96 per gli item sui 9 settori.	NR	NR	NR	Inglese	Scala per individuare comportamenti di civiltà ed inciviltà in contesti lavorativi stressanti. Le inciviltà possono essere causate da superiori o colleghi pari grado.

Strumento di valutazione/Fonte	Dimensioni/Item/Score range	Origine degli item	N. partecipanti	Validità				Omogeneità	Affidabilità		Fattibilità	Validazione in lingue	Giudizio complessivo/ Commenti
				Contenuto	Criterio	Costrutto I relazione con altre scale per LV	Costrutto II differenziazione		Inter-rater	Intra-rater o stabilità test retest			
Horizontal Violence Behavior Survey <sup>[90]</sup>	9 items.	Dagli autori.	N=227.	7 esperti da istituti di formazione.	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	Inglese.	
Horizontal Violence Survey <sup>[118]</sup>	26 items, con scala Likert a 6 punti.	Dagli autori.	N=955.	NR	NR	NR	NR	$\alpha$ Cronbach 0.88.	NR	NR	NR	Inglese.	
Nurse Workplace Behavior Scale (NWS) <sup>[N44]</sup>	12 items, con scala Likert a 5 punti, 2 fattori.	Items derivati dalla Oppression Check-List di Keen (1991). <sup>[N45]</sup>	N=950.	NR	NR	NR	Analisi fattoriale.	$\alpha$ Cronbach complessiva per i 12 items 0.81; per i 2 fattori 0.78 e 0.81.	NR	NR	NR	Inglese.	Misura delle LV e della stima professionale.
Violent Incident Form Versione italiana <sup>[115,N46]</sup>	11 domande con risposta binaria.	Validazione da versione originale del Violent Incident Form di Arnetz (1998). <sup>[N47]</sup>	NS	NR	NR	NR	NR	Test-retest coefficient di Spearman-Brown per affidabilità split-half 0.91.	NR	NR	NR	Inglese, Italiano. Descrive un form relativo ad incidenti di abuso o violenza e alle azioni intra-prese di conseguenza.	
Modified Incivility Scale. <sup>[108]</sup>	NR	Da 2 scale: Uncivil Workplace Behaviors di Martin & Ain	N=51	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	Inglese.	Misura della WI.

Strumento di valutazione/Fonte	Dimensioni/Item/Score range	Origine degli item	N. partecipanti	Validità				Omogeneità	Affidabilità		Fattibilità	Validazione in lingue	Giudizio complessivo/ Commenti
				Contenuto	Criterio	Costrutto I relazione con altre scale per LV	Costrutto II differenziazione		Inter-rater	Intra-rater o stabilità test restet			
		(2005) <sup>[51]</sup> e dal Workplace Incivility Scale. <sup>[N48]</sup>											
Uncivil Workplace Behavior Questionnaire (UWBQ) <sup>[51]</sup>	124 item, 4 fattori, con scale Likert a 5 punti.	NR	N=339 impiegati.	Eseguita da esperti.	Validità concorrente eseguita su 7 scale diverse; validità divergente eseguita con la scala Extrinsic Organizational Commitment di Cortina et al. (2001) <sup>[198]</sup> e O'Reilly and Chatman (1986). <sup>[N49]</sup>	Validità convergente con The Perception of Fair Interpersonal Treatment Scale (PFIT) di Donovan et al., (1998). <sup>[N40]</sup> E con una versione modificata WIS di Cortina et al. (2001) <sup>[198]</sup> La UWBQ e tutte le sue sottoscale sono significativamente in relazione sia con PFIT che con la WIS.	Analisi fattoriale.	$\alpha$ Cronbach 0.92; per gli items da 0.84 a 0.87.			Inglese.	Scala non in ambito infermieristico, ma in altri contesti di lavoro in Australia.	
Survey online su bullismo <sup>[49]</sup>	30 item.	NR	N=303.	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	Inglese.	Questionario online su bullismo.	

Strumento di valutazione/Fonte	Dimensioni/Item/Score range	Origine degli item	N. partecipanti	Validità				Omogeneità	Affidabilità		Fattibilità	Validazione in lingue	Giudizio complessivo/ Commenti
				Contenuto	Criterio	Costrutto I relazione con altre scale per LV	Costrutto II differenziazione		Inter-rater	Intra-rater o stabilità test restet			
Hospital Aggressive Behaviour Scale <sup>[66]</sup>	17 items, 5 fattori, con scale Likert a 6 punti.	Interviste con infermieri e elaborazione da esperti.	N=694	Da esperti.	Validità concorrente su The Overall Job Satisfaction adattata da Pérez & Hidalgo (1995); <sup>[N50]</sup> The Maslach Burnout Inventory—General Survey in spagnolo, di Salanova et al. (2000); <sup>[51]</sup> The General Health Questionnaire—GHQ-28 adattata da Lobo et al. (1986). <sup>[N52]</sup>	NR	Analisi fattoriale.	$\alpha$ Cronbach 0.86; tra 0.72 e 0.95 per i singoli fattori.	NR	NR	NR	Spagnolo.	Misura del bullismo verticale ed e orizzontale in ambito sanitario, per migliorare la NAQ in quanto non si individuano i perpetratori.
Lateral Violence in Nursing Survey <sup>[94]</sup>	23 items.	NR	N=663	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	Inglese.	
Horizontal Hostility Survey <sup>[120]</sup>	28 items dicotomici.	Item derivati da Seven Crucial Conversations in Healthcare di AACN (2007) e dalla Lateral Violence Survey di Stanley et al. (2007). <sup>[94]</sup>	N=130	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	Inglese.	Verifica la presenza di HH e l'impatto sulla sicurezza del paziente.

Strumento di valutazione/Fon <sup>te</sup>	Dimensioni/Item/Score range	Origine degli item	N. partecipanti	Validità				Omogeneità	Affidabilità		Fattibilità	Validazione in lingue	Giudizio complessivo/ Commenti
				Contenuto	Criterio	Costrutto I relazione con altre scale per LV	Costrutto II differenziazione		Inter-rater	Intra-rater o stabilità test retest			
Negative Acts Questionnaire-Revised <sup>[7]</sup>	17 items, 2 fattori.	Negative Acts Questionnaire-Revised originale di Einarsen & Hoel (2001). <sup>[199]</sup>	N=772 impiegati da 14 organizzazioni; <sup>[7]</sup> N=2116 impiegati da organizzazioni pubbliche e private. <sup>[179]</sup>	NR	Eseguita con Workplace Incivility Scale versione italiana; <sup>[8]</sup> significativa e positiva tra il mobbing e l'inciviltà nel posto di lavoro (r=0.64; p< 0.01). Majer-D'Amato Organizational Questionnaire 10 (MDOQ10), <sup>[N53,N54]</sup> tutte le relazioni sono negative e significative (p<0.01). <sup>[179]</sup>	NR	Analisi fattoriale.	$\alpha$ Cronbach 0.90. <sup>[7]</sup> 0.91; <sup>[179]</sup> correlazione item-totale > 0.35 per ogni item eccetto il numero 15.	NR	NR	NR	Translation and back translation inglese-italiano.	Scala a 17 item anzichè a 22 item come quella originale.
Negative Acts Questionnaire-Revised. <sup>[199]</sup>	22 items, 3 fattori.	Basato su originale Negative Acts Questionnaire. <sup>[182,N55]</sup>	N=5288 impiegati da 70 organizzazioni in UK.	Il Focus group da 61 impiegati a tutti i livelli gerarchici di vari tipi occupazioni in UK.	NR	NR	Analisi fattoriale.	$\alpha$ Cronbach 0.90.	NR	NR	Semplice.	Inglese, Tradotta da originale in Norvegese; Giapponese. <sup>[N56]</sup>	Validazione in italiano della scala di valutazione del mobbing.
Lateral Hostility Survey <sup>[1]</sup>	3 item.	NR	N=96.	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	Inglese.	

Strumento di valutazione/Fonte	Dimensioni/Item/Score range	Origine degli item	N. partecipanti	Validità				Omogeneità	Affidabilità		Fattibilità	Validazione in lingue	Giudizio complessivo/ Commenti
				Contenuto	Criterio	Costrutto I relazione con altre scale per LV	Costrutto II differenziazione		Inter-rater	Intra-rater o stabilità test restet			
Questionario sulle Ostilità tra Infermieri di Area Critica. <sup>[4]</sup>	8 item ed una domanda a risposta aperta.	Basato su Lateral Hostility Survey di Alspach G. (2008), <sup>[1]</sup> modificato e adattato alla realtà italiana.	N=22 nella prima fase, e 329 nella seconda.	Validità di facciata.	NR	NR	NR	$\alpha$ Cronbach 0.7233.	NR	Coefficiente di correlazione di concordanza pre-post è risultato debole (pc 0.8659; IC 95%: 0.6766 – 0.9479).	NR	Italiano.	

## 5. Framework concettuale

Il framework teorico alla base del Questionario sulle Interazioni Negative tra Infermieri (QuINI) realizzato in questo percorso di dottorato è costituito dal pensiero di diversi autori. La teoria dei comportamenti dei gruppi oppressi nella professione infermieristica elaborata da Roberts, mutuata dagli studi antropologici di Freire, spiega i fenomeni di violenza orizzontale nei gruppi infermieristici come implosione di dinamiche rabbiose e frustranti dettate dal silenzio, dalla paura, e dall'incapacità di confronto con i gruppi dominanti (prevalentemente i medici, poi gli amministratori) ed i valori che questi impongono nei loro confronti.<sup>[96,97]</sup> La teoria dei comportamenti dei gruppi oppressi individua i target della violenza orizzontale negli infermieri che tendono a “differenziarsi” rispetto al resto del gruppo, e in qualche modo a farsi portatori (anche solo in parte) dei valori del gruppo dominante, anche se frequentemente, sono i più giovani anagraficamente e professionalmente a fare le spese di questo fenomeno.<sup>[31,48,60,134]</sup> Il QuINI, si pone infatti, tra i suoi obiettivi, quello di verificare se i fenomeni di interazioni negative orizzontali tra colleghi, partendo da quelli di grado più lieve (individuati come inciviltà) siano più comuni tra gli infermieri anagraficamente più giovani, tra i neo inseriti nei gruppi di lavoro, e tra quelli che abbiano titoli di studio superiori alla laurea triennale (o diploma equipollente) in infermieristica. Oppure ancora, che ne siano vittime gli infermieri, che per particolari caratteristiche demografiche, personali o professionali, si discostano dalla stragrande maggioranza del gruppo infermieristico.

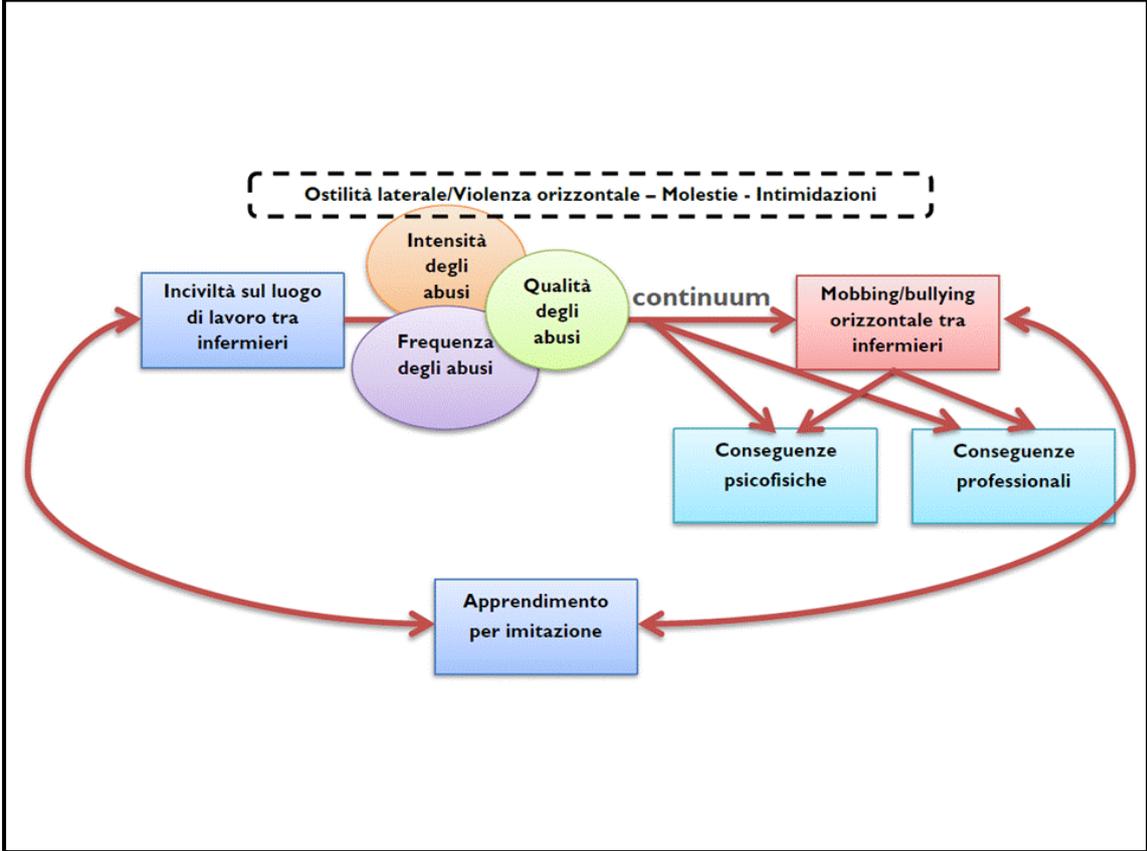
L'altro importante quadro di riferimento teorico è quello che del cosiddetto “reciproco determinismo”, meglio conosciuto come Teoria dell'Apprendimento Sociale di Albert Bandura.<sup>[173]</sup> La teoria enfatizza l'importanza di osservare e modellare i comportamenti, attitudini e reazioni emotive degli altri come modo per integrarsi in un particolare gruppo. In sostanza, molto dell'apprendimento umano a navigare nelle situazioni interpersonali è un risultato dell'emulazione di comportamenti che si osservano nel gruppo in cui si vuole essere accettati come membri. Quindi il mondo e il comportamento di una persona causano l'un l'altro. Traslando il concetto di violenza orizzontale all'interno di questo quadro teorico, si presuppone che gli infermieri tendano ad imitare i comportamenti dei membri del gruppo con cui più intimamente entrano in contatto, come modalità per farsi accettare. In questo modo il posto di lavoro (il mondo), e i dipendenti (individui), causano il comportamento l'uno dell'altro su qualche livello (reciproco determinismo). Quando avviene il maltrattamento di un dipendente, i

membri dell'unità lavorativa possono modellare il comportamento degli individui, partecipando negli atteggiamenti negativi, come modalità adattiva per essere accettati dai membri che vengono emulati (vessatori).<sup>[90]</sup> In sostanza, i 5 passaggi chiave sono: 1 – Il comportamento ha conseguenze positive/negative sulle persone; 2 – le persone apprendono il comportamento per osservazione; 3 – le persone modellano i comportamenti su coloro i quali si identificano; 4 – le persone apprendono nuovi comportamenti; 5 – le persone modellano nuovi comportamenti.<sup>[90]</sup>

Il modello concettuale del QuINI riportato in figura 1, quindi, prevede che esista una diversa graduazione in termini di caratteristiche, intensità e frequenza degli abusi tra pari, che parte dall'inciviltà sul luogo di lavoro (forma lieve, sporadica e prevalentemente involontaria) per andare a costituire forme più gravi e strutturate come le ostilità/violenze orizzontali, le molestie, o le intimidazioni/minacce, per poi sfociare ai livelli di abuso più grave, costituiti dal bullismo/mobbing (cap. 1), sempre in questo caso, esercitato tra pari. Questa caratteristica del continuum inciviltà-bullismo è stata ispirata dal modello di Clark che identifica all'estremo minore una serie di comportamenti disturbanti, ma a basso rischio (comportamenti fastidiosi, disturbanti, irritanti) e a quello maggiore i comportamenti minacciosi, ad alto rischio (bullismo, comportamenti aggressivi, potenzialmente violenti).<sup>[91]</sup>

All'interno del fenomeno degli abusi, trovano spazio le conseguenze psico-fisiche delle vittime, e quelle professionali, in termini di turn-over o intenzione al turn-over e di reazioni (di base) agli abusi (par. 3.6). Il QuINI, prevede anche, proprio per la teoria del reciproco determinismo di Bandura,<sup>[89]</sup> che esista un'associazione reattiva tra l'esser vittima di abusi e l'esserne persecutore, la cui direttrice, però non necessariamente può essere considerata univoca.

Figura I – Framework concettuale del Questionario sulle Interazioni Negative tra Infermieri



## **6. Costruzione del Questionario sulle Interazioni Negative tra Infermieri (QuINI)**

La prima bozza del Questionario sulle Interazioni Negative tra Infermieri è nata sulla base della progressiva evoluzione dei 2 studi precedentemente pubblicati dallo scrivente, relativi alle ostilità laterali (LH) tra infermieri di area critica,<sup>[3,5]</sup> che avevano visto l'impiego del questionario di Alspach modificato in entrambe le occasioni.<sup>[1]</sup>

L'approccio a questa nuova riformulazione del questionario, oltre a mantenersi all'interno del framework concettuale identificato (cap. 5), è stata condotta mediante una meticolosa analisi della letteratura inerente i fenomeni di inciviltà sul luogo di lavoro (WI), violenze orizzontali (HV) e bullismo (orizzontale) (HB), orientata alla ricerca di condizioni di esaustività per quanto riguarda la descrizione degli abusi subiti, delle conseguenze psico-fisiche sulle vittime, e delle reazioni professionali e personali a seguito degli abusi subiti (escluso, naturalmente, quelli eminentemente fisici). Questo ha portato ad integrare notevolmente la struttura dei 2 precedenti questionari sulle ostilità laterali (LH), ampliando anche l'area di esplorazione alla percezione dei rispondenti relativa all'influenza degli abusi ricevuti sulla sicurezza dei pazienti e alla potenzialità di trovarsi nella condizione di vittime e perpetratori contemporaneamente.

Il nuovo questionario, strutturato con metodo operativo come il Negative Acts Questionnaire Revised di Einarsen<sup>[174]</sup> (la versione italiana del NAQ-R, è stata validata da Giorgi),<sup>[7]</sup> è stato rielaborato con l'obiettivo di esplorare le interazioni negative tra infermieri, partendo da quelle che rientrano nella definizione di WI<sup>[86]</sup> Il problema della WI sembra essere molto diffuso in ambito sanitario.<sup>[76]</sup> Peraltro, la WI nei contesti sanitari risultava, già nello studio di Krebs del 1976, ben 10 volte superiore rispetto alla "violenza sul posto di lavoro" (WV).<sup>[175]</sup> Il punto critico con cui gli autori tendono a definire il passaggio da una condizione di inciviltà ad una di WV (intesa come bullying/mobbing), è la perdita della componente di ambiguità legata al gesto di inciviltà e l'acquisizione di una chiara volontà di recare danno al target.<sup>[19,76]</sup>

Molta difficoltà è emersa anche nel dare un nome appropriato al nuovo questionario, a causa della difficile classificazione dei vari fenomeni che caratterizzano le dinamiche intraprofessionali infermieristiche, e comunque, lavorative in genere. Come già ampiamente descritto nei capitoli precedenti (cap. 1), i molti lavori presenti in letteratura infermieristica circa la descrizione dei fenomeni di HV e delle relative sfumature qualitative e quantitative, sono frequentemente caratterizzati da definizioni spesso

significativamente differenti rispetto agli stessi elementi, costringendo chi legge ad attenersi alle enunciazioni fornite di volta in volta dai vari autori, e chi analizza, a faticare non poco per orientarsi nelle operazioni di sintesi dei risultati provenienti dagli studi pubblicati. Per questo motivo, in questa sede, si è deciso di rinominare il nuovo questionario sulle LH, oggetto del presente studio di validazione, in “Questionario sulle Interazioni Negative tra Infermieri”. Il termine “interazioni negative” è stato mutuato da un articolo di Chaboyer et al., nel quale letteralmente si riporta che “in sintesi, le *interazioni negative* tra infermieri sono state etichettate come HV, bullismo, aggressioni”.<sup>[27]</sup> Lo scrivente, ritenendo questo termine sufficientemente neutrale anche per la lingua italiana, e soprattutto trasversale alle diverse manifestazioni di WV, ha deciso di utilizzarlo sia nel titolo, che all’interno degli item del questionario (atteggiamenti negativi), per superare al momento della compilazione, il problema legato a definizioni che possono risultare in parte soggettive, inesatte, o comunque eccessivamente suscettibili di interpretazioni personali.

In tabella 16 si riportano gli item della prima versione dello strumento (QuINI v.1), accanto al razionale e alle ipotesi sottostanti la necessità di includerli, quando sia stato indispensabile esplicitarli.

**Tabella 16 – Items e sub-items del QulNI v.1 e rationale/ipotesi sottostanti**

Items/subitems	Razionale - Ipotesi
<b>Dati demografici</b>	
1. Nazionalità (scrivere per esteso)	<p><i>Razionale:</i> Per individuare gli stranieri che lavorano in Italia. Alcuni lavori in letteratura hanno messo in luce differenze di produttività tra infermieri bianchi e neri oggetto di bullismo. I secondi si ipotizzava che avessero messo in atto meccanismi adattivi alla condizione di abuso.<sup>[87]</sup></p> <p><i>Ipotesi:</i> gli stranieri sono più soggetti a fenomeni di interazioni negative.</p>
2. Sesso <input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina	<p><i>Ipotesi:</i> le persone di sesso femminile sono più soggette, in proporzione, alle interazioni negative e agli abusi, rispetto ai colleghi maschi.</p>
3. Età (anni; scrivere solo numero)	<p><i>Ipotesi:</i> l'età si associa a diversi gradi di interazioni negative.</p>
4. Stato civile <input type="checkbox"/> Celibe/Nubile <input type="checkbox"/> Coniugato/a, convivente <input type="checkbox"/> Divorziato/a, separato/a <input type="checkbox"/> Vedovo/a	<p><i>Ipotesi:</i> il differente stato civile non si associa alla presenza di interazioni negative tra colleghi di pari grado.</p>
5. Titolo di studio non inerenti il percorso formativo infermieristico (possibile più di una risposta) <input type="checkbox"/> Scuola secondaria superiore <input type="checkbox"/> Diploma Universitario/Laurea Triennale <input type="checkbox"/> Laurea Specialistica/Laurea Magistrale <input type="checkbox"/> Master Universitario di 1° livello <input type="checkbox"/> Master Universitario di 2° livello <input type="checkbox"/> Diploma di Specializzazione <input type="checkbox"/> Diploma di Perfezionamento <input type="checkbox"/> Dottorato di Ricerca	<p><i>Ipotesi:</i> livelli di cultura generale diversi potrebbero associarsi a diversa entità di fenomeni di interazioni negative subite dai colleghi di pari grado.</p>
6. Titolo di studio inerenti il percorso formativo infermieristico <input type="checkbox"/> Scuola regionale per infermieri <input type="checkbox"/> Diploma Universitario/Laurea Triennale <input type="checkbox"/> Laurea Specialistica/Laurea Magistrale <input type="checkbox"/> Master Universitario di 1° livello <input type="checkbox"/> Master Universitario di 2° livello <input type="checkbox"/> Dottorato di Ricerca	<p><i>Ipotesi:</i> livelli di cultura disciplinare diversi potrebbero associarsi a diversa entità di fenomeni di interazioni negative subite dai colleghi di pari grado.</p>

Items/subitems	Razionale - Ipotesi
7. Anzianità di servizio complessiva come infermiere/a (anni; scrivere solo numero)	<i>Ipotesi:</i> l'anzianità di servizio generale come infermiere potrebbe associarsi a diversa entità di fenomeni di interazioni negative subite dai colleghi di pari grado, oppure in termini di perpetrazione di queste verso altri.
8. Anzianità di servizio come infermiere/a nel servizio in cui lavora attualmente (anni; scrivere solo numero)	<i>Ipotesi:</i> l'anzianità di servizio nello specifico reparto o servizio di allocazione attuale potrebbe associarsi a diversa entità di fenomeni di interazioni negative subite dai colleghi di pari grado, oppure in termini di perpetrazione di queste verso altri.
9. In quale azienda pubblica o privata presta attualmente servizio? (scrivere per esteso il nome dell'azienda e la città)	<i>Ipotesi:</i> il fenomeno delle interazioni negative è sensibilmente variabile da luogo a luogo di lavoro, e quindi anche da azienda ad azienda.
10. Posizione contrattuale <input type="checkbox"/> Infermiere con contratto a termine <input type="checkbox"/> Infermiere a tempo indeterminato	<i>Ipotesi:</i> gli infermieri con contratto a termine sono più soggetti ad interazioni negative da parte di colleghi di pari grado.
11. In quale servizio è attualmente allocato? <input type="checkbox"/> Servizio di Emergenza Sanitaria 118 <input type="checkbox"/> Pronto Soccorso <input type="checkbox"/> Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) <input type="checkbox"/> Terapia Intensiva <input type="checkbox"/> Sala Operatoria <input type="checkbox"/> Medicina <input type="checkbox"/> Chirurgia <input type="checkbox"/> Day Hospital <input type="checkbox"/> Ambulatorio ospedaliero <input type="checkbox"/> Ambulatorio sul territorio <input type="checkbox"/> Servizi di psichiatria territoriale <input type="checkbox"/> Assistenza Domiciliare Integrata <input type="checkbox"/> Servizio di cure palliative territoriali <input type="checkbox"/> Hospice <input type="checkbox"/> Servizio Infermieristico/Dipartimento delle Professioni Sanitarie <input type="checkbox"/> Altro (scrivere per esteso)	<i>Razionale:</i> tecnicamente impossibile prevedere le opzioni di tutte le tipologie di servizio, in particolare di quelle declinate anche in area pediatrica. <i>Ipotesi:</i> le interazioni negative sono variabili tra servizio e servizio e tra settings clinici diversi (es. area critica, area non critica; ospedale, territorio).
12. Da quanti infermieri è composto il servizio in cui Lei opera attualmente? (scrivere il numero)	<i>Ipotesi:</i> nei gruppi più numerosi, il fenomeno di WI, o HV può svilupparsi in modo più frequente o consistente.
13. Che ruolo occupa attualmente? <input type="checkbox"/> Infermiere dirigente <input type="checkbox"/> Infermiere coordinatore <input type="checkbox"/> Infermiere/a turnista <input type="checkbox"/> Infermiere/a diurnista	<i>Razionale:</i> pur riguardando la sola direttrice orizzontale degli abusi, è opportuno coinvolgere nell'indagine tutti i ruoli ricoperti dagli infermieri. <i>Ipotesi:</i> è possibile, seppure in misura minore rispetto alla base, che anche al livello di coordinamento o della dirigenza possano verificarsi fenomeni di interazioni negative anche strutturati tra colleghi di pari grado.

Items/subitems	Razionale - Ipotesi
<b>Strumento</b>	
14. Negli ultimi 12 mesi Lei ritiene di essere stato/a oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<i>Razionale:</i> domanda cancello, che in qualche modo dirime se continuare con le domande del questionario, o far uscire fuori il rispondente, tranne che per le domande relative alla testimonianza di interazioni negative viste da altri colleghi verso terzi, oppure sull'esser perpetratore di abusi nei confronti di altri, pur non avendoli personalmente subiti.
15. Se ha risposto sì alla domanda numero 14, potrebbe indicare il numero dei colleghi che hanno avuto atteggiamenti negativi nei suoi confronti? (scrivere il numero)	<i>Ipotesi:</i> è il gruppo che porta avanti il meccanismo di abuso e HV tra pari, piuttosto che i singoli.
16. Se ha risposto sì alla domanda numero 14, di quali tipologie di atteggiamenti negativi è stato fatto oggetto negli ultimi 12 mesi? (possibile anche più di una risposta)	
16.1 Lamentele condivise con altri senza prima averne discusso con Lei	
16.2 Rivelazione ad altri di informazioni confidenziali	
16.3 Interruzione di conversazioni al momento del Suo arrivo/ingresso	
16.4 Indifferenza, scoraggiamento, e rifiuto di aiuto	
16.5 Atteggiamenti snob relativi a qualità del lavoro, formazione, esperienza e così via...	
16.6 Critiche frequenti/abituali, atteggiamenti sminuenti, di tendenza al biasimo	
16.7 Chiacchiericci, false informazioni condivise con gli altri	
Umiliazioni, condizioni in cui Lei è stato/a messo/a in imbarazzo	
16.8 Contributi personali e/o idee ignorate, sminuite	
16.9 Atteggiamenti di isolamento, separazione, "trattamento col silenzio"	
16.10 Messaggi/informazioni importanti omissi o comunicati in ritardo	
16.11 Assegnazione del lavoro/pazienti ingiusta	
16.12 Intimidazioni, minacce	
16.13 Mancato riconoscimento/accreditamento del lavoro svolto	
16.14 Atteggiamenti mortificanti: comportamenti sminuenti, altezzosi, paternalistici	

Items/subitems	Razionale - Ipotesi
16.15 Mancato rispetto di impegni/promesse	
16.16 Ammonimento ricevuto di fronte ad altri	
16.17 Limitazioni alla possibilità di esprimere opinioni o idee	
16.18 Atti di sabotaggio, compromissione nella sfera lavorativa e/o personale	
16.19 Commenti sarcastici	
16.20 Isolamento professionale e/o sociale, esclusione dalle attività o conversazioni	
16.21 Critiche ingiustificate, “incarnazione” del capro espiatorio	
16.22 Lavoro giudicato in modo ingiusto oppure offensivo	
16.23 Aspettative nei Suoi confronti, senza che precedentemente Le abbiano spiegato come o cosa fare	<i>Razionale:</i> Item ispirato dal Sabotage Savy Questionnaire. <sup>[45]</sup>
16.24 Eccessivo controllo nei confronti del Suo lavoro	<i>Razionale:</i> Item mutuato dal Negative Acts Questionnaire-Revised. <sup>[7]</sup>
16.25 Insulti o commenti offensivi sulla Sua persona o la Sua vita privata	
16.26 Insulti o commenti offensivi sulla Sua razza/etnia	<i>Razionale:</i> Tradotto e adattato dalla Nursing Incivility Scale. <sup>[201]</sup>
16.27 Insulti o commenti offensivi sul Suo genere di appartenenza	<i>Razionale:</i> Tradotto e adattato dalla Nursing Incivility Scale. <sup>[201]</sup>
16.28 Insulti o commenti offensivi sul Suo credo religioso	<i>Razionale:</i> Tradotto e adattato dalla Nursing Incivility Scale. <sup>[201]</sup>
16.29 Altro (specificare)	
17. Negli ultimi 12 mesi, è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione ad una frequenza di almeno una volta alla settimana per un periodo non inferiore a 6 mesi? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<i>Razionale:</i> diagnosi di mobbing. <sup>[44,63,64,65,66]</sup> I criteri statistici sono stati ripresi direttamente dalla definizione originale adottata da Leymann. <sup>[85]</sup>
18. Se è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione, potrebbe indicare in una scala da 0 a 10, quanto questi siano stati frequenti negli ultimi 12 mesi? (scrivere il numero)	
19. Se è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione, potrebbe indicare in una scala da 0 a 10, quanto questi siano stati intensi negli ultimi 12 mesi? (scrivere il numero)	

Items/subitems	Razionale - Ipotesi
20. Se è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione negli ultimi 12 mesi, potrebbe indicare in una scala da 0 a 10, quanto questi abbiano avuto influenza sulla Sua percezione del clima lavorativo? (scrivere il numero)	
21. Se è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione negli ultimi 12 mesi, che caratteristiche hanno avuto? (possibile più di una risposta)	
21.1 Non è chiaro se gli atteggiamenti negativi nei miei confronti siano stati condotti con l'intento di recarmi un danno	
21.2 Gli atteggiamenti negativi sono stati condotti saltuariamente	<i>Razionale: fa riferimento alla Workplace Incivility Scale.<sup>[198]</sup></i>
21.3 Gli atteggiamenti negativi sono stati chiaramente condotti con l'intento di recarmi danno	<i>Razionale: fa riferimento al concetto di violenza sul posto di lavoro.</i>
21.4 Gli atteggiamenti negativi sono stati condotti ripetutamente e a lungo	<i>Razionale: fa riferimento al concetto di bullismo/mobbing.</i>
21.5 Gli atteggiamenti negativi sono stati condotti da colleghi di pari grado, ma con che hanno maggior autorevolezza/responsabilità, o migliore posizione nel gruppo di lavoro rispetto a me	<i>Razionale: risponde alla definizione che il bullismo deve avere, cioè una differenza reale o percepita di potere tra perpetratori e vittima.<sup>[49,59]</sup></i>
21.6 Gli atteggiamenti negativi consistevano prevalentemente in molestie (attacchi e discriminazioni sessuali, religiose, etniche, di pensiero...)	
22. Negli ultimi 12 mesi, ha avuto modo di assistere ad atteggiamenti negativi (vedi elenco nella domanda 16) esercitati da suoi colleghi di pari grado e posizione nei confronti di altri colleghi? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
23. Lei è tuttora oggetto di uno o più atteggiamenti di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	

Items/subitems	Razionale - Ipotesi
<p>24. Negli ultimi 12 mesi, Lei ha richiesto di cambiare reparto/servizio a causa di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione?</p> <p><input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>25. Negli ultimi 12 mesi, Lei ha cambiato reparto/servizio a causa di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione?</p> <p><input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>26. Negli ultimi 12 mesi, Lei ha pensato di lasciare la professione infermieristica a causa di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione?</p> <p><input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>27. In generale, quale tra gli atteggiamenti negativi elencati nella domanda 16 Lei ritiene che sia il più grave? (scrivere una sola risposta)</p>	
<p>28. Negli ultimi 12 mesi, ritiene di aver assunto uno o più atteggiamenti negativi (vedi elenco nella domanda 16) nei confronti di suoi colleghi di pari grado e posizione?</p> <p><input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Ipotesi: le vittime di abuso possano esser anche perpetratori.<sup>[123]</sup></p>
<p>29. Se è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione negli ultimi 12 mesi, ritiene che questi abbiano avuto un'influenza sulle sue condizioni psicofisiche?</p> <p><input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>30. Se ha risposto sì alla domanda precedente (numero 29), quali tra queste condizioni, attribuibili agli atteggiamenti negativi di cui è stato fatto oggetto, ha sperimentato negli ultimi 12 mesi? (anche più di una risposta)</p>	
<p>30.1 Ansia</p>	
<p>30.2 Cefalea</p>	

Items/subitems	Razionale - Ipotesi
30.3 Disturbi del sonno	
30.4 Disturbi gastrointestinali	
30.5 Ridotta auto-stima	
30.6 Morale basso	
30.7 Frequente ritorno del pensiero ai vissuti di atteggiamenti negativi subiti	
30.8 Apatia	
30.9 Sensazione di disconnessione/alienazione	
30.10 Depressione	
30.11 Vertigini	<i>Razionale:</i> tradotto e adattato dal Copenhagen Psychosocial Questionnaire. <sup>[186]</sup>
30.12 Sensazione di difficoltà a respirare	<i>Razionale:</i> tradotto e adattato dal Copenhagen Psychosocial Questionnaire. <sup>[186]</sup>
30.13 Sensazione di tensione muscolare diffusa	<i>Razionale:</i> tradotto e adattato dal Copenhagen Psychosocial Questionnaire. <sup>[186]</sup>
30.14 Assenze dal lavoro intenzionali	<i>Razionale:</i> le assenze dal lavoro per malattia autocertificate, sono state messe in relazione con il bullismo ad un livello di 1.5 (IC: 1.3-1.7) volte rispetto a chi non è vittima di bullismo. <sup>[136]</sup>
30.15 Sensazione di stanchezza cronica, esaurimento	<i>Razionale:</i> tradotto e adattato da Mobbing Scale di Ozturk. <sup>[74]</sup>
30.16 Sensazione ripetuta di nervosismo e rabbia	<i>Razionale:</i> tradotto e adattato da Mobbing Scale di Ozturk. <sup>[74]</sup>
30.17 Facile suscettibilità	<i>Razionale:</i> tradotto e adattato da Mobbing Scale di Ozturk. <sup>[74]</sup>
30.18 Frequente senso di colpa	<i>Razionale:</i> tradotto e adattato dal mobbing questionnaire di Yildirim. <sup>[80]</sup>
30.19 Sentirsi ripetutamente sul punto di piangere	<i>Razionale:</i> tradotto e adattato dal mobbing questionnaire di Yildirim. <sup>[82]</sup>
30.20 Timore di andare a lavorare, perdita di voglia di andare a lavorare	<i>Razionale:</i> tradotto e adattato dal mobbing questionnaire di Yildirim. <sup>[82]</sup>
30.21 Riduzione del senso di appartenenza all'organizzazione	<i>Razionale:</i> tradotto e adattato dal mobbing questionnaire di Yildirim. <sup>[82]</sup>
30.22 Problemi di concentrazione sul lavoro	<i>Razionale:</i> tradotto e adattato dal mobbing questionnaire di Yildirim. <sup>[82]</sup>
30.23 Errori sul lavoro	<i>Razionale:</i> tradotto e adattato dal mobbing questionnaire di Yildirim. <sup>[82]</sup>
30.24 Alterazione dei valori di pressione arteriosa rispetto all'usuale	<i>Razionale:</i> tradotto e adattato dal mobbing questionnaire di Yildirim. <sup>[82]</sup>
30.25 Dolore toracico, palpitazioni	<i>Razionale:</i> tradotto e adattato dal mobbing questionnaire di Yildirim. <sup>[82]</sup>
30.26 Aumento eccessivo dell'assunzione di cibo, o riduzione dell'appetito	<i>Razionale:</i> tradotto e adattato dal mobbing questionnaire di Yildirim. <sup>[82]</sup>
30.27 Sensazione che la vita lavorativa influenzi negativamente la Sua vita privata (famiglia, affetti)	<i>Razionale:</i> tradotto e adattato dal mobbing questionnaire di Yildirim. <sup>[82]</sup>
30.28 Aumento del consumo di alcool, sigarette, sostanze	
31. Se negli ultimi 12 mesi ha sperimentato almeno una delle condizioni psicofisiche di cui sopra (domanda 30), potrebbe	

Items/subitems	Razionale - Ipotesi
esprimere in una scala numerica da 0 a 10, l'impatto che queste hanno avuto sul suo stato di salute generale? (scrivere il numero)	
32. Se è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione negli ultimi 12 mesi, quanto ritiene in una scala da 0 a 10, che questi abbiano avuto un'influenza sulle sue condizioni psicofisiche? (scrivere il numero)	
33. Se negli ultimi 12 mesi è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione, ne ha parlato con qualcuno?	
34. Se ha risposto sì alla domanda precedente (n. 33), può dire con chi ne ha parlato? (anche più di una risposta)	<i>Razionale:</i> valutare la presenza di reazione agli eventi di abusi, in termini proattivi, delle vittime
34.1 Con i diretti interessati (i perpetratori degli atteggiamenti negativi)	
34.2 Con colleghi infermieri	
34.3 Con colleghi appartenenti ad altre categorie professionali (medici, operatori di supporto, etc...)	
34.4 Con il coordinatore infermieristico	
34.5 Con un infermiere dirigente	
34.6 Con membri del comitato unico di garanzia o organo aziendale analogo a tutela degli episodi di bullismo e mobbing sul luogo di lavoro	
34.7 Con rappresentanti sindacali	
34.8 Con amici	
34.9 Con il partner	
34.10 Con i Suoi genitori, fratelli/sorelle o altri parenti	
35. Se è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione negli ultimi 12 mesi, quanto ritiene in una scala da 0 a 10, che questi abbiano avuto un'influenza indiretta sulla sicurezza dei pazienti che ha assistito?	<i>Razionale:</i> esiste un link tra le HV e interventi infermieristici, che ha il potenziale di minare la sicurezza dei pazienti, causando eventi avversi (es. impantanarsi in procedure non chiare; usare equipaggiamento medico non familiare; spostare pazienti molto pesanti da soli; somministrare terapie delle quali non si è sicuri; tentare di interpretare prescrizioni non chiare invece di chiamare per verificare; seguire una prescrizione che non è nel completo interesse del paziente senza rimetterla minimamente in discussione). <sup>[120]</sup>

Items/subitems	Razionale - Ipotesi
36. Se vuole lasciare un commento in merito a questo fenomeno è invitato a farlo nello spazio sottostante	<i>Ipotesi:</i> gli infermieri percepiscono una riduzione di sicurezza per gli utenti, data dalle condizioni generali di clima di lavoro ed effetti negativi che il fenomeno di abusi può generare, influenzando indirettamente l'outcome sui pazienti. <sup>[14]</sup>

Di qui a seguito si riportano i razionali estesi relativi ad alcuni items e sub-items critici nella prima versione del QulNI (v. I), prima di andare incontro alla fase di validazione di contenuto e di faccia:

- le domande numero 7 e 8 sono volte ad esplorare l'anzianità professionale degli infermieri per verificare l'ipotesi che i fenomeni di interazione negativa tra colleghi (anche strutturata, come il bullismo/mobbing) possano essere più frequenti nei colleghi negraduati e con minor esperienza, così come riportato in letteratura ("nurses eating their young").<sup>[31]</sup>
- La domanda numero 17, relativa all'individuazione della presenza di criteri temporali di strutturazione dei fenomeni di WI e HV in bullismo/mobbing vero e proprio, viene posta per favorire la possibile differenziazione dei fenomeni, dal momento che alcuni autori indicano letteralmente "...che i criteri maggiori di differenziazione tra bullismo e violenza laterale, che questa ultima può esser usata per descrivere fenomeni episodici isolati, mentre il bullismo si caratterizza per il ripetersi del conflitto almeno settimanalmente, per un periodo non inferiore ai 6 mesi".<sup>[44]</sup> Inoltre, dal momento che in letteratura non vi è completo accordo nei criteri temporali per la definizione di mobbing/bullismo strutturale, è stato arbitrariamente deciso di mantenere la definizione operativa più comune (e maggiormente sensibile), cioè quella degli abusi subiti almeno una volta a settimana per non meno di sei mesi,<sup>[11]</sup> rispetto all'altra, che prevede almeno 2 episodi di abuso settimanalmente.<sup>[43]</sup>
- Le domande 24, 25 e 26, sono volte ad esplorare il collegamento tra il livello di interazioni negative vissute tra gli infermieri ed il desiderio di cambiare servizio, l'averlo effettivamente fatto, e addirittura il desiderio di lasciare la professione infermieristica.<sup>[40]</sup> Si indaga anche la relazione di queste variabili con l'anzianità generale di servizio e del reparto o servizio di allocazione attuale.<sup>[31]</sup>
- La domanda numero 28 trova il suo razionale nei risultati della ricerca che mostrano come i soggetti vittime di violenza laterale, abbiano la possibilità aumentata di 10 volte rispetto ai soggetti non colpiti, di diventare a loro volta perpetratori di bullismo.<sup>[176]</sup> Inoltre, un recente studio esplorativo ha messo in evidenza che essere una vittima di bullismo sul posto di lavoro era positivamente associato ai tratti caratteristici dei perpetratori, cioè machiavellismo, narcisismo, psicoticismo, e aggressione.<sup>[123]</sup> La maggioranza dei perpetratori di bullismo sul posto di lavoro (89.7%) e molte delle vittime (41.7%) erano bulli/vittime, operativamente definite

come entrambi perpetratori e vittime almeno una volta a settimana nelle ultime 6 settimane.<sup>[123]</sup>

- La domanda numero 34 si fonda sulle raccomandazioni di utilizzo di tecniche individuali per la risoluzione del fenomeno del bullismo, quali per esempio, parlarne e affrontare direttamente il perpetratore, oppure parlarne con colleghi, rappresentanti delle associazioni professionali, evitando di trincerarsi nel silenzio<sup>[10,177]</sup>
- La domanda numero 35 risponde all'ipotesi che gli infermieri possano percepire una ridotta sicurezza nell'erogazione di cure e assistenza a seguito delle conseguenze che i fenomeni di interazione negativa tra colleghi possono ingenerare.<sup>[14]</sup> Purpora & Blegen hanno sviluppato un modello concettuale che vede svilupparsi le HV da condizioni di oppressione di sé, di internalizzazione dei valori dominanti, e di oppressione del gruppo, per arrivare ad influenzare fortemente la comunicazione tra pari e quindi determinare un impatto sulla sicurezza e sulla qualità delle cure del paziente. In sostanza le HV subite, condizionerebbero il bisogno (di base, secondo Maslow) di sicurezza della vittima (infermiere), condizionandone la capacità relazionale e comunicativa coi suoi pari (rumore psicologico), per paura del ripetersi degli episodi di abusi.<sup>[14]</sup> Questo va a minare le barriere di difesa al verificarsi di errori, fornite da una corretta e ampia comunicazione tra professionisti. Il modello non ha ancora trovato riscontro empirico, ma costituisce un'interessante ipotesi da testare, almeno per quanto riguarda la percezione degli infermieri che hanno sperimentato HV.<sup>[14]</sup>

Per quanto riguarda la strutturazione delle domande dello strumento QuINI, scevro cioè dalla sezione della raccolta dati di tipo demografico, è stato scelto un approccio misto, cioè l'utilizzo di item prevalentemente dicotomici, dal momento che viene richiesta semplicemente la percezione della presenza/assenza di determinate condizioni soggettive, e in alcuni casi anche oggettive. Solo alcune domande forniscono l'opzione di scegliere un livello su una scala numerica da 0 a 10, e sono legate alla necessità di misurare l'entità percepita di un effetto. Questa tipologia di approccio "dinamico" alle risposte dei soggetti indagati, oltre a fornire un certo grado di profondità ad alcuni aspetti dei costrutti misurati, dovrebbe permettere, nell'arco delle circa 30 domande, di mantenere un livello adeguato di attenzione del compilatore, proprio grazie alla discontinuità del tipo di risposta richiesta.

In generale, le domande del QIINI fanno riferimento ad esperienze vissute nell'arco dei 12 mesi, dal momento che la letteratura riporta che i sintomi del disturbo da stress post traumatico correlato agli eventi di bullismo subito persistono per almeno un anno dalla cessazione degli abusi.<sup>[54]</sup>

## 7. Obiettivi, metodi e strumenti

### 7.1 Quesito di ricerca

Il presente progetto di ricerca ha lo scopo di rispondere al seguente quesito:

“Il Questionario sulle Interazioni Negative tra Infermieri (QuINI) è uno strumento valido per misurare la presenza e le conseguenze sul piano personale e professionale dei fenomeni di inciviltà sul luogo di lavoro (WI), ostilità/violenze orizzontali (HH/HV), e mobbing a direttrice orizzontale (HM), all’interno dei gruppi infermieristici, indipendentemente dal contesto clinico in cui sono impiegati?”.

### 7.2 Obiettivi del progetto di ricerca

Gli **obiettivi primari** del progetto di ricerca sono:

1. Effettuare la validazione di contenuto del QuINI, in termini di
  - a. adeguatezza nella misura del costrutto teorico
  - b. efficienza nell’indicare (mettere in evidenza) gli aspetti indagati relativi al costrutto teorico
  - c. comprensibilità nei confronti della popolazione target
  - d. affidabilità/chiarità nell’indagare il costrutto teorico nel corso
  - e. sensibilità nel discriminare attraverso le dimensioni investigate
2. Effettuare la validazione di faccia del QuINI
3. Effettuare la validazione di costrutto del QuINI
4. Effettuare la validazione di criterio del QuINI
5. Verificare l’omogeneità del QuINI
6. Progettare uno score QuINI, sulle interazioni negative tra infermieri
7. Quantificare la presenza dei fenomeni di WI, HH/HV, e HM tra gli infermieri
8. Valutare l’impatto sulla percezione dello stato di salute psicofisica che la presenza dei fenomeni di inciviltà, WI, HH/HV, e HM esercita nei confronti degli infermieri
9. Valutare l’impatto sulla qualità di vita professionale che la presenza dei fenomeni di inciviltà, WI, HH/HV, e HM esercita nei confronti degli infermieri

Gli **obiettivi secondari** dello studio sono:

1. Rilevare eventuali differenze nella presenza dei fenomeni di WI, HH/HV, e HM tra i vari contesti lavorativi infermieristici
2. Rilevare eventuali differenze nella presenza dei fenomeni di WI, HH/HV, e HM sulla base delle caratteristiche demografiche e professionali degli infermieri
3. Quantificare l'impatto dei fenomeni di WI, HH/HV, e HM sulla percezione degli infermieri circa la sicurezza paziente
4. Valutare il livello di reazione degli infermieri nei confronti dei fenomeni di WI, HH/HV, e HM che hanno subito
5. Verificare la presenza di associazione tra lo stato di vittima di fenomeni di abusi e al contempo di perpetratori di questi
6. Diffondere la consapevolezza ai vari livelli professionali infermieristici della presenza dei fenomeni di WI, HH/HV, e HM

### **7.3 Disegno dello studio**

Il progetto di ricerca ha previsto due studi distinti: il primo, relativo alla validazione di contenuto multidimensionale del QuINI. Il secondo, invece, ha combinato la validazione delle restanti caratteristiche psicometriche del QuINI (validità di costrutto, di criterio, ed omogeneità) con la conduzione di due studi di tipo descrittivo-esplorativo prospettico, attraverso survey multicentrico online.

### **7.4 Metodologia**

Il presente progetto di ricerca si è articolato in tre fasi:

1. Il percorso di validazione del QuINI, che ha previsto i seguenti passaggi:
  - 1.1 Validazione di contenuto "multidimensionale" da parte del gruppo di esperti, mediante valutazione di adeguatezza, comprensibilità, efficienza, sensibilità, affidabilità, rispetto al costrutto che il QuINI intende misurare.
  - 1.2 Validazione di facciata su campione di convenienza di 21 infermieri caratterizzati da contesti operativi e ruoli infermieristici diversificati
  - 1.3 Validazione di costrutto, criterio, ed omogeneità, sul campione di infermieri operanti nelle tre aziende incluse nello studio, mediante due invii del questionario (vedi punto 2, qui sotto) assieme ai criteri esterni

2. Studio descrittivo-esplorativo del QuINI, in contemporanea alla fase 1.3 di validazione (e quindi sullo stesso campione), con ripetizione a 5 mesi di distanza. Il dettaglio degli interventi fase per fase, è descritto, più avanti, nel paragrafo 7.4.6.

#### **7.4.1 Campione**

Lo studio di validazione di costruito e criterio del QuINI e quello descrittivo-esplorativo prospettico, sono stati effettuati sulla popolazione degli infermieri impegnati nei diversi contesti clinici, di coordinamento e di management. È stato previsto l'invio del QuINI a tutta la popolazione in studio, cioè 2035 infermieri in forze alla AOU Careggi, circa 2350 infermieri alla ex Azienda Sanitaria di Firenze (cifra fornita dalla direzione infermieristica), e circa 900 infermieri dell'ex Azienda USL 7 Siena, secondo le stime fornite dalla direzione infermieristica locale. In totale gli infermieri potenzialmente arruolabili sarebbero stati 5285. Partendo dalle proporzioni minime di prevalenza delle VI sui luoghi di lavoro infermieristici riportate in letteratura da Laschinger et al. pari al 67.5%,<sup>[106]</sup> è stata calcolata una numerosità campionaria di 318 unità, come stima su una popolazione di 5285 persone, con una precisione di  $\pm 5\%$ , ed un livello di confidenza del 95%.<sup>[178]</sup> Analogamente, per la condizione di violenza laterale (LV) e mobbing/bullismo i valori minimi riportati in letteratura sono rispettivamente dell'1%<sup>[112]</sup> e del 2.4%,<sup>[122]</sup> mantenendo gli stessi parametri in termini di precisione e livello di confidenza, sono state stimate le numerosità campionarie rispettivamente di 16 e 36 infermieri.<sup>[178]</sup>

#### **7.4.2 Criteri di inclusione ed esclusione**

Criteri di inclusione:

- tutti gli infermieri operanti, al momento dell'inizio dello studio, all'interno dell'ex Azienda Sanitaria di Firenze, dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi di Firenze, e dell'ex Azienda USL 7 di Siena
- tutti gli infermieri delle 3 aziende in possesso di un indirizzo di posta elettronica aziendale attivo

Criteri di esclusione:

- la mancanza dei criteri di inclusione stessi

### **7.4.3 - Validazione di contenuto da parte del gruppo di esperti**

Per la validazione di contenuto è stato costituito un gruppo di esperti provenienti da discipline diverse, tutte attinenti alla tematica oggetto del questionario. Il gruppo è stato composto da 8 docenti e ricercatori provenienti da diverse università in Italia, e nello specifico:

- 2 professori associati MED 45 - Scienze infermieristiche generali, cliniche e pediatriche presso Università di Firenze e Università Campus Bio-Medico di Roma
- 1 antropologo professore a contratto presso le Università di Firenze e Torino
- 1 sociologa professoressa a contratto presso l'Università di Firenze
- 1 psicologo ricercatore - Legge 240/10 a tempo determinato M-PSI/05 - Psicologia sociale presso l'Università di Firenze
- 1 psicologa sociale, ricercatrice confermata MED 44 – Medicina del Lavoro presso l'Università di Milano
- 1 psicologo ricercatore non confermato PSI 06 - Psicologia del Lavoro e delle Organizzazioni, presso l'Università Europea di Roma

La validazione di contenuto attraverso il gruppo di esperti si è sviluppata attraverso tre passaggi. Dopo la strutturazione del QuINI da parte dello scrivente, il questionario è stato inviato, nel periodo tra giugno e luglio 2014, a valutazione di rilevanza per tutti gli item e sub-item da parte del gruppo. Sulla base dei punteggi ottenuti e dei suggerimenti diretti da parte dei componenti del gruppo, il QuINI ha subito alcune modificazioni le quali sono state nuovamente sottoposte al giudizio di rilevanza degli esperti, tra ottobre e novembre 2014, con la medesima modalità. Al termine di questo secondo passaggio, il QuINI è stato nuovamente modificato arrivando alla sua seconda versione (QuINI v.2). A questo punto tutti gli item e sub-item del questionario sono stati nuovamente inoltrati al gruppo di esperti per la valutazione “multidimensionale”, in termini di adeguatezza, comprensibilità, efficienza, sensibilità, ed affidabilità rispetto al costrutto che il QuINI intende misurare. Nello specifico è stato chiesto un giudizio, tenendo presente le seguenti definizioni operative:

*Adeguatezza* - In che misura l'item o il sub-item appare teoricamente adeguato a misurare il costrutto teorico (es. il modello teorico di riferimento) sotto indagine?

*Efficienza* - Quanto la domanda appare efficiente nel rilevare gli aspetti relativi al costrutto teorico di riferimento?

*Comprensibilità* - Quanto l'item o il sub-item appare comprensibile per la popolazione cui è rivolto, cioè gli infermieri clinici, coordinatori, e dirigenti?

*Affidabilità* - Quanto l'item o il sub-item appare affidabile e chiaro (cioè apparentemente ripetibile in tempi diversi o da persone diverse) per quanto riguarda l'indagine del costrutto teorico di riferimento?

*Sensibilità* - Quanto l'item o il sub-item appare sensibile, cioè in grado di misurare piccole variazioni della grandezza sotto indagine?

Durante tutto il processo di validazione di contenuto è stato utilizzato lo strumento del Content Validity Index, di cui si rimanda per i dettagli operativi al paragrafo 8.1 dove è esplicitato ampiamente tutto il percorso di analisi dei risultati per la validità di contenuto e di facciata del questionario.

I punteggi ottenuti da quest'ultimo passaggio per la validazione di contenuto hanno permesso di fornire l'attuale versione del QuINI, cioè la versione 3, costituita dagli item con punteggio di Item-Content Validity Index (I-CVI)  $\geq 0.78$  per quanto concerne la dimensione "adeguatezza", con alcune minime eccezioni di cui si rimanda al paragrafo 8.4. Il derivante Scale-Content Validity Index/Average (S-CVI/Ave) è stato di 0.93, indicando una piena accettabilità in termini di validità di contenuto.

#### **7.4.4 - Validazione di facciata**

La seconda versione del QuINI è stata inviata ad un campione di convenienza di 21 infermieri potenzialmente candidabili alla somministrazione operativa, allo scopo di valutare la validità di facciata degli item e sub-item che lo compongono, richiedendo un giudizio di "adeguatezza", "rilevanza", "comprensibilità" e "neutralità", su scala numerica da 1 a 4 ("per niente", "poco", "abbastanza", "molto"). Anche in questo caso, calcolando l'S-CVI/Ave del QuINI v.3, cioè già "ripulito" dagli item giudicati inadeguati in fase di giudizio da parte del gruppo degli esperti, è risultato di 0.93, in perfetto accordo con il giudizio espresso dal gruppo di esperti (vedi paragrafo 8.5).

#### **7.4.5 - Validazione di costrutto, criterio, consistenza interna (omogeneità)**

La validazione del costrutto è stata condotta sui dati derivanti dall'invio del QuINI v.3 a tutti gli infermieri dipendenti dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, dell'ex Azienda Sanitaria di Firenze, e dell'ex Azienda USL 7 Siena. L'invio è avvenuto attraverso l'uso degli indirizzi email aziendali, e il questionario è stato compilato online.

L'altra verifica di attendibilità della misura del costrutto del QuINI è stata effettuata mediante comparazione dello strumento con il Negative Acts Questionnaire – Revised (NAQ-R) versione italiana (validità convergente),<sup>[7,179]</sup> che è stato inviato al campione in studio contemporaneamente al QuINI v.3.

L'analisi della consistenza interna (verifica dell'omogeneità) del QuINI, è effettuata sulla base dei dati derivanti dai rispondenti al questionario inviato a tutto il campione di infermieri in studio.

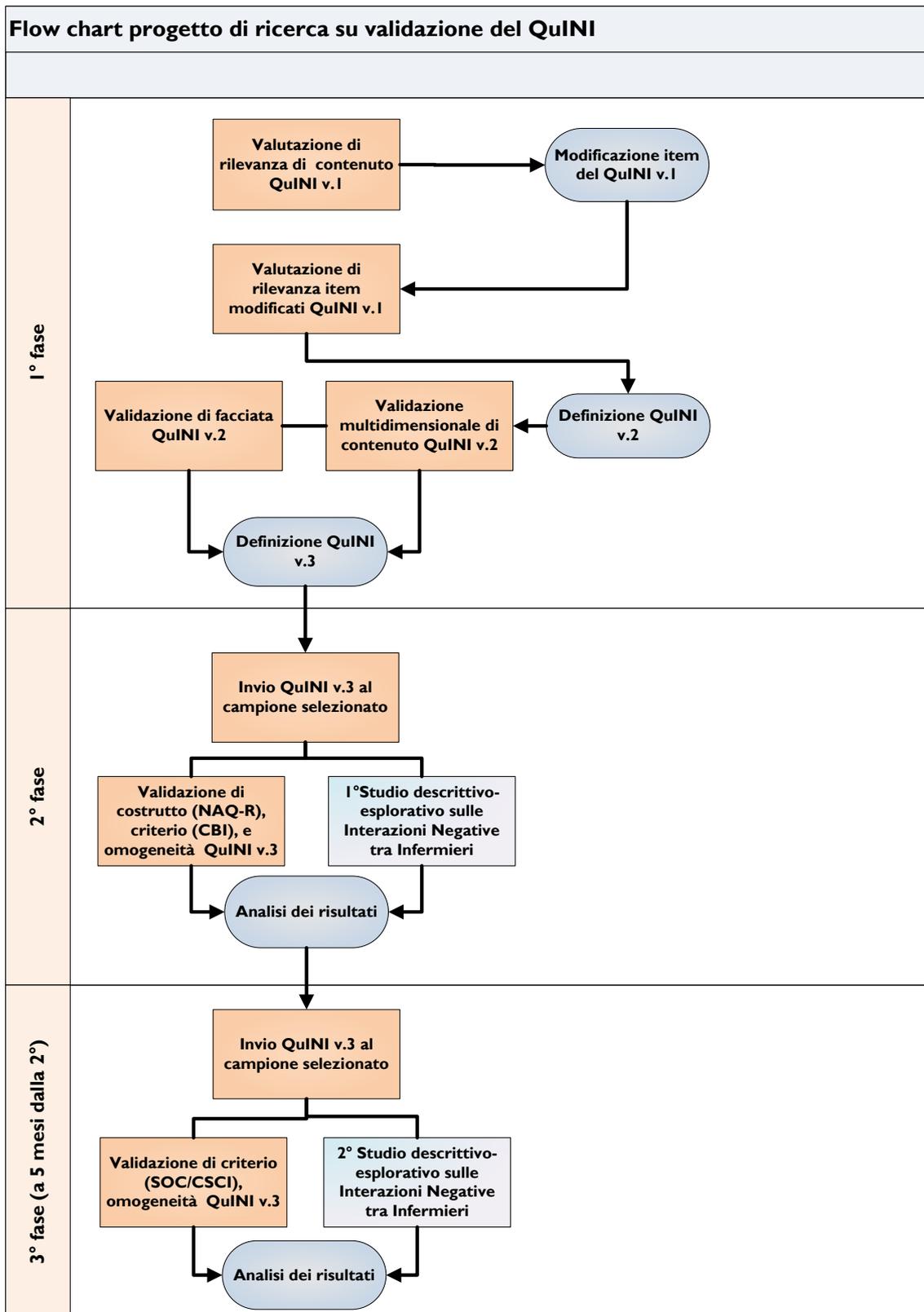
La validità di criterio si è articolata nei 2 invii del QuINI v.3. Durante il primo invio, assieme al NAQ-R, è stato inviato il Copenhagen Burnout Inventory (CBI) versione italiana<sup>[180]</sup> (validità convergente/predittiva). Durante il secondo invio del QuINI, a 5 mesi di distanza dal primo, il criterio esterno utilizzato è stata la Classroom and School Community Inventory (CSCI) - Modulo per la classe/corso, una scala di senso della comunità (SOC) in corso di validazione in lingua italiana e adattata alla comunità professionale (validità discriminante).

#### **7.4.6 - Studio descrittivo-esplorativo del QuINI, in 2 fasi a distanza di 5 mesi l'una dall'altra**

Con il primo invio del QuINI v.3 al campione selezionato delle due aziende allo scopo di effettuare la validazione di costrutto e di criterio dello stesso, si è provveduto anche ad un primo studio descrittivo-esplorativo sul fenomeno in oggetto. Successivamente, a 5 mesi di distanza, è stato effettuato il secondo invio del QuINI v.3, quello contestuale all'invio della CSCI (per la validità discriminante), con le medesime modalità operative del precedente, e sullo stesso campione, dando origine ad una nuova analisi di tipo descrittivo-esplorativo, i cui risultati sono stati messi a confronto con i precedenti.

Dal punto di vista operativo, l'invio del QuINI v.3, del NAQ-R, del CBI, della CSCI, così come dei questionari di validità di contenuto e faccia del QuINI, hanno previsto tutte le medesime modalità, costituite da un tempo massimo di 30 giorni per la loro compilazione, con una mail di sollecito generale a 15 giorni esatti di distanza dalla data iniziale di invio. In figura 2 è riportata la flow-chart riassuntiva del progetto di studio.

Figura 2 – Flowchart del progetto di studio di validazione e descrittivo QuINI



## 7.5 Strumenti

Nel presente progetto di ricerca si utilizzeranno 4 questionari: il QuINI v.3, oggetto di validazione e di impiego nello studio descrittivo esplorativo, il NAQ-R in versione italiana,<sup>[7,179]</sup> per la validità convergente, la CBI versione italiana,<sup>[180]</sup> per la validità predittiva/concorrente, e l'adattamento della CSCI - Modulo per la classe/corso,<sup>[181]</sup> per la validità discriminante.

### 7.5.1 Questionario sulle Interazioni Negative tra Infermieri (QuINI)

Il QuINI nasce come versione rivista ed aggiornata del “Questionario sulle Ostilità Laterali”, utilizzata dal gruppo di ricerca coordinato dallo scrivente in recenti studi sul fenomeno delle ostilità laterali e del mobbing orizzontale tra infermieri che lavorano in area critica e nell'emergenza.<sup>[3,4,5]</sup> Il QuINI è stato disegnato allo scopo di identificare la presenza delle dinamiche negative orizzontali tra infermieri, e discriminarle in termini di intensità e gravità. Il QuINI nasce anche per individuare le possibili reazioni delle vittime, e parallelamente, le conseguenze sul piano professionale e psicofisico. Per questo motivo, è stato adottato un approccio operativo, con lo scopo di rilevare e stratificare la presenza dei fenomeni di interazione negativa non fisici tra colleghi infermieri di pari grado all'interno dei luoghi di lavoro, mettendoli in relazione alle caratteristiche socio-demografiche-professionali dei rispondenti. Per quanto riguarda la costruzione e strutturazione del QuINI, il quadro concettuale di riferimento e la validazione di contenuto e di facciata per arrivare alla versione 3, si rimanda ai capitoli 5, 6, ed 8.

Il QuINI v.3 nella sua strutturazione operativa, è costituito da 30 item, di cui le prime 13 sono relative alle caratteristiche demografiche e professionali dei rispondenti (tabella 17), mentre le restanti 17 costituiscono lo strumento vero e proprio (vedi allegato 1). Per quanto riguarda le caratteristiche degli item dello strumento, questi sono tutti a risposta dicotomica (SÌ/NO), ad eccezione degli item 16, 24 e 27, che sono a risposta multipla, e degli item 17, 25 e 28, che prevedono una scala numerica (da 0 a 10).

Per il QuINI sono stati ipotizzate due score: quello di “Percezione” e quello di “Stato”, costituiti dalle 8 sottoscale riportate in tabella 18. Si noti come i nomi delle sottoscale dello score QuINI v.3 siano a tutt'oggi, provvisori.

**Tabella 17 – Variabili demografiche raccolte con il QuINI v.3**

Variabili demografiche
Nazionalità
Sesso
Età
Stato civile
Titoli di studio non inerenti il percorso formativo infermieristico
Titoli di studio inerenti il percorso formativo infermieristico
Anzianità di servizio complessiva come infermiere/a
Azienda pubblica o privata in cui il rispondente sta prestando attualmente servizio
Posizione contrattuale (contratto a tempo determinato o indeterminato)
Tipologia di servizio in cui il rispondente è attualmente allocato (es. reparto di medicina, ambulatorio, sala operatoria, terapia intensiva...)
Anzianità di servizio come infermiere/a nel servizio in cui il rispondente lavora attualmente
Numero di infermieri da cui è composto il servizio in cui il rispondente opera attualmente
Ruolo occupato dal rispondente (dirigente, coordinatore, infermiere clinico turnista...)

**Tabella 18 – Strutturazione degli score principali e delle sottoscale del QuINI v.3**

Score	Scale	Item
<b>“Percezione”</b>	<b>Scala 1 - “Percezione QuINI”</b>	17. Se è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione, potrebbe indicare in una scala da 0 a 10, quanto questi siano stati intensi negli ultimi 12 mesi?
		25. Potrebbe esprimere in una scala numerica da 0 a 10, l’impatto che queste condizioni psicofisiche hanno avuto sul suo stato di salute generale?
		28. Se è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione negli ultimi 12 mesi, quanto ritiene in una scala da 0 a 10, che questi abbiano avuto un’influenza indiretta sulla sicurezza dei pazienti che ha assistito?
<b>“Stato”</b>	<b>Scala 2 – “Totale colleghi bulli”</b>	15. Potrebbe indicare approssimativamente quanti colleghi hanno avuto atteggiamenti negativi nei suoi confronti?
	<b>Scala 3 – “Atteggiamenti totali”</b>	16.1 Di quali tipologie di atteggiamenti negativi è stato fatto oggetto negli ultimi 12 mesi? [Rivelazione ad altri di informazioni confidenziali]
		16.2 Di quali tipologie di atteggiamenti negativi è stato fatto oggetto negli ultimi 12 mesi? [Indifferenza, scoraggiamento, e rifiuto di aiuto]
		16.3 Di quali tipologie di atteggiamenti negativi è stato fatto oggetto negli ultimi 12 mesi? [Critiche frequenti/abituali, atteggiamenti sminuenti, di tendenza al biasimo]
		16.4 Di quali tipologie di atteggiamenti negativi è stato fatto oggetto negli ultimi 12 mesi? [Chiacchiericci, false informazioni condivise con gli altri]
		16.5 Di quali tipologie di atteggiamenti negativi è stato fatto oggetto negli ultimi 12 mesi? [Umiliazioni, condizioni in cui Lei è stato/a messo/a in imbarazzo]
		16.6 Di quali tipologie di atteggiamenti negativi è stato fatto oggetto negli ultimi 12 mesi? [Atteggiamenti di isolamento professionale e/o sociale, esclusione dalle attività e/o conversazioni, “trattamento col silenzio”]
		16.7 Di quali tipologie di atteggiamenti negativi è stato fatto oggetto negli ultimi 12 mesi? [Messaggi/informazioni importanti omessi o comunicati in ritardo]

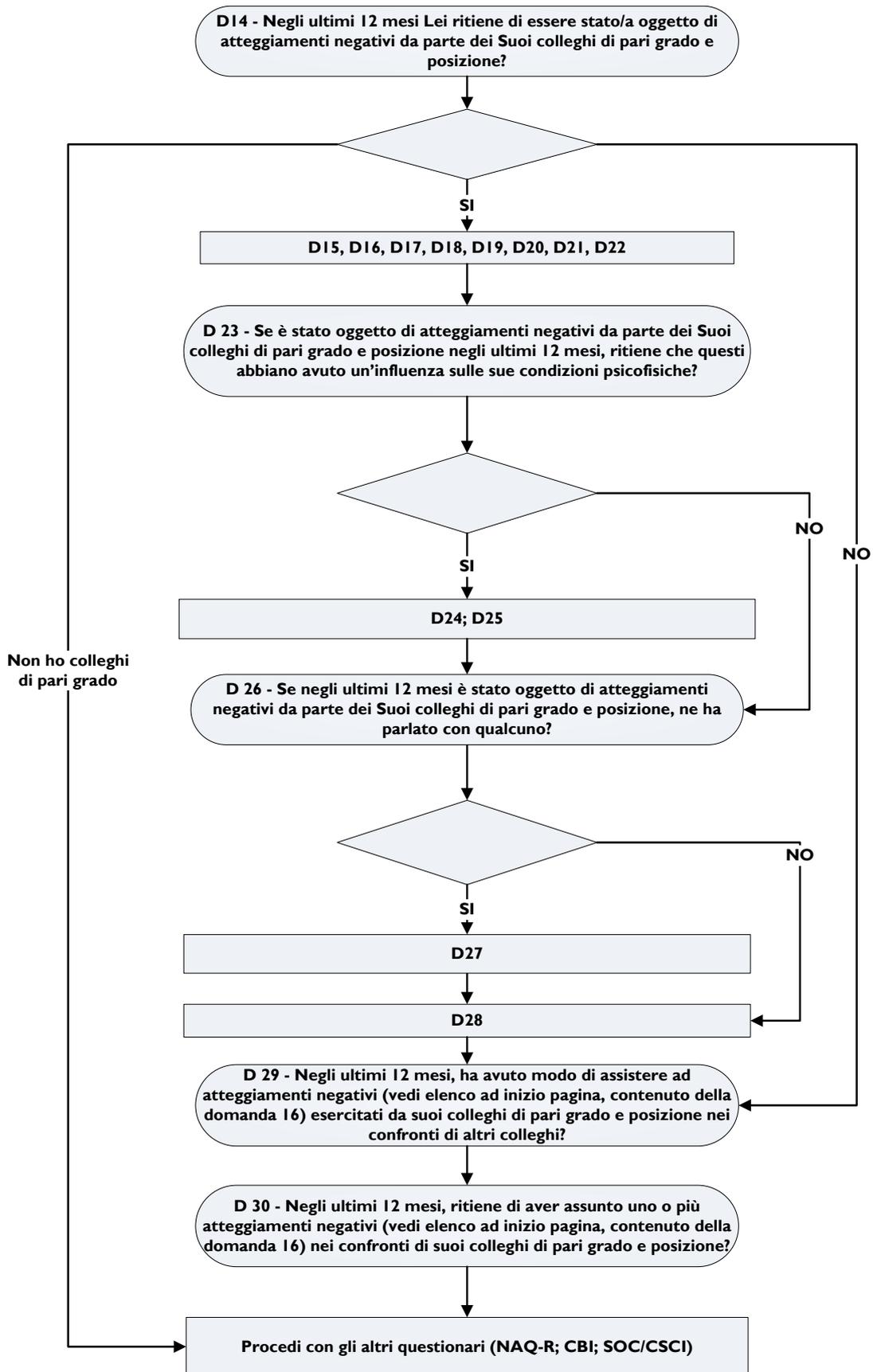
Score	Scale	Item
		16.8 Di quali tipologie di atteggiamenti negativi è stato fatto oggetto negli ultimi 12 mesi? [Assegnazione del lavoro/pazienti ingiusta]
		16.9 Di quali tipologie di atteggiamenti negativi è stato fatto oggetto negli ultimi 12 mesi? [Intimidazioni, minacce]
		16.10 Di quali tipologie di atteggiamenti negativi è stato fatto oggetto negli ultimi 12 mesi? [Mancato riconoscimento/accreditamento del lavoro svolto]
		16.11 Di quali tipologie di atteggiamenti negativi è stato fatto oggetto negli ultimi 12 mesi? [Limitazioni alla possibilità di esprimere opinioni o idee]
		16.12 Di quali tipologie di atteggiamenti negativi è stato fatto oggetto negli ultimi 12 mesi? [Atti di sabotaggio, compromissione nella sfera lavorativa e/o personale]
		16.13 Di quali tipologie di atteggiamenti negativi è stato fatto oggetto negli ultimi 12 mesi? [Commenti sarcastici]
		16.14 Di quali tipologie di atteggiamenti negativi è stato fatto oggetto negli ultimi 12 mesi? [Critiche ingiustificate, "incarnazione" del capro espiatorio]
		16.15 Di quali tipologie di atteggiamenti negativi è stato fatto oggetto negli ultimi 12 mesi? [Lavoro giudicato in modo ingiusto]
		16.16 Di quali tipologie di atteggiamenti negativi è stato fatto oggetto negli ultimi 12 mesi? [Insulti o commenti offensivi sulla Sua persona o la Sua vita privata]
	<b>Scala 4 – "Totale sintomi"</b>	24.1 Quali tra queste condizioni attribuibili agli atteggiamenti negativi di cui è stato fatto oggetto, ha sperimentato negli ultimi 12 mesi? [Ansia]
		24.2 Quali tra queste condizioni attribuibili agli atteggiamenti negativi di cui è stato fatto oggetto, ha sperimentato negli ultimi 12 mesi? [Cefalea]
		24.3 Quali tra queste condizioni attribuibili agli atteggiamenti negativi di cui è stato fatto oggetto, ha sperimentato negli ultimi 12 mesi? [Disturbi del sonno]
		24.4 Quali tra queste condizioni attribuibili agli atteggiamenti negativi di cui è stato fatto oggetto, ha sperimentato negli ultimi 12 mesi? [Disturbi gastrointestinali]
		24.5 Quali tra queste condizioni attribuibili agli atteggiamenti negativi di cui è stato fatto oggetto, ha sperimentato negli ultimi 12 mesi? [Ridotta auto-stima]
		24.6 Quali tra queste condizioni attribuibili agli atteggiamenti negativi di cui è stato fatto oggetto, ha sperimentato negli ultimi 12 mesi? [Frequenti flashback, comparsa improvvisa di immagini relative ai vissuti di atteggiamenti negativi subiti dai colleghi]
		24.7 Quali tra queste condizioni attribuibili agli atteggiamenti negativi di cui è stato fatto oggetto, ha sperimentato negli ultimi 12 mesi? [Apatia]
		24.8 Quali tra queste condizioni attribuibili agli atteggiamenti negativi di cui è stato fatto oggetto, ha sperimentato negli ultimi 12 mesi? [Sensazione di disconnessione/alienazione]
		24.9 Quali tra queste condizioni attribuibili agli atteggiamenti negativi di cui è stato fatto oggetto, ha sperimentato negli ultimi 12 mesi? [Depressione]
		24.10 Quali tra queste condizioni attribuibili agli atteggiamenti negativi di cui è stato fatto oggetto, ha sperimentato negli ultimi 12 mesi? [Sensazione di difficoltà a respirare]

Score	Scale	Item
		24.11 Quali tra queste condizioni attribuibili agli atteggiamenti negativi di cui è stato fatto oggetto, ha sperimentato negli ultimi 12 mesi? [Sensazione di tensione/dolenzia muscolare diffusa]
		24.12 Quali tra queste condizioni attribuibili agli atteggiamenti negativi di cui è stato fatto oggetto, ha sperimentato negli ultimi 12 mesi? [Assenze dal lavoro intenzionali]
		24.13 Quali tra queste condizioni attribuibili agli atteggiamenti negativi di cui è stato fatto oggetto, ha sperimentato negli ultimi 12 mesi? [Sensazione di stanchezza cronica, esaurimento]
		24.14 Quali tra queste condizioni attribuibili agli atteggiamenti negativi di cui è stato fatto oggetto, ha sperimentato negli ultimi 12 mesi? [Sensazione ripetuta di nervosismo e rabbia]
		24.15 Quali tra queste condizioni attribuibili agli atteggiamenti negativi di cui è stato fatto oggetto, ha sperimentato negli ultimi 12 mesi? [Facile suscettibilità]
		24.16 Quali tra queste condizioni attribuibili agli atteggiamenti negativi di cui è stato fatto oggetto, ha sperimentato negli ultimi 12 mesi? [Frequente senso di colpa]
		24.17 Quali tra queste condizioni attribuibili agli atteggiamenti negativi di cui è stato fatto oggetto, ha sperimentato negli ultimi 12 mesi? [Timore di andare a lavorare, perdita di voglia di andare a lavorare]
		24.18 Quali tra queste condizioni attribuibili agli atteggiamenti negativi di cui è stato fatto oggetto, ha sperimentato negli ultimi 12 mesi? [Riduzione del senso di appartenenza all'organizzazione]
		24.19 Quali tra queste condizioni attribuibili agli atteggiamenti negativi di cui è stato fatto oggetto, ha sperimentato negli ultimi 12 mesi? [Problemi di concentrazione sul lavoro]
		24.20 Quali tra queste condizioni attribuibili agli atteggiamenti negativi di cui è stato fatto oggetto, ha sperimentato negli ultimi 12 mesi? [Errori sul lavoro]
		24.21 Quali tra queste condizioni attribuibili agli atteggiamenti negativi di cui è stato fatto oggetto, ha sperimentato negli ultimi 12 mesi? [Dolore toracico, palpitazioni]
		24.22 Quali tra queste condizioni attribuibili agli atteggiamenti negativi di cui è stato fatto oggetto, ha sperimentato negli ultimi 12 mesi? [Aumento eccessivo dell'assunzione di cibo, o riduzione dell'appetito]
		24.23 Quali tra queste condizioni attribuibili agli atteggiamenti negativi di cui è stato fatto oggetto, ha sperimentato negli ultimi 12 mesi? [Sensazione che la vita lavorativa influenzi negativamente la Sua vita privata (famiglia, affetti)]
		24.24 Quali tra queste condizioni attribuibili agli atteggiamenti negativi di cui è stato fatto oggetto, ha sperimentato negli ultimi 12 mesi? [Aumento del consumo di alcool, sigarette, sostanze]
	<b>Scala 5 – “Totale richiesta aiuto”</b>	27.1 Può dire con chi ne ha parlato? [Con i diretti interessati (i perpetratori degli atteggiamenti negativi)]
		27.2 Può dire con chi ne ha parlato? [Con colleghi infermieri]
		27.3 Può dire con chi ne ha parlato? [Con colleghi appartenenti ad altre categorie professionali (medici, operatori di supporto, etc...)]
		27.4 Può dire con chi ne ha parlato? [Con il coordinatore infermieristico]

Score	Scale	Item
		27.5 Può dire con chi ne ha parlato? [Con un infermiere dirigente]
		27.6 Può dire con chi ne ha parlato? [Con membri del comitato unico di garanzia o organo aziendale analogo a tutela degli episodi di bullismo e mobbing sul luogo di lavoro]
		27.7 Può dire con chi ne ha parlato? [Con rappresentanti sindacali]
	<b>Scala 6 – “Frequenza e presenza attuale mobbing”</b>	18. Negli ultimi 12 mesi, è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione ad una frequenza di almeno una volta alla settimana per un periodo non inferiore a 6 mesi?
		19. Lei è tuttora oggetto di uno o più atteggiamenti di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione?
	<b>Scala 7 – “Idiosincrasie lavorativo-professionali”</b>	20. Negli ultimi 12 mesi, Lei ha richiesto di cambiare reparto/servizio a causa di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione?
		21. Negli ultimi 12 mesi, Lei ha cambiato reparto/servizio a causa di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione?
		22. Negli ultimi 12 mesi, Lei ha pensato di lasciare la professione infermieristica a causa di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione?
	<b>Scala 8 – “Agentività”</b>	29. Negli ultimi 12 mesi, ha avuto modo di assistere ad atteggiamenti negativi (vedi elenco ad inizio pagina) esercitati da suoi colleghi di pari grado e posizione nei confronti di altri colleghi?
		30. Negli ultimi 12 mesi, ritiene di aver assunto uno o più atteggiamenti negativi (vedi elenco ad inizio pagina) nei confronti di suoi colleghi di pari grado e posizione?

In figura 3 viene rappresentata la flow-chart di compilazione del QuINI online.

**Figura 3 – Flowchart di compilazione online dello studio QuNI**



### **7.5.2 Negative Acts Questionnaire – Revised (NAQ-R) versione italiana**

La validazione del costrutto del QuINI, il cui elemento centrale è senz'altro la strutturazione dei fenomeni di abuso nel mobbing/bullismo tra pari, ha richiesto la comparazione con un'altra scala che in modo consistente, misurasse il mobbing.

La validità convergente del QuINI è stata misurata mediante la somministrazione del NAQ-R nella versione italiana validata da Gabriele Giorgi tra il 2004 ed il 2005 (allegato I).<sup>[7]</sup> Il NAQ è lo strumento più diffuso per misurare il mobbing, intendendosi una situazione in cui una o più persone, sistematicamente in un certo periodo di tempo, si sentono vittime di azioni negative (AN) da parte di uno o più individui, e trovano difficoltà nel difendersi contro tali azioni. Einarsen & Raknes hanno costruito la prima versione del NAQ mediante l'uso di scale a 5 punti,<sup>[182]</sup> per poi passare alla strutturazione della versione rivista (NAQ-R), che consta di 22 item.<sup>[174]</sup> Il NAQ-R validato da Giorgi, invece, presenta una versione a 17 item, con scale a 5 punti (“mai”, “qualche volta”, “ogni mese”, “ogni settimana”, “ogni giorno”; ricodificate nel presente progetto di ricerca in punteggi da 1 a 5).<sup>[7]</sup>

Il NAQ-R prevede 2 sotto-scale: il “personal bullying” (item n. 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16) ed il “work-related bullying” (item n. 1, 3, 4, 14, 17)<sup>[179]</sup>

### **7.5.3 Copenhagen Burnout Inventory (CBI) versione italiana**

Il burnout, nella definizione di Maslach, è una “sindrome psicologica caratterizzata da esaurimento, cinismo e inefficacia, che è esperita in risposta a stressori lavorativi cronici.”<sup>[183]</sup>

L'uso di uno strumento di misurazione del burnout si presta efficacemente sia alla validazione predittiva che a quella concorrente del QuINI. Nel primo caso il motivo è dovuto al fatto che tra le possibili conseguenze dell'inciviltà sul posto di lavoro, è stata ipotizzata una relazione con l'insorgenza della componente di esaurimento emotivo nel burnout, che ne rappresenta appunto l'elemento centrale. Laschinger e collaboratori, nel 2006, hanno messo in evidenza mediante regressione logistica gerarchica su un campione di 247 infermieri neograduati dell'Ontario (meno di 2 anni di anzianità professionale), che i comportamenti di civiltà sul posto di lavoro erano predittori indipendenti della componente di esaurimento emotivo del burnout, misurata con la Maslach Burnout Inventory - General Survey ( $\beta=-0.18$ ,  $p < 0.01$ ).<sup>[184]</sup> Questo suggerisce che lavorare in ambienti privi di inciviltà sul posto di lavoro tra colleghi, può prevenire, negli infermieri

neograduati, i fenomeni di burn-out.<sup>[184]</sup> Altri studi hanno rilevato correlazioni significative ( $p < 0.05$ ) tra inciviltà da parte di infermieri pari grado ed esaurimento emotivo ( $r = 0.235$ ), cinismo ( $0.304$ ), impegno ( $r = -0.266$ ), e soddisfazione lavorativa ( $r = -0.325$ ).<sup>[106]</sup> Altri ancora hanno confermato la presenza di correlazione diretta tra burnout e inciviltà sul posto di lavoro ( $p < 0.005$ ) su campioni di convenienza di infermieri per acuti, in ospedali americani.<sup>[108]</sup> Infine la presenza di esaurimento emotivo, core component del burnout, è fortemente correlata anche con il bullying, nei punteggi di personal bullying ( $r = 0.94$ ,  $p < 0.05$ ) e work related bullying ( $r = 0.89$ ,  $p < 0.05$ ) tra gli infermieri neograduati.<sup>[134]</sup>

Per quanto riguarda invece la possibilità che il burnout costituisca un criterio di validità concorrente, è data dal fatto che alcuni autori hanno ipotizzato modelli di amplificazione della cultura dell'inciviltà che trovano la loro genesi fattoriale in alti livelli di stress tra infermieri, che se non intercettati da adeguate iniziative volte a favorire il loro empowerment, possono sfociare facilmente nel fenomeno del burnout, e questo favorire gli eventi di inciviltà sul luogo di lavoro.<sup>[108]</sup>

Dal momento che il QuINI indaga la presenza di interazioni negative tra colleghi avvenute nel corso degli ultimi 12 mesi, è possibile che la positività al burnout possa essere una conseguenza e quindi avvenire in una successione temporale differita rispetto al verificarsi di comportamenti ostili subiti, giustificandone quindi la validazione di tipo predittivo. Al contrario, l'ipotesi alla base della validità concorrente del QuINI, sempre attraverso la rilevazione della presenza di burnout, è legittimata dal fatto che le condizioni di esaurimento emotivo possono esporre ed essere compresenti al verificarsi di conflitti all'interno dei gruppi di lavoro e quindi chi ne è esposto possa più facilmente divenire vittima di atteggiamenti ostili da parte dei colleghi. In ogni caso, come già dimostrato in letteratura, esiste un'associazione tra i 2 fenomeni, che ne giustifica la misura come criterio esterno di validità per il QuINI.<sup>[108,184]</sup>

La validità predittiva/concorrente del QuINI è stata testata mediante la somministrazione del CBI versione italiana di Avanzi et al. 2010-2011.<sup>[180]</sup> Questo strumento nasce sui presupposti delle critiche mosse alle 3 dimensioni del costrutto del Maslach Burnout Inventory, e cioè che in realtà la dimensione centrale del burnout sia solo "l'esaurimento emotivo", mentre la "depersonalizzazione" e la "ridotta realizzazione personale" siano solo conseguenze. Peraltro anche Maslach stessa riconosce nell'esaurimento emotivo

l'elemento core del burnout, e che costituisce lo starter che dà poi origine al cinismo e alla sensazione di inefficacia lavorativa.<sup>[185]</sup>

Il CBI è composto da tre dimensioni, che valutano il livello di esaurimento e di fatica della persona.<sup>[186]</sup> Il CBI distingue fra un esaurimento legato alla vita in generale della persona, e quindi presente sia in lavoratori che in non lavoratori, dal burnout associato al lavoro e all'ambiente, e quello dato dal contatto continuo con alcune categorie di utenti. Il CBI si compone di 19 domande, 12 sul burnout personale e 7 sulla salute generale, con scale a 5 punti ("mai o quasi mai"; "raramente"; "qualche volta"; "spesso"; "sempre"; ricodificate nel presente progetto di ricerca in punteggi da 1 a 5). Le 3 sottoscale del CBI sono: "burnout personale" (item n. 1, 2, 3, 4, 5, 6), "burnout lavorativo" (item n. 7, 8, 9, 10 reverse, 13, 14, 15), "burnout utente" (item n. 11, 12, 16, 17, 18, 19).

#### **7.5.4 Classroom and School Community Inventory (CSCI)**

La validità discriminante del QuINI è stata studiata mediante l'impiego del CSCI - Modulo per la classe/corso, una sorta di Sense of Community Scale (SOC) adattata per la comunità professionale. La scelta di questo criterio esterno è stata basata sull'ipotesi che, come conseguenza del subire atteggiamenti negativi (e, ancor più, forme strutturate del fenomeno), ne derivi una riduzione del senso di appartenenza alla comunità professionale, in questo caso quella degli infermieri.

Il CSCI, disegnata da Rovai et al.,<sup>[181]</sup> nasce con lo scopo di evidenziare il senso di comunità degli studenti, sviluppando 2 sottoscale: il CSCI - Modulo per la classe/corso (10 item) e la CSCI - Modulo per la scuola/istituto (10 item). Le risposte prevedono l'uso di scale Likert a 5 punti. Lo score originale range varia tra 0 e 20 punti per ogni sottoscala, e 0 – 40 punti per la scala totale.<sup>[181]</sup>

Gli score più elevati riflettono un maggiore senso di comunità dei rispondenti.

La sottoscala impiegata nel presente studio è stata lo CSCI - Modulo per la classe/corso, adattata alla comunità infermieristica, sulla base della versione italiana attualmente in fase di validazione, costituita da 10 domande con scala a 5 punti ("fortemente in disaccordo"; "disaccordo"; "neutrale"; "d'accordo"; "fortemente d'accordo"; ricodificate nel presente progetto di ricerca in punteggi da 1 a 5), di cui 2 reverse (item n. 4 e n. 8).

La versione della SOC CSCI - Modulo per la classe/corso utilizzata per la validazione di criterio, mantiene in ogni caso una consistenza interna adeguata (alfa di Cronbach 0.734), se comparata con la versione originale (alfa di Cronbach 0.84)<sup>[181]</sup> La valutazione della

consistenza interna è stata effettuata sulla base delle risposte al secondo invio dei questionari nel presente progetto di ricerca.

Tutti gli strumenti di misura appena descritti sono stati sviluppati mediante l'applicazione Google Drive Moduli<sup>®</sup> (Google Inc. 1600 Amphitheatre Parkway Mountain View, CA 94043, US), ed i risultati sono stati esportati su foglio Microsoft Excel 2010<sup>®</sup> (Microsoft, 1 Microsoft Way, Redmond, WA 98052, USA). I questionari impiegati, sono stati realizzati nelle loro versioni online con obbligatorietà di risposta per poter passare all'item successivo, allo scopo di evitare di ottenere questionari non completamente compilati. I database contenenti le risposte ai questionari sono stati opportunamente importati per l'analisi statistica, sui software predisposti. Le analisi statistiche descrittive ed esplorativo-inferenziali sono state condotte mediante l'utilizzo dei software SPSS versione 20<sup>®</sup> (SPSS Statistics, IBM Italia, Circonvallazione Idroscalo, 20090 Segrate – Milano) e Graphpad Prism 6<sup>®</sup> (GraphPad Software, Inc. 7825 Fay Avenue, Suite 230 La Jolla, CA 92037 USA).

## **7.6 Variabili studiate e modalità di analisi**

Tutte le variabili nominali utilizzate nel progetto di ricerca sono andate incontro a fase di pre-processing analitico per ricodifica numerica adeguata al loro utilizzo nei software di analisi statistica.

La validazione di contenuto rispetto alla rilevanza degli item che compongono il QuINI è stata effettuata mediante il calcolo dell'Item-Content Validity Index (I-CVI). L'I-CVI è calcolato come la proporzione di esperti che hanno dato all'item punteggio di 3 o 4.<sup>Polit & Beck 2006</sup> La validazione di contenuto per fattori critici (cioè quella “multidimensionale”) ha previsto, per ogni fattore critico esplorato l'I-CVI comparata ai valori di Kappa di Cohen modificata per multirater e l'esecuzione di Scale-Content Validity Index (punteggio di CVI per l'intera scala), mediante esecuzione della media dei punteggi di I-CVI di tutti gli item della scala (S-CVI/Ave).<sup>[187]</sup>

La validazione di facciata è stata effettuata mediante il calcolo dell'I-CVI e dell'S-CVI/Ave per ogni dimensione esplorata esattamente come nella validazione di contenuto effettuata dal gruppo di esperti.

L'analisi descrittiva dei dati di tutti i questionari inviati è stata eseguita mediante gli usuali indici di tendenza centrale e dispersione sulla base della distribuzione dei dati, quindi in

media e deviazione standard in presenza di variabili distribuite su curva gaussiana, oppure in termini di mediana, range e percentili in caso di distribuzione non normale. Sono state inoltre comparate le variabili demografiche tra il primo ed il secondo invio mediante test  $\chi^2$  per le differenze tra proporzioni, oppure t Student-test o Mann-Whitney U test, rispettivamente per differenze tra medie o mediane delle distribuzioni. Analogamente sono state comparate le risposte fornite dal campione studiato durante il primo ed il secondo invio del QuINI v.3.

L'analisi esplorativa delle variabili del QuINI v.3 è stata di tipo bivariato, alla ricerca di associazioni di tipo statistico particolarmente per quanto riguarda la presenza di interazioni negative e di mobbing orizzontale e le caratteristiche sociodemografiche dei rispondenti. La ricerca di correlazione tra singoli variabili di esito come la presenza di interazioni negative, il mobbing orizzontale, le conseguenze sul piano professionale e psicofisico con le variabili sociodemografiche considerate come fattori di rischio per il verificarsi dei fenomeni studiati, è stata eseguita mediante correlazione r-di Pearson per le variabili continue, e  $\chi^2$  per le differenze tra le proporzioni. Per quanto concerne l'esecuzione del  $\chi^2$ , trattandosi di statistica esplorativa, non è stata applicata la correzione di Bonferroni per la significatività. Questa verrà applicata, rispetto alle analisi più importanti nella pubblicazione del presente lavoro.

Allo scopo di comparare, sia in fase esplorativa che nello studio di validità di costruito e di criterio, le variabili di tipo binomiale con quelle continue e/o ordinali, si è ottenuto la discretizzazione di queste ultime, previo calcolo delle mediane, andando quindi a ricodificare in nuove variabili (denominate "nome variabile D") da una parte valori minori od uguali alla mediana, e dall'altra superiori a questa. Ottenute queste ricodifiche, è stato calcolato il  $\chi^2$ . Alcune variabili sono state create ex novo, per favorire l'analisi esplorativa, come nel caso della variabile area critica/non critica, e ospedale/territorio, risultanti dall'aggregazioni di delle risposte relative ai dati di servizio di appartenenza.

La consistenza interna del QuINI e delle singole sottoscale di cui si compone lo score è stata ottenuta con il calcolo dell'alfa di Cronbach, che per i dati dicotomici, è equivalente al coefficiente Kuder-Richardson 20 (KR20).

Infine è stata condotta un'analisi multivariata mediante regressione logistica (in modalità backward step) per la valutazione dei fattori di rischio per le interazioni negative, il mobbing/bullismo orizzontale, la presenza di sintomi e disturbi psicofisici, e l'aver fatto domanda per cambiare servizio di allocazione a seguito di interazioni negative. Al

contempo, si è verificato anche la presenza di fattori di rischio sia per il burnout personale, quello lavorativo e quello legato ai pazienti, che per il senso di comunità (SOC/CSCI) sempre mediante regressione logistica.

## **7.7 Aspetti etici e rispetto della confidenzialità**

È stato effettuato il percorso previsto per la richiesta di autorizzazione allo svolgimento dello studio presso il Comitato Etico (CE) di Area Vasta Centro con riferimento n. OSS 15.018 (protocollo n. 2015/0007201). Il CE ha reputato non esprimere parere sullo studio, in quanto rivolto agli operatori sanitari e non ai pazienti, demandando l'iter autorizzativo alle direzioni generali aziendali interessate, e limitandosi a raccomandare l'esecuzione dello studio in stretta osservanza delle norme a tutela della privacy personale e del trattamento dei dati personali e sensibili.

Nel contempo lo scrivente ha attivato gli iter per le richieste di autorizzazione allo svolgimento della ricerca presso le direzioni generali delle 3 aziende arruolate, ottenendole, attraverso la mediazione delle direzioni infermieristiche locali.

Per tutto il processo di studio è stata garantita la tutela dei soggetti secondo quanto raccomandato nella Convenzione di Oviedo e nella dichiarazione di Helsinki.

Il candidato si è impegnato alla tutela dei dati personali sensibili, clinici e non, dei soggetti coinvolti nello studio secondo quanto stabilito in materia dalla normativa nazionale (D.Lgs 196/2003).

La trasposizione dei questionari su modulo informatico via internet è stata effettuata in modo tale che i rispondenti non avessero alcun accesso a nessun tipo di dato eccettuato i propri questionari da compilare.

I dati sono stati archiviati in database contenuti in un PC con password il cui accesso è stato limitato al solo responsabile dello studio, cioè allo scrivente.

I dati sono stati trattati solo ed esclusivamente in forma anonima e analizzati in forma aggregata, tale da rendere impossibile la tracciabilità dei singoli individui e dei gruppi stessi che hanno allo studio.

## **8. Validazione di contenuto e di facciata**

Una volta formulato il framework teorico e concettuale alla base del QuNI, lo strumento è stato sottoposto a valutazione da parte del gruppo di esperti individuato dal ricercatore, per la costruzione del QuNI v.3 definitivo. Inoltre, il questionario è andato incontro ad un passaggio di valutazione da parte di un campione di convenienza di infermieri, che rappresentavano dei potenziali rispondenti al questionario (validità di facciata).

Di seguito, si riporta il percorso effettuato con le modalità di analisi ed i risultati.

La validazione di contenuto attraverso il gruppo di esperti si è sviluppata in tre passaggi. Dopo la strutturazione del QuNI da parte dello scrivente, il questionario è stato inviato, nel periodo tra giugno e luglio 2014, a valutazione di rilevanza per tutti gli item e sub-item da parte del gruppo di esperti. Sulla base dei punteggi ottenuti e dei suggerimenti diretti da parte dei componenti del gruppo, il QuNI ha subito alcune modificazioni, le quali sono state nuovamente sottoposte al giudizio di rilevanza degli esperti, tra ottobre e novembre 2014, con la medesima modalità. Al termine di questo secondo passaggio, il QuNI è stato nuovamente modificato arrivando alla sua seconda versione (QuNI v.2). A questo punto tutti gli item e sub-item del questionario sono stati nuovamente inoltrati al gruppo di esperti per la valutazione multidimensionale, in termini di adeguatezza, comprensibilità, efficienza, sensibilità, ed affidabilità rispetto al costrutto che il QuNI intende misurare.

Infine, la seconda versione del QuNI è stata inviata ad un campione di convenienza di 21 infermieri potenzialmente candidabili alla somministrazione operativa, allo scopo di valutare la validità di facciata, in termini di adeguatezza, rilevanza, comprensibilità e neutralità, dando poi origine alla sua versione attuale, il QuNI v.3.

### **8.1 Metodologia adottata per la validazione di contenuto e di facciata**

#### **8.1.1 Gruppo di esperti per la validazione di contenuto**

Il gruppo degli esperti invitati alla valutazione del contenuto del questionario era inizialmente composto da 8 persone, ridottosi a 7 per la mancata risposta di uno psicologo. Quindi il gruppo che effettivamente ha partecipato è stato formato da:

- 2 professori associati MED 45 - Scienze infermieristiche generali, cliniche e pediatriche presso Università di Firenze e Università Campus Bio-Medico di Roma
- 1 antropologo professore a contratto presso le Università di Firenze e Torino
- 1 sociologa professoressa a contratto presso l'Università di Firenze
- 1 psicologo ricercatore Legge 240/10 a tempo determinato M-PSI/05 - Psicologia sociale presso l'Università di Firenze
- 1 psicologa sociale, ricercatrice confermata MED 44 – Medicina del Lavoro presso l'Università di Milano
- 1 psicologo ricercatore non confermato PSI 06 - Psicologia del Lavoro e delle Organizzazioni, presso l'Università Europea di Roma

### **8.1.2 Strumenti e metodi per la validazione di contenuto**

Per quanto riguarda la metodologia di valutazione delle risposte fornite dagli esperti, il ricercatore si è avvalso del Content Validity Index (CVI).<sup>polit&beck 2006; - polit&beck 2007</sup>

Il CVI è uno strumento ampiamente usato nella comunità infermieristica, anche se appare criticato da alcuni autori, ed è suscettibile di 2 diverse tipologie di approccio: conservativo o liberale.<sup>[187,188]</sup>

In generale è consigliato utilizzare scale numeriche ordinali a 3-5 punti, anche se sembra che a 4 punti sia ottimale, dal momento che permette di evitare valutazioni neutrali o ambigue.<sup>[187]</sup>

Una delle maggiori critiche del CVI è legata al fatto che è un indice di concordanza inter-operatore, che esprime la proporzione di accordo, e questo può essere ingrandito da fattori casuali. Per questo motivo, con un numero di esperti  $\leq 5$  l'Item Content Validity Index (I-CVI) accettabile dovrebbe essere 1.00, per scendere come soglia a 0.78 in presenza di un numero di esperti  $\geq 6$ .<sup>[187]</sup>

Polit & Beck, nella loro pubblicazione sul metodo del 2007 hanno calcolato i punteggi di I-CVI, contestualmente ai valori di Kappa di Cohen modificata per valutazioni multirater per un numero di esperti variabile tra 3 e 9.<sup>[188]</sup> La rilevazione di livelli cosiddetti eccellenti, dopo l'aggiustamento dei valori per la casualità, sono fissati alla soglia di 0.78.<sup>[188]</sup>

Per quanto riguarda, invece il CVI per le scale (S-CVI), definito come la proporzione di item cui è stata assegnato un punteggio di 3 o 4 dai valutatori, la soglia di accettabilità è fissata al valore di 0.80.<sup>[187]</sup>

In caso di interpretazione conservativa, ci si riferisce alla proporzione di item che hanno ricevuto valutazione 3 o 4 da tutti gli esperti (S-CVI/UA, Universal Agreement). Con questo approccio, all'aumentare del numero degli esperti, diminuisce la probabilità di ottenere un accordo totale.<sup>[187]</sup>

Se invece viene usato un approccio interpretativo più liberale nella definizione di S-CVI, e cioè come la proporzione media di items quotati 3 o 4 tra i vari valutatori, si ottiene la S-CVI/Ave, intesa come la media dei valori di I-CVI ottenuti. In questo, caso, sembra opportuno elevare la soglia di accettabilità a 0.90.<sup>[187]</sup>

In ogni caso gli autori raccomandano 2 giri di valutazione da parte dei gruppi di esperti, allo scopo di rivalutare gli items dopo eventuali aggiustamenti.

In sintesi, la validazione di contenuto sul QulNI è stata condotta tenendo presente per l'uso del Content Validity Index – Item (I-CVI), i livelli di accettabilità consigliati per un numero tra 6 e 10 esperti, cioè valori soglia di 0.78. Mentre per la media dello score per tutta la scala, misurata con Content Validity Index – Scale/Average (S-CVI/Ave), i valori soglia di accettabilità, sempre in presenza di 6-10 esperti, sono stati mantenuti a 0.90.

In ogni caso, si tenga presente, tra i potenziali limiti di questo metodo, che bassi valori di CVI possono sottintendere a operatività non ottimali del costrutto sottostante, o che le specifiche o le direzioni indicate agli esperti non sono adeguate, o, infine, che gli esperti sono in errore, impreparati, oppure portatori di bias.<sup>[188]</sup>

Le modalità operative per l'effettuazione della validazione di contenuto e facciata sono descritte di qui a seguito: i giri di valutazione degli item e sub-item che compongono lo strumento sono stati realizzati mediante la strutturazione di un questionario di valutazione della rilevanza graduato su scala a 4 punti (1 – per niente rilevante, 2 – poco rilevante, 3 abbastanza rilevante, 4 – molto rilevante) e somministrato attraverso la piattaforma Google Drive (Google®), dopo averlo traslato su Google Moduli (Google®). I relativi fogli di calcolo in formato xls prodotti in automatico dal sistema sono stati poi processati, per dare origine ai calcoli dei punteggi medi e del CVI.

## **8.2 Validazione di contenuto. Risultati del primo invio di valutazione al gruppo di esperti**

Il primo invio delle domande che compongono lo strumento è stato effettuato a 8 esperti invitati, di cui 7 (87.5%) sono stati i rispondenti effettivi.

I risultati di questo invio sono riportati, per ogni singolo item e sub-item, in tabella 19.

**Tabella 19 – Risultati del primo invio per validità contenuto del QuINI v.1, e items e sub-items scartati**

Item/ Sub- item	Contenuto QuINI v.1	Media	I-CVI
15	Negli ultimi 12 mesi Lei ritiene di essere stato/a oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione? Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	3.42	0.85
16	Se ha risposto sì alla domanda numero 15, potrebbe indicare il numero dei colleghi che hanno avuto atteggiamenti negativi nei suoi confronti? (scrivere il numero)	2.71	0.57
17	Se ha risposto sì alla domanda numero 15, di quali tipologie di atteggiamenti negativi è stato fatto oggetto negli ultimi 12 mesi? (possibile anche più di una risposta)		
<del>17.1</del>	<del>Lamentele condivise con altri senza prima averne discusso con Lei</del>	2.71	0.57
17.2	Rivelazione ad altri di informazioni confidenziali	3.28	1
<del>17.3</del>	<del>Interruzione di conversazioni al momento del Suo arrivo/ingresso</del>	2.85	0.71
17.4	Indifferenza, scoraggiamento, e rifiuto di aiuto	3.71	1
17.5	Atteggiamenti snob relativi a qualità del lavoro, formazione, esperienza e così via...	3.14	0.85
17.6	Critiche frequenti/abituale, atteggiamenti sminuenti, di tendenza al biasimo	3.85	1
<del>17.7</del>	<del>Chiacchiericci, false informazioni condivise con gli altri</del>	2.83	0.66
17.8	Umiliazioni, condizioni in cui Lei è stato/a messo/a in imbarazzo	3.5	1
<del>17.9</del>	<del>Contributi personali e/o idee ignorate, sminuite</del>	3.14	0.71
17.10	Atteggiamenti di isolamento, separazione, "trattamento col silenzio"	3.57	1
17.11	Messaggi/informazioni importanti omessi o comunicati in ritardo	3.14	0.85
17.12	Assegnazione del lavoro/pazienti ingiusta	3.28	0.85
17.13	Intimidazioni, minacce	4	1
17.14	Mancato riconoscimento/accreditamento del lavoro svolto	3.42	0.85
<del>17.15</del>	<del>Atteggiamenti mortificanti: comportamenti sminuenti, alteziosi, paternalistici</del>	3.5	0.71
<del>17.16</del>	<del>Mancato rispetto di impegni/promesse</del>	3	0.71
17.17	Ammonimento ricevuto di fronte ad altri	3.33	1
17.18	Limitazioni alla possibilità di esprimere opinioni o idee	3.16	0.83
17.19	Atti di sabotaggio, compromissione nella sfera lavorativa e/o personale	3.71	0.85
17.20	Commenti sarcastici	3.33	1
17.21	Isolamento professionale e/o sociale, esclusione dalle attività o conversazioni	3.57	0.85
17.22	Critiche ingiustificate, "incarnazione" del capro espiatorio	3.57	0.85
<del>17.23</del>	<del>Lavoro giudicato in modo ingiusto oppure offensivo</del>	3.14	0.71
<del>17.24</del>	<del>Aspettative nei Suoi confronti, senza che precedentemente Le abbiano spiegato come o cosa fare</del>	3	0.71
<del>17.25</del>	<del>Eccessivo controllo nei confronti del Suo lavoro</del>	2.71	0.57
17.26	Insulti o commenti offensivi sulla Sua persona o la Sua vita privata	3.71	0.85
<del>17.27</del>	<del>Insulti o commenti offensivi sulla Sua razza/etnia</del>	3.42	0.71
<del>17.28</del>	<del>Insulti o commenti offensivi sul Suo genere di appartenenza</del>	3.42	0.71
<del>17.29</del>	<del>Insulti o commenti offensivi sul Suo credo religioso</del>	3.42	0.71
17.30	Altro (specificare): _____	3.5	0.8
18	Negli ultimi 12 mesi, è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione ad una frequenza di almeno una volta alla settimana per un periodo non inferiore a 6 mesi? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	3.57	1
<del>19</del>	<del>Se è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione, potrebbe indicare in una scala da 0 a 10, quanto questi siano stati frequenti negli ultimi 12 mesi (scrivere il numero)?</del>	2.85	0.57

Item/ Sub- item	Contenuto QulNI v.1	Media	I-CVI
20	Se è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione, potrebbe indicare in una scala da 0 a 10, quanto questi siano stati intensi negli ultimi 12 mesi (scrivere il numero)?	3	0.83
21	Se è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione negli ultimi 12 mesi, potrebbe indicare in una scala da 0 a 10, quanto questi abbiano avuto influenza sulla Sua percezione del clima lavorativo (scrivere il numero)?	2.71	0.57
22	Se è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione negli ultimi 12 mesi, che caratteristiche hanno avuto? (possibile più di una risposta)		
22.1	Non è chiaro se gli atteggiamenti negativi nei miei confronti siano stati condotti con l'intento di recarmi un danno	2.71	0.57
22.2	Gli atteggiamenti negativi sono stati condotti saltuariamente	3	0.71
22.3	Gli atteggiamenti negativi sono stati chiaramente condotti con l'intento di recarmi danno	3.42	1
22.4	Gli atteggiamenti negativi sono stati condotti ripetutamente e a lungo	3.71	1
22.5	Gli atteggiamenti negativi sono stati condotti da colleghi di pari grado, ma che hanno maggior autorevolezza/responsabilità, o migliore posizione nel gruppo di lavoro, rispetto a me	2.28	0.42
22.6	Gli atteggiamenti negativi consistevano prevalentemente in molestie (attacchi e discriminazioni sessuali, religiose, etniche, di pensiero...)	3	0.57
23	Negli ultimi 12 mesi, ha avuto modo di assistere ad atteggiamenti negativi (vedi elenco nella domanda 17) esercitati da suoi colleghi di pari grado e posizione nei confronti di altri colleghi? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	3.28	0.85
24	Lei è tuttora oggetto di uno o più atteggiamenti di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No"	3.42	0.85
25	Negli ultimi 12 mesi, Lei ha richiesto di cambiare reparto/servizio a causa di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	3.57	0.85
26	Negli ultimi 12 mesi, Lei ha cambiato reparto/servizio a causa di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	3.71	0.85
27	Negli ultimi 12 mesi, Lei ha pensato di lasciare la professione infermieristica a causa di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	3.71	0.85
28	In generale, quale tra gli atteggiamenti negativi elencati nella domanda 17 Lei ritiene che sia il più grave?"" (scrivere una sola risposta)"	2.85	0.57
29	Negli ultimi 12 mesi, ritiene di aver assunto uno o più atteggiamenti negativi (vedi elenco nella domanda 17) nei confronti di suoi colleghi di pari grado e posizione? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No"	3.42	0.85
30	Se è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione negli ultimi 12 mesi, ritiene che questi abbiano avuto un'influenza sulle sue condizioni psicofisiche? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	2.85	0.71
31	Se ha risposto sì alla domanda precedente (numero 30), quali tra queste condizioni, attribuibili agli atteggiamenti negativi di cui è stato fatto oggetto, ha sperimentato negli ultimi 12 mesi? (anche più di una risposta)		
31.1	Ansia	3.71	1
31.2	Cefalea	3.42	1
31.3	Disturbi del sonno	3.85	1
31.4	Disturbi gastrointestinali	3.42	1
31.5	Ridotta auto-stima	4	1
31.6	Morale basso	3	0.57
31.7	Frequente ritorno del pensiero ai vissuti di atteggiamenti negativi subiti	3.28	0.71
31.8	Apatia	3.71	1
31.9	Sensazione di disconnessione/alienazione	3.71	1
31.10	Depressione	3.71	0.85

Item/ Sub- item	Contenuto QuINI v.1	Media	I-CVI
31.11	Vertigini	2.33	0.33
31.12	Sensazione di difficoltà a respirare	3	0.85
31.13	Sensazione di tensione muscolare diffusa	2.85	0.71
31.14	Assenze dal lavoro intenzionali	3.71	1
31.15	Sensazione di stanchezza cronica, esaurimento	3.28	0.85
31.16	Sensazione ripetuta di nervosismo e rabbia	3.71	1
31.17	Facile suscettibilità	3.57	1
31.18	Frequente senso di colpa	3.28	0.85
31.19	Sentirsi ripetutamente sul punto di piangere	3.14	0.71
31.20	Timore di andare a lavorare, perdita di voglia di andare a lavorare	3.42	0.85
31.21	Riduzione del senso di appartenenza all'organizzazione	3.42	0.85
31.22	Problemi di concentrazione sul lavoro	3.71	1
31.23	Errori sul lavoro	3.71	0.85
31.24	Alterazione dei valori di pressione arteriosa rispetto all'usuale"	3	0.71
31.25	Dolore toracico, palpitazioni	3.14	0.85
31.26	Aumento eccessivo dell'assunzione di cibo, o riduzione dell'appetito	3	0.85
31.27	Sensazione che la vita lavorativa influenzi negativamente la Sua vita privata (famiglia, affetti)"	3.42	1
31.28	Aumento del consumo di alcool, sigarette, sostanze	3.42	0.85
32	Se negli ultimi 12 mesi ha sperimentato almeno una delle condizioni psicofisiche di cui sopra (domanda 31), potrebbe esprimere in una scala numerica da 0 a 10, l'impatto che queste hanno avuto sul suo stato di salute generale (scrivere il numero)?	3.28	0.85
33	Se è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione negli ultimi 12 mesi, quanto ritiene in una scala da 0 a 10, che questi abbiano avuto un'influenza sulle sue condizioni psicofisiche? (scrivere il numero)	3.14	0.71
34	Se negli ultimi 12 mesi è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione, ne ha parlato con qualcuno? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	2.85	0.57
35	Se ha risposto sì alla domanda precedente (n. 34), può dire con chi ne ha parlato (anche più di una risposta)?		
35.1	Con i diretti interessati (i perpetratori degli atteggiamenti negativi)	3.28	0.71
35.2	Con colleghi infermieri	3.14	0.71
35.3	Con colleghi appartenenti ad altre categorie professionali (medici, operatori di supporto, etc...)	3.14	0.71
35.4	Con il coordinatore infermieristico	3.14	0.71
35.5	Con un infermiere dirigente	3.14	0.71
35.6	Con membri del comitato unico di garanzia o organo aziendale analogo a tutela degli episodi di bullismo e mobbing sul luogo di lavoro	3.28	0.71
35.7	Con rappresentanti sindacali	3	0.71
35.8	Con amici	3.16	0.66
35.9	Con il partner	2.85	0.57
35.10	Con i Suoi genitori, fratelli/sorelle o altri parenti	2.85	0.57
36	Se è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione negli ultimi 12 mesi, quanto ritiene in una scala da 0 a 10, che questi abbiano avuto un'influenza indiretta sulla sicurezza dei pazienti che ha assistito?	3.85	1
37	Se vuole lasciare un commento in merito a questo fenomeno è invitato a farlo nello spazio sottostante"	3	0.71

La prima versione del QuINI presenta un S-CVI/Ave (cioè della media degli item-CVI) di 0.80, che non è un punteggio ottimale, dal momento che questa modalità di calcolo del

CVI per l'intera scala richiederebbe una soglia di 0.90, essendo meno rigida rispetto alla Scale-Level Content Validity Index, Universal Agreement - S-CVI/UA (calcolata sulla proporzione di item della scala che raggiungono un grado di rilevanza 3 o 4 da tutti gli esperti consultati).<sup>[187]</sup> Questo ha indotto la necessità di eliminare alcuni item e rivederne altri per migliorarne la validità di contenuto, attraverso il giudizio degli esperti in una nuova consultazione.

Sono stati scartati dal questionario quasi tutti gli item e sub-item con I-CVI < 0.70, mentre quelli con valore compreso tra 0.70 e 0.78, sono andati incontro a modificazione, prima di esser nuovamente sottoposti al giudizio degli esperti, dal momento che presentavano un punteggio borderline in termini di accettabilità, e quindi dipendenti dal giudizio di assenza o scarsa rilevanza da parte di un giudice soltanto. Le uniche eccezioni in termini di forzatura arbitraria da parte del ricercatore, sono state condotte sul mantenimento e modifica dell'item principale n. 16. "Se ha risposto sì alla domanda numero 15, potrebbe indicare il numero dei colleghi che hanno avuto atteggiamenti negativi nei suoi confronti? (scrivere il numero)", e del n. 34. "Se negli ultimi 12 mesi è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione, ne ha parlato con qualcuno?  Sì  No". Entrambi gli item son stati conservati e in un caso modificati, a dispetto del I-CVI ottenuto inferiore a 0.70, per la volontà di includere nello strumento la valutazione una traccia del numero di bulli coinvolti negli abusi, e relativa alla reattività (in termini di esternazione) determinata dall'aver subito atteggiamenti negativi da parte di altri colleghi di pari grado.

Tutti gli item e sub-item con I-CVI > 0.78, sono invece stati accettati e passati nella versione successiva del questionario, come da indicazioni della letteratura polit & beck 2006.<sup>[187]</sup>

### **8.3 Validazione di contenuto. Modifica del questionario alla versione 2 del QuINI, e risultati del secondo invio di valutazione al gruppo di esperti**

Dopo opportuna discussione e visione dei commenti degli esperti rispetto al primo invio, sono state apportate alcune modifiche al questionario, in vista di una nuova riproposizione al gruppo di esperti. Questa volta i rispondenti sono stati 5, rispetto ai 7 cui è stato effettuato l'invio. Il questionario, durante questa fase di valutazione intermedia, non è stato riproposto interamente ai valutatori, ma è stato richiesto

soltanto di esprimere la propria opinione sugli item che sono stati modificati sulla base dei risultati del primo giro di invio al gruppo.

In tabella 20 si riporta il dettaglio delle modifiche effettuate al questionario nel passaggio dalla prima alla seconda versione, i commenti del candidato e degli esperti, quando presenti, e i relativi risultati dell'invio effettuato. Questo ha fornito la base per la formulazione della versione 3 del QuINI, che poi è andato incontro al giro definitivo di valutazione del contenuto multidimensionale da parte del gruppo di validazione del contenuto.

**Tabella 20 – Sinossi delle modifiche al QuINI v.1 per passare alla versione 2, e risultati del secondo invio di valutazione da parte del gruppo di esperti**

Item/ Sub- item	Contenuto originale QuINI v.1	Media 1° invio	I-CVI 1° invio	Riformulazione degli item a QuINI v.2	Media 2° invio	I-CVI 2° invio
15	Negli ultimi 12 mesi Lei ritiene di essere stato/a oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione? Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	3.42	0.85	<b>Riformulato</b> – “ <b>Negli ultimi 12 mesi Lei ritiene di essere stato/a oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione? Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non ho colleghi di pari grado <input type="checkbox"/>.</b> ” Commento: su suggerimento della ricercatrice in psicologia delle organizzazioni, si aggiunge l’opzione di risposta “non ho colleghi di pari grado”.	3	1
16	Se ha risposto sì alla domanda numero 15, potrebbe indicare il numero dei colleghi che hanno avuto atteggiamenti negativi nei suoi confronti? (scrivere il numero)	2.71	0.57	<b>Riformulato</b> – “ <b>Se ha risposto sì alla domanda numero 15, potrebbe indicare approssimativamente quanti colleghi hanno avuto atteggiamenti negativi nei suoi confronti? Uno soltanto <input type="checkbox"/> pochi <input type="checkbox"/> la metà del gruppo <input type="checkbox"/> tutto il gruppo <input type="checkbox"/>.</b> ” Commento: sarebbe servito per capire se si trattava di puro bullismo da parte di un singolo oppure di un gruppo. Riformulato sulla base del suggerimento della ricercatrice in psicologia delle organizzazioni, che faceva notare la mancanza di qualcosa che aiuti a capire quanti colleghi trattano male la vittima rispetto all’intero gruppo: sono pochi? La metà? Quasi tutti? O tutti?	3.4	1
17	Se ha risposto sì alla domanda numero 15, di quali tipologie di atteggiamenti negativi è stato fatto oggetto negli ultimi 12 mesi? (possibile anche più di una risposta)					
<del>17.1</del>	<del>Lamentele condivise con altri senza prima averne discusso con Lei</del>	2.71	0.57	<b>Eliminato</b> Commento: item tradotto letteralmente dal questionario sulle ostilità laterali di Alspach (che non ha avuto processo di validazione in lingua originale). La ricercatrice in psicologia delle organizzazioni asserisce che le lamentele fatte alle spalle rappresentano non necessariamente qualcosa di negativo perché parlarne prima con altri, anziché con il diretto interessato, aiuta a “sbollire” la rabbia ed a inquadrare il problema, quindi non può essere vista come azione negativa...potrebbe dimostrare, anzi, che una persona in realtà tiene alla presunta vittima.		
17.2	Rivelazione ad altri di informazioni confidenziali	3.28	1			

Item/ Sub- item	Contenuto originale QuINI v.1	Media 1° invio	I-CVI 1° invio	Riformulazione degli item a QuINI v.2	Media 2° invio	I-CVI 2° invio
17.3	Interruzione di conversazioni al momento del Suo arrivo/ingresso	2.85	0.71	<b>Riformulato</b> — <b>“Brusche interruzioni di conversazioni in corso tra i colleghi al momento del Suo arrivo/ingresso”</b> . <i>Commento: lieve riformulazione in senso maggiormente definente.</i>	2.6	0.6
17.4	Indifferenza, scoraggiamento, e rifiuto di aiuto	3.71	1			
17.5	Atteggiamenti snob relativi a qualità del lavoro, formazione, esperienza e così via...	3.14	0.85			
17.6	Critiche frequenti/abituale, atteggiamenti sminuenti, di tendenza al biasimo	3.85	1			
17.7	Chiacchiericci, false informazioni condivise con gli altri	2.83	0.66	<b>Riformulato</b> – <b>“Chiacchiericci, false informazioni condivise con gli altri”</b> . <i>Commento: item tradotto letteralmente dal questionario sulle ostilità laterali di Alspach (che non ha avuto processo di validazione in lingua originale). Eliminato dal punteggio I-CVI, e ridondante rispetto all'item 17.1, nei commenti della sociologa. Riformulato in senso inclusivo e mantenuto nel questionario perché nella domanda non ci sono altri item che parlano dei pettegolezzi, e quindi verrebbe a mancare qualcosa...La ricercatrice in psicologia delle organizzazioni asserisce che le lamentele fatte alle spalle rappresentano non necessariamente qualcosa di negativo perché parlarne prima con altri anziché con il diretto interessato aiuta a “sbollire” la rabbia ed ad inquadrare il problema, quindi non può essere vista come azione negativa...potrebbe dimostrare, anzi, una persona in realtà tiene alla presunta vittima.</i>	3.2	1
17.8	Umiliazioni, condizioni in cui Lei è stato/a messo/a in imbarazzo	3.5	1			
<del>17.9</del>	<del>Contributi personali e/o idee ignorate, sminuite</del>	3.14	0.71	<b>Eliminato</b> <i>Commento: su suggerimento della sociologa che trova ridondanza rispetto al 17.14.</i>		
17.10	Atteggiamenti di isolamento, separazione, “trattamento col silenzio”	3.57	1	<b>Riformulato</b> – <b>“Atteggiamenti di isolamento professionale e/o sociale, esclusione dalle attività e/o conversazioni, “trattamento col silenzio”</b> .”	4	1

Item/ Sub- item	Contenuto originale QuINI v.1	Media 1° invio	I-CVI 1° invio	Riformulazione degli item a QuINI v.2	Media 2° invio	I-CVI 2° invio
				<i>Commento: la ricercatrice in psicologia delle organizzazioni fa notare che la 17.10 non è formulata bene per cui non si capisce, è sovrapponibile alla 17.21.</i>		
17.11	Messaggi/informazioni importanti omessi o comunicati in ritardo	3.14	0.85			
17.12	Assegnazione del lavoro/pazienti ingiusta	3.28	0.85			
17.13	Intimidazioni, minacce	4	1			
17.14	Mancato riconoscimento/accreditamento del lavoro svolto	3.42	0.85			
<del>17.15</del>	<del>Atteggiamenti mortificanti: comportamenti sminuenti, altezzosi, paternalistici</del>	3.5	0.71	<b>Eliminato.</b> <i>Commento: su suggerimento della sociologa che trova ridondanza rispetto al 17.6.</i>		
17.16	Mancato rispetto di impegni/promesse	3	0.71	<b>Riformulato – “Mancato rispetto di impegni, promesse, o patti”</b> <i>Commento: tentativo di mantenere il sub-item rendendolo più definente mediante il termine “patto”.</i>	3.2	0.8
17.17	Ammonimento ricevuto di fronte ad altri	3.33	1			
17.18	Limitazioni alla possibilità di esprimere opinioni o idee	3.16	0.83			
17.19	Atti di sabotaggio, compromissione nella sfera lavorativa e/o personale	3.71	0.85			
17.20	Commenti sarcastici	3.33	1			
17.21	Isolamento professionale e/o sociale, esclusione dalle attività o conversazioni	3.57	0.85	<b>Eliminata – su considerazioni della ricercatrice in psicologia delle organizzazioni.</b> <i>Commento: la 17.10 non è formulata bene per cui non si capisce, è sovrapponibile alla 17.21.</i>		
17.22	Critiche ingiustificate, “incarnazione” del capro espiatorio	3.57	0.85			
17.23	Lavoro giudicato in modo ingiusto oppure offensivo	3.14	0.71	<b>Riformulato – “Lavoro giudicato in modo ingiusto”.</b> <i>Commento: rilievo della ricercatrice in psicologia delle organizzazioni e della sociologa circa incongruenze del termine offensivo e della diversità del giudizio richiesto.</i>	3.6	1

Item/ Sub- item	Contenuto originale QuINI v.1	Media 1° invio	I-CVI 1° invio	Riformulazione degli item a QuINI v.2	Media 2° invio	I-CVI 2° invio
17.24	Aspettative nei Suoi confronti, senza che precedentemente Le abbiano spiegato come o cosa fare	3	0.71	<del>Riformulato – “Aspettative riposte nei Suoi confronti, senza che precedentemente Le abbiano sufficientemente spiegato come o cosa fare riguardo il suo lavoro”.</del> Commento: tentativo di mantenere il sub-item rendendolo più definente.	2.4	0.6
<del>17.25</del>	<del>Eccessivo controllo nei confronti del Suo lavoro</del>	2.71	0.57	<del>Eliminato</del> Commento: aspetto reperito in vari questionari su mobbing e bullismo sul posto di lavoro; rilievo di ridondanza da parte della sociologa rispetto al quesito 17.23.		
17.26	Insulti o commenti offensivi sulla Sua persona o la Sua vita privata	3.71	0.85			
17.27	Insulti o commenti offensivi sulla Sua razza/etnia	3.42	0.71	<b>Riformulato – “Insulti o commenti offensivi sulla Sua etnia”.</b> Commento: eliminato il termine razza su suggerimento dell'antropologo. Il termine era stato tradotto letteralmente da “race”, ritrovato in alcuni articoli e questionari sull'argomento, presenti in letteratura internazionale.	3.6	0.8
17.28	Insulti o commenti offensivi sul Suo genere di appartenenza	3.42	0.71	<b>Riformulato – “Insulti o commenti offensivi sul Suo genere di appartenenza”.</b> Commento: tentativo di mantenere il sub-item, avendo leggermente modificato il sub-item 17.27 ed essendo in qualche modo complementare a questo.	3.6	0.8
17.29	Insulti o commenti offensivi sul Suo credo religioso	3.42	0.71	<b>Riformulato – “Insulti o commenti offensivi sul Suo credo religioso”.</b> Commento: tentativo di mantenere il sub-item, avendo leggermente modificato il sub-item 17.27 ed essendo in qualche modo complementare a questo.	3.6	0.8
17.30	Altro (specificare): _____	3.5	0.8			
18	Negli ultimi 12 mesi, è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione ad una frequenza di almeno una volta alla settimana per un periodo non inferiore a 6 mesi? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	3.57	1			

Item/ Sub- item	Contenuto originale QuINI v.1	Media 1° invio	I-CVI 1° invio	Riformulazione degli item a QuINI v.2	Media 2° invio	I-CVI 2° invio
19	Se è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione, potrebbe indicare in una scala da 0 a 10, quanto questi siano stati frequenti negli ultimi 12 mesi (scrivere il numero)?	2.85	0.57	<b>Eliminato</b> <i>Commento: tentativo di quantificare la direttrice di frequenza degli eventi negativi per incrociarla con quella dell'intensità e dare maggior forza al passaggio di diagnosi tra semplici fenomeni di inciviltà sul luogo di lavoro, al bullismo/mobbing/violenza orizzontale</i>		
20	Se è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione, potrebbe indicare in una scala da 0 a 10, quanto questi siano stati intensi negli ultimi 12 mesi (scrivere il numero)?	3	0.83			
21	Se è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione negli ultimi 12 mesi, potrebbe indicare in una scala da 0 a 10, quanto questi abbiano avuto influenza sulla Sua percezione del clima lavorativo (scrivere il numero)?	2.71	0.57	<b>Eliminato</b>		
22	Se è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione negli ultimi 12 mesi, che caratteristiche hanno avuto? (possibile più di una risposta)			<b>Eliminato</b> <i>Commento: perché trasformato in singole domande i sub-item 22.3 e 22.4.</i>		
22.1	Non è chiaro se gli atteggiamenti negativi nei miei confronti siano stati condotti con l'intento di recarmi un danno	2.71	0.57	<b>Eliminato</b> <i>Commento: teoricamente sarebbe servito per differenziare anche qui sfumature circa gli aspetti dell'inciviltà sul luogo di lavoro rispetto al vero e proprio bullismo, che connota progettualità e volontà nel nuocere.</i>		
22.2	Gli atteggiamenti negativi sono stati condotti saltuariamente	3	0.71	<b>Eliminato</b> <i>Commento: ridondante perché speculare rispetto all'item 22.3.</i>		
22.3	Gli atteggiamenti negativi sono stati chiaramente condotti con l'intento di recarmi danno	3.42	1	<b>Riformulato – “Se è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione negli ultimi 12 mesi, ha avuto la percezione che siano stati chiaramente condotti con l'intento di recarLe danno? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No”.</b> <i>Commento: perché trasformato in singole domande al posto della 22.</i>	3.6	0.8
22.4	Gli atteggiamenti negativi sono stati condotti ripetutamente e a lungo	3.71	1	<b>Riformulato – “Se è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione negli ultimi 12</b>	3.2	0.6

Item/ Sub- item	Contenuto originale QuINI v.1	Media 1° invio	I-CVI 1° invio	Riformulazione degli item a QuINI v.2	Media 2° invio	I-CVI 2° invio
				<del>mesi, ha avuto la percezione che siano stati condotti ripetutamente e a lungo?" <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No.</del> <i>Commento: perché trasformato in singole domande al posto della 22.</i>		
22.5	Gli atteggiamenti negativi sono stati condotti da colleghi di pari grado, ma che hanno maggior autorevolezza/responsabilità, o migliore posizione nel gruppo di lavoro, rispetto a me	2.28	0.42	<b>Eliminato</b> <i>Commento: intenzione di far emergere la connotazione di disparità di potere che è sempre presente nei fenomeni di ostilità e bullismo. La ricercatrice in psicologia delle organizzazioni fa notare che la formulazione dell'item è "scritta male".</i>		
22.6	Gli atteggiamenti negativi consistevano prevalentemente in molestie (attacchi e discriminazioni sessuali, religiose, etniche, di pensiero...)	3	0.57	<b>Eliminato</b> <i>Commento: intenzione di far emergere la diagnosi del fenomeno di molestie, che si annida all'interno della violenza orizzontale e del bullismo.</i>		
23	Negli ultimi 12 mesi, ha avuto modo di assistere ad atteggiamenti negativi (vedi elenco nella domanda 17) esercitati da suoi colleghi di pari grado e posizione nei confronti di altri colleghi? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	3.28	0.85			
24	Lei è tuttora oggetto di uno o più atteggiamenti di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No"	3.42	0.85			
25	Negli ultimi 12 mesi, Lei ha richiesto di cambiare reparto/servizio a causa di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	3.57	0.85			
26	Negli ultimi 12 mesi, Lei ha cambiato reparto/servizio a causa di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	3.71	0.85			
27	Negli ultimi 12 mesi, Lei ha pensato di lasciare la professione infermieristica a causa di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi	3.71	0.85			

Item/ Sub- item	Contenuto originale QuINI v.1	Media 1° invio	I-CVI 1° invio	Riformulazione degli item a QuINI v.2	Media 2° invio	I-CVI 2° invio
	colleghi di pari grado e posizione? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No					
28	In generale, quale tra gli atteggiamenti negativi elencati nella domanda 17 Lei ritiene che sia il più grave?"" (scrivere una sola risposta)""	2.85	0.57	<b>Eliminato</b> Commento: item che era presente nel questionario sulle ostilità laterali di Alspach (che non ha avuto processo di validazione in lingua originale).		
29	Negli ultimi 12 mesi, ritiene di aver assunto uno o più atteggiamenti negativi (vedi elenco nella domanda 17) nei confronti di suoi colleghi di pari grado e posizione? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No"	3.42	0.85			
30	Se è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione negli ultimi 12 mesi, ritiene che questi abbiano avuto un'influenza sulle sue condizioni psicofisiche? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	2.85	0.71	<b>Riformulato – “Se è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione negli ultimi 12 mesi, ritiene che questi abbiano avuto un'influenza sulle sue condizioni psicofisiche? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No”.</b> Commento: item non riformulato e mantenuto perché congruente con il 31.	4	1
31	Se ha risposto sì alla domanda precedente (numero 30), quali tra queste condizioni, attribuibili agli atteggiamenti negativi di cui è stato fatto oggetto, ha sperimentato negli ultimi 12 mesi? (anche più di una risposta)					
31.1	Ansia	3.71	1			
31.2	Cefalea	3.42	1			
31.3	Disturbi del sonno	3.85	1			
31.4	Disturbi gastrointestinali	3.42	1			
31.5	Ridotta auto-stima	4	1			
31.6	Morale basso	3	0.57	<b>Eliminato</b> Commento: item che era presente nel questionario sulle ostilità laterali di Alspach (che non ha avuto processo di validazione in lingua originale).		
31.7	Frequente ritorno del pensiero ai vissuti di atteggiamenti negativi subiti	3.28	0.71	<b>Riformulato – “Frequenti flashback, comparsa improvvisa di immagini relative ai vissuti di atteggiamenti negativi subiti dai colleghi”.</b> Commento: tentativo di mantenere il sub-item rendendolo più definente.	3.2	1

Item/ Sub- item	Contenuto originale QuINI v.1	Media 1° invio	I-CVI 1° invio	Riformulazione degli item a QuINI v.2	Media 2° invio	I-CVI 2° invio
31.8	Apatia	3.71	1			
31.9	Sensazione di disconnessione/alienazione	3.71	1			
31.10	Depressione	3.71	0.85			
<del>31.11</del>	<del>Vertigini</del>	2.33	0.33	<b>Eliminato</b> <i>Commento: è tra le conseguenze psicosomatiche del mobbing e del bullismo, come riportato in letteratura.</i>		
31.12	Sensazione di difficoltà a respirare	3	0.85			
31.13	Sensazione di tensione muscolare diffusa	2.85	0.71	<b>Riformulato – “Sensazione di tensione/dolenzia muscolare diffusa”.</b> <i>Commento: tentativo di mantenere il sub-item rendendolo più definente.</i>	3	1
31.14	Assenze dal lavoro intenzionali	3.71	1			
31.15	Sensazione di stanchezza cronica, esaurimento	3.28	0.85			
31.16	Sensazione ripetuta di nervosismo e rabbia	3.71	1			
31.17	Facile suscettibilità	3.57	1			
31.18	Frequente senso di colpa	3.28	0.85			
<del>31.19</del>	<del>Sentirsi ripetutamente sul punto di piangere</del>	3.14	0.71	<b>Eliminato</b> <i>Commento: potrebbe includersi nella depressione al 31.10, probabilmente ridondante.</i>		
31.20	Timore di andare a lavorare, perdita di voglia di andare a lavorare	3.42	0.85			
31.21	Riduzione del senso di appartenenza all'organizzazione	3.42	0.85			
31.22	Problemi di concentrazione sul lavoro	3.71	1			
31.23	Errori sul lavoro	3.71	0.85			
<del>31.24</del>	<del>Alterazione dei valori di pressione arteriosa rispetto all'usuale"</del>	3	0.71	<b>Eliminato</b> <i>Commento: presuppone che i rispondenti tengano sotto controllo la pressione arteriosa con una certa continuità.</i>		
31.25	Dolore toracico, palpitazioni	3.14	0.85			
31.26	Aumento eccessivo dell'assunzione di cibo, o riduzione dell'appetito	3	0.85			

Item/ Sub- item	Contenuto originale QuINI v.1	Media 1° invio	I-CVI 1° invio	Riformulazione degli item a QuINI v.2	Media 2° invio	I-CVI 2° invio
31.27	Sensazione che la vita lavorativa influenzi negativamente la Sua vita privata (famiglia, affetti)	3.42	1			
31.28	Aumento del consumo di alcool, sigarette, sostanze	3.42	0.85			
32	Se negli ultimi 12 mesi ha sperimentato almeno una delle condizioni psicofisiche di cui sopra (domanda 31), potrebbe esprimere in una scala numerica da 0 a 10, l'impatto che queste hanno avuto sul suo stato di salute generale (scrivere il numero)?	3.28	0.85			
33	<del>Se è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione negli ultimi 12 mesi, quanto ritiene in una scala da 0 a 10, che questi abbiano avuto un'influenza sulle sue condizioni psicofisiche? (scrivere il numero)</del>	3.14	0.71	<b>Eliminato</b> <i>Commento: probabilmente sovrapponibile e ridondante rispetto all'item principale 30, e sovrapponibile o comunque di difficile discriminazione rispetto all'item 32.</i>		
34	Se negli ultimi 12 mesi è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione, ne ha parlato con qualcuno? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	2.85	0.57	<b>Riformulato – “Se negli ultimi 12 mesi è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione, ne ha parlato con qualcuno? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No”.</b> <i>Commento: mantenuto in versione originale per il rilievo di reazioni al fenomeno; in realtà gli esperti hanno dato un punteggio molto basso a questo item, ma mediamente molto più alti ai sub-item della domanda 35 che in sostanza è derivata dalla risposta di questa.</i>	3.8	1
35	Se ha risposto sì alla domanda precedente (n. 34), può dire con chi ne ha parlato (anche più di una risposta)?					
35.1	Con i diretti interessati (i perpetratori degli atteggiamenti negativi)	3.28	0.71	<b>Riformulato – “Con i diretti interessati (i perpetratori degli atteggiamenti negativi)”.</b> <i>Commento: tentativo di mantenere il sub-item.</i>	3.8	1
35.2	Con colleghi infermieri	3.14	0.71	<b>Riformulato – “Con colleghi infermieri”.</b> <i>Commento: tentativo di mantenere il sub-item.</i>	3.6	2

Item/ Sub- item	Contenuto originale QuINI v.1	Media 1° invio	I-CVI 1° invio	Riformulazione degli item a QuINI v.2	Media 2° invio	I-CVI 2° invio
35.3	Con colleghi appartenenti ad altre categorie professionali (medici, operatori di supporto, etc...)	3.14	0.71	<b>Riformulato – “Con colleghi appartenenti ad altre categorie professionali (medici, operatori di supporto, etc...)”.</b> <i>Commento: tentativo di mantenere il sub-item.</i>	3.8	1
35.4	Con il coordinatore infermieristico	3.14	0.71	<b>Riformulato – “Con il coordinatore infermieristico”.</b> <i>Commento: tentativo di mantenere il sub-item.</i>	3.8	1
35.5	Con un infermiere dirigente	3.14	0.71	<b>Riformulato – “Con un infermiere dirigente”.</b> <i>Commento: tentativo di mantenere il sub-item.</i>	3.6	1
35.6	Con membri del comitato unico di garanzia o organo aziendale analogo a tutela degli episodi di bullismo e mobbing sul luogo di lavoro	3.28	0.71	<b>Riformulato – “Con membri del comitato unico di garanzia o organo aziendale analogo a tutela degli episodi di bullismo e mobbing sul luogo di lavoro”.</b> <i>Commento: tentativo di mantenere il sub-item.</i>	3.8	1
35.7	Con rappresentanti sindacali	3	0.71	<b>Riformulato – “Con rappresentanti sindacali”.</b> <i>Commento: tentativo di mantenere il sub-item.</i>	3.6	1
<del>35.8</del>	<del>Con amici</del>	<del>3.16</del>	<del>0.66</del>	<del><b>Eliminato</b></del>		
<del>35.9</del>	<del>Con il partner</del>	<del>2.85</del>	<del>0.57</del>	<del><b>Eliminato</b></del>		
<del>35.10</del>	<del>Con i Suoi genitori, fratelli/sorelle o altri parenti</del>	<del>2.85</del>	<del>0.57</del>	<del><b>Eliminato</b></del>		
36	Se è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione negli ultimi 12 mesi, quanto ritiene in una scala da 0 a 10, che questi abbiano avuto un’influenza indiretta sulla sicurezza dei pazienti che ha assistito?	3.85	1			
37	Se vuole lasciare un commento in merito a questo fenomeno è invitato a farlo nello spazio sottostante	3	0.71	<b>Riformulato – “Se vuole lasciare un commento in merito a questo fenomeno è invitato a farlo nello spazio sottostante”.</b> <i>Commento: mantenuto per possibile apertura al dato qualitativo.</i>	3.6	1

## **8.4 Validazione di contenuto multidimensionale. Risultati del terzo invio di valutazione del QuINI al gruppo di esperti**

Quest'ultima fase di valutazione del contenuto del QuINI nella sua versione semi-definitiva ha previsto un ulteriore impegno da parte del gruppo di esperti, dal momento che per ogni item e sub-item dello strumento, è stato chiesto di esprimerne la valutazione di più dimensioni, sempre attraverso le consuete scale di aggettivi a 4 punti. Le 5 dimensioni esplorate sono state:

- Adeguatezza - In che misura l'item o il sub-item appare teoricamente adeguata a misurare il costrutto sotto indagine?
- Efficienza - Quanto l'item o il sub-item appare efficiente nel rilevare gli aspetti relativi al costrutto teorico di riferimento?
- Comprensibilità - Quanto l'item o il sub-item appare comprensibile per la popolazione di riferimento, cioè gli infermieri clinici, coordinatori, e dirigenti?
- Affidabilità - Quanto l'item o il sub-item appare affidabile e chiaro (cioè ripetibile in tempi diversi) per quanto riguarda l'indagine del costrutto teorico di riferimento?
- Sensibilità - Quanto l'item o il sub-item appare sensibile, cioè in grado di misurare piccole variazioni della grandezza sotto indagine?

A questo terzo invio hanno partecipato nuovamente, rispondendo tutti, i 7 esperti precedentemente individuati.

I risultati sono sintetizzati in tabella 21.

Da questo ultimo invio emergono, per tutte le dimensioni valutate, valori di S-CVI/Ave non inferiori a  $\approx 0.80$ , valore soglia di accettabilità indicato da Polit & Beck per quanto riguarda il Content Validity Index, mantenendo, però un approccio cosiddetto liberale.<sup>[188]</sup> Ripetendo il calcolo una volta eliminati gli item con valori inferiori a 0.78, tutte le dimensioni appaiono avere dei punteggi di gran lunga migliorati. Si tenga presente che la dimensione di riferimento che è stata scelta per avere il punteggio definitivo dello strumento in termini di I-CVI, e di S-CVI/Ave è quella relativa all' "Adeguatezza" degli item, che di gran lunga, per quanto riguarda il contenuto, è maggiormente rappresentativa rispetto alle altre valutate. Quindi, allo scopo di "ripulire" il questionario dagli item con valori inferiori a 0.78, sono stati eliminati 4 tra item e sub-item (D 17.3 – "Atteggiamenti snob relativi a qualità del lavoro, formazione, esperienza e così via..."; D 17.12 – "Ammonimento ricevuto di fronte ad altri"; D 17.19 – "Altro (specificare)"; D32 – "Se vuole lasciare un commento in merito a questo fenomeno è invitato a farlo nello

spazio sottostante”). Il valore di S-CVI/Ave è passato, così da 0.91 a 0.93, rimanendo quindi su livelli ottimali di adeguatezza. Da notare avrebbe dovuto essere eliminato anche l’item D18 (“Negli ultimi 12 mesi, è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione ad una frequenza di almeno una volta alla settimana per un periodo non inferiore a 6 mesi?  Sì  No”) per un punteggio I-CVI ottenuto di 0.67. Data la particolare criticità dell’item, che deve andare a discriminare gli atteggiamenti negativi dalla vera e propria diagnosi, seppur sempre soggettiva, di mobbing, è stato deciso di conservarlo, proprio per differenziare l’occasionalità degli episodi di abuso, rispetto alla condizione succitata e mantenere quindi il questionario fedele al framework concettuale di riferimento. Nonostante questa forzatura, il valore di S-CVI/Ave rimane a 0.93.

In generale, le valutazioni di S-CVI/Ave del QuINI relative all’adeguatezza e alla comprensibilità risultano ottimali, contro i valori soglia di accettabilità ottenuti sulle altre 3 dimensioni esplorate: efficienza, affidabilità, e sensibilità.

**Tabella 21 – Risultati della validazione multidimensionale di contenuto del QUINI v.2**

Item/ sub- item	Contenuto	Adeguatezza		Efficienza		Comprensibilità		Affidabilità		Sensibilità	
		Media	I-CVI	Media	I-CVI	Media	I-CVI	Media	I-CVI	Media	I-CVI
15	Negli ultimi 12 mesi Lei ritiene di essere stato/a oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione? Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non ho colleghi di pari grado	3.33		3.33		3.33	0.83	2.83	0.67	3.16	
16	Se ha risposto “Sì” alla domanda numero 15, potrebbe indicare approssimativamente quanti colleghi hanno avuto atteggiamenti negativi nei suoi confronti? <input type="checkbox"/> Uno soltanto <input type="checkbox"/> Pochi <input type="checkbox"/> La metà del gruppo <input type="checkbox"/> Tutto il gruppo	3.33		3.33		3.5		3.33		3.5	
17	<i>Se ha risposto sì alla domanda numero 15, di quali tipologie di atteggiamenti negativi è stato fatto oggetto negli ultimi 12 mesi? (possibile anche più di una risposta)</i>										
17.1	Rivelazione ad altri di informazioni confidenziali	3.16	0.83	3	0.67	3.5		3.16	0.67	3	0.67
17.2	Indifferenza, scoraggiamento, e rifiuto di aiuto	3.33		3.33		3.33		3.16	0.83	3.33	
17.3	Atteggiamenti snob relativi a qualità del lavoro, formazione, esperienza e così via...	2.66	0.5	2.66	0.5	3	0.67	2.66	0.5	2.66	0.5
17.4	Critiche frequenti/abituale, atteggiamenti sminuenti, di tendenza al biasimo	3.33	0.83	3.33	0.83	3.16	0.67	3.33	0.83	3.33	0.83
17.5	Chiacchiericci, false informazioni condivise con gli altri	3.33	0.83	3.33	0.83	3.33		3.33	0.83	2.83	0.83
17.6	Umiliazioni, condizioni in cui Lei è stato/a messo/a in imbarazzo	3.5		3.5		3.66		3.5		3.33	0.83
17.7	Atteggiamenti di isolamento professionale e/o sociale, esclusione dalle attività e/o conversazioni, “trattamento col silenzio”	3.5		3.16	0.67	3.33	0.83	3.5		3.33	0.83
17.8	Messaggi/informazioni importanti omessi o comunicati in ritardo	3	0.83	3.33	0.83	3.16	0.83	2.83	0.67	2.83	0.67
17.9	Assegnazione del lavoro/pazienti ingiusta	3.16	0.83	3	0.67	3.33	0.67	3	0.67	3	0.67
17.10	Intimidazioni, minacce	3.83		3.83		3.83		3.66		3.5	0.83
17.11	Mancato riconoscimento/accreditamento del lavoro svolto	3.66		3.83		3.83		3.33	0.83	3.33	0.83
17.12	Ammonimento ricevuto di fronte ad altri	3	0.67	3.16	0.83	3.33	0.83	3.16	0.83	3.16	0.83

Item/ sub- item	Contenuto	Adeguatezza		Efficienza		Comprensibilità		Affidabilità		Sensibilità	
		Media	I-CVI	Media	I-CVI	Media	I-CVI	Media	I-CVI	Media	I-CVI
17.13	Limitazioni alla possibilità di esprimere opinioni o idee	3.5	0.83	3	0.67	3.5	0.83	3	0.67	3	0.5
17.14	Atti di sabotaggio, compromissione nella sfera lavorativa e/o personale	3.5	1	3.33	0.83	3.16	0.67	3	0.67	3	0.67
17.15	Commenti sarcastici	3.33	0.83	3	0.67	3	0.67	2.66	0.5	2.83	0.67
17.16	Critiche ingiustificate, "incarnazione" del capro espiatorio	3.5	0.83	3.5	0.83	3.33	0.67	3.33	0.67	3.16	0.67
17.17	Lavoro giudicato in modo ingiusto	3	0.83	2.66	0.67	3.16	0.83	2.66	0.67	2.83	0.67
17.18	Insulti o commenti offensivi sulla Sua persona o la Sua vita privata	3.66	1	3.66	1	3.66	1	3.5	0.83	3.5	0.83
17.19	Altro (specificare): _____	3.16	0.67	3.16	0.67	3.16	0.67	3.16	0.67	3.16	0.67
18	Negli ultimi 12 mesi, è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione ad una frequenza di almeno una volta alla settimana per un periodo non inferiore a 6 mesi? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	2.66	0.67	2.5	0.5	2.66	0.5	2.5	0.5	2.5	0.5
19	Se è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione, potrebbe indicare in una scala da 0 a 10, quanto questi siano stati intensi negli ultimi 12 mesi? (scrivere il numero) <input type="checkbox"/> _____	3.16	0.83	3.16	0.83	3.16	0.83	3	0.67	3.16	0.83
20	Negli ultimi 12 mesi, ha avuto modo di assistere ad atteggiamenti negativi (vedi elenco nella domanda 17) esercitati da suoi colleghi di pari grado e posizione nei confronti di altri colleghi? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	3.33	0.83	3.33	0.83	3.33	0.83	3.16	0.83	3.16	0.83
21	Lei è tuttora oggetto di uno o più atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	3.16	0.83	3.16	0.83	3.5	0.83	3	0.83	3	0.67
22	Negli ultimi 12 mesi, Lei ha richiesto di cambiare reparto/servizio a causa di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	3.5	0.83	3.5	0.83	3.5	0.83	3.33	0.83	3.16	0.67
23	Negli ultimi 12 mesi, Lei ha cambiato reparto/servizio a causa di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	3.5	0.83	3.5	0.83	3.5	0.83	3.33	0.83	3.16	0.67

Item/ sub- item	Contenuto	Adeguatezza		Efficienza		Comprensibilità		Affidabilità		Sensibilità	
		Media	I-CVI	Media	I-CVI	Media	I-CVI	Media	I-CVI	Media	I-CVI
24	Negli ultimi 12 mesi, Lei ha pensato di lasciare la professione infermieristica a causa di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	3.66		3.66		3.66		3.5		3.33	0.83
25	Negli ultimi 12 mesi, ritiene di aver assunto uno o più atteggiamenti negativi (vedi elenco nella domanda 17) nei confronti di suoi colleghi di pari grado e posizione? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	3.33	0.83	3.33	0.83	3.5	0.83	3	0.83	3	0.67
26	Se è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione negli ultimi 12 mesi, ritiene che questi abbiano avuto un'influenza sulle sue condizioni psicofisiche? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	3.5		3.5		3.5		3.33	0.83	3.33	0.83
27	<i>Se ha risposto sì alla domanda precedente (numero 26), quali tra queste condizioni attribuibili agli atteggiamenti negativi di cui è stato fatto oggetto, ha sperimentato negli ultimi 12 mesi? (anche più di una risposta)</i>										
27.1	Ansia	3.66		3.5	0.83	3.66		3.5	0.83	3.16	0.67
27.2	Cefalea	3.33		3.16	0.83	3.5		3.16	0.83	3	0.67
27.3	Disturbi del sonno	3.5		3.33	0.83	3.66		3.33	0.83	3.16	0.67
27.4	Disturbi gastrointestinali	3.33		3.16	0.83	3.5		3.16	0.83	3	0.67
27.5	Ridotta auto-stima	3.33	0.83	3.16	0.67	3.33		3	0.67	3.16	0.67
27.6	Frequenti flashback, comparsa improvvisa di immagini relative ai vissuti di atteggiamenti negativi subiti dai colleghi	3	0.83	2.83	0.67	3	0.83	2.66	0.67	2.83	0.67
27.7	Apatia	3.5		3.5	0.83	3.66		3.16	0.83	3.33	0.83
27.8	Sensazione di disconnessione/alienazione	3.33	0.83	3.16	0.67	3.33	0.83	3	0.67	3.16	0.67
27.9	Depressione	3.5		3.33	0.83	3.66		3.33	0.83	3.16	0.67
27.10	Sensazione di difficoltà a respirare	3.16	0.83	3.16	0.83	3.16	0.83	3.16	0.83	3.16	0.83
27.11	Sensazione di tensione/dolenzia muscolare diffusa	3.16	0.83	3.16	0.83	3.33		3.16		3.16	0.83
27.12	Assenze dal lavoro intenzionali	3.33	0.83	3.66		3.66		3.33	0.83	3.5	
27.13	Sensazione di stanchezza cronica, esaurimento	3.5		3.5		3.66		3.5		3.33	0.83
27.14	Sensazione ripetuta di nervosismo e rabbia	3.33	0.83	3.33	0.83	3.33	0.83	3.16	0.67	3	0.67

Item/ sub- item	Contenuto	Adeguatezza		Efficienza		Comprensibilità		Affidabilità		Sensibilità	
		Media	I-CVI	Media	I-CVI	Media	I-CVI	Media	I-CVI	Media	I-CVI
27.15	Facile suscettibilità	3.5		3.5		3.33	0.83	3.33	0.83	3.33	0.83
27.16	Frequente senso di colpa	3.33		3.16	0.83	2.83	0.83	3.16	0.83	3.33	
27.17	Timore di andare a lavorare, perdita di voglia di andare a lavorare	3.5		3.66		3.5	0.83	3.5		3.33	0.83
27.18	Riduzione del senso di appartenenza all'organizzazione	3.66		3.66		3.5	0.83	3.66		3.66	
27.19	Problemi di concentrazione sul lavoro	3.5		3.66		3.66		3.5		3.33	0.83
27.20	Errori sul lavoro	3.16	0.83	3.5		3.16	0.83	3.16	0.83	3.16	0.83
27.21	Dolore toracico, palpitazioni	3	0.83	3	0.83	3.33		3	0.83	3	0.83
27.22	Aumento eccessivo dell'assunzione di cibo, o riduzione dell'appetito	3.5		3.33	0.83	3.5		3.33	0.83	3.16	0.83
27.23	Sensazione che la vita lavorativa influenzi negativamente la Sua vita privata (famiglia, affetti)	3.5		3.33	0.83	3.33	0.83	3.33	0.83	3.33	
27.24	Aumento del consumo di alcool, sigarette, sostanze	3.66		3.66		3.66		3.66		3.66	
28	Se negli ultimi 12 mesi ha sperimentato almeno una delle condizioni psicofisiche di cui sopra (domanda 27), potrebbe esprimere in una scala numerica da 0 a 10, l'impatto che queste hanno avuto sul suo stato di salute generale? (scrivere il numero) <input type="checkbox"/> _____	3.5		3.5		3.5	0.83	3	0.83	3.16	0.83
29	Se negli ultimi 12 mesi è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione, ne ha parlato con qualcuno? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	3.5		3.33	0.83	3.66		3.16	0.83	3	0.67
30	Se ha risposto sì alla domanda precedente (n. 29), può dire con chi ne ha parlato (anche più di una risposta)?										
30.1	Con i diretti interessati (i perpetratori degli atteggiamenti negativi)	3.5		3.33	0.83	3.33	0.83	3.33	0.83	3.16	0.67
30.2	Con colleghi infermieri	3.5		3.5		3.5		3.5		3.33	0.83
30.3	Con colleghi appartenenti ad altre categorie professionali (medici, operatori di supporto, etc...)	3.5		3.5		3.5		3.5		3.33	0.83
30.4	Con il coordinatore infermieristico	3.5		3.5		3.5		3.5		3.5	
30.5	Con un infermiere dirigente	3.5		3.5		3.5		3.5		3.5	

Item/ sub- item	Contenuto	Adeguatezza		Efficienza		Comprensibilità		Affidabilità		Sensibilità	
		Media	I-CVI	Media	I-CVI	Media	I-CVI	Media	I-CVI	Media	I-CVI
30.6	Con membri del comitato unico di garanzia o organo aziendale analogo a tutela degli episodi di bullismo e mobbing sul luogo di lavoro	3.5		3.5		3.5		3.33		3.5	
30.7	Con rappresentanti sindacali	3.5		3.5		3.5		3.5		3.5	
31	Se è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione negli ultimi 12 mesi, quanto ritiene in una scala da 0 a 10, che questi abbiano avuto un'influenza indiretta sulla sicurezza dei pazienti che ha assistito? (scrivere il numero) <input type="checkbox"/> _____	3.5		3.66		3.66		3.33		3.5	
32	Se vuole lasciare un commento in merito a questo fenomeno è invitato a farlo nello spazio sottostante	3.16	0.67	3.16	0.67	3.33	0.83	3.16	0.67	3.16	0,67
<b>Media &amp; S-CVI/Ave mantenendo tutti gli item inadeguati</b>		<b>3.37</b>	<b>0.91</b>	<b>3.33</b>	<b>0.86</b>	<b>3.41</b>	<b>0.89</b>	<b>3.21</b>	<b>0.82</b>	<b>3.2</b>	<b>0.79</b>
<b>Media &amp; S-CVI/Ave eliminando item inadeguati (ma no D18)</b>		<b>3.39</b>	<b>0.93</b>	<b>3.35</b>	<b>0.87</b>	<b>3.42</b>	<b>0.90</b>	<b>3.23</b>	<b>0.83</b>	<b>3.20</b>	<b>0.80</b>
<b>Media &amp; S-CVI/Ave eliminando tutti gli item inadeguati</b>		<b>3.41</b>	<b>0.93</b>	<b>3.36</b>	<b>0.88</b>	<b>3.43</b>	<b>0.91</b>	<b>3.24</b>	<b>0.84</b>	<b>3.21</b>	<b>0.80</b>

I-CVI accettabile indipendentemente dal numero di esperti è 0.78 e S-CVI/Ave 0.90 e comunque non meno di 0.80 (approccio liberale)<sup>[188]</sup>

## 8.5 Validazione di facciata. Risultati

In tabella 22, si riportano i risultati dello studio di validità di facciata del QuINI v.2. Lo studio è stato realizzato su un campione di convenienza di 21 infermieri provenienti da diversi contesti operativi. Per la validità di facciata è stato strutturato un questionario valutativo con le medesime modalità operative rispetto a quello per la validazione di contenuto, mantenendo quindi il formato online con Google Moduli (Google®) sulla piattaforma di Google Drive (Google®) e l'uso di una scala a 4 punti (1 – per niente, 2 – poco, 3 – abbastanza, 4 – molto). La validità di facciata è stata effettuata esplorando i giudizi di “Adeguatezza”, “Rilevanza”, “Comprensibilità”, e “Neutralità” degli item e sub-item del QuINI. I punteggi sono stati esaminati con le stesse modalità utilizzate nella validazione di contenuto condotta dal gruppo di esperti.

La validazione di facciata è stata effettuata mediante il calcolo dell'I-CVI e dell'S-CVI/Ave, per ogni dimensione esplorata, esattamente come nella validazione di contenuto effettuata dal gruppo di esperti. Si tenga presente che, a differenza della validazione del contenuto, in questo caso emergono 2 item, rispetto alla dimensione “adeguatezza”, con I-CVI inferiore a 0.78, ma che sono stati mantenuti nel questionario, perché avevano superato il punteggio soglia da parte degli esperti (D 17.9 “Assegnazione del lavoro/pazienti ingiusta”; D 27.10 “Sensazione di difficoltà a respirare”).

I punteggi di S-CVI/Ave ottenuti in tutte le aree di giudizio esplorate mostrano valori  $\geq 0.90$ . Nella fattispecie, per quanto riguarda la dimensione di “Adeguatezza”, il questionario mostra, una volta “ripulito” dagli item giudicati inadeguati in fase di validità del contenuto, un risultato di 0.93. Questo pone e valutazioni di facciata in perfetto accordo con il giudizio espresso dal gruppo di esperti.

**Tabella 22 – Risultati della validazione di facciata del QuINI v.2**

Item/ sub- item	Contenuto QuINI v.2	Adeguatezza		Rilevanza		Comprensibilità		Neutralità	
		Media	I-CVI	Media	I-CVI	Media	I-CVI	Media	I-CVI
15	Negli ultimi 12 mesi Lei ritiene di essere stato/a oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non ho colleghi di pari grado	3.81	0.95	3.81	0.95	3.52	0.9	3.71	0.95
16	Se ha risposto “Sì” alla domanda numero 15, potrebbe indicare approssimativamente quanti colleghi hanno avuto atteggiamenti negativi nei suoi confronti? <input type="checkbox"/> Uno soltanto <input type="checkbox"/> Pochi <input type="checkbox"/> La metà del gruppo <input type="checkbox"/> Tutto il gruppo	3.67	0.95	3.81	0.95	3.62	0.9	3.67	0.90
17	<i>Se ha risposto sì alla domanda numero 15, di quali tipologie di atteggiamenti negativi è stato fatto oggetto negli ultimi 12 mesi? (anche più di una risposta)</i>								
17.1	Rivelazione ad altri di informazioni confidenziali	3.52	0.86	3.48	0.9	3.67	0.95	3.58	0.9
17.2	Indifferenza, scoraggiamento, e rifiuto di aiuto	3.81		3.9		3.1	0.67	3.71	0.95
17.3	Atteggiamenti snob relativi a qualità del lavoro, formazione, esperienza e così via...	3.67		3.62		3.43	0.86	3.47	0.86
17.4	Critiche frequenti/abituati, atteggiamenti sminuenti, di tendenza al biasimo	3.76	0.9	3.71	0.86	3.61	0.86	3.66	0.9
17.5	Chiacchiericci, false informazioni condivise con gli altri	3.62	0.9	3.62	0.95	3.67	0.86	3.52	0.86
17.6	Umiliazioni, condizioni in cui Lei è stato/a messo/a in imbarazzo	3.81	0.95	3.86	0.95	3.52	0.81	3.52	0.86
17.7	Atteggiamenti di isolamento professionale e/o sociale, esclusione dalle attività e/o conversazioni, “trattamento col silenzio”	3.86		3.9		3.52	0.86	3.81	0.95
17.8	Messaggi/informazioni importanti omessi o comunicati in ritardo	3.76	0.95	3.67	0.95	3.67	0.95	3.71	0.9
17.9	Assegnazione del lavoro/pazienti ingiusta	3.28	0.76	3.28	0.76	3.28	0.76	3.23	0.71
17.10	Intimidazioni, minacce	3.81	0.95	3.76	0.9	3.43	0.81	3.52	0.81
17.11	Mancato riconoscimento/accreditamento del lavoro svolto	3.86		3.71	0.95	3.62	0.9	3.62	0.9
17.12	Ammonimento ricevuto di fronte ad altri	3.95		3.9		3.76	0.95	3.76	0.95
17.13	Limitazioni alla possibilità di esprimere opinioni o idee	3.57	0.9	3.62	0.9	3.67	0.95	3.67	0.9
17.14	Atti di sabotaggio, compromissione nella sfera lavorativa e/o personale	3.52	0.9	3.57	0.9	3.1	0.81	3.47	0.86
17.15	Commenti sarcastici	3.71	0.95	3.62	0.9	3.52	0.86	3.62	0.9
17.16	Critiche ingiustificate, “incarnazione” del capro espiatorio	3.67	0.9	3.67	0.9	3.43	0.81	3.38	0.81
17.17	Lavoro giudicato in modo ingiusto	3.62		3.76		3.43	0.9	3.52	0.9
17.18	Insulti o commenti offensivi sulla Sua persona o la Sua vita privata	3.86	0.95	3.86	0.95	3.57	0.9	3.71	0.95
17.19	Altro (specificare): _____	4		4		3.71	0.9	3.76	0.9

Item/ sub- item	Contenuto QuINI v.2	Adeguatezza		Rilevanza		Comprensibilità		Neutralità	
		Media	I-CVI	Media	I-CVI	Media	I-CVI	Media	I-CVI
18	Negli ultimi 12 mesi, è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione ad una frequenza di almeno una volta alla settimana per un periodo non inferiore a 6 mesi? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	3.62	0.9	3.62	0.86	3.19	0.76	3.52	0.9
19	Se è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione, potrebbe indicare in una scala da 0 a 10, quanto questi siano stati intensi negli ultimi 12 mesi? (scrivere il numero) <input type="checkbox"/>	3.71	0.95	3.81	0.95	3.43	0.9	3.47	0.86
20	Negli ultimi 12 mesi, ha avuto modo di assistere ad atteggiamenti negativi (vedi elenco nella domanda 17) esercitati da suoi colleghi di pari grado e posizione nei confronti di altri colleghi? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	3.9	1	3.9	1	3.76	0.9	3.71	0.95
21	Lei è tuttora oggetto di uno o più atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	3.9	1	3.9	1	3.76	1	3.86	1
22	Negli ultimi 12 mesi, Lei ha richiesto di cambiare reparto/servizio a causa di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	3.81	0.95	3.81	0.95	3.67	0.9	3.71	0.9
23	Negli ultimi 12 mesi, Lei ha cambiato reparto/servizio a causa di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	3.81	0.95	3.81	0.95	3.67	0.9	3.76	0.95
24	Negli ultimi 12 mesi, Lei ha pensato di lasciare la professione infermieristica a causa di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	3.71	0.95	3.81	0.95	3.62	0.9	3.9	1
25	Negli ultimi 12 mesi, ritiene di aver assunto uno o più atteggiamenti negativi (vedi elenco nella domanda 17) nei confronti di suoi colleghi di pari grado e posizione? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	3.9	1	3.86	1	3.67	0.95	3.52	0.86
26	Se è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione negli ultimi 12 mesi, ritiene che questi abbiano avuto un'influenza sulle sue condizioni psicofisiche? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	3.71	0.9	3.86	0.95	3.76	0.95	3.67	0.9
27	<i>Se ha risposto sì alla domanda precedente (numero 26), quali tra queste condizioni attribuibili agli atteggiamenti negativi di cui è stato fatto oggetto, ha sperimentato negli ultimi 12 mesi? (anche più di una risposta)</i>								
27.1	Ansia	3.86	0.95	3.86	0.95	3.57	0.86	3.76	0.95
27.2	Cefalea	3.57	0.86	3.43	0.81	3.47	0.81	3.67	0.9

Item/ sub- item	Contenuto QuINI v.2	Adeguatezza		Rilevanza		Comprensibilità		Neutralità	
		Media	I-CVI	Media	I-CVI	Media	I-CVI	Media	I-CVI
27.3	Disturbi del sonno	3.76	0.9	3.76	0.9	3.57	0.86	3.67	0.9
27.4	Disturbi gastrointestinali	3.62	0.9	3.57	0.9	3.52	0.86	3.67	0.9
27.5	Ridotta auto-stima	3.95	1	3.95	1	3.81	0.95	3.86	1
27.6	Frequenti flashback, comparsa improvvisa di immagini relative ai vissuti di atteggiamenti negativi subiti dai colleghi	3.57	0.86	3.62	0.9	3.47	0.81	3.76	0.9
27.7	Apatia	3.81	0.95	3.76	0.95	3.67	0.86	3.81	0.95
27.8	Sensazione di disconnessione/alienazione	3.81	0.95	3.86	0.95	3.38	0.95	3.76	0.95
27.9	Depressione	3.9	0.95	3.9	0.95	3.81	0.9	3.76	0.9
27.10	Sensazione di difficoltà a respirare	3	0.71	3	0.71	2.9	0.62	3.1	0.67
27.11	Sensazione di tensione/dolenzia muscolare diffusa	3.57	0.9	3.62	0.9	3.47	0.81	3.71	0.9
27.12	Assenze dal lavoro intenzionali	3.71	0.9	3.71	0.9	3.47	0.81	3.62	0.86
27.13	Sensazione di stanchezza cronica, esaurimento	3.86	0.95	3.81	0.95	3.71	0.9	3.76	0.95
27.14	Sensazione ripetuta di nervosismo e rabbia	3.95	1	3.9	1	3.76	0.95	3.9	1
27.15	Facile suscettibilità	4	1	3.86	0.95	3.76	0.95	3.85	1
27.16	Frequente senso di colpa	3.71	0.9	3.67	0.86	3.57	0.9	3.67	0.86
27.17	Timore di andare a lavorare, perdita di voglia di andare a lavorare	3.9	0.95	3.9	0.95	3.76	0.9	3.85	0.95
27.18	Riduzione del senso di appartenenza all'organizzazione	3.9	1	3.9	1	3.76	0.95	3.85	1
27.19	Problemi di concentrazione sul lavoro	3.81	0.95	3.76	0.95	3.67	0.9	3.81	0.95
27.20	Errori sul lavoro	3.86	0.95	3.81	0.95	3.62	0.81	3.71	0.86
27.21	Dolore toracico, palpitazioni	3.52	0.86	3.47	0.86	3.28	0.71	3.61	0.86
27.22	Aumento eccessivo dell'assunzione di cibo, o riduzione dell'appetito	3.62	0.9	3.52	0.9	3.52	0.86	3.52	0.86
27.23	Sensazione che la vita lavorativa influenzi negativamente la Sua vita privata (famiglia, affetti)	3.86	0.95	3.81	0.95	3.71	0.9	3.67	0.9
27.24	Aumento del consumo di alcool, sigarette, sostanze	3.71	0.9	3.71	0.9	3.62	0.86	3.62	0.86
28	Se negli ultimi 12 mesi ha sperimentato almeno una delle condizioni psicofisiche di cui sopra (domanda 27), potrebbe esprimere in una scala numerica da 0 a 10, l'impatto che queste hanno avuto sul suo stato di salute generale? (scrivere il numero) <input type="checkbox"/> _____	3.86	1	3.86	1	3.76	0.95	3.76	1
29	Se negli ultimi 12 mesi è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione, ne ha parlato con qualcuno? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	3.86	0.95	3.86	0.95	3.71	0.9	3.81	0.95

Item/ sub- item	Contenuto QuINI v.2	Adeguatezza		Rilevanza		Comprensibilità		Neutralità	
		Media	I-CVI	Media	I-CVI	Media	I-CVI	Media	I-CVI
30	Se ha risposto sì alla domanda precedente (n. 29), può dire con chi ne ha parlato (anche più di una risposta)?								
30.1	Con i diretti interessati (i perpetratori degli atteggiamenti negativi)	3.81	0.9	3.81	0.9	3.52	0.86	3.76	0.9
30.2	Con colleghi infermieri	3.71	0.9	3.71	0.9	3.57	0.86	3.62	0.9
30.3	Con colleghi appartenenti ad altre categorie professionali (medici, operatori di supporto, etc...)	3.81	0.95	3.76	0.95	3.71	0.9	3.76	0.95
30.4	Con il coordinatore infermieristico	4	1	4	1	3.86	0.95	3.86	0.95
30.5	Con un infermiere dirigente	3.67	0.9	3.62	0.9	3.57	0.86	3.71	0.9
30.6	Con membri del comitato unico di garanzia o organo aziendale analogo a tutela degli episodi di bullismo e mobbing sul luogo di lavoro	3.62	0.86	3.52	0.81	3.47	0.76	3.57	0.86
30.7	Con rappresentanti sindacali	3.47	0.81	3.38	0.76	3.52	0.86	3.57	0.86
31	Se è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione negli ultimi 12 mesi, quanto ritiene in una scala da 0 a 10, che questi abbiano avuto un'influenza indiretta sulla sicurezza dei pazienti che ha assistito? (scrivere il numero) <input type="checkbox"/> _____	3.76	0.95	3.86	0.95	3.57	0.9	3.67	0.95
32	Se vuole lasciare un commento in merito a questo fenomeno è invitato a farlo nello spazio sottostante	3.9	1	3.9	1	3.76	0.95	3.9	1
<b>Media; S-CVI/Ave</b>		<b>3,75</b>	<b>0.93</b>	<b>3.74</b>	<b>0.93</b>	<b>3.57</b>	<b>0.87</b>	<b>3.67</b>	<b>0.91</b>
<b>Media; S-CVI/Ave senza item eliminati da validazione contenuto, ma no DI 8</b>		<b>3,74</b>	<b>0.93</b>	<b>3.73</b>	<b>0.92</b>	<b>3.57</b>	<b>0.87</b>	<b>3.67</b>	<b>0.90</b>
<b>Media; S-CVI/Ave senza item eliminati da validazione contenuto</b>		<b>3,74</b>	<b>0.93</b>	<b>3.73</b>	<b>0.93</b>	<b>3.57</b>	<b>0.87</b>	<b>3.67</b>	<b>0.91</b>

## **9. Risultati**

### **9.1 Rispondenti ai 2 invii del QuNI v.3 e dei criteri esterni di validazione**

Il primo invio del QuNI v.3 è avvenuto con modalità differenti a seconda della disponibilità e delle scelte operate dalle singole aziende coinvolte, nel raggiungere elettronicamente i propri infermieri dipendenti.

La prima fase dello studio è durata dal 03-05-2015 al 30-08-2015. Al primo invio in AOU Careggi, sono state inviate direttamente dallo scrivente 1993 mail, partendo da un elenco fornito dalla direzione infermieristica di 2035 nominativi, tra cui 17 DS Professional facenti funzioni di coordinatore, e 25 nominativi di cui non è stato possibile trovare l'indirizzo email in rubrica. Delle 1993 email, 356 non hanno raggiunto la casella di posta elettronica per messaggio di "failure" dovuto a "casella piena", riducendo a 1637 il reale campione di somministrazione dei questionari. A questi si aggiungono i 124 coordinatori e dirigenti infermieristici che sono stati parimenti oggetto dell'invio dei questionari, di cui 2 non raggiungibili per analoghi messaggi di "failure notice". Quindi, in AOUC, il numero definitivo del campione raggiunto dall'invio è stato di 1759.

Per quanto riguarda le strutture afferenti all'ex Azienda Sanitaria di Firenze (attualmente confluita nell'Azienda USL Toscana Centro assieme all'ex ASL 3 di Pistoia, ASL 4 di Prato, e ASL 11 di Empoli), il bacino di potenziale utenza infermieristica per i questionari era, secondo le cifre fornite dalla direzione infermieristica, di 2350 infermieri (compreso i dirigenti ed i coordinatori). In questo caso l'invio non è stato curato direttamente dallo scrivente, ma dal servizio infermieristico aziendale, mediante la funzione All User, che consiste in alert email inviati a pioggia a tutti i dipendenti aziendali, indipendentemente da ruoli e funzioni rivestite. Non è stato quindi possibile monitorare il numero di caselle postali elettroniche di infermieri che sono state realmente raggiunte.

Discorso analogo, può esser fatto anche per gli invii effettuati nella ex Azienda USL 7 Siena (confluita nell'attuale Azienda USL Toscana Sud Est assieme all'ex Azienda USL 8 Arezzo, e ex Azienda USL 9 Grosseto), che, secondo stime fornite dalla direzione infermieristica, consta di circa 900 infermieri.

In questo caso il link al questionario è stato fornito dalla direzione infermieristica tramite email dirette ai 66 coordinatori e dirigenti di tutta la ex USL 9, con il compito di girarlo direttamente agli infermieri. Ma non è stato possibile poi monitorare esattamente in che

misura questo sia stato poi effettivamente condotto. In questo modo la percentuale dei rispondenti diventa un numero piuttosto approssimativo da considerare, dal momento che diversi elementi di controllo sono venuti a mancare a causa delle singole modalità organizzative e di gestione interna dell'invio, che sono state appena descritte.

Ipotizzando, quindi, un invio complessivo di 5009 email tra le 3 aziende, i rispondenti al primo invio sono stati complessivamente 930 (18.6%), così ripartiti: 370 in AOUC (39.8%), 383 in ex ASF (41.2%), e 177 in ex USL 7 (19%).

Per quanto riguarda, invece, il secondo invio (iniziato il 08-01-2016 e terminato il 08-03-2016), sono state inviate sempre 1993 email agli infermieri in AOUC, di cui 232 in failure notice per "casella postale piena", per un campione di 1761 unità realmente raggiunto. Mentre sui 124 coordinatori e dirigenti infermieristici soltanto una casella di posta elettronica risultava piena, portando gli invii effettivi a 123. Pertanto in questa seconda fase le mail di invio effettivo in AOUC sono state 1884. Invece, per quanto riguarda la ex ASF e l'ex USL 7, si presume che i numeri di invio siano rimasti gli stessi supposti nella prima fase. In quest'ultima parte dello studio, si ipotizza pertanto un campione di invii pari a 5.134 infermieri. Questa volta, però i rispondenti complessivi si sono numericamente dimezzati a 455 (8.9%) ( $\chi^2$  202.5;  $p < 0.0001$ ). La ripartizione delle risposte vedeva: AOUC 140 (30.8%); ex ASF 205 (45.2%); ex USL 7 110 (24.2%).

Rispetto a quanto prospettato in sede di progettuale, cioè di mantenere aperte i surveys per 30 giorni, la possibilità di rispondere ai questionari è stata ampiamente derogata per cercare di ottenere il più alto tasso di adesione possibile, dato lo scarso numero di questionari compilati, che veniva costantemente monitorato attraverso le funzioni statistiche descrittive fornite da Google Moduli®.

In tabella 23, si trovano le percentuali di rispondenti relative al bacino complessivo di invii (presunti e fattivi) per tipologia di azienda sia nel primo che nel secondo invio.

**Tabella 23 – Rispondenti alle 2 fasi dello studio QuINI, per azienda partecipante**

Azienda	Invii (presunti) I° fase	Rispondenti I° fase (%)	Invii (presunti) 2° fase	Rispondenti 2° fase (%)	$\chi^2$ ; p
AOUC	1759	370 (21.03)	1884	140 (7.43)	139.8; $p < 0.0001$
Ex ASF	(2350)	383 (16.29)	(2350)	205 (8.72)	61.69; $p < 0.0001$
Ex USL 7	(900)	177 (19.66)	(900)	110 (12.22)	18.63; $p < 0.0001$

## 9.2 Caratteristiche sociodemografiche dei rispondenti

Le statistiche descrittive dei 2 invii del QulNI v.3 vengono riportate in parallelo per favorire il confronto sinottico tra i 2 campioni di rispondenti. In tabella 24 si riportano nazionalità, genere, e stato civile dei 2 campioni. Contrariamente a quanto ipotizzato, gli infermieri di nazionalità non italiana rispondenti sono stati in numero talmente esiguo da non poter permettere comparazioni di alcun tipo, anche successivamente nella fase di analisi esplorativa delle risposte ai questionari. Le femmine rispondenti sono state in proporzione di gran lunga più elevata rispetto ai maschi. Lo stesso si dica dello stato civile coniugato/convivente, seppure la proporzione al primo invio sia stata significativamente più elevata rispetto a quella del secondo invio (64.8 vs. 59.3;  $p=0.0465$ ).

**Tabella 24 – Nazionalità, genere e stato civile dei rispondenti nei 2 invii**

<b>Variabile</b>	<b>1° invio</b>	<b>2° invio</b>	<b>Differenza</b>
<b>Nazionalità</b>	<b>n. (%)</b>	<b>n. (%)</b>	<b><math>\chi^2</math>/Fisher Exact test; p</b>
Brasiliana	1 (0.1)		n.s.
Francese	1 (0.1)		
Italiana	926 (99.6)	453 (99.5)	
Rumena	1 (0.1)	1 (0.2)	
Spagnola	1 (0.1)	1 (0.2)	
<b>Sesso</b>			
Maschio	237 (25.5)	122 (26.8)	0.2812; $p=0.5959$
Femmina	693 (74.5)	333 (73.2)	
<b>Stato civile</b>			
Celibe/Nubile	215 (23.1)	120 (26.4)	1.766; $p=0.1839$
Coniugato/a. Convivente	603 (64.8)	270 (59.3)	3.963; $p=0.0465$
Separato/a. Divorziato/a	101 (10.9)	59 (13)	1.327; $p=0.2493$
Vedova/o	11 (1.2)	6 (1.3)	0.04653; $p=0.8292$

L'età media del campione dei rispondenti al 1° invio è stata di 45.4 anni ( $DS \pm 8.34$ ), ed al 2° invio di 44.7 anni ( $DS \pm 8.50$ ) (t-test 1.372;  $p=0.170$ ).

In tabella 25 e 26 sono, invece, rappresentati i titoli di studio non inerenti e quelli inerenti alla professione infermieristica nei 2 campioni.

Per quanto riguarda i titoli di studio non inerenti la professione infermieristica, la proporzione maggiore dei rispondenti nei 2 invii possiede un diploma di maturità. Le lauree quinquennali erano possedute nell'8% dei rispondenti al primo invio e nel 4.4% al secondo ( $p= 0.0133$ ).

**Tabella 25 – Titoli di studio non inerenti la professione infermieristica dei rispondenti nei 2 invii**

Titolo di studio	1° invio	2° invio	Differenza
	n. (%)	n. (%)	$\chi^2$ /Fisher Exact test; p
Licenza media	322 (34.6)	134 (29.5)	3.702; p=0.0543
Scuola secondaria superiore	713 (76.7)	333 (73.2)	2.001; p=0.1572
Diploma Universitario/Laurea triennale	266 (28.6)	104 (22.9)	5.151; p=0.0232
Laurea Specialistica/Laurea Magistrale	74 (8)	20 (4.4)	6.125; p= 0.0133
Master Universitario I°livello	164 (17.6)	63 (13.8)	3.200; p= 0.0737
Master Universitario II°livello	8 (0.9)	3 (0.7)	p=1
Diploma di Specializzazione	29 (3.1)	8 (1.8)	2.173; p= 0.1404
Diploma di Perfezionamento	29 (3.1)	21 (4.6)	1.968; p= 0.1607
Dottorato di ricerca	1 (0.1)	0 (0)	n.s.

Oltre la metà dei rispondenti è in possesso del titolo regionale di infermiere, un terzo possiede il titolo universitario, e, sempre poco meno di un terzo, ha conseguito un master di primo livello. La laurea magistrale è posseduta da circa il 10% dei rispondenti.

**Tabella 26 - Titoli di studio inerenti la professione infermieristica dei rispondenti nei 2 invii**

Titolo di studio	1° invio	2° invio	Differenza
	n. (%)	n. (%)	$\chi^2$ /Fisher Exact test; p
Scuola regionale per infermieri	619 (66.6)	273 (60)	5.734; p=0.0166
Diploma Universitario/Laurea triennale	309 (33.2)	162 (35.6)	0.7702; p=0.3801
Laurea Specialistica/Laurea Magistrale	85 (9.1)	48 (10.5)	0.6994; p=0.4030
Master Universitario I°livello	265 (28.5)	136 (29.9)	0.2892; p=0.5907
Master Universitario II°livello	6 (0.6)	5 (1.1)	0.7983; p=0.3716
Dottorato di ricerca	1 (0.1)	1 (0.2)	p=0.5493

In tabella 27 si riportano le anzianità di servizio complessive e nel reparto/servizio attuale dei rispondenti ai 2 invii dei questionari. In generale, la fascia di anzianità di servizio complessiva più numerosa è quella superiore ai 20 anni. Mentre circa la metà dei rispondenti ha un'anzianità di servizio nei reparti, in entrambi gli invii, tra 1 e 10 anni.

**Tabella 27 – Anzianità di servizio complessiva e di reparto dei rispondenti ai 2 invii dei questionari**

Variabile	A.C. I° invio	A.C. II° invio	Differenza	A.R. I° invio	A.R. II° invio	Differenza
	n. (%)	n. (%)	$\chi^2$ /Fisher Exact test; p	n. (%)	n. (%)	$\chi^2$ /Fisher Exact test; p
< 1 anno	0 (0)	1 (0.2)	n.s.	104 (11.2)	38 (8.4)	2.661; p=0.1028
1-5 anni	44 (4.7)	23 (5.1)	0.06957; p=0.7920	212 (22.8)	121 (26.6)	2.413; p=0.1203
6-10 anni	135 (14.5)	72 (15.8)	0.4112; p=0.5214	208 (22.4)	119 (26.2)	2.431; p=0.1190
11-15 anni	84 (9)	45 (9.9)	0.2662; p=0.6059	195 (21)	74 (16.3)	0.2662; p=0.6059
16-20 anni	177 (19)	85 (18.7)	0.02453; p=0.8755	95 (10.2)	53 (11.6)	0.6576; p=0.4174
> 20 anni	490 (52.7)	229 (50.3)	0.6808; p= 0.4093	116 (12.5)	50 (11)	0.6379; p=0.4245

Legenda: AC – Anzianità di servizio complessiva; AR – Anzianità di servizio nel reparto di attuale allocazione

In tabella 28 si presentano le quote di rispondenti per azienda di appartenenza nei 2 invii. I rispondenti appartenenti all'ex Azienda Sanitaria di Firenze sono stati in proporzioni maggiori in entrambi gli invii. Nel secondo invio c'è stata una riduzione significativa rispetto al primo della percentuale dei rispondenti dell'AOU Careggi.

**Tabella 28 – Azienda di appartenenza dei rispondenti ai 2 invii dei questionari**

Azienda	1° invio	2° invio	Differenza
	n. (%)	n. (%)	$\chi^2$ /Fisher Exact test; p
Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi	370 (39.8)	140 (30.8)	10.67; p=0.0011
Ex Azienda Sanitaria di Firenze	383 (41.2)	205 (45.1)	1.875; p=0.1709
Ex Azienda USL 7 Siena	177 (19)	110 (24.2)	4.920; p=0.0265

In tabella 29 viene riportata la posizione contrattuale dei rispondenti nei 2 invii. Anche in questo caso, come per la nazionalità, data l'esigua proporzione di aderenti allo studio con posizione contrattuale a tempo determinato, diventa completamente trascurabile l'esecuzione di statistiche esplorative ed inferenziali che coinvolgano questa tipologia di variabile.

**Tabella 29 – Azienda di appartenenza dei rispondenti ai 2 invii dei questionari**

Posizione contrattuale	1° invio	2° invio	Differenza
	n. (%)	n. (%)	$\chi^2$ /Fisher Exact test; p
Infermiere a tempo indeterminato	923 (99.2)	451 (99.1)	p= 0.7575
Infermiere con contratto a termine	7 (0.8)	4 (0.9)	

In tabella 30 sono riassunti per macrotipologie, i servizi di allocazione dei rispondenti al momento della compilazione dei questionari sia nel primo che nel secondo invio. Nel primo invio sia le Terapie Intensive che i reparti di Medicina hanno detenuto le percentuali maggiori di rispondenti. Nel secondo le medicine hanno significativamente ridotto l'adesione (-4.5%), mentre è salita del 5.4% la partecipazione degli infermieri di Pronto Soccorso.

**Tabella 30 – Tipologia di servizio di allocazione dei rispondenti ai 2 invii dei questionari**

Tipologia di servizio di appartenenza	1° invio	2° invio	Differenza
	n. (%)	n. (%)	$\chi^2$ /Fisher Exact test; p
Servizio I18	58 (6.2)	23 (5.1)	0.7747; p=0.3788
Pronto soccorso	83(8.9)	65 (14.3)	9.200; p=0.0024
SPDC	18 (1.9)	6 (1.3)	0.6826; p=0.4087
Terapia intensiva	150 (16.1)	69 (15.2)	0.2134 p=0.6441
Terapia sub intensiva	39 (4.1)	9 (2.0)	4.483; p=0.0342
Sala operatoria	38 (4.2)	22 (4.8)	0.4137; p=0.5201

Tipologia di servizio di appartenenza	1° invio	2° invio	Differenza
	n. (%)	n. (%)	$\chi^2$ /Fisher Exact test; p
Medicina	110 (11.8)	33 (7.3)	6.907; p=0.0086
Chirurgia	57 (6.1)	40 (8.8)	3.325; p=0.0683
DH	40 (4.3)	14 (3.1)	1.222; p=0.2690
Servizi di endoscopia	10 (1.1)	6 (1.3)	0.1585; p=0.6905
Radiologia e Interventistica	11 (1.2)	8 (1.8)	0.7477; p=0.3872
Ambulatorio ospedaliero	71 (7.6)	24 (5.3)	2.663; p=0.1027
Ambulatorio sul territorio	35 (3.8)	12 (2.6)	1.182; p=0.2770
Servizi psichiatria territoriale	22 (2.4)	11 (2.4)	0.003551; p=0.9525
ADI	61 (6.6)	33 (7.3)	0.2323; p=0.6298
Servizi di cure palliative territoriali	4 (0.4)	3 (0.7)	p=0.6899
Hospice	10 (1.1)	7 (1.5)	0.5407; p=0.4622
Servizio infermieristico	34 (3.7)	29 (6.4)	5.197; p=0.0226
Formazione personale/universitaria	12 (1.3)	5 (1.1)	0.09234; p=0.7612
Emodialisi	27 (2.9)	23 (5.1)	4.065; p=0.0438
Altro	40 (4.3)	13 (2.9)	1.731; p=0.1883

Legenda: ADI – Assistenza Domiciliare Integrata; DH – Day Hospital; SPDC – Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura

Il ruolo rivestito nelle organizzazioni da parte dei rispondenti nei 2 studi è sintetizzato in tabella 31.

**Tabella 31 – Ruolo rivestito dai rispondenti nei 2 invii dei questionari**

Ruolo	1° invio	2° invio	Differenza
	n. (%)	n. (%)	$\chi^2$ /Fisher Exact test; p
Infermiere/a coordinatore	120 (12.9)	60 (13.2)	0.02173; p=0.8828
Infermiere/a dirigente	10 (1.1)	10 (2.2)	2.705; p=0.1000
Infermiere/a diurnista	361 (47.2)	176 (38.7)	0.002376; p= 0.9611
Infermiere/a turnista	439 (47.2)	209 (45.9)	0.1980; p= 0.6563

Il numero di infermieri da cui è composto il servizio dei rispondenti ha nel primo invio una mediana di 17 persone (IQR 9-30; range 1-150) e nel secondo di 20 persone (IQR 11-35; range 1-900) (Mann-Whitney U test, p=0.071). Si consideri gli alti numeri riportati nei range massimi come la probabile espressione delle risposte di infermieri dirigenti o coordinatori di dipartimento, circa il numero di infermieri di cui si compone il loro servizio.

### 9.3 Risposte al Questionario sulle Interazioni Negative tra Infermieri

Qui di seguito si riportano le analisi descrittive relative alle risposte fornite dagli infermieri che hanno compilato lo strumento durante il primo ed il secondo invio, tenendo presente che i rispondenti complessivi sono stati, rispettivamente, 930 e 455.

**Tabella 32 – Analisi delle risposte fornite alla domanda 14 del QuINI v.3 nei 2 invii**

Domande	1° invio	2° invio	Totale	Differenza	
	n. (%)	n. (%)	n. (%)	$\chi^2$ /Fisher test; p	Exact test; p
14. Negli ultimi 12 mesi Lei ritiene di essere stato/a oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione?					
No	580 (64.2)	311 (69.1)	891 (65.8)	3.274; p=0.70	
Si	324 (35.8)	139 (30.9)	463 (34.2)		
Totale	904 (100)	450 (100)	1354 (100)		
Mancante ("non ho colleghi di pari grado)	26	5	31		
Totale	930	455	1385		

La domanda 14 del QuINI v.3 costituisce la principale domanda cancello dell'intero questionario. Oltre il 30% nei rispondenti ai 2 invii del QuINI v. 3 asserisce di aver esperito atteggiamenti negativi da parte di colleghi infermieri di pari grado.

Le successive domande, sono quindi state poste in automatico ai rispondenti positivi a questa domanda, cioè a coloro che hanno affermato di aver sperimentato atteggiamenti negativi da parte di colleghi di pari grado, e nella fattispecie a 324 infermieri nel primo invio, e a 139 nel secondo invio (si veda figura 3, par. 7.5.1).

Le risposte alla domanda n. "15. Potrebbe indicare approssimativamente quanti colleghi hanno avuto atteggiamenti negativi nei suoi confronti?", trasformando la variabile nominale in discreta ordinale (0 - nessuno, 1 – uno soltanto, 2 – pochi, 3 – molti, 4 – tutto il gruppo), ha dato i seguenti risultati: 1° invio, media 1.98 (DS  $\pm$  0.594), mediana 2, IQR 2 – 2; range 1 – 4; mentre, nel 2° invio la media è stata media 1.87 (DS  $\pm$  0.575), mediana 2, IQR 2– 2; range 1 – 3 (Mann Whitney U test p=0.90). In sostanza, nella metà dei casi gli atteggiamenti negativi (AN) sono perpetrati da più di una persona, in entrambi gli invii del QuINI v.3.

Per quanto riguarda le tipologie di AN percepiti dai rispondenti, i "Chiacchiericci, false informazioni condivise con gli altri" detengono le proporzioni più alte nei 2 invii, seguite dai "Commenti sarcastici" e dal "Mancato riconoscimento/accreditamento del lavoro svolto". Le "Intimidazioni, minacce" sono le tipologie di AN meno frequenti (intorno al 5%), mentre gli "Atti di sabotaggio, compromissione nella sfera lavorativa e/o personale", che sono un'altra delle tipologie più gravi di abuso, si attestano su percentuali non trascurabili (rispettivamente 9% e 13.7%, nei 2 invii).

**Tabella 33 – Analisi delle risposte fornite alle domande 16 del QuINI v.3 nei 2 invii**

Domande	Campione positivo per interazioni negative subite (rispondenti sì alla D14)		
	1° invio n. 324	2° invio n. 139	Differenza
16. Di quali tipologie di atteggiamenti negativi è stato fatto oggetto negli ultimi 12 mesi?	n. (%)	n. (%)	$\chi^2$ /Fisher Exact test; p
16.1 [Rivelazione ad altri di informazioni confidenziali]	54 (16.7)	17 (12.2)	1.475; p=0.225
16.2 [Indifferenza, scoraggiamento, e rifiuto di aiuto]	121 (37.3)	38 (27.3)	4.320; p=0.038
16.3 [Critiche frequenti/abituali, atteggiamenti sminuenti, di tendenza al biasimo]	120 (37)	48 (34.5)	0.264; p=0.607
16.4 [Chiacchiericci, false informazioni condivise con gli altri]	170 (52.5)	65 (46.8)	1.267; p=0.260
16.5 [Umiliazioni, condizioni in cui Lei è stato/a messo/a in imbarazzo]	41 (12.7)	16 (11.5)	0.118; p=0.731
16.6 [Atteggiamenti di isolamento professionale e/o sociale, esclusione dalle attività e/o conversazioni, trattamento col silenzio]	94 (29)	31 (22.3)	2.222; p=0.136
16.7 [Messaggi/informazioni importanti omessi o comunicati in ritardo]	75 (23.1)	26 (18.7)	1.126; p=0.289
16.8 [Assegnazione del lavoro/pazienti ingiusta]	47 (14.5)	19 (13.7)	0.056; p=0.813
16.9 [Intimidazioni, minacce]	22 (6.8)	7 (5)	0.510; p=0.475
16.10 [Mancato riconoscimento/accreditamento del lavoro svolto]	124 (38.3)	45 (32.4)	1.460; p=0.227
16.11 [Limitazioni alla possibilità di esprimere opinioni o idee]	58 (17.9)	26 (18.7)	0.042; p=0.837
16.12 [Atti di sabotaggio, compromissione nella sfera lavorativa e/o personale]	29 (9)	19 (13.7)	2.331; p=0.127
16.13 [Commenti sarcastici]	122 (37.7)	58 (41.7)	0.679; p=0.410
16.14 [Critiche ingiustificate, incarnazione del capro espiatorio]	45 (13.9)	15 (10.8)	0.827 p=0.363
16.15 [Lavoro giudicato in modo ingiusto]	70 (21.6)	30 (21.6)	0.000; p=0.996
16.16 [Insulti o commenti offensivi sulla Sua persona o la Sua vita privata]	39 (12)	17 (12.2)	0.003; p=0.953

Le risposte all'item "17. Se è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione, potrebbe indicare in una scala da 0 a 10, quanto questi siano stati intensi negli ultimi 12 mesi?", nei 2 invii sono state rispettivamente in media 4.528 (DS  $\pm$  2.4538), mediana 4, IQR 3 – 7, (range 0 – 10) nel primo, versus media 4.971 (DS  $\pm$  2.4345), mediana 5, IQR 3 – 7, (range 0 – 10), nel secondo (Mann Whitney U test p=0.66). Questo indica una percezione di intensità media degli AN ed abusi subiti, di tipo moderato.

**Tabella 34 – Analisi delle risposte fornite alle domande n. 18, 19, 20, 21, 22 e 23 del QuINI v.3 nei 2 invii**

Domande	Campione positivo per interazioni negative subite		
	1° invio n. 324	2° invio n. 139	Differenza
	n. (%)	n. (%)	$\chi^2$ /Fisher Exact test; p
18. Negli ultimi 12 mesi, è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione ad una frequenza di almeno una volta alla settimana per un periodo non inferiore a 6 mesi?	137 (42.3)	65 (46.8)	0.793; p=0.373
19. Lei è tuttora oggetto di uno o più atteggiamenti di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione?	172 (53.1)	79 (56.8)	0.550; p=0.458
20. Negli ultimi 12 mesi, Lei ha richiesto di cambiare reparto/servizio a causa di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione?	65 (79.9)	26 (81.3)	0.113, p=0.736
21. Negli ultimi 12 mesi, Lei ha cambiato reparto/servizio a causa di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione?	25 (7.7)	12 (8.6)	0.111, p=0.739
22. Negli ultimi 12 mesi, Lei ha pensato di lasciare la professione infermieristica a causa di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione?	71(21.9)	27 (19.4)	0.361; p=0.548
23. Se è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione negli ultimi 12 mesi, ritiene che questi abbiano avuto un'influenza sulle sue condizioni psicofisiche?	191 (59)	84 (60.4)	0.088; p=0.766

Poco meno della metà dei rispondenti che riferisce di aver subito AN durante i 12 mesi precedenti, risponde affermativamente alla domanda 18, che è “diagnostica” di mobbing, secondo le definizioni presenti in letteratura. Oltre la metà lamenta di esser ancora oggetto di AN, e circa l’80% ha richiesto una nuova allocazione di servizio a causa degli abusi subiti. Un quinto manifesta anche il pensiero di lasciare la professione infermieristica. Intorno al 60% dei rispondenti che hanno riferito di aver subito AN da parte di pari, ha esperito anche sintomi e disturbi psicofisici mettendoli in relazione con questi.

In tabella 35 sono riassunte le risposte alle domande 24, che vedono il campione ridursi a 191 e 84 infermieri, che rispettivamente nel primo e secondo invio avevano positivamente risposto alla seconda domanda cancellato, la D23, in cui si chiedeva se in

relazione alle interazioni negative esperite, i rispondenti avevano anche avvertito, sintomi, disturbi e alterazioni dello stato d'animo.

Le condizioni riportate più frequentemente sono “Ansia”, “Disturbi sonno”, “Sensazione ripetuta di nervosismo e rabbia” e “Riduzione del senso di appartenenza all'organizzazione”. Le “Assenze dal lavoro intenzionali”, il “Dolore toracico, palpitazioni” (comunque in aumento dell'8% nelle risposte al secondo invio), e l'“Aumento del consumo di alcool, sigarette, sostanze” sono i disturbi e gli effetti riportati in percentuali minori.

**Tabella 35 – Analisi delle risposte fornite alle domande 24 del QuINI v.3 nei 2 invii**

Domande	Campione positivo per interazioni negative subite		
	1° invio n. 191 n. (%)	2° invio n. 84 n. (%)	Differenza $\chi^2$ /Fisher Exact test; p
24. Quali tra queste condizioni attribuibili agli atteggiamenti negativi di cui è stato fatto oggetto, ha sperimentato negli ultimi 12 mesi?			
24.1 [Ansia]	107 (56)	43 (51.2)	0.549; p=0.459
24.2 [Cefalea]	39 (20.4)	21 (25)	0.718; p=0.397
24.3 [Disturbi del sonno]	101 (52.9)	42 (50)	0.194; p=0.660
24.4 [Disturbi gastrointestinali]	48 (25.1)	20 (23.8)	0.055; p=0.815
24.5 [Ridotta auto-stima]	72 (37.7)	37 (44)	0.984; p=0.321
24.6 [Frequenti flashback, comparsa improvvisa di immagini relative ai vissuti di atteggiamenti negativi subiti dai colleghi]	49 (25.7)	17 (20.2)	0.938; p=0.333
24.7 [Apatia]	45 (23.6)	18 (21.4)	0.150; p=0.698
24.8 [Sensazione di disconnessione/alienazione]	25 (13.1)	11 (13.1)	0.000; p=0.999
24.9 [Depressione]	37 (19.4)	20 (23.8)	0.699; p=0.403
24.10 [Sensazione di difficoltà a respirare]	13 (6.8)	10 (11.9)	1.979; p=0.160
24.11 [Sensazione di tensione/dolenzia muscolare diffusa]	36 (18.8)	18 (21.4)	0.246; p=0.620
24.12 [Assenze dal lavoro intenzionali]	14 (7.3)	5 (6)	0.172; p=0.678
24.12 [Sensazione di stanchezza cronica, esaurimento]	74 (38.7)	26 (31)	1.530; p=0.216
24.13 [Sensazione ripetuta di nervosismo e rabbia]	83 (43.5)	52 (61.9)	7.946; p=0.005
24.14 [Facile suscettibilità]	83 (43.5)	34 (40.5)	0.212; p=0.645
24.15 [Frequente senso di colpa]	17 (8.9)	8 (9.5)	0.027; p=0.868
24.16 [Timore di andare a lavorare, perdita di voglia di andare a lavorare]	68 (35.6)	35 (41.7)	0.916; p=0.339
24.17 [Riduzione del senso di appartenenza all'organizzazione]	102 (53.4)	40 (47.6)	0.782; p=0.377
24.18 [Problemi di concentrazione sul lavoro]	44 (23)	18 (21.4)	0.086; p=0.769
24.19 [Errori sul lavoro]	16 (8.4)	10 (11.9)	0.848; p=0.357
24.20 [Dolore toracico, palpitazioni]	12 (6.3)	12 (14.3)	4.691; p=0.030
24.21 [Aumento eccessivo dell'assunzione di cibo, o riduzione dell'appetito]	38 (19.9)	18 (21.4)	0.085; p=0.771

Domande	Campione positivo per interazioni negative subite		
	1° invio n. 191	2° invio n. 84	Differenza
24. Quali tra queste condizioni attribuibili agli atteggiamenti negativi di cui è stato fatto oggetto, ha sperimentato negli ultimi 12 mesi?	n. (%)	n. (%)	$\chi^2$ /Fisher Exact test; p
24.22 [Sensazione che la vita lavorativa influenzi negativamente la Sua vita privata (famiglia, affetti)]	80 (41.9)	36 (42.9)	0.023; p=0.880
24.23 [Aumento del consumo di alcool, sigarette, sostanze]	14 (7.3)	7 (8.3)	0.083; p=0.773

All'item "25. Potrebbe esprimere in una scala numerica da 0 a 10, l'impatto che queste condizioni psicofisiche hanno avuto sul suo stato di salute generale?" è stato risposto durante il 1° invio in media 5.029 (DS  $\pm$  2.4726) con mediana 5, IQR 3 – 7 (range 1 – 10), mentre al 2° invio la media era di 6.310 (DS  $\pm$  1.9756) con mediana 6.5, IQR 5 – 8 (range 2 – 10) (Mann Whitney U test p<0.0001). Questo implica un'intensità moderata mediamente percepita da chi accusa disturbi e condizioni psico-fisiche negative in relazione agli AN subiti.

L'item "26. Se negli ultimi 12 mesi è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione, ne ha parlato con qualcuno?", ha avuto risposta affermativa in 271/324 casi (83.6%) nel primo invio, mentre in 115/139 casi (82.7%), nel secondo ( $\chi^2$  0.58; p=0.810). La domanda 26 diventa a sua volta cancello per la successiva, le cui risposte sono sintetizzate in tabella 36. I "Collegli infermieri" si rivelano la maggior fonte di sfogo per gli atteggiamenti negativi subiti, mentre percentuali vicine alla metà dei rispondenti lo fanno con "con i diretti interessati (i perpetratori)". Il comitato unico di garanzia è la risorsa cui si ricorre meno frequentemente in caso di interazioni negative subite.

**Tabella 36 – Analisi delle risposte fornite alle domande 27 del QuINI v.3 nei 2 invii**

Domande	Campione positivo per interazioni negative subite		
	1° invio n. 271	2° invio n. 115	Differenza
27. Può dire con chi ne ha parlato?	n. (%)	n. (%)	$\chi^2$ /Fisher Exact test; p
27.1 [Con i diretti interessati (i perpetratori degli atteggiamenti negativi)]	112 (42.3)	57 (49.6)	2.225; p=0.136
27.2 [Con colleghi infermieri]	212 (78.2)	87 (75.7)	0.307; p=0.580
27.3 [Con colleghi appartenenti ad altre categorie professionali (medici, operatori di supporto, etc?)]	61 (22.5)	25 (21.7)	0.28; p=0.868

	Campione positivo per interazioni negative subite		
Domande	1° invio n. 271	2° invio n. 115	Differenza
	n. (%)	n. (%)	$\chi^2$ /Fisher Exact test; p
27. Può dire con chi ne ha parlato?			
27.4 [Con il coordinatore infermieristico]	123 (45.5)	55 (47.8)	0.193; p=0.660
27.5 [Con un infermiere dirigente]	41 (15.1)	30 (26.1)	6.459; p=0.011
27.6 [Con membri del comitato unico di garanzia o organo aziendale analogo a tutela degli episodi di bullismo e mobbing sul luogo di lavoro]	9 (3.3%)	0 (0)	3.910; p=0.048
27.7 [Con rappresentanti sindacali]	29 (10.7)	11 (9.6)	0.112; p=0.738

Per quanto riguarda l'ultimo dei 3 item misurati su scala numerica, cioè il "28. Se è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione negli ultimi 12 mesi, quanto ritiene in una scala da 0 a 10, che questi abbiano avuto un'influenza indiretta sulla sicurezza dei pazienti che ha assistito?", sempre tenendo fermi i rispondenti positivamente alla domanda 14 (324 nel 1° invio e 139 nel 2° invio), nel 1° invio è stata registrata una media di 1.948 (DS  $\pm$  2.4909), con mediana 1, IQR 0 – 3 (range 0 – 10); al 2° invio la media era di 2.669 (DS  $\pm$  2.9202), con mediana 2, IQR 0 – 5 (range 0 – 10) (Mann Whitney U test p=0.017). In buona sostanza, i rispondenti non percepiscono gli abusi subiti come potenzialmente influenzanti la sicurezza dei pazienti. In tabella 37 si riportano le risposte ottenute dagli item 29 e 30 del QuINI v.3. Si tenga presente, che queste 2 ultime domande del QuINI sono state proposte anche a chi aveva risposto negativamente alla domanda cancello numero 14, cioè quella sulle interazioni negative subite nel corso degli ultimi 12 mesi. Gli unici esclusi da queste 2 domande sono stati i rispondenti che riferivano di non avere colleghi di pari grado, e quindi uscivano dalla restante compilazione dello strumento.

La quota di persone che testimoniano di aver assistito ad AN verso altri colleghi è ben oltre la metà di tutti i rispondenti al QuINI v.3, per toccare quasi il 90% tra coloro che riferivano di esser stati vittime di atteggiamenti negativi.

Per quanto riguarda invece il "coming out" come perpetratore di atteggiamenti negativi, si registrano intorno ad un quinto dei rispondenti totali al questionario, ed un terzo tra coloro che riferiscono anche di essere vittime di atteggiamenti negativi.

**Tabella 37 – Analisi delle risposte fornite alle domande 29 e 30 del QuINI v.3 nei 2 invii**

Domande	Campione totale			Campione positivo per interazioni negative subite		
	1° invio n. 904	2° invio n. 443	Differenza	1° invio n. 324	2° invio n. 139	Differenza
	n. (%)	n. (%)	$\chi^2$ /Fisher Exact test; p	n. (%)	n. (%)	$\chi^2$ /Fisher Exact test; p
29. Negli ultimi 12 mesi, ha avuto modo di assistere ad atteggiamenti negativi (vedi elenco ad inizio pagina) esercitati da suoi colleghi di pari grado e posizione nei confronti di altri colleghi?	605 (66.9)	297 (60.3)	5.766; p=0.016	286 (88.3)	124 (89.2)	0.084; p=0.772
30. Negli ultimi 12 mesi, ritiene di aver assunto uno o più atteggiamenti negativi (vedi elenco ad inizio pagina) nei confronti di suoi colleghi di pari grado e posizione?	193 (21.3)	82 (18.5)	1.475; p=0.225	105 (32.4)	49 (35.3)	0.355; p=0.552
Mancanti	26	12				
Totale	930	455				

## 9.4 Strutturazione degli score del QuINI v.3

Il Questionario sulle Interazioni Negative tra Infermieri è stato strutturato in 2 sottoscale principali: il QuINI score di “Percezione” ed il QuINI score di “Stato”. Lo score di stato si compone di ulteriori 7 sottoscale secondarie, riportate in tabella 38. Lo score prevede, in ogni caso, il non utilizzo, delle domande di carattere socio demografico (dalla n.1 alla n.13) e delle 3 domande cancello del QuINI v.3, che aprono a quelle immediatamente successive la descrizione della loro risposta affermativa. Le domande cancello sono la n. 14 (14. Negli ultimi 12 mesi Lei ritiene di essere stato/a oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione?), la n. 23 (23. Se è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione negli ultimi 12 mesi, ritiene che questi abbiano avuto un’influenza sulle sue condizioni psicofisiche?), e la n. 26 (26. Se negli ultimi 12 mesi è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione, ne ha parlato con qualcuno?). Attualmente i nomi delle sottoscale sono provvisori e potranno in futuro essere suscettibili di cambiamenti.

**Tabella 38 – Strutturazione degli score principali e delle sottoscale del QuINI v.3**

Score	Scale	Item
<b>“Percezione”</b>	<b>Scala 1 - “Percezione QuINI”</b>	17.
		25.
		28.
<b>“Stato”</b>	<b>Scala 2 - “Totale colleghi bulli”</b>	15.
		<b>Scala 3 - “Atteggiamenti totali”</b>
		16.1
		16.2
		16.3
		16.4
		16.5
		16.6
		16.7
		16.8
		16.9
		16.10
		16.11
		16.12
		16.13
		16.14
	16.15	
	16.16	
	<b>Scala 4 - “Totale sintomi”</b>	
	24.1	
	24.2	
	24.3	
	24.4	
	24.5	
	24.6	
	24.7	

Score	Scale	Item
		24.8
		24.9
		24.10
		24.11
		24.12
		24.13
		24.14
		24.15
		24.16
		24.17
		24.18
		24.19
		24.20
		24.21
		24.22
		24.23
		24.24
	<b>Scala 5 – “Totale richiesta aiuto”</b>	27.1
		27.2
		27.3
		27.4
		27.5
		27.6
		27.7
	<b>Scala 6 – “Frequenza e presenza attuale mobbing”</b>	18.
		19.
	<b>Scala 7 – “Idiosincrasie lavorativo-professionali”</b>	20.
		21.
		22.
	<b>Scala 8 – “Agentività”</b>	29.
		30.

Allo scopo di analizzare le varie associazioni delle sottoscale individuate nel QuINI, è stato necessario individuarne i valori mediani per permetterne la discretizzazione. In tabella 39 si riportano le mediane delle domande del QuINI v.3 che compongono le varie scale. Si tenga presente che le mediane sono calcolate sui rispondenti positivamente durante il primo e secondo invio del questionario, alla domanda cancello n. 14 (14. Negli ultimi 12 mesi Lei ritiene di essere stato/a oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione?) che prevede l'ingresso alle domande dedicate a chi ha subito abusi. Il numero complessivo dei rispondenti positivamente alla domanda è stato di 463.

**Tabella 39 – Mediane dei valori di risposta alle domande che compongono le scale del QuINI v.3**

Scale del QuINI v.3	Mediana
Scala 1 – Percezione QuINI	9
Scala 2 – Totale colleghi bulli	2
Scala 3 – Atteggiamenti totali	3
Scala 4 – Totale sintomi	3
Scala 5 – Totale richiesta aiuto	2
Scala 6 – Frequenza e presenza attuale mobbing”	1
Scala 7 – Idiosincrasie lavorativo-professionali	0 (1 – operativa)
Scala 8 – Agentività	1

## 9.5 Risultati dell’invio del Negative Acts Questionnaire – Revised (NAQ-R)

Per quanto riguarda le caratteristiche demografiche dei rispondenti al NAQ-R, queste sono descritte nel par. 9.2, facendo riferimento al primo invio del QuINI. I rispondenti sono sempre 930.

Si consideri la seguente ricodifica nell’analisi dei risultati, per l’uso delle scale quantitative di misura di frequenza temporale degli atteggiamenti negativi esperiti: “mai” – 1, “qualche volta” – 2, “ogni mese” – 3, “ogni settimana” – 4, “ogni giorno” – 5.

Per quanto riguarda il quadro complessivo, i rispondenti che hanno fornito 1 a tutte le domande del questionario, andando a configurare una completa condizione di assenza di AN subiti, sono stati 84 (9.03%).

**Tabella 40 – Analisi delle risposte alle domande del NAQ-R**

Domanda	Media	DS	Mediana	IQR	Range
1.Negli ultimi 6 mesi... [1. Qualcuno trattiene informazioni necessarie per il suo lavoro]	1.78	±0.873	2	1 – 2	1 – 5
2.Negli ultimi 6 mesi... [2. Viene umiliato e ridicolizzato per ciò che fa sul lavoro]	1.27	±0.601	1	1 – 1	1 – 5
3.Negli ultimi 6 mesi... [3. È tenuto a svolgere lavori che sono chiaramente inferiori al suo livello di competenza]	1.87	±1.146	2	1 – 2	1 – 5
4.Negli ultimi 6 mesi... [4. Responsabilità cruciali che le competono le sono tolte o vengono sostituite con compiti di poca importanza]	1.43	±0.840	1	1 – 2	1 – 5
5.Negli ultimi 6 mesi... [5. Vengono diffusi pettegolezzi e gossip che la riguardano]	1.62	±0.814	1	1 – 2	1 – 5
6.Negli ultimi 6 mesi... [6. Viene ignorato, escluso o è soggetto a trasferimenti ingiustificati]	1.26	±0.764	1	1 – 1	1 – 5
7.Negli ultimi 6 mesi... [7. Vengono fatti commenti offensivi o insulti sulla sua persona o sulla sua vita privata]	1.27	±0.594	1	1 – 1	1 – 5
8.Negli ultimi 6 mesi... [8. È rimproverato in malo modo o è vittima di aggressività e rabbia]	1.34	±0.639	1	1 – 2	1 – 5

Domanda	Media	DS	Mediana	IQR	Range
9.Negli ultimi 6 mesi... [9. È oggetto di comportamenti intimidatori (ad es. invadono il suo spazio personale, le impediscono il passaggio, le puntano il dito contro)]	1.12	±0.440	1	1 – 1	1 – 5
10.Negli ultimi 6 mesi... [10. Riceve segnali e/o suggerimenti che dovrebbe lasciare il suo lavoro]	1.12	±0.426	1	1 – 1	1 – 5
11.Negli ultimi 6 mesi... [11. Le vengono continuamente fatti notare i suoi errori e i suoi sbagli]	1.46	±0.709	1	1 – 2	1 – 5
12.Negli ultimi 6 mesi... [12. Lei viene ignorato o quando si avvicina agli altri deve affrontare reazioni ostili]	1.30	±0.426	1	1 – 1	1 – 5
13.Negli ultimi 6 mesi... [13. Il suo lavoro e il suo impegno vengono continuamente criticati]	1.43	±0.698	1	1 – 2	1 – 5
14.Negli ultimi 6 mesi... [14. Le vengono assegnati compiti con obiettivi o con scadenze irragionevoli]	1.31	±0.349	1	1 – 2	1 – 5
15.Negli ultimi 6 mesi... [15. È soggetto a false accuse]	1.30	±0.614	1	1 – 1	1 – 5
16.Negli ultimi 6 mesi... [16. È soggetto a eccessivo sarcasmo e prese in giro nei suoi confronti]	1.29	±0.641	1	1 – 1	1 – 5
17.Negli ultimi 6 mesi... [17. È esposto ad un carico di lavoro impossibile da gestire]	1.76	±0.972	2	1 – 2	1 – 5

Gli score del NAQ-R sono 2: il NAQ-R Personal Bullying ed il NAQ-R Work Related Bullying. La costruzione degli score è avvenuta semplicemente mediante la somma dei punteggi ottenuti per le domande che compongono le 2 sottoscale. Nella fattispecie il NAQ-R Personal Bullying è dato dalle domande 1, 3, 4, 14, e 17 (range 5 – 25); mentre il NAQ-R Work Related Bullying è costituito dalla somma dei punteggi ottenuti dalle domande 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15 e 16 (range 12 – 60). Chiaramente lo score totale poteva variare da 17 a 85.

L'alfa di Cronbach di tutto lo strumento, nell'invio effettuato è stata di 0.875.

**Tabella 41 – Analisi descrittiva degli score del NAQ-R**

Score NAQ-R	Media	DS	Mediana	IQR	Range
NAQ-R Personal Bullying	15.8258	±5.09646	14	12 – 17	12 – 56
NAQ-R Work Related Bullying	8.1516	±3.06823	7	6 – 9	5 – 25
NAQ-R Totale	23.9774	±7.14154	22	19 - 26	17 - 81

Allo scopo di discretizzare le variabili relative al NAQ-R, sono stati presi in considerazione i valori mediani, ma soltanto dei rispondenti positivamente alla domanda cancello del QuINI v.3 n. 14, cioè 324 persone, in modo da poter comparare i punteggi con le sottoscale dello score QuINI. La mediana del NAQ-R Personal Bullying era di 17,

mentre quella del Work Related Bullying, era di 8. Lo score NAQ-R totale è stato calcolato dalla somma delle 2 sottoscale.

Sempre rispetto a questa scala, in tabella 42 si riportano le differenze tra i punteggi ottenuti nei 2 sottogruppi di rispondenti ottenuti rispetto all'item 14, cioè tra chi riferisce di esser stato oggetto di AN e chi invece no.

**Tabella 42 – Valori di score del NAQ-R nei sottogruppi individuati dall'item 14**

Critério esterno	Media	DS	Mediana	IQR	Range	Mann Whitney U test	p
NAQ-R Personal Bullying D14-NO	14.05	±2.85	13	12-15	12-35	37180	<0.0001
NAQ-R Personal Bullying D14-SI	18.84	±6.59	17	14-21	12-56		
NAQ-R Work Related Bullying D14-NO	7.69	±2.58	7	6-9	5-22	77950.5	<0.0001
NAQ-R Work Related Bullying D14-SI	8.82	±3.61	8	6-11	5-25		

## 9.6 Risultati dell'invio del Copenhagen Burnout Inventory (CBI)

Per quanto riguarda le caratteristiche demografiche dei rispondenti al CBI, queste sono descritte nel par. 9.2, facendo riferimento al primo invio del QuINI.

I rispondenti sono sempre 930.

Si consideri la seguente ricodifica nell'analisi dei risultati, per l'uso delle scale quantitative di misura di frequenza temporale o quantitativa dei comportamenti e delle sensazioni esperite: “mai o quasi mai/ molto poco o per nulla” – 1, “raramente/ poco” – 2, “qualche volta/ un po” – 3, “spesso/abbastanza” – 4, “sempre/molto” – 5.

Per quanto riguarda il quadro complessivo, i rispondenti che hanno fornito 1 (e 5 alla domanda numero 10, che è reverse) a tutte le domande del questionario, andando a configurare una completa condizione di assenza di rischio di burnout, sono stati 4 (0.004%), senza considerare che di questi 4, nessuno in realtà aveva risposto 1 alla domanda 13, relativa, cioè, a quanto emotivamente spossante possa essere il proprio lavoro.

**Tabella 43 – Analisi delle risposte alle domande del CBI**

<b>Domanda</b>	<b>Media</b>	<b>DS</b>	<b>Mediana</b>	<b>IQR</b>	<b>Range</b>
1.In generale: [1. Quanto spesso si sente stanco?]	3.29	±0.877	3	3 – 4	1 – 5
2.In generale: [2. Quanto spesso si sente fisicamente esausto?]	2.93	±0.955	3	2 – 4	1 – 5
3.In generale: [3. Quanto spesso si sente emotivamente esausto?]	2.85	±1.015	3	2 – 4	1 – 5
4.In generale: [4. Quanto spesso pensa: “Non posso andare avanti così”?]	2.53	±1.182	3	1 – 3	1 – 5
5.In generale: [5. Quanto spesso si sente sfinito?]	2.49	±1.108	2	2 – 3	1 – 5
6.In generale: [6. Quanto spesso si sente debole e suscettibile alle malattie?]	2.15	±0.996	2	1 – 3	1 – 5
7.In generale: [7. Si sente sfinito alla fine di una giornata lavorativa?]	2.91	±1.047	3	2 – 4	1 – 5
8.In generale: [8. La mattina, al pensiero di un'altra giornata lavorativa da affrontare, si sente già esausto?]	2.22	±1.118	2	1 – 3	1 – 5
9.In generale: [9. Sente che ogni ora di lavoro è per lei stancante?]	2.05	±1.048	2	1 – 3	1 – 5
10.In generale: [10. Ha abbastanza energie per la famiglia e gli amici durante il tempo libero?]	2.52	±1.049	2	2 – 3	1 – 5
11.In generale: [11. E' stanco di lavorare (a contatto) con i pazienti?]	1.81	±1.008	1	1 – 2	1 – 5
12.In generale: [12. Le capita di chiedersi per quanto tempo sarà ancora capace di lavorare a contatto con i pazienti?]	2.38	±1.241	2	1 – 3	1 – 5
13.In generale: [13. Il suo lavoro è emotivamente spossante?]	3.44	±1.121	4	3 – 4	1 – 5
14.In generale: [14. Si sente consumato e spento a causa del suo lavoro?]	2.43	±1.188	2	1 – 3	1 – 5
15.In generale: [15. È frustrato dal suo lavoro?]	2.16	±1.202	2	1 – 3	1 – 5
16.In generale: [16. Trova difficile lavorare a contatto con i pazienti?]	1.80	±1.056	1	1 – 2	1 – 5
17.In generale: [17. Trova frustrante lavorare con i pazienti?]	1.50	±0.858	1	1 – 2	1 – 5
18.In generale: [18. Lavorare con i pazienti esaurisce le sue energie?]	2.11	±1.081	2	1 – 3	1 – 5
19.In generale: [19. Sente che dà di più rispetto a quanto riceve in cambio, quando lavora con i pazienti?]	2.16	±1.211	2	1 – 3	1 – 5

Gli score del CBI sono 3: il CBI Burnout Personale, il CBI Burnout Lavorativo ed il CBI Burnout Pazienti. La costruzione degli score è avvenuta semplicemente mediante la somma dei punteggi ottenuti dalle domande che costituiscono le sottoscale stesse. Nella fattispecie il CBI Burnout Personale è dato dalle domande 1, 2, 3, 4, 5, 6 (range 5 – 30); il CBI Burnout Lavorativo dalle domande 7, 8, 9, 10 (reverse), 13, 14, 15 (range 7 – 35); il CBI Burnout Pazienti è composto dalle domande 11, 12, 16, 17, 18, 19 (range 6 – 30). Lo score CBI totale è stato calcolato dalla somma delle 3 sottoscale (range 19 – 95). L'alfa di Cronbach di tutto lo strumento, nell'invio effettuato è stata di 0.933.

**Tabella 44 – Analisi descrittiva degli score del CBI**

Score	Media	DS	Mediana	IQR	Range
CBI Burnout Personale	16.2387	±5.11030	16	12 – 20	6 – 30
CBI Burnout Lavorativo	17.7366	±5.77963	17	13 – 22	7 – 35
CBI Burnout Pazienti	11.7634	±4.97658	11	8 – 15	6 – 30
CBI totale	45.7387	±13.78747	44	35 – 55	20 - 93

Allo scopo di discretizzare le variabili relative al CBI, sono stati presi in considerazione i valori mediani, ma soltanto dei rispondenti positivamente alla domanda cancello del QuINI v.3 n. 14, cioè 324 persone, allo scopo di poter comparare i punteggi con le sottoscale dello score QuINI. La mediana del CBI Burnout Personale era di 18, quella del Burnout lavorativo era di 20, e quella del Burnout Pazienti 11.

Sempre rispetto a questa scala, in tabella 45 si riportano le differenze tra i punteggi ottenuti nei 2 sottogruppi di rispondenti ottenuti dall'item 14, cioè da chi riferisce di esser stato oggetto di atteggiamenti negativi e chi invece no.

**Tabella 45 – Valori di score del CBI nei sottogruppi individuati dall'item 14**

Criterio esterno	Media	DS	Mediana	IQR	Range	Mann Whitney U test	p
CBI Burnout Personale D14-NO	15.18	±4.78	15	11.5-19	6-30	64126.5	<0.0001
CBI Burnout Personale D14-SI	17.99	±5.13	18	15-22	6-30		
CBI Burnout Lavorativo D14-NO	16.57	±5.37	16	12-20	34-27	65146.5	<0.0001
CBI Burnout Lavorativo D14-SI	19.65	±5.92	20	15-24	8-35		
CBI Burnout Pazienti D D14-NO	11.45	±4.74	10	6-30	8-14	86334.5	0.042
CBI Burnout Pazienti D14-SI	12.26	±5.26	11	6-30	8-16		

## 9.7 Risultati dell'invio del Classroom and School Community Inventory (CSCI) - Modulo per la classe/corso

Per quanto riguarda le caratteristiche demografiche dei rispondenti alla scala SOC usata, cioè la CSCI, queste sono descritte nel par. 9.2, facendo riferimento al secondo invio del QuINI.

I rispondenti sono sempre 455, pari a quelli del secondo invio dei questionari.

Si consideri la seguente ricodifica nell'analisi dei risultati, per l'uso delle scale Likert di misura del senso di appartenenza alla comunità infermieristica esperita: “fortemente in

disaccordo” – 1, “disaccordo” – 2, “neutrale” – 3, “d’accordo” – 4, “fortemente d’accordo” – 5.

**Tabella 46 – Analisi delle risposte alle domande della SOC/CSCI scale**

Domanda	Media	DS	Mediana	IQR	Range
1.[I partecipanti alla comunità infermieristica si rispettano a vicenda]	2.56	±1.024	2	2 – 3	1 – 5
2.[Se ho bisogno di un consiglio posso ricevere un’opinione tempestiva dagli altri]	3.66	±0.813	4	3 – 4	1 – 5
3.[Mi sento legato agli altri partecipanti]	3.46	±0.879	4	3 – 4	1 – 5
4. [Credo che in questa comunità si raggiunga solo una conoscenza modesta]	3.13	±1.008	3	2 – 4	1 – 5
5. [Mi fido degli altri partecipanti della comunità infermieristica]	3.11	±0.905	3	3 – 4	1 – 5
6.[Sono convinto che da questa esperienza possa ottenere ampie opportunità di conoscenza]	3.41	±0.873	4	3 – 4	1 – 5
7.[Sono convinto di poter contare sugli altri partecipanti alla comunità infermieristica]	3.27	±0.927	3	3 – 4	1 – 5
8.[Sono convinto che i miei obiettivi non possano essere raggiunti in questa comunità]	2.76	±0.996	3	2 – 3	1 – 5
9.[Sono convinto che i partecipanti a questa comunità mi supporterebbero]	3.11	±0.933	3	3 – 4	1 – 5
10. [Sono convinto che questa comunità promuova il desiderio di apprendere]	2.82	±1.069	3	2 – 4	1 – 5

Lo score della SOC/CSCI scale è stato calcolato mediante la somma dei punteggi ottenuti in risposta alle 10 domande che la compongono, avendo cura di usare punteggi reverse per la domanda 4 e la 8.

L’analisi descrittiva dello score SOC/CSCI emerso dal secondo invio del questionario ha messo in evidenza una media di 31.6901 (DS±5.94751), mediana 32, IQR 27 – 36, range di 15 – 49.

L’alfa di Cronbach dello strumento, nell’invio effettuato è stata di 0.734.

Allo scopo di discretizzare le variabili relative alla SOC/CSCI, sono stati presi in considerazione i valori mediani, ma soltanto dei rispondenti positivamente alla domanda cancello del QuNI v.3 n. 14, cioè 139 persone, allo scopo di poter comparare i punteggi con le sottoscale dello score QuNI. La mediana della SOC/CSCI era di 28.

Sempre rispetto a questa scala, in tabella 47 si riportano le differenze tra i punteggi ottenuti nei 2 sottogruppi di rispondenti ottenuti dall’item 14, cioè tra chi riferisce di esser stato oggetto di atteggiamenti negativi e chi invece no.

**Tabella 47 – Valori di score del SOC/CSCI nei sottogruppi individuati dall'item I4**

Critério esterno	Media	DS	Mediana	IQR	Range	Mann Whitney U test	p
SOC/CSCI DI4-NO	33.25	±5.47	34	30-37	16-49	10828.5	<0.0001
SOC/CSCI DI4-SI	28.16	±5.52	28	25-32	15-46		

### **9.8 Validità di costrutto e di criterio del QuINI v.3**

La validazione del costrutto del QuINI v. 3 ha visto la sua comparazione con i punteggi ottenuti dal NAQ-R, mentre la validazione di criterio con il CBI, sempre al primo invio, e con la SOC/CSCI, al secondo invio.

In tabella 48 si riportano le correlazioni tra le variabili continue (quelle disponibili) delle sottoscale del QuINI, con i criteri esterni con cui sono state comparate durante il primo invio. Si noti come al contrario delle altre, la sottoscala 5, corrispondente alla domanda 27 del QuINI v.3, non mostri alcuna correlazione con i criteri esterni, ad eccezione di una molto debole correlazione positiva con i punteggi di NAQ-R Personal Bullying. Invece si rilevano correlazioni prevalentemente moderate nei punti delle sottoscale 1,3, e 4 nei confronti del NAQ-R, e comunque significative anche nei confronti del burnout personale e lavorativo, mentre le associazioni più deboli si riscontrano con il burnout dai pazienti.

Per quanto riguarda le correlazioni interne, cioè tra sottoscale, si rilevano livelli prevalentemente moderati, ad eccezione, della Scala 2 – “Totale colleghi bulli”, che mostra correlazioni deboli, anche se significative.

**Tabella 48 – Correlazioni tra variabili continue dei questionari al primo invio del QuINI v.3**

Correlazioni		Percezione QUINI	D15 Totale Colleghi Bulli	D16 Atteggiamenti Totale	D24 Totale Sintomi	D27 Totale Richiesta Aiuto
<b>NAQ-R Personal Bullying</b>	r di Pearson	0.552	0.326	0.635	0.450	0.173
	p (2-code)	<0.0001	<0.0001	<0.0001	<0.0001	0.002
<b>NAQ Work Related Bullying</b>	r di Pearson	0.395	0.234	0.425	0.339	0.065
	p (2-code)	<0.0001	<0.0001	<0.0001	<0.0001	0.244
<b>CBI Burnout Personale</b>	r di Pearson	0.482	0.281	0.259	0.490	0.028
	p (2-code)	<0.0001	<0.0001	<0.0001	<0.0001	0.616
<b>CBI Burnout Lavorativo</b>	r di Pearson	0.488	0.288	0.230	0.472	0.034
	p (2-code)	<0.0001	<0.0001	<0.0001	<0.0001	0.542
<b>CBI Burnout Pazienti</b>	r di Pearson	0.179	0.137	-0.029	0.153	-0.072
	p (2-code)	0.001	0.014	0.597	0.006	0.199
<b>Percezione QUINI</b>	r di Pearson	1	0.274	0.477	0.708	0.207
	p (2-code)		0.000	0.000	0.000	0.000
<b>D15 Totale Colleghi Bulli</b>	r di Pearson	0.274	1	0.400	0.328	0.138
	p (2-code)	<0.0001		<0.0001	<0.0001	0.013
<b>D16 Atteggiamenti Totale</b>	r di Pearson	0.477	0.400	1	0.437	0.244
	p (2-code)	<0.0001	<0.0001		<0.0001	0.000
<b>D24 Totale Sintomi</b>	r di Pearson	0.708	0.328	0.437	1	0.176
	p (2-code)	<0.0001	<0.0001	<0.0001		0.001
<b>D27 Totale Richiesta Aiuto</b>	r di Pearson	0.207	0.138	0.244	0.176	1
	p (2-code)	<0.0001	<0.0001	<0.0001	0.001	

Nella tabella 49 di qui a seguito si riportano le associazioni statistiche delle variabili relative alle 8 sottoscale del QuINI v.3 con i criteri esterni, ma questa volta utilizzando la discretizzazione delle variabili continue presenti (rendendole binomiali). Si tenga presente, che dal momento che lo strumento è recente, non sono ancora stati individuati dei valori di cut-off definiti come riferimento per la graduazione delle condizioni misurate. Per questo motivo si sono usate le mediane come valori centrali su cui effettuare la divisione binomiale. La discretizzazione delle scale dei criteri esterni è stata effettuata utilizzando i valori delle mediane ottenuti dai punteggi di score nei sottogruppi di rispondenti positivi alla domanda 14 del QuINI v.3, cioè tra coloro che riferivano di aver subito AN da colleghi di pari grado. Nella tabella 49, il numero 1 – corrisponde a valori  $\leq$  alla mediana delle scale comparate; mentre il 2 corrisponde a valori  $>$  della mediana.

**Tabella 49 – Associazioni tra variabili discretizzate del QuINI v.3 e dei criteri esterni di validazione discretizzati, relativi al primo invio dei questionari**

<b>Scala 1 – Percezione QuINI D</b>					
	<b>1</b>	<b>2</b>			
	<b>n. (%)</b>	<b>n. (%)</b>	<b>Totale (%)</b>	$\chi^2$	<b>p</b>
<b>NAQ-R Personal Bullying D</b>					
1	119 (71.7)	58 (36.7)	177 (54.6)	39.958	<0.0001
2	47 (28.3)	100 (63.3)	147 (45.4)		
Totale (%)	166 (100)	158 (100)	324 (100)		
<b>NAQ-R Work Related Bullying D</b>					
1	112 (67.5)	70 (44.3)	182 (56.2)	17.646	<0.0001
2	54 (32.5)	88 (55.7)	142 (43.8)		
Totale (%)	166 (100)	158 (100)	324 (100)		
<b>CBI Burnout Personale D</b>					
1	114 (68.7)	50 (34.2)	168 (51.9)	38.588	<0.0001
2	52 (31.3)	104 (65.8)	156 (48.1)		
Totale (%)	166 (100)	158 (100)	324 (100)		
<b>CBI Burnout Lavorativo D</b>					
1	111 (66.9)	67 (42.4)	178 (54.9)	19.568	<0.0001
2	55 (33.1)	91 (57.6)	146 (45.1)		
Totale (%)	166 (100)	158 (100)	324 (100)		
<b>CBI Burnout Pazienti D</b>					
1	103 (62)	68 (43)	171 (52.8)	11.738	0.001
2	63 (38)	90 (57)	153 (47.2)		
Totale (%)	166 (100)	158 (100)	324 (100)		
<b>Scala 2 – Totale colleghi bulli D</b>					
	<b>1</b>	<b>2</b>			
	<b>n. (%)</b>	<b>n. (%)</b>	<b>Totale (%)</b>	$\chi^2$	<b>p</b>
<b>NAQ-R Personal Bullying D</b>					
1	167 (60.7)	10 (20.4)	177 (54.6)	27.278	<0.0001
2	108 (39.3)	39 (79.6)	147 (45.4)		
Totale (%)	275 (100)	49 (100)	324 (100)		
<b>NAQ-R Work Related Bullying D</b>					
1	164 (59.6)	18 (36.7)	182 (56.2)	8.860	0.003
2	111 (40.4)	31 (63.3)	142 (43.8)		
Totale (%)	275 (100)	49 (100)	324 (100)		
<b>CBI Burnout Personale D</b>					
1	154 (56)	14 (28.6)	168 (51.9)	12.533	<0.0001
2	121 (44)	35 (71.4)	156 (48.1)		
Totale (%)	275 (100)	49 (100)	324 (100)		
<b>CBI Burnout Lavorativo D</b>					
1	161 (58.5)	17 (34.7)	178 (54.9)	9.557	0.002
2	114 (41.5)	32 (65.3)	146 (45.1)		
Totale (%)	275 (100)	49 (100)	324 (100)		
<b>CBI Burnout Pazienti D</b>					
1	149 (54.2)	22 (44.9)	171 (52.8)	1.438	0.230
2	126 (45.8)	27 (55.1)	153 (47.2)		
Totale (%)	275 (100)	49 (100)	324 (100)		
<b>Scala 3 – Atteggiamenti totali D</b>					
	<b>1</b>	<b>2</b>			
	<b>n. (%)</b>	<b>n. (%)</b>	<b>Totale (%)</b>	$\chi^2$	<b>p</b>
<b>NAQ-R Personal Bullying D</b>					

1	121 (68)	56 (38.4)	177 (54.6)	28.395	<0.0001
2	57 (32)	90 (61.6)	147 (45.4)		
Totale (%)	178 (100)	146 (100)	324 (100)		
<b>NAQ-R Work Related Bullying D</b>					
1	121 (68)	61 (41.8)	182 (56.2)	22.359	<0.0001
2	57 (32)	85 (58.2)	142 (43.8)		
Totale (%)	178 (100)	146 (100)	324 (100)		
<b>CBI Burnout Personale D</b>					
1	111 (62.4)	57 (39)	168 (51.9)	17.470	0.001
2	67 (37.6)	89 (61)	156 (48.1)		
Totale (%)	178 (100)	146 (100)	324 (100)		
<b>CBI Burnout Lavorativo D</b>					
1	106 (59.6)	72 (49.3)	178 (54.9)	3.394	0.065
2	72 (40.4)	74 (50.7)	146 (45.1)		
Totale (%)	178 (100)	146 (100)	324 (100)		
<b>CBI Burnout Pazienti D</b>					
1	92 (51.7)	79 (54.1)	171 (52.8)	0.189	0.664
2	86 (48.3)	67 (45.9)	153 (47.2)		
Totale (%)	178 (100)	146 (100)	324 (100)		

	Scala 4 – Totale sintomi D		Totale (%)	$\chi^2$	p
	1	2			
	n. (%)	n. (%)			
<b>NAQ-R Personal Bullying D</b>					
1	126 (67)	51 (37.5)	177 (54.6)	27.747	<0.0001
2	62 (33)	45 (62.5)	147 (45.4)		
Totale (%)	188 (100)	136 (100)	324 (100)		
<b>NAQ-R Work Related Bullying D</b>					
1	121 (64.4)	61 (44.9)	182 (56.2)	12.199	<0.0001
2	67 (35.6)	75 (55.1)	142 (43.8)		
Totale (%)	188 (100)	136 (100)	324 (100)		
<b>CBI Burnout Personale D</b>					
1	125 (66.5)	43 (31.6)	168 (51.9)	38.437	<0.0001
2	63 (33.5)	93 (68.4)	156 (48.1)		
Totale (%)	188 (100)	136 (100)	324 (100)		
<b>CBI Burnout Lavorativo D</b>					
1	128 (68.1)	50 (36.8)	178 (54.9)	31.270	<0.0001
2	60 (31.9)	86 (63.2)	146 (45.1)		
Totale (%)	188 (100)	136 (100)	324 (100)		
<b>CBI Burnout Pazienti D</b>					
1	116 (61.7)	55 (40.4)	171 (52.8)	14.313	<0.0001
2	72 (38.3)	81 (59.6)	153 (47.2)		
Totale (%)	188 (100)	136 (100)	324 (100)		

	Scala 5 – Totale richiesta aiuto D		Totale (%)	$\chi^2$	p
	1	2			
	n. (%)	n. (%)			
<b>NAQ-R Personal Bullying D</b>					
1	131 (56.2)	46 (50.5)	177 (54.6)	0.850	0.357
2	102 (43.8)	45 (49.5)	147 (45.4)		
Totale (%)	233 (100)	91 (100)	324 (100)		
<b>NAQ-R Work Related Bullying D</b>					
1	135 (57.9)	47 (51.6)	182 (56.2)	1.052	0.305
2	98 (42.1)	44 (48.4)	142 (43.8)		

Totale (%)	233 (100)	91 (100)	324 (100)		
<b>CBI Burnout Personale D</b>					
1	121 (51.9)	47 (51.6)	168 (51.9)	0.002	0.963
2	112 (48.1)	44 (48.4)	156 (48.1)		
Totale (%)	233 (100)	91 (100)	324 (100)		
<b>CBI Burnout Lavorativo D</b>					
1	123 (52.8)	55 (60.4)	178 (54.9)	1.547	0.214
2	110 (47.2)	36 (39.6)	146 (45.1)		
Totale (%)	233 (100)	91 (100)	324 (100)		
<b>CBI Burnout Pazienti D</b>					
1	117 (50.2)	54 (59.3)	171 (52.8)	2.187	0.139
2	116 (49.8)	37 (40.7)	153 (47.2)		
Totale (%)	233 (100)	91 (100)	324 (100)		

<b>Scala 6 - Frequenza e presenza attuale mobbing D</b>					
	1	2			
	n. (%)	n. (%)	Totale (%)	$\chi^2$	p
<b>NAQ-R Personal Bullying D</b>					
1	88 (77.9)	89 (42.2)	177 (54.6)	37.832	<000.1
2	25 (22.1)	122 (57.8)	147 (45.4)		
Totale (%)	113 (100)	211 (100)	324 (100)		
<b>NAQ-R Work Related Bullying D</b>					
1	76 (67.3)	106 (50.2)	182 (56.2)	8.659	0.003
2	37 (32.7)	105 (49.8)	142 (43.8)		
Totale (%)	(100)	(100)	324 (100)		
<b>CBI Burnout Personale D</b>					
1	77 (68.1)	91 (43.1)	168 (51.9)	18.443	<0.0001
2	36 (31.9)	120 (56.9)	156 (48.1)		
Totale (%)	113 (100)	211 (100)	324 (100)		
<b>CBI Burnout Lavorativo D</b>					
1	74 (65.5)	104 (49.3)	178 (54.9)	7.799	0.005
2	39 (34.5)	107 (50.7)	146 (45.1)		
Totale (%)	113 (100)	211 (100)	324 (100)		
<b>CBI Burnout Pazienti D</b>					
1	66 (58.4)	105 (49.8)	171 (52.8)	2.206	0.137
2	47 (41.6)	106 (50.2)	153 (47.2)		
Totale (%)					

<b>Scala 7 - Idiosincrasie lavorativo-professionali D</b>					
	1	2			
	n. (%)	n. (%)	Totale (%)	$\chi^2$	p
<b>NAQ-R Personal Bullying D</b>					
1	134 (63.8)	43 (37.7)	177 (54.6)	20.292	<0.0001
2	76 (36.2)	71 (62.3)	147 (45.4)		
Totale (%)	210 (100)	114 (100)	324 (100)		
<b>NAQ-R Work Related Bullying D</b>					
1	128 (61)	54 (47.4)	182 (56.2)	5.538	0.019
2	82 (39)	60 (52.6)	142 (43.8)		
Totale (%)	210 (100)	114 (100)	324 (100)		
<b>CBI Burnout Personale D</b>					
1	133 (63.3)	35 (30.7)	168 (51.9)	31.515	<0.0001
2	77 (36.7)	79 (69.3)	156 (48.1)		
Totale (%)	210 (100)	114 (100)	324 (100)		
<b>CBI Burnout Lavorativo D</b>					
1	135 (64.3)	43 (37.7)	178 (54.9)	21.065	<0.0001

2	75 (53.7)	71 (62.3)	146 (45.1)		
Totale (%)	210 (100)	114 (100)	324 (100)		
<b>CBI Burnout Pazienti D</b>					
1	122 (58.1)	49 (43)	171 (52.8)	6.771	0.009
2	88 (41.9)	65 (57)	153 (47.2)		
Totale (%)	210 (100)	114 (100)	324 (100)		
<b>Scala 8 - Agentività D</b>					
	I		2		
	n. (%)	n. (%)	Totale (%)	$\chi^2$	p
<b>NAQ-R Personal Bullying D</b>					
1	25 (75.8)	152 (52.2)	177 (54.6)	6.617	0.010
2	8 (24.2)	39 (47.8)	147 (45.4)		
Totale (%)	33 (100)	291 (100)	324 (100)		
<b>NAQ-R Work Related Bullying D</b>					
1	23 (69.7)	159 (54.6)	182 (56.2)	2.730	0.098
2	10 (30.3)	132 (45.4)	142 (43.8)		
Totale (%)	33 (100)	291 (100)	324 (100)		
<b>CBI Burnout Personale D</b>					
1	22 (66.7)	146 (50.2)	168 (51.9)	3.230	0.072
2	11 (33.3)	145 (49.8)	156 (48.1)		
Totale (%)	33 (100)	291 (100)	324 (100)		
<b>CBI Burnout Lavorativo D</b>					
1	26 (78.8)	152 (52.2)	178 (54.9)	8.442	0.004
2	7 (21.2)	139 (47.8)	146 (45.1)		
Totale (%)	33 (100)	291 (100)	324 (100)		
<b>CBI Burnout Pazienti D</b>					
1	24 (72.7)	147 (50.5)	171 (52.8)	5.867	0.015
2	9 (27.3)	144 (49.5)	153 (47.2)		
Totale (%)	33 (100)	291 (100)	324 (100)		

Legenda: 1 – corrisponde a valori  $\leq$  alla mediana; 2 a valori  $>$  della mediana delle scale in esame

La Scala 1 – Percezione QuINI D mostra associazioni statisticamente significative tra le proporzioni maggiori corrispondenti ai valori superiori alla mediana di tutti i criteri esterni con cui è stata comparata nel primo invio. In sostanza quando viene misurato l'impatto quantitativo delle interazioni negative subite, rispetto a intensità, conseguenze sulla salute psicofisica, e percezione delle conseguenze indirette per la sicurezza dei pazienti, le proporzioni maggiori si registrano tra i valori superiori alla mediana del QuINiv. 3 e quelli superiori alle mediane dei criteri esterni.

Lo stesso si rileva per la Scala 2 – Totale colleghi bulli D, ad eccezione della comparazione con il CBI Pazienti, dove non viene raggiunta la significatività statistica.

Per quanto riguarda, invece, la Scala 3 – Atteggiamenti totali D, relativa alla somma delle diverse tipologie di interazioni negative riportate dai rispondenti, si riscontrano associazioni statisticamente significative con i criteri esterni, tranne che con il burnout lavorativo e con quello dovuto ai pazienti.

Il numero di sintomi e disturbi riportati dai rispondenti (Scala 4 – Totale sintomi D) ed attribuiti agli AN subiti, invece, mostra associazioni significative con tutte le sottoscale misurate.

Invece, come già rilevato in sede di correlazione lineare, la Scala 5 – Totale richiesta aiuto D, corrispondente al numero di diverse tipologie di figure con cui chi ha subito interazioni negative ha parlato degli abusi subiti, non mostra alcuna associazione statisticamente significativa con i criteri esterni.

La Scala 6 - Frequenza e presenza attuale mobbing D non si associa in modo statisticamente significativo soltanto al CBI Pazienti.

La Scala 7 – “Idiosincrasie lavorativo-professionali”, costituita da tutti gli item del QuINI v.3 relativi all’abbandono della situazione di lavoro considerata come setting di sofferenza, si associa significativamente a tutti i criteri esterni misurati.

Infine, la Scala 8 - Agentività D, costituita da item relativi all’essere autori e/o testimoni di AN mostra associazioni significative con le sole sottoscale NAQ-R Personal Bullying D, CBI Burnout Lavorativo D, e CBI Burnout Pazienti D, anche se nella comparazione con quest’ultima scala le proporzioni si invertono, mostrando valori di scala più alti in associazione valori di burnout pazienti più bassi.

Per quanto riguarda il secondo invio, come già precedentemente accennato, il criterio per la validità discriminante è stato quello della SOC/CSCI. In tabella 50 si riportano le correlazioni tra variabili continue del QuINI e punteggi di SOC/CSCI. Anche in questo caso quasi tutte le sottoscale corrispondenti a variabili continue (scala 2, 3 e 4) sono correlate seppur debolmente, ma significativamente, in modo negativo rispetto alla SOC. L’eccezione è rappresentata dalla scala 1, quella della percezione, e dalla scala 5, quella del totale richiesta aiuto, che non presentano correlazioni statisticamente significative.

**Tabella 50 – Correlazioni tra variabili continue (sottoscale continue) dei questionari al secondo invio del QuNI v.3**

		Percezione QUINI	D15 Totale Colleghi Bulli	D16 Atteggiamenti Totale	D24 Totale Sintomi	D27 Totale Richiesta Aiuto	SOC/CSCI - Senso di Comunità
<b>Percezione QUINI</b>	r di Pearson	1	0.138	0.455**	0.746**	0.294**	-0.155
	p (2-code)		0.105	0.000	0.000	0.000	0.068
<b>D15 Totale Colleghi Bulli</b>	r di Pearson	0.138	1	0.165	0.201*	-0.109	-0.251**
	p (2-code)	0.105		0.052	0.017	0.200	0.003
<b>D16 Atteggiamenti Totale</b>	r di Pearson	0.455**	0.165	1	0.573**	0.344**	-0.184*
	p (2-code)	0.000	0.052		0.000	0.000	0.030
<b>D24 Totale Sintomi</b>	r di Pearson	0.746**	0.201*	0.573**	1	0.174*	-0.238**
	p (2-code)	0.000	0.017	0.000		0.040	0.005
<b>D27 Totale Richiesta Aiuto</b>	r di Pearson	0.294**	-0.109	0.344**	0.174*	1	0.035
	p (2-code)	0.000	0.200	0.000	0.040		0.681
<b>SOC/CSCI - Senso di Comunità</b>	r di Pearson	-0.155	-0.251**	-0.184*	-0.238**	0.035	1
	p (2-code)	0.068	0.003	0.030	0.005	0.681	

\*\* La correlazione è significativa al livello 0,01 (2-code).

\* La correlazione è significativa al livello 0,05 (2-code).

Nella tabella 51 Di qui a seguito si riportano le associazioni statistiche delle variabili relative alle 8 sottoscale del QuNI v.3 con il criterio esterno, utilizzando la discretizzazione delle variabili continue presenti (rendendole binomiali). Chiaramente, valgono le medesime considerazioni rispetto ai valori di cut-off definiti come riferimento che sono state formulate per l'analisi relativa al primo invio. Anche in questo caso la discretizzazione della scala di criterio esterno è stata effettuata utilizzando i valori delle mediane ottenuti dai punteggi di score nei sottogruppi di rispondenti positivi alla domanda 14 del QuNI v.3, cioè tra coloro che riferivano di aver subito AN da colleghi di pari grado. Nella tabella 51, il numero 1 – corrisponde a valori  $\leq$  alla mediana delle scale comparate; mentre il 2 corrisponde a valori  $>$  della mediana.

**Tabella 51 – Associazioni tra le 8 sottoscale del QuNI v.3 e i criteri esterni di validazione, discretizzati, relativi al secondo invio dei questionari**

	Scala 1 – Percezione QuINI D			$\chi^2$	p
	1	2	Totale (%)		
	n. (%)	n. (%)	Totale (%)		
<b>SOC/CSCI D</b>					
1	26 (47.3)	47 (56)	73 (52.5)	1.004	0.316
2	29 (52.7)	37 (44)	66 (47.5)		
Totale (%)	55 (100)	84 (100)	139 (100)		
	Scala 2 – Totale colleghi bulli D			$\chi^2$	p
	1	2	Totale (%)		
	n. (%)	n. (%)	Totale (%)		
<b>SOC/CSCI D</b>					
1	60 (48.4)	13 (86.7)	73 (52.5)	7.863	0.005
2	64 (51.6)	2 (13.3)	66 (47.5)		

Totale (%)	124 (100)	15 (100)	139 (100)		
<b>Scala 3 – Atteggiamenti totale D</b>					
	1	2			
	n. (%)	n. (%)	Totale (%)	$\chi^2$	p
<b>SOC/CSCI D</b>					
1	36 (42.4)	37 (68.5)	73 (52.5)	9.066	0.003
2	49 (57.6)	17 (31.5)	66 (47.5)		
Totale (%)	85 (100)	54 (100)	139 (100)		
<b>Scala 4 - Totale sintomi D</b>					
	1	2			
	n. (%)	n. (%)	Totale (%)	$\chi^2$	p
<b>SOC/CSCI D</b>					
1	35 (46.1)	38 (60.3)	73 (52.5)	2.811	0.094
2	41 (53.9)	25 (39.7)	66 (47.5)		
Totale (%)	76 (100)	63 (100)	139 (100)		
<b>Scala 5 - Totale richiesta aiuto D</b>					
	1	2			
	n. (%)	n. (%)	Totale (%)	$\chi^2$	p
<b>SOC/CSCI D</b>					
1	48 (51.6)	25 (54.3)	73 (52.5)	0.92	0.761
2	45 (48.4)	21 (45.7)	66 (47.5)		
Totale (%)	93 (100)	46 (100)	139 (100)		
<b>Scala 6 - Frequenza e presenza attuale mobbing D</b>					
	1	2			
	n. (%)	n. (%)	Totale (%)	$\chi^2$	p
<b>SOC/CSCI D</b>					
1	20 (51.3)	53 (53)	73 (52.5)	0.033	0.855
2	19 (48.7)	47 (47)	66 (47.5)		
Totale (%)	39 (100)	100 (100)	139 (100)		
<b>Scala 7 - Idiosincrasie lavorativo-professionali D</b>					
	1	2			
	n. (%)	n. (%)	Totale (%)	$\chi^2$	p
<b>SOC/CSCI D</b>					
1	47 (49)	26 (60.5)	53 (52.5)	1.577	0.209
2	49 (51)	17 (39.5)	66 (47.5)		
Totale (%)	96 (100)	43 (100)	139 (100)		
<b>Scala 8 - Agentività D</b>					
	1	2			
	n. (%)	n. (%)	Totale (%)	$\chi^2$	p
<b>SOC/CSCI D</b>					
1	7 (53.8)	66 (52.4)	73 (52.5)	0.010	0.920
2	6 (46.2)	60 (47.6)	66 (47.5)		
Totale (%)	13 (100)	126 (100)	139 (100)		

Come atteso dal criterio per la validità discriminante, le proporzioni maggiori sono costituite da alti punteggi di sottoscale QuINI associate a bassi punteggi di senso della comunità anche se, dal punto di vista statistico, la significatività viene raggiunta nei test di  $\chi^2$  solo per la scala 2 e la scala 3, limitando di fatto i risultati di questa fase di validazione.

## 9.9 Omogeneità del QuINI v.3

La verifica dell'omogeneità del QuINI v.3 e delle sottoscale di cui si compone è stata effettuata mediante calcolo dell' $\alpha$  di Cronbach considerando complessivamente le risposte al primo e secondo invio del questionario.

L' $\alpha$  di Cronbach del QuINI v.3 è di 0.913. In ogni caso, si riportano i valori di  $\alpha$  di Cronbach nei 2 invii: 0.914 nel primo invio, e 0.913 nel secondo, a dimostrazione della immutata consistenza interna.

In tabella 52 si riportano le statistiche totali degli item con la correlazione item-totale

**Tabella 52 – Statistiche totali degli item del QuINI v.3**

Domanda - item	Scala media se l'item è escluso	Scala varianza se l'item è escluso	Correlazione del totale item corretta	$\alpha$ di Cronbach se l'item è escluso
14.	9.211	204.067	0.827	0.909
15.	8.886	191.842	0.831	0.906
16.1	9.502	213.365	0.323	0.913
16.2	9.437	210.765	0.497	0.912
16.3	9.430	210.128	0.552	0.912
16.4	9.380	208.676	0.611	0.911
16.5	9.512	213.188	0.391	0.913
16.6	9.462	211.042	0.522	0.912
16.7	9.480	211.869	0.468	0.912
16.8	9.506	213.176	0.365	0.913
16.9	9.533	214.117	0.326	0.913
16.10	9.429	209.886	0.576	0.911
16.11	9.492	212.272	0.453	0.912
16.12	9.519	213.436	0.379	0.913
16.13	9.421	210.101	0.538	0.912
16.14	9.510	213.082	0.398	0.913
16.15	9.480	211.800	0.479	0.912
16.16	9.513	213.369	0.363	0.913
17.	7.952	151.469	0.878	0.917
18.	9.405	208.110	0.707	0.911
19.	9.368	208.258	0.633	0.911
20.	9.487	211.803	0.501	0.912
21.	9.527	213.845	0.346	0.913
22.	9.482	211.479	0.527	0.912
23.	9.350	205.729	0.833	0.910
24.1	9.443	209.364	0.666	0.911
24.2	9.510	212.960	0.419	0.913
24.3	9.448	209.448	0.671	0.911
24.4	9.504	212.412	0.480	0.912
24.5	9.474	211.132	0.545	0.912
24.6	9.506	212.454	0.480	0.912
24.7	9.508	212.724	0.447	0.913
24.8	9.528	213.772	0.366	0.913
24.9	9.512	212.746	0.466	0.913
24.10	9.537	214.348	0.306	0.913
24.11	9.514	212.763	0.476	0.913

Domanda - item	Scala media se l'item è escluso	Scala varianza se l'item è escluso	Correlazione del totale item corretta	$\alpha$ di Cronbach se l'item è escluso
24.12	9.540	214.357	0.334	0.913
24.13	9.480	210.923	0.595	0.912
24.14	9.454	209.562	0.675	0.911
24.15	9.468	210.644	0.587	0.912
24.16	9.536	214.252	0.318	0.913
24.17	9.478	210.536	0.637	0.912
24.18	9.449	209.588	0.657	0.911
24.19	9.509	212.507	0.487	0.912
24.20	9.535	214.081	0.354	0.913
24.21	9.537	214.207	0.336	0.913
24.22	9.513	212.809	0.459	0.913
24.23	9.468	210.142	0.652	0.911
24.24	9.539	214.375	0.313	0.913
25.	8.422	157.032	0.842	0.915
26.	9.268	205.162	0.784	0.909
27.1	9.429	211.043	0.454	0.912
27.2	9.333	207.818	0.629	0.911
27.3	9.491	212.504	0.415	0.913
27.4	9.422	210.209	0.530	0.912
27.5	9.502	212.700	0.426	0.913
27.6	9.548	215.074	0.186	0.914
27.7	9.525	213.770	0.348	0.913
28.	8.811	180.345	0.635	0.913
29.	8.907	210.686	0.332	0.912
30.	9.350	212.538	0.240	0.913

Per quanto riguarda la consistenza interna delle singole sottoscale del QuINI, la scala I – Percezioni QuINI, ha ottenuto un punteggio di  $\alpha$  di Cronbach di 0.842. Nelle tabelle seguenti (53, 54, 55, 56 , 57, 58, 59) si riportano i risultati ottenuti.

**Tabella alfa 53 – statistiche totali degli item componenti la scala I**

Domanda-Item	Scala media se l'item è escluso	Scala varianza se l'item è escluso	Correlazione del totale item corretta	Quadrato della correlazione multipla	$\alpha$ di Cronbach se l'item è escluso
17.	1.825	14.486	0.788	0.633	0.702
25.	2.282	16.085	0.758	0.602	0.729
28.	2.659	22.706	0.625	0.394	0.866

La scala 3 – Atteggiamenti totali, ha ottenuto un punteggio di  $\alpha$  di Cronbach di 0.845.

**Tabella 54 – statistiche totali degli item componenti la scala 3**

Domanda-Item	Scala media se l'item è escluso	Scala varianza se l'item è escluso	Correlazione del totale item corretta	$\alpha$ di Cronbach se l'item è escluso
16.1	1.18	4.945	0.349	0.841
16.2	1.12	4.641	0.432	0.838
16.3	1.11	4.480	0.543	0.831
16.4	1.06	4.298	0.576	0.830
16.5	1.19	4.907	0.443	0.837
16.6	1.14	4.654	0.485	0.834
16.7	1.16	4.695	0.509	0.833
16.8	1.19	4.930	0.381	0.840
16.9	1.21	5.088	0.353	0.842
16.10	1.11	4.460	0.556	0.830
16.11	1.17	4.774	0.484	0.835
16.12	1.20	4.961	0.419	0.839
16.13	1.10	4.445	0.549	0.831
16.14	1.19	4.913	0.424	0.838
16.15	1.16	4.726	0.483	0.835
16.16	1.19	4.904	0.451	0.837

La scala 4 – Totale sintomi, ha ottenuto un punteggio di  $\alpha$  di Cronbach di 0.920.

**Tabella 55 – statistiche totali degli item componenti la scala 4**

Domanda-Item	Scala media se l'item è escluso	Scala varianza se l'item è escluso	Correlazione del totale item corretta	$\alpha$ di Cronbach se l'item è escluso
24.1	1.17	8.745	0.675	0.915
24.2	1.24	9.445	0.476	0.918
24.3	1.18	8.700	0.718	0.913
24.4	1.23	9.349	0.520	0.917
24.5	1.20	9.078	0.574	0.917
24.6	1.23	9.328	0.545	0.917
24.7	1.24	9.410	0.492	0.918
24.8	1.26	9.635	0.427	0.919
24.9	1.24	9.382	0.543	0.917
24.10	1.26	9.773	0.367	0.920
24.11	1.24	9.376	0.564	0.917
24.12	1.27	9.812	0.353	0.920
24.13	1.21	8.989	0.661	0.915
24.14	1.18	8.763	0.701	0.914
24.15	1.20	8.947	0.636	0.915
24.16	1.26	9.735	0.397	0.919
24.17	1.21	8.951	0.677	0.914
24.18	1.18	8.783	0.671	0.915
24.19	1.24	9.317	0.573	0.917
24.20	1.26	9.714	0.413	0.919
24.21	1.26	9.728	0.415	0.919
24.22	1.24	9.406	0.528	0.917
24.23	1.20	8.860	0.695	0.914
24.24	1.27	9.781	0.375	0.920

La scala 5 – Totale richiesta aiuto, ha ottenuto un punteggio di  $\alpha$  di Cronbach di 0.703.

**Tabella 56 – statistiche totali degli item componenti la scala 5**

Domanda-Item	Scala media se l'item è escluso	Scala varianza se l'item è escluso	Correlazione del totale item corretta	$\alpha$ di Cronbach se l'item è escluso
27.1	0.49	0.880	0.564	0.623
27.2	0.40	0.754	0.573	0.626
27.3	0.55	1.084	0.381	0.678
27.4	0.49	0.857	0.588	0.615
27.5	0.56	1.117	0.359	0.683
27.6	0.61	1.305	0.122	0.718
27.7	0.59	1.201	0.286	0.698

La scala 6 – Frequenza e presenza attuale di mobbing, ha ottenuto un punteggio di  $\alpha$  di Cronbach di 0.716.

**Tabella 57 – statistiche totali degli item componenti la scala 6**

Domanda-Item	Scala media se l'item è escluso	Scala varianza se l'item è escluso	Correlazione del totale item corretta	Quadrato della correlazione multipla
18.	0.18	0.148	0.560	0.313
19.	0.15	0.125	0.560	0.313

La scala 7 – Idiosincrasie professionali lavorative, ha ottenuto un punteggio di  $\alpha$  di Cronbach di 0.609.

**Tabella 58 – statistiche totali degli item componenti la scala 7**

Domanda-Item	Scala media se l'item è escluso	Scala varianza se l'item è escluso	Correlazione del totale item corretta	$\alpha$ di Cronbach se l'item è escluso
20.	0.10	0.115	0.481	0.410
21.	0.14	0.176	0.416	0.552
22.	0.09	0.120	0.406	0.543

La scala 8 – Agentività, ha ottenuto un punteggio di  $\alpha$  di Cronbach di 0.471, che assieme alla scala 7, mostrano i livelli di omogeneità più bassi rispetto alle altre sottoscale del QuINI v.3.

**Tabella 59 – statistiche totali degli item componenti la scala 8**

<b>Domanda-Item</b>	<b>Scala media se l'item è escluso</b>	<b>Scala varianza se l'item è escluso</b>	<b>Correlazione del totale item corretta</b>	<b>Quadrato della correlazione multipla</b>
29.	0.20	0.163	0.312	0.097
30.	0.65	0.228	0.312	0.097

## 9.10 Analisi esplorativa dei 2 invii del QuINI v.3

In questa sezione si riportano i risultati dell'analisi bivariata tra gli item "critici" del QuINI v.3 e le variabili più significative degli infermieri partecipanti, in accordo con gli obiettivi principali e secondari del progetto di studio. I dati sono presentati e analizzati per numero di invio.

Si consideri che le associazioni statistiche delle variabili di interesse rispetto alla nazionalità e alla posizione contrattuale non sono state testate, dal momento che tra il primo ed il secondo invio, gli stranieri che hanno risposto erano complessivamente 6 (rispettivamente, 4 e 2, e tutti appartenenti a nazionalità diverse), mentre gli infermieri a tempo determinato soltanto 7 e 4 rispettivamente, nei 2 invii.

Allo scopo di rilevare le associazioni tra variabili continue e binomiali, le prime sono state rese tali, discretizzandole attraverso i loro valori mediani. In tabella 60 si riportano le mediane divise per ordine di invio dei questionari.

**Tabella 60 – Mediane delle variabili continue ottenute nei 2 invii del QuINI v.3 e delle scale NAQ – R, CBI e SOC/CSCI**

Variabile	Invio	Mediana	Mediana in sottogruppo di pz positivi ad interazioni negative (D14 risposta Si)
D3. Età	1°	45	45
	2°	45	45
D12. Da quanti infermieri è composto il servizio in cui Lei opera attualmente?	1°	17	17
	2°	22	22
D17. Se è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione, potrebbe indicare in una scala da 0 a 10, quanto questi siano stati intensi negli ultimi 12 mesi?	1°		4
	2°		5
D25. Potrebbe esprimere in una scala numerica da 0 a 10, l'impatto che queste condizioni psicofisiche hanno avuto sul suo stato di salute generale?	1°		2
	2°		4
D28. Se è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione negli ultimi 12 mesi, quanto ritiene in una scala da 0 a 10, che questi abbiano avuto un'influenza indiretta sulla sicurezza dei pazienti che ha assistito?	1°		1
	2°		2
Scala 2 – Totale colleghi bulli	1° e 2°		2
Scala 3 – Atteggiamenti totali	1° e 2°		3
Scala 4 – Totale sintomi	1° e 2°		3
NAQ-R Personal Bullying	1°	14	17
NAQ-R Work Related Bullying	1°	7	8
CBI Burnout Personale	1°	16	18
CBI Burnout Lavorativo	1°	17	20
CBI Burnout Pazienti	1°	11	11
SOC/CSCI	2°	32	28

Per quanto riguarda i rispondenti che asseriscono di esser stati oggetto di AN da parte di colleghi di pari grado, tra le variabili demografiche che presentano associazioni statisticamente significative, si riscontrano quella di essere in possesso di diploma universitario o laurea triennale, (41.3% vs. 33.1%), e analogamente chi ha ottenuto il titolo di dottore magistrale in scienze infermieristiche, anche se soltanto nel primo invio (46.9% vs. 34.8). Le fasce di anzianità generale di servizio come infermiere con le maggiori proporzioni di vittime di AN sono quelle tra 11 e 15 anni e 16 e 20 anni sia nel primo che nel secondo invio.

Seppur sbilanciate nelle quote dei rispondenti provenienti dai vari servizi, le proporzioni maggiori di vittime di AN provengono dalla Radiodiagnostica/Interventistica e dalla Formazione Aziendale/Universitaria (entrambe al 54.5%). Invece, durante il secondo invio è l'Ambulatorio ospedaliero a detenere la maggior quota di positività alle interazioni negative 65.2%.

In entrambi gli invii sono gli infermieri diurnisti che riportano le quote più elevate di presenza di AN subiti, seguiti dai turnisti e dai coordinatori, in percentuali pressoché identiche. Chi ha subito interazioni negative, rispetto a chi non le riporta, mostra in percentuali molto più elevate di esser stato testimone di AN verso altri colleghi (in entrambi gli invii), ed anche di esser vittima e perpetratore insieme. Chiaramente le vittime di AN mostrano proporzioni maggiori di punteggi sopra la mediana di NAQ-R, e di tutte le tipologie di burnout, anche se in percentuali minori, il burnout provocato dai pazienti. Il senso di comunità mostra punteggi minori, come atteso, nelle vittime di AN.

**Tabella 61 – Associazioni statistiche relative alla domanda 14 del QuINI v.3 nei 2 invii**

<b>Domanda 14. Negli ultimi 12 mesi Lei ritiene di essere stato/a oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione? R. Si</b>						
<b>Variabile</b>	<b>Invio</b>	<b>Totale</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>p</b>
Maschi	1°	232	86	37.1	0.205	0.651
Femmine		672	238	35.4		
Maschi	2°	121	29	24	3.715	0.054
Femmine		329	110	33.4		
Età D ≤ 45 anni	1°	437	164	37.5	1.048	0.306
Età D > 45 anni		467	160	34,3		
Età D ≤ 45 anni	2°	336	75	31.8	0.184	0.668
Età D > 45 anni		214	64	29.9		
Celibè-Nubile	1°	212	86	40.6	3.008	0.390
Coniugato/a-Convivente		583	200	34.3		
Divorziato/a-Separato/a		98	35	35.7		
Vedovo/a		11	3	27.3		
Celibè-Nubile	2°	120	43	35.8	3.166	0.367

<b>Domanda 14. Negli ultimi 12 mesi Lei ritiene di essere stato/a oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione? R. Sì</b>						
<b>Variabile</b>	<b>Invio</b>	<b>Totale</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>p</b>
Coniugato/a-Convivente		267	76	28.5		
Divorziato/a-Separato/a		57	17	29.8		
Vedovo/a		6	3	50		
Laurea Magistrale non Inf.ca – No	1°	834	293	35.1	2.353	0.125
Laurea Magistrale non Inf.ca – Sì		70	31	44.3		
Laurea Magistrale non Inf.ca – No	2°	430	129	30	3.581	0.058
Laurea Magistrale non Inf.ca – Sì		20	10	50		
Scuola regionale per infermieri – No	1°	308	119	38.6	1.588	0.208
Scuola regionale per infermieri – Sì		596	205	34.4		
Scuola regionale per infermieri – No	2°	181	62	34.3	1.606	0.205
Scuola regionale per infermieri – Sì		269	77	28.6		
DU/Laurea Triennale Inf.ca – No	1°	601	199	33.1	5.808	0.016
DU/Laurea Triennale Inf.ca – Sì		303	125	41.3		
DU/Laurea Triennale Inf.ca – No	2°	289	87	30.1	0.233	0.629
DU/Laurea Triennale Inf.ca – Sì		161	52	32.3		
Laurea Magistrale Inf.ca – No	1°	823	286	34.8	4.744	0.029
Laurea Magistrale Inf.ca – Sì		81	38	46.9		
Laurea Magistrale Inf.ca – No	2°	403	120	29.8	2.236	0.135
Laurea Magistrale Inf.ca – Sì		47	19	40.4		
Master 1° livello Inf.ca – No	1°	646	220	34.1	3.136	0.077
Master 1° livello Inf.ca – Sì		258	104	40.3		
Master 1° livello Inf.ca – No	2°	316	94	30.4	0.129	0.720
Master 1° livello Inf.ca – Sì		134	43	32.1		
Anzianità Inf.ca complessiva 1-5 aa	1°	44	13	29.5	11.038	0.026
Anzianità Inf.ca complessiva 6-10 aa		133	51	38.3		
Anzianità Inf.ca complessiva 11-15 aa		83	36	43.4		
Anzianità Inf.ca complessiva 16-20 aa		173	75	43.4		
Anzianità Inf.ca complessiva >20 aa		471	149	31.6		
Anzianità Inf.ca complessiva <1 aa	2°	1	1	100	11.712	0.039
Anzianità Inf.ca complessiva 1-5 aa		23	5	21.7		
Anzianità Inf.ca complessiva 6-10 aa		72	23	31.9		
Anzianità Inf.ca complessiva 11-15 aa		45	14	31.1		
Anzianità Inf.ca complessiva 16-20 aa		85	37	43.5		
Anzianità Inf.ca complessiva >20 aa		224	59	26.3		
Anzianità nel reparto attuale <1 aa	1°	103	34	33	3.128	0.680
Anzianità nel reparto attuale 1-5 aa		204	78	38.2		
Anzianità nel reparto attuale 6-10 aa		202	77	38.1		
Anzianità nel reparto attuale 11-15 aa		194	71	36.6		
Anzianità nel reparto attuale 16-20 aa		91	31	34.1		
Anzianità nel reparto attuale >20 aa		110	33	30		
Anzianità nel reparto attuale <1 aa	2°	38	15	39.5	3.480	0.626
Anzianità nel reparto attuale 1-5 aa		120	37	30.8		
Anzianità nel reparto attuale 6-10 aa		118	36	30.5		
Anzianità nel reparto attuale 11-15 aa		74	25	33.8		
Anzianità nel reparto attuale 16-20 aa		50	15	30		
Anzianità nel reparto attuale >20 aa		50	11	22		
AOUC	1°	356	129	36.2	1.193	0.551
Ex ASF		372	138	37.2		
Ex AUSL 7		172	57	32.4		
AOUC	2°	140	44	31.4	0.061	0.970
Ex ASF		200	62	31		
Ex AUSL 7		110	33	30		
Servizio Emergenza 118	1°	58	25	43.1	39.153	0.004
Pronto Soccorso		83	26	31.3		

<b>Domanda 14. Negli ultimi 12 mesi Lei ritiene di essere stato/a oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione? R. Sì</b>								
<b>Variabile</b>	<b>Invio</b>	<b>Totale</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>p</b>		
Terapia Intensiva		148	56	37.8				
Terapia Sub-Intensiva		37	5	13.5				
Sala Operatoria		37	12	32.4				
Medicina		102	28	27.5				
Chirurgia		53	15	28.3				
Day Hospital		39	13	33.3				
Servizi di Endoscopia		10	7	70				
Radiodiagnostica/Interventistica		11	6	54.5				
Ambulatorio Territoriale		41	20	48.8				
Ambulatorio Ospedaliero		70	37	52.9				
Psichiatria Territoriale		35	9	25.7				
Assistenza Domiciliare Integrata		59	20	33.9				
Cure Palliative Territoriali		5	2	40				
Hospice		9	2	22.9				
Servizio Inf.co/DPF		30	12	40				
Formazione Aziendale/Universitaria		11	6	54.5				
Emodialisi		29	8	27.6				
Altro		37	15	40.5				
Servizio Emergenza 118	2°	23	7	30.4			39.153	0.004
Pronto Soccorso		65	19	29.2				
Terapia Intensiva		69	19	27.5				
SPDC		6	1	16.7				
Terapia Sub-Intensiva		9	3	33.3				
Sala Operatoria		22	10	45.5				
Medicina		33	9	27.3				
Chirurgia		39	6	15.4				
Day Hospital		14	4	28.6				
Servizi di Endoscopia		6	1	16.7				
Radiodiagnostica/Interventistica		8	3	37.5				
Ambulatorio Territoriale		12	4	33.3				
Ambulatorio Ospedaliero		23	15	65.2				
Psichiatria Territoriale		11	2	18.2				
Assistenza Domiciliare Integrata		33	11	33.3				
Cure Palliative Territoriali		3	1	33.3				
Hospice		6	3	50				
Servizio Inf.co/DPF		29	7	24.1				
Formazione Aziendale/Universitaria		4	2	50				
Emodialisi		23	10	43.5				
Altro		12	2	16.7				
Area Critica	1°	363	124	34.2	0.745	0.388		
Area non Critica		541	200	37				
Area Critica	2°	188	58	30.9	0.000	0.988		
Area non Critica		262	81	30.9				
Ospedale	1°	628	215	34.2	1.135	0.287		
Territorio		198	76	38.4				
Ospedale	2°	323	103	31.9	0.059	0.808		
Territorio		82	25	30.5				
N. infermieri del servizio D ≤ 17	1°	449	167	37.2	0.710	0.399		
N. infermieri del servizio D > 17		455	157	34.5				
N. infermieri del servizio D ≤ 22	2°	251	76	30.3	0.099	0.753		
N. infermieri del servizio D > 22		199	63	31.7				
Infermiere/a Dirigente	1°	8	2	25	11.238	0.011		
Infermiere/a Coordinatore		104	32	30.8				
Infermiere/a Diurnista		356	151	42.4				

<b>Domanda 14. Negli ultimi 12 mesi Lei ritiene di essere stato/a oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione? R. Sì</b>						
<b>Variabile</b>	<b>Invio</b>	<b>Totale</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>p</b>
Infermiere/a Turnista		436	139	31.9		
Infermiere/a Dirigente	2°	10	3	30	11.719	0.008
Infermiere/a Coordinatore		57	14	24.6		
Infermiere/a Diurnista		174	70	40.2		
Infermiere/a Turnista		209	52	24.9		
D29. Testimone di AN verso altri – No		1°	299	38		
D29. Testimone di AN verso altri – Sì		605	286	47.3		
D29. Testimone di AN verso altri – No	2°	176	15	8.5	70.837	<0.0001
D29. Testimone di AN verso altri – Sì			267	124		
D30. Perpetratore di AN - No	1°	711	219	30.8	36.774	<0.0001
D30. Perpetratore di AN – Sì			193	105		
D30. Perpetratore di AN - No	2°	361	90	24.9	37.638	<0.0001
D30. Perpetratore di AN – Sì			82	49		
NAQ-R Personal Bullying D ≤ 14	1°	493	84	17	166.707	<0.0001
NAQ-R Personal Bullying D > 14			411	240		
NAQ-R Work Related Bullying D ≤ 7	1°	474	142	30	14.998	<0.0001
NAQ-R Work Related Bullying D > 7			430	182		
CBI Burnout Personale D ≤ 16	1°	468	119	25.4	45.759	<0.0001
CBI Burnout Personale D > 16			436	205		
CBI Burnout Lavorativo D ≤ 17	1°	481	127	26.4	39.814	<0.0001
CBI Burnout Lavorativo D > 17			423	197		
CBI Burnout Pazienti D ≤ 11	1°	520	171	32.9	4.652	0.031
CBI Burnout Pazienti D > 11			384	153		
SOC/CSCI D ≤ 32	2°	244	110	45.1	50.297	<0.0001
SOC/CSCI D > 32			206	29		

L'altra domanda “chiave” del questionario è la 18, cioè quella che distingue, nel sottogruppo delle persone che dichiarano di aver subito AN, coloro che nella propria percezione, corrispondono ai target del fenomeno di bullismo/mobbing orizzontale (HB/HM).

Nel primo invio la proporzione di persone che ne è vittima, è maggiore sopra i 45 anni, mentre nel secondo non raggiunge la significatività statistica. Le vittime di HB/HM sono maggiori tra gli infermieri senza laurea magistrale, ma solo nel secondo invio, dato che nel precedente, quello con maggior numero di rispondenti, non si rilevano differenze significative.

In questo caso, le fasce di anzianità complessiva come infermiere più colpite dal fenomeno sono le due più basse, anche se solo nel primo invio. Sempre nel primo invio si riscontrano differenze statisticamente significative tra i vari servizi, ed in particolare le proporzioni maggiori di HB/HM si riscontrano negli ambulatori ospedalieri (70.3%) seguiti dai servizi di emodialisi (60.5%). In entrambi gli invii emerge che il HM è maggiormente percepito nei servizi che non fanno parte dell'area critica e dell'emergenza.

Le vittime di HB/HM sono in proporzioni maggiori oggetto di abuso da parte di un numero di perpetratori individuato approssimativamente come superiore a “pochi” (quindi “una parte del gruppo”, o “tutto il gruppo”). Inoltre, sono i servizi con numero minore di persone ad esser più facilmente ricettacolo di questo fenomeno. Sono sempre gli infermieri diurnisti quelli a percepire maggiormente il problema, se si eccettuano i due infermieri dirigenti che costituiscono il 100% dei rispondenti, e quindi difficilmente proiettabili in termini inferenziali.

Come atteso, chi riferisce di subire HM, riporta le proporzioni maggiori di numero di diverse tipologie di atteggiamenti negativi subiti superiori ai 3, le intensità degli AN subiti superiori a valori moderati, la presenza attuale di atteggiamenti negativi in corso nei propri confronti, e le proporzioni maggiori di richiesta di cambio di servizio di allocazione, in entrambi gli invii del QulNI v.3. Lo stesso per quanto riguarda le proporzioni di rispondenti con sintomi e disturbi percepiti in relazione agli AN subiti, alla tipologia di sintomi e disturbi superiori a 3, all'intensità dell'impatto sulla salute superiori a livelli bassi e moderati, e al livello di influenza percepita sulla sicurezza dei pazienti superiore al minimo. Per quanto riguarda l'essere testimoni di AN verso altri, non si rilevano differenze statisticamente significative rispetto a chi è vittima di AN, ma non percepisce di esser oggetto di HB/HM. Solo nel primo invio, chi riferisce HM è anche perpetratore in quote percentuali significativamente superiori del 12% rispetto a chi non si sente oggetto di HM.

Per quanto riguardano le associazioni dell'item 18 con NAQ-R, vi è conferma delle proporzioni maggiori dei punteggi superiori alla mediana con i rispondenti positivi a questa domanda sia per il “personal bullying” che per il “work related bullying”. Lo stesso dicasi per il burnout personale e lavorativo, ma non ci sono differenze statisticamente significative tra le proporzioni che riportano valori superiori e inferiori alla mediana del burnout pazienti, quando l'item 18 è stato associato al CBI. Nessuna significatività statistica anche per quanto concerne l'incrocio dei dati con le proporzioni di SOC/CSCI superiori ed inferiori al valore mediano.

**Tabella 62 – Associazioni statistiche relative alla domanda 18 del QuINI v.3 nei 2 invii**

<b>Domanda 18. Negli ultimi 12 mesi, è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione ad una frequenza di almeno una volta alla settimana per un periodo non inferiore a 6 mesi? R. Sì</b>						
<b>Variabile</b>	<b>Invio</b>	<b>Totale</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>p</b>
Maschi	1°	86	32	37.2	1.235	0.266
Femmine		238	105	44.1		
Maschi	2°	29	12	41.4	0.427	0.514
Femmine		110	53	48.2		
Età D ≤ 45 anni	1°	164	57	34.8	7.712	0.005
Età D > 45 anni		160	80	50		
Età D ≤ 45 anni	2°	75	35	46.7	0.001	0.980
Età D > 45 anni		64	30	46.9		
Celibe-Nubile	1°	86	28	32.6	5.666	0.129
Coniugato/a-Convivente		200	89	44.5		
Divorziato/a-Separato/a		35	18	51.4		
Vedovo/a		3	2	66.7		
Celibe-Nubile	2°	43	17	39.5	3.594	0.309
Coniugato/a-Convivente		76	36	46.1		
Divorziato/a-Separato/a		17	11	64.7		
Vedovo/a		3	2	66.7		
Laurea Magistrale non Inf.ca – No	1°	293	123	42	0.116	0.733
Laurea Magistrale non Inf.ca – Sì		31	14	45.2		
Laurea Magistrale non Inf.ca – No	2°	129	63	48.8	3.100	0.078
Laurea Magistrale non Inf.ca – Sì		10	2	20		
Scuola regionale per infermieri – No	1°	119	42	35.3	3.765	0.052
Scuola regionale per infermieri – Sì		205	95	46.3		
Scuola regionale per infermieri – No	2°	62	25	40.3	1.865	0.172
Scuola regionale per infermieri – Sì		77	40	51.9		
DU/Laurea Triennale Inf.ca – No	1°	199	86	43.2	0.184	0.668
DU/Laurea Triennale Inf.ca – Sì		125	51	40.8		
DU/Laurea Triennale Inf.ca – No	2°	87	42	48.3	0.214	0.644
DU/Laurea Triennale Inf.ca – Sì		52	23	44.2		
Laurea Magistrale Inf.ca – No	1°	286	125	43.7	2.021	0.155
Laurea Magistrale Inf.ca – Sì		38	12	31.6		
Laurea Magistrale Inf.ca – No	2°	120	58	48.3	0.870	0.351
Laurea Magistrale Inf.ca – Sì		19	7	36.8		
Master 1° livello Inf.ca – No	1°	220	92	41.8	0.061	0.805
Master 1° livello Inf.ca – Sì		104	45	43.3		
Master 1° livello Inf.ca – No	2°	96	42	43.8	1.131	0.287
Master 1° livello Inf.ca – Sì		43	23	53.5		
Anzianità Inf.ca complessiva 1-5 aa	1°	13	4	30.8	10.290	0.036
Anzianità Inf.ca complessiva 6-10 aa		51	17	33.3		
Anzianità Inf.ca complessiva 11-15 aa		36	10	27.8		
Anzianità Inf.ca complessiva 16-20 aa		75	30	40		
Anzianità Inf.ca complessiva >20 aa		149	76	51		
Anzianità Inf.ca complessiva <1 aa	2°	1	0	100	2.738	0.740
Anzianità Inf.ca complessiva 1-5 aa		5	1	20		
Anzianità Inf.ca complessiva 6-10 aa		23	12	52.2		
Anzianità Inf.ca complessiva 11-15 aa		14	6	42.9		
Anzianità Inf.ca complessiva 16-20 aa		37	18	48.6		
Anzianità Inf.ca complessiva >20 aa		59	28	47.5		
Anzianità nel reparto attuale <1 aa	1°	34	14	41.2	7.725	0.172
Anzianità nel reparto attuale 1-5 aa		78	30	38.5		
Anzianità nel reparto attuale 6-10 aa		77	25	32.5		
Anzianità nel reparto attuale 11-15 aa		71	36	50.7		
Anzianità nel reparto attuale 16-20 aa		31	14	45.2		

**Domanda 18. Negli ultimi 12 mesi, è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione ad una frequenza di almeno una volta alla settimana per un periodo non inferiore a 6 mesi? R. Si**

Variabile	Invio	Totale	n.	%	$\chi^2$	p
Anzianità nel reparto attuale >20 aa		33	18	54.5		
Anzianità nel reparto attuale <1 aa	2°	15	9	60	7.491	0.187
Anzianità nel reparto attuale 1-5 aa		37	22	59.5		
Anzianità nel reparto attuale 6-10 aa		36	12	33.3		
Anzianità nel reparto attuale 11-15 aa		25	9	36		
Anzianità nel reparto attuale 16-20 aa		15	7	46.7		
Anzianità nel reparto attuale >20 aa		11	6	54.5		
AOUC		1°	129	46		
Ex ASF	138		63	45.7		
Ex AUSL 7	57		28	49.1		
AOUC	2°	44	20	45.5	0.119	0.942
Ex ASF		62	30	48.4		
Ex AUSL 7		33	15	45.5		
Contratto a tempo indeterminato	1°	323	123	42.4	0.735	0.391
Contratto a termine		1	0	0		
Contratto a tempo indeterminato	2°	137	65	47.4	1.782	0.182
Contratto a termine		2	0	0		
Servizio Emergenza 118	1°	25	6	24	48.591	<0.0001
Pronto Soccorso		26	5	19.2		
Terapia Intensiva		56	17	30.4		
Terapia Sub-Intensiva		5	0	0		
Sala Operatoria		12	7	58.3		
Medicina		28	8	28.6		
Chirurgia		15	4	26.7		
Day Hospital		13	4	30.8		
Servizi di Endoscopia		7	4	57.1		
Radiodiagnostica/Interventistica		6	2	33.3		
Ambulatorio Territoriale		20	12	60		
Ambulatorio Ospedaliero		37	26	70.3		
Psichiatria Territoriale		9	5	55.6		
Assistenza Domiciliare Integrata		20	14	70		
Cure Palliative Territoriali		2	2	100		
Hospice		2	1	50		
Servizio Inf.co/DPF		12	6	50		
Formazione Aziendale/Universitaria		6	2	33.3		
Emodialisi		8	5	62.5		
Altro		15	7	46.7		
Servizio Emergenza 118			7	1		
Pronto Soccorso	19	5	26.3			
Terapia Intensiva	19	7	36.8			
SPDC	1	0	100			
Terapia Sub-Intensiva	3	1	33.1			
Sala Operatoria	10	5	50			
Medicina	9	8	88.9			
Chirurgia	6	2	33.3			
Day Hospital	4	3	75			
Servizi di Endoscopia	1	1	100			
Radiodiagnostica/Interventistica	3	1	33.3			
Ambulatorio Territoriale	4	2	50			
Ambulatorio Ospedaliero	15	10	66.7			
Psichiatria Territoriale	2	2	100			
Assistenza Domiciliare Integrata	11	7	63.6			
Cure Palliative Territoriali	1	1	100			

**Domanda 18. Negli ultimi 12 mesi, è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione ad una frequenza di almeno una volta alla settimana per un periodo non inferiore a 6 mesi? R. Si**

Variabile	Invio	Totale	n.	%	$\chi^2$	p
Hospice		3	2	66.7		
Servizio Inf.co/DPF		7	2	28.6		
Formazione Aziendale/Universitaria		2	0	0		
Emodialisi		10	4	40		
Altro		2	1	50		
Area Critica	1°	124	35	28.2	16.267	<0.0001
Area non Critica		200	102	51		
Area Critica	2°	58	19	32.8	7.841	0.005
Area non Critica		81	46	56.8		
Ospedale	1°	215	83	38.6	3.726	0.054
Territorio		76	39	51.3		
Ospedale	2°	103	49	47.6	0.158	0.691
Territorio		25	13	52		
N. infermieri del servizio D ≤ 17	1°	167	84	50.3	9.073	0.003
N. infermieri del servizio D > 17		157	53	33.8		
N. infermieri del servizio D ≤ 22	2°	76	42	55.3	4.867	0.027
N. infermieri del servizio D > 22		63	23	36.5		
Infermiere/a Dirigente	1°	2	2	100	24.246	<0.0001
Infermiere/a Coordinatore		32	12	37.5		
Infermiere/a Diurnista		151	83	55		
Infermiere/a Turnista		139	39	28.1		
Infermiere/a Dirigente	2°	14	7	50	1.738	0.628
Infermiere/a Coordinatore		3	1	33.3		
Infermiere/a Diurnista		70	36	51.4		
Infermiere/a Turnista		52	21	40.4		
D15. Totale colleghi bulli D ≤ 2 (pochi)	1°	275	94	34.9	40.524	<0.0001
D15. Totale colleghi bulli D > 2		49	41	83.7		
D15. Totale colleghi bulli D ≤ 2 (pochi)	2°	124	52	41.9	10.755	0.001
D15. Totale colleghi bulli D > 2		15	13	86.7		
Scala 3 – Atteggiamenti totali D ≤ 3	1°	178	58	32.6	15.228	<0.0001
Scala 3 – Atteggiamenti totali D > 3		146	79	54.1		
Scala 3 – Atteggiamenti totali D ≤ 3	2°	85	29	34.1	14.053	<0.0001
Scala 3 – Atteggiamenti totali D > 3		54	36	66.7		
D17. Intensità AN ≤ 4	1°	180	46	25.6	46.440	<0.0001
D17. Intensità AN > 4		144	91	63.2		
D17. Intensità AN ≤ 5	2°	85	23	27.1	34.121	<0.0001
D17. Intensità AN > 5		54	42	77.8		
D19. Attualmente oggetto di AN - No	1°	152	39	25.7	32.431	<0.0001
D19. Attualmente oggetto di AN - Sì		172	98	57		
D19. Attualmente oggetto di AN - No	2°	60	21	35	5.867	0.015
D19. Attualmente oggetto di AN - Sì		79	44	55.7		
D20. Richiesta cambio UO - No	1°	259	96	37.1	14.405	<0.0001
D20. Richiesta cambio UO - Sì		65	41	63.1		
D20. Richiesta cambio UO - No	2°	113	44	38.9	14.857	<0.0001
D20. Richiesta cambio UO - Sì		26	21	80.8		
D21. Cambiata UO - No	1°	299	125	41.8	0.363	0.547
D21. Cambiata UO - Sì		25	12	48		
D21. Cambiata UO - No	2°	127	55	43.3	7.0056	0.008
D21. Cambiata UO - Sì		12	10	83.3		
D22. Desiderio abbandono Inf.ca - No	1°	253	95	37.5	10.605	0.001
D22. Desiderio abbandono Inf.ca - Sì		71	42	59.2		
D22. Desiderio abbandono Inf.ca - No	2°	112	47	42	5.332	0.021
D22. Desiderio abbandono Inf.ca - Sì		27	18	66.7		

**Domanda 18. Negli ultimi 12 mesi, è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione ad una frequenza di almeno una volta alla settimana per un periodo non inferiore a 6 mesi? R. Sì**

Variabile	Invio	Totale	n.	%	$\chi^2$	p
D23. Influenza sulla salute - No	1°	133	35	26.3	23.572	<0.0001
D23. Influenza sulla salute - Sì		191	102	53.4		
D23. Influenza sulla salute - No	2°	55	16	29.1	11.417	0.001
D23. Influenza sulla salute - Sì		84	49	58.3		
Scala 4 – Totale Sintomi D ≤ 3	1°	188	56	29.8	28.660	<0.0001
Scala 4 – Totale Sintomi D > 3		136	81	59.6		
Scala 4 – Totale Sintomi D ≤ 3	2°	76	22	28.9	21.377	<0.0001
Scala 4 – Totale Sintomi D > 3		63	43	68.3		
D25. Impatto disturbi sulla salute D ≤ 2	1°	163	46	28.2	26.583	<0.0001
D25. Impatto disturbi sulla salute D > 2		161	91	56.5		
D25. Impatto disturbi sulla salute D ≤ 4	2°	74	21	28.4	21.484	<0.0001
D25. Impatto disturbi sulla salute D > 4		65	44	67.7		
D26. Ha parlato con altri degli AN - No	1°	53	15	28.3	5.076	0.024
D26. Ha parlato con altri degli AN - Sì		271	122	45		
D26. Ha parlato con altri degli AN - No	2°	24	7	29.2	3.608	0.058
D26. Ha parlato con altri degli AN - Sì		115	58	50.4		
D.28 Influenza sulla sicurezza D ≤ 1	1°	184	59	32.1	18.220	<0.0001
D.28 Influenza sulla sicurezza D > 1		140	78	55.7		
D.28 Influenza sulla sicurezza D ≤ 2	2°	82	31	37.8	6.445	0.011
D.28 Influenza sulla sicurezza D > 2		57	34	59.6		
D29. Testimone di AN verso altri – No	1°	38	12	31.6	2.021	0.155
D29. Testimone di AN verso altri – Sì		286	125	43.7		
D29. Testimone di AN verso altri – No	2°	15	7	46.7	0.000	0.994
D29. Testimone di AN verso altri – Sì		124	58	46.8		
D30. Perpetratore di AN - No	1°	219	84	38.4	4.272	0.039
D30. Perpetratore di AN – Sì		105	53	50.5		
D30. Perpetratore di AN - No	2°	90	38	42.2	2.114	0.146
D30. Perpetratore di AN – Sì		49	27	55.1		
NAQ-R Personal Bullying D ≤ 17	1°	177	43	24.3	51.737	<0.0001
NAQ-R Personal Bullying D > 17		147	94	63.9		
NAQ-R Work Related Bullying D ≤ 8	1°	182	58	31.9	18.460	<0.0001
NAQ-R Work Related Bullying D > 8		142	76	55.6		
CBI Burnout Personale D ≤ 18	1°	168	53	31.5	16.480	<0.0001
CBI Burnout Personale D > 18		156	84	53.8		
CBI Burnout Lavorativo D ≤ 20	1°	178	63	35.4	7.685	0.006
CBI Burnout Lavorativo D > 20		146	74	50.7		
CBI Burnout Pazienti D ≤ 11	1°	171	69	40.4	0.554	0.456
CBI Burnout Pazienti D > 11		153	68	44.4		
SOC/CSCI D ≤ 28	2°	73	37	50.7	0.950	0.330
SOC/CSCI D > 28		66	28	42.4		

In tabella Tabella 63 si riportano le associazioni statistiche relative ai rispondenti positivamente alla domanda 19 del QuINI v.3 nei 2 invii, cioè a coloro che si sentivano, al momento della compilazione del questionario, ancora vittime di AN da parte di colleghi di pari grado. In questo caso, anche se solo relativamente al primo invio, si rileva una maggiore proporzione di infermieri che hanno un'anzianità nel reparto attuale di allocazione tra 11 e 15 anni (66.2%). Quasi l'80% dei rispondenti si a questo item, sente di essere oggetto di AN da perpetrata "una parte del gruppo" o da "tutto il gruppo". In

entrambi gli invii sono maggiori le proporzioni relative al numero di tipologie di AN subiti superiore a 3 e all'intensità superiore a livelli moderati. Mentre tra i rispondenti affermativi a questo item le proporzioni di chi ha cambiato nei 12 mesi precedenti il servizio a causa di AN sono inferiori di circa il 40% rispetto a chi non ha cambiato servizio di allocazione. Questo, però, soltanto nel campione di rispondenti al primo invio dei questionari. Sempre soltanto durante il primo invio, emergono differenze statisticamente significative tra le proporzioni maggiori di chi accusa influenza sulla salute da parte degli AN subiti, il totale del numero di tipologie di sintomi e disturbi superiore a 3, l'impatto dei disturbi sullo stato di salute sopra livelli modesti, e la percezione dell'influenza degli AN subiti sopra livelli mediani di I.

Per questo item, non sussistono associazioni statistiche significative con i livelli di NAQ-R "Work Related Bullying" superiori o inferiori ai livelli mediani. Lo stesso per il CBI "Burnout pazienti", e per la SOC/CSCI.

**Tabella 63 – Associazioni statistiche relative alla domanda 19 del QuINI v.3 nei 2 invii**

<b>Domanda 19. Lei è tuttora oggetto di uno o più atteggiamenti di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione? R. Sì</b>						
<b>Variabile</b>	<b>Invio</b>	<b>Totale</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>p</b>
Maschi	1°	86	43	50	0.448	0.503
Femmine		238	129	54.2		
Maschi	2°	29	16	55.2	0.041	0.839
Femmine		110	63	57.3		
Età D ≤ 45 anni	1°	164	83	54.6	0.818	0.366
Età D > 45 anni		160	89	55.6		
Età D ≤ 45 anni	2°	75	40	53.3	0.814	0.367
Età D > 45 anni		64	39	60.9		
Celibe-Nubile	1°	86	43	50	3.086	0.379
Coniugato/a-Convivente		200	108	54		
Divorziato/a-Separato/a		35	18	51.4		
Vedovo/a		3	3	100		
Celibe-Nubile	2°	43	20	46.5	0.341	0.559
Coniugato/a-Convivente		76	48	63.2		
Divorziato/a-Separato/a		17	10	58.8		
Vedovo/a		3	1	33.3		
Laurea Magistrale non Inf.ca – No	1°	293	154	52.6		
Laurea Magistrale non Inf.ca – Sì		31	18	58.1		
Laurea Magistrale non Inf.ca – No	2°	129	72	55.8	0.761	0.383
Laurea Magistrale non Inf.ca – Sì		10	7	70		
Scuola regionale per infermieri – No	1°	119	60	50.4	0.537	0.464
Scuola regionale per infermieri – Sì		205	112	54.6		
Scuola regionale per infermieri – No	2°	62	35	56.5	0.007	0.935
Scuola regionale per infermieri – Sì		77	44	57.1		
DU/Laurea Triennale Inf.ca – No	1°	199	102	51.3	0.694	0.405
DU/Laurea Triennale Inf.ca – Sì		125	70	56		
DU/Laurea Triennale Inf.ca – No	2°	87	48	55.2	0.262	0.609
DU/Laurea Triennale Inf.ca – Sì		52	31	59.6		
Laurea Magistrale Inf.ca – No	1°	286	156	54.5	2.084	0.149

<b>Domanda 19. Lei è tuttora oggetto di uno o più atteggiamenti di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione? R. Sì</b>						
<b>Variabile</b>	<b>Invio</b>	<b>Totale</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>p</b>
Laurea Magistrale Inf.ca – Sì		38	16	42.1		
Laurea Magistrale Inf.ca – No	2°	120	69	57.5	0.158	0.691
Laurea Magistrale Inf.ca – Sì		19	10	52.6		
Master 1° livello Inf.ca – No	1°	220	119	54.1	0.278	0.598
Master 1° livello Inf.ca – Sì		104	53	51		
Master 1° livello Inf.ca – No	2°	96	54	56.2	0.043	0.835
Master 1° livello Inf.ca – Sì		43	25	58.1		
Anzianità Inf.ca complessiva 1-5 aa	1°	13	6	42.5	5.482	0.241
Anzianità Inf.ca complessiva 6-10 aa		51	22	43.1		
Anzianità Inf.ca complessiva 11-15 aa		36	18	50		
Anzianità Inf.ca complessiva 16-20 aa		75	37	49.3		
Anzianità Inf.ca complessiva >20 aa		149	89	59.7		
Anzianità Inf.ca complessiva <1 aa	2°	1	0	100	4.422	0.490
Anzianità Inf.ca complessiva 1-5 aa		5	2	40		
Anzianità Inf.ca complessiva 6-10 aa		23	14	60.9		
Anzianità Inf.ca complessiva 11-15 aa		14	10	71.4		
Anzianità Inf.ca complessiva 16-20 aa		37	18	48.6		
Anzianità Inf.ca complessiva >20 aa		59	35	59.3		
Anzianità nel reparto attuale <1 aa	1°	34	10	29.4	22.472	<0.0001
Anzianità nel reparto attuale 1-5 aa		78	37	47.4		
Anzianità nel reparto attuale 6-10 aa		77	35	45.5		
Anzianità nel reparto attuale 11-15 aa		71	47	66.2		
Anzianità nel reparto attuale 16-20 aa		31	18	58.1		
Anzianità nel reparto attuale >20 aa		33	25	75.8		
Anzianità nel reparto attuale <1 aa	2°	15	5	33.3	9.888	0.078
Anzianità nel reparto attuale 1-5 aa		37	20	54.1		
Anzianità nel reparto attuale 6-10 aa		36	21	58.3		
Anzianità nel reparto attuale 11-15 aa		25	16	64		
Anzianità nel reparto attuale 16-20 aa		15	7	46.7		
Anzianità nel reparto attuale >20 aa		11	10	90.9		
AOUC	1°	129	70	54.3	1.129	569
Ex ASF		138	69	50		
Ex AUSL 7		57	33	57.9		
AOUC	2°	44	26	59.1	0.510	0.775
Ex ASF		62	36	58.1		
Ex AUSL 7		33	17	51.5		
Servizio Emergenza 118	1°	25	9	36	19.651	0.416
Pronto Soccorso		26	14	53.8		
Terapia Intensiva		56	32	57.1		
Terapia Sub-Intensiva		5	1	20		
Sala Operatoria		12	6	50		
Medicina		28	15	53.6		
Chirurgia		15	8	53.3		
Day Hospital		13	7	53.8		
Servizi di Endoscopia		7	4	57.1		
Radiodiagnostica/Interventistica		6	2	33.3		
Ambulatorio Territoriale		20	8	40		
Ambulatorio Ospedaliero		37	22	59.5		
Psichiatria Territoriale		9	3	33.3		
Assistenza Domiciliare Integrata		20	12	60		
Cure Palliative Territoriali		2	2	100		
Hospice		2	0	0		
Servizio Inf.co/DPF		12	8	66.7		
Formazione Aziendale/Universitaria		6	3	50		

<b>Domanda 19. Lei è tuttora oggetto di uno o più atteggiamenti di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione? R. Sì</b>								
<b>Variabile</b>	<b>Invio</b>	<b>Totale</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>	$\chi^2$	<b>p</b>		
Emodialisi		8	4	50				
Altro		15	12	80				
Servizio Emergenza I18		7	4		17.620	0.612		
Pronto Soccorso		19	12	63.2				
Terapia Intensiva		19	10	52.6				
SPDC		1	1	100				
Terapia Sub-Intensiva		3	3	100				
Sala Operatoria		10	5	50				
Medicina		9	6	66.7				
Chirurgia		6	2	33.3				
Day Hospital		4	2	50				
Servizi di Endoscopia		1	0	0				
Radiodiagnostica/Interventistica		3	1	33.3				
Ambulatorio Territoriale		4	3	75				
Ambulatorio Ospedaliero		15	8	53.3				
Psichiatria Territoriale		2	0	0				
Assistenza Domiciliare Integrata		11	6	54.5				
Cure Palliative Territoriali		1	0	0				
Hospice		3	2	66.7				
Servizio Inf.co/DPF		7	4	57.1				
Formazione Aziendale/Universitaria		2	2	100				
Emodialisi		10	7	70				
Altro		2	0	0				
Area Critica	1°	124	62	50			0.768	0.381
Area non Critica		200	110	55				
Area Critica	2°	58	35	60.3			0.500	0.480
Area non Critica		81	44	54.3				
Ospedale	1°	215	115	53.5	1.721	0.190		
Territorio		76	34	44.7				
Ospedale	2°	103	59	57.3	0.013	0.908		
Territorio		25	14	56				
N. infermieri del servizio D ≤ 17	1°	167	90	53.9	0.090	0.764		
N. infermieri del servizio D > 17		157	82	52.2				
N. infermieri del servizio D ≤ 22	2°	76	43	56.6	0.004	0.947		
N. infermieri del servizio D > 22		63	36	57.1				
Infermiere/a Dirigente	1°	2	2	100	2.880	0.410		
Infermiere/a Coordinatore		32	15	46.9				
Infermiere/a Diurnista		151	84	55.6				
Infermiere/a Turnista		139	71	51.1				
Infermiere/a Dirigente	2°	3	2	66.7	2.025	0.567		
Infermiere/a Coordinatore		14	6	42.9				
Infermiere/a Diurnista		70	43	61.4				
Infermiere/a Turnista		52	28	53.8				
D15. Totale colleghi bulli D ≤ 2 (pochi)	1°	275	133	48.4	16.285	<0.0001		
D15. Totale colleghi bulli D > 2		49	39	79.6				
D15. Totale colleghi bulli D ≤ 2 (pochi)	2°	124	69	55.6	0.663	0.416		
D15. Totale colleghi bulli D > 2		15	10	66.7				
Scala 3 – Atteggiamenti totali D ≤ 3	1°	178	81	45.5	9.115	0.003		
Scala 3 – Atteggiamenti totali D > 3		146	91	62.3				
Scala 3 – Atteggiamenti totali D ≤ 3	2°	85	40	47.1	8.523	0.004		
Scala 3 – Atteggiamenti totali D > 3		54	39	72.2				
D17. Intensità AN ≤ 4	1°	180	78	43.3	15.469	<0.0001		
D17. Intensità AN > 4		144	94	65.3				
D17. Intensità AN ≤ 5	2°	85	42	49.4	4.914	0.027		

**Domanda 19. Lei è tuttora oggetto di uno o più atteggiamenti di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione? R. Sì**

Variabile	Invio	Totale	n.	%	$\chi^2$	p
D17. Intensità AN > 5		54	37	68.5		
D18. Diagnosi di mobbing/bullying - No	1°	187	74	39.6	32.431	<0.0001
D18. Diagnosi di mobbing/bullying - Sì		137	98	71.5		
D18. Diagnosi di mobbing/bullying - No	2°	74	35	47.3	5.867	0.015
D18. Diagnosi di mobbing/bullying - Sì		65	44	67.7		
D20. Richiesta cambio UO - No	1°	259	137	52.9	0.019	0.891
D20. Richiesta cambio UO - Sì		65	35	53.8		
D20. Richiesta cambio UO - No	2°	113	62	54.9	0.953	0.329
D20. Richiesta cambio UO - Sì		26	17	65.4		
D21. Cambiata UO - No	1°	299	168	56.2	14.961	<0.0001
D21. Cambiata UO - Sì		25	4	16		
D21. Cambiata UO - No	2°	127	74	58.3	1.232	0.267
D21. Cambiata UO - Sì		12	5	41.7		
D22. Desiderio abbandono Inf.ca - No	1°	253	130	51.4	1.345	0.246
D22. Desiderio abbandono Inf.ca - Sì		71	42	59.2		
D22. Desiderio abbandono Inf.ca - No	2°	112	64	57.1	0.022	0.881
D22. Desiderio abbandono Inf.ca - Sì		27	15	55.6		
D23. Influenza sulla salute - No	1°	133	61	45.9	4.725	0.030
D23. Influenza sulla salute - Sì		191	111	58.1		
D23. Influenza sulla salute - No	2°	55	29	52.7	0.626	0.429
D23. Influenza sulla salute - Sì		84	50	59.5		
Scala 4 – Totale Sintomi D ≤ 3	1°	188	98	41.4	3.943	0.047
Scala 4 – Totale Sintomi D > 3		136	81	59.6		
Scala 4 – Totale Sintomi D ≤ 3	2°	76	40	52.6	1.207	0.272
Scala 4 – Totale Sintomi D > 3		63	39	61.9		
D25. Impatto disturbi sulla salute D ≤ 2	1°	163	75	46	6.591	0.010
D25. Impatto disturbi sulla salute D > 2		161	97	60.2		
D25. Impatto disturbi sulla salute D ≤ 4	2°	74	38	51.4	1.939	0.164
D25. Impatto disturbi sulla salute D > 4		65	41	63.1		
D26. Ha parlato con altri degli AN - No	1°	53	25	47.2	0.891	0.345
D26. Ha parlato con altri degli AN - Sì		271	147	54.2		
D26. Ha parlato con altri degli AN - No	2°	24	10	41.7	2.720	0.099
D26. Ha parlato con altri degli AN - Sì		115	69	60		
D.28 Influenza sulla sicurezza D ≤ 1	1°	184	87	47.3	5.795	0.016
D.28 Influenza sulla sicurezza D > 1		140	85	60.7		
D.28 Influenza sulla sicurezza D ≤ 2	2°	82	47	57.3	0.019	0.890
D.28 Influenza sulla sicurezza D > 2		57	32	56.1		
D29. Testimone di AN verso altri – No	1°	38	11	28.9	10.072	0.002
D29. Testimone di AN verso altri – Sì		286	161	56.3		
D29. Testimone di AN verso altri – No	2°	15	8	53.3	0.084	0.772
D29. Testimone di AN verso altri – Sì		124	71	57.3		
D30. Perpetratore di AN - No	1°	219	111	50.7	1.565	0.211
D30. Perpetratore di AN – Sì		105	61	58.1		
D30. Perpetratore di AN - No	2°	90	47	52.2	2.214	0.137
D30. Perpetratore di AN – Sì		49	32	65.3		
NAQ-R Personal Bullying D ≤ 17	1°	177	73	41.2	21.972	<0.0001
NAQ-R Personal Bullying D > 17		147	99	67.3		
NAQ-R Work Related Bullying D ≤ 8	1°	182	88	48.4	3.738	0.053
NAQ-R Work Related Bullying D > 8		142	84	59.2		
CBI Burnout Personale D ≤ 18	1°	168	71	42.3	16.416	<0.0001
CBI Burnout Personale D > 18		156	101	64.7		
CBI Burnout Lavorativo D ≤ 20	1°	178	78	43.8	13.619	<0.0001
CBI Burnout Lavorativo D > 20		146	94	64.4		
CBI Burnout Pazienti D ≤ 11	1°	171	84	49.1	2.284	0.531

<b>Domanda 19. Lei è tuttora oggetto di uno o più atteggiamenti di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione? R. Sì</b>						
<b>Variabile</b>	<b>Invio</b>	<b>Totale</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>p</b>
CBI Burnout Pazienti D > 11		153	88	57.5		
SOC/CSCI D ≤ 28	2°	73	43	58.9	0.268	0.604
SOC/CSCI D > 28		66	36	54.5		

In tabella 64 sono riportate le associazioni statistiche tra le variabili di interesse ed i rispondenti affermativamente alla domanda 20 del QuINI v.3 nei 2 invii, cioè se negli ultimi 12 mesi è stata fatta domanda di riallocazione di servizio a causa degli AN subiti. In entrambi gli invii sono i rispondenti con età superiore a 45 anni a detenere la maggior proporzione di risposte affermative. Nel primo invio emerge una differenza del 10% in più a favore dei rispondenti positivi provenienti da servizi non appartenenti all'area critica e all'area emergenza. Sempre soltanto nel primo invio ci sono differenze statisticamente significative tra le proporzioni di rispondenti affermativamente, nei diversi ruoli, laddove i diurnisti detengono il primato di richieste di riallocazione. Di nuovo, si rilevano associazioni significative tra le proporzioni di chi ha fatto domanda di riallocazione e le proporzioni maggiori relative alle domande sui sintomi e disturbi associati agli AN, l'impatto sulla salute, la percezione di influenza sulla sicurezza dei pazienti. Emergono anche importanti differenze in percentuali tra chi ha già cambiato servizio nell'arco dei 12 mesi e chi non l'ha fatto.

In questo caso, sono soltanto le proporzioni relative al NAQ-R "Work related bullying" e alla SOC/CSCI a non presentare differenze statisticamente significative tra i rispondenti affermativamente all'item 20, mentre il CBI "Burnout pazienti" in valori superiori a quelli mediani, si rivela presente in una proporzione superiore di circa il 10% rispetto a coloro che rivelano valori inferiori a 11.

**Tabella 64 – Associazioni statistiche relative alla domanda 20 del QuINI v.3 nei 2 invii**

<b>Domanda 20. Negli ultimi 12 mesi, Lei ha richiesto di cambiare reparto/servizio a causa di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione? R. Sì</b>						
<b>Variabile</b>	<b>Invio</b>	<b>Totale</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>p</b>
Maschi	1°	86	13	15.1	1.785	0.181
Femmine		238	52	21.8		
Maschi	2°	29	3	10.3	1.684	0.194
Femmine		110	23	20.9		
Età D ≤ 45 anni	1°	164	25	15.2	4.807	0.028
Età D > 45 anni		160	40	25		
Età D ≤ 45 anni	2°	75	9	12	4.816	0.028
Età D > 45 anni		64	17	26.6		
Celibe-Nubile	1°	86	19	22.1	2.950	0.399
Coniugato/a-Convivente		200	35	17.5		

<b>Domanda 20. Negli ultimi 12 mesi, Lei ha richiesto di cambiare reparto/servizio a causa di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione? R. Sì</b>						
<b>Variabile</b>	<b>Invio</b>	<b>Totale</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>p</b>
Divorziato/a-Separato/a		35	10	28.6		
Vedovo/a		3	1	33.3		
Celibe-Nubile	2°	43	5	11.6	3.358	0.340
Coniugato/a-Convivente		76	18	23.6		
Divorziato/a-Separato/a		17	3	17.6		
Vedovo/a		3	0	0		
Laurea Magistrale non Inf.ca – No	1°	293	58	19.8		
Laurea Magistrale non Inf.ca – Sì		31	7	22.6		
Laurea Magistrale non Inf.ca – No	2°	129	25	19.4	0.537	0.464
Laurea Magistrale non Inf.ca – Sì		10	1	10		
Scuola regionale per infermieri – No	1°	119	20	16.8	1.243	0.265
Scuola regionale per infermieri – Sì		205	45	22		
Scuola regionale per infermieri – No	2°	62	10	16.1	0.488	0.485
Scuola regionale per infermieri – Sì		77	16	20.8		
DU/Laurea Triennale Inf.ca – No	1°	199	39	19.6	0.69	0.793
DU/Laurea Triennale Inf.ca – Sì		125	26	20.8		
DU/Laurea Triennale Inf.ca – No	2°	87	19	21.8	1.502	0.220
DU/Laurea Triennale Inf.ca – Sì		52	7	13.5		
Laurea Magistrale Inf.ca – No	1°	286	54	18.9	2.119	0.145
Laurea Magistrale Inf.ca – Sì		38	11	28.9		
Laurea Magistrale Inf.ca – No	2°	120	24	20	0.968	0.325
Laurea Magistrale Inf.ca – Sì		19	2	10.5		
Master 1° livello Inf.ca – No	1°	220	40	18.2	1.510	0.219
Master 1° livello Inf.ca – Sì		104	25	24		
Master 1° livello Inf.ca – No	2°	96	17	17.7	0.203	0.653
Master 1° livello Inf.ca – Sì		43	9	20.9		
Anzianità Inf.ca complessiva 1-5 aa	1°	13	2	15.4	4.354	0.360
Anzianità Inf.ca complessiva 6-10 aa		51	6	11.8		
Anzianità Inf.ca complessiva 11-15 aa		36	9	25		
Anzianità Inf.ca complessiva 16-20 aa		75	13	17.3		
Anzianità Inf.ca complessiva >20 aa		149	35	23.5		
Anzianità Inf.ca complessiva <1 aa	2°	1	0	0	2.557	0.768
Anzianità Inf.ca complessiva 1-5 aa		5	0	0		
Anzianità Inf.ca complessiva 6-10 aa		23	4	17.4		
Anzianità Inf.ca complessiva 11-15 aa		14	4	28.6		
Anzianità Inf.ca complessiva 16-20 aa		37	6	16.2		
Anzianità Inf.ca complessiva >20 aa		59	12	20.3		
Anzianità nel reparto attuale <1 aa	1°	34	7	20.6	5.075	0.407
Anzianità nel reparto attuale 1-5 aa		78	21	26.9		
Anzianità nel reparto attuale 6-10 aa		77	10	13		
Anzianità nel reparto attuale 11-15 aa		71	15	21.1		
Anzianità nel reparto attuale 16-20 aa		31	5	16.1		
Anzianità nel reparto attuale >20 aa		33	7	21.2		
Anzianità nel reparto attuale <1 aa	2°	15	4	26.7	2.194	0.822
Anzianità nel reparto attuale 1-5 aa		37	7	18.9		
Anzianità nel reparto attuale 6-10 aa		36	7	19.4		
Anzianità nel reparto attuale 11-15 aa		25	3	12		
Anzianità nel reparto attuale 16-20 aa		15	2	13.3		
Anzianità nel reparto attuale >20 aa		11	3	27.3		
AOUC	1°	129	25	19.4	2.931	0.231
Ex ASF		138	24	17.4		
Ex AUSL 7		57	16	28.1		
AOUC	2°	44	6	13.6	2.374	0.305
Ex ASF		62	11	17.7		

<b>Domanda 20. Negli ultimi 12 mesi, Lei ha richiesto di cambiare reparto/servizio a causa di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione? R. Sì</b>						
<b>Variabile</b>	<b>Invio</b>	<b>Totale</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>p</b>
Ex AUSL 7		33	9	27.3		
Servizio Emergenza 118	1°	25	1	4	37.004	0.008
Pronto Soccorso		26	2	7.7		
Terapia Intensiva		56	9	16.1		
Terapia Sub-Intensiva		5	2	40		
Sala Operatoria		12	3	25		
Medicina		28	1	3.6		
Chirurgia		15	2	13.3		
Day Hospital		13	2	15.4		
Servizi di Endoscopia		7	3	42.6		
Radiodiagnostica/Interventistica		6	1	16.7		
Ambulatorio Territoriale		20	4	20		
Ambulatorio Ospedaliero		37	16	43.2		
Psichiatria Territoriale		9	2	22.2		
Assistenza Domiciliare Integrata		20	5	25		
Cure Palliative Territoriali		2	0	0		
Hospice		2	0	0		
Servizio Inf.co/DPF		12	3	25		
Formazione Aziendale/Universitaria		6	1	16.7		
Emodialisi		8	1	12.5		
Altro		15	7	46.7		
Servizio Emergenza 118		7	1	14.3	18.046	0.584
Pronto Soccorso		19	3	15.8		
Terapia Intensiva		19	3	15.8		
SPDC		1	0	0		
Terapia Sub-Intensiva		3	1	33.3		
Sala Operatoria		10	2	20		
Medicina		9	2	22.2		
Chirurgia		6	1	16.7		
Day Hospital		4	2	50		
Servizi di Endoscopia		1	0	0		
Radiodiagnostica/Interventistica		3	1	33.3		
Ambulatorio Territoriale		4	0	0		
Ambulatorio Ospedaliero		15	4	26.7		
Psichiatria Territoriale		2	1	50		
Assistenza Domiciliare Integrata		11	5	45.5		
Cure Palliative Territoriali		1	0	0		
Hospice		3	0	0		
Servizio Inf.co/DPF		7	0	0		
Formazione Aziendale/Universitaria		2	0	0		
Emodialisi		10	0	0		
Altro		2	0	0		
Area Critica	1°	124	17	13.7	5.054	0.025
Area non Critica		200	48	24		
Area Critica	2°	58	10	17.2	0.140	0.708
Area non Critica		81	16	19.8		
Ospedale	1°	215	42	19.5	0.521	0.470
Territorio		76	12	15.8		
Ospedale	2°	103	19	18.4	1.134	0.287
Territorio		25	7	28		
N. infermieri del servizio D ≤ 17	1°	167	39	23.4	2.328	0.127
N. infermieri del servizio D > 17		157	26	16.6		
N. infermieri del servizio D ≤ 22	2°	76	17	22.4	1.480	0.224
N. infermieri del servizio D > 22		63	9	14.3		

<b>Domanda 20. Negli ultimi 12 mesi, Lei ha richiesto di cambiare reparto/servizio a causa di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione? R. Sì</b>						
<b>Variabile</b>	<b>Invio</b>	<b>Totale</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>p</b>
Infermiere/a Dirigente	1°	2	0	0	8.843	0.031
Infermiere/a Coordinatore		32	7	21.9		
Infermiere/a Diurnista		151	40	26.5		
Infermiere/a Turnista		139	18	12.9		
Infermiere/a Dirigente	2°	3	0	0	0.903	0.825
Infermiere/a Coordinatore		14	3	11		
Infermiere/a Diurnista		70	14	20		
Infermiere/a Turnista		52	9	17.3		
D15. Totale colleghi bulli D ≤ 2 (pochi)	1°	275	48	17.5	7.707	0.005
D15. Totale colleghi bulli D > 2		49	17	34.7		
D15. Totale colleghi bulli D ≤ 2 (pochi)	2°	124	21	16.9	2.366	0.124
D15. Totale colleghi bulli D > 2		15	5	33.3		
Scala 3 – Atteggiamenti totali D ≤ 3	1°	178	34	19.1	0.227	0.634
Scala 3 – Atteggiamenti totali D > 3		146	31	21.2		
Scala 3 – Atteggiamenti totali D ≤ 3	2°	85	10	11.8	6.931	0.008
Scala 3 – Atteggiamenti totali D > 3		54	16	29.6		
D17. Intensità AN ≤ 4	1°	180	23	12.8	13.399	<0.0001
D17. Intensità AN > 4		144	42	29.2		
D17. Intensità AN ≤ 5	2°	85	12	12.9	4.780	0.029
D17. Intensità AN > 5		54	15	27.8		
D18. Diagnosi di mobbing/bullying - No	1°	187	24	12.8	14.405	<0.0001
D18. Diagnosi di mobbing/bullying - Sì		137	41	29.9		
D18. Diagnosi di mobbing/bullying - No	2°	74	5	6.8	14.857	<0.0001
D18. Diagnosi di mobbing/bullying - Sì		65	21	32.3		
D19. Attualmente oggetto di AN - No	1°	152	30	19.7	0.019	0.891
D19. Attualmente oggetto di AN - Sì		172	35	20.3		
D19. Attualmente oggetto di AN - No	2°	60	9	15	0.953	0.329
D19. Attualmente oggetto di AN - Sì		79	17	21.5		
D21. Cambiata UO - No	1°	299	47	15.7	45.569	<0.0001
D21. Cambiata UO - Sì		25	18	72		
D21. Cambiata UO - No	2°	127	19	15	13.564	<0.0001
D21. Cambiata UO - Sì		12	7	58.3		
D22. Desiderio abbandono Inf.ca - No	1°	38	253	15	18.301	<0.0001
D22. Desiderio abbandono Inf.ca - Sì		27	71	38		
D22. Desiderio abbandono Inf.ca - No	2°	13	112	11.6	19.103	<0.0001
D22. Desiderio abbandono Inf.ca - Sì		13	27	48.1		
D23. Influenza sulla salute - No	1°	133	10	7.5	22.133	<0.0001
D23. Influenza sulla salute - Sì		191	55	28.8		
D23. Influenza sulla salute - No	2°	55	3	5.5	10.508	0.001
D23. Influenza sulla salute - Sì		84	23	27.4		
Scala 4 – Totale Sintomi D ≤ 3	1°	188	18	9.6	30.716	<0.0001
Scala 4 – Totale Sintomi D > 3		136	47	34.6		
Scala 4 – Totale Sintomi D ≤ 3	2°	76	4	5.6	19.924	<0.0001
Scala 4 – Totale Sintomi D > 3		63	22	34.9		
D25. Impatto disturbi sulla salute D ≤ 2	1°	163	14	8.6	26.923	<0.0001
D25. Impatto disturbi sulla salute D > 2		161	51	31.7		
D25. Impatto disturbi sulla salute D ≤ 4	2°	74	5	6.8	14.857	<0.0001
D25. Impatto disturbi sulla salute D > 4		65	21	32.3		
D26. Ha parlato con altri degli AN - No	1°	53	5	9.4	4.463	0.035
D26. Ha parlato con altri degli AN - Sì		271	60	22.1		
D26. Ha parlato con altri degli AN - No	2°	24	2	8.3	2.052	0.152
D26. Ha parlato con altri degli AN - Sì		115	24	8.9		
D.28 Influenza sulla sicurezza D ≤ 1	1°	184	28	15.2	6.231	0.013
D.28 Influenza sulla sicurezza D > 1		140	37	26.4		

<b>Domanda 20. Negli ultimi 12 mesi, Lei ha richiesto di cambiare reparto/servizio a causa di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione? R. Sì</b>						
<b>Variabile</b>	<b>Invio</b>	<b>Totale</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>p</b>
D.28 Influenza sulla sicurezza D ≤ 2	2°	82	15	18.3	0.22	0.881
D.28 Influenza sulla sicurezza D > 2		57	11	19.3		
D29. Testimone di AN verso altri – No	1°	38	4	10.5	2.441	0.118
D29. Testimone di AN verso altri – Sì		286	61	21.3		
D29. Testimone di AN verso altri – No	2°	15	3	20	0.019	0.892
D29. Testimone di AN verso altri – Sì		124	23	18.5		
D30. Perpetratore di AN - No	1°	219	42	19.2	0.329	0.566
D30. Perpetratore di AN – Sì		105	23	21.9		
D30. Perpetratore di AN - No	2°	90	13	14.4	3.048	0.081
D30. Perpetratore di AN – Sì		49	13	26.5		
NAQ-R Personal Bullying D ≤ 17	1°	177	21	11.9	16.346	<0.0001
NAQ-R Personal Bullying D > 17		147	44	29.9		
NAQ-R Work Related Bullying D ≤ 8	1°	182	31	17	2.375	0.123
NAQ-R Work Related Bullying D > 8		142	34	23.9		
CBI Burnout Personale D ≤ 18	1°	168	24	14.3	7.259	0.007
CBI Burnout Personale D > 18		156	41	26.3		
CBI Burnout Lavorativo D ≤ 20	1°	178	26	14.6	7.330	0.007
CBI Burnout Lavorativo D > 20		146	39	26.7		
CBI Burnout Pazienti D ≤ 11	1°	171	26	15.2	5.327	0.021
CBI Burnout Pazienti D > 11		153	39	25.5		
SOC/CSCI D ≤ 28	2°	73	15	20.5	0.343	0.558
SOC/CSCI D > 28		66	11	16.7		

In tabella 65 si presentano le associazioni statistiche relative alla domanda 21 del QuINI v.3, relativa a chi ha cambiato reparto/servizio negli ultimi 12 mesi, nei 2 invii.

La condizione in esame ha visto interessare maggiormente le proporzioni di divorziati/separati, e particolarmente chi ha un'anzianità nel servizio attuale di allocazione inferiore ad 1 anno. Per quanto riguarda le differenze di proporzioni tra aziende di provenienza, durante il secondo invio si rileva una preponderanza di persone che hanno cambiato reparto/servizio negli ultimi 12 mesi a causa di atteggiamenti negativi nell'ex Azienda USL 7 di Siena, rispetto alle altre due. Sempre nel secondo invio emergono differenze statisticamente significative tra le proporzioni di rispondenti affermativamente all'item 21 che lavorano nei diversi servizi, tra i quali svettano, rimuovendo la miscelanea rappresentata dalla voce "altro", i reparti di psichiatria territoriale, terapia sub-intensiva e servizio infermieristico, anche se ognuno corrisponde a totali di sotto-campioni veramente esigui. Analogamente emerge come gli infermieri coordinatori superino in percentuale tutti gli altri ruoli rispetto alla domanda di riallocazione posta nei 12 mesi precedenti. Ancora nel secondo invio, il numero di tipologie di AN subito superiore a 3 si associa significativamente ai rispondenti sì all'item 21. Analogamente, ma stavolta in entrambi gli invii, le intensità di AN percepite sopra livelli moderati, si associano alle proporzioni più alte di richieste di riallocazione. In entrambi gli invii, ma

significativamente solo nel primo, chi ha cambiato reparto/servizio nei 12 mesi precedenti riferisce di essere in proporzione minore attualmente oggetto di AN. Infine, in tutti e 2 gli invii le risposte affermative all'item in analisi si associano a proporzioni maggiori di infermieri che hanno pensato di abbandonare la professione, che percepiscono sintomi e disturbi associati alle interazioni negative, al loro maggior numero di diverse tipologie, e al loro effetto di intensità superiore a moderata sulla salute. Lo stesso per la percezione dell'influenza degli AN sulla sicurezza dei pazienti. Nessuna differenza statisticamente significativa, invece, viene rilevata rispetto ai criteri esterni di validazione, discretizzati tramite i loro valori mediani.

**Tabella 65 – Associazioni statistiche relative alla domanda 21 del QuINI v.3 nei 2 invii**

<b>Domanda 21. Negli ultimi 12 mesi, Lei ha cambiato reparto/servizio a causa di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione? R. Sì</b>						
<b>Variabile</b>	<b>Invio</b>	<b>Totale</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>p</b>
Maschi	1°	86	3	3.5	2.939	0.086
Femmine		238	22	9.2		
Maschi	2°	29	0	0	3.463	0.063
Femmine		110	12	10.9		
Età D ≤ 45 anni	1°	164	13	7.9	0.021	0.886
Età D > 45 anni		160	12	7.5		
Età D ≤ 45 anni	2°	75	5	6.7	0.799	0.372
Età D > 45 anni		64	7	10.9		
Celibe-Nubile	1°	86	9	10.5	2.668	0.046
Coniugato/a-Convivente		200	12	6		
Divorziato/a-Separato/a		35	4	11.4		
Vedovo/a		3	0	0		
Celibe-Nubile	2°	43	1	2.3	4.549	0.208
Coniugato/a-Convivente		76	8	10.5		
Divorziato/a-Separato/a		17	3	17.6		
Vedovo/a		3	0	0		
Laurea Magistrale non Inf.ca – No	1°	293	25	8.5	2.866	0.90
Laurea Magistrale non Inf.ca – Sì		31	0	0		
Laurea Magistrale non Inf.ca – No	2°	129	11	8.5	0.026	0.873
Laurea Magistrale non Inf.ca – Sì		10	1	10		
Scuola regionale per infermieri – No	1°	119	12	10.1	1.481	0.224
Scuola regionale per infermieri – Sì		205	13	6.3		
Scuola regionale per infermieri – No	2°	62	4	6.5	0.675	0.411
Scuola regionale per infermieri – Sì		77	8	10.4		
DU/Laurea Triennale Inf.ca – No	1°	199	14	7	0.336	0.562
DU/Laurea Triennale Inf.ca – Sì		125	11	8.8		
DU/Laurea Triennale Inf.ca – No	2°	87	10	11.5	2.414	0.120
DU/Laurea Triennale Inf.ca – Sì		52	2	3.8		
Laurea Magistrale Inf.ca – No	1°	286	21	7.3	0.477	0.490
Laurea Magistrale Inf.ca – Sì		38	4	10.5		
Laurea Magistrale Inf.ca – No	2°	120	11	9.2	0.317	0.573
Laurea Magistrale Inf.ca – Sì		19	1	5.3		
Master 1° livello Inf.ca – No	1°	220	16	7.3	0.189	0.664
Master 1° livello Inf.ca – Sì		104	9	8.7		
Master 1° livello Inf.ca – No	2°	96	8	8.3	0.035	0.851
Master 1° livello Inf.ca – Sì		43	4	9.3		

**Domanda 21. Negli ultimi 12 mesi, Lei ha cambiato reparto/servizio a causa di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione? R. Sì**

Variabile	Invio	Totale	n.	%	$\chi^2$	p
Anzianità Inf.ca complessiva 1-5 aa	1°	13	1	7.7	0.052	1
Anzianità Inf.ca complessiva 6-10 aa		51	4	7.8		
Anzianità Inf.ca complessiva 11-15 aa		36	3	8.3		
Anzianità Inf.ca complessiva 16-20 aa		75	6	8		
Anzianità Inf.ca complessiva >20 aa		149	11	7.4		
Anzianità Inf.ca complessiva <1 aa	2°	1	0	0	1.894	0.864
Anzianità Inf.ca complessiva 1-5 aa		5	0	0		
Anzianità Inf.ca complessiva 6-10 aa		23	1	4.3		
Anzianità Inf.ca complessiva 11-15 aa		14	2	14.3		
Anzianità Inf.ca complessiva 16-20 aa		37	4	10.8		
Anzianità Inf.ca complessiva >20 aa	59	5	8.5			
Anzianità nel reparto attuale <1 aa	1°	34	9	26.5	16.609	0.01
Anzianità nel reparto attuale 1-5 aa		78	5	6.4		
Anzianità nel reparto attuale 6-10 aa		77	3	3.9		
Anzianità nel reparto attuale 11-15 aa		71	5	7		
Anzianità nel reparto attuale 16-20 aa		31	1	3.2		
Anzianità nel reparto attuale >20 aa	33	2	6.1			
Anzianità nel reparto attuale <1 aa	2°	15	4	26.7	13.862	0.017
Anzianità nel reparto attuale 1-5 aa		37	4	10.8		
Anzianità nel reparto attuale 6-10 aa		36	0	0		
Anzianità nel reparto attuale 11-15 aa		25	0	0		
Anzianità nel reparto attuale 16-20 aa		15	2	13.3		
Anzianità nel reparto attuale >20 aa	11	2	18.2			
AOUC	1°	129	6	4.7	2.934	0.231
Ex ASF		138	14	10.1		
Ex AUSL 7		57	5	8.8		
AOUC	2°	44	1	2.3	9.251	0.01
Ex ASF		62	4	6.5		
Ex AUSL 7		33	7	21.2		
Servizio Emergenza I18	1°	25	1	4	13.054	0.836
Pronto Soccorso		26	1	3.8		
Terapia Intensiva		56	2	3.6		
Terapia Sub-Intensiva		5	1	20		
Sala Operatoria		12	3	25		
Medicina		28	2	7.1		
Chirurgia		15	1	6.7		
Day Hospital		13	1	7.7		
Servizi di Endoscopia		7	1	14.3		
Radiodiagnostica/Interventistica		6	0	0		
Ambulatorio Territoriale		20	1	5		
Ambulatorio Ospedaliero		37	3	8.1		
Psichiatria Territoriale		9	1	11.1		
Assistenza Domiciliare Integrata		20	3	15		
Cure Palliative Territoriali		2	0	0		
Hospice		2	0	0		
Servizio Inf.co/DPF		12	1	8.3		
Formazione Aziendale/Universitaria		6	0	0		
Emodialisi		8	1	12.5		
Altro		15	2	13.3		
Servizio Emergenza I18		7	0	0	47.487	0.001
Pronto Soccorso		19	1	5.3		
Terapia Intensiva		19	0	0		
SPDC		1	0	0		
Terapia Sub-Intensiva		3	1	33.3		

**Domanda 21. Negli ultimi 12 mesi, Lei ha cambiato reparto/servizio a causa di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione? R. Sì**

Variabile	Invio	Totale	n.	%	$\chi^2$	p
Sala Operatoria		10	0	0		
Medicina		9	0	0		
Chirurgia		6	1	16.7		
Day Hospital		4	2	50		
Servizi di Endoscopia		1	0	0		
Radiodiagnostica/Interventistica		3	0	0		
Ambulatorio Territoriale		4	0	0		
Ambulatorio Ospedaliero		15	1	6.7		
Psichiatria Territoriale		2	2	100		
Assistenza Domiciliare Integrata		11	1	9.1		
Cure Palliative Territoriali		1	0	0		
Hospice		3	0	0		
Servizio Inf.co/DPF		7	2	28.6		
Formazione Aziendale/Universitaria		2	0	0		
Emodialisi		10	0	0		
Altro		2	1	50		
Area Critica	1°	124	8	6.5	0.451	0.502
Area non Critica		200	17	8.5		
Area Critica	2°	58	2	3.4	3.392	0.066
Area non Critica		81	10	12.3		
Ospedale	1°	215	16	7.4	0.016	0.898
Territorio		76	6	7.9		
Ospedale	2°	103	6	5.8	1.173	0.279
Territorio		25	3	12		
N. infermieri del servizio D ≤ 17	1°	167	13	7.8	0.002	0.962
N. infermieri del servizio D > 17		157	12	7.6		
N. infermieri del servizio D ≤ 22	2°	76	10	13.2	4.352	0.037
N. infermieri del servizio D > 22		63	2	3.2		
Infermiere/a Dirigente	1°	2	0	0	1.554	0.670
Infermiere/a Coordinatore		32	3	9.4		
Infermiere/a Diurnista		151	14	9.3		
Infermiere/a Turnista		139	8	5.8		
Infermiere/a Dirigente	2°	3	0	0	15.008	0.002
Infermiere/a Coordinatore		14	5	35.7		
Infermiere/a Diurnista		70	5	7.1		
Infermiere/a Turnista		52	2	3.8		
D15. Totale colleghi bulli D ≤ 2 (pochi)	1°	275	21	7.6	0.016	0.899
D15. Totale colleghi bulli D > 2		49	4	8.2		
D15. Totale colleghi bulli D ≤ 2 (pochi)	2°	124	10	8.1	0.471	0.493
D15. Totale colleghi bulli D > 2		15	2	13.3		
Scala 3 – Atteggiamenti totali D ≤ 3	1°	178	10	5.6	2.442	0.118
Scala 3 – Atteggiamenti totali D > 3		146	15	10.3		
Scala 3 – Atteggiamenti totali D ≤ 3	2°	85	4	4.7	4.278	0.039
Scala 3 – Atteggiamenti totali D > 3		54	8	14.8		
D17. Intensità AN ≤ 4	1°	180	8	4.4	6.088	0.014
D17. Intensità AN > 4		144	17	11.8		
D17. Intensità AN ≤ 5	2°	85	2	2.4	10.940	0.001
D17. Intensità AN > 5		54	10	18.5		
D18. Diagnosi di mobbing/bullying - No	1°	187	13	7	0.363	0.547
D18. Diagnosi di mobbing/bullying - Sì		137	12	8.8		
D18. Diagnosi di mobbing/bullying - No	2°	74	2	2.7	7.056	0.008
D18. Diagnosi di mobbing/bullying - Sì		65	10	15.4		
D19. Attualmente oggetto di AN - No	1°	152	21	13.8	14.961	<0.0001
D19. Attualmente oggetto di AN - Sì		172	4	2.3		

**Domanda 21. Negli ultimi 12 mesi, Lei ha cambiato reparto/servizio a causa di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione? R. Sì**

Variabile	Invio	Totale	n.	%	$\chi^2$	p
D19. Attualmente oggetto di AN - No	2°	60	7	11.7	1.232	0.267
D19. Attualmente oggetto di AN - Sì		79	5	6.3		
D20. Richiesta cambio UO - No	1°	259	7	2.7	45.569	<0.0001
D20. Richiesta cambio UO - Sì		65	18	27.7		
D20. Richiesta cambio UO - No	2°	113	5	4.4	13.564	<0.0001
D20. Richiesta cambio UO - Sì		26	7	26.9		
D22. Desiderio abbandono Inf.ca - No	1°	253	12	4.7	14.331	<0.0001
D22. Desiderio abbandono Inf.ca - Sì		271	13	18.3		
D22. Desiderio abbandono Inf.ca - No	2°	112	6	5.4	7.845	0.005
D22. Desiderio abbandono Inf.ca - Sì		27	6	22.2		
D23. Influenza sulla salute - No	1°	133	4	3	7.024	0.008
D23. Influenza sulla salute - Sì		191	21	11		
D23. Influenza sulla salute - No	2°	55	1	1.8	5.359	0.021
D23. Influenza sulla salute - Sì		84	11	13.1		
Scala 4 – Totale Sintomi D ≤ 3	1°	188	5	2.7	16.082	<0.0001
Scala 4 – Totale Sintomi D > 3		136	20	14.7		
Scala 4 – Totale Sintomi D ≤ 3	2°	76	2	2.6	7.657	0.006
Scala 4 – Totale Sintomi D > 3		63	10	15.9		
D25. Impatto disturbi sulla salute D ≤ 2	1°	163	5	3.1	9.955	0.002
D25. Impatto disturbi sulla salute D > 2		161	20	12.4		
D25. Impatto disturbi sulla salute D ≤ 4	2°	74	1	1.4	10.638	0.001
D25. Impatto disturbi sulla salute D > 4		65	11	16.9		
D26. Ha parlato con altri degli AN - No	1°	53	2	3.8	1.383	0.240
D26. Ha parlato con altri degli AN - Sì		271	23	8.5		
D26. Ha parlato con altri degli AN - No	2°	24	1	4.2	0.734	0.392
D26. Ha parlato con altri degli AN - Sì		115	11	9.6		
D.28 Influenza sulla sicurezza D ≤ 1	1°	184	8	4.3	6.784	0.009
D.28 Influenza sulla sicurezza D > 1		140	17	4.1		
D.28 Influenza sulla sicurezza D ≤ 2	2°	82	5	6.1	1.630	0.202
D.28 Influenza sulla sicurezza D > 2		57	7	12.3		
D29. Testimone di AN verso altri – No	1°	38	2	5.3	0.364	0.564
D29. Testimone di AN verso altri – Sì		286	23	8		
D29. Testimone di AN verso altri – No	2°	15	1	6.7	0.082	0.774
D29. Testimone di AN verso altri – Sì		124	11	8.9		
D30. Perpetratore di AN - No	1°	219	18	8.2	0.240	0.624
D30. Perpetratore di AN – Sì		105	7	6.7		
D30. Perpetratore di AN - No	2°	90	8	8.9	0.021	0.884
D30. Perpetratore di AN – Sì		49	4	8.2		
NAQ-R Personal Bullying D ≤ 17	1°	177	10	5.6	2.339	0.126
NAQ-R Personal Bullying D > 17		147	15	10.2		
NAQ-R Work Related Bullying D ≤ 8	1°	182	12	6.6	0.735	0.391
NAQ-R Work Related Bullying D > 8		142	13	9.2		
CBI Burnout Personale D ≤ 18	1°	168	12	7.1	0.161	0.688
CBI Burnout Personale D > 18		156	13	8.3		
CBI Burnout Lavorativo D ≤ 20	1°	178	10	5.6	2.442	0.118
CBI Burnout Lavorativo D > 20		146	15	10.3		
CBI Burnout Pazienti D ≤ 11	1°	171	10	5.8	1.775	0.183
CBI Burnout Pazienti D > 11		153	15	9.8		
SOC/CSCI D ≤ 28	2°	73	6	8.2	0.33	0.855
SOC/CSCI D > 28		66	6	9.1		

L'altra domanda chiave del QuINI è quella che indaga la relazione tra le variabili demografiche e di interesse, con i rispondenti affermativamente all'item 23, cioè coloro che asseriscono che gli AN subiti possano avere un'influenza sulle proprie condizioni psicofisiche.

I divorziati/separati, sia nel primo, che nel secondo invio, rappresentano la proporzione maggiore di rispondenti positivamente all'item 23, anche se la significatività statistica è stata raggiunta soltanto durante il primo invio. La ex AUSL 7 detiene le proporzioni maggiori delle risposte positive a questo item, anche se la significatività è presente solo nel secondo invio. Di nuovo, i sintomi e disturbi sono in proporzione riferiti maggiormente in chi ha a che fare con un numero di perpetratori che corrisponde ad "una parte" o "tutto il gruppo" (significativa solo nel primo invio), chi riferisce un numero di tipologie di AN subiti superiori a 3, un'intensità di AN superiore a livelli moderati, chi percepisce di esser vittima di HB/HM e in chi era al momento della compilazione del QuINI v.3 ancora oggetto di AN (significativa solo nel primo invio). L'influenza degli AN subiti percepita sulle condizioni psicofisiche è associata anche a maggiori proporzioni di rispondenti che hanno fatto domanda di riallocazione nei 12 mesi precedenti, che si sono riallocati, che hanno pensato anche di abbandonare la professione infermieristica. Inoltre le proporzioni maggiori di rispondenti sì all'item 23 tendono a parlare con altri degli AN subiti (anche se l'associazione è statisticamente significativa solo nel primo invio). Infine, si rilevano associazioni significative anche nei confronti delle percezioni di influenza degli AN sulla sicurezza dei pazienti, in livelli superiori ai valori di mediana individuati, e con tutti i valori superiori alle mediane delle sottoscale del NAQ-R e del CBI, mentre non si rilevano associazioni significative con la SOC/CSCI.

**Tabella 66 – Associazioni statistiche relative alla domanda 23 del QuINI v.3 nei 2 invii**

<b>Domanda 23. Se è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione negli ultimi 12 mesi, ritiene che questi abbiano avuto un'influenza sulle sue condizioni psicofisiche? R. Sì</b>						
<b>Variabile</b>	<b>Invio</b>	<b>Totale</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>p</b>
Maschi	1°	86	44	51.2	2.934	0.087
Femmine		238	147	61.8		
Maschi	2°	29	15	51.7	1.162	0.281
Femmine		110	69	62.7		
Età D ≤ 45 anni	1°	164	93	56.7	0.691	0.406
Età D > 45 anni		160	98	61.3		
Età D ≤ 45 anni	2°	75	41	54.7	2.264	0.132
Età D > 45 anni		64	43	67.2		
Celibe-Nubile	1°	86	56	65.1	9.768	0.021
Coniugato/a-Convivente		200	106	53		
Divorziato/a-Separato/a		35	26	74.3		

**Domanda 23. Se è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione negli ultimi 12 mesi, ritiene che questi abbiano avuto un'influenza sulle sue condizioni psicofisiche? R. Sì**

Variabile	Invio	Totale	n.	%	$\chi^2$	p
Vedovo/a		3	3	100		
Celibe-Nubile	2°	43	27	62.8	1.354	0.716
Coniugato/a-Convivente		76	43	56.6		
Divorziato/a-Separato/a		17	12	70.6		
Vedovo/a		3	2	66.7		
Laurea Magistrale non Inf.ca – No	1°	293	171	51.4	0.439	0.508
Laurea Magistrale non Inf.ca – Sì		31	20	64.5		
Laurea Magistrale non Inf.ca – No	2°	129	76	58.9	1.726	0.189
Laurea Magistrale non Inf.ca – Sì		10	8	80		
Scuola regionale per infermieri – No	1°	119	68	57.1	0.254	0.614
Scuola regionale per infermieri – Sì		205	123	60		
Scuola regionale per infermieri – No	2°	62	36	58.1	0.262	0.609
Scuola regionale per infermieri – Sì		77	48	62.3		
DU/Laurea Triennale Inf.ca – No	1°	199	115	57.8	0.288	0.592
DU/Laurea Triennale Inf.ca – Sì		125	76	60.8		
DU/Laurea Triennale Inf.ca – No	2°	87	56	64.4	1.507	0.220
DU/Laurea Triennale Inf.ca – Sì		52	28	53.8		
Laurea Magistrale Inf.ca – No	1°	286	171	59.8	0.710	0.399
Laurea Magistrale Inf.ca – Sì		38	20	52.6		
Laurea Magistrale Inf.ca – No	2°	120	73	60.8	0.059	0.808
Laurea Magistrale Inf.ca – Sì		19	11	57.9		
Master 1° livello Inf.ca – No	1°	220	127	57.7	0.424	0.515
Master 1° livello Inf.ca – Sì		104	64	61.5		
Master 1° livello Inf.ca – No	2°	96	60	62.5	0.555	0.456
Master 1° livello Inf.ca – Sì		43	24	55.8		
Anzianità Inf.ca complessiva 1-5 aa	1°	13	7	53.8	1.877	0.758
Anzianità Inf.ca complessiva 6-10 aa		51	29	56.9		
Anzianità Inf.ca complessiva 11-15 aa		36	18	50		
Anzianità Inf.ca complessiva 16-20 aa		75	46	61.3		
Anzianità Inf.ca complessiva >20 aa		149	91	61.1		
Anzianità Inf.ca complessiva <1 aa	2°	1	1	100	3.567	0.613
Anzianità Inf.ca complessiva 1-5 aa		5	4	80		
Anzianità Inf.ca complessiva 6-10 aa		23	12	52.2		
Anzianità Inf.ca complessiva 11-15 aa		14	7	50		
Anzianità Inf.ca complessiva 16-20 aa		37	25	67.6		
Anzianità Inf.ca complessiva >20 aa		59	35	59.3		
Anzianità nel reparto attuale <1 aa	1°	34	22	64.7	1.686	0.891
Anzianità nel reparto attuale 1-5 aa		78	45	57.7		
Anzianità nel reparto attuale 6-10 aa		77	47	61		
Anzianità nel reparto attuale 11-15 aa		71	43	60.6		
Anzianità nel reparto attuale 16-20 aa		31	13	51.6		
Anzianità nel reparto attuale >20 aa		33	18	54.5		
Anzianità nel reparto attuale <1 aa	2°	15	13	86.7	8.911	0.113
Anzianità nel reparto attuale 1-5 aa		37	23	62.2		
Anzianità nel reparto attuale 6-10 aa		36	16	44.4		
Anzianità nel reparto attuale 11-15 aa		25	15	60		
Anzianità nel reparto attuale 16-20 aa		15	9	60		
Anzianità nel reparto attuale >20 aa		11	8	72.2		
AOUC	1°	129	71	55	1.443	0.486
Ex ASF		138	84	60.9		
Ex AUSL 7		57	36	63.2		
AOUC	2°	44	17	38.6	13.368	0.001
Ex ASF		62	42	67.7		

**Domanda 23. Se è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione negli ultimi 12 mesi, ritiene che questi abbiano avuto un'influenza sulle sue condizioni psicofisiche? R. Sì**

Variabile	Invio	Totale	n.	%	$\chi^2$	p
Ex AUSL 7		33	25	75.8		
Servizio Emergenza 118	1°	25	11	44	31.800	0.33
Pronto Soccorso		26	13	50		
Terapia Intensiva		56	38	67.9		
Terapia Sub-Intensiva		5	2	40		
Sala Operatoria		12	7	58.3		
Medicina		28	9	32.1		
Chirurgia		15	10	66.7		
Day Hospital		13	6	46.2		
Servizi di Endoscopia		7	7	100		
Radiodiagnostica/Interventistica		6	4	66.7		
Ambulatorio Territoriale		20	14	70		
Ambulatorio Ospedaliero		30	25	67.6		
Psichiatria Territoriale		9	4	44.4		
Assistenza Domiciliare Integrata		20	11	55		
Cure Palliative Territoriali		2	2	100		
Hospice		2	2	100		
Servizio Inf.co/DPF		12	6	50		
Formazione Aziendale/Universitaria		6	3	50		
Emodialisi		8	4	50		
Altro		15	13	86.7		
Servizio Emergenza 118		7	2	42.9	14.774	0.789
Pronto Soccorso		19	12	63.2		
Terapia Intensiva		19	10	52.6		
SPDC		1	0	100		
Terapia Sub-Intensiva		3	1	33.3		
Sala Operatoria		10	5	50		
Medicina		9	7	77.8		
Chirurgia		6	4	66.7		
Day Hospital		4	3	75		
Servizi di Endoscopia		1	0	0		
Radiodiagnostica/Interventistica		3	2	66.7		
Ambulatorio Territoriale		4	3	75		
Ambulatorio Ospedaliero		15	11	73.3		
Psichiatria Territoriale		2	2	100		
Assistenza Domiciliare Integrata		11	8	72.7		
Cure Palliative Territoriali		1	1	100		
Hospice		3	2	66.7		
Servizio Inf.co/DPF		7	2	28.6		
Formazione Aziendale/Universitaria		2	1	50		
Emodialisi		10	6	60		
Altro	2	1	50			
Area Critica	1°	124	71	57.3	0.238	0.626
Area non Critica		200	120	60		
Area Critica	2°	58	31	53.4	2.030	0.154
Area non Critica		81	53	65.4		
Ospedale	1°	215	127	59.1	0.334	0.563
Territorio		76	42	55.3		
Ospedale	2°	103	63	61.2	0.401	0.527
Territorio		25	17	68		
N. infermieri del servizio D ≤ 17	1°	167	97	58.1	0.107	0.744
N. infermieri del servizio D > 17		157	94	59.9		
N. infermieri del servizio D ≤ 22	2°	76	51	67.1	3.123	0.077

**Domanda 23. Se è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione negli ultimi 12 mesi, ritiene che questi abbiano avuto un'influenza sulle sue condizioni psicofisiche? R. Sì**

Variabile	Invio	Totale	n.	%	$\chi^2$	p
N. infermieri del servizio D > 22		66	33	52.4		
Infermiere/a Dirigente	1°	2	2	100	3.275	0.351
Infermiere/a Coordinatore		32	21	65.6		
Infermiere/a Diurnista		151	92	60.9		
Infermiere/a Turnista		139	76	54.7		
Infermiere/a Dirigente	2°	3	2	66.7	0.652	0.884
Infermiere/a Coordinatore		14	9	64.3		
Infermiere/a Diurnista		70	40	57.1		
Infermiere/a Turnista		52	33	63.5		
D15. Totale colleghi bulli D ≤ 2 (pochi)	1°	275	152	55.3	10.164	0.001
D15. Totale colleghi bulli D > 2		49	39	79.6		
D15. Totale colleghi bulli D ≤ 2 (pochi)	2°	124	72	58.1	2.693	0.101
D15. Totale colleghi bulli D > 2		15	12	80		
Scala 3 – Atteggiamenti totali D ≤ 3	1°	178	96	53.9	4.110	0.043
Scala 3 – Atteggiamenti totali D > 3		146	95	65.1		
Scala 3 – Atteggiamenti totali D ≤ 3	2°	85	43	50.6	8.866	0.003
Scala 3 – Atteggiamenti totali D > 3		54	41	75.9		
D17. Intensità AN ≤ 4	1°	180	93	51.7	8.880	0.003
D17. Intensità AN > 4		144	98	68.1		
D17. Intensità AN ≤ 5	2°	85	39	45	19.369	<0.0001
D17. Intensità AN > 5		54	45	83.3		
D18. Diagnosi di mobbing/bullying - No	1°	187	89	47.6	23.572	<0.0001
D18. Diagnosi di mobbing/bullying - Sì		137	102	74.5		
D18. Diagnosi di mobbing/bullying - No	2°	74	35	47.3	11.417	0.001
D18. Diagnosi di mobbing/bullying - Sì		65	49	75.4		
D19. Attualmente oggetto di AN - No	1°	152	80	52.6	4.725	0.030
D19. Attualmente oggetto di AN - Sì		172	111	64.5		
D19. Attualmente oggetto di AN - No	2°	60	34	56.7	0.626	0.429
D19. Attualmente oggetto di AN - Sì		79	50	63.3		
D20. Richiesta cambio UO - No	1°	259	136	52.5	22.133	<0.0001
D20. Richiesta cambio UO - Sì		65	55	84.6		
D20. Richiesta cambio UO - No	2°	113	61	54	10.508	0.001
D20. Richiesta cambio UO - Sì		26	23	88.5		
D21. Cambiata UO - No	1°	299	170	56.9	7.024	0.008
D21. Cambiata UO - Sì		25	21	84		
D21. Cambiata UO - No	2°	127	73	57.5	5.359	0.021
D21. Cambiata UO - Sì		12	11	91.7		
D22. Desiderio abbandono Inf.ca - No	1°	253	132	52.2	21.910	<0.0001
D22. Desiderio abbandono Inf.ca - Sì		71	59	83.1		
D22. Desiderio abbandono Inf.ca - No	2°	112	59	52.7	14.495	<0.0001
D22. Desiderio abbandono Inf.ca - Sì		27	25	92.6		
Scala 4 – Totale Sintomi D ≤ 3	1°	188	55	29.3	163.209	<0.0001
Scala 4 – Totale Sintomi D > 3		136	136	100		
Scala 4 – Totale Sintomi D ≤ 3	2°	76	21	27.6	75.444	<0.0001
Scala 4 – Totale Sintomi D > 3		63	63	100		
D26. Ha parlato con altri degli AN - No	1°	53	24	45.3	4.891	0.027
D26. Ha parlato con altri degli AN - Sì		271	167	61.6		
D26. Ha parlato con altri degli AN - No	2°	24	11	45.8	2.585	0.108
D26. Ha parlato con altri degli AN - Sì		115	73	63.5		
D.28 Influenza sulla sicurezza D ≤ 1	1°	184	90	48.9	17.730	<0.0001
D.28 Influenza sulla sicurezza D > 1		140	101	72.1		
D.28 Influenza sulla sicurezza D ≤ 2	2°	82	43	52.4	5.342	0.021
D.28 Influenza sulla sicurezza D > 2		57	41	71.9		

**Domanda 23. Se è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione negli ultimi 12 mesi, ritiene che questi abbiano avuto un'influenza sulle sue condizioni psicofisiche? R. Sì**

Variabile	Invio	Totale	n.	%	$\chi^2$	p
D29. Testimone di AN verso altri – No	1°	38	23	60.5	0.44	0.834
D29. Testimone di AN verso altri – Sì		286	168	58.7		
D29. Testimone di AN verso altri – No	2°	15	7	46.7	1.332	0.248
D29. Testimone di AN verso altri – Sì		124	77	62.1		
D30. Perpetratore di AN - No	1°	219	126	57.5	0.560	0.454
D30. Perpetratore di AN – Sì		105	65	61.9		
D30. Perpetratore di AN - No	2°	90	51	56.7	1.513	0.219
D30. Perpetratore di AN – Sì		49	33	67.3		
NAQ-R Personal Bullying D ≤ 17	1°	177	84	47.5	21.295	<0.0001
NAQ-R Personal Bullying D > 17		147	107	72.8		
NAQ-R Work Related Bullying D ≤ 8	1°	182	96	52.7	6.604	0.010
NAQ-R Work Related Bullying D > 8		142	95	66.9		
CBI Burnout Personale D ≤ 18	1°	168	80	47.6	18.515	<0.0001
CBI Burnout Personale D > 18		156	111	71.2		
CBI Burnout Lavorativo D ≤ 20	1°	178	83	46.6	24.782	<0.0001
CBI Burnout Lavorativo D > 20		146	108	74		
CBI Burnout Pazienti D ≤ 11	1°	171	89	52	7.132	0.008
CBI Burnout Pazienti D > 11		153	102	67.7		
SOC/CSCI D ≤ 28	2°	73	45	61.6	0.094	0.759
SOC/CSCI D > 28		66	39	59.1		

Per quanto riguarda i rispondenti che affermano di aver parlato con qualcuno degli AN subiti, cioè ai rispondenti affermativamente all'item 26 (tabella 67), solo nel primo invio, quello con campione più numeroso, emerge che chi ha una laurea quinquennale non infermieristica tende a parlarne di meno rispetto a chi non la possiede, ma nel secondo invio la percentuale riportata si ribalta, anche se la differenza non è statisticamente significativa. Sempre nel secondo invio la proporzione di chi riporta intensità degli AN superiore ai valori mediani e ne parla con altri è maggiore rispetto a chi lo tiene per sé, anche se nel primo invio il trend non risulta significativo. Le vittime di HB/HM tendono in proporzioni maggiori a chi non lo è, a parlarne con altri (differenza statisticamente significativa solo nel primo invio, ai limiti nel secondo). Analogamente sono maggiori le proporzioni di chi ha richiesto di cambiare servizio/reparto di allocazione (differenza statisticamente significativa solo nel primo invio, ai limiti nel secondo). A differenza degli altri item critici finora esplorati, i rispondenti positivamente a questo item non si associano ad alcuna differenza statisticamente significativa tra le diverse proporzioni rilevate dalle scale di mobbing, burnout e senso di comunità.

**Tabella 67 – Associazioni statistiche relative alla domanda 26 del QuINI v.3 nei 2 invii**

<b>Domanda 26. Se negli ultimi 12 mesi è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione, ne ha parlato con qualcuno? R. Sì</b>						
<b>Variabile</b>	<b>Invio</b>	<b>Totale</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>p</b>
Maschi	1°	86	68	79.1	1.789	0.181
Femmine		238	203	85.3		
Maschi	2°	29	23	79.3	0.301	0.583
Femmine		110	92	83.6		
Età D ≤ 45 anni	1°	164	132	80.5	2.415	0.120
Età D > 45 anni		160	139	86.9		
Età D ≤ 45 anni	2°	75	62	82.7	0.01	0.982
Età D > 45 anni		64	53	82.8		
Celibe-Nubile	1°	86	75	87.2	1.936	0.586
Coniugato/a-Convivente		200	164	82		
Divorziato/a-Separato/a		35	30	85.7		
Vedovo/a		3	2	66.7		
Celibe-Nubile	2°	43	31	72.1	6.391	0.094
Coniugato/a-Convivente		76	66	86.8		
Divorziato/a-Separato/a		17	16	94.1		
Vedovo/a		3	2	66.7		
Laurea Magistrale non Inf.ca – No	1°	293	249	85	4.025	0.045
Laurea Magistrale non Inf.ca – Sì		31	22	71		
Laurea Magistrale non Inf.ca – No	2°	129	106	82.2	0.398	0.528
Laurea Magistrale non Inf.ca – Sì		10	9	90		
Scuola regionale per infermieri – No	1°	119	99	83.2	0.028	0.868
Scuola regionale per infermieri – Sì		205	172	83.9		
Scuola regionale per infermieri – No	2°	62	48	77.4	2.213	137
Scuola regionale per infermieri – Sì		77	67	87		
DU/Laurea Triennale Inf.ca – No	1°	199	166	83.4	0.019	0.890
DU/Laurea Triennale Inf.ca – Sì		125	105	84		
DU/Laurea Triennale Inf.ca – No	2°	87	73	83.9	0.224	0.636
DU/Laurea Triennale Inf.ca – Sì		52	42	80.8		
Laurea Magistrale Inf.ca – No	1°	286	238	83.2	0.322	0.570
Laurea Magistrale Inf.ca – Sì		38	33	86.8		
Laurea Magistrale Inf.ca – No	2°	120	101	84.2	1.262	0.261
Laurea Magistrale Inf.ca – Sì		19	14	73.7		
Master 1° livello Inf.ca – No	1°	220	186	84.5	0.409	0.523
Master 1° livello Inf.ca – Sì		104	85	81.7		
Master 1° livello Inf.ca – No	2°	96	79	82.3	0.042	0.837
Master 1° livello Inf.ca – Sì		43	36	83.7		
Anzianità Inf.ca complessiva 1-5 aa	1°	13	12	92.3	1.900	0.574
Anzianità Inf.ca complessiva 6-10 aa		51	40	78.4		
Anzianità Inf.ca complessiva 11-15 aa		36	31	86.1		
Anzianità Inf.ca complessiva 16-20 aa		75	63	84		
Anzianità Inf.ca complessiva >20 aa		149	125	83.9		
Anzianità Inf.ca complessiva <1 aa	2°	1	1	100	2.177	0.824
Anzianità Inf.ca complessiva 1-5 aa		5	5	100		
Anzianità Inf.ca complessiva 6-10 aa		23	19	82.6		
Anzianità Inf.ca complessiva 11-15 aa		14	11	78.6		
Anzianità Inf.ca complessiva 16-20 aa		37	32	86.5		
Anzianità Inf.ca complessiva >20 aa		59	47	79.7		
Anzianità nel reparto attuale <1 aa	1°	34	29	85.3	2.070	0.839
Anzianità nel reparto attuale 1-5 aa		78	63	80.8		
Anzianità nel reparto attuale 6-10 aa		77	64	83.1		
Anzianità nel reparto attuale 11-15 aa		71	60	84.5		
Anzianità nel reparto attuale 16-20 aa		31	25	80.6		
Anzianità nel reparto attuale >20 aa		33	30	90.9		

**Domanda 26. Se negli ultimi 12 mesi è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione, ne ha parlato con qualcuno? R. Sì**

Variabile	Invio	Totale	n.	%	$\chi^2$	p
Anzianità nel reparto attuale <1 aa	2°	15	13	86.7	2.591	0.763
Anzianità nel reparto attuale 1-5 aa		37	29	78.4		
Anzianità nel reparto attuale 6-10 aa		36	30	83.3		
Anzianità nel reparto attuale 11-15 aa		25	22	88		
Anzianità nel reparto attuale 16-20 aa		15	11	73.3		
Anzianità nel reparto attuale >20 aa		11	10	90.9		
AOUC	1°	129	104	80.6	2.295	0.317
Ex ASF		138	116	84.1		
Ex AUSL 7		57	51	89.5		
AOUC	2°	44	32	72.7	4.737	0.094
Ex ASF		62	55	88.7		
Ex AUSL 7		33	28	84.8		
Contratto a tempo indeterminato	1°	323	270	83.6	0.196	0.658
Contratto a termine		1	1	100		
Contratto a tempo indeterminato	2°	137	113	82.5	0.423	0.515
Contratto a termine		2	2	100		
Servizio Emergenza I18	1°	25	18	72	26.140	0.126
Pronto Soccorso		26	20	76.9		
Terapia Intensiva		56	51	91.1		
Terapia Sub-Intensiva		5	3	60.3		
Sala Operatoria		12	11	91.7		
Medicina		28	21	75		
Chirurgia		15	13	86.7		
Day Hospital		13	12	92.3		
Servizi di Endoscopia		7	6	85.7		
Radiodiagnostica/Interventistica		6	3	50		
Ambulatorio Territoriale		20	18	90		
Ambulatorio Ospedaliero		37	30	81.1		
Psichiatria Territoriale		9	8	88.9		
Assistenza Domiciliare Integrata		20	18	90		
Cure Palliative Territoriali		2	2	100		
Hospice		2	1	50		
Servizio Inf.co/DPF		12	8	66.7		
Formazione Aziendale/Universitaria		6	5	83.3		
Emodialisi		8	8	100		
Altro		15	15	100		
Servizio Emergenza I18	2°	7	6	85.7	14.430	0.808
Pronto Soccorso		19	15	78.9		
Terapia Intensiva		1	1	100		
SPDC		1	1	100		
Terapia Sub-Intensiva		19	14	73.4		
Sala Operatoria		10	7	70		
Medicina		9	7	77.8		
Chirurgia		6	6	100		
Day Hospital		4	4	100		
Servizi di Endoscopia		1	1	100		
Radiodiagnostica/Interventistica		3	2	66.7		
Ambulatorio Territoriale		4	3	75		
Ambulatorio Ospedaliero		15	13	86.7		
Psichiatria Territoriale		2	2	100		
Assistenza Domiciliare Integrata		11	10	90.9		
Cure Palliative Territoriali		1	1	100		
Hospice		3	3	100		
Servizio Inf.co/DPF		7	4	57.1		

**Domanda 26. Se negli ultimi 12 mesi è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione, ne ha parlato con qualcuno? R. Sì**

Variabile	Invio	Totale	n.	%	$\chi^2$	p
Formazione Aziendale/Universitaria		2	2	100		
Emodialisi		10	10	100		
Altro		2	2	100		
Area Critica	1°	124	103	83.1	0.49	0.825
Area non Critica		200	168	84		
Area Critica	2°	58	44	75.9	3.290	0.070
Area non Critica		81	71	87.7		
Ospedale	1°	215	179	83.3	0.037	0.847
Territorio		76	64	84.2		
Ospedale	2°	103	85	82.5	0.440	0.507
Territorio		25	22	88		
N. infermieri del servizio D ≤ 17	1°	167	141	84.4	0.157	0.692
N. infermieri del servizio D > 17		157	130	82.8		
N. infermieri del servizio D ≤ 22	2°	76	63	82.9	0.003	0.956
N. infermieri del servizio D > 22		63	52	82.5		
Infermiere/a Dirigente	1°	2	2	100	2.884	0.410
Infermiere/a Coordinatore		32	24	75		
Infermiere/a Diurnista		151	130	86.1		
Infermiere/a Turnista		139	115	82.7		
Infermiere/a Dirigente	2°	3	2	66.7	2.888	0.409
Infermiere/a Coordinatore		14	10	71.4		
Infermiere/a Diurnista		70	61	87.1		
Infermiere/a Turnista		52	42	80.8		
D15. Totale colleghi bulli D ≤ 2 (pochi)	1°	275	228	82.9	0.714	0.398
D15. Totale colleghi bulli D > 2		49	43	87.8		
D15. Totale colleghi bulli D ≤ 2 (pochi)	2°	124	103	83.1	0.088	0.767
D15. Totale colleghi bulli D > 2		15	12	80		
Scala 3 – Atteggiamenti totali D ≤ 3	1°	178	150	84.3	0.114	0.736
Scala 3 – Atteggiamenti totali D > 3		146	121	82.9		
Scala 3 – Atteggiamenti totali D ≤ 3	2°	85	68	80	1.145	0.285
Scala 3 – Atteggiamenti totali D > 3		54	47	87		
D17. Intensità AN ≤ 4	1°	180	144	80	3.926	0.048
D17. Intensità AN > 4		144	127	88.2		
D17. Intensità AN ≤ 5	2°	85	65	76.5	6.008	0.014
D17. Intensità AN > 5		54	50	92.6		
D18. Diagnosi di mobbing/bullying - No	1°	187	149	79.7	5.076	0.024
D18. Diagnosi di mobbing/bullying - Sì		137	122	89.1		
D18. Diagnosi di mobbing/bullying - No	2°	74	57	77	3.608	0.058
D18. Diagnosi di mobbing/bullying - Sì		65	58	89.2		
D19. Attualmente oggetto di AN - No	1°	152	124	81.6	0.891	0.345
D19. Attualmente oggetto di AN - Sì		172	147	85.5		
D19. Attualmente oggetto di AN - No	2°	60	46	76.7	2.720	0.099
D19. Attualmente oggetto di AN - Sì		79	69	87.3		
D20. Richiesta cambio UO - No	1°	259	211	81.5	4.463	0.035
D20. Richiesta cambio UO - Sì		65	60	92.3		
D20. Richiesta cambio UO - No	2°	113	91	80.5	2.052	0.152
D20. Richiesta cambio UO - Sì		26	24	92.3		
D21. Cambiata UO - No	1°	299	248	82.9	1.383	0.240
D21. Cambiata UO - Sì		25	23	92		
D21. Cambiata UO - No	2°	127	104	81.9	0.734	0.392
D21. Cambiata UO - Sì		12	11	91.7		
D22. Desiderio abbandono Inf.ca - No	1°	253	209	82.6	0.901	0.343
D22. Desiderio abbandono Inf.ca - Sì		71	62	87.3		
D22. Desiderio abbandono Inf.ca - No	2°	112	93	83	0.037	0.848

<b>Domanda 26. Se negli ultimi 12 mesi è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione, ne ha parlato con qualcuno? R. Sì</b>						
<b>Variabile</b>	<b>Invio</b>	<b>Totale</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>p</b>
D22. Desiderio abbandono Inf.ca - Sì		27	22	81.5		
D23. Influenza sulla salute - No	1°	133	104	78.2	4.891	0.027
D23. Influenza sulla salute - Sì		191	167	87.4		
D23. Influenza sulla salute - No	2°	55	42	76.4	2.585	0.108
D23. Influenza sulla salute - Sì		84	73	86.9		
Scala 4 – Totale Sintomi D ≤ 3	1°	188	154	81.9	0.976	0.323
Scala 4 – Totale Sintomi D > 3		136	117	86		
Scala 4 – Totale Sintomi D ≤ 3	2°	76	60	78.9	1.683	0.195
Scala 4 – Totale Sintomi D > 3		63	55	87.3		
D25. Impatto disturbi sulla salute D ≤ 2	1°	163	132	81	1.697	0.193
D25. Impatto disturbi sulla salute D > 2		161	139	86.3		
D25. Impatto disturbi sulla salute D ≤ 4	2°	74	59	79.7	1	0.317
D25. Impatto disturbi sulla salute D > 4		65	56	86.2		
D.28 Influenza sulla sicurezza D ≤ 1	1°	184	153	83.2	0.075	0.785
D.28 Influenza sulla sicurezza D > 1		140	118	84.3		
D.28 Influenza sulla sicurezza D ≤ 2	2°	82	66	80.5	0.706	0.401
D.28 Influenza sulla sicurezza D > 2		57	49	86		
D29. Testimone di AN verso altri – No	1°	38	29	76.3	1.689	0.194
D29. Testimone di AN verso altri – Sì		286	242	84.6		
D29. Testimone di AN verso altri – No	2°	15	10	66.7	3.039	0.81
D29. Testimone di AN verso altri – Sì		124	105	84.7		
D30. Perpetratore di AN - No	1°	219	181	82.6	0.488	0.485
D30. Perpetratore di AN – Sì		105	90	85.7		
D30. Perpetratore di AN - No	2°	90	73	81.1	0.471	0.493
D30. Perpetratore di AN – Sì		49	42	85.7		
NAQ-R Personal Bullying D ≤ 17	1°	177	144	81.4	1.490	0.222
NAQ-R Personal Bullying D > 17		147	127	86.4		
NAQ-R Work Related Bullying D ≤ 8	1°	182	153	84.1	0.055	0.815
NAQ-R Work Related Bullying D > 8		142	118	83.1		
CBI Burnout Personale D ≤ 18	1°	168	141	83.9	0.021	0.885
CBI Burnout Personale D > 18		156	130	83.3		
CBI Burnout Lavorativo D ≤ 20	1°	178	147	82.6	0.323	0.570
CBI Burnout Lavorativo D > 20		146	124	84.9		
CBI Burnout Pazienti D ≤ 11	1°	171	144	84.2	0.086	0.770
CBI Burnout Pazienti D > 11		153	127	83		
SOC/CSCI D ≤ 28	2°	73	61	83.6	0.074	0.786
SOC/CSCI D > 28		66	54	81.8		

Nell'analisi esplorativa effettuata relativamente agli ultimi due item del questionario, il 29 ed il 30 (tabelle 68 e 69) il campione esaminato è stato quello completo per entrambi gli invii.

Entrando nel merito dell'item 29, cioè di chi è stato testimone o meno AN verso altri colleghi, i rispondenti positivamente sono stati in percentuale maggiormente di sesso maschile, e di età inferiore o uguale ai 45 anni in entrambi gli invii (significatività statistica raggiunta, però, solo nel primo invio). L'anzianità di servizio infermieristica complessiva con la maggior proporzione di rispondenti sì all'item in questione, è stata tra 11 e 15 anni nel primo invio (75.9%) e tra 6 e 10 anni nel secondo (60.9%). Il servizio/reparto

con la maggiore proporzione di testimoni di AN, nel primo invio, è l'Emergenza territoriale I18, mentre nel secondo le differenze non raggiungono la significatività statistica. È quindi l'area critica a detenere le percentuali maggiori di rispondenti affermativamente a questa domanda, anche se nel secondo invio non risultano statisticamente significative le differenze. Esistono, invece, differenze in entrambi gli invii, dell'ordine del 40%, in favore delle vittime di AN, rispetto a chi non lo percepisce, nell'esser anche testimone di AN verso altri colleghi. L'associazione è logicamente ancora più elevata tra l'essere testimoni di AN e al contempo perpetratori. Infine esistono associazioni significative tra l'esser testimoni di AN ed i livelli più elevati di mobbing rilevati con NAQ-R, di burnout rilevato con CBI, e i livelli più bassi di SOC rilevati con CSCI.

**Tabella 68 – Associazioni statistiche relative alla domanda 29 del QuINI v.3 nei 2 invii**

<b>Domanda 29. Negli ultimi 12 mesi, ha avuto modo di assistere ad atteggiamenti negativi (vedi elenco ad inizio pagina) esercitati da suoi colleghi di pari grado e posizione nei confronti di altri colleghi? R. Sì</b>						
<b>Variabile</b>	<b>Invio</b>	<b>Totale</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>p</b>
Maschi	1°	232	176	75.9	11.262	0.001
Femmine		672	429	63.8		
Maschi	2°	119	76	63.9	0.878	0.349
Femmine		324	191	59		
Età D ≤ 45 anni	1°	437	308	70.5	4.832	0.028
Età D > 45 anni		467	397	63.6		
Età D ≤ 45 anni	2°	234	148	63.2	1.836	0.175
Età D > 45 anni		209	119	56.9		
Celibe-Nubile	1°	212	143	67.5	3.996	0.262
Coniugato/a-Convivente		583	381	65.4		
Divorziato/a-Separato/a		98	74	75.5		
Vedovo/a		11	7	63.6		
Celibe-Nubile	2°	120	77	64.2	1.384	0.709
Coniugato/a-Convivente		262	156	59.5		
Divorziato/a-Separato/a		56	31	55.4		
Vedovo/a		5	3	60		
Laurea Magistrale non Inf.ca – No	1°	834	551	66.1	3.579	0.059
Laurea Magistrale non Inf.ca – Sì		70	54	77.1		
Laurea Magistrale non Inf.ca – No	2°	424	256	60.4	0.047	0.829
Laurea Magistrale non Inf.ca – Sì		19	11	57.9		
Scuola regionale per infermieri – No	1°	308	213	69.2	1.051	0.305
Scuola regionale per infermieri – Sì		596	392	65.8		
Scuola regionale per infermieri – No	2°	178	120	67.4	6.344	0.012
Scuola regionale per infermieri – Sì		265	147	55.5		
DU/Laurea Triennale Inf.ca – No	1°	601	393	65.4	1.906	167
DU/Laurea Triennale Inf.ca – Sì		303	212	70		
DU/Laurea Triennale Inf.ca – No	2°	283	161	56.9	3.739	0.053
DU/Laurea Triennale Inf.ca – Sì		160	106	66.2		
Laurea Magistrale Inf.ca – No	1°	823	540	65.6	7.134	0.008
Laurea Magistrale Inf.ca – Sì		81	65	80.2		
Laurea Magistrale Inf.ca – No	2°	398	240	60.3	0.002	0.969

**Domanda 29. Negli ultimi 12 mesi, ha avuto modo di assistere ad atteggiamenti negativi (vedi elenco ad inizio pagina) esercitati da suoi colleghi di pari grado e posizione nei confronti di altri colleghi? R. Sì**

Variabile	Invio	Totale	n.	%	$\chi^2$	p
Laurea Magistrale Inf.ca – Sì		45	27	60		
Master 1° livello Inf.ca – No	1°	646	421	65.2	3.148	0.076
Master 1° livello Inf.ca – Sì		258	184	71.3		
Master 1° livello Inf.ca – No	2°	312	186	59.6	0.189	0.663
Master 1° livello Inf.ca – Sì		131	81	61.8		
Anzianità Inf.ca complessiva 1-5 aa	1°	44	27	61.4	12.256	0.016
Anzianità Inf.ca complessiva 6-10 aa		133	91	68.4		
Anzianità Inf.ca complessiva 11-15 aa		83	63	75.9		
Anzianità Inf.ca complessiva 16-20 aa		173	129	74.6		
Anzianità Inf.ca complessiva >20 aa		471	295	62.6		
Anzianità Inf.ca complessiva <1 aa	2°	1	1	100	11.597	0.041
Anzianità Inf.ca complessiva 1-5 aa		23	14	60.9		
Anzianità Inf.ca complessiva 6-10 aa		71	52	73.2		
Anzianità Inf.ca complessiva 11-15 aa		44	26	59.1		
Anzianità Inf.ca complessiva 16-20 aa		85	57	67.1		
Anzianità Inf.ca complessiva >20 aa		219	117	53.4		
Anzianità nel reparto attuale <1 aa	1°	103	71	68.9	6.297	0.278
Anzianità nel reparto attuale 1-5 aa		204	147	72.1		
Anzianità nel reparto attuale 6-10 aa		202	125	61.9		
Anzianità nel reparto attuale 11-15 aa		194	134	69.1		
Anzianità nel reparto attuale 16-20 aa		91	58	63.7		
Anzianità nel reparto attuale >20 aa		110	70	63.6		
Anzianità nel reparto attuale <1 aa	2°	38	20	52.6	5.848	0.321
Anzianità nel reparto attuale 1-5 aa		117	77	65.8		
Anzianità nel reparto attuale 6-10 aa		117	70	59.8		
Anzianità nel reparto attuale 11-15 aa		73	48	65.8		
Anzianità nel reparto attuale 16-20 aa		50	28	56		
Anzianità nel reparto attuale >20 aa		48	24	50		
AOUC	1°	356	239	67.1	3.458	0.177
Ex ASF		372	258	69.4		
Ex AUSL 7		176	108	61.4		
AOUC	2°	137	85	62	3.037	0.219
Ex ASF		197	124	69.2		
Ex AUSL 7		109	58	53.2		
Contratto a tempo indeterminato	1°	897	599	66.8	1.125	0.289
Contratto a termine		7	6	85.7		
Contratto a tempo indeterminato	2°	439	264	60.1	0.366	0.545
Contratto a termine		4	3	75		
Servizio Emergenza 118	1°	58	50	86.2	34.428	0.016
Pronto Soccorso		83	64	77.1		
Terapia Intensiva		148	104	70.3		
Terapia Sub-Intensiva		37	19	51.4		
Sala Operatoria		37	21	56.8		
Medicina		102	62	60.8		
Chirurgia		53	32	60.4		
Day Hospital		39	23	59		
Servizi di Endoscopia		10	8	80		
Radiodiagnostica/Interventistica		11	8	72.7		
Ambulatorio Territoriale		41	26	63.4		
Ambulatorio Ospedaliero		70	53	75.7		
Psichiatria Territoriale		35	21	60		
Assistenza Domiciliare Integrata		59	37	62.7		
Cure Palliative Territoriali		5	4	80		

**Domanda 29. Negli ultimi 12 mesi, ha avuto modo di assistere ad atteggiamenti negativi (vedi elenco ad inizio pagina) esercitati da suoi colleghi di pari grado e posizione nei confronti di altri colleghi? R. Sì**

Variabile	Invio	Totale	n.	%	$\chi^2$	p
Hospice		9	3	33.3		
Servizio Inf.co/DPF		30	20	66.7		
Formazione Aziendale/Universitaria		11	8	72.7		
Emodialisi		29	19	65.6		
Altro		37	23	62.2		
Servizio Emergenza 118	2°	23	15	65.2	24.719	0.212
Pronto Soccorso		65	42	64.6		
Terapia Intensiva		66	36	54.5		
SPDC		6	2	33.3		
Terapia Sub-Intensiva		9	8	88.9		
Sala Operatoria		22	16	72.7		
Medicina		32	24	75		
Chirurgia		39	21	53.8		
Day Hospital		14	9	64.3		
Servizi di Endoscopia		6	5	83.3		
Radiodiagnostica/Interventistica		8	5	62.5		
Ambulatorio Territoriale		12	7	41.7		
Ambulatorio Ospedaliero		23	15	65.2		
Psichiatria Territoriale		10	5	50		
Assistenza Domiciliare Integrata		33	13	45.5		
Cure Palliative Territoriali		3	3	100		
Hospice		6	4	66.7		
Servizio Inf.co/DPF		27	17	63		
Formazione Aziendale/Universitaria		4	3	75		
Emodialisi		23	13	56.5		
Altro		12	4	33.3		
Area Critica	1°	363	258	71.1	4.718	0.030
Area non Critica		541	347	64.1		
Area Critica	2°	185	117	63.2	1.172	0.279
Area non Critica		258	150	58.1		
Ospedale	1°	628	416	66.2	0.814	0.367
Territorio		198	138	69.7		
Ospedale	2°	319	200	62.7	2.502	0.114
Territorio		81	43	53.1		
N. infermieri del servizio D ≤ 17	1°	449	277	61.7	11.032	0.001
N. infermieri del servizio D > 17		455	328	72.1		
N. infermieri del servizio D ≤ 22	2°	249	138	55.4	5.584	0.018
N. infermieri del servizio D > 22		194	129	66.5		
Infermiere/a Dirigente	1°	8	5	62.5	1.687	0.640
Infermiere/a Coordinatore		104	69	66.3		
Infermiere/a Diurnista		356	247	69.4		
Infermiere/a Turnista		436	284	65.1		
Infermiere/a Dirigente	2°	10	6	60	0.896	0.826
Infermiere/a Coordinatore		53	31	58.5		
Infermiere/a Diurnista		173	109	63		
Infermiere/a Turnista		207	121	58.5		
D.14 vittima di AN da pari nell'anno – No	1°	580	319	55	103.959	<0.0001
D.14 vittima di AN da pari nell'anno – Sì		324	286	88.3		
D.14 vittima di AN da pari nell'anno – No	2°	304	143	47	70.837	<0.0001
D.14 vittima di AN da pari nell'anno – Sì		139	124	89.2		
D30. Perpetratore di AN - No	1°	711	421	59.2	84.489	<0.0001
D30. Perpetratore di AN – Sì		193	184	95.3		
D30. Perpetratore di AN - No	2°	361	192	53.2	40.888	<0.0001

**Domanda 29. Negli ultimi 12 mesi, ha avuto modo di assistere ad atteggiamenti negativi (vedi elenco ad inizio pagina) esercitati da suoi colleghi di pari grado e posizione nei confronti di altri colleghi? R. Sì**

Variabile	Invio	Totale	n.	%	$\chi^2$	p
D30. Perpetratore di AN – Sì		82	75	91.5		
NAQ-R Personal Bullying D ≤ 14	1°	493	259	52.5	101.429	<0.0001
NAQ-R Personal Bullying D > 14		411	346	84.2		
NAQ-R Work Related Bullying D ≤ 7	1°	474	269	56.8	46.596	<0.0001
NAQ-R Work Related Bullying D > 7		430	336	78.1		
CBI Burnout Personale D ≤ 16	1°	468	275	58.8	29.218	<0.0001
CBI Burnout Personale D > 16		436	330	75.7		
CBI Burnout Lavorativo D ≤ 17	1°	481	282	58.6	31.968	<0.0001
CBI Burnout Lavorativo D > 17		423	323	76.4		
CBI Burnout Pazienti D ≤ 11	1°	520	318	61.2	18.418	<0.0001
CBI Burnout Pazienti D > 11		384	287	74.7		
SOC/CSCI D ≤ 32	2°	240	167	69.6	18.968	<0.0001
SOC/CSCI D > 32		203	100	49.3		

Gli autori di AN verso altri colleghi di pari grado sono in proporzione maggiore tra chi possiede una laurea magistrale di tipo non infermieristico, ma anche in scienze infermieristiche ed ostetriche, anche se queste proporzioni si invertono nel secondo invio, dove però non si raggiunge la significatività statistica. Le proporzioni di chi è stato vittima e al contempo è autore di AN, superano di circa il 20% le proporzioni di chi si reputa solo perpetratore. Il divario è chiaramente amplificato nell'associazione perpetratore/testimone di AN verso altri. Anche in questo caso, come nella domanda precedente, le associazioni con i livelli più elevati delle scale di mobbing, burnout, e quelli più bassi della scala di senso di comunità, sono tutte statisticamente significative.

**Tabella 69 – Associazioni statistiche relative alla domanda 30 del QuINI v.3 nei 2 invii**

Variabile	Invio	Totale	n.	%	$\chi^2$	p
Maschi	1°	232	56	24.1	1.445	0.229
Femmine		672	137	20.4		
Maschi	2°	119	26	21.8	1.202	0.273
Femmine		324	56	17.3		
Età D ≤ 45 anni	1°	437	86	19.7	1.405	0.236
Età D > 45 anni		467	107	22.9		
Età D ≤ 45 anni	2°	234	43	18.4	0.006	0.939
Età D > 45 anni		209	39	18.7		
Celibe-Nubile	1°	212	47	22.2	3.142	0.370
Coniugato/a-Convivente		583	117	20.1		
Divorziato/a-Separato/a		98	25	25.5		
Vedovo/a		11	4	36.4		
Celibe-Nubile	2°	120	22	18.3	1.683	0.651
Coniugato/a-Convivente		262	47	17.9		
Divorziato/a-Separato/a		56	11	19.6		
Vedovo/a		5	2	40		

**Domanda 30. Negli ultimi 12 mesi, ritieni di aver assunto uno o più atteggiamenti negativi (vedi elenco ad inizio pagina) nei confronti di suoi colleghi di pari grado e posizione? R. Sì**

Variabile	Invio	Totale	n.	%	$\chi^2$	p
Laurea Magistrale non Inf.ca – No	1°	834	167	20	11.271	0.001
Laurea Magistrale non Inf.ca – Sì		70	26	37.1		
Laurea Magistrale non Inf.ca – No	2°	424	80	18.9	0.839	0.360
Laurea Magistrale non Inf.ca – Sì		19	2	10.5		
Scuola regionale per infermieri – No	1°	308	65	21.1	0.017	0.897
Scuola regionale per infermieri – Sì		596	128	21.5		
Scuola regionale per infermieri – No	2°	178	36	20.2	0.580	0.446
Scuola regionale per infermieri – Sì		265	46	17.4		
DU/Laurea Triennale Inf.ca – No	1°	601	125	20.8	0.324	0.569
DU/Laurea Triennale Inf.ca – Sì		303	68	22.4		
DU/Laurea Triennale Inf.ca – No	2°	283	51	18	0.124	0.725
DU/Laurea Triennale Inf.ca – Sì		160	31	19.4		
Laurea Magistrale Inf.ca – No	1°	823	165	20	9.258	0.002
Laurea Magistrale Inf.ca – Sì		81	28	34.6		
Laurea Magistrale Inf.ca – No	2°	398	75	18.8	0.290	0.590
Laurea Magistrale Inf.ca – Sì		45	7	15.6		
Master 1° livello Inf.ca – No	1°	646	137	21.2	0.027	0.869
Master 1° livello Inf.ca – Sì		258	56	21.7		
Master 1° livello Inf.ca – No	2°	312	55	17.6	0.544	0.461
Master 1° livello Inf.ca – Sì		131	27	20.6		
Anzianità Inf.ca complessiva 1-5 aa	1°	44	9	20.5	4.010	0.405
Anzianità Inf.ca complessiva 6-10 aa		133	24	18		
Anzianità Inf.ca complessiva 11-15 aa		83	16	19.3		
Anzianità Inf.ca complessiva 16-20 aa		173	46	26.6		
Anzianità Inf.ca complessiva >20 aa		471	98	20.8		
Anzianità Inf.ca complessiva <1 aa	2°	1	0	0	3.574	0.616
Anzianità Inf.ca complessiva 1-5 aa		23	4	17.4		
Anzianità Inf.ca complessiva 6-10 aa		71	14	19.7		
Anzianità Inf.ca complessiva 11-15 aa		44	10	22.7		
Anzianità Inf.ca complessiva 16-20 aa		85	20	23.5		
Anzianità Inf.ca complessiva >20 aa	219	34	15.5			
Anzianità nel reparto attuale <1 aa	1°	103	17	16.5	8.460	0.133
Anzianità nel reparto attuale 1-5 aa		204	39	19.1		
Anzianità nel reparto attuale 6-10 aa		202	40	19.8		
Anzianità nel reparto attuale 11-15 aa		194	52	26.8		
Anzianità nel reparto attuale 16-20 aa		91	25	27.5		
Anzianità nel reparto attuale >20 aa	110	20	18.2			
Anzianità nel reparto attuale <1 aa	2°	38	5	13.2	1.029	0.960
Anzianità nel reparto attuale 1-5 aa		117	21	17.9		
Anzianità nel reparto attuale 6-10 aa		117	22	18.8		
Anzianità nel reparto attuale 11-15 aa		73	15	20.5		
Anzianità nel reparto attuale 16-20 aa		50	10	20		
Anzianità nel reparto attuale >20 aa	58	9	18.8			
AOUC	1°	356	76	21.3	0.239	0.864
Ex ASF		372	77	20.7		
Ex AUSL 7		176	40	22.7		
AOUC	2°	137	29	21.2	4.468	0.107
Ex ASF		197	28	14.2		
Ex AUSL 7		109	25	22.9		
Contratto a tempo indeterminato	1°	897	193	21.5	1.915	0.166
Contratto a termine		7	0	0		
Contratto a tempo indeterminato	2°	439	82	18.7	0.917	0.338
Contratto a termine		4	0	0		
Servizio Emergenza I18	1°	58	12	20.7	22.275	0.271

**Domanda 30. Negli ultimi 12 mesi, ritiene di aver assunto uno o più atteggiamenti negativi (vedi elenco ad inizio pagina) nei confronti di suoi colleghi di pari grado e posizione? R. Si**

Variabile	Invio	Totale	n.	%	$\chi^2$	p
Pronto Soccorso		83	17	20.5		
Terapia Intensiva		148	31	20.9		
Terapia Sub-Intensiva		37	6	16.2		
Sala Operatoria		37	5	13.5		
Medicina		102	15	14.7		
Chirurgia		53	9	17		
Day Hospital		39	8	20.5		
Servizi di Endoscopia		10	5	50		
Radiodiagnostica/Interventistica		11	2	18.2		
Ambulatorio Territoriale		41	8	19.5		
Ambulatorio Ospedaliero		70	18	25.7		
Psichiatria Territoriale		35	8	22.9		
Assistenza Domiciliare Integrata		59	14	23.7		
Cure Palliative Territoriali		5	3	60		
Hospice		9	2	22.2		
Servizio Inf.co/DPF		30	9	30		
Formazione Aziendale/Universitaria		11	3	27.3		
Emodialisi		29	11	37.9		
Altro		37	7	18.9		
Servizio Emergenza 118	2°	23	4	17.4	17.381	0.628
Pronto Soccorso		65	13	20		
Terapia Intensiva		66	7	10.6		
SPDC		6	0	0		
Terapia Sub-Intensiva		9	1	11.1		
Sala Operatoria		22	7	31.8		
Medicina		32	7	21.9		
Chirurgia		39	5	12.8		
Day Hospital		14	3	21.4		
Servizi di Endoscopia		6	3	33.3		
Radiodiagnostica/Interventistica		8	2	25		
Ambulatorio Territoriale		12	1	8.3		
Ambulatorio Ospedaliero		23	5	21.7		
Psichiatria Territoriale		10	0	0		
Assistenza Domiciliare Integrata		33	10	30.3		
Cure Palliative Territoriali		3	1	33.3		
Hospice		6	1	16.7		
Servizio Inf.co/DPF		27	4	14.8		
Formazione Aziendale/Universitaria		4	1	25		
Emodialisi		23	6	26.1		
Altro		12	2	16.7		
Area Critica	1°	363	71	19.6	1.158	0.282
Area non Critica		541	122	22.6		
Area Critica	2°	185	32	17.3	0.310	0.578
Area non Critica		258	50	19.4		
Ospedale	1°	628	129	28.5	0.433	0.511
Territorio		198	45	22.7		
Ospedale	2°	319	59	18.5	0.067	0.796
Territorio		81	16	19.8		
N. infermieri del servizio D ≤ 17	1°	449	97	21.6	0.34	0.853
N. infermieri del servizio D > 17		455	96	21.1		
N. infermieri del servizio D ≤ 22	2°	249	44	17.7	0.266	0.606
N. infermieri del servizio D > 22		194	38	19.6		
Infermiere/a Dirigente	1°	8	1	12.5	2.372	0.499
Infermiere/a Coordinatore		104	23	22.1		

<b>Domanda 30. Negli ultimi 12 mesi, ritieni di aver assunto uno o più atteggiamenti negativi (vedi elenco ad inizio pagina) nei confronti di suoi colleghi di pari grado e posizione? R. Sì</b>						
<b>Variabile</b>	<b>Invio</b>	<b>Totale</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>	$\chi^2$	<b>p</b>
Infermiere/a Diurnista		356	84	23.6		
Infermiere/a Turnista		436	85	19.5		
Infermiere/a Dirigente	2°	10	1	10	1.443	0.695
Infermiere/a Coordinatore		53	10	18.9		
Infermiere/a Diurnista		173	36	20.8		
Infermiere/a Turnista		207	35	16.9		
D.14 vittima di AN da pari nell'anno – No	1°	580	88	13.2	36.774	<0.0001
D.14 vittima di AN da pari nell'anno – Sì		324	105	32.4		
D.14 vittima di AN da pari nell'anno – No	2°	304	33	10.9	37.368	<0.0001
D.14 vittima di AN da pari nell'anno – Sì		139	49	35.3		
D29. Testimone di AN verso altri – No	1°	299	9	3	89.489	<0.0001
D29. Testimone di AN verso altri – Sì		605	184	30.4		
D29. Testimone di AN verso altri – No	2°	176	7	4	40.888	<0.0001
D29. Testimone di AN verso altri – Sì		267	75	28.1		
NAQ-R Personal Bullying D ≤ 14	1°	493	69	14	34.921	<0.0001
NAQ-R Personal Bullying D > 14		411	124	30.2		
NAQ-R Work Related Bullying D ≤ 7	1°	474	71	15	24.086	<0.0001
NAQ-R Work Related Bullying D > 7		430	122	28.4		
CBI Burnout Personale D ≤ 16	1°	468	65	13.9	32.166	<0.0001
CBI Burnout Personale D > 16		436	128	29.4		
CBI Burnout Lavorativo D ≤ 17	1°	481	77	16	17.465	<0.0001
CBI Burnout Lavorativo D > 17		423	116	27.4		
CBI Burnout Pazienti D ≤ 11	1°	520	99	19	3.894	0.048
CBI Burnout Pazienti D > 11		384	94	24.5		
SOC/CSCI D ≤ 32	2°	240	61	25.4	16.562	<0.0001
SOC/CSCI D > 32		203	21	10.3		

## 9.11 Analisi esplorativa delle scale NAQ-R, CBI, e SOC/CSCI

Per quanto riguarda le differenze i criteri esterni utilizzati nella valida, l'analisi tra i 2 sottogruppi di rispondenti individuati dalla domanda n. 14, cioè quella relativa all'aver subito o meno AN tra colleghi pari grado, la differenza tra le mediane ha dato origine ai risultati riportati in tabella 70.

**Tabella 70 –Valori mediani di NAQ-R, CBI, e SOC/CSCI rispetto ai rispondenti positivi e negativi alla D14 del QuINI v.3**

<b>Criterio esterno</b>	<b>Media</b>	<b>DS</b>	<b>Mediana</b>	<b>IQR</b>	<b>Range</b>	<b>Mann Whitney U test</b>	<b>p</b>
NAQ-R Personal Bullying D14-NO	14.05	±2.85	13	12-15	12-35	37180	<0.0001
NAQ-R Personal Bullying D14-SI	18.84	±6.59	17	14-21	12-56		
NAQ-R Work Related Bullying D14-NO	7.69	±2.58	7	6-9	5-22	77950.5	<0.0001
NAQ-R Work Related Bullying D14-SI	8.82	±3.61	8	6-11	5-25		
CBI Burnout Personale D14-NO	15.18	±4.78	15	11.5-19	6-30	64126.5	<0.0001

Critério esterno	Media	DS	Mediana	IQR	Range	Mann Whitney U test	p
CBI Burnout Personale D14-SI	17.99	±5.13	18	15-22	6-30		
CBI Burnout Lavorativo D14-NO	16.57	±5.37	16	12-20	34-27	65146.5	<0.0001
CBI Burnout Lavorativo D14-SI	19.65	±5.92	20	15-24	8-35		
CBI Burnout Pazienti D D14-NO	11.45	±4.74	10	6-30	8-14	86334.5	0.042
CBI Burnout Pazienti D14-SI	12.26	±5.26	11	6-30	8-16		
SOC/CSCI D14-NO	33.25	±5.47	34	30-37	16-49	10828.5	<0.0001
SOC/CSCI D14-SI	28.16	±5.52	28	25-32	15-46		

## 9.12 Analisi multivariata su items critici del QuINI v.3, sul CBI e sulla SOC/CSCI

Considerando la proporzione dei rispondenti ai 2 invii dei questionari, è stata condotta una analisi mediante regressione logistica, esclusivamente volta ad alcuni items del QuINI, per esplorare la presenza di alcuni fattori di rischio circa il verificarsi di interazioni negative tra colleghi (D14), di bullismo/mobbing orizzontale (D18), di richiesta di cambio di servizio di allocazione (D20), di presenza di sintomi/disturbi psicofisici (D23), e anche dell'essere perpetratori di interazioni negative (D30). Infine, sono stati esplorati anche i fattori di rischio per il burnout personale, lavorativo, e dei pazienti, e per il senso di appartenenza alla comunità.

Per quanto riguarda l'esecuzione della regressione logistica, eseguita con metodo backward logistic regression, la variabile dipendente quando continua come nel caso delle sottoscale del CBI e della SOC/CSCI, è stata utilizzata in versione dicotomizzata sulla base dei valori mediani, naturalmente su tutto il campione studiato. Analogamente sia la regressione logistica eseguita sulla D14 e sulla D30 è stata condotta su tutto il campione studiato in ogni singolo invio, mentre quella eseguita sugli items 18, 20 e 23, è stata condotta sul sottocampione di rispondenti positivamente alla D14, cioè ai target di atteggiamenti negativi da parte dei colleghi.

Nei modelli di regressione logistica, sono stati inserite le variabili che risultavano statisticamente significative durante l'analisi esplorativa bivariata. In aggiunta, però, si sono inserite, ogni volta, anche alcune variabili demografiche che in letteratura sembrano molto frequentemente esser presenti anche come fattori associati ai fenomeni indagati, a prescindere dall'essere risultate significative nello studio QuINI. Le variabili, nello

specifico sono: età, sesso, stato civile, ruolo, anzianità di servizio complessiva come infermiere, anzianità di servizio nel reparto/servizio di allocazione, area di attività clinica (critica/noncritica), e presidio di attività (ospedale/territorio). Questo perché essendo il QulNI un questionario multidimensionale, non si è, in questa fase, in grado di escludere completamente e con certezza, la presenza di alcune interazioni tra variabili che potrebbe esercitare l'influenza sul verificarsi o meno delle variabili di outcome in oggetto. Per quanto riguarda il ruolo, sono stati volontariamente esclusi dall'analisi i casi relativi agli infermieri dirigenti a causa della scarsissima numerosità del campione (10 in entrambi gli invii), determinando valori fuori range nell'output. Lo stesso è stato fatto per la categoria dei vedovi/e all'interno della variabile stato civile (11 casi nel primo invio), quando l'outcome stabilito è stato la domanda 23 al 1° invio.

Per quanto riguarda le variabili di predizione del subire AN da parte di colleghi infermieri, dalla regressione logistica effettuata sui dati del primo invio (tabella 71) emerge che l'essere infermiere diurnista aumenta di quasi 3 volte rispetto alla categoria di riferimento, cioè quella dei coordinatori, la possibilità di essere oggetto di AN. Inoltre l'essere testimoni di AN si associa ad un rischio 5 volte superiore di esserne esposto, e questo chiaramente è spiegabile, dal momento che molti dei target di AN sono in grado di riconoscerli anche quando li subiscono gli altri. Anche l'essere autore di AN verso altri, e il possedere un titolo universitario infermieristico di base costituiscono fattori di rischio significativi per l'esserne oggetto. Mentre il burnout lavorativo espone al rischio di subire AN, il burnout pazienti, addirittura sembra costituire un fattore protettivo, anche se, in entrambi i casi, il valore di OR è molto vicino a quello di 1 (assenza di effetto). Il secondo invio (tabella 72) conferma l'esser testimone e l'esser perpetratore come importanti fattori di rischio, ed emerge l'appartenenza al sesso maschile come fattore protettivo dagli AN. Da questo dataset, si rileva anche che chi è in possesso di laurea magistrale in scienze infermieristiche è esposto ad un rischio oltre 3 volte maggiore di subire questo fenomeno.

**Tabella 71 – Variabili predittive del verificarsi di atteggiamenti negativi al primo invio del QuINI v.3**

<b>Modello</b>								
<b>Passo</b>	$\chi^2$	<b>df</b>	<b>p</b>	<b>R<sup>2</sup> di Nagelkerke</b>		<b>% di casi classificati correttamente</b>		
10	168.874	7	<0.0001	0.256		72		
<b>Variabili nell'equazione</b>								
<b>Variabile</b>	<b>B</b>	<b>ES</b>	<b>Wald</b>	<b>df</b>	<b>p</b>	<b>Exp(B)</b>	<b>IC95%</b>	
D6 DU/laurea triennale Inf.ca	0.395	0.174	5.183	1	0.023	1.484	1.056-2.086	
D13 Turnista	0.639	0.357	3.191	1	0.074	1.894	0.940-3.816	
D13 Diurnista	1.041	0.357	8.481	1	0.004	2.831	1.405-5.702	
D29 Testimone di AN	1.642	0.218	56.684	1	<0.0001	5.165	3.369-7.920	
D30 Perpetratore di AN	0.546	0.192	8.113	1	0.004	1.726	1.186-2.513	
CBI Lavorativo	0.102	0.018	31.296	1	<0.0001	1.107	1.068-1.147	
CBI Pazienti	-0.062	0.021	9.000	1	0.003	0.939	0.902-0.979	

**Tabella 72 – Variabili predittive del verificarsi di atteggiamenti negativi al secondo invio del QuINI v.3**

<b>Modello</b>								
<b>Passo</b>	$\chi^2$	<b>df</b>	<b>p</b>	<b>R<sup>2</sup> di Nagelkerke</b>		<b>% di casi classificati correttamente</b>		
6	151.897	9	<0.0001	0.466		78.3		
<b>Variabili nell'equazione</b>								
<b>Variabile</b>	<b>B</b>	<b>ES</b>	<b>Wald</b>	<b>df</b>	<b>p</b>	<b>Exp(B)</b>	<b>IC95%</b>	
Sesso (maschio/femmina)	-0.750	0.330	5.152	1	0.023	0.472	0.247-0.903	
Età	-0.056	0.031	3.297	1	0.069	0.946	0.891-1.004	
D6 Laurea magistrale Inf.ca	1.309	0.531	6.074	1	0.014	3.704	1.307-10.493	
Anzianità servizio complessiva	0.313	0.189	2.741	1	0.098	1.368	0.944-1.982	
D13 Turnista	-0.054	0.538	0.010	1	0.921	0.948	0.330-2.720	
D13 Diurnista	0.622	0.511	1.478	1	0.224	1.862	0.683-5.075	
D29 Testimone di AN	2.068	0.357	33.614	1	<0.0001	7.909	3.931-15.913	
D30 Perpetratore di AN	0.944	0.323	8.549	1	0.003	2.570	1.365-4.843	
SOC/CSCI	-0.153	0.026	35.153	1	<0.0001	0.858	0.815-0.902	

All'interno del sottocampione dei rispondenti positivamente all'item 14, ci sono quelli che hanno asserito di essere vittime di HB/HM. La regressione logistica eseguita sulle risposte fornite nel primo invio (tabella 73), mostra una varianza spiegata del 46.3%, ed ha messo in rilievo come fattori di rischio il lavorare sul territorio, l'intensità degli atteggiamenti subiti, e l'esserne ancora oggetto al momento della compilazione del questionario triplica il rischio. Dal modello eseguito sul secondo invio, con varianza spiegata del 55.8%, emerge che il possedere una laurea non infermieristica e lavorare in area critica costituiscono fattori protettivi nei confronti del verificarsi del fenomeno. Mentre l'aver conseguito una laurea magistrale in scienze infermieristiche aumenta di 3 volte la possibilità di esposizione al HB/HM (tabella 74).

**Tabella 73 – Variabili predittive del verificarsi di bullying/mobbing orizzontale al primo invio del QuNI v.3**

<b>Modello</b>							
Passo	$\chi^2$	df	p	R <sup>2</sup> di Nagelkerke	% di casi classificati correttamente		
16	121.826	10	<0.0001	0.463	78.2		
<b>Variabili nell'equazione</b>							
Variabile	B	ES	Wald	df	p	Exp(B)	IC95%
Sesso (maschio/femmina)	0.594	0.353	2.837	1	0.092	1.812	0.907-3.618
Area critica/Area non critica	-0.692	0.368	3.543	1	0.060	0.501	0.243-1.029
Ospedale/Territorio	-0.741	0.371	3.990	1	0.046	0.477	0.230-0.986
D13 Turnista	-0.727	0.819	0.788	1	0.375	0.483	0.097-2.406
D13 Diurnista	0.105	0.795	0.017	1	0.895	1.111	0.234-5.271
D15 un solo autore di AN	0.505	0.270	3.486	1	0.062	1.656	0.975-2.813
D17 Intensità degli AN	0.344	0.071	23.676	1	<0.0001	1.410	1.228-1.620
D19 Ad oggi oggetto di AN	1.275	0.322	15.651	1	<0.0001	3.578	1.903-6.729
D23 Disturbi psicofisici	1.020	0.322	10.026	1	0.002	2.772	1.475-5.210
D26 Esternazione degli AN	0.800	0.458	3.050	1	0.081	2.226	0.907-5.466

**Tabella 74 – Variabili predittive del verificarsi di bullying/mobbing orizzontale al secondo invio del QuNI v.3**

<b>Modello</b>							
Passo	$\chi^2$	df	p	R <sup>2</sup> di Nagelkerke	% di casi classificati correttamente		
19	68.222	7	<0.0001	0.558	80.2		
<b>Variabili nell'equazione</b>							
Variabile	B	ES	Wald	df	p	Exp(B)	IC95%
D5 Laurea magistrale non inf.ca	-3.408	1.359	6.292	1	0.012	0.033	0.002-0.475
D6 Laurea magistrale Inf.ca	1.184	0.560	4.480	1	0.034	3.269	1.092-9.788
Area critica/Area non critica	-1.052	0.507	4.316	1	0.038	0.349	0.129-0.942
D15 Quota di autori di AN	0.902	0.471	3.665	1	0.056	2.464	0.979-6.205
D17 Intensità degli AN	0.570	0.130	19.167	1	<0.0001	1.769	1.370-2.283
D20 Richiesta di cambio UO	1.233	0.636	3.760	1	0.052	3.432	0.987-11.934
D28 Influenza di AN su sicurezza	0.198	0.098	4.077	1	0.043	1.219	1.006-1.478

L'intensità dell'impatto sulla salute esercitato dai disturbi psico-fisici associati agli AN, così come l'aver già cambiato servizio nell'anno precedente espone alla possibilità di farne richiesta. In realtà questa seconda variabile predittiva che presenta un OR molto alto (11.433) potrebbe esser frutto di sovrapposizioni tra l'aver richiesto ed effettivamente ottenuto un cambio di servizio di allocazione (tabella 75). Dal modello di regressione logistica eseguito sui dati del secondo invio si rileva anche una probabilità 3.5 volte superiore di aver richiesto il cambio di allocazione in presenza di HB/HM, e addirittura di oltre 5 volte superiore in chi ha pensato di abbandonare la professione infermieristica a causa degli AN subiti (tabella 76).

**Tabella 75 – Variabili predittive del verificarsi di richieste di cambio del servizio di allocazione al primo invio del QuINI v.3**

<b>Modello</b>							
<b>Passo</b>	$\chi^2$	<b>df</b>	<b>p</b>	<b>R<sup>2</sup> di Nagelkerke</b>	<b>% di casi classificati correttamente</b>		
18	68.165	5	<0.0001	0.340	84.4		
<b>Variabili nell'equazione</b>							
<b>Variabile</b>	<b>B</b>	<b>ES</b>	<b>Wald</b>	<b>df</b>	<b>p</b>	<b>Exp(B)</b>	<b>IC95%</b>
D12 N. di infermieri in UO	-0.014	0.009	2.344	1	0.126	0.986	0.968-1.004
D13 Turnista	1.352	1.306	1.072	1	0.300	3.866	0.299-50.001
D13 Diurnista	1.955	1.285	2.314	1	0.128	7.064	0.569-87.703
D21 Cambiata UO nell'anno	2.437	0.568	18.393	1	<0.0001	11.433	3.755-34.815
D25 Impatto sulla salute	0.246	0.056	19.150	1	<0.0001	1.278	1.145-1.427

**Tabella 76 – Variabili predittive del verificarsi di richieste di cambio del servizio di allocazione al secondo invio del QuINI v.3**

<b>Modello</b>							
<b>Passo</b>	$\chi^2$	<b>df</b>	<b>p</b>	<b>R<sup>2</sup> di Nagelkerke</b>	<b>% di casi classificati correttamente</b>		
19	40.580	4	<0.0001	0.431	84.9		
<b>Variabili nell'equazione</b>							
<b>Variabile</b>	<b>B</b>	<b>ES</b>	<b>Wald</b>	<b>df</b>	<b>p</b>	<b>Exp(B)</b>	<b>IC95%</b>
D18 Bullying/Mobbing laterale	1.269	0.626	4.111	1	0.043	3.558	1.043-12.137
D21 Cambiata UO nell'anno	2.209	1.011	4.777	1	0.029	9.106	1.256-66.017
D22 Pensiero di lasciare l'Inf.ca	1.666	0.609	7.492	1	0.006	5.291	1.605-17.443
D25 Impatto sulla salute	0.170	0.096	3.152	1	0.076	1.186	0.982-1.431

Per quanto riguarda, invece il verificarsi di sintomi e disturbi associati agli AN, le variabili predittive rilevate dai dati del primo invio del QuINI v.3 e dei criteri esterni sono il HB/HM, e l'aver richiesto nei 12 mesi precedenti il cambio di servizio di allocazione. Anche il burnout lavorativo sembra essere predittivo per lo sviluppo di sintomi e disturbi associati agli AN, mentre la condizione di vita di coppia risulta un fattore protettivo, tanto da ridurre di 2/3 il rischio, rispetto alla categoria di riferimento del vedovato (tabella 77). Dal secondo invio, emerge, invece anche l'intensità degli AN subiti come fattore di predizione per lo sviluppo di sintomi e disturbi, e chi ha formulato il desiderio di abbandonare la professione infermieristica ha un rischio 21 volte maggiore rispetto a chi non l'ha pensato, di sviluppare sintomi e disturbi percepiti come correlati agli AN (tabella 78).

**Tabella 77 – Variabili predittive del verificarsi di sintomi e disturbi associati ad atteggiamenti negativi al primo invio del QuINI v.3**

<b>Modello</b>							
Passo	$\chi^2$	df	p	R <sup>2</sup> di Nagelkerke	% di casi classificati correttamente		
13	66.566	6	<0.0001	0.279	68.9		
<b>Variabili nell'equazione</b>							
Variabile	B	ES	Wald	df	p	Exp(B)	IC95%
Celibe/Nubile	-0.409	0.520	0.618	1	0.432	0.664	0.240-1.841
Coniugato/Convivente	-0.984	0.480	4.206	1	0.040	0.374	0.146-0.957
D18 Bullying/Mobbing laterale	0.952	0.287	10.990	1	0.001	2.591	1.476-4.458
D20 Richiesta di cambio UO	1.449	0.450	10.368	1	0.001	4.259	1.763-10.291
D22 Pensiero di lasciare l'Inf.ca	0.755	0.402	3.520	1	0.061	2.128	0.967-4.682
CBI Lavorativo	0.074	0.025	8.419	1	0.004	1.076	1.024-1.131

**Tabella 78 – Variabili predittive del verificarsi di sintomi e disturbi associati ad atteggiamenti negativi al secondo invio del QuINI v.3**

<b>Modello</b>							
Passo	$\chi^2$	df	p	R <sup>2</sup> di Nagelkerke	% di casi classificati correttamente		
13	47.312	4	<0.0001	0.426	77.8		
<b>Variabili nell'equazione</b>							
Variabile	B	ES	Wald	df	p	Exp(B)	IC95%
D13 Turnista	0.089	0.890	0.010	1	0.920	1.093	0.191-6.256
D13 Diurnista	-0.980	0.897	1.195	1	0.274	0.375	0.065-2.175
Area critica/Area non critica	-0.941	0.495	3.611	1	0.057	0.390	0.148-1.030
D17 Intensità degli AN	0.466	0.111	17.480	1	<0.0001	1.594	1.281-1.983
D22 Pensiero di lasciare l'Inf.ca	3.048	1.102	7.650	1	0.006	21.079	2.431-182.786

L'essere autore di AN vede, invece, come fattori di predittivi il possedere una laurea quinquennale, ma non di infermieristica, l'essere più anziano nel servizio di allocazione attuale, l'essere vittima di AN (OR 1.6), l'esserne testimone di quelli perpetrati verso terzi, e il burnout personale (tabella 79). L'età e l'essere e testimone di AN sono i fattori di rischio emersi anche dalla regressione logistica effettuata sul dataset del secondo invio (tabella 80).

**Tabella 79 – Variabili predittive sull'essere perpetratore di atteggiamenti negativi al primo invio del QuINI v.3**

<b>Modello</b>							
Passo	$\chi^2$	df	p	R <sup>2</sup> di Nagelkerke	% di casi classificati correttamente		
12	124.592	5	<0.0001	0.219	78.9		
<b>Variabili nell'equazione</b>							
Variabile	B	ES	Wald	df	p	Exp(B)	IC95%
D5 Laurea magistrale non Inf.ca	0.802	0.336	5.690	1	0.017	2.230	1.154-4.310
Anzianità UO attuale	0.129	0.061	4.400	1	0.036	1.137	1.008-1.283
D14 Vittima di AN	0.487	0.190	6.536	1	0.011	1.627	1.120-2.363
D29 Testimone di AN	2.236	0.360	38.579	1	<0.0001	9.356	4.620-18.947
CBI Personale	0.052	0.018	7.891	1	0.005	1.053	1.016-1.092

**Tabella 80 – Variabili predittive sull’essere perpetratore di atteggiamenti negativi al secondo invio del QuINI v.3**

<b>Modello</b>							
<b>Passo</b>	$\chi^2$	<b>df</b>	<b>p</b>	<b>R<sup>2</sup> di Nagelkerke</b>	<b>% di casi classificati correttamente</b>		
11	58.949	5	<0.0001	0.224	82.1		
<b>Variabili nell’equazione</b>							
<b>Variabile</b>	<b>B</b>	<b>ES</b>	<b>Wald</b>	<b>df</b>	<b>p</b>	<b>Exp(B)</b>	<b>IC95%</b>
Età	0.062	0.029	4.526	1	0.033	1.064	1.005-1.126
Anzianità servizio complessiva	-0.355	0.187	3.610	1	0.057	0.702	0.487-1.011
D14 Vittima di AN	0.672	0.359	3.509	1	0.061	1.958	0.969-3.957
D18 Bullying/Mobbing laterale	0.676	0.389	3.014	1	0.083	1.965	0.917-4.213
D29 Testimone di AN	1.699	0.435	15.284	1	<0.0001	5.469	2.333-12.819

Pur nella consapevolezza che il burnout non è stato l’oggetto dello studio QuINI, e che pertanto, non si ha la pretesa di individuarne variabili di rischio in modo sistematico, la regressione logistica effettuata sulle risposte del primo invio è servita ad esplorare quali variabili legate anche al fenomeno delle WI, HH/HV e HB/HM, siano in condizioni di rappresentare un rischio per lo sviluppo di questa sindrome.

Per quanto riguarda il burnout personale, le variabili di rischio sono l’essere femmina, single, il lavorare in ospedale, il pensiero di lasciare la professione infermieristica, il livello di impatto sulla salute percepito nei confronti dei sintomi e disturbi, e l’esser testimone e perpetratore di AN. Invece, la presenza di disturbi psicofisici correlati ad AN, sembra essere di per sé un fattore protettivo nei confronti della esposizione a valori sopra la mediana della scala di CBI Personale (tabella 81).

Il burnout lavorativo, vede come fattori di rischio l’esser femmina, l’aver conseguito un master infermieristico di 1° livello, l’anzianità di servizio nel reparto di allocazione attuale, lavorare in strutture ospedaliere, il pensiero di lasciare la professione, l’impatto percepito sulla salute dei sintomi e disturbi accusati, l’esser testimone di AN e la percezione dell’influenza di questi sulla sicurezza dei pazienti. Esternare ad altri la propria esperienza di AN subiti, rappresenta un fattore protettivo (tabella 82).

Il burnout indotto dai pazienti ha come variabili di rischio l’anzianità di servizio nel reparto allocazione attuale, il percepire l’influenza degli AN sulla sicurezza dei pazienti, e l’impatto sulla propria salute dei disturbi psicofisici, oltre all’esser testimoni di abusi verso terzi. L’infermiere turnista ha 2.5 volte la possibilità di sviluppare punteggi di CBI pazienti superiori ai valori mediani rispetto ai coordinatori. Mentre i fattori protettivi che emergono sono: l’aver esternato ad altri la propria condizione di vittima di AN sul luogo di lavoro da parte di colleghi pari grado (dimezzamento del rischio) (tabella 83).

**Tabella 81 – Variabili predittive del burnout personale (CBI Personale) al primo invio del QuINI v.3**

<b>Modello</b>								
Passo	$\chi^2$	df	p	R <sup>2</sup> di Nagelkerke	% di casi classificati correttamente			
16	153.803	12	<0.0001	0.228	66.9			
<b>Variabili nell'equazione</b>								
Variabile	B	ES	Wald	df	p	Exp(B)	IC95%	
Sesso (M/F)	-0.849	0.184	21.247	1	<0.0001	0.428	0.298-0.614	
Celibe/Nubile	-1.247	0.787	2.512	1	0.113	0.287	0.061-1.343	
Coniugato/Convivente	-0.829	0.775	1.145	1	0.285	0.436	0.095-1.994	
Separato/Divorziato	-0.877	0.805	1.188	1	0.276	0.416	0.086-2.014	
Ospedale/Territorio	0.569	0.186	9.316	1	0.002	1.766	1.226-2.545	
D21 Cambiata UO nell'anno	-1.041	0.603	2.977	1	0.084	0.353	0.108-1.152	
D22 Pensiero di lasciare l'Inf.ca	1.270	0.443	8.210	1	0.004	3.561	1.494-8.488	
D23 Disturbi psicofisici	-1.262	0.484	6.790	1	0.009	0.283	0.110-0.731	
D25 Impatto sulla salute	0.405	0.102	15.789	1	<0.0001	1.499	1.228-1.830	
D28 Influenza di AN su sicurezza	0.106	0.059	3.279	1	0.070	1.112	0.991-1.247	
D29 Testimone di AN	0.405	0.176	5.286	1	0.021	1.499	1.062-2.117	
D30 Perpetratore di AN	0.886	0.205	18.647	1	<0.0001	2.425	1.622-3.626	

**Tabella 82 – Variabili predittive del burnout lavorativo (CBI Lavorativo) al primo invio del QuINI v.3**

<b>Modello</b>								
Passo	$\chi^2$	df	p	R <sup>2</sup> di Nagelkerke	% di casi classificati correttamente			
16	137.863	10	<0.0001	0.207	65			
<b>Variabili nell'equazione</b>								
Variabile	B	ES	Wald	df	p	Exp(B)	IC95%	
Sesso (M/F)	-0.374	0.180	4.304	1	0.038	0.688	0.483-0.980	
D6 Master I° livello Inf.co	0.368	0.175	4.406	1	0.036	1.444	1.025-2.036	
Anzianità UO attuale	0.139	0.053	6.976	1	0.008	1.149	1.036-1.273	
Ospedale/Territorio	0.564	0.186	9.225	1	0.002	1.757	1.221-2.528	
D22 Pensiero di lasciare l'Inf.ca	1.751	0.476	13.535	1	<0.0001	5.759	2.266-14.637	
D25 Impatto sulla salute	0.190	0.051	14.007	1	<0.0001	1.209	1.095-1.335	
D26 Esternazione degli AN	-0.482	0.227	4.497	1	0.034	0.618	0.396-0.964	
D28 Influenza sulla sicurezza pz.	0.179	0.061	8.543	1	0.003	1.196	1.061-1.349	
D29 Testimone di AN	0.454	0.177	6.540	1	0.011	1.574	1.112-2.229	
D30 Perpetratore di AN	0.458	0.199	5.270	1	0.022	1.580	1.069-2.336	

**Tabella 83 – Variabili predittive del burnout pazienti (CBI Pazienti) al primo invio del QuINI v.3**

<b>Modello</b>								
Passo	$\chi^2$	df	p	R <sup>2</sup> di Nagelkerke	% di casi classificati correttamente			
20	60.241	7	<0.0001	0.095	60.3			
<b>Variabili nell'equazione</b>								
Variabile	B	ES	Wald	df	p	Exp(B)	IC95%	
Anzianità UO attuale	0.168	0.050	11.379	1	0.001	1.183	1.073-1.303	
D13 Turnista	0.888	0.314	8.018	1	0.005	2.431	1.315-4.497	
D13 Diurnista	0.740	0.319	5.394	1	0.020	2.095	1.122-3.912	
D25 Impatto sulla salute	0.122	0.042	8.535	1	0.003	1.130	1.041-1.226	
D26 Esternazione degli AN	-0.600	0.214	7.865	1	0.005	0.549	0.361-0.835	
D28 Influenza sulla sicurezza pz.	0.172	0.054	10.360	1	0.001	1.188	1.070-1.320	
D29 Testimone di AN	0.511	0.167	9.375	1	0.002	1.667	1.202-2.313	

Infine si è esplorato anche i fattori che potessero in qualche modo influenzare il senso di comunità. La regressione logistica effettuata sul dataset del secondo invio non ha messo in evidenza alcun fattore predittivo per la SOC/CSCI che abbia significatività statistica, ad eccezione dei valori ai limiti (tabella 84). L'unica variabile vicino la significatività statistica è data dalla condizione di attore di AN che dimezza la possibilità di sviluppare punteggi sopra la mediana in termini di senso di comunità infermieristica (SOC/CSCI).

**Tabella 84 – Variabili predittive del senso di comunità al secondo invio del QuINI v.3**

<b>Modello</b>							
<b>Passo</b>	$\chi^2$	<b>df</b>	<b>p</b>	<b>R<sup>2</sup> di Nagelkerke</b>	<b>% di casi classificati correttamente</b>		
24	64.288	5	<0.0001	0.200	66.7		
<b>Variabili nell'equazione</b>							
<b>Variabile</b>	<b>B</b>	<b>ES</b>	<b>Wald</b>	<b>df</b>	<b>p</b>	<b>Exp(B)</b>	<b>IC95%</b>
Sesso (M/F)	-0.464	0.251	3.408	1	0.065	0.629	0.384-1.029
Anzianità UO	0.137	0.077	3.189	1	0.074	1.147	0.987-1.334
D15 Quota di autori di AN	-0.439	0.243	3.251	1	0.071	0.645	0.400-1.039
D17 Intensità degli AN	-0.156	0.089	3.083	1	0.079	0.856	0.719-1.018
D30 Perpetratore di AN	-0.603	0.317	3.614	1	0.057	0.547	0.294-1.019

## **10. Discussione**

La discussione delle varie fasi del presente progetto di ricerca, si articola nei paragrafi di qui a seguito, sulla base degli studi condotti.

### **10.1 Discussione della validazione di contenuto e di facciata**

La costruzione del QuINI v.3 è stata condotta con l'obiettivo di gettare le basi più solide possibili rispetto al costrutto da misurare, mediante la costituzione di un panel di esperti che potesse esaminare gli item e sub-item, eliminandone le non rilevanze e le ridondanze. La valutazione di rilevanza, assieme alla possibilità di fornire commenti liberi, ha permesso, nell'arco di 2 somministrazioni, di ottenere la versione attuale del questionario (QuINI v.3), che poi è andato incontro ai 2 studi di validazione di costrutto e criterio.

La validazione di contenuto ha richiesto un approccio di tipo quantitativo, ed il metodo scelto è stato quello attualmente più diffuso nel mondo infermieristico, cioè il Content Validity Index, dal momento che è facile da calcolare e da comprendere, fornisce informazioni circa ogni item, e può essere usato per modificare ed eliminare item.<sup>[189]</sup> Seguendo le indicazioni di Linn, il questionario è passato per una prima fase di sviluppo, costituita da 2 giri di valutazione del panel esclusivamente rispetto alla rilevanza degli item e sub-item (e relativa eliminazione e modifica di quelli inadeguati o ridondanti), e da un'ultima fase, cioè quella del giudizio della scala.<sup>[190]</sup> Questa fase ha previsto l'espressione del giudizio su ogni singolo item e sub-item dello strumento relativamente ai criteri di adeguatezza, efficienza, comprensibilità, affidabilità, e sensibilità. Ciò differisce in parte rispetto ai criteri usati da altri autori quali: rilevanza, chiarezza, semplicità e ambiguità.<sup>[191]</sup>

Si tenga presente, in ogni caso, che la dimensione principale sulla quale poi è stato computato lo score di item e di scala di tutto il QuINI è stata quella dell'adeguatezza, che a questo punto del processo era senz'altro sovrapponibile e, se vogliamo, più appropriata del giudizio di rilevanza.

Nonostante il rigore con cui ci si è attenuti nello svolgere queste fasi di sviluppo e giudizio per quanto riguarda il contenuto del questionario, sono stati mantenuti a discrezione del candidato 3 item che avevano ottenuto, nel corso della validazione, un I-CVI < 0.78. I primi due, relativi al numero di colleghi che perpetrano atteggiamenti negativi, e l'altro sul riferire ad altri riguardo gli AN subiti. Ma, in particolare, è stato

ritenuto fondamentale evitare l'eliminazione dell'item considerato centrale per il costrutto del questionario, cioè quello relativo alla definizione operativa di mobbing/bullying (in questo caso orizzontale). Nonostante questa forzatura, il valore di S-CVI/Ave è rimasto molto soddisfacente (0.93).

Infine, la validità di facciata, eseguita grazie al contributo di un campione di convenienza di infermieri clinici e potenzialmente utenti del questionario, è stata condotta richiedendo un giudizio degli item e sub-item del QulNI attraverso i criteri di adeguatezza, rilevanza, comprensibilità e neutralità. I risultati, in termini di S-CVI/Ave (sulla dimensione di adeguatezza) sono stati sovrapponibili a quelli ottenuti dal panel di esperti, andando a rafforzare la "bontà" di questa fase del processo di costruzione e validazione.

Il punto di forza di questa fase del progetto di ricerca è stato quello di aver costituito un panel di esperti contenente tutte le professionalità richieste per far sì che lo strumento aderisse al costrutto da misurare: professori universitari di scienze infermieristiche, psicologi del lavoro, psicologi ricercatori, antropologi e sociologi. D'altronde il bias legato alla soggettività del feedback degli esperti costituisce un limite praticamente intrinseco e non superabile a questo genere di validità.<sup>[189]</sup> A questo proposito è doveroso far presente che esiste un forte dibattito circa il reale "valore" del processo di validazione di contenuto di uno strumento psicometrico.<sup>[192,193,194]</sup> In primo luogo perché dovuto proprio alla soggettività del giudizio (seppur da parte di esperti) e quindi non basato su dati empirici.<sup>[192]</sup> Inoltre è stato rimesso radicalmente in discussione anche il metodo utilizzato dal Content Validity Index relativo all'affidabilità inter-operatore su cui essenzialmente si basa, e particolarmente nei confronti della regola di far collassare in senso dicotomico le scale a 4 punti usate per valutare i singoli items.<sup>[192]</sup> E collegato a questo aspetto, anche i valori di cut-off del CVI per l'accettabilità degli item, che sono stabiliti sulla base del numero degli esperti rispondenti del panel risulta, secondo alcuni autori, completamente irrilevante.<sup>[192]</sup> Infine, ancora più importante, è il problema dell'induzione, cioè dell'inferenza del risultato al giudizio sul contenuto. Non si ha alcuna certezza che cambiando il gruppo di esperti, a parità di livello e qualità di competenza, si ottengano gli stessi punteggi di affidabilità inter-operatore.<sup>[192]</sup> Questa critica invalida gli assunti di base del CVI, e in qualche modo, seppur solo a margine, giustifica le scelte operate dal candidato di mantenere, a discapito del punteggio insufficiente, alcuni item ritenuti critici nello strumento.

## **10.2 Discussione della validazione di costrutto, di criterio, e dell'omogeneità**

L'aver strutturato il QuINI con la stragrande maggioranza degli item a risposta dicotomica ha impedito l'esecuzione dell'analisi fattoriale come primo step per la validità di costrutto. D'altronde, avendo previsto anche alcuni item con risposta in termini di variabile ordinale o continua, anche l'analisi delle corrispondenze esterne è stata scartata come metodo. Questo ha lasciato spazio alla costruzione, secondo metodo soggettivo, delle 8 sottoscale che costituiscono la versione attuale del QuINI (v.3).

La validità del costrutto è stata, quindi, condotta con il NAQ-R versione italiana,<sup>[7]</sup> che più di ogni altro, si prestava alla misurazione in parallelo del fenomeno centrale sul quale il QuINI ruota: il mobbing/bullismo (orizzontale). Inoltre, questo strumento è stato ripetutamente utilizzato per misurare il fenomeno nei setting infermieristici.<sup>[83,132]</sup> La validazione di criterio, invece è stata condotta nel primo invio mediante il CBI in versione italiana,<sup>[180]</sup> e, nel secondo invio, mediante la SOC/CSCI (versione italiana in corso di validazione).<sup>[181]</sup>

In generale, la comparazione del QuINI con tutti i criteri esterni utilizzati nella presente ricerca (NAQ-R per il costrutto, e CBI e SOC/CSCI per il criterio) è stata condotta per le variabili continue mediante test di correlazione lineare e, nelle variabili discrete (e quelle continue opportunamente discretizzate), mediante comparazione delle proporzioni con test  $\chi^2$ .

### **10.2.1 Validità di costrutto**

Per quanto riguarda, quindi, la validità del costrutto del QuINI v.3, le correlazioni di tutte le variabili continue sono risultate significative, e prevalentemente moderate, in particolare con i punteggi di NAQ Personal Bullying. In realtà le correlazioni con i punteggi più deboli si hanno da parte dei valori dei valori ottenuti dalla sottoscala 5 - totale della richiesta di aiuto (D 27), ottenuti sommando il numero di diverse figure con cui la vittima di atteggiamenti negativi si è confrontata dopo averli subiti. In ogni caso, questo dato, facendo riferimento ad aspetti legati alle reazioni relazionali nei confronti degli eventi di inciviltà e bullismo, non è direttamente misurato dal NAQ-R, il che potrebbe in qualche modo giustificare il risultato ottenuto.

Andando al confronto eseguito tra le sottoscale del QuINI v.3 e le due sottoscale del NAQ-R, le associazioni statistiche sono risultate tutte significative per le proporzioni

costituite dai valori sopra mediana di entrambi gli strumenti di volta in volta analizzati all'interno delle tabelle di contingenza. Anche in questo caso la sottoscala n. 5 del QuINI, quella cioè corrispondente al "Totale richiesta aiuto" non mostra associazioni significative con le proporzioni delle due sottoscale del QuINI v.3. Lo stesso emerge anche per la sottoscala n. 8 "Agentività", quando confrontata con il NAQ Work Related Bullying. C'è da considerare che questa sottoscala, raccogliendo informazioni sul testimoniare gli atteggiamenti insieme a quello di esserne perpetratori, potrebbe aver "inquinato" la relazione legata al NAQ-R in cui viene contemplato soltanto la percezione di essere target di bullismo/mobbing.

Infine si consideri anche la corretta osservazione degli autori, circa il fatto che il NAQ-R non esaurisce tutto lo spettro dei possibili comportamenti di bullismo, e che peraltro, non tutti quelli inclusi, sono identici in termini di livello di gravità.<sup>[179]</sup> In questo senso il QuINI risulta probabilmente uno strumento più esteso, e che richiederà anche un'appropriate operazione di pesatura degli item e sub-item.

### **10.2.2 Validità di criterio**

Analogamente a quanto descritto nel paragrafo precedente, quando il QuINI è stato confrontato con il CBI, è emerso dalle variabili continue che le sottoscale n.1 ("Percezione QuINI", somma delle variabili continue alle domande 17, 25, 28) e n. 4 ("Totale sintomi", corrispondente alla somma delle tipologie di disturbi riportate nella domanda 24) presentano correlazioni lineari moderate con due delle sottoscale del CBI, il CBI Personale e il CBI lavorativo, mentre deboli, seppur ancora significative, con il CBI Pazienti. Il CBI Pazienti, in generale, presenta correlazioni molto deboli ( $r < 0.2$ ) con la sottoscala 1, la sottoscala 2 ("Totale colleghi bulli") e la sottoscala 4, quando addirittura non significative con la sottoscala 3 ("Atteggiamenti totali") e la 5 ("Totale richiesta aiuto"). Questo dato mostra come tendenzialmente il problema delle WI, HH/HV, HB/HM non si associ al problema dei burnout dato dai pazienti, mentre invece sia legato a quello personale e a quello lavorativo. Le correlazioni lineari significative del burnout (misurato con CBI) con i livelli di inciviltà sul posto di lavoro e con il bullismo, sono confermate anche da altri studi (tabella 13) pubblicati in letteratura.<sup>[110]</sup>

Le tabelle di contingenza costituite dalle proporzioni derivanti dalle discretizzazioni dei punteggi delle sottoscale di CBI con le sottoscale del QuINI mostrano che nelle proporzioni costituite dai valori maggiori, la Scala 1 – "Percezione QuINI" e la Scala 4 –

“Totale sintomi”, e la Scala 7 – “Idiosincrasie lavorativo-professionali”, si associano significativamente a tutte le sottoscale del burnout, mentre la Scala 2 – “Totale colleghi bulli” non si associa al CBI Pazienti. Per quanto concerne la “Scala 3 – Atteggiamenti totali”, invece, non mostra associazioni significative con il burnout lavorativo e quello legato ai pazienti. Di nuovo, la Scala 5 – “Totale richiesta aiuto” non mostra alcuna associazione con il burnout, in nessuna delle sue forme. Ancora, il burnout pazienti non è associato alla Scala 6 – “Frequenza e presenza attuale mobbing”. Infine, la Scala 8, relativa all’ “Agentività” non si associa al CBI personale, pur mostrando un trend.

Rispetto al criterio in esame, quindi, emerge come la sottoscala 5 del QuINI v.3 sia in qualche modo non associata ai fenomeni misurati, tenendo sempre presente che si tratta della misurazione di reazioni non direttamente influenzanti le sfere lavorativo-professionali, ma solo quelle relazionali. Inoltre, il burnout dei pazienti non si associa alla metà delle sottoscale del QuINI, a dimostrazione del fatto che, i fenomeni di interazione negativa intra-professionale possono avere molto poco a che fare con l’esaurimento emotivo degli infermieri procurato dall’assistere i pazienti.

Rimane aperta la necessità di comprendere la direzione della relazione tra WI, HH/HV, HB/HM da una parte, e burnout, laddove, in letteratura infermieristica l’inciviltà ed il bullismo sono stati individuati come predittori significativi di burnout.<sup>[128,184]</sup>

Con il secondo invio del QuINI, è stato condotto il raffronto con la SOC/CSCI. Le correlazioni lineari tra le variabili continue del QuINI e gli score di SOC/CSCI riguardanti il senso di comunità degli infermieri, sono risultate tutte negative, deboli, e non significative con la Scala 1 e con la Scala 5.

Per quanto concerne le comparazioni delle proporzioni delle scale del QuINI con i valori discretizzati della SOC/CSCI, in questo caso le proporzioni attese come minori erano quelle che vedevano associati valori più elevati di QuINI e SOC/CSCI. E seppur rispettando l’ipotesi formulata, le uniche proporzioni statisticamente significative sono quelle relative alla Scala 2 – “Totale colleghi bulli”, ed alla Scala 3 – “Atteggiamenti totale”.

È possibile che il numero non molto ampio del sottocampione esaminato, cioè 139 soggetti che hanno riferito atteggiamenti negativi negli ultimi 12 mesi, possa aver influito sulla significatività statistica dei test.

In ogni caso il maggior limite rispetto a questa fase di studio di validazione è rappresentato dal fatto che la scala CSCI<sup>[181]</sup> è attualmente in corso di validazione nella

sua versione italiana, e, seppur idealmente prestandosi per la validità discriminante del QuINI, non è possibile, al momento, escludere del tutto la presenza di potenziali bias.

### 10.2.3 Omogeneità

Come ampiamente trattato nel paragrafo 9.9 la consistenza interna del QuINI v.3 è ottima, con una  $\alpha$  di Cronbach di 0.913. Tutte le sottoscale del QuINI presentano livelli di omogeneità più che sufficienti ad eccezione della scala 8 “Agentività” ( $\alpha$  di Cronbach 0.471). Il QuINI, oltre ad avere un valore di  $\alpha$  di Cronbach superiore rispetto al precedente Questionario sulle Ostilità Laterali tra Infermieri di Area Critica ( $\alpha$  di Cronbach 0.723),<sup>[4]</sup> possiede livelli maggiori di consistenza interna rispetto alla maggior parte delle scale usate in letteratura per misurare i fenomeni di inciviltà, violenza orizzontale e bullismo/mobbing.<sup>[8,66,70,106,107,113,118,184,195,196,197]</sup> ad eccezione di alcuni strumenti, quali: Bullying Act Inventory ( $\alpha$  di Cronbach tra 0.88 e 0.93),<sup>[200]</sup> Nursing Incivility Scale ( $\alpha$  di Cronbach in range da 0.88 a 0.94 per ognuna delle sottoscale),<sup>[201,202]</sup> Incivility in Healthcare Survey ( $\alpha$  di Cronbach 0.943),<sup>[76]</sup> Mobbing Scale for Academic Nurses ( $\alpha$  di Cronbach 0.97),<sup>[74]</sup> Questionario sul mobbing tra gli infermieri di Aynton & Dilek (2007) ( $\alpha$  di Cronbach in range tra 0.93 e 0.95),<sup>[203]</sup> Workplace psychologically violent behaviours instrument ( $\alpha$  di Cronbach 0.93),<sup>[81]</sup> Uncivil Workplace Behavior Questionnaire ( $\alpha$  di Cronbach 0.92)<sup>[51]</sup> Negative Acts Questionnaire-Revised versione italiana ( $\alpha$  di Cronbach 0.91)<sup>[179]</sup>

### 10.3 Discussione degli studi descrittivi-esplorativi

I rispondenti al primo invio sono stati complessivamente 930 (18.6%), così ripartiti: 370 in AOUC (39.8%), 383 in ex ASF (41.2%), e 177 in ex USL 7 (19%). Nel secondo invio, invece si è assistito ad un ulteriore drastico (e prevedibile calo) degli infermieri che hanno compilato il questionario, a 455 unità (8.9%) ( $\chi^2$  202.5;  $p < 0.0001$ ). La ripartizione delle risposte vedeva: AOUC 140 (30.8%); ex ASF 205 (45.2%); ex USL 7 110 (24.2%). È evidente come le percentuali, in generale, dei rispondenti, siano molto basse e molto distanti dalle quote di accettabilità del 60%-65% per i ricercatori, auspiccate dagli editors delle riviste scientifiche.<sup>[204,205]</sup> In ogni caso si tenga presente che queste, per 2/3, sono state calcolate non sul numero preciso di invii dei questionari, ma su stime fornite dalle direzioni infermieristiche aziendali. Per le ulteriori considerazioni rispetto all’impatto che

queste quote hanno avuto sugli obiettivi dello studio, si rimanda al capitolo I I sui limiti della ricerca. E, se è pur vero che rispetto allo strumento dei questionari su cartaceo le websurvey sono sicuramente più penalizzate in termini di rispondenti,<sup>[206]</sup> soltanto 5 anni fa, con la prima survey sulle ostilità laterali in area critica su 5 presidi ospedali toscani condotta dallo scrivente, il questionario cartaceo aveva ottenuto una percentuale di rispondenti dell'81%,<sup>[3]</sup> mentre l'anno successivo la replica condotta sul territorio nazionale aveva portato alla compilazione, con il solo passaparola e la mailing list associativa di ANIARTI, a 1202 questionati correttamente compilati, questa volta come nella presente, attraverso una piattaforma online.<sup>[5]</sup>

Per quanto riguarda le caratteristiche demografiche degli infermieri rispondenti, si conferma una larga preponderanza del sesso femminile nella professione (74.5% nel primo invio; 73.2% nel secondo), che rispecchia la composizione del personale infermieristico del SSN, ricavata dai dati del 2011 provenienti dal Ministero della Salute, che vedono le infermiere al 77.3%.<sup>[207]</sup>

Contrariamente a quanto ipotizzato, non si sono raccolti sostanzialmente dati circa la presenza di infermieri stranieri. Avere informazioni sulla presenza di stranieri in servizio presso le aziende indagate, ed eventualmente la loro condizione di vittime WI, HH/HV, HB/HM sarebbe stato importante per avvalorare o meno l'ipotesi circa la presenza di discriminazione anche su base etnica, o culturale. In realtà non è dato di sapere in quali percentuali gli infermieri stranieri stiano attualmente lavorando nelle 3 aziende oggetto di studio, anche se le informazioni provenienti dalla Federazione IPASVI fanno supporre una certa quota di presenza sul suolo nazionale. Infatti, dal rapporto annuale dei nuovi iscritti all'albo nel 2012, emerge che le quote dei nuovi iscritti stranieri nei collegi provinciali IPASVI sono passati dal 35.3% del 2007 al 15.3% del 2012.<sup>[208]</sup>

L'età media dei rispondenti risulta abbastanza elevata dal momento che nel 1° invio è stata di 45.4 anni (DS  $\pm$  8.34), nel 2° di 44.7 anni (DS  $\pm$  8.50). Il survey nazionale ANIARTI aveva già riportato come oltre il 70% dei rispondenti fosse collocato in fasce di età tra i 30 e 50 anni, a dimostrazione di come la popolazione infermieristica impiegata a tempo indeterminato nel servizio sanitario nazionale, stia progressivamente invecchiando.<sup>[5]</sup> Simili risultati si trovano in altri studi italiani di recente pubblicazione.<sup>[13]</sup> In generale, la fascia di anzianità di servizio complessiva più rappresentata negli studi condotti dallo scrivente è quella superiore ai 20 anni, con i 2/3 delle persone che vivono in coppia. Il livello culturale degli infermieri è sicuramente in crescita: pur non avendo dati in trend,

si rileva che quasi il 30% dei rispondenti è in possesso di un master infermieristico di primo livello. La laurea magistrale è posseduta da circa il 10% dei rispondenti.

Un'altra ipotesi dello studio QuINI che non è stato possibile testare, è stata quella che gli infermieri con contratto a termine potessero sperimentare maggior livelli di AN rispetto a quelli a ruolo. Ma anche in questo caso, così come per le nazionalità estere, il numero di aderenti al survey è stato talmente basso da risultare impossibile qualsiasi tipo di analisi esplorativa. Probabilmente, oltre che al modesto numero di contrattisti, in questo caso, almeno per l'ex ASF, la quasi totale assenza di adesioni potrebbe esser dovuta alla mancanza di una casella di posta elettronica istituzionale, considerato i termini spesso molto brevi dei contratti (3 mesi).

Venendo alle risposte fornite al questionario, la percentuale di infermieri che asserivano di essere stati oggetto di AN nei 2 invii era rispettivamente il 35.8% nel 1°, e il 30.9% nel 2° (senza significatività statistica nella differenza delle proporzioni). La comparazione con le percentuali molto elevate (> 75%) di WI perpetrata da pari grado riportata in letteratura è probabilmente limitativa a causa dei pochi studi che ne hanno misurato le prevalenze di periodo,<sup>[106,107]</sup> mentre la maggior parte degli autori ha utilizzato valori medi di scale per valutarne la frequenza di occorrenza.<sup>[70,76,108,110,111,148,184.]</sup> Per quanto riguarda, invece, le misure di prevalenza delle HV, il range in letteratura è molto vario andando dall'1%<sup>[112]</sup> all' 87.4%.<sup>[113]</sup> Questo range è altrettanto valido sia per la realtà americana prima descritta, che per quella europea, dato che le quote riportate stanno in una forchetta tra l'1.3%<sup>[114]</sup> e l'86.1%.<sup>[3]</sup> L'ampiezza di questi valori ha probabilmente numerose variabili che possono spiegarla, che vanno da quelle locali (contesto, caratteristiche dei gruppi, cultura, organizzazione etc...) a quelle metodologiche (sfumature nelle definizioni, utilizzo di strumenti diversi per la misurazione). Non ultimo, è necessario ricordare come gli AN esperiti possono esser anche episodi isolati e mai più ripetuti, di lieve entità, per aumentare in intensità e tipologia, ed arrivare fino alle definizioni operazionali di bullying/mobbing. Questo continua a costituire il maggior ostacolo, probabilmente, nella comparazione dei diversi dati provenienti dalla letteratura internazionale. In ogni caso, recenti studi condotti nella realtà infermieristica italiana confermano che la maggior parte delle aggressioni subite sono abusi verbali (68.8%), almeno per quanto dichiarato dagli intervistati, e che nel 25% dei casi, il perpetratore è un collega o un superiore.<sup>[13]</sup>

Comparando i dati di prevalenza degli atteggiamenti negativi nei gruppi di area critica, il risultato ottenuto dalla somministrazione del QuINI v.3 nei 2 invii è molto distante dal survey sulle ostilità laterali condotta dallo scrivente con la versione originaria dello stesso strumento. Si parla infatti di 34.2% e 30.9% rispettivamente nella 1° e 2° somministrazione, versus l'86.1% dello studio in Toscana<sup>[3]</sup> ed il 79.1% di quella nazionale.<sup>[5]</sup> Questo ampio divario difficilmente può essere spiegato dalle sole differenze dello strumento: è vero che nel precedente si parlava di “ostilità laterali” ed in questo ultimo di “atteggiamenti negativi da parte di colleghi pari grado”, ma le differenze semantiche sembrano essere davvero minime. Piuttosto si ipotizza che la scarsa numerosità del campione possa avere influito, assieme ad una possibile riduzione del bias di autoselezione data dalla distribuzione a tappeto del questionario, a differenza del survey nazionale in cui si invitava ad accedere liberamente al questionario online.<sup>[5]</sup> In ultimo, 4-5 anni di tempo possono essere, in effetti, sufficienti a far sì che ci siano cambiamenti importanti a livello micro e macro nei gruppi di lavoro e nelle aziende, e, in questo senso, potrebbe essersi anche verificato un trend migliorativo, seppure la percentuale di vittime permanga, comunque, piuttosto consistente.

In entrambi gli invii del QuINI emerge come oltre la metà delle vittime di AN siano, al momento della compilazione, ancora oggetto di questi. Peraltro questo rilievo è molto più elevato delle proporzioni registrate in area critica dallo scrivente, sia nello studio toscano (31.2%),<sup>Bambi et al. (2013)</sup> che nel survey nazionale (37.9%).<sup>[5]</sup>

Nel 75% delle risposte positive per AN subiti da colleghi pari grado, il numero di perpetratori non supera la quantificazione soggettiva di “pochi”, caratterizzando la prevalenza del fenomeno come riconducibile a dinamiche che non coinvolgono buona parte del gruppo o tutto il gruppo contro un singolo individuo. Questo dato è rimasto immutato in entrambe le tornate di somministrazione del QuINI v.3.

Le tipologie di atteggiamenti negativi più frequenti sono “Chiacchiericci, false informazioni condivise con gli altri”, “Commenti sarcastici”, “Mancato riconoscimento/accreditamento del lavoro svolto”. Condizioni, queste, fastidiose, ma certamente meno pericolose rispetto alle “Intimidazioni, minacce”, che sono le tipologie meno frequenti (intorno al 5%). In ogni caso gli “Atti di sabotaggio, compromissione nella sfera lavorativa e/o personale”, si attestano su percentuali non trascurabili (rispettivamente 9% e 13.7%, nei 2 invii). Il gossip e le battute sarcastiche erano ai primi posti degli atteggiamenti ostili riportati nel survey toscano<sup>[3]</sup> e in quella nazionale sugli

infermieri di area critica, insieme al mancato riconoscimento del proprio lavoro.<sup>[5]</sup> Questo genere di AN sono ampiamente riportati in letteratura internazionale.<sup>[22,49,113,209]</sup> In generale, l'assenza di differenze statisticamente significative tra le proporzioni di tipologie di AN tra i 2 invii (ad eccezione del 10% di differenza dell' "Indifferenza, scoraggiamento, e rifiuto di aiuto") indica un certo grado di stabilità del fenomeno almeno per quanto concerne la sua espressione endemica, anche se testato in una cornice temporale di circa 5 mesi. Peraltro, l'intensità degli abusi subiti, viene mediamente percepita come moderata, e in 1/4 delle vittime, su livelli elevati (valore 7, al 75° percentile in una scala da 0-10).

Passando al cuore del problema degli AN, cioè alla quota di percezione di essere target di bullismo/mobbing (in questo caso orizzontale), i due studi in esame mostrano percentuali elevate rispetto all'insieme dei rispondenti che affermano di essere stati oggetto di AN negli ultimi 12 mesi: rispettivamente nei 2 invii, il 42.3% ed il 46.8%. Il survey nazionale ANIARTI aveva messo in evidenza una quota del 28.2% tra gli infermieri di area critica che risultavano vittime di LH.<sup>[5]</sup>

La comparazione con i dati riportati a livello internazionale è tutt'altro che semplice momento che tra gli autori vengono usate diverse definizioni operative di bullying/mobbing. Quindi, considerando un ampio range variabile dal 2.4%<sup>[122]</sup> all'81%,<sup>[33]</sup> l'elemento da tenere presente, è che in questo caso, come nella succitata survey ANIARTI, si è optato per la definizione originale adottata da Leymann, cioè "atteggiamenti negativi subiti per una frequenza di almeno una volta alla settimana per un periodo non inferiore a 6 mesi",<sup>[85]</sup> privilegiando la sensibilità dell'item rispetto ad altre definizioni più restrittive (almeno 2 volte alla settimana...). Tenendo ferma questa definizione, gli studi in letteratura riportano percentuali dal 2.4% di Pinar et al.,<sup>[122]</sup> che però non specifica la direttrice del mobbing, al 38% di HB riportato da Johnson & Rea.<sup>[44]</sup> Le domande di cambio servizio di allocazione in chi ha subito AN si attestano intorno all'80% in tutti e due gli invii del QuINI v.3. Questa tipologia di reazione agli eventi è fisiologica rispetto allo stimolo nocivo dato dal cattivo clima lavorativo. In particolare, nei due studi QuINI, il 63.1% ed l'80.8% dei rispondenti che hanno percepito di subire HB/HM ha chiesto il cambio di allocazione nei 12 mesi precedenti. In ogni caso, la percentuale di individui sottoposti a HB/HM che avevano ottenuto nei 12 mesi precedenti il cambio di servizio era alta (48% e 83.3%, nei due invii), rispetto al 7.7% ed 8.6% totale delle riallocazioni effettuate dall'insieme di tutte le vittime di AN.

In ultimo, emerge che 1/5 di infermieri oggetto di comportamenti negativi da parte dei colleghi di pari grado, ha anche pensato di abbandonare la professione infermieristica. E nei target di bullismo/mobbing orizzontale questo è naturalmente più evidente (59.2% e 66.7% rispettivamente). Sempre per il confronto con gli studi condotti dallo scrivente in precedenza, l'8.5% nell'indagine toscana<sup>[3]</sup> ed il 16.5% nella survey ANIARTI<sup>[5]</sup> avevano pensato di lasciare la professione a causa di LH. Il problema dell'abbandono della professione a causa del clima lavorativo scadente è ben noto negli Stati Uniti, e non solo. Le inciviltà sul luogo di lavoro nell'ambiente infermieristico correlano significativamente con l'intenzione al turn-over.<sup>[106,108,109]</sup> Negli studi sulle LV emergono percentuali variabili tra il 19%<sup>[210]</sup> e il 34% di infermieri che hanno pensato di abbandonare la professione,<sup>[31]</sup> ed in uno studio addirittura il 78.5% del gruppo di infermieri vittime di bullismo/mobbing con anzianità inferiore ai 5 anni si è licenziata per trovare un altro lavoro.<sup>[49]</sup> Johnson & Rea, in uno studio statunitense sul bullying nella professione infermieristica, hanno rilevato la presenza di intenzione di lasciare la posizione di lavoro corrente entro i due anni almeno nel doppio dei casi rispetto agli infermieri non oggetto di bullismo ( $p < 0.001$ ), e la possibile intenzione di lasciare la professione infermieristica nei 2 anni per le vittime di bullying, almeno 3 volte rispetto alle non vittime ( $p < 0.001$ ).<sup>[44]</sup> Ma le quote percentuali più imponenti circa l'intenzione di abbandono della professione provengono dagli studi condotti in Turchia, nei quali si tocca l'83% delle vittime di bullismo/mobbing.<sup>[211]</sup> Esiste anche una correlazione lineare moderata tra bullying e intenzione di lasciare l'organizzazione ( $r = 0.51$ ;  $p < 0.001$ ).<sup>[138]</sup>

L'altro importante item su cui ruota il QulNI v.3, è il numero 23, circa la presenza o meno di conseguenze psicofisiche dovute, nella percezione dei rispondenti, agli AN subiti. Le quote in entrambi gli invii si attestano intorno al 60%, e l'impatto sullo stato di salute generale è mediamente percepito come moderato. Le condizioni psicofisiche più frequentemente riportate sono state: ansia, disturbo del sonno, riduzione del senso di appartenenza all'organizzazione, superando il 50%; mentre sopra la soglia del 40% erano: sensazione ripetuta di nervosismo e rabbia, facile suscettibilità e sensazione che la vita lavorativa influenzi negativamente la sua vita privata (famiglia, affetti), ridotta auto-stima. Depressione e disturbi gastrointestinali si attestano intorno al 20%. Tra i target di HB, nei 2 studi presenti, le percentuali di sintomi e disturbi sono al 74.5% e al 75.4%. Questi valori sono sostanzialmente sovrapponibili a quelli percepiti dai target di LH nei 2 precedenti survey condotti in area critica dallo scrivente, cioè il 70.9% e l'87.1%.<sup>[3,5]</sup> In

letteratura, anche le sole VI perpetrate da colleghi di pari grado correlano significativamente con i disturbi fisici ( $r=0.17$ ). Maggior forza di relazione ha il bullying con la riduzione di salute fisica e mentale,<sup>[133]</sup> nella fattispecie la depressione ( $r=0.51$ ;  $p<0.001$ ),<sup>[139]</sup> e con il General Health Questionnaire 12 ( $r=0.40$ ,  $p<0.05$ ), che misura la riduzione dello stato di salute generale.<sup>[132]</sup> Magnavita et al. riportano fino al 44.7% di sintomi e alterazioni dello stato d'animo in infermieri vittime di LV.<sup>[115]</sup> Chen e collaboratori, addirittura, hanno rilevato score elevati per il disturbo da stress post-traumatico in relazione al bullismo, nel 17.6%,<sup>[130]</sup> mentre Pai et al., ne rilevano la presenza nel 25% delle vittime, e, per il 34%, disturbi d'ansia.<sup>[131]</sup> Si noti che nello studio QuNI, i "frequent flashbacks, comparsa improvvisa di immagini relative ai vissuti di atteggiamenti negativi subiti dai colleghi" (che sono un sintomo tipico del disturbo da stress post-traumatico) sono riportati dagli infermieri in proporzioni del 25.7% e 20.2%, rispettivamente, nei 2 invii.

In Turchia, dove il mobbing nella professione infermieristica appare molto importante, si rilevano le punte massime riportate di disturbi psico-fisici (range dal 14.3% al 75%).<sup>[82]</sup> Le 2 somministrazioni del QuNI hanno messo in evidenza che circa l'83% degli infermieri che hanno subito AN, ha avuto delle reazioni di esternazione rispetto agli episodi. In letteratura l'aver deciso di affrontare il problema in qualche modo è riportato in percentuali variabili dal 25%<sup>[129]</sup> all'82%.<sup>[139]</sup> In particolare le varie forme di esternazione variano dall'averne parlato con persone vicine o altri professionisti o istituzioni, all'averne stilato rapporto scritto, fino all'intenzione di parlarne faccia a faccia col perpetratore. Nello studio QuNI, in particolare, le più alte percentuali sono relative al condividere con i colleghi gli episodi di abuso; ma una quota importante, rispettivamente il 42.3% ed il 49.6% nei due invii, ha affrontato direttamente i perpetratori di abuso. Nondimeno queste percentuali sono superiori anche a quelle del 17.3% riportate nello studio sulle LV di Wilson & Phelps,<sup>[120]</sup> e del 29.5% di target di bullismo nella survey di Aksakal et al. (2015).<sup>[211]</sup> Anche le proporzioni riportate dallo studio italiano di Bortoluzzi et al. sono molto inferiori a quelle rilevate dallo scrivente (26.7%).<sup>[129]</sup> Peraltro, questa tipologia di reazione è una delle risposte raccomandate per fronteggiare le situazioni di bullismo, sia nella manualistica che nei programmi di educazione/formazione sull'argomento che vengono svolti nei paesi prevalentemente di lingua anglofona.<sup>[10,48]</sup> I rispondenti al QuNI si sono rivolti al coordinatore infermieristico nel 45.5% e 47.8%, rispettivamente, nei 2 invii. Modeste le proporzioni che ne hanno parlato ai dirigenti, ed

ancor meno ai sindacati. Praticamente trascurabile, se non nullo, il riferimento a al “Comitato Unico di Garanzia, o organo aziendale analogo a tutela degli episodi di bullismo e mobbing sul luogo di lavoro” (3.3% e 0% rispettivamente, nei 2 invii).

Alcuni lavori hanno messo in evidenza una ricaduta negativa delle HV e del bullismo sulla sicurezza dei pazienti, particolarmente in termini di prese di decisione rischiose relative alla somministrazione di farmaci e mobilitazione di pazienti obesi per non innescare dinamiche relazionali.<sup>[120]</sup> Inoltre sono state evidenziate correlazioni significative del bullying/mobbing con le infezioni nosocomiali ( $r=0.18$ ), il rischio percepito per i pazienti ( $r=0.33$ ), lamentele dei familiari ( $r=0.26$ ), e col totale di eventi avversi ( $r=0.23$ ).<sup>[137]</sup>

Nello studio presente, i rispondenti che riferiscono di percepire un impatto degli AN sulle loro condizioni di salute, affermano di aver compiuto degli errori sul lavoro, in percentuali del 8.4% (16/191) e 11.9% (10/84), ma in generale non ne percepiscono l'impatto sulla sicurezza dei pazienti, se non debolmente (valori medi di 1.9 e 2.6 in una scala da 0 a 10).

La quota di persone che testimoniano di aver assistito ad AN verso altri colleghi è ben oltre la metà di tutti i rispondenti al QuNI v.3, per toccare quasi il 90% tra coloro che riferivano di esser stati vittime di AN ed abusi. In letteratura sono riportati frequenze di testimonianza di LV variabili tra il 28.4% ed il 77%.<sup>[48,90,120,138,213]</sup> Dumont et al. hanno messo in mostra che le classi di età più giovani sembrano meno coinvolte dall'essere testimoni di LV, rispetto a quelle più anziane.<sup>[118]</sup>

In ultimo, ma non per importanza, è la valutazione delle quote complessive di rispondenti al QuNI che si è riconosciuta nella figura del perpetratore di abusi, nel 21.3% e 18.5% per i due invii. Nel sottogruppo delle vittime di AN le proporzioni salgono rispettivamente a 32.4% e 35.3%. Questo aspetto del doppio ruolo di vittime e perpetratori, è stato preso in considerazione, per quanto riguarda la cornice teorica, da alcuni autori.<sup>[123]</sup> In realtà soltanto 2 studi tra quelli inclusi nella revisione della letteratura riportavano dati rispetto al doppio ruolo dei target di violenza laterale. Da quello di Dunn, del 2003, emergeva una correlazione moderata tra l'essere vittima ed attore di abusi (sabotaggi,  $r=0.46$ ;  $p<0.01$ ),<sup>[113]</sup> mentre Linton & Power avevano evidenziato che la maggioranza dei bulli (89.7%) e molte vittime (41.7%) erano bulli/vittime (15.6% del campione totale).<sup>[123]</sup> Questo elemento merita senz'altro di essere messo all'attenzione dei ricercatori, soprattutto nell'ottica di ideare e implementare strategie preventive dei fenomeni di abusi.

Per quanto riguarda le caratteristiche demografiche associate alla presenza di AN esperiti e alla condizione di HB/HM, è opportuno far notare come non vi siano proporzioni di vittime di AN che differiscano in modo significativo tra le 3 aziende studiate. Si rilevano, invece, associazioni statisticamente significative tra l'essere vittima di AN con l'avere un diploma universitario o laurea triennale (41.3% vs. 33.1%), e con il titolo di dottore magistrale in scienze infermieristiche, anche se soltanto nel primo invio (46.9% vs. 34.8%). Le vittime di HM sono significativamente maggiori nell'età superiore a 45 anni tra gli infermieri senza laurea magistrale, ma solo nel secondo invio. Yildirim, dalla Turchia, ha invece trovato che il 15% dei target del bullismo è influenzato dall'età più giovane ( $p < 0.01$ ).<sup>[126]</sup> Altri autori confermano l'età tra i 18 ed i 25 anni come più frequentemente associata al bullying, e i titoli di studio non universitari.<sup>[127]</sup>

In due studi, uno proveniente dal Pakistan, e l'altro dall'Iran, invece, l'essere di sesso femminile esponeva maggiormente a bullying rispetto al sesso maschile.<sup>[124,125]</sup>

Ma anche altri autori diversi da quelli europei riportano che infermieri con più anni di esperienza esperiscono più LV ( $p < 0.05$ ), ed anche le femmine rispetto ai maschi ( $p < 0.05$ ).<sup>[45]</sup> Rispetto all'anzianità di servizio ci sono risultati anche di aspetto divergente: infatti Çevik Akyil et al. hanno riscontrato livelli di percezione del bullying maggiori in infermieri con < 1 anno di esperienza professionale, anzianità di servizio nel luogo attuale di lavoro < 1 anno, oppure anzianità di servizio nel luogo attuale di lavoro  $\geq 10$ .<sup>[127]</sup>

Le fasce di anzianità generale di servizio come infermiere con le maggiori proporzioni di vittime di AN sono quelle tra 11 e 15 anni e 16 e 20 anni sia nel primo che nel secondo invio del QulNI. Per quanto riguarda il HM, invece, le fasce di anzianità complessiva come infermiere più colpite dal fenomeno, sono le due più basse (1-5 anni e 6-10 anni), anche se soltanto nel primo invio. Questo dato è confermato anche dallo studio di Vessey e collaboratori, nel quale gli infermieri con anzianità di servizio inferiore a 5 anni erano maggiormente oggetto di bullismo rispetto agli altri.<sup>[49]</sup>

Seppur sbilanciate nelle quote dei rispondenti provenienti dai vari servizi, le proporzioni maggiori di vittime di AN provengono dalla Radiodiagnostica/Interventistica e dalla Formazione Aziendale/Universitaria (entrambe al 54.5%). Invece, durante il secondo invio è l'Ambulatorio ospedaliero a detenere la maggior quota di positività alle interazioni negative (65.2%). Nel primo invio si riscontrano differenze statisticamente significative tra i vari servizi, ed in particolare le proporzioni maggiori di HB/HM si riscontrano negli ambulatori ospedalieri (70.3%) seguiti dai servizi di emodialisi (60.5%).

In ogni caso, si tenga presente della bassa numerosità dei sottogruppi di rispondenti quando scomposti nelle categorie di servizi di allocazione. E questo ancor più per le quote relative al secondo invio del QuINI. Tentando di analizzare i reparti di allocazione in macroaggregati di aree di attività, da entrambi gli invii, non sono emerse differenze statisticamente significative tra le percentuali di rispondenti che avevano esperito AN sia appartenenti o meno all'area critica, che quando classificati in servizi ospedalieri versus territoriali. Il HM è maggiormente percepito nei servizi che non fanno parte dell'area critica e dell'emergenza in entrambi gli invii, mentre anche per questo sottogruppo non si sono rilevate differenze significative tra operatori sul territorio e in ospedale. Le LV nei reparti medico-chirurgici sono il 19% secondo Stanley et al.<sup>[94]</sup> Anche in lavori provenienti dal Pakistan prevalgono per il 32% i reparti medico-chirurgici negli episodi di bullismo.<sup>[124]</sup> Ancora, lo studio Next di Camerino et al. portava all'attenzione il perpetrarsi di abusi in terapia intensiva e in sala operatoria prevalentemente, ma anche in geriatria long term.<sup>[14]</sup> Al contrario, nel lavoro di Purpora & Beglen emergono aree di attività più colpite diverse dalla TI e dall'area medica e chirurgica.<sup>[17]</sup>

In entrambi gli invii sono gli infermieri diurnisti che riportano le quote maggiori di presenza di AN subiti, seguiti dai turnisti e dai coordinatori, in percentuali pressoché identiche. Nel survey toscano sulle LH si arrivava alle medesime conseguenze.<sup>[3]</sup> E questo si conferma anche per il sottogruppo target di HM. Anche nello studio NEXT emergeva che i diurnisti e i coordinatori infermieristici erano a pari merito nelle quote di LV subita, rimanendo al primo posto rispetto ad altri tipi di perpetratori.<sup>[14]</sup>

Chi ha subito AN, rispetto a chi non li riporta, mostra in percentuali molto più elevate di esser stato testimone di AN verso altri colleghi (in entrambi gli invii), ed anche di esser vittima e perpetratore insieme.

Solo nel primo invio, chi riferisce HM è anche perpetratore in quote percentuali significativamente superiori del 12% rispetto a chi non si sente oggetto di HM.

Chiaramente le vittime di AN mostrano proporzioni maggiori di punteggi sopra la mediana di tutte le tipologie di burnout, ed anche se in percentuali minori, del burnout provocato dai pazienti. Il senso di comunità mostra punteggi minori, come atteso, nelle vittime di abusi. Il sottogruppo di infermieri che rientrano nei criteri del HM, mostra risultati analoghi per il burnout personale e lavorativo, ma non ci sono differenze statisticamente significative tra le proporzioni che riportano valori superiori e inferiori alla mediana del burnout pazienti. Questo dato è ampiamente confermato dai trend in

letteratura, dove si trovano correlazioni lineari significative tra punteggi di CBI e inciviltà sul luogo di lavoro ( $p < 0.0001$ ; regressione lineare).<sup>[110]</sup> Altri autori hanno confermato la correlazione significativa tra queste 2 variabili ( $p = 0.005$ ).<sup>[108]</sup>

Nessuna significatività statistica invece, per quanto concerne l'incrocio dei dati dei partecipanti al secondo invio del QulNI v.3 con le proporzioni di SOC/CSCI superiori ed inferiori al valore mediano.

Read et al. hanno messo in relazione la salute fisica ridotta con il bullying e con le VI perpetrate da pari ( $r = 0.39$ , e  $r = 0.28$  rispettivamente), e, analogamente, con la riduzione di quella mentale ( $r = 0.32$ , e  $r = 0.25$ , rispettivamente).<sup>[133]</sup> Il bullying si associa a depressione ( $r = 0.51$ ;  $p < 0.001$ ).<sup>[139]</sup>

Per quanto riguarda la percezione circa l'influenza degli AN subiti dai rispondenti al QulNI v.3, non emergono particolari caratteristiche demografiche che si associno significativamente a questa condizione, a parte lo stato civile di divorziato/separato, anche se tra i 2 invii le proporzioni cambiano (74.3%, al 1° invio, e 70.6% al 2°) e non si riesce ad interpretare i risultati, se non alla luce del campione molto ridotto del secondo invio. Invece, si rilevano percentuali molto elevate (tutte sopra l'80%), nei 2 invii, relative all'associazione tra la presenza di sintomi e disturbi e le domande di riallocazione, l'effettivo cambio di servizio nell'ultimo anno, e nel desiderio di abbandonare la professione. Infine le proporzioni relative ai valori sopra le mediane delle sottoscale del CBI si associano tutte significativamente alla presenza di sintomi e disturbi legati all'aver subito abusi, mentre non si trovano associazioni con la SOC/CSCI.

L'esecuzione della regressione logistica sui campioni di rispondenti nei 2 invii ha sicuramente risentito della numerosità limitata, soprattutto per quanto riguarda il secondo invio, e probabilmente anche di alcune differenze statisticamente significative a livello di composizione demografica dei 2 campioni, quali le proporzioni di coniugati/conviventi, dei possessori di titoli di laurea magistrale e master di primo livello non infermieristici, e di possessori di diploma regionale di infermiere. Questo è vero anche per le aziende di provenienza e per alcuni servizi di appartenenza come pronto soccorso, terapia sub-intensiva e medicina.

In ogni caso, seppur sempre in modalità esplorativa, i risultati emersi dall'analisi, mostrano che i principali fattori di rischio per l'essere oggetto di AN sono il possedere un titolo universitario di base in infermieristica (DU o laurea triennale), il lavorare con orario da diurnista, il burnout lavorativo, l'essere anche autore di AN verso altri, e

soprattutto l'essere testimone di AN perpetrati verso terzi. Dal secondo invio del QuINI emergevano anche altri 2 fattori di rischio, quali il sesso femminile e la laurea magistrale in scienze infermieristiche. Per quanto concerne i dati provenienti dalla letteratura internazionale, Purpora et al., nel 2012 hanno rilevato che sesso, educazione infermieristica base, anni di esperienza non sono predittori significativi di LV.<sup>[37]</sup>

Dallo studio QuINI, i fattori predittivi di HB/HM che risultano significativi all'analisi di regressione logistica sono: lavorare in strutture territoriali, l'intensità percepita degli abusi, l'essere ancora oggetto di AN al momento della compilazione del questionario, il possedere il titolo di laureato magistrale in scienze infermieristiche, ed il lavorare in servizi non ricompresi nell'area critica ed emergenza. Rispetto a questo tipo di risultati, la regressione logistica eseguita nello studio di Yildirim del 2009 ha messo in relazione il bullying con età, carico di lavoro e totale di anni di servizio ( $\beta=0.48$ ;  $F=39.70$ ;  $p < 0.001$ ).<sup>[126]</sup> Laddove alcuni autori hanno studiato anche la relazione tra numero di ore lavorate e presenza di AN, mettendo in evidenza che i predittori di abusi verbali erano lavorare  $\geq 41$  ore settimanali, ospedale di appartenenza, e affettività negativa (adjusted  $R^2= 0.17$ ,  $F = 3.64$ ),<sup>[119]</sup> nello studio QuINI questi aspetti non sono stati approfonditi, peraltro partendo dall'assunto che l'ospedale rappresenta un macrocosmo fortemente diversificato al suo interno, tra un servizio e l'altro, e quindi, ad avviso dello scrivente, davvero difficilmente individuabile come fattore di rischio in assoluto per la presenza di fenomeni di LV e HB/HM. Infatti l'analisi esplorativa ha messo in evidenza come le proporzioni di vittime di AN si aggirino in valori tra il 30% ed il 37% tra le 3 aziende indagate, in entrambi gli invii, peraltro senza alcuna differenza statisticamente significativa. Rispetto alla domanda di cambio di servizio di allocazione posta nei 12 mesi precedenti a seguito degli AN subiti, i fattori predittivi individuati dal QuINI, peraltro con importanti valori di OR, sono stati: l'aver cambiato nel corso dei 12 mesi precedenti il servizio a causa di atteggiamenti negativi subiti, la percezione dell'impatto sulla salute da parte dei disturbi psicofisici causati dagli AN, il HB/HM, ed il pensiero di abbandonare addirittura la professione infermieristica. È comunque necessario sottolineare che gli alti valori di OR ottenuti dal fatto di aver cambiato reparto/servizio nei 12 mesi precedenti (OR 11.4 e 9.1, rispettivamente nel primo e secondo) potrebbero essere anche imputati al fatto che chi aveva fatto domanda di cambio di servizio nell'arco dell'anno, abbia, poi, effettivamente ottenuto nello stesso periodo la possibilità di riallocazione. Questo potrebbe in qualche modo influenzare, amplificandoli, i valori suddetti. In ogni caso in

letteratura, si rileva che le WI sono un fattore di predizione di intenzione al turnover.<sup>[106]</sup> Analogamente il bullying è un predittore significativo di intenzione a lasciare l'organizzazione.<sup>[138]</sup>

Così come le WI influenzano i sintomi di salute mentale ( $\beta=0.307$ ,  $p<0.001$ ),<sup>[214]</sup> e il bullismo e l'esposizione ai carichi di lavoro sono determinanti della depressione ( $\beta=0.54$ ;  $F=56.61$ ;  $P < 0.001$ ),<sup>[139]</sup> dallo studio QuINI emerge che i sintomi e disturbi psicofisici sono predetti da HB/HM, burnout lavorativo, dall'intensità degli AN, dalla richiesta di cambio di servizio di allocazione, e con OR di 21, dal pensiero di lasciare la professione. Seppure possano esserci dubbi sulla direzione della relazione di causa effetto, non è possibile escludere a priori anche una componente di potente somatizzazione in chi il disagio lo prova così profondamente da richiedere di cambiare servizio o pensare di smettere di praticare la professione.

Vale la pena, inoltre, evidenziare che analisi di regressioni pubblicate in alcuni studi di ricerca, hanno dimostrato, come intuitivamente prevedibile, che le LV influenzano negativamente le relazioni tra pari ( $\beta= -0.641$ ;  $F(1,172)=119.92$ ,  $p < 0.001$ ),<sup>[117]</sup> e che sono predittori di scadente qualità delle cure e del verificarsi di eventi avversi ed errori.<sup>[117]</sup> In questo caso il QuINI, però, non indaga quella tipologia di esito, se non nella percezione degli operatori oggetto di AN e soltanto con un item (D28), dalla quale, peraltro, non emergono particolari preoccupazioni, dato i valori medi, in una scala da 0 a 10 di 1.948 ( $DS \pm 2.4909$ ) al 1° invio e di 2.669 ( $DS \pm 2.9202$ ) al 2°.

Infine, seppure, come già anticipato nel paragrafo 9.12, il burnout non rappresenti l'obiettivo di questo studio, è stata eseguita la regressione logistica per esplorare anche alcuni possibili fattori di influenza sui valori superiori alla mediana delle sottoscale del CBI che possono essere presenti all'interno del QuINI. Per quanto riguarda il burnout personale i fattori di rischio emersi sono il sesso femminile, lavorare in presidi ospedalieri, l'aver disturbi psicofisici riconducibili agli AN ed il loro impatto percepito sulla salute, e l'esser testimone e perpetratore di AN. Il CBI lavorativo, invece, è predetto dal sesso femminile, dal possedere un master di 1° livello in infermieristica, dall'anzianità del servizio di allocazione, dal lavorare in strutture ospedaliere, dall'impatto percepito sulla salute da parte dei sintomi e disturbi indotti dagli AN, dall'impatto percepito degli AN sulla sicurezza dei pazienti, e l'esser testimone e perpetratore di AN. Anche qui l'OR maggiore, di 5.7, è dato dal pensiero di abbandonare la professione, ma potrebbe esser dubbia, anche in questo caso la direzione dell'effetto. Per quanto

riguarda, invece il burnout pazienti, il modello di regressione logistica mostra una varianza spiegata di soltanto il 9.5%, rispetto ai modelli del CBI Personale (22.8%) e del CBI lavorativo (20.7%), coerentemente con i rilievi nell'analisi bivariata, dai quali emergevano scarse associazioni statisticamente significative con i parametri indagati dal QuINI v.3. Rispetto a quanto si reperisce in letteratura internazionale, i contributi in termini di analisi di regressione tra i fenomeni di WI, LV e HM, sono molto limitati numericamente, e utilizzano come strumento di misura del burnout il Maslach Burnout Inventory. Spence Laschinger e collaboratori, hanno rilevato che la workplace civility è un predittore significativo di esaurimento emotivo ( $\beta=-0.18$ ,  $p=0.003$ )<sup>[184]</sup> che è uno dei fattori caratterizzanti il burnout. Anche il bullying si è rivelato è un predittore di burnout ( $\beta = 0.37$ ,  $p < 0.001$ ).<sup>[128]</sup>

## **11. Limiti**

### **11.1 Limiti del progetto di studio del percorso di dottorato**

Per quanto riguarda il progetto generale di dottorato, la sola produzione di uno strumento di misura sulle interazioni negative tra infermieri posizionati allo stesso livello nella scala gerarchica delle organizzazioni di lavoro, può apparire un risultato solo parziale rispetto alla problematica reale, che richiede non solo di essere capita, quantificata e studiata nei suoi fattori contribuenti all'insorgenza, ma soprattutto, arginata, se presente, e ancor di più, prevenuta.

È altrettanto vero che, come ampiamente descritto nelle pagine di questo elaborato, era necessario partire da uno strumento di misura solido, per poi studiare interventi reattivi e proattivi.

L'idea principale sulla quale il progetto di dottorato era nato, prevedeva il ricercare uno strumento già validato per il fenomeno, ed eventualmente effettuarne la validazione in lingua italiana, qualora fosse stato prodotto all'estero. Questo avrebbe comportato probabilmente un dispendio di energie minori rispetto al ricostruire ex novo un questionario e sottoporlo ai test per la validità di contenuto, facciata, costruito e criterio.

Di fatto, il lavoro di studio effettuato dallo scrivente, invece, ha dovuto affrontare questo percorso.

Se è vero che in letteratura infermieristica la produzione di conoscenze scientifiche circa interventi di prevenzione e risoluzione delle dinamiche di HV è tuttora molto scarsa, esiste la concreta necessità di ideare e sperimentare interventi innovativi, che vadano anche al di là delle esperienze riportate in alcuni singoli contesti clinici, seppur con risultati abbastanza incoraggianti, ma certamente non definitivi, e forse anche scarsamente riproducibili (par. 3.7.1).

Per quanto riguarda la possibilità di poter realizzare uno studio di intervento reattivo, sarà oggetto della prosecuzione della linea di ricerca intrapresa dal sottoscritto. A questo proposito è importante considerare l'impatto che la quota del tempo lavoro a disposizione del percorso di ricerca ha dovuto tenere in considerazione i cosiddetti "tempi di attesa" che alcune fasi del progetto hanno richiesto: tempi di risposta del gruppo di lavoro per la validazione di contenuto (3 invii successivi); tempi di risposta del gruppo di lavoro per la validazione di facciata; tempi di risposta da parte del Comitato

Etico Regionale sulla richiesta di parere relativa allo studio QuINI; tempi di risposta relativa alla richiesta dei permessi alla conduzione dello studio alle direzioni generali aziendali; tempi di contatto e coordinamento con i direttori dei servizi infermieristici o di dipartimento delle professioni sanitarie. Tutto questo si è tradotto in non meno di 8-10 mesi complessivi necessari per il completamento delle suddette fasi di lavoro.

Oltre a questo aspetto, ci sono altri elementi che avrebbero rappresentato delle notevoli difficoltà e avrebbero richiesto ulteriore tempo per la loro risoluzione, cioè: la totale mancanza di finanziamenti e impossibilità di richiederli a favore di argomenti come quello trattato dallo studio di ricerca; la diversità dei contesti assistenziali in cui calare gli interventi, tenendo presenti anche le dinamiche complesse multiprofessionali, in particolare quelle con la componente medica; il necessario coinvolgimento multidisciplinare per operare interventi in gruppi gravati dal fenomeno, e quindi ricercare l'aiuto operativo di psicologi del lavoro, e, idealmente, anche di sociologi e antropologi; infine la necessità di preventivare un ampio ventaglio di possibili reazioni da parte dei gruppi sui quali si sarebbero potuti sperimentare interventi, compresi eventuali meccanismi di difesa quali il rifiuto. Questi sono solo alcuni dei motivi per cui non è stato possibile condurre alcuno studio di intervento, benché, se si fosse scelto di usare un approccio di ricerca puramente qualitativo, rispetto a quanto proposto con questo lavoro, probabilmente uno studio di tipo partecipativo avrebbe potuto anche dare le mosse ad una vera e propria di ricerca-azione.

L'eventualità di eseguire uno studio di prevenzione del fenomeno avrebbe previsto, tra le opzioni principali, due possibili linee di azione: la prima, introducendo interventi educativi/di sensibilizzazione sui banchi universitari dei percorsi di laurea triennale in infermieristica. Questo avrebbe richiesto oltre ad una imponente fase progettuale, di andare ad agire sui piani di studio, e quindi sulla programmazione delle lezioni, con tutte le difficoltà legate alla modifica della macchina organizzativa dei corsi. Ma non solo: la misurazione degli effetti degli interventi educativi avrebbe previsto la necessità di seguire le coorti degli ex studenti nel mondo del lavoro per lungo tempo, andando oltre le forze a disposizione dello scrivente. La seconda, tentando la sensibilizzazione preventiva al problema direttamente nei contesti lavorativi, mediante eventi di formazione interna, possibilmente con accreditamento ECM per favorirne la partecipazione. Questa opzione, seppur probabilmente più realizzabile di quella precedentemente descritta, avrebbe previsto però la ricerca di gruppi pressoché "privi" del problema in atto, e, anche qui, la

necessità di osservarne gli effetti sulle coorti prescelte per lunghi periodi, soprattutto andando ad individuare l'eventuale comparsa di fattori scatenanti/di rischio per la LV nei gruppi, e verificare la reale efficacia degli interventi preventivi oggetto dei percorsi formativi suddetti. Peraltro, entrambe queste tipologie di studio su approcci preventivi, non avrebbero eluso la necessità di uno strumento adeguatamente validato per la misurazione dei fenomeni in oggetto.

## **11.2 Limiti dello studio di validazione del Questionario sulle Interazioni Negative tra gli Infermieri (QuINI) e degli studi descrittivi**

Anche se il numero assoluto degli infermieri che hanno aderito ai 2 invii del QuINI, potrebbe sembrare abbastanza consistente, trattandosi di 930 e 455 unità rispettivamente, a fronte di un campione di infermieri di oltre 5000 persone, il tasso di risposte ottenute durante il primo ed il secondo invio è stato molto basso, con un trend significativamente peggiorativo (rispettivamente 18.6% ed 8.9%;  $\chi^2$  202.5;  $p < 0.0001$ ).

Anche se i survey online hanno comprovati vantaggi in termini di velocità di risposta, costi di distribuzione dei questionari, e rapidità e precisione di compilazione dei dati,<sup>[215]</sup> in buona sostanza la percentuale degli infermieri rispondenti è stata di gran lunga inferiore rispetto alle aspettative e agli sforzi compiuti per cercare di raggiungerli in modo capillare.

Peraltro, in letteratura i tassi di risposte ai web-survey sono considerati accettabili intorno al 60% per quanto riguarda la rappresentatività dei campioni indagati (tasso considerato accettabile per i ricercatori anche da alcuni editori di riviste mediche),<sup>[205]</sup> mentre la soglia per le altre metodologie si aggira intorno al 75%.<sup>[206]</sup>

In realtà, i web surveys hanno percentuali di risposta molto variabili (range da 15.5% ad 82.1%), anche fino a minimi del 2%, e, in generale rispetto alle altre metodologie di conduzione di indagine, hanno un tasso di rispondenti ridotto dell'11%.<sup>[206]</sup>

I problemi relativi questo risultato sono diversificati rispetto alle aziende che hanno partecipato agli studi, a causa delle peculiari modalità con cui i questionari sono stati recapitati agli infermieri.

Il primo ostacolo è stato dato dalla difficoltà a raggiungere in modo capillare tutto il campione dello studio attraverso i canali ufficiali di informazione aziendale.

Nell'AOU Careggi il link per la compilazione ai questionari è stato inviato "a pioggia" da parte dello scrivente, utilizzando gli indirizzi di posta elettronica aziendale di tutti gli infermieri dipendenti. Durante il primo invio, su 2117 email, 358 (16.9%) non hanno raggiunto la casella di posta elettronica per messaggio di mancato recapito del messaggio dovuto a "casella piena". Durante il secondo invio, invece, il "failure" relativo alla box di casella di posta troppo piena era sceso a 233 su 2117 invii (11%). Questo ha rappresentato un primo importante problema per la diffusione capillare dei questionari da compilare, fornendo anche una rilevante informazione che è stata girata alla direzione del Dipartimento delle Professioni Sanitarie aziendale, in quanto elemento di criticità per il passaggio generale di informazioni agli infermieri, che, in discrete percentuali sembrano avere problemi con la manutenzione delle proprie caselle di posta elettronica, rischiando di non essere raggiunti da informazioni sensibili che necessitano la condivisione sui canali di comunicazione ufficiali.

Per quanto riguarda il bacino di infermieri afferenti alle strutture dell'attuale ex ASF, l'invio del link ai questionari oggetto di studio è avvenuto attraverso una funzione di comunicazione aziendale, denominata "Alluser", che attraverso una mailing list totale di tutti i dipendenti, porta nelle caselle di posta elettronica, in un'unica soluzione, informazioni trasversali e di interesse comune. In questo caso, quindi, non solo non è stato possibile monitorare il numero esatto di infermieri che è stato fatto oggetto dell'invio, discriminandoli dalle altre categorie professionali di dipendenti della ex ASF, ma non si sono potuti neanche ottenere dati relativi ad eventuali fallimenti del sistema nel recapitare il messaggio all'interno delle caselle di posta elettronica. In questo caso, alcune situazioni aneddotiche rispetto all'invio dei questionari hanno messo in luce problematiche inerenti alla confusione sui destinatari dello studio, quando non proprio al completo tralasciamento del messaggio di posta, cestinandolo anche senza aprirlo, per completa ignoranza del contenuto. Il tutto a discapito dell'informazione piramidale trasmessa dai vertici della direzione infermieristica ai livelli inferiori.

Anche per la partecipazione delle strutture afferenti all'ex Azienda USL 7 di Siena non è stato possibile rilevare il preciso numero degli effettivi invii, né il controllo delle caselle di posta elettronica "piene", e quindi impossibilitate a ricevere ulteriori messaggi. Questo perché gli invii dei questionari ha previsto un doppio passaggio: il link al questionario è stato fornito dalla direzione infermieristica con email dirette ai 66 coordinatori e dirigenti di tutta la ex USL 7, i quali hanno avuto il compito di inoltrarlo direttamente

agli infermieri attraverso i canali di informazione ufficiali o le mailing list private nei singoli gruppi di lavoro.

Un altro importante impedimento alla compilazione dei questionari, tra quelli oggettivamente, è stato quello legato a problemi informatici che si sono verificati durante il secondo invio. Infatti in questa fase, che prevedeva la compilazione contestuale di QuINI v.3 e la SOC/CSCI, i questionari sono stati approntati sulla nuova versione di Google Moduli<sup>®</sup>, la quale, benché si sia mostrata esteticamente accattivante, ha portato numerosi problemi nell'apertura del file stesso (il link rimandava ad altra pagina web), alla compilazione (non permetteva il riempimento del modulo o di passare alle pagine successive). Questa tipologia di problemi, dei quali chi scrive è stato informato in tempo reale da numerosi colleghi, è stata solo in parte risolta comunicando ai potenziali rispondenti (attraverso la pagina di invito alla compilazione del QuINI, e via email quando possibile) che potevano tentare di utilizzare browser aggiornati di Google<sup>®</sup> o di accedere attraverso altri browser Internet, o, addirittura, dal telefono cellulare. È quindi facile intuire che questo possa aver pesantemente co-influito sul drastico dimezzamento del numero dei rispondenti al secondo invio dei questionari. In ultimo, nonostante le accortezze del caso, a posteriori, è stato messo in evidenza che alcuni item non erano in modalità risposta obbligatoria, ed in particolare le domanda del QuINI n.5 e 6 (titoli di studio), la 16 (tipologia di atteggiamenti negativi), la 24 (tipologie di sintomi e disturbi) e la 27 (persone con cui si è parlato degli atteggiamenti negativi subiti). Questo, sia nel primo, che nel secondo invio.

Per quanto riguarda, invece, i motivi soltanto ipotizzabili circa la bassa adesione ai due studi, è possibile che esista in questi ultimi anni un certo grado di “saturazione” dell'interesse alla compilazione di questionari da parte degli infermieri, specialmente quelli direttamente coinvolti nella clinica, che si trovano molto frequentemente ad assolvere a richieste di compilazione di strumenti di indagine descrittiva di ogni genere, adottati nelle tesi di laurea triennale e magistrale disciplinare. Questo, potrebbe aver dato origine ad un certo grado di ritrosia nel compilare l'ennesimo questionario infermieristico”. Un altro elemento importante, è che ad oggi, non si hanno reali dati del grado di “analfabetismo di ritorno informatico”, specialmente a fronte di un'età anagrafica degli infermieri che mediamente si sta innalzando, dovuta allo slittamento dell'età pensionabile. È pur vero che al giorno d'oggi, in Italia quasi 7 persone su 10 possiedono uno smartphone,<sup>[216]</sup> ma probabilmente non è ancora un'equazione lineare il

possederlo e padroneggiare la navigazione in Internet. Infatti l'email è aperta sul telefonino soltanto dal 72% dei possessori maschi e dal 73% delle femmine.<sup>[217]</sup>

Anche lo strumento rappresentato dall'email di reminder dello studio in corso a metà periodo (di entrambi gli invii), che sembra essere adeguato alla tipologia di survey adottata,<sup>[218]</sup> ha rappresentato un intervento dalla dubbia efficacia. Stando alle statistiche di compilazione offerte in tempo reale dal sistema Google Moduli<sup>®</sup>, si sono registrate soltanto timidissime impennate della durata di un giorno sul tasso dei rispondenti, in prossimità dell'invio del promemoria nelle varie aziende, confermando lo scarso impatto che queste modalità hanno nell'incentivare la compilazione dei questionari.

La lunghezza di compilazione dei questionari non appare come un possibile motivo per la scarsità di rispondenti allo studio, in quanto non superava i 10 minuti per il primo invio, e di certo, nel secondo, era inferiore, in quanto solo la SOC/CSCI era associata al QuINI v.3. Pertanto diventa difficile correlare il fatto che i questionari che richiedevano meno tempo per la compilazione siano quelli con la percentuale di rispondenti più bassa. Inoltre, per snellire il processo di compilazione ed evitare anche eventuali incongruenze, il QuINI è stato strutturato con modalità algoritmica, utilizzando il bypass di porzioni di questionario su alcune domande condizionali.

In ultimo, è opportuno sottolineare che anche l'approccio "top down" del passaggio di informazioni e incentivazione alla compilazione del questionario da parte delle direzioni infermieristiche non è risultato (probabilmente) una scelta vincente, a fronte di un notevole ottimismo dei direttori coinvolti nel progetto di studio. Infatti, durante la fase di progettazione due direttori su tre si sono visti a favore di un'informativa sullo studio da fornire via email ai dirigenti infermieristici dei presidi ospedalieri, in un caso, e ai coordinatori infermieristici, nell'altro, lasciando loro il compito di far girare l'informazione sullo studio in prossimità di iniziare e incentivare la compilazione dei questionari da parte degli infermieri. Purtroppo chi scrive, in più di un'occasione durante i periodi di studio, ha avuto modo di constatare che a molti colleghi, per motivi non chiari, il messaggio non era arrivato.

Anche l'utilizzo del canale informatico del sito Internet del Collegio IPASVI della provincia di Firenze per "pubblicizzare" lo studio QuINI in corso nell'area fiorentina, non è stato particolarmente fruttuoso, a dimostrazione del fatto, che ancora oggi la partecipazione alla vita istituzionale professionale è ben lontana dall'essere una priorità per gli infermieri assieme, probabilmente, alla partecipazione attiva ai progetti di ricerca.

L'approccio ideale alla gestione delle adesioni alla compilazione dei questionari, a parere dello scrivente, sarebbe stato quello di mettere nelle condizioni i coordinatori infermieristici dei reparti ospedalieri e delle strutture territoriali afferenti alle aziende partecipanti, di invitare durante l'orario di lavoro gli infermieri alla compilazione del questionario e assicurarsi attivamente della loro partecipazione. Tutto questo, naturalmente, rispettando comunque e sempre la volontà di non compilare il questionario da parte degli invitati. In questo modo il campione dei rispondenti sarebbe probabilmente stato molto più ampio e composto in proporzioni meno influenzate dall'effetto attrattivo esercitato dall'argomento sui soggetti più sensibilizzati.

Anche se le survey online ottengono in media l'11% (IC95: 6%-15%) in meno dei rispondenti rispetto a quelle effettuate con altre modalità in generale<sup>[206]</sup> e in media il 33% in meno rispetto a quelle su supporto cartaceo,<sup>[218]</sup> e benchè in letteratura ci siano lavori pubblicati che mostrino che il complemento cartaceo (assieme a molteplici e ripetuti "round" di reminder per la compilazione) possano aumentare i rispondenti fino al 24%,<sup>[219]</sup> secondo il candidato, sarebbe stato completamente anacronistico ed altamente antieconomico pensare di realizzare i questionari su carta ed affidarne la distribuzione e la sorveglianza sulla compilazione/restituzione a terzi, come per esempio gli studenti dei corsi di laurea in infermieristica. Oltretutto questo avrebbe dovuto mettere in moto una macchina organizzativa che avrebbe previsto anche una fase di data entry informatizzata probabilmente "immane" da essere gestita da una persona sola, oppure da affidare anche questa a terzi. Piuttosto avrebbe dovuto prevedere adeguati mezzi e formazione difficilmente realizzabili, dati i tempi e le energie a disposizione.

In ogni caso, pur rappresentando una quota solo modestamente rappresentativa ai fini di uno studio descrittivo che tracci una mappa fedele della presenza del fenomeno nelle tre aziende, il numero dei rispondenti risulta pienamente soddisfacente per quanto riguarda lo studio di validazione dello strumento, considerando anche la possibilità di unire le risposte dei due invii per la sola costruzione dello score QuINI v.3.

Rispetto alla validazione di costruito, sarebbe stato ideale somministrare il QuINI v.3 contestualmente al NAQ-R e alla WIS, che sono le uniche scale che hanno subito un processo di validazione in lingua italiana, e quindi entrambe perfettamente candidabili, ed integrabili tra loro nei contenuti, assolutamente in linea con quanto, a livello di contenuto, si vuole misurare con il QuINI v.3. Purtroppo, è stato possibile effettuare la comparazione soltanto con il NAQ-R. Pur avendo ripetutamente scritto (mediante mail

istituzionale) all'autore della validazione in italiano della WIS, chiedendone gli articoli relativi agli studi di validazione, una copia della scala, l'autorizzazione al suo utilizzo, e finanche la collaborazione attiva al presente progetto di studio, chi scrive non ha ricevuto alcuna risposta. Pertanto non è stato possibile procedere all'uso della WIS.

Per quanto concerne invece alla validità di criterio, rispetto all'uso della Classroom and School Community Inventory (CSCI) - Modulo per la classe-corso, come scala di senso di comunità (SOC), la versione adattata al contesto infermieristico deriva da quella tradotta in Italiano, attualmente in fase di validazione, e pertanto non ci sono dati disponibili a pieno supporto della bontà del suo utilizzo. Inoltre, nella versione usata per il presente studio, l'item numero 10 è volto al positivo ("Sono convinto che questa comunità promuova il desiderio di apprendere"), anziché al negativo come nella versione originale e validata di Rovai et al.<sup>[181]</sup> ("Sono convinto che questa comunità non promuova il desiderio di apprendere"), anche se in sede di calcolo di score questo non ha comportato alcun errore, avendo rispettato i punteggi invertiti negli altri 2 item (il numero 4 ed il numero 8). In ogni caso, la scala era stata validata in Inglese dall'autore, e la valutazione a posteriori sulla base delle risposte ottenute dal secondo invio dei questionari, è stata evidenziato un valore di  $\alpha$  di Cronbach 0.734 decisamente accettabile, se comparato con quello della versione originale della medesima sottoscala ( $\alpha$  di Cronbach 0.84). Questo consente in qualche modo di dare indicazione sui trend del criterio discriminante, rispetto al QuINI v.3.

Entrando nel merito dei risultati ottenuti, le indagini online si prestano a bias di selezione importanti. Infatti, nonostante possano risultare anche gradevoli per l'utenza, grazie alle caratteristiche di rapidità di compilazione ed interattività fornite dal sistema informatizzato,<sup>[220]</sup> i survey online escludono completamente coloro che non hanno accesso o sufficiente confidenza coi sistemi informatici, e, come accennato alcune righe sopra, per quanto sia facile supporre che molti infermieri siano utilizzatori smalizati di tecnologia sanitaria più o meno complessa, non è possibile quantificare l'eventuale fetta dei "potenziali esclusi" per i succitati motivi.

Piuttosto, è facile ipotizzare la presenza di un bias di autoselezione, già descritto anche in letteratura,<sup>[221]</sup> che potrebbe sovrastimare la proporzione di rispondenti vittime di interazioni negative.

In ultimo, utilizzando una piattaforma priva di password di accesso per la compilazione, non è possibile escludere a priori il rischio di alterazione dei dati dovuto ad eventuali accessi ripetuti con compilazioni “fake” da parte di eventuali malintenzionati.

Seppur apparentemente marginale, è necessario sottolineare anche il fatto che i nomi delle sottoscale sono provvisori e potranno in futuro essere suscettibili di cambiamenti. In particolare la scala 2 “Totale colleghi bulli” potrebbe essere fuorviante nella semantica, dal momento che viene computata approssimativamente la quota di colleghi che hanno esercitato AN anche solo occasionalmente, e che possono, quindi, non necessariamente esser definiti bulli, in quanto il bullismo, come già ampiamente descritto, fa riferimento a criteri di reiterazione degli abusi nel tempo.

Per quanto concerne i limiti relativi alle analisi statistiche effettuate, è necessario sottolineare che in quanto studio esplorativo, ai test  $\chi^2$  effettuati sulle numerose variabili confrontate, non è stata applicata la correzione di Bonferroni per il livello di significatività. Questa verrà applicata, rispetto alle analisi più importanti nella pubblicazione del presente lavoro. Infine, rispetto alla regressione logistica, le discrepanze emerse rispetto alle variabili predittive degli outcome misurati nei 2 invii suggeriscono la presenza di effettive differenze nella composizione dei campioni di rispondenti.

## 12. Formulazione preliminare dello scoring QuINI

Sulla base dei risultati del presente studio di validazione dello strumento, è stata effettuata la formulazione di un primo score QuINI v.3, per poter comparare le 8 sottoscale individuate.

Lo score del QUINI è composto da 8 scores relativi alle singole sottoscale, con punteggio variabile per ognuna da un minimo di 0 ad un massimo 3 punti.

Lo score QuINI avrà quindi un range previsto tra 0 e 24 punti.

Nella tabella 85 si riporta il dettaglio dello score QuINI preliminare.

**Tabella 85 – Dettaglio della formulazione dello scoring preliminare del QuINI**

Nome Sottoscala	min	max	Items sottoscala	Score = Range			
				0	1	2	3
1- Percezione QuINI	0	30	17, 25, 28	0	1-10	11-20	21-30
2 -Totale Colleghi Bulli	1	4	15	-	1	2	3-4
3 - Atteggiamenti Totali	1	16	16	-	1-5	6-10	10-16
4 - Totale Sintomi	0	24	24	0	1-8	9-16	17-24
5 - Totale Richiesta Aiuto	0	7	27	0	1-2	3-4	5-7
6 - Frequenza e Presenza Attuale di Mobbing	0	2	18,19	0	1(se19)	1(se18)	2
7 - Idiosincrasie Lavorativo-Professionali	0	3	20, 21, 22	0	1	2	3
8 - Agentività	0	2	29, 30	0	1(se29)	1(se30)	2

Attualmente non è possibile graduare correttamente lo score QuINI in intervalli di corrispondenti a profili di condizioni di percezione e stato. In ogni caso, considerando lo score nella sua continuità, il livello di impatto è rappresentato dall'aumento progressivo del punteggio.

Future indagini, caratterizzate da campioni e percentuali di rispondenti più ampi rispetto a quelli dei 2 studi presentati all'interno di questo elaborato di tesi, permetteranno di ponderare i contributi delle singole sottoscale, (e, all'interno di queste, anche i contributi dei singoli item che le compongono) allo score totale del QuINI.

Si ipotizza la pesatura dei singoli sub(item) che compongono il QuINI v.3 mediante i valori di r di Pearson (se variabili continue) e  $\chi^2$  (se variabili categoriche) ottenuti dai confronti con i criteri esterni utilizzati nella validazione e con le sottoscale interne dello strumento, quando statisticamente significativi. I totali delle somme di questi valori, rappresenteranno, per i singoli (sub)items i rispettivi loading factors per ottenerne un punteggio ponderato. per valutarne il peso relativo che ciascuno assume all'interno del questionario. Mantenendo presente il limite principale, precedentemente menzionato,

relativo al campione rispondente ai 2 invii, si riportano in allegato 2, le tabelle con i valori dei test di correlazione e associazione, a titolo esemplificativo, in attesa di replicare lo studio su campioni numericamente più importanti.

## Conclusioni

Il percorso di lavoro fin qui tratteggiato ha visto lo sviluppo, in termini migliorativi, dei contenuti di uno strumento di misura multidimensionale sui fenomeni di abuso verbale ed emozionale perpetrati dai colleghi pari grado nel mondo infermieristico, e, specificatamente, nei contesti clinici. Per compiere questo lavoro è stata condotta una ampia revisione di letteratura circa le manifestazioni di WI, HH/HV, HV/HM, ai fini di discriminare nel miglior modo possibile le definizioni di ciascun fenomeno, assieme allo studio dei modelli teorici alla base di questa tipologia di comportamenti, dei loro antecedenti, e delle loro conseguenze. Inoltre sono stati ricercati e comparati gli strumenti di misura presenti in letteratura, volti ad individuarne la presenza di versioni (e adattamenti culturali) in italiano e lo stato di validazione delle caratteristiche psicometriche. Lo stato dell'arte ha confermato l'esigenza di sviluppare uno strumento come il QuINI, e di procedere alla sua validazione di contenuto, faccia, costruito, criterio, e alla valutazione del suo grado di consistenza interna. Contestualmente, si sono progettati ed effettuati 2 studi descrittivi/esplorativi sui fenomeni studiati, che hanno messo in mostra come le percentuali di infermieri che percepiscono di essere vittima di abusi verbali ed emotivi nell'arco dei 12 mesi precedenti, siano un terzo di tutti i rispondenti, confermando una robusta presenza del problema studiato trasversalmente a tutti i contesti clinici di lavoro, anche se le forme di inciviltà/abuso più frequenti sono (fortunatamente) quelle di tipologia più lieve. Oltre il 40% delle vittime di atteggiamenti negativi da parte di colleghi pari grado riferisce di esser vittima di mobbing/bullismo orizzontale, determinando, quindi, un innalzamento dei livelli di allarme circa questi fenomeni. Anche le percentuali di chi chiede di cambiare servizio di allocazione a causa degli abusi sono molto alte (circa l'80%), e in 1/5, vengono ritenuti talmente pesanti e insopportabili, da far venire il desiderio di lasciare addirittura la professione infermieristica in un momento storico-economico, dove la perdita del lavoro può determinare conseguenze molto serie in termini di durata della disoccupazione. Questo fornisce un ulteriore indice del malessere che può ingenerare la cultura dell'inciviltà e dell'abuso sul lavoro. Anche le conseguenze a carattere psico-fisico, aggirandosi intorno al 60% delle vittime di atteggiamenti negativi, costringono a profonde riflessioni su quanto danno possa fare un clima di lavoro asfittico, anche in termini di potenziale perdita di giorni lavorativi. E questo, da parte del personale dirigente, richiede una forte presa di coscienza e di posizione nei confronti del problema, dal momento che ha una potenziale

ricaduta sulla gestione delle risorse, e non ultimo, anche se solo parzialmente evidenziato da questo studio, ma suggerito dalla letteratura internazionale, sulla sicurezza dei pazienti.

Nonostante questo lavoro presenti degli innegabili limiti legati alla percentuale dei rispondenti certamente non ottimale, non ne ha impedito il percorso di validazione dello strumento. Ma rimane da completare il rilievo dei loading factors dei singoli items che compongono le sottoscale del QuINI v.3 score, una volta che lo studio sarà replicato su un campione più esteso, e con strategie adeguate al raggiungimento di soddisfacenti percentuali di rispondenti. L'obiettivo, comunque, più difficile da realizzare è senz'altro la graduazione dei fenomeni dall'inciviltà al bullismo strutturato, mediante il QuINI score, stante, come ripetutamente evidenziato nella trattazione, l'impossibilità a stabilire dei netti confini tra le varie manifestazioni della violenza sul posto di lavoro.

Rimane tutt'ora ampiamente aperto lo studio di soluzioni realmente efficaci al problema, sia in termini preventivi che reattivi. Sta di fatto che è indispensabile una reale presa di coscienza del problema a tutti i livelli della professione infermieristica e, su questa tentare di costruire una cultura differente da quella attualmente imperante, che vede il vivere e lavorare nei gruppi di lavoro come un'accettazione quasi passiva, o comunque a necessità di pagare dazio, nei confronti di regole implicite, e riti di iniziazione più o meno consci, che prevedono le logiche della HV come "normali". D'altronde l'alto numero del doppio ruolo di perpetratore e vittima di abusi conferma la grande forza di questo sistema "culturale", e l'incapacità dei singoli a far fronte al problema, con il solo senso critico, e rompere la catena con la quale sono stati socializzati. Anche la validazione delle teorie e dei modelli alla base di WI, HH/HV, HB/HM potrebbe risultare utile ad acquisire una chiave di lettura definitiva dei fenomeni e delle loro origini, in modo tale da agire in termini preventivi nei confronti dei cardini sui quali queste dinamiche si muovono.

A parere dello scrivente è urgente la ricerca e l'acquisizione di dati sui fenomeni oggetto di studio a livello delle istituzioni locali per non ritardare la presa in carico di soluzioni fattive. I comitati unici di garanzia risultano tra gli organi istituzionali meno utilizzati dalle vittime di WI e HM. Da un lato perché probabilmente, ad oggi si ha paura di entrare in circoli istituzionali in cui ci sia l'onere probante dell'abuso subito, dall'altra perché si temono reali conseguenze di ulteriori disagi derivanti dall'incapacità di dimostrare l'autentico stato di vittima, con il rischio di rappresaglie e stigmatizzazioni. Sui sistemi di garanzia, c'è, probabilmente, ancora molto da lavorare.

Sta di fatto, che per le aziende, avere condizioni di clima interno ai gruppi infermieristici caratterizzate da situazione di HV e HM rappresenta da una parte un indicatore di “failure” delle componenti soft del sistema, e dall’altro, in caso di diffusione del dato, di un elemento di cattiva immagine, che può indirettamente anche andare a minare la fiducia dell’utenza esterna.

In ogni caso, ciò che può esser fatto, semplicemente, da subito, è diffondere la consapevolezza del fenomeno e i minimi strumenti di contrasto individuali da adottare. Questo può esser portato avanti su un doppio binario: quello della formazione continua a livello aziendale, e contemporaneamente, nelle aule universitarie, tra gli studenti di infermieristica in formazione. L’obiettivo di questo genere di formazione sarebbe educare ad una cultura della civiltà e del clima lavorativo intra-gruppo (e successivamente anche inter-gruppo) costruttivo, e dall’altra di riconoscere e fornire gli strumenti per reagire agli eventi di abuso, di qualsiasi natura esso sia. C’è molto da lavorare, anche per sostenere la necessità della presa in carico di questo genere di problemi. D’altronde il bullismo scolastico e il cyber-bullying fanno molta notizia a causa delle conseguenze talvolta anche molto drammatiche che comportano nella popolazione più giovane. Questo, però, non deve far dimenticare o sottovalutare la presenza e l’estensione dei fenomeni studiati in questa tesi e la potenzialità negativa in termine di impatto sul fattore umano, che questi comportano.

Questo studio lascia aperta la necessità di replicare la distribuzione del questionario al campione studiato, possibilmente allargandolo anche ad altre realtà, cercando di migliorare la comunicazione in fase pre-processo di invio, e di adottare adeguate strategie per ampliare la numerosità dei rispondenti.

## Bibliografia

1. Alspach G. Lateral hostility between critical care nurses: a survey report. *Crit Care Nurse*. 2008;28:13-9.
2. Rumsey M, Foley E, Harrigan R, on behalf of Royal College of Nursing, Australia. National Overview of Violence in the Workplace. <http://www.smspsts.org/smspsts/papers/australian%20overview.pdf>. Accesso effettuato il 04-10-2011.
3. Bambi S, Becattini G, Pronti F, Lumini E, Rasero L. [Lateral hostilities among emergency and critical care nurses. Survey in five hospitals of the Tuscany Region]. *Assist Inferm Ric*. 2013;32:213-22.
4. Bambi S, Becattini G, Lumini E. [A questionnaire about lateral hostility between critical care nurses: validation study]. *Scenario*. 2012;29:36-42.
5. Bambi S, Becattini G, Giusti GD, Mezzetti A, Guazzini A, Lumini E. Lateral hostilities among nurses employed in intensive care units, emergency departments, operating rooms, and emergency medical services. A national survey in Italy. *Dimens Crit Care Nurs*. 2014;33:347-54.
6. Benetton M, Drigo E. Il concetto di area critica a vent'anni dalla sua ideazione. In atti del Congresso Nazionale ANIARTI 2005 - L'infermiere in Area Critica: pensare, essere, fare. Sorrento 26-10-2005. <http://oldsite.aniarti.it/documentazione/intervento.php?eventkey=18&key=28> Accesso effettuato il 10-08-2016.
7. Giorgi G. Il Negative Acts Questionnaire Revised (NAQ-R) in Italia. *Prevenzione Oggi*. 2008;4:71-82.
8. Di Fabio A., Ghizzani F., Workplace Incivility Scale (WIS): proprietà psicometriche della versione italiana. *Counseling*. 2010;3:77-85.
9. Stokowski L. The downward spiral: incivility in nursing. *Medscape Nurses* 24-03-2011. <http://www.medscape.com/viewarticle/739328> Accesso effettuato il 21-09-2015.
10. Royal College of Nursing (RCN). Dealing with bullying and harassment at work – a guide for RCN members. January 2001, Revised December 2005 [http://www.rcn.org.uk/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/78502/001302.pdf](http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0004/78502/001302.pdf). Accesso effettuato il 19-08-2011.

11. Tomei G, Cinti ME, Sancini A, Cerratti D, Pimpinella B, Ciarrocca M, Tomei F, Fioravanti M. Evidence based medicine e mobbing G Ital Med Lav Erg. 2007;29:149-157.
12. Bambi S, Lumini E, Becattini G, Lucchini A, Rasero L. Violenza orizzontale e bullismo nella professione infermieristica. G Ital Med Lav Erg. 2016;38:50-57.
13. Luciani M, Spedale V, Romanenghi M, Villa CE, Ausili D, Di Mauro S. [Violence towards nurses and factors affecting violence in hospital settings: an Italian cross-sectional study]. Med Lav. 2016;107:191-204.
14. Purpora C, Blegen MA. Horizontal violence and the quality and safety of patient care: a conceptual model. Nurs Res Pract. 2012;2012. Article ID: 306948. doi: 10.1155/2012/306948. Epub 2012 May 9.
15. Department of Health, Western Australia Prevention of Workplace Aggression and Violence. Policy and Guidelines. June 2004 [http://www.health.wa.gov.au/publications/documents/Prevention\\_of\\_Workplace\\_Aggression.pdf](http://www.health.wa.gov.au/publications/documents/Prevention_of_Workplace_Aggression.pdf) . Accesso effettuato il 31-08-2016.
16. Hegney D, Eley R, Plank A, Buikstra E, Parker V. Workplace violence in Queensland, Australia: The results of a comparative study. Int J Nurs Pract. 2006;12:220-31.
17. Registered Nurses Association Ontario (RNAO). Healthy work environment best practice guideline. Professionalism in Nursing. March 2007. [http://www.rnao.org/Storage/28/2303\\_BPG\\_Professionalism.pdf](http://www.rnao.org/Storage/28/2303_BPG_Professionalism.pdf). Accesso effettuato il 18-09-2011.
18. Stanley K. Why So many names for bad behavior? S C Nurse. 2010;17:2.
19. Hutton SA. Workplace incivility: state of the science. J Nurs Adm. 2006;36:22-7.
20. Center for American Nurses. Lateral violence and bullying in the workplace. Approved February 2008. [http://www.mc.vanderbilt.edu/root/pdfs/nursing/center\\_lateral\\_violence\\_and\\_bullying\\_position\\_statement\\_from\\_center\\_for\\_american\\_nurses.pdf](http://www.mc.vanderbilt.edu/root/pdfs/nursing/center_lateral_violence_and_bullying_position_statement_from_center_for_american_nurses.pdf). Accesso effettuato il 05-10-2011.
21. Farrell GA. Issues in nursing: Violence in the workplace. Paper presented at a meeting of the Oregon Chapter of the American Psychiatric Association Conference, Tualatin, Oregon, 2005.

22. Khalil D. Levels of violence among nurses in Cape Town public hospitals. *Nurs Forum*. 2009;44:207-17.
23. Longo J. Horizontal violence among nursing students. *Arch Psychiatr Nurs*. 2007;21:177-8.
24. Longo J, Sherman RO. Leveling horizontal violence. *Nurs Manag*. 2007;38:34-37, 50-51.
25. Curtis J, Bowen I, Reid A. You have no credibility: nursing students' experiences of horizontal violence. *Nurse Educ Pract*. 2007;7:156-63.
26. Duffy E. Horizontal violence: a conundrum for nursing. *The Collegian*. 1995;2:5-17.
27. Chaboyer W, Najman J, Dunn S. Cohesion among nurses: a comparison of bedside vs. charge nurses' perceptions in Australian hospitals. *J Adv Nurs*. 2001;35:526-32.
28. Farrell GA. Aggression in clinical settings: nurses' views. *J Adv Nurs*. 1997;25:501-8.
29. Hastie C. Horizontal violence in the workplace. *Birth International*. 2002. <https://www.birthisinternational.com/articles/midwifery/69-horizontal-violence-in-the-workplace>. Accesso effettuato il 27-08-2011.
30. Dubrosky R. Iris Young's Five Faces of oppression applied to nursing. *Nurs Forum*. 2013;48:205-10.
31. McKenna BG, Smith NA, Poole SJ, Coverdale JH. Horizontal violence: experiences of Registered Nurses in their first year of practice. *J Adv Nurs*. 2003;42:90-6.
32. Rittenmeyer L, Huffman D, Hopp L, Block M. A comprehensive systematic review on the experience of lateral/horizontal violence in the profession of nursing. *JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports*. 2013;11:362-468.
33. Abe K, Henly SJ. Bullying (ijime) among Japanese hospital nurses: modeling responses to the revised Negative Acts Questionnaire. *Nurs Res*. 2010;59:110-8.
34. Embree JL, White AH. Concept analysis: nurse-to-nurse lateral violence. *Nurs Forum*. 2010;45:166-73.
35. Ceravolo DJ, Schwartz DG, Foltz-Ramos KM, Castner J. Strengthening communication to overcome lateral violence. *J Nurs Manag*. 2012;20:599-606.

36. Hutchinson M, Vickers M, Jackson D, Wilkes L. Workplace bullying in nursing: towards a more critical organizational perspective. *Nurs Inq.* 2006;13:118-26.
37. Purpora C, Blegen MA, Stotts NA. Horizontal violence among hospital staff nurses related to oppressed self or oppressed group. *J Prof Nurs.* 2012;28:306-14.
38. Cleary M, Hunt GE, Walter G, Robertson M. Dealing with bullying in the workplace: toward zero tolerance. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2009;47:34-41.
39. Cleary M, Hunt GE, Horsfall J. Identifying and addressing bullying in nursing. *Issues Ment Health Nurs.* 2010;31:331-5.
40. Jackson D, Clare J, Mannix J. Who would want to be a nurse? Violence in the workplace--a factor in recruitment and retention. *J Nurs Manag.* 2002;10:13-20.
41. Johnston M, Phanhtarath P, Jackson BS. The bullying aspect of workplace violence in nursing. *JONAS Healthc Law Ethics Regul.* 2010;12:36-42.
42. Lewis MA. Nurse bullying: organizational considerations in the maintenance and perpetration of health care bullying cultures. *J Nurs Manag.* 2006;14:52-8.
43. Johnson SL. International perspectives on workplace bullying among nurses: a review. *Int Nurs Rev.* 2009;56:34-40.
44. Johnson SL, Rea RE. Workplace bullying: concerns for nurse leaders. *J Nurs Adm.* 2009;39:84-90.
45. Sellers KF, Millenbach L, Ward K, Scribani M. The degree of horizontal violence in RNs practicing in New York State. *J Nurs Adm.* 2012;42:483-7.
46. Sheridan-Leos N. Understanding lateral violence in nursing. *Clin J Oncol Nurs.* 2008;12:399-403.
47. Weinand MR. Horizontal violence in nursing: history, impact, and solution. *JOCEPS: The Journal of Chi Eta Phi Sorority.* 2010;54:23-26.
48. Griffin M. Teaching cognitive rehearsal as a shield for lateral violence: an intervention for newly licensed nurses. *J Contin Educ Nurs.* 2004;35:257-63.
49. Vessey JA, Demarco RF, Gaffney DA, Budin WC. Bullying of staff registered nurses in the workplace: a preliminary study for developing personal and organizational strategies for the transformation of hostile to healthy workplace environments. *J Prof Nurs.* 2009;25:299-306.

50. ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector. Workplace Violence in the Health Sector Country Case Study – Questionnaire. Geneva 2003. [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/interpersonal/en/WVq\\_uestionnaire.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WVq_uestionnaire.pdf) Accesso effettuato il 12/12/2013.
51. Martin RJ, Hine DW. Development and validation of uncivil workplace behavior questionnaire. *J Occup Health Psychol.* 2005;10:477-490.
52. Pryor J B, Fitzgerald LF. (2003). Sexual harassment research in the United States. In S. Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper CL (Eds.), *Bullying and emotional abuse in the workplace.* London: Taylor and Francis, 2003; pp: 79-100.
53. Simons SR, Mawn B. Bullying in the workplace - a qualitative study of newly licensed registered nurses. *AAOHN J.* 2010;58:305-11.
54. Armstrong P. Budgetary bullying. *Critical Perspectives on Accounting* 2011;22:632– 643.
55. Cooper JRM, Walker JT, Askew R, Robinson JC , McNair M. Students' perceptions of bullying behaviours by nursing faculty. *IJER.* 2011;21:1-21.
56. Felblinger DM. Incivility and bullying in the workplace and nurses' shame responses. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2008;37:234-41.
57. Salin D. The prevention of workplace bullying as a question of human resource management: measures adopted and underlying organizational factors. *Scand J Mgmt.* 2008;24:221–231.
58. Eagar SC, Cowin, LS, Gregory L, Firtko. A Scope of practice conflict in nursing: a new war or just the same battle? *Contemp Nurse.* 2010;36:86-95.
59. Egues AL, Leinung EZ. The bully within and without: strategies to address horizontal violence in nursing. *Nurs Forum.* 2013;48:185-90.
60. Vessey JA, De Marco R, Di Fazio R. Bullying, harassment, and horizontal violence in the nursing workforce. The state of the science. *Annu Rev Nurs Res.* 2010;28:133-157.
61. Zapf D, Gross C. Conflict escalation and coping with workplace bullying: a replication and extension. *Eur J Work Organ Psych.* 2001;10:497-522.
62. Lindy C, Schaefer F. Negative workplace behaviours: an ethical dilemma for nurse managers. *J Nurs Manag.* 2010;18:285-92.

63. Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper CL. The concept of bullying at work: The European tradition. In S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf, & C. L. Cooper (Eds.), *Bullying and emotional abuse in the workplace. International perspectives in research and practice* (pp. 3–30). London, Taylor and Francis. 2011; pp: 3-30.
64. Giorgi G. Workplace Bullying in Academia Creates a Negative Work Environment. An Italian Study. *Employ Respons Rights J.* 2012;24:261-275.
65. Simons SR, Stark RB, DeMarco RF. A new, four-item instrument to measure workplace bullying. *Res Nurs Health.* 2011;34:132-40.
66. Waschler K, Ruiz-Hernández JA, Llor-Esteban B, Jiménez-Barbero JA. Vertical and lateral workplace bullying in nursing: development of the hospital aggressive behaviour scale. *J Interpers Violence.* 2013;28:2389-412.
67. Ishmael, A. & Alemoru, B. *Harassment, Bullying and Violence at Work: A Practical Guide to Combating Employee Abuse (Employment Matters)*. London: Spiro, 2002.
68. Olender-Russo L. Creating a culture of regard: an antidote for workplace bullying. *Creative Nursing.* 2009;15:75-81.
69. Johnson SL. An ecological model of workplace bullying: a guide for intervention and research. *Nurs Forum.* 2011;46:55-63.
70. Laschinger HK, Wong C, Regan S, Young-Ritchie C, Bushell P. Workplace incivility and new graduate nurses' mental health: the protective role of resiliency. *J Nurs Adm.* 2013;43:415-21.
71. Hutchinson M, Vickers MH, Jackson D, Wilkes L "I'm gonna do what I wanna do." Organizational change as a legitimized vehicle for bullies. *Health Care Manage Rev.* 2005;30:331-6.
72. Washington State Department of Labor and Industries. Workplace bullying and disruptive behavior: what everyone needs to know. Report April 2011. <http://www.lni.wa.gov/Safety/Research/Files/Bullying.pdf>. Accesso effettuato il 24-07-2014.
73. Einarsen S. The nature and causes of bullying at work. *Int J Manpow.* 1999;20:16–27.
74. Ozturk H, Sokmen S, Yilmaz F, Cilingir D. Measuring mobbing experiences of academic nurses: development of a mobbing scale. *J Am Acad Nurse Pract.* 2008;20:435-42.

75. Katrinli A, Atabay G, Gunay G, Cangarli BG. Nurses' perceptions of individual and organizational political reasons for horizontal peer bullying. *Nurs Ethics*. 2010;17:614-27.
76. Hutton S, Gates D. Workplace incivility and productivity losses among direct care staff. *AAOHN J*. 2008;56:168-75.
77. Hinchberger PA. Violence against female student nurses in the workplace. *Nurs Forum*. 2009;44:37-46.
78. Hutchinson M, Wilkes L, Jackson D, Vickers MH Integrating individual, work group and organizational factors: testing a multidimensional model of bullying in the nursing workplace. *J Nurs Manag*. 2010;18:173-81.
79. Leymann H. Mobbing and psychological terror at workplace. *Violence Vict*. 1990;5:119–126.
80. Yildirim D, Yildirim A, Timucin A. Mobbing behaviors encountered by nurse teaching staff. *Nurs Ethics*. 2007;14:447-63.
81. Dilek Y, Aytolan Y. Development and psychometric evaluation of workplace psychologically violent behaviours instrument. *J Clin Nurs*. 2008;17:1361-70.
82. Yildirim A; Yildirim D. Mobbing in the workplace by peers and managers: mobbing experienced by nurses working in healthcare facilities in Turkey and its effect on nurses. *J Clin Nurs*. 2007;16:1444-53.
83. Caporale L, Palese A, Bortoluzzi G. Stile di leadership e rischio di mobbing: risultati di una ricerca empirica in ambito infermieristico. *G Ital Med Lav Ergon*. 2012;34:A17-24.
84. Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper CL. *Bullying and the emotional abuse in the workplace: International perspectives in research and practice*. London: Taylor & Francis, 2003.
85. Leymann H. The content and development of mobbing at work. *Eur J Work Organ Psychol*. 1996;5:165-184.
86. Andersson LM, Pearson CM. Tit for tat? The spiraling effect of incivility in the workplace. *Acad Manage Rev*. 1999;24:452-471.
87. Lim FA, Bernstein I. Civility and workplace bullying: resonance of Nightingale's persona and current best practices. *Nurs Forum*. 2014.;49:124-9.
88. Einarsen S. Harassment and bullying at work: A review of the Scandinavian approach. *Aggression and Violent Behavior*. 2000;5:379-401.

89. Bandura A. Social learning theory. 1977, Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ.
90. Walrafen N, Brewer MK, Mulvenon C. Sadly caught up in the moment: an exploration of horizontal violence. *Nurs Econ.* 2012;30:6-12, 49.
91. Einarsen S. The nature, causes and consequences of bullying at work: The Norwegian experience. *Pistes.* 2005;7(3). <https://pistes.revues.org/3156> Accesso effettuato il 29-08-2016.
92. Freshwater D. Crosscurrents: against cultural narration in nursing. *J Adv Nurs.* 2000;32:481-4.
93. Brinkert R. A literature review of conflict communication causes, costs, benefits and interventions in nursing. *J Nurs Manag.* 2010;18:145–156.
94. Stanley KM, Dulaney P, Martin MM. Nurses 'eating our young'-it has a name: lateral violence. *S C Nurse.* 2007;14:17-8.
95. Kelly J, Ahern K; Preparing nurses for practice: a phenomenological study of the new graduate in Australia. *J Clin Nurs.* 2009;18:910-8.
96. Roberts SJ, De Marco R, Griffin M. The effect of oppressed group behaviors on the culture of the nursing workplace: a review of the evidence and interventions for change. *J Nurs Manag.* 2009;17:288–293.
97. Roberts SJ. Oppressed group behavior: Implications for nursing. *ANS Adv Nurs Sci.* 1983;5:21–30.
98. Rowell PA. Lateral violence: nurse against nurse. American Nurses Association continuing education. <http://www.nursingworld.org/mods/mod440/lateralfull.htm>. Accesso effettuato il 18-09-2011.
99. Randle J. Bullying in the nursing profession. *J Adv Nurs.* 2003;43:395-401.
100. Matheson LK, Bobay K. Validation of oppressed group behavior in nursing. *J Prof Nurs.* 2007;23:226–34.
101. Farrell GA. From tall poppies to squashed weeds\*: why don't nurses pull together more? *J Adv Nurs.* 2001;35:26-33.
102. Boon S. 21st Century Science Overload. The CSP Blog. January 7, 2016. <http://www.cdnsiencepub.com/blog/21st-century-science-overload.aspx> Accesso effettuato il 04-09-16.

103. Il pensiero scientifico editore. Come usare meglio Google - 7. [http://www.pensiero.it/strumenti/pdf/Google\\_Scheda\\_7.pdf](http://www.pensiero.it/strumenti/pdf/Google_Scheda_7.pdf). Accesso effettuato il 18-09-2011.
104. Bambi S, Becattini G, Lumini E. [Lateral hostility among student in nursing and lecturers: literature review]. *Scenario*. 2012;29:26-32.
105. Saltzberg CW. Balancing in moments of vulnerability while dancing the dialectic. *ANS Adv Nurs Sci*. 2011;34:229-42.
106. \*Spence Laschinger HK, Leiter M, Day A, Gilin D. Workplace empowerment, incivility, and burnout: impact on staff nurse recruitment and retention outcomes. *J Nurs Manag*. 2009;17:302-11.
107. Smith LM, Andrusyszyn MA, Spence Laschinger HK. Effects of workplace incivility and empowerment on newly-graduated nurses' organizational commitment. *J Nurs Manag*. 2010;18:1004-15.
108. Oyeleye O, Hanson P, O'Connor N, Dunn D. Relationship of workplace incivility, stress, and burnout on nurses' turnover intentions and psychological empowerment. *J Nurs Adm*. 2013;43:536-42.
109. Leiter MP, Price SL, Spence Laschinger HK. Generational differences in distress, attitudes and incivility among nurses. *J Nurs Manag*. 2010;18:970-80.
110. Elmblad R, Kodjebacheva G, Lebeck L. Workplace incivility affecting CRNAs: a study of prevalence, severity, and consequences with proposed interventions. *AANA J*. 2014;82:437-45.
111. \*Laschinger HK, Wong CA, Cummings GG, Grau AL. Resonant leadership and workplace empowerment: the value of positive organizational cultures in reducing workplace incivility. *Nurs Econ*. 2014;32:5-15, 44.
112. Armmer F, Ball C. Perceptions of horizontal violence in staff nurses and intent to leave. *Work*. 2015;51:91-7.
113. Dunn H. Horizontal violence among nurses in the operating room. *AORN J*. 2003;78:977-88.
114. Camerino D, Estryng-Behar M, Conway PM, van Der Heijden BJ, Hasselhorn H. Work-related factors and violence among nursing staff in the European NEXT Study: a longitudinal cohort study. *Int J Nurs Stud*. 2008;45:35-50.

115. Magnavita N, Heponiemi T. Workplace violence against nursing students and nurses: an Italian experience. *J Nurs Scholarsh.* 2011;43:203-10.
116. Topa G, Moriano JA. Stress and nurses' horizontal mobbing: moderating effects of group identity and group support. *Nurs Outlook.* 2013;61:e25-31.
117. \*\*Purpora C, Blegen MA, Stotts NA. Hospital staff registered nurses' perception of horizontal violence, peer relationships, and the quality and safety of patient care. *Work.* 2015;51:29-37.
118. Dumont C, Meisinger S, Whitacre MJ, Corbin G. Nursing 2012 Horizontal violence survey report. *Nursing.* 2012;42:44-9.
119. Oh H, Uhm DC, Yoon YJ. Factors affecting workplace bullying and lateral violence among clinical nurses in Korea: descriptive study. *J Nurs Manag.* 2016;24:327-35.
120. Wilson BL, Phelps C. Horizontal hostility: a threat to patient safety. *JONAS Healthc Law Ethics Regul.* 2013;15:51-7.
121. \*Purpora C, Blegen MA. Job satisfaction and horizontal violence in hospital staff registered nurses: the mediating role of peer relationships. *J Clin Nurs.* 2015;24:2286-94.
122. Pinar T, Acikel C, Pinar G, Karabulut E, Saygun M, Bariskin E, Guidotti TL, Akdur R, Sabuncu H, Bodur S, Egri M, Bakir B, Acikgoz EM, Atceken I, Cengiz M. Workplace violence in the health sector in Turkey: a national study. *J Interpers Violence.* 2015 Jun 28. pii: 0886260515591976.
123. Linton DK, Power JL. The personality traits of workplace bullies are often shared by their victims: Is there a dark side to victims? *Personality and Individual Differences.* 2013;54:738-743.
124. Somani R, Karmaliani R, Mc Farlane J, Asad N, Hirani S. Prevalence of bullying/mobbing behaviour among nurses of private and public hospitals in Karachi, Pakistan. *International Journal of Nursing Education.* 2015;7:235.
125. Teymourzadeh E, Rashidian A, Arab M, Akbari-Sari A, Hakimzadeh SM. Nurses exposure to workplace violence in a large teaching hospital in Iran. *Int J Health Policy Manag.* 2014; 3:301-305.
126. Yildirim D. Bullying among nurses and its effects. *Int Nurs Rev.* 2009;56:504-11.

127. Çevik Akyil R, Tan M, Saritaş S, Altuntaş S. Levels of mobbing perception among nurses in Eastern Turkey. *Int Nurs Rev.* 2012;59(3):402-8.
128. Allen BC, Holland P, Reynolds R. The effect of bullying on burnout in nurses: the moderating role of psychological detachment. *J Adv Nurs.* 2015;71:381-90.
129. Bortoluzzi G, Caporale L, Palese A. Does participative leadership reduce the onset of mobbing risk among nurse working teams? *Journal of Nursing Management.* 2014; 22:643–652.
130. Chen WC, Hwu HG, Kung SM, Chiu HJ, Wang JD. Prevalence and determinants of workplace violence of health care workers in a psychiatric hospital in Taiwan. *J Occup Health.* 2008;50:288-93.
131. Pai HC, Lee S. Risk factors for workplace violence in clinical registered nurses in Taiwan. *J Clin Nurs.* 2011;20:1405-12.
132. Arcangeli G, Giorgi G, Ferrero C, Mucci N, Cupelli V. [Prevalence of workplace bullying in a population of nurses at three Italian hospitals]. *G Ital Med Lav Ergon.* 2014;36:181-5.
133. Read E, Laschinger HK. Correlates of new graduate nurses' experiences of workplace mistreatment. *J Nurs Adm.* 2013;43:221-8.
134. Laschinger HK, Grau AL, Finegan J, Wilk P. New graduate nurses' experiences of bullying and burnout in hospital settings. *J Adv Nurs.* 2010;66:2732-42.
135. Berry PA, Gillespie GL, Gates D, Schafer J. Novice nurse productivity following workplace bullying. *J Nurs Scholarsh.* 2012;44:80-7.
136. Kivimäki M, Elovainio M, Vahtera J. Workplace bullying and sickness absence in hospital staff. *Occup Environ Med.* 2000;57(10):656-60.
137. \*\*Laschinger HK. Impact of workplace mistreatment on patient safety risk and nurse-assessed patient outcomes. *J Nurs Adm.* 2014;44:284-90.
138. Simons S. Workplace bullying experienced by Massachusetts registered nurses and the relationship to intention to leave the organization. *ANS Adv Nurs Sci.* 2008;31:E48-59.
139. Kwok RP, Law YK, Li KE, Ng YC, Cheung MH, Fung VK, Kwok KT, Tong JM, Yen PF, Leung WC. Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong. *Hong Kong Med J.* 2006;12:6-9.

140. Moayed FA, Daraiseh N, Shell R, Salem S. Workplace bullying: a systematic review of risk factors and outcomes. *Theor Issues Ergon*. 2006;7:311–327.
141. Hamblin LE, Essenmacher L, Upfal MJ, Russell J, Luborsky M, Ager J, Arnetz JE. Catalysts of worker-to-worker violence and incivility in hospitals. *J Clin Nurs*. 2015;24:2458-67.
142. Lamontagne C. Intimidation: a concept analysis. *Nurs Forum*. 2010;45:54-65.
143. Castronovo MA, Pullizzi A, Evans S. Nurse bullying: a review and a proposed solution. *Nurs Outlook*. 2016;64:208-14.
144. Longo J, Smith MC. A prescription for disruptions in care: community building among nurses to address horizontal violence. *ANS Adv Nurs Sci*. 2011;34:345-56.
145. Coursey JH, Rodriguez RE, Dieckmann LS, Austin PN. Successful implementation of policies addressing lateral violence. *AORN J*. 2013;97:101-9.
146. Dimarino TJ. Eliminating lateral violence in the ambulatory setting: one center's strategies. *AORN J*. 2011;93:583-8.
147. Rush KL, Adamack M, Gordon J, Janke R. New Graduate transition programs: relationships with access to support and bullying. *Contemp Nurse*. 2014 Feb 3.
148. Spence Laschinger HK, Leiter MP, Day A, Gilin-Oore D, Mackinnon SP. Building empowering work environments that foster civility and organizational trust: testing an intervention. *Nurs Res*. 2012;61:316-25.
149. Clickner DA, Shirey MR. Professional comportment: the missing element in nursing practice. *Nurs Forum*. 2013;48:106-13.
150. Amendolair D. Emotional intelligence. Essential for developing nurse leaders. *Nurse Leader*. 2003;1:25-27.
151. 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;28:360-8.
152. Clarke PN. Nursing science: an answer to lateral violence? *Nurs Sci Q*. 2015;28:34-5.
153. Ostrofsky D. Incivility and the nurse leader. *Nurs Manage*. 2012;43:18-22.

154. Brunt B. Breaking the cycle of horizontal violence. ISNA Bulletin Feb-April, 2011. [http://findarticles.com/p/articles/mi\\_hb6138/is\\_2\\_37/ai\\_n57052112/](http://findarticles.com/p/articles/mi_hb6138/is_2_37/ai_n57052112/). Accesso effettuato il 05-10-2011.
155. Clark CM, Olender L, Cardoni C, Kenski D. Fostering civility in nursing education and practice: nurse leader perspectives. J Nurs Adm. 2011;41:324-30.
156. Rocker C. Responsibility of a Frontline Manager Regarding Staff Bullying. OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing. 2012;18:2. <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-17-2012/No3-Sept-2012/Articles-Previous-Topics/Responsibility-of-Manager-Re-Bullying.html> Accesso effettuato il 18-08-2016.
157. American Association of Critical Nurses (AACN). Standards for establishing and sustaining healthy work environments. A journey to excellence. Executive Summary. AACN 2005. <http://www.aacn.org/WD/HWE/Docs/ExecSum.pdf>. Accesso effettuato il 18-09-2011.
158. Maxfield D, Grenny J, McMillan R, Patterson K, Switzler A. VitalSmarts, American Association of Critical Care Nurses. Silence kills. The seven crucial conversations for healthcare. 2005 VitalSmarts, L.C. <http://nursing.dal.ca/Files/SilenceKills.pdf>. Accesso effettuato il 05-10-2011.
159. Ebright P. The Complex Work of RNs: Implications for Healthy Work Environments. OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing. 2010;15:1, Manuscript 4. <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol152010/No1Jan2010/Complex-Work-of-RNs.html> Accesso effettuato il 18-08-2016.
160. Longo J. Combating Disruptive Behaviors: Strategies to Promote a Healthy Work Environment. OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing. 2010;15:1, Manuscript 5. <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol152010/No1Jan2010/Combating-Disruptive-Behaviors.html> Accesso effettuato il 18-08-2016.

161. The Joint Commission Behaviors that undermine a culture of safety. Sentinel Event Alert. Issue 40, July 9, 2008. [http://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA\\_40.PDF](http://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_40.PDF). Accesso effettuato il 18-09-2011.
162. Registered Nurses Association Ontario (RNAO). RNAO Position statement: Violence against nurses in the workplace: a 'zero tolerance' approach. 2008. [http://www.rnao.org/Storage/45/4013\\_Violence\\_in\\_the\\_Workplace\\_Against\\_Nurses\\_and\\_Nursing\\_Students.pdf](http://www.rnao.org/Storage/45/4013_Violence_in_the_Workplace_Against_Nurses_and_Nursing_Students.pdf). Accesso effettuato il 19-08-2011.
163. American Association of Critical Nurses (AACN). AACN Public Policy. Position statement - Zero tolerance for abuse. 2004. [http://www.aacn.org/WD/Practice/Docs/PublicPolicy/Zero\\_Tolerance\\_for\\_Abuse.pdf](http://www.aacn.org/WD/Practice/Docs/PublicPolicy/Zero_Tolerance_for_Abuse.pdf). Accesso effettuato il 19-08-2011.
164. American Association of Critical Nurses (AACN). AACN Public Policy. Position statement - Workplace violence prevention. 2004. [http://www.aacn.org/WD/Practice/Docs/PublicPolicy/Workplace\\_Violence.pdf](http://www.aacn.org/WD/Practice/Docs/PublicPolicy/Workplace_Violence.pdf). Accesso effettuato il 05-10-2011.
165. Navigate Nursing. Eliminate workplace bullying. 2009. <http://www.navigatenursing.org/PDFs/Fact%20Sheet%20bullying.pdf>. Accesso effettuato il 19-08-2011.
166. Texas Nurses Association (TNA). Proposed resolution against lateral violence and bullying in nursing. Texas Nursing Winter 2010;9.
167. Condon EH. Report from ANA House of delegates. Hostility, abuse and bullying in the workplace - Resolutions adopted June, 2010. Virginia Nurses Today. August, September, October 2010;3.
168. American Nurses Association. Bullying and lateral violence – Bully tip card. <https://m360.centerforamericannurses.org/admin/forms/ViewForm.aspx?id=16711>. Accesso effettuato il 29-09-2011.
169. Studio Cataldi – Il diritto quotidiano. Il Mobbing - guida con raccolta di articoli e sentenze. Edizione aggiornata luglio 2016. Fonte: Il mobbing - guida con raccolta di articoli e sentenze ([www.StudioCataldi.it](http://www.StudioCataldi.it)).

- [http://www.studiocataldi.it/guide\\_legali/il-mobbing/](http://www.studiocataldi.it/guide_legali/il-mobbing/). Accesso effettuato il 18-08-2016.
170. Lachman VD. Ethical issues in the disruptive behaviors of incivility, bullying, and horizontal/lateral violence. *Medsurg Nurs.* 2014;23:56-8, 60.
171. Federazione dei Collegi IPASVI. Codice Deontologico dell'Infermiere. <http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm>  
Accesso effettuato il 21-10-2016.
172. Provincia di Barletta – Andria – Trani. Comitato Unico di Garanzia. <http://www.provincia.barletta-andria-trani.it/SettorieUffici/CUGComitatoUnicodiGaranzia.aspx>. Accesso effettuato il 18-08-2016.
173. Bandura A, Ross D, Ross SA. Transmission of aggression through imitation of aggressive models. *Journal of Abnormal and Social Psychology.* 1961;63:575-582.
174. Einarsen S, Hoel H, Notelaers G. Measuring bullying and harassment at work: validity, factor structure, and psychometric properties of the Negative Acts Questionnaire-Revised. *Work and Stress.* 2009;23:24–44.
175. Krebs RL. Disrespect--a study in hospital relationships. *Hosp Health Serv Adm.* 1976;21:67-72.
176. Hauge LJ, Skogstad A, Einarsen S Individual and situational predictors of workplace bullying: why do perpetrators engage in the bullying of others? *Work & Stress.* 2009;23:349-358.
177. Edwards SL, O'Connell CF. Exploring bullying: implications for nurse educators. *Nurse Educ Pract.* 2007;7:26-35.
178. Sergeant, ESG, 2016. Epitools epidemiological calculators. Ausvet Pty Ltd. Available at: <http://epitools.ausvet.com.au>. Accesso effettuato il 29-08-2014
179. Giorgi G, Arenas A, Leon-Perez JM. An operative measure of workplace bullying: the negative acts questionnaire across Italian companies. *Ind Health.* 2011;49:686-95.
180. Avanzi L, Balducci C, Fraccaroli F. Contributo alla validazione italiana del Copenhagen Burnout Inventory (CBI). *Psicologia della Salute.* 2013;2:120-135.
181. Rovai AP, Wightinga MJ, Robert Lucking R. The Classroom and School Community Inventory: development, refinement, and validation of a self-report

- measure for educational research. *Internet and Higher Education* 2004;7:263-280.
182. Einarsen, S, Raknes B.I. Harassment in the workplace and the victimization of men. *Violence and Victims*. 1997;12:247-263.
183. Maslach C. Different perspectives on job burnout. *Contemporary Psychology: APA Review of Books*. 2004;49:168–170.
184. \*\*Spence Laschinger HK, Finegan J, Wilk P. New graduate burnout: the impact of professional practice environment, workplace civility, and empowerment. *Nurs Econ*. 2009;27:377-83.
185. Leiter MP, Maslach C. Areas of worklife: A structured approach to organizational predictors of job burnout. In *Research in Occupational Stress and Well-Being*. 2004, P.L. Perrewe & D.C. Ganster eds. Vol. 3, pp. 91–134. Elsevier, Oxford.
186. Kristensen TS, Borritz M, Villadsen E, Christensen KB. The Copenhagen Burnout Inventory: a new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*. 2005;19:192-207.
187. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res Nurs Health*. 2006;29:489-97.
188. Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res Nurs Health*. 2007;30:459-67.
189. Zamanzadeh V, Rassouli M, Abbaszadeh A, Majd AH, Nikanfar A, Ghahramanian A. Details of content validity and objectifying it in instrument development. *Nursing Practice Today*. 2014;1:163-171.
190. DeVon HA, Block ME, Moyle-Wright P, Ernst DM, Hayden SJ, Lazzara DJ, Savoy SM, Kostas-Polston E. A psychometric toolbox for testing validity and reliability. *J Nurs Scholarsh*. 2007;39:155-64.
191. Yaghmale F. Content validity and its estimation. *Journal of Medical Education*. 2003;3:25-27.
192. Beckstead JW. Content validity is naught. *Int J Nurs Stud*. 2009;46:1274-83.
193. Squires A. A valid step in the process: a commentary on Beckstead (2009). *Int J Nurs Stud*. 2009;46:1284-5; author reply 1286-7.

194. Beckstead JW. On content validity: A response to Squires (2009). 2009 Sep;46:1286-7
195. Kümmerling, A., Hasselhorn, H.M., Tackenberg, P., the NEXT group, 2003. Psychometric properties of the scales used in the NEXT Study. In: Hasselhorn, H.M., Tackenberg, P., Mueller, B. H. (Eds.), Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe. Working Life Research Report 7, National Institute for Working Life, Stockholm, pp. 237–258.
196. Deltsidou A. Undergraduate nursing students' level of assertiveness in Greece: a questionnaire survey. *Nurse Educ Pract.* 2009;9:322-30.
197. Gilin Oore D, Leblanc D, Day A, Leiter MP, Spence Laschinger HK, Price SL, Latimer M. When respect deteriorates: incivility as a moderator of the stressor-strain relationship among hospital workers. *J Nurs Manag.* 2010;18:878-88.
198. Cortina LM, Magley VJ, Williams JH, Langhout RD. Incivility in the workplace: incidence and impact. *J Occup Health Psychol.* 2001;6:64-80.
199. Einarsen S, Hoel H. The Negative Acts Questionnaire: development, validation and revision of a measure of bullying at work. In: Paper presented at the 10th European Congress on Work and Organizational Psychology. Prague 2001.
200. Hutchinson M, Wilkes L, Vickers M, Jackson D. The development and validation of a bullying inventory for the nursing workplace. *Nurse Res.* 2008;15:19-29.
201. Guidroz AM, Burnfield-Geimer JL, Clark O, Schwetschenau HM, Jex SM. The nursing incivility scale: development and validation of an occupation-specific measure. *J Nurs Meas.* 2010;18:176-200.
202. Lewis PS, Malecha A. The impact of workplace incivility on the work environment, manager skill, and productivity. *J Nurs Adm.* 2011;41:41-7.
203. Aytolan Y; Dilek Y. Mobbing in the workplace by peers and managers: mobbing experienced by nurses working in healthcare facilities in Turkey and its effect on nurses. *J Clin Nurs.* 2007;16:1444-53.
204. Kelley K, Clark B, Brown V, Sitzia J. Good practice in the conduct and reporting of survey research. *Int J Qual Health Care.* 2003;15:261-6.

205. Fincham JE. Response rates and responsiveness for surveys, standards, and the journal. *Am J Pharm Educ.* 2008;15;72:43.
206. Manfreda KL, Bosnjak M, Berzelak J, Haas I, Vehovar V. Web surveys versus other survey modes. A meta-analysis comparing response rates. *International Journal of Market Research.* 2008;50:79-104.
207. Ministero della salute. Servizio sanitario nazionale, dati statistici 2011 su attività e personale 04-06-2014. [http://www.salute.gov.it/portale/news/p3\\_2\\_1\\_1\\_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=1607](http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=1607). Accesso effettuato il 02-09-2016
208. Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI. Albo IP - Analisi dei nuovi iscritti. Cosa è cambiato negli ultimi cinque anni. Rapporto 2012. Settembre 2013. [http://www.ipasvi.it/archivio\\_news/pagine/96/IPASVI%20-%20Albo%202012%20-%20Analisi%20dei%20nuovi%20iscritti.pdf](http://www.ipasvi.it/archivio_news/pagine/96/IPASVI%20-%20Albo%202012%20-%20Analisi%20dei%20nuovi%20iscritti.pdf) Accesso effettuato il 01-09-2016.
209. Sellers K, Millenbach L, Kovach N, Yingling JK. The prevalence of horizontal violence in New York State registered nurses. *J N Y State Nurses Assoc.* 2009 Fall-2010 Winter;40:20-5.
210. Wilson BL, Diedrich A, Phelps CL, Choi M. Bullies at work: the impact of horizontal hostility in the hospital setting and intent to leave. *J Nurs Adm.* 2011;41:453-8.
211. Aksakal FN, Karaşahin EF, Dikmen AU, Avci E, Ozkan S. Workplace physical violence, verbal violence, and mobbing experienced by nurses at a university hospital. *Turk J Med Sci.* 2015;45:1360-8.
212. Mayo Clinic Staff. Diseases and Conditions Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). Symptoms. <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/post-traumatic-stress-disorder/basics/symptoms/con-20022540> Accesso effettuato il 28-09-2016.
213. Cardoso M, Fornes-Vives JY, Margalida G. Implications of psychological harassment on witnesses: an observational study in nursing staff. *Enferm. Glob.* [online]. 2016;15:303-312.
214. Wing T, Regan S, Spence Laschinger HK. The influence of empowerment and incivility on the mental health of new graduate nurses. *J Nurs Manag.* 2013 Nov 28. doi: 10.1111/jonm.12190.

215. McIntyre K, Tomazic T, Katz B, Matsuo Hi. The online survey: its contributions and potential problems. JSM 2004. Statistics as a Unified Discipline. August 8-12, 2004 Toronto, Canada The American Statistical Association Conference; pp. 3998-4000.
216. Redazione Online. Smartphone per 7 italiani su 10. Ma uno su due non arriva a fine mese. Corriere della Sera Economia. [http://www.corriere.it/economia/15\\_gennaio\\_30/eurispes-2015-italiani-smartphone-discount-rate-87bc7846-a8a0-11e4-9642-12dc4405020e.shtml](http://www.corriere.it/economia/15_gennaio_30/eurispes-2015-italiani-smartphone-discount-rate-87bc7846-a8a0-11e4-9642-12dc4405020e.shtml) Accesso effettuato il 07-06-2016.
217. Giuseppe Migliorino. Gli smartphone rappresentano il 60% del mercato mobile italiano. Iphone Italia. 23-07-2015. <http://www.iphoneitalia.com/583234/gli-smartphone-rappresentano-il-60-del-mercato-mobile-italiano> Accesso effettuato il 07-06-2016.
218. Nulty DD. The adequacy of response rates to online and paper surveys: what can be done? Assessment & Evaluation in Higher Education. 2008;33:301-314.
219. Kroth PJ, McPherson L, Leverence R, Pace W, Daniels E, Rhyne RL, Williams RL; Prime Net Consortium. Combining web-based and mail surveys improves response rates: a PBRN study from PRIME Net. Ann Fam Med. 2009;7:245-8.
220. Sax LJ, Gilmartin SK, Bryant AN. Assessing response rates and nonresponse bias in web and paper surveys. Res High Educ. 2003;44:409-432.
221. Bethlehem J. How accurate are self-selection web surveys? Discussion paper (08014 Statistics Netherlands, The Hague/Heerlen, 2008. [https://www.researchgate.net/publication/238713376\\_How\\_accurate\\_are\\_self-selection\\_web\\_surveys](https://www.researchgate.net/publication/238713376_How_accurate_are_self-selection_web_surveys) Accesso effettuato il 07-06-2016.

### **Fonti bibliografiche non incluse nel testo**

- N1. Felblinger DM. Bullying, incivility, and disruptive behaviors in the healthcare setting: identification, impact, and intervention. Front Health Serv Manage. 2009;25:13-23.
- N2. Begley CM, Glacken M. Irish nursing students' changing levels of assertiveness during their pre-registration programme. Nurse Educ Today. 2004;24:501-10.

N3. Blanton BA, Lybecker C, Spring NM. A horizontal violence position statement 1998.

[http://proactivenurse.com/index.php?option=com\\_content&Itemid=22&id=83](http://proactivenurse.com/index.php?option=com_content&Itemid=22&id=83).

Accesso effettuato il 03-10-2011.

N4. Farrell G, Cubit K. Nurses under threat: a comparison of content of 28 aggression management programs. *Int J Ment Health Nurs*. 2005;14:44-53.

N5. Barrett A, Piatek C, Korber S, Padula C. Lessons learned from a lateral violence and team-building intervention. *Nurs Adm Q*. 2009;33:342-51.

N6. King-Jones M. Horizontal violence and the socialization of new nurses. *Creat Nurs*. 2011;17:80-6.

N7. Vessey J, DeMarco R, Gaffney, Budin W. Workplace bullying scenarios and solutions. Updated 2007. <http://www.nurse.com>. Accesso effettuato il 10-08-2011.

N8. Sincox AK, Fitzpatrick M. Lateral violence: calling out the elephant in the room. *Mich Nurse*. 2008;81:8-9.

N9. Woelfle CY, McCaffrey R. Nurse on nurse. *Nurs Forum*. 2007;42:123-31.

N10. Hutchinson M. Restorative approaches to workplace bullying: educating nurses towards shared responsibility. *Contemp Nurse*. 2009;32:147-55.

N11. Unison (2003) Bullying at work: guidelines for UNISON branches, stewards and safety representatives. London, UNISON

<https://www.unison.org.uk/upload/sharepoint/On%20line%20Catalogue/21695.pdf>

Accesso effettuato il 16-07-2014

N12. Yildirim D, Yildirim A. Development and psychometric evaluation of workplace psychologically violent behaviours instrument. *J Clin Nurs*. 2008;17:1361-70.

N13. Taylor S, White B, Muncer S. Nurses' structural model of work based stress. *J Adv Nurs*. 1999 Apr;29(4):974-83

N14. Leiper J. Nurse against nurse: how to stop horizontal violence. *Nursing*. 2005;35:44-5.

N15. Hutchinson M, Jackson D. The construction and legitimation of workplace bullying in the public sector: insight into power dynamics and organisational failures in health and social care. *Nurs Inq*. 2015;22:13-26.

N16. Trépanier SG, Fernet C, Austin S, Boudrias V. Work environment antecedents of bullying: a review and integrative model applied to registered nurses. *Int J Nurs Stud*. 2016;55:85-97.

- N17. Caza B., Cortina L.M. From insult to injury: explaining the impact of incivility. *Basic Appl Soc Psych.* 2007;29:335–350.
- N18. Reynolds G, Kelly S, Singh-Carlson S. Horizontal hostility and verbal violence between nurses in the perinatal arena of health care. *Nurs Manag (Harrow).* 2014;20:24-30.
- N19. Chen WC, Sun YH, Lan TH, Chiu HJ. Incidence and risk factors of workplace violence on nursing staffs caring for chronic psychiatric patients in Taiwan. *Int J Environ Res Public Health.* 2009;6:2812-21.
- N20. Hesketh KL, Duncan SM, Estabrooks CA, Reimer MA, Giovannetti P, Hyndman K, Acorn S. Workplace violence in Alberta and British Columbia hospitals. *Health Policy.* 2003;63:311-321.
- N21. Korhan EA, Guler EK, Khorshid L, Eser I. Mobbing experienced by nurses working in hospitals: an example of turkey. *International Journal of Caring Sciences.* 2014;7:642-651.
- N22. Terzioglu F, Temel S, Uslu Sahan F. Factors affecting performance and productivity of nurses: professional attitude, organisational justice, organisational culture and mobbing. *J Nurs Manag.* 2016 Mar 29. doi: 10.1111/jonm.12377.
- N23. Ulrich BT, Lavandero R, Hart KA, Woods D, Leggett J, Taylor D. Critical care nurses' work environments: a baseline status report. *Crit Care Nurse* 2006;26:46-57.
- N24. Ulrich BT, Lavandero R, Hart KA, Woods D, Leggett J, Friedman D, D'Aurizio P, Edwards SJ. Critical care nurses' work environments 2008: a follow-up report. *Crit Care Nurse* 2009;29:93-102.
- N25. DiMeglio K, Padula C, Piatek C, Korber S, Barrett A, Ducharme M, Lucas S, Piermont N, Joyal E, DeNicola V, Corry K. Group cohesion and nurse satisfaction: examination of a team-building approach. *J Nurs Adm.* 2005;35:110-20.
- N26. Price J, Mueller C. *The Handbook of Organizational Measurement.* Marstons Mills, Mass: Pitman Publishing; 1986.
- N27. Lucas MD, Atwood JR, Hagaman R. Replication and validation of anticipated turnover model for urban registered nurses. *Nurs Res.* 1993;42:29-35.
- N28. Hinshaw A, Smeltzer C, Atwood J. Innovation retention strategies for nursing staff. *J Nurs Admin.* 1987;17:8-16.

- N29. Hinds PS, Sanders CB, Srivastava DK, Hickey S, Jayawardene D, Milligan M, Olson MS, Puckett P, Quargnenti A, Randall EA, Tyc V. Testing the stress-response sequence model in paediatric oncology nursing. *J Adv Nurs*. 1998;28:1146-57.
- N30. Taunton RL, Bott MJ, Koehn ML, Miller P, Rindner E, Pace K, Elliott C, Bradley KJ, Boyle D, Dunton N. The NDNQI-Adapted Index of work satisfaction. *J Nurs Meas*. 2004;12:101-22.
- N31. Stamps, P. L. *Nurses and work satisfaction: An index for measurement* (2nd ed.). 1997, Chicago: Health Administration Press.
- N32. Adams A, Bond S. *Nursing Organisation in Acute Care: The Development of scales* (Report No 71). 1995. Centre for Health Services Research, University of Newcastle upon Tyne, Newcastle, UK.
- N33. Cooper JRM, Walker JT, Winters K, Williams PR, Askew R, Robinson JC. Nursing students' perceptions of bullying behaviours by classmates. *IJER*. 2009;19:212-225.
- N34. Celik SS, Bayraktar N. A study of nursing student abuse in Turkey. *Journal of Nursing Education*. 2004;43:330-336.
- N35. Einarsen S, Raknes B, Matthiesen S, Hellesøy O. *Negative Acts Questionnaire, revised*. 1994, Bergen, Norway: Bergen Bullying Research Group.
- N36. Gerry EM. An investigation into the assertive behaviour of trained nurses in general hospital settings. *J Adv Nurs*. 1989;14:1002-8.
- N37. Briles. J. *The Briies report on women in healthcare: Changing conflict to collaboration in a toxic workplace*. 1994, San Francisco: Jossey-Bass.
- N38. Burnfield JL, Clark OL, Devendorf SA, & Jex, S. M. Understanding workplace incivility: Scale development and validation. 2004; Poster presented at the 19th Annual Conference of the Society for Industrial and Organizational Psychology, Chicago, IL.
- N39. Gray-Toft P, Anderson JG. The Nursing Stress Scale: Development of an instrument. *Journal of Behavioral Assessment*. 1981;3:11-23.
- N40. Donovan MA, Drasgow F, Munson LJ. The Perceptions of Fair Interpersonal Treatment Scale: development and validation of a measure of interpersonal treatment in the workplace. *J Appl Psychol*. 1998;83:683-92.
- N41. Coverdale J, Gale C, Weeks S, Turbott S. A survey of threats and violent acts by patients against training physicians. *Med Educ*. 2001;35:154-9.

- N42. Cox HC, Araujo S, Sofield L. Verbal Abuse Survey. 2007. Available at: <https://home.comcast.net/~laura08723/vsurvey.htm> Acceso efectuato il 13-09-2011.
- N43. Clark CM, Landrum RE, Nguyen DT. Development and description of the Organizational Civility Scale (OCS). *J Theory Constr Test*. 2017;17:11-17
- N.44 DeMarco R, Roberts SJ, Norris A, McCurry MK. The development of the Nurse Workplace Scale: self-advocating behaviors and beliefs in the professional workplace. *J Prof Nurs*. 2008;24:296-301.
- N45. Keen, P. Caring for ourselves. In R. M. Neil, R. Watts (Eds.), *Caring and nursing: Explorations in feminist perspectives* (pp. 173–188). 1991, New York: National League for Nursing.
- N46. Magnavita N, Heponiemi T. Violence towards health care workers in a Public Health Care Facility in Italy: a repeated cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:108.
- N47. Arnetz JE: The Violent Incident Form (VIF): a practical instrument for the registration of violent incidents in the health care workplace. *Work & Stress*. 1998;12:17-28.
- N48. Cortina LM, Magley VJ. Patterns and profiles of response to incivility in the workplace. *J Occup Health Psychol*. 2009;14:272-88.
- N49. O'Reilly CA, Chatman J. Organizational commitment and psychological attachment: the effects of compliance, identification, and internalization on prosocial behavior. *J Appl Psychol*. 1986;71:492-499.
- N50. Pérez J, Hidalgo M. NTP 394: Satisfacción Laboral: Escala general de satisfacción [Job satisfaction: General Job Satisfaction Scale]. Madrid, Spain: INSHT. 1995
- N51. Salanova M, Schaufeli WB, Llorens S, Peiró JM, Grau R. Desde el “burnout” al “engagement”: Una nueva perspectiva? [From “burnout” to “engagement”: A new perspective?]. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. 2000;16:117-134.
- N52. Lobo A, Pérez-Echeverría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychol Med*. 1986;16:135-40.

- N53. Majer V, D'Amato A. Majer - D'Amato Organizational Questionnaire (M\_DOQ). Questionario Multidimensionale per la diagnosi del Clima Organizzativo. UNIPRESS Casa Editrice e libreria online. Padova, 2001.
- N54. D'Amato A, Zijlstra FRH. Psychological climate and individual factors as antecedents of work outcomes. *Eur J Work Organ Psy* 2008;17:33–54.
- N55. Einarsen, S., & Raknes, B.I. Mobbing i arbeidslivet [Bullying in working life]. 1991, Bergen: Institutt for samfunnspsykologi, Universitetet i Bergen.
- N56. Tsuno K, Kawakami N, Inoue A, Abe K. Measuring workplace bullying: reliability and validity of the Japanese version of the negative acts questionnaire. *J Occup Health*. 2010;52:216-26.

# **Allegato I – Configurazione online del QuINI v.3, Negative Acts Questionnaire – Revised (NAQ-R), Copenhagen Burnout Inventory (CBI), e – Classroom and School Community Inventory (CSCI)**

## **Questionario sulle Interazioni Negative tra Infermieri, versione 3 (QuINI v.3)**

Informazioni cronologiche

1. Nazionalità [Scrivere per esteso]
2. Sesso [Maschio; Femmina]
3. Età [Scrivere per esteso]
4. Stato civile [Celibe-Nubile; Coniugato/a-Convivente; Divorziato/a-Separato/a; Vedovo/a]
- 5.1 Titoli di studio non inerenti il percorso formativo infermieristico [Licenza Media]
- 5.2 Titoli di studio non inerenti il percorso formativo infermieristico [Scuola secondaria superiore]
- 5.3 Titoli di studio non inerenti il percorso formativo infermieristico [Diploma Universitario/Laurea Triennale]
- 5.4 Titoli di studio non inerenti il percorso formativo infermieristico [Laurea Specialistica/Laurea Magistrale]
- 5.5 Titoli di studio non inerenti il percorso formativo infermieristico [Master Universitario di 1° livello]
- 5.6 Titoli di studio non inerenti il percorso formativo infermieristico [Master Universitario di 2° livello]
- 5.7 Titoli di studio non inerenti il percorso formativo infermieristico [Diploma di Specializzazione]
- 5.8 Titoli di studio non inerenti il percorso formativo infermieristico [Diploma di Perfezionamento]
- 5.9 Titoli di studio non inerenti il percorso formativo infermieristico [Dottorato di Ricerca]
- 6.1 Titoli di studio inerenti il percorso formativo infermieristico [Scuola regionale per infermieri]

- 6.2 Titoli di studio inerenti il percorso formativo infermieristico [Diploma Universitario/Laurea Triennale]
- 6.3 Titoli di studio inerenti il percorso formativo infermieristico [Laurea Specialistica/Laurea Magistrale]
- 6.4 Titoli di studio inerenti il percorso formativo infermieristico [Master Universitario di 1° livello]
- 6.5 Titoli di studio inerenti il percorso formativo infermieristico [Master Universitario di 2° livello]
- 6.6 Titoli di studio inerenti il percorso formativo infermieristico [Dottorato di Ricerca]
7. Anzianità di servizio complessiva come infermiere/a [< 1 anno; 1 – 5 anni; 6 – 10 anni; 11 – 15 anni; 16 – 20 anni; > 20 anni]
8. Anzianità di servizio come infermiere/a nel servizio in cui Lei lavora attualmente [< 1 anno; 1 – 5 anni; 6 – 10 anni; 11 – 15 anni; 16 – 20 anni; > 20 anni]
9. In quale azienda presta attualmente servizio? [Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi; ex Azienda Sanitaria di Firenze; ex Azienda USL 7 di Siena]
10. Posizione contrattuale [Infermiere con contratto a termine; Infermiere a tempo indeterminato]
11. In quale tipologia di servizio è attualmente allocato? [Servizio I I 8; Pronto soccorso; SPDC, Terapia intensiva; Terapia sub intensiva; Sala operatoria; Medicina; Chirurgia; DH; Servizi di endoscopia; Radiologia e Interventistica; Ambulatorio ospedaliero; Ambulatorio sul territorio; Servizi psichiatria territoriale; ADI; Servizi di cure palliative territoriali; Hospice; Servizio infermieristico; Formazione personale/universitaria; Emodialisi; Altro]
12. Da quanti infermieri è composto il servizio in cui Lei opera attualmente? [Scrivere per esteso]
13. Che ruolo occupa attualmente? [Infermiere dirigente; Infermiere coordinatore; Infermiere/a turnista; Infermiere/a diurnista]
14. Negli ultimi 12 mesi Lei ritiene di essere stato/a oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione? [Sì; No; Non ho colleghi di pari grado]
15. Potrebbe indicare approssimativamente quanti colleghi hanno avuto atteggiamenti negativi nei suoi confronti? [Uno soltanto; Pochi; La metà del gruppo; Tutto il gruppo]
16. Di quali tipologie di atteggiamenti negativi è stato fatto oggetto negli ultimi 12 mesi? [Rivelazione ad altri di informazioni confidenziali]

16.2 Di quali tipologie di atteggiamenti negativi è stato fatto oggetto negli ultimi 12 mesi?  
[Indifferenza, scoraggiamento, e rifiuto di aiuto]

16.3 Di quali tipologie di atteggiamenti negativi è stato fatto oggetto negli ultimi 12 mesi?  
[Critiche frequenti/abituale, atteggiamenti sminuenti, di tendenza al biasimo]

16.4 Di quali tipologie di atteggiamenti negativi è stato fatto oggetto negli ultimi 12 mesi?  
[Chiacchiericci, false informazioni condivise con gli altri]

16.5 Di quali tipologie di atteggiamenti negativi è stato fatto oggetto negli ultimi 12 mesi?  
[Umiliazioni, condizioni in cui Lei è stato/a messo/a in imbarazzo]

16.6 Di quali tipologie di atteggiamenti negativi è stato fatto oggetto negli ultimi 12 mesi?  
[Atteggiamenti di isolamento professionale e/o sociale, esclusione dalle attività e/o conversazioni, “trattamento col silenzio”]

16.7 Di quali tipologie di atteggiamenti negativi è stato fatto oggetto negli ultimi 12 mesi?  
[Messaggi/informazioni importanti omessi o comunicati in ritardo]

16.8 Di quali tipologie di atteggiamenti negativi è stato fatto oggetto negli ultimi 12 mesi?  
[Assegnazione del lavoro/pazienti ingiusta]

16.9 Di quali tipologie di atteggiamenti negativi è stato fatto oggetto negli ultimi 12 mesi?  
[Intimidazioni, minacce]

16.10 Di quali tipologie di atteggiamenti negativi è stato fatto oggetto negli ultimi 12 mesi?  
[Mancato riconoscimento/accreditamento del lavoro svolto]

16.11 Di quali tipologie di atteggiamenti negativi è stato fatto oggetto negli ultimi 12 mesi?  
[Limitazioni alla possibilità di esprimere opinioni o idee]

16.12 Di quali tipologie di atteggiamenti negativi è stato fatto oggetto negli ultimi 12 mesi?  
[Atti di sabotaggio, compromissione nella sfera lavorativa e/o personale]

16.13 Di quali tipologie di atteggiamenti negativi è stato fatto oggetto negli ultimi 12 mesi?  
[Commenti sarcastici]

16.14 Di quali tipologie di atteggiamenti negativi è stato fatto oggetto negli ultimi 12 mesi?  
[Critiche ingiustificate, “incarnazione” del capro espiatorio]

16.15 Di quali tipologie di atteggiamenti negativi è stato fatto oggetto negli ultimi 12 mesi?  
[Lavoro giudicato in modo ingiusto]

16.16 Di quali tipologie di atteggiamenti negativi è stato fatto oggetto negli ultimi 12 mesi?  
[Insulti o commenti offensivi sulla Sua persona o la Sua vita privata]

17. Se è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione, potrebbe indicare in una scala da 0 a 10, quanto questi siano stati intensi negli ultimi 12 mesi?

18. Negli ultimi 12 mesi, è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione ad una frequenza di almeno una volta alla settimana per un periodo non inferiore a 6 mesi? [Sì; No]

19. Lei è tuttora oggetto di uno o più atteggiamenti di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione? [Sì; No]

20. Negli ultimi 12 mesi, Lei ha richiesto di cambiare reparto/servizio a causa di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione? [Sì; No]

21. Negli ultimi 12 mesi, Lei ha cambiato reparto/servizio a causa di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione? [Sì; No]

22. Negli ultimi 12 mesi, Lei ha pensato di lasciare la professione infermieristica a causa di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione? [Sì; No]

23. Se è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione negli ultimi 12 mesi, ritiene che questi abbiano avuto un'influenza sulle sue condizioni psicofisiche? [Sì; No]

24.1 Quali tra queste condizioni attribuibili agli atteggiamenti negativi di cui è stato fatto oggetto, ha sperimentato negli ultimi 12 mesi? [Ansia]

24.2 Quali tra queste condizioni attribuibili agli atteggiamenti negativi di cui è stato fatto oggetto, ha sperimentato negli ultimi 12 mesi? [Cefalea]

24.3 Quali tra queste condizioni attribuibili agli atteggiamenti negativi di cui è stato fatto oggetto, ha sperimentato negli ultimi 12 mesi? [Disturbi del sonno]

24.4 Quali tra queste condizioni attribuibili agli atteggiamenti negativi di cui è stato fatto oggetto, ha sperimentato negli ultimi 12 mesi? [Disturbi gastrointestinali]

24.5 Quali tra queste condizioni attribuibili agli atteggiamenti negativi di cui è stato fatto oggetto, ha sperimentato negli ultimi 12 mesi? [Ridotta auto-stima]

24.6 Quali tra queste condizioni attribuibili agli atteggiamenti negativi di cui è stato fatto oggetto, ha sperimentato negli ultimi 12 mesi? [Frequenti flashback, comparsa improvvisa di immagini relative ai vissuti di atteggiamenti negativi subiti dai colleghi]

24.7 Quali tra queste condizioni attribuibili agli atteggiamenti negativi di cui è stato fatto oggetto, ha sperimentato negli ultimi 12 mesi? [Apatia]

- 24.8 Quali tra queste condizioni attribuibili agli atteggiamenti negativi di cui è stato fatto oggetto, ha sperimentato negli ultimi 12 mesi? [Sensazione di disconnessione/alienazione]
- 24.9 Quali tra queste condizioni attribuibili agli atteggiamenti negativi di cui è stato fatto oggetto, ha sperimentato negli ultimi 12 mesi? [Depressione]
- 24.10 Quali tra queste condizioni attribuibili agli atteggiamenti negativi di cui è stato fatto oggetto, ha sperimentato negli ultimi 12 mesi? [Sensazione di difficoltà a respirare]
- 24.11 Quali tra queste condizioni attribuibili agli atteggiamenti negativi di cui è stato fatto oggetto, ha sperimentato negli ultimi 12 mesi? [Sensazione di tensione/dolenzia muscolare diffusa]
- 24.12 Quali tra queste condizioni attribuibili agli atteggiamenti negativi di cui è stato fatto oggetto, ha sperimentato negli ultimi 12 mesi? [Assenze dal lavoro intenzionali]
- 24.13 Quali tra queste condizioni attribuibili agli atteggiamenti negativi di cui è stato fatto oggetto, ha sperimentato negli ultimi 12 mesi? [Sensazione di stanchezza cronica, esaurimento]
- 24.14 Quali tra queste condizioni attribuibili agli atteggiamenti negativi di cui è stato fatto oggetto, ha sperimentato negli ultimi 12 mesi? [Sensazione ripetuta di nervosismo e rabbia]
- 24.15 Quali tra queste condizioni attribuibili agli atteggiamenti negativi di cui è stato fatto oggetto, ha sperimentato negli ultimi 12 mesi? [Facile suscettibilità]
- 24.16 Quali tra queste condizioni attribuibili agli atteggiamenti negativi di cui è stato fatto oggetto, ha sperimentato negli ultimi 12 mesi? [Frequente senso di colpa]
- 24.17 Quali tra queste condizioni attribuibili agli atteggiamenti negativi di cui è stato fatto oggetto, ha sperimentato negli ultimi 12 mesi? [Timore di andare a lavorare, perdita di voglia di andare a lavorare]
- 24.18 Quali tra queste condizioni attribuibili agli atteggiamenti negativi di cui è stato fatto oggetto, ha sperimentato negli ultimi 12 mesi? [Riduzione del senso di appartenenza all'organizzazione]
- 24.19 Quali tra queste condizioni attribuibili agli atteggiamenti negativi di cui è stato fatto oggetto, ha sperimentato negli ultimi 12 mesi? [Problemi di concentrazione sul lavoro]
- 24.20 Quali tra queste condizioni attribuibili agli atteggiamenti negativi di cui è stato fatto oggetto, ha sperimentato negli ultimi 12 mesi? [Errori sul lavoro]

24.21 Quali tra queste condizioni attribuibili agli atteggiamenti negativi di cui è stato fatto oggetto, ha sperimentato negli ultimi 12 mesi? [Dolore toracico, palpitazioni]

24.22 Quali tra queste condizioni attribuibili agli atteggiamenti negativi di cui è stato fatto oggetto, ha sperimentato negli ultimi 12 mesi? [Aumento eccessivo dell'assunzione di cibo, o riduzione dell'appetito]

24.23 Quali tra queste condizioni attribuibili agli atteggiamenti negativi di cui è stato fatto oggetto, ha sperimentato negli ultimi 12 mesi? [Sensazione che la vita lavorativa influenzi negativamente la Sua vita privata (famiglia, affetti)]

24.24 Quali tra queste condizioni attribuibili agli atteggiamenti negativi di cui è stato fatto oggetto, ha sperimentato negli ultimi 12 mesi? [Aumento del consumo di alcool, sigarette, sostanze]

25. Potrebbe esprimere in una scala numerica da 0 a 10, l'impatto che queste condizioni psicofisiche hanno avuto sul suo stato di salute generale?

26. Se negli ultimi 12 mesi è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione, ne ha parlato con qualcuno? [Sì; No]

27.1 Può dire con chi ne ha parlato? [Con i diretti interessati (i perpetratori degli atteggiamenti negativi)]

27.2 Può dire con chi ne ha parlato? [Con colleghi infermieri]

27.3 Può dire con chi ne ha parlato? [Con colleghi appartenenti ad altre categorie professionali (medici, operatori di supporto, etc...)]

27.4 Può dire con chi ne ha parlato? [Con il coordinatore infermieristico]

27.5 Può dire con chi ne ha parlato? [Con un infermiere dirigente]

27.6 Può dire con chi ne ha parlato? [Con membri del comitato unico di garanzia o organo aziendale analogo a tutela degli episodi di bullismo e mobbing sul luogo di lavoro]

27.7 Può dire con chi ne ha parlato? [Con rappresentanti sindacali]

28. Se è stato oggetto di atteggiamenti negativi da parte dei Suoi colleghi di pari grado e posizione negli ultimi 12 mesi, quanto ritiene in una scala da 0 a 10, che questi abbiano avuto un'influenza indiretta sulla sicurezza dei pazienti che ha assistito?

29. Negli ultimi 12 mesi, ha avuto modo di assistere ad atteggiamenti negativi (vedi elenco ad inizio pagina, contenuto della domanda 16) esercitati da suoi colleghi di pari grado e posizione nei confronti di altri colleghi? [Sì; No]

30. Negli ultimi 12 mesi, ritiene di aver assunto uno o più atteggiamenti negativi (vedi elenco ad inizio pagina, contenuto della domanda I6) nei confronti di suoi colleghi di pari grado e posizione? [Sì; No]

## **Negative Acts Questionnaire – Revised (NAQ-R)**

*Risposte su scala a 5 punti: Mai; Qualche volta; Ogni mese; Ogni settimana; Ogni giorno;*

- 1.Negli ultimi 6 mesi... [1. Qualcuno trattiene informazioni necessarie per il suo lavoro]
- 2.Negli ultimi 6 mesi... [2. Viene umiliato e ridicolizzato per ciò che fa sul lavoro]
- 3.Negli ultimi 6 mesi... [3. È tenuto a svolgere lavori che sono chiaramente inferiori al suo livello di competenza]
- 4.Negli ultimi 6 mesi... [4. Responsabilità cruciali che le competono le sono tolte o vengono sostituite con compiti di poca importanza]
- 5.Negli ultimi 6 mesi... [5. Vengono diffusi pettegolezzi e gossip che la riguardano]
- 6.Negli ultimi 6 mesi... [6. Viene ignorato, escluso o è soggetto a trasferimenti ingiustificati]
- 7.Negli ultimi 6 mesi... [7. Vengono fatti commenti offensivi o insulti sulla sua persona o sulla sua vita privata]
- 8.Negli ultimi 6 mesi... [8. È rimproverato in malo modo o è vittima di aggressività e rabbia]
- 9.Negli ultimi 6 mesi... [9. È oggetto di comportamenti intimidatori (ad es. invadono il suo spazio personale, le impediscono il passaggio, le puntano il dito contro)]
- 10.Negli ultimi 6 mesi... [10. Riceve segnali e/o suggerimenti che dovrebbe lasciare il suo lavoro]
- 11.Negli ultimi 6 mesi... [11. Le vengono continuamente fatti notare i suoi errori e i suoi sbagli]
- 12.Negli ultimi 6 mesi... [12. Lei viene ignorato o quando si avvicina agli altri deve affrontare reazioni ostili]
- 13.Negli ultimi 6 mesi... [13. Il suo lavoro e il suo impegno vengono continuamente criticati]
- 14.Negli ultimi 6 mesi... [14. Le vengono assegnati compiti con obiettivi o con scadenze irragionevoli]
- 15.Negli ultimi 6 mesi... [15. È soggetto a false accuse]
- 16.Negli ultimi 6 mesi... [16. È soggetto a eccessivo sarcasmo e prese in giro nei suoi confronti]
- 17.Negli ultimi 6 mesi... [17. È esposto ad un carico di lavoro impossibile da gestire]

## **Copenhagen Burnout Inventory (CBI)**

*Risposte su scala a 5 punti: Mai o Quasi mai; Raramente; Qualche volta; Spesso; Sempre*

1. In generale: [1. Quanto spesso si sente stanco?]
2. In generale: [2. Quanto spesso si sente fisicamente esausto?]
3. In generale: [3. Quanto spesso si sente emotivamente esausto?]
4. In generale: [4. Quanto spesso pensa: “Non posso andare avanti così”?]
5. In generale: [5. Quanto spesso si sente sfinito?]
6. In generale: [6. Quanto spesso si sente debole e suscettibile alle malattie?]
7. In generale: [7. Si sente sfinito alla fine di una giornata lavorativa?]
8. In generale: [8. La mattina, al pensiero di un'altra giornata lavorativa da affrontare, si sente già esausto?]
9. In generale: [9. Sente che ogni ora di lavoro è per lei stancante?]
10. In generale: [10. Ha abbastanza energie per la famiglia e gli amici durante il tempo libero?]
11. In generale: [11. È stanco di lavorare (a contatto) con i pazienti?]
12. In generale: [12. Le capita di chiedersi per quanto tempo sarà ancora capace di lavorare a contatto con i pazienti?]
13. In generale: [13. Il suo lavoro è emotivamente spossante?]
14. In generale: [14. Si sente consumato e spento a causa del suo lavoro?]
15. In generale: [15. È frustrato dal suo lavoro?]
16. In generale: [16. Trova difficile lavorare a contatto con i pazienti?]
17. In generale: [17. Trova frustrante lavorare con i pazienti?]
18. In generale: [18. Lavorare con i pazienti esaurisce le sue energie?]
19. In generale: [19. Sente che dà di più rispetto a quanto riceve in cambio, quando lavora con i pazienti?]

## **Classroom and School Community Inventory (CSCI), Sense of Community (SOC), adattamento alla comunità infermieristica**

*Risposte su scala Likert a 5 punti: Fortemente in disaccordo; Disaccordo; Neutrale; D'accordo; Fortemente d'accordo*

- 1.[I partecipanti alla comunità infermieristica si rispettano a vicenda]
- 2.[Se ho bisogno di un consiglio posso ricevere un'opinione tempestiva dagli altri]
- 3.[Mi sento legato agli altri partecipanti]
- 4.[Credo che in questa comunità si raggiunga solo una conoscenza modesta]
- 5.[Mi fido degli altri partecipanti della comunità infermieristica]
- 6.[Sono convinto che da questa esperienza possa ottenere ampie opportunità di conoscenza]
- 7.[Sono convinto di poter contare sugli altri partecipanti alla comunità infermieristica]
- 8.[Sono convinto che i miei obiettivi non possano essere raggiunti in questa comunità]
- 9.[Sono convinto che i partecipanti a questa comunità mi supporterebbero]
- 10.[Sono convinto che questa comunità promuova il desiderio di apprendere]

## Allegato 2 – Tabelle di pesatura degli item delle sottoscale del QuINI v.3

Nelle tabelle di qui a seguito si riportano i valori di  $r$  di Pearson dei singoli item del QuINI a risposta con valori continui, nei confronti dei criteri esterni e delle sottoscale interne dello strumento per valutarne il peso relativo che ciascuno assume all'interno del questionario.

Analogo procedimento è stato svolto per gli item a risposta binomiale, usando i valori di  $\chi^2$  ottenuti dalle associazioni con i criteri esterni e le sottoscale interne dello strumento, questa volta discretizzati. In caso i valori non siano statisticamente significativi si riporta il segno - .

Legenda: NAQ\_Per – Negative Acts Questionnaire Revised\_Personal bullying; NAQ\_work – Negative Acts Questionnaire Revised\_Work related bullying; CBI\_per – Copenhagen Burnout Inventory\_Personale; CBI\_lav – Copenhagen Burnout Inventory\_lavorativo; CBI\_paz – Copenhagen Burnout Inventory\_paziente; SOC/CSCI – Sense of Community/ Classroom and School Community Inventory; Scala\_1 – QuINI Sottoscala “Percezione QuINI”; Scala\_2 – QuINI Sottoscala “Totale colleghi bulli”; Scala\_3 – QuINI Sottoscala “Atteggiamenti totali”; Scala\_4 – QuINI Sottoscala “Totale sintomi”; Scala\_5 – QuINI Sottoscala “Totale richiesta aiuto”; Scala\_6 – QuINI Sottoscala “Frequenza e presenza attuale mobbing” (da pesare); Scala\_7 – QuINI Sottoscala “Idiosincrasie lavorativo-professionali”; Scala\_8 – QuINI Sottoscala “Agentività”; Tot – Totale

**Tabella Scala 1 (Domande 17 – 25 – 28) (Continue)**

	NAQ_per	NAQ_work	CBI_per	CBI_lav	CBI_paz	SOC/CSCI	Scala_1	Scala_2	Scala_3	Scala_4	Scala_5	Scala_6	Scala_7	Scala_8	Tot
<b>D17</b>	0.562	0.251	0.324	0.305	0.78	-0.400	0.923	0.827	0.810	0.677	0.735	0.733	0.533	0.352	8.212
<b>D25</b>	0.540	0.259	0.375	0.371	0.123	-0.345	0.903	0.654	0.654	0.884	0.557	0.623	0.595	0.273	7.156
<b>D28</b>	0.450	0.270	0.266	0.299	0.145	-0.210	0.791	0.540	0.547	0.547	0.486	0.506	0.408	0.266	5.731

**Tabella Scala 2 (Domanda 15) (Binomiale)**

	NAQ_per	NAQ_work	CBI_per	CBI_lav	CBI_paz	SOC/CSCI	Scala_1	Scala_2	Scala_3	Scala_4	Scala_5	Scala_6	Scala_7	Scala_8	Tot
<b>D15</b>	0.493	0.206	0.294	0.289	0.98	-0.414	0.783	1	0.783	0.616	0.719	0.732	0.478	0.386	8.173

**Tabella Scala 3 (Domanda 16) (Binomiale)**

	NAQ_per	NAQ_work	CBI_per	CBI_lav	CBI_paz	SOC/CSCI	Scala_1	Scala_2	Scala_3	Scala_4	Scala_5	Scala_6	Scala_7	Scala_8	Tot
D16.1	34.781	-	8.906	4.379	-	-	84.176	38.702	180.397	86.652	48.004	104.781	71.176	28.889	690.843
D16.2	41.415	14.200	18.288	16.414	-	20.688	249.908	90.186	266.219	195.295	122.941	296.867	136.709	43.005	1512.135
D16.3	79.263	9.571	17.568	14.187	-	7.506	283.218	76.00	403.059	217.560	95.143	439.394	118.642	61.039	1822.15
D16.4	108.474	5.298	41.623	26.985	-	9.925	300.413	143.590	484.401	211.363	226.432	446.950	173.673	116.534	2295.661
D16.5	26.264	-	-	-	-	7.372	155.795	63.483	222.585	141.164	93.673	102.292	109.617	11.797	934.042
D16.6	56.439	19.747	29.868	14.584	-	14.431	275.051	194.517	328.619	216.513	73.347	298.890	112.324	35.031	1669.361
D16.7	56.927	29.733	26.550	29.496	8.634	19.479	195.309	155.506	347.617	149.407	81.057	215.829	112.588	33.292	1461.424
D16.8	18.218	6.044	4.465	8.569	-	7.155	109.253	80.681	162.001	105.155	60.902	83.220	48.579	25.988	720.23
D16.9	21.855	7.471	-	3.937	-	-	87.551	59.929	135.627	91.036	90.472	54.988	65.892	10.479	629.237
D16.10	74.214	40.243	22.294	27.889	5.665	24.095	365.820	97.034	477.851	273.935	169.046	293.302	209.104	53.846	2134.338
D16.11	29.937	16.285	15.873	15.636	-	10.222	157.427	128.243	275.980	181.100	109.027	135.440	88.402	42.502	1206.074
D16.12	19.128	6.856	13.801	12.295	-	9.893	122.530	37.764	214.815	85.694	89.741	120.816	90.756	21.135	845.224
D16.13	74.408	-	11.488	12.646	-	10.557	214.194	95.560	428.049	193.983	210.413	307.566	132.081	74.467	1765.412
D16.14	38.112	-	7.625	-	-	9.530	112.508	117.312	176.061	114.036	95.160	93.237	101.499	15.370	880.45
D16.15	43.823	8.986	17.509	22.095	-	13.570	238.835	91.839	309.457	166.769	76.233	177.469	107.519	32.714	1306.818
D16.16	34.585	5.382	6.789	4.604	-	5.606	102.740	65.051	239.952	94.183	146.185	98.933	86.803	17.804	908.617

**Tabella Scala 4 (Domanda 24) (Binomiale)**

	NAQ_per	NAQ_work	CBI_per	CBI_lav	CBI_paz	SOC/CSCI	Scala_1	Scala_2	Scala_3	Scala_4	Scala_5	Scala_6	Scala_7	Scala_8	Tot
D24.1	72.834	18.843	51.086	53.020	9.005	25.371	506.012	106.603	220.315	637.760	86.767	305.256	304.652	49.792	2447.316
D24.2	27.298	-	15.325	19.708	4.475	4.257	198.326	49.827	129.761	266.443	38.666	140.899	147.777	17.612	1060.374
D24.3	79.518	21.563	41.883	46.243	7.670	27.740	498.536	163.429	261.362	718.246	94.440	300.320	315.717	58.884	2635.551
D24.4	41.809	12.086	13.886	23.386	5.137	-	199.397	49.338	146.239	329.882	119.773	113.389	170.541	19.619	1244.482
D24.5	33.811	-	21.412	24.001	-	16.828	337.942	57.574	137.208	496.691	55.150	202.626	264.250	35.438	1682.931
D24.6	43.050	15.114	19.606	27.435	-	8.202	248.598	91.835	162.001	356.633	48.427	140.256	167.387	20.885	1349.429
D24.7	46.055	11.681	30.390	32.793	11.220	12.179	193.783	85.902	128.534	297.902	46.338	122.765	119.355	26.996	1165.893
D24.8	17.927	5.683	15.786	17.062	-	9.493	111.180	44.969	81.596	179.491	6.305	78.669	81.226	11.789	661.176
D24.9	24.971	7.315	32.318	20.562	-	10.752	213.717	111.194	122.568	325.850	26.499	153.340	181.077	13.822	1243.985
D24.10	11.201	4.206	9.980	7.360	3.830	5.255	88.414	24.452	66.955	139.390	22.433	35.567	47.513	-	466.556
D24.11	30.936	10.533	24.067	37.424	16.099	9.043	209.185	105.104	151.844	266.380	34.642	142.423	138.515	19.175	1195.37
D24.12	16.457	5.148	7.745	11.828	-	-	79.752	61.414	54.725	114.811	49.803	57.803	117.025	7.621	584.132
D24.13	45.320	19.287	45.658	56.561	10.928	10.222	340.832	170.170	197.321	514.430	82.427	212.160	264.506	27.932	1997.754
D24.14	67.175	22.803	34.378	46.910	-	21.762	507.334	114.179	293.813	675.132	137.526	314.511	244.304	51.074	2530.901

	NAQ_per	NAQ_work	CBI_per	CBI_lav	CBI_paz	SOC/CSCI	Scala_1	Scala_2	Scala_3	Scala_4	Scala_5	Scala_6	Scala_7	Scala_8	Tot
D24.15	52.903	7.312	26.760	32.458	11.625	11.665	313.228	98.766	182.197	500.153	78.787	197.722	248.629	40.140	1802.345
D24.16	12.221	-	10.769	5.906	-	-	98.066	21.694	59.112	124.707	13.961	48.418	81.334	6.063	482.251
D24.17	59.300	14.337	33.022	27.611	5.309	15.092	442.572	176.591	239.605	576.020	126.690	277.482	354.996	34.451	2383.078
D24.18	69.897	24.420	32.621	39.076	5.030	25.807	472.555	143.984	264.173	724.674	101.492	326.459	280.151	55.450	2565.789
D24.19	44.796	7.167	29.308	35.216	-	-	208.198	56.415	115.305	330.732	31.364	148.080	161.151	18.694	1186.426
D24.20	14.713	9.917	17.069	18.130	-	-	102.908	6.965	47.573	157.919	31.238	66.300	100.497	8.857	582.086
D24.21	14.075	5.907	8.933	9.594	-	6.940	93.234	59.904	82.816	145.557	35.397	59.343	86.021	5.570	613.291
D24.22	29.637	12.277	17.019	21.639	-	12.179	219.224	75.955	163.167	333.457	49.906	126.656	112.523	15.477	1189.116
D24.23	49.252	20.194	34.063	34.704	7.969	22.012	457.451	271.154	249.585	596.673	85.894	295.508	261.475	44.819	2430.753
D24.24	12.367	5.148	-	-	-	-	89.426	10.069	47.074	127.083	34.051	35.360	64.952	8.719	434.249

**Tabella Scala 5 (Domanda 27) (Binomiale)**

	NAQ_per	NAQ_work	CBI_per	CBI_lav	CBI_paz	SOC/CSCI	Scala_1	Scala_2	Scala_3	Scala_4	Scala_5	Scala_6	Scala_7	Scala_8	Tot
D27.1	44.711	-	4.331	-	-	11.794	154.369	50.599	159.690	104.690	589.316	235.789	117.400	64.407	1537.096
D27.2	84.808	12.046	22.758	17.471	-	24.708	318.429	71.511	291.074	222.082	382.666	472.321	163.689	134.004	2217.567
D27.3	33.315	-	8.842	8.734	-	7.048	189.706	81.542	134.280	158.359	327.090	168.786	120.470	32.270	1270.442
D27.4	48.822	-	13.472	9.391	-	12.288	250.786	41.158	202.486	178.444	604.103	280.413	172.250	62.085	1875.698
D27.5	20.108	10.456	10.181	11.505	-	-	195.655	63.397	189.829	129.798	307.631	143.716	150.794	18.966	1252.036
D27.6	-	5.937	-	-	-	-	22.846	16.945	19.999	40.887	32.761	22.961	54.209	4.948	221.493
D27.7	13.082	5.022	-	5.630	-	-	94.530	48.919	85.221	94.506	211.228	92.536	129.273	9.395	789.342

**Tabella Scala 6 (Domande 18 – 19) (Binomiale)**

	NAQ_per	NAQ_work	CBI_per	CBI_lav	CBI_paz	SOC/CSCI	Scala_1	Scala_2	Scala_3	Scala_4	Scala_5	Scala_6	Scala_7	Scala_8	Tot
D18	117.847	24.181	44.699	33.392	-	25.330	547.430	262.349	345.578	424.918	211.404	816.696	325.249	75.062	3254.135
D19	126.051	14.573	43.499	40.506	6.357	20.254	394.637	154.439	346.177	278.624	137.419	1058.655	165.950	112.674	2899.815

**Tabella Scala 7 (Domande 20 – 21 – 22) (Binomiale)**

	NAQ_per	NAQ_work	CBI_per	CBI_lav	CBI_paz	SOC/CSCI	Scala_1	Scala_2	Scala_3	Scala_4	Scala_5	Scala_6	Scala_7	Scala_8	Tot
D20	48.049	12.031	22.094	22.094	8.673	7.794	247.634	84.505	109.139	298.983	180.638	186.647	761.826	35.213	2025.32
D21	11.703	3.913	5.526	6.282	-	-	115.923	11.597	70.072	137.513	141.878	39.267	297.345	14.898	855.917
D22	59.295	16.760	42.341	52.905	7.231	11.043	229.328	104.414	170.885	309.827	120.745	177.108	824.890	36.685	2163.457

**Tabella Scala 8 (Domande 29 – 30) (Binomiale)**

	NAQ_per	NAQ_work	CBI_per	CBI_lav	CBI_paz	SOC/CSCI	Scala_1	Scala_2	Scala_3	Scala_4	Scala_5	Scala_6	Scala_7	Scala_8	Tot
D29	81.900	34.377	22.735	25.644	16.707	18.968	98.054	21.296	81.989	81.280	58.788	137.281	50.371	1305.203	2034.593
D30	31.397	21.121	29.864	15.986	-	16.562	67.804	17.778	39.650	45.312	30.535	66.737	39.218	187.815	609.779

