

Stefano Bambi¹, Enrico Lumini², Giovanni Becattini³, Alberto Lucchini⁴, Laura Rasero⁵

Violenza orizzontale e bullismo nella professione infermieristica

¹ Terapia Intensiva di Emergenza e del Trauma, Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze - Università degli Studi di Firenze

² Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze

³ Servizio Infermieristico ed Ostetrico - Azienda USL 7, Siena

⁴ Terapia Intensiva Generale, Dipartimento di emergenza e urgenza - Azienda Ospedaliera San Gerardo, Monza - Università degli Studi di Milano-Bicocca

⁵ Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica Università degli Studi di Firenze

RIASSUNTO. *Introduzione.* Bullismo e violenza orizzontale sono aspetti particolari della violenza sul luogo di lavoro, attualmente all'attenzione delle organizzazioni professionali del mondo infermieristico. *Obiettivo.* Evidenziare la diffusione del fenomeno a livello internazionale, le caratteristiche, le conseguenze e le possibili soluzioni. *Metodi.* Revisione di letteratura mediante i database Medline e CINAHL, utilizzando le seguenti parole chiave: "lateral", "horizontal", "hostility", "bullying", "mobbing", "violence", "nursing". *Risultati.* Sono stati selezionati ed inclusi 30 studi originali. La prevalenza del bullismo tra infermieri varia in un range da 5.7% al 94% degli infermieri intervistati. Le violenze orizzontali oscillano, invece, tra il 1.3% ed il 65%. Le forme di abuso sperimentate dagli infermieri vanno dalle molestie di tipo razziale, in misura minore (4.5%), per arrivare agli abusi emozionali (fino al 62.4%) e all'essere oberati da carichi di lavoro ingestibili (71%). Esiste una forte relazione tra la scarsa qualità dei rapporti interpersonali e la maggior frequenza di abusi da parte di colleghi e superiori. Il bullismo è sensibilmente maggiore nei confronti di chi ha meno anzianità di servizio, ed è anagraficamente più giovane. I problemi più comuni delle vittime vanno dall'ansia, alla cefalea, ai sintomi gastrointestinali fino a quelli tipici del disturbo da stress post-traumatico (dal 25% al 55% dei casi). Le vittime di bullismo hanno un'alta proporzione di intenzionati a dimettersi (50%), ed una propensione 3 volte maggiore degli altri a lasciare la professione ($p < 0.001$). *Discussione.* La teoria dei comportamenti del gruppo oppresso è tra le più accreditate per spiegare bullismo e violenza orizzontale tra infermieri, seppur attualmente non validata. Permangono difficoltà nel comparare i dati della letteratura a causa della mancanza di definizioni univoche dei fenomeni di bullismo e violenza orizzontale. Rimangono molto limitati i lavori presenti circa la sperimentazione di possibili misure preventive e reattive.

Parole chiave: infermieri, bullismo, violenza orizzontale, violenza sul posto di lavoro.

ABSTRACT. *Introduction.* Bullying and horizontal violence are particular features of workplace violence, currently under the attention of professional organizations in the nursing world. *Objective.* To highlight the spread of the phenomenon, the characteristics, consequences and possible solutions. *Methods.* Literature review through Medline and CINAHL databases using the following keywords: "lateral", "horizontal", "hostility", "bullying", "workplace bullying", "violence", "nursing". *Results.* 30 original studies were selected and included in the review.

Introduzione

Il termine "violenza sul posto di lavoro" ricomprende, oggi, tutte le forme con cui l'abuso e l'aggressione si manifestano all'interno del mondo del lavoro. In letteratura il trend sembra volgere all'utilizzo quasi esclusivo di parole quali "violenza sul posto di lavoro" o "aggressione sul posto di lavoro" (1). Attualmente, infatti, in ambito sanitario, i termini violenza e aggressione sono diventati intercambiabili (2).

Una delle forme della violenza sul posto di lavoro è costituita dal bullismo, che è il cattivo utilizzo del potere o della posizione all'interno dell'organizzazione. Può determinare riduzione della performance lavorativa e sentimenti di paura, rabbia, impotenza e senso di offesa (1). È un fenomeno coercitivo e persecutorio, aperto o subdolo, spesso difficile da identificare e affrontare (2, 3). Rispetto ad altre tipologie di aggressioni, il bullismo si distingue per la ripetuta natura degli incidenti e per l'intenzione di causare danno. Il bullismo non si limita manifestarsi con aggressioni aperte ed ostilità, come strillare ed urlare, ma include anche azioni subdole come diffondere dicerie, nascondere informazioni e pratiche di esclusione. La natura insidiosa e implacabile del bullismo rende difficile per le organizzazioni, rispondere adeguatamente, e, per la vittima, resistere" (2). Le tipiche manifestazioni includono la critica sistematica, il sabotaggio, l'intimidazione, le minacce, la violenza, l'umiliazione, le richieste di lavoro eccessive o la distribuzione dei carichi non equa, il blocco di opportunità per avanzamenti di carriera, la rimozione di responsabilità e il cattivo uso del potere. Questo fenomeno avviene tra persone di uguale o differente rango. Il bullismo include spesso anche il "mobbing", dove il perpetratore coinvolge altri a partecipare (volontariamente o involontariamente) al bullismo" (2).

Le modalità di azione del bullismo sono (2):

- bullismo diretto: comprende l'abuso fisico
- bullismo diretto verbale: comprende l'abuso verbale
- bullismo indiretto verbale: comprende la diffusione di dicerie, e il parlar male dei colleghi

Un criterio importante da un punto di vista "diagnostico" per il bullismo, è quello temporale. Una sorta di

The prevalence of bullying varies from 5.7% to 94% of surveyed nurses. The horizontal violence percentages are, instead, 1.3% and 65%. The forms of abuse experienced by nurses are ranging from racial harassment (less frequent, 4.5%), to emotional abuse (up to 62.4%) and being burdened with unmanageable workloads (71%). There is a strong correlation between poor quality of interpersonal relationships and the greater rate of abuse perpetrated by peer colleagues and superiors. Bullying is significantly higher among those who have less seniority, and are younger. The most common problems reported by victims, range from anxiety, to headache, gastrointestinal symptoms, and finally to those typical of post-traumatic stress disorder (from 25% to 55%). The victims of bullying have a high proportion of intent to resign (50%), and a 3-fold greater propensity than others to leave the profession ($p < 0.001$). Discussion. The theory Oppressed Group Behavior is the most reliable to explain bullying and horizontal violence among nurses, although currently not validated. There are difficulties in comparing the data about bullying and horizontal violence from the literature due to the lack of agreed definitions. Studies about prevention and management of problems derived from bullying and horizontal violence are still scant.

Key words: nurses, bullying, horizontal violence, workplace violence.

regola empirica individua che il bullismo, per essere considerato tale, sia caratterizzato da almeno due atti vessatori, settimanalmente o più spesso, per non meno di 6 mesi, in situazioni dove la vittima trova difficile difendersi contro queste azioni e fermare gli abusi (4).

Il Royal College of Nursing elenca una lista non esaustiva di comportamenti che tratteggiano il bullismo (1):

- comportamenti sadici o aggressivi per periodi di tempo
- esclusione da incontri, riunioni
- umiliazioni e messa in ridicolo
- conduzione di critiche in pubblico allo scopo di umiliare
- critiche infondate persistenti, in privato
- trattare i colleghi come bambini
- cambiare irragionevolmente o senza giustificazioni, le responsabilità di lavoro
- ritiro deliberato di informazioni per influenzare la performance di un collega
- costante cambiamento di scadenze di lavoro o linee guida.

La violenza orizzontale è il termine che sta ad identificare il bullismo di tipo intra-professionale. La discriminante è che per configurarsi una condizione di bullismo, ci deve essere una differenza di potere reale o almeno percepita tra il perpetratore e la vittima (5).

Attualmente esiste un'oggettiva difficoltà nel differenziare le definizioni e le sfumature, infatti in letteratura infermieristica, il bullismo è spesso definito come 'violenza laterale/orizzontale', 'abuso verbale', o 'aggressione sul luogo di lavoro', rendendo difficile comparare i risultati dei singoli studi di ricerca, e condurre studi su altri gruppi di lavoratori (4). Questo determina un importante ostacolo nella distinzione delle varie manifestazioni e nel delineare le caratteristiche epidemiologiche, le conseguenze e le reazioni da parte degli individui e delle organizzazioni che ospitano questi fenomeni.

Le conseguenze del bullismo e della violenza orizzontale si ripercuotono non solo sulla vittima ma sull'intero sistema, determinando ambienti di lavoro insalubri, disgregazione dei team di lavoro, erosione della lealtà e del coinvolgimento dei lavoratori, fino ad avere un impatto diretto sulla riduzione della quota di reclutamento e della ritenzione del personale nel posto di lavoro (2, 6).

Bullismo e violenza orizzontale sono all'attenzione delle organizzazioni professionali del mondo infermieristico, in stato di allarme circa la diffusione, le conseguenze e la necessità di prevenire e contrastare la loro insorgenza (1, 2, 6, 7, 8, 9, 10, 11).

Un'indagine pubblicata nel 2006 su 520 infermieri ed ostetriche irlandesi, ha evidenziato che lo stress ed bullismo sul posto di lavoro sono tra le maggiori priorità per la ricerca infermieristica (76%), a pari merito con la qualità di vita dei pazienti cronici, venendo soltanto al secondo posto rispetto all'impatto della scarsità dello staff infermieristico per quanto riguarda la ritenzione professionale nei luoghi di lavoro (80%) (12).

L'obiettivo della presente revisione di letteratura è quello di far luce sulla diffusione, le manifestazioni, le conseguenze e le possibili soluzioni del bullismo e della violenza orizzontale nel mondo infermieristico.

Materiali e metodi

La ricerca bibliografica è stata effettuata mediante la consultazione dei database Medline, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINHAL), ed il motore di ricerca aspecifico Google, utilizzando in diverse combinazioni le seguenti parole chiave: "lateral", "horizontal", "hostility" "bullying" "mobbing" "violence" "nursing". I criteri di inclusione prevedevano articoli relativi a studi sperimentali, osservazionali, descrittivi, ed eventuali revisioni sistematiche e metanalisi, in lingua italiana o inglese. La consultazione dei database è avvenuta senza porre limiti di tempo fino al novembre 2011. Dopo l'eliminazione di articoli non pertinenti l'argomento, cioè quelli relativi al bullismo in ambito non prettamente infermieristico, le revisioni narrative di letteratura, e gli editoriali, sono stati selezionati 30 studi originali.

Risultati

Prevalenza del fenomeno e perpetratori

In tabella I sono riportate le prevalenze dei fenomeni di bullismo a carico degli infermieri, distinguendo laddove presenti, le quote di violenza orizzontale. La percentuale più alta di vittime di bullismo in ambito infermieristico proviene dallo studio di Simons e collaboratori del 2011, pari al 94% su 511 infermieri statunitensi rispondenti ad un questionario (13).

Proporzioni simili (86,5%) sono state registrate in Turchia da Yildirim et al. nel 2007 (14). La professione infermieristica, nel paese in cui la ricerca è stata condotta, è appannaggio legale delle sole donne (14). In questo lavoro le infermiere risultano perpetratrici di abusi al secondo e terzo

Tabella I. Prevalenza di violenza laterale e bullismo a carico del personale infermieristico e tipologia di perpetratori

Autori	Violenza laterale	Bullismo	Perpetratori in ordine di frequenza
Abe et al. (2010) (46)		81%	<i>Non specificati</i>
Camerino et al. (2008) (16)	Belgio 4% Germania 8.6% Finlandia 3.7% Francia 6.6% Italia 5.6% Polonia 12.3% Slovacchia 2.6% Olanda 1.3%, Totale 5.7%.	5.7% 11.2% 4.1% 10.8% 7% 18% 5.6% 1.3 8.1	Superiori Infermieri
Chen et al. (2008) (21)		15.8%	<i>Membri dello staff non specificati</i>
Griffin M. (2004) (39)	46%		Infermieri
Hesketh et al. (2003) (18)		52.9%	Pazienti Familiari/Visitatori Medici Infermieri Altri
Johnson et al. (2009) (19)		27.3%	Manager/direttori infermieri clinici Infermieri responsabili di processo Lavoratori di altri dipartimenti Subordinati
Khalil D. (2009) (20)	29%	33%	Infermieri manager Infermieri
Kwok et al. (2006) (17)		45%	Senior/Manager Pazienti Familiari/visitatori Medici Infermieri Altri colleghi
Laschinger et al. (2010) (37)		33%	<i>Non specificato</i>
Lewis et al. (2011) (47)		84.8%	Pazienti/visitatori Medici Manager Infermieri
McKenna et al. (2003) (38)	58%		Infermieri
Pai et al. (2011) (22)		29.8%	Pazienti Familiari Collegi esterni Supervisor Membri dello staff
Sellers et al. (2010) (32)	29.4%		Infermieri
Simons S. (2008) (31)	31%		Infermieri
Simons et al. (2011) (13)		94%	Manager Infermieri
Stanley et al. (2007) (25)	65%		Infermieri
Villadsen et al. (2008) (48)	19%	14%	Manager Infermieri
Yildirim et al. (2007) (14)		86.5%	Amministratori Infermieri Medici Subordinati
Yildirim D. (2009) (15)		21%	Amministratori Infermieri Medici Subordinati

posto nelle varie categorie di comportamenti, dopo gli amministratori. Due anni più tardi, lo stesso autore (15), indagando un ospedale diverso sempre in Turchia, ha riscontrato quote di abusi sulle infermiere del 21%. Camerino et al. (16) nel loro studio longitudinale multicentrico europeo su 61940 infermieri impiegati in 565 presidi sanitari, riportano le percentuali medie più basse di violenze orizzontali (5.7%) e di bullismo (8.1%).

Per quanto riguarda gli specifici contesti di lavoro, dati provenienti da un ospedale per acuti di Hong Kong mostrano che dipartimenti di emergenza, servizi comunitari e ortopedia/traumatologia sono i luoghi in cui si verificano maggiormente le violenze subite dagli infermieri (17).

Hesketh et al. (18), in un'indagine su 12332 infermieri canadesi pubblicata nel 2003, hanno messo in mostra che i medici e gli infermieri sono responsabili del 56.7% di tutti gli abusi emozionali e del 53.6% delle molestie sessuali verbali in area critica, che è il setting maggiormente colpito da questi fenomeni. In particolare gli infermieri sono i perpetratori del 25.5% degli abusi emozionali in area critica contro l'8.1% nei dipartimenti di emergenza, e del 9.9% delle molestie sessuali verbali in area critica versus l'1.3% nei dipartimenti di emergenza. Nessun infermiere viene indicato come autore di aggressioni fisiche (18). Per i 249 rispondenti ad una survey effettuata su infermieri associati alla Washington Emergency Nurse Association (19), il bullismo proviene nel 25% da charge nurses (infermieri con responsabilità clinica generale sui processi assistenziali) e nel 38% da infermieri clinici di pari grado.

In Sudafrica si registra una prevalenza di violenza orizzontale del 29% e del 33% di bullismo (20).

Ci sono diverse ricerche che forniscono dati complessivi relativi al bullismo, violenza orizzontale, e abusi perpetrati da figure esterne allo staff, come pazienti e i visitatori, rendendo difficile la possibilità di discriminare. È il caso dello studio di Chen et al. (21), in cui il 15.8% dei rispondenti riferisce bullismo, di cui solo 11.4% attribuibile a membri dello staff. In questo lavoro emergevano al primo posto tra i perpetratori i pazienti/clienti (21).

Analogamente Pai e colleghi (22), individuano i pazienti ed i familiari, come i perpetratori più frequenti di bullismo, e, solo al terzo posto, i membri dello staff.

Uno studio osservazionale su 2359 lavoratori norvegesi, volto all'individuazione di fattori predittivi per diventare perpetratori di abusi, ha messo in luce due fattori di rischio: l'essere esposti occasionalmente a bullismo (OR 9.38; IC95%: 4.90-17.90; $p < 0.01$) o su base settimanale (OR 11.11; IC95%: 2.94-42.2; $p < 0.01$) (23). La probabilità aumenta anche con la frequenza di esposizione al bullismo (23). E i maschi, se comparati con le femmine, hanno una probabilità significativamente più alta di diventare perpetratori (OR 2.09; IC95%: 1.22-3.57; $p < 0.01$) (23).

Questo risultato trova una qualche conferma nello studio condotto da Dunn del 2003 su 500 infermieri dell'area operatoria, per rilevare la percezione di sabotaggio subito dai colleghi e la soddisfazione lavorativa (24). L'autore ha rilevato una correlazione positiva significativa tra le vittime di sabotaggio e l'auto-riconoscimento di essere a loro volta autori di sabotaggi ($r = 0.46$, $p < 0.01$).

Infine Stanley et al. (25), nel suo studio di validazione del questionario Lateral Violence in Nursing ha messo in mostra che il 65% dei perpetratori di violenza laterale sono persone che lavorano a fianco della vittima, e che il 18% delle vittime dichiara a sua volta di essere "spesso" o "occasionalmente", un perpetratore.

Le forme di abuso sperimentate dagli infermieri

Le tipologie di vessazione riportate dagli infermieri in letteratura sono molto variabili e strettamente dipendenti dagli strumenti di misura utilizzati nei vari lavori di ricerca, generalmente costituiti da questionari validati.

Chen e collaboratori in 2 studi osservazionali pubblicati rispettivamente nel 2008 (21) e 2009 (26) riportano una ampia gamma di aggressioni sperimentate dagli infermieri in un ospedale psichiatrico di Taiwan, con quote di abusi verbali fino al 62.9% (26) e una discreta presenza di molestie sessuali (9.5%) (21) e razziali (4.5%) (21).

Un ampio studio canadese condotto su 9174 infermieri impiegati in vari contesti clinici per acuti ha rilevato una quota analoga di abusi emozionali (62.4%), ma stavolta nel contesto dei dipartimenti di emergenza (18).

Gossip (33.1%), urla (26.2%), e aggressioni (15.3%) sono stati, invece, riportati da 471 infermieri sudafricani in una ricerca sulle violenze orizzontali a metodi misti pubblicata nel 2009 (20).

In Turchia Yildirim et al. nel 2007 (14) e nel 2009 (15) hanno condotto 2 survey sul bullismo/mobbing subito dalle infermiere, che evidenziavano una prevalenza di azioni volte a sminuire la persona di fronte ad altri colleghi (56%) (15), l'attribuzione di colpe ingiuste (50.5%) (14) e l'esercizio sistematico di controllo sul professionista e sul lavoro che svolge (50.1%) (14).

Due indagini rivolte ai membri dell'American Association of Critical Care Nurses (AACN) pubblicate nel 2006 (27) e nel 2009 (28), comprendenti rispettivamente 4346 rispondenti nella prima e 5562 nella seconda, hanno messo in mostra quote sensibilmente minori rispetto ai lavori provenienti da altre parti del mondo, per quanto riguarda le "molestie sessuali" (2.8% (27) e 2.5%), e gli "abusi verbali" (17.6% (27), ma non le discriminazioni (8.4%, nella prima survey (27) e 6.2% nella seconda (27)).

Uno studio con questionario online del 2008 (29) rivolto sempre agli affiliati della AACN, e specificatamente diretto alle forme di violenza orizzontale, ha evidenziato che per il 67% dei rispondenti (64 su 96 infermieri) le manifestazioni più comuni erano rappresentate dalle lamentele fatte alle spalle dell'interessato, seguite in ordine decrescente da gossip, false informazioni condivise con altri, commenti sarcastici, conversazioni interrotte all'ingresso dell'interessato, disinteresse e rifiuto di aiuto, attitudine elitaria circa qualità del lavoro, formazione, ed esperienze.

Già il rapporto del 2005 sui fenomeni di comunicazione disfunzionale tra operatori di area critica, denominato "Silence kills", a cura di Vitalsmart e AACN (30), aveva evidenziato che il 53% dei rispondenti individuava un 10% di colleghi "riluttanti ad aiutarli, impazienti, o che rifiutano di rispondere alle loro domande". Inoltre l'88% degli operatori riportava di avere uno o più compagni di squadra "che fa gossip o è parte di una cricca che divide il team",

mentre il 55% aveva un almeno un collega “che prova ‘a farsi bello’ alle spese degli altri”. Infine emergeva che il 77% lavorava “con qualcuno che è condiscendente, insulta o è maleducato”, ed il 33% “con persone che esercitano abuso verbale - gridano, imprecano o insultano”.

Johnson e collaboratori (19) hanno esplorato, mediante questionario, il bullismo sperimentato da 249 infermieri iscritti alla Washington Emergency Nurses Association. Le tipologie più frequenti di comportamenti erano: “ritiro di informazioni fondamentali per lo svolgimento del lavoro” (18.3%), “essere costretti a lavorare ad un livello di competenza inferiore rispetto al proprio ruolo” (16.2%), ed “avere opinioni e punti di vista ignorati” (13.2%) (19). Simons, in un lavoro condotto su 1000 infermieri del Massachusetts, ha riportato risultati analoghi, assieme al “carico di lavoro ingestibile”, in questo caso al primo posto tra le forme di bullismo subite dagli infermieri (13, 31). Meno comuni, invece, le minacce di violenza (13).

Tra le manifestazioni di bullismo perpetrato da infermieri, 303 rispondenti ad un questionario ad hoc, provenienti da reparti di area medico-chirurgica, area critica e dipartimenti di emergenza in USA, riportano come più frequenti: “umiliazioni di fronte ad altri” (78%), “gossip/menzogne sulla persona” (59%), “critiche eccessive” (68%), e “richieste di lavoro non ragionevoli” (48%) (5).

Nelle sale operatorie la violenza orizzontale è altrettanto presente. Un campione di 145 infermieri statunitensi, sottoposti a questionari postali sul sabotaggio sui luoghi di lavoro e sul clima interno (24), riferisce che il più frequente atteggiamento di violenza orizzontale era dato dal pretendere che venisse svolto il lavoro di altri, seguito dall’essere biasimati di fronte ad altri e il mancato riconoscimento per il lavoro svolto. I perpetratori di violenza orizzontale riferiscono che gli atteggiamenti adottati più frequentemente sono “cessare di parlare quando qualcuno entra” e “lamentarsi alle spalle degli altri” (24).

Sellers e collaboratori (32) in uno studio pilota su 108 infermieri di New York, utilizzando un questionario analogo a quello utilizzato da Dunn, ha messo in mostra che le forme di violenza orizzontale più diffuse sono il “mancato riconoscimento del proprio lavoro” (29.4%), lo “scambio di informazioni non veritiere” (28.4%), l’“aspettativa che il proprio lavoro sia fatto da altri” (26.3%) e “l’omissione di informazioni” (24.3%).

Effetti sulle vittime, e reazioni agli eventi

Anche gli effetti psicologici e fisici del bullismo e della violenza orizzontale vengono registrati in misure direttamente dipendenti dagli strumenti usati nelle varie ricerche.

Per quanto riguarda la sfera psicologica, si va da condizioni di riduzione del tono dell’umore significativamente più basse rispetto a chi non ha subito abusi (33), a quote di ansia moderata nel 32,3% (22) e 55% (21), fino anche punte del 95% (5). Il riscontro di sintomi tipici del disturbo da stress post-traumatico avviene dal 25% (22) al 55% (21) dei casi. Un 10% si sfocia nella malattia conclamata (21).

Vessey et al. (5), riportano una vasta gamma di disturbi attribuiti dai rispondenti della survey al bullismo, tra cui, oltre al già citato aumento dell’ansia (95%), cefalea da stress o sintomi gastrointestinali (72%), irritabilità (61%),

perdita di concentrazione (48%), cambio nel modello di sonno (42%) e depressione (56%). Quest’ultima sembra correlarsi positivamente con l’esposizione al bullismo. Infatti Yildirim, in uno studio trasversale su 268 infermiere della Turchia pubblicato nel 2009 (15) ha rilevato che il bullismo mostra una relazione lineare statisticamente significativa con la presenza di depressione ($r = 0.51$; $P < 0.00$). Inoltre motivazione sul lavoro ($r = 0.49$; $P < 0.00$), concentrazione di lavoro ($r = 0.48$; $p < 0.00$), produttività ($r = 0.46$; $P < 0.00$), senso di appartenenza ($r = 0.44$; $P < 0.00$), e relazioni con pazienti ($r = 0.42$; $P < 0.00$), manager ($r = 0.47$; $P < 0.00$) e colleghi ($r = 0.45$; $P < 0.00$) sono tutti fattori che hanno relazioni lineari con gli abusi subiti (15).

Sempre dalla Turchia derivano particolari reazioni psicosomatiche (14), quali “sensazioni di stress e stanchezza” (72.9%), “cefalea” (69.5%), “eccesso o assenza di appetito” (53.5%), e “sintomi gastrointestinali” (52.9%).

Le reazioni agli eventi di abuso verbale da parte degli infermieri, riportate da Kwok e collaboratori (17), sono “confidarsi con amici, familiari o colleghi” (82%). Questa modalità di reazione prevalente è confermata anche da altri lavori (75%) (5).

A seguire, altre tipologie di risposta sono “riportare i fatti a membri dello staff” (65.4%) (22), seguita dall’“ignorare l’incidente” (42%) (17).

La gamma delle reazioni al bullismo si amplia ulteriormente quando si esaminano i risultati riportati da Yildirim et al. in un’indagine con questionario su 710 infermiere turche (14): “lavorare più attentamente per evitare le critiche” (72.1%) e “lavorare più duro e più organizzati per evitare critiche” (70.5%). Gli autori registrano anche la contemplazione del suicidio da parte del 10% delle vittime (14).

Le vittime di bullismo hanno un’alta proporzione di intenzionati a dimettersi dall’incarico di lavoro (50%) (5), con relazione lineare positiva rispetto ai punteggi di bullismo subito ($r = 0.51$, $p < 0.001$) (31). Di fatto, gli infermieri oggetto di bullismo rispetto a coloro che non lo sono, mostrano il doppio dei casi l’intenzione di lasciare la posizione corrente ($p < 0.001$), e tre volte di più il desiderio di lasciare la professione ($p < 0.001$) (19). Quando interpellati al proposito, il 14% asserisce che le violenze orizzontali sono un fattore maggiore nella decisione di lasciare la propria posizione lavorativa (25).

Vessey et al. (5) nella loro indagine con questionario online su 303 infermieri, di cui 212 operanti in contesti per acuti, riportano che il 78.5% del gruppo di infermieri con anzianità inferiore ai 5 anni si è dimessa a seguito di bullismo ed ha cercato un nuovo lavoro. Lo stesso fenomeno è accaduto nel 62% degli infermieri da 6 a 15 anni di anzianità, e nel 56% da 16 a 40 anni.

Gli atteggiamenti sminuenti e il sabotaggio sono tra le forme di violenza orizzontale e bullismo che maggiormente inducono a pensare di lasciare la professione infermieristica da parte i colleghi dell’area critica (29).

Inoltre chi ha subito abuso emozionale riporta i livelli più bassi di soddisfazione lavorativa rispetto ad altre forme di violenza (18).

Camerino e colleghi, nel loro studio longitudinale multicentrico europeo, hanno evidenziato mediante analisi

multivariata, che il senso di coinvolgimento nelle organizzazioni di appartenenza può essere significativamente predetto dalle seguenti relazioni: “molestie da parte dei colleghi x incertezze relative al trattamento del paziente”; “molestie da parte dei colleghi x ambiguità e conflitto di ruoli”; “molestie da parte dei colleghi x la pressione temporale” (16).

Fattori di rischio

Diversi studi (17, 19), non mostrano differenze tra i generi per quanto concerne il bullismo né differenze di provenienza geografica, in particolare tra infermieri nati in USA o all'estero (19).

Chen e collaboratori (26) hanno individuato la giovane età, il sesso femminile, l'istruzione universitaria, la minor anzianità di impiego e la religiosità come fattori di rischio per il bullismo.

Pai et al. (22), invece, hanno riscontrato in un campione di 700 infermieri randomizzati e sottoposti ad analisi con regressione multipla, che l'età minore di 30 anni (OR = 2.4; IC95%: 1.34-4.46) ed un livello d'ansia estremamente elevato (OR = 4.47; IC95%: 1.24-18.12) erano associati con la violenza verbale, mentre il bullismo era associato ad un elevato livello d'ansia (OR = 2.7; IC 95%: 1.09-6.93).

Vessey e collaboratori (5) hanno riscontrato che il bullismo è sensibilmente maggiore nei confronti di chi ha minor anzianità di servizio.

Al contrario, Yildirim (15) ha rilevato un'associazione lineare negativa tra bullismo ed età più giovane ($P < 0.01$), accanto a quelle positive tra bullismo e sovraccarico di lavoro ($p < 0.00$), ed anni totali di lavoro nel nursing ($p < 0.05$) (15).

Camerino et al., confermano l'esistenza di una forte relazione tra la più bassa qualità dei rapporti interpersonali e la maggior frequenza di abusi da parte di colleghi e superiori (16).

La ricerca di soluzioni al problema

Gli studi focalizzati verso la sperimentazione di interventi preventivi e correttivi circa la violenza sui luoghi di lavoro infermieristici ed il bullismo sono scarsi.

Lo sviluppo ed il potenziamento della coesione all'interno dei gruppi infermieristici sembra costituire una possibile terapia preventiva nei confronti dei fenomeni di bullismo e abusi sul posto di lavoro. Chaboyer et al. (34) nel 2001 hanno indagato un campione di 999 infermieri ospedalieri australiani, di cui circa un terzo provenienti dall'area critica, diviso funzionalmente in 3 livelli, dove il primo è deputato all'assistenza diretta, mentre il 2° ed il 3° rivestono ruoli di supervisione. La coesione dei gruppi è stata misurata mediante la Cohesion Amongst Nurses Scale (CANS). Si rileva che gli infermieri di livello 1 percepiscono i colleghi come maggiormente maligni e come facenti parte di una cricca, rispetto ai colleghi dei livelli 2 e 3.

Uno studio di intervento di team building infermieristico con disegno pre-post, condotto in USA nel 2009 su 145 infermieri provenienti da reparti generali, di terapia intensiva, e di pronto soccorso, ha messo in mostra che gli score medi pre e post intervento della misura “How Well Are We Working Together?” (“Quanto lavoriamo bene insieme?”) non erano statisticamente significativi

(35). Ma la mediana del Group Cohesion Scale è risultata significativamente più bassa nel pre intervento (540) rispetto al post (612) ($p = 0.037$).

Dimarino (36), nel 2011, ha riportato che in un ambulatorio chirurgico nel Regno Unito l'applicazione di una procedura scritta, assieme a formazione, comunicazione aperta, e risoluzione rapida dei problemi aperti mediante politica di tolleranza zero, hanno avuto successo verso le manifestazioni di violenza orizzontale. Questo ne ha determinato l'azzeramento degli episodi nell'arco di un anno.

La violenza orizzontale e il bullismo a carico degli infermieri clinici neo-laureati/diplomati

Questa, assieme agli studenti infermieri, rappresenta sicuramente una categoria ad alto rischio di bullismo da parte dei colleghi più anziani all'interno dei contesti lavorativi. La prevalenza con cui si manifesta il fenomeno, misurato all'interno di studi eseguiti su infermieri con anzianità di servizio inferiore ai 3 anni, va dal 33% (37), fino al 58% (38). Le forme di abuso sperimentate nelle maggior quote sono la “svalutazione” (“cioè essere trattati come studenti”, 58%), l’“assenza di supervisione” (46%), e i “commenti umilianti” (41%) (38).

Gli effetti determinati dalla violenza orizzontale sono prevalentemente riduzione dell'autostima e della sicurezza in sé stessi, assieme a paura, ansia, depressione, frustrazione, tristezza, sfiducia, e nervosismo. Sporadicamente è stato riferito dimagrimento, uso di antidepressivi, cefalea, e fatigue. In un solo caso ipertensione e angina (38).

Dopo esser stati vittime di bullismo c'è un maggior timore a chiedere informazioni (39). Una proporzione del 15% di infermieri ha pensato alla mobilità interna all'ospedale (39), e addirittura in un terzo dei casi di bullismo, di abbandonare direttamente la professione infermieristica (38).

Gli infermieri credono nella necessità e nell'utilità di percorsi di formazione per contrastare e mettere in atto dei meccanismi adeguati di coping nei confronti del fenomeno (38, 39).

L'utilizzo di empowerment può essere una strategia manageriale importante da percorrere in questa categoria di infermieri, dal momento che sembra associarsi negativamente al bullismo, che a sua volta si correla direttamente coi 3 pilastri del burnout, esaurimento emotivo, cinismo, e, negativamente, con l'efficacia (37). Quindi la realizzazione di empowerment per i neo-graduati dovrebbe ridurre l'esposizione al bullismo e conseguentemente al burnout (37).

Discussione

Il bullismo e le violenze orizzontali nella professione infermieristica, sono, quindi, ampiamente diffusi a livello internazionale. Il fenomeno è influenzato dal clima, dalla cultura e dall'organizzazione interna ai singoli contesti di lavoro, come dimostrato dall'ampia variabilità, in termini di prevalenza, con cui si manifesta in realtà anche molto vicine tra loro. Basti pensare alla Turchia, dove si sono registrate quote di bullismo infermieristico del 21% in ospedale universitario di Ankara (15), contro l'86.5% presenti in un presidio pubblico ad Istanbul (14).

A favorire l'importante variabilità delle prevalenze presente nei vari lavori, contribuisce anche l'assenza di definizioni chiare ed univoche relative ai vari sottoinsiemi di abusi e che caratterizzano le forme di violenza sul luogo di lavoro descritte in letteratura. Tomei et al. in una recente review sul mobbing (40), hanno messo in luce la presenza di sfumature più o meno marcate rispetto alla modalità di definire i termini sottesi a "mobbing" e "bullying", che variano a seconda degli autori, e risultano spesso dipendenti dal momento e dal contesto analizzato, rendendo talvolta difficile il lavoro di comparazione dei risultati.

A questo si aggiunge anche la scarsa identificazione delle direttrici di manifestazione del bullismo (verticale ascendente, verticale discendente, orizzontale) presente nei lavori infermieristici.

Le violenze orizzontali, pur facendo parte dei fenomeni di bullismo, non vengono in alcun modo assimilate alle suddette enunciazioni negli articoli di ricerca. Infatti, gli autori delle ricerche finora pubblicate sembrano focalizzarsi essenzialmente sugli aspetti descrittivi qualitativi delle violenze laterali tra infermieri, a discapito dello studio dei caratteri di intensità e frequenza (29, 38) impedendone la riallocazione all'interno dei fenomeni di bullismo/mobbing, che si caratterizzano per la presenza di vessazioni almeno una volta alla settimana per non meno di sei mesi (40).

Benché la letteratura sull'argomento si concentri prevalentemente sulla rilevazione del fenomeno, e sulle conseguenze in termini di qualità di vita personale delle vittime, ad oggi rimangono molto limitati i lavori presenti circa la sperimentazione di possibili misure preventive e reattive (34, 35, 36), a dimostrazione di come sia complesso e non immediato, interagire efficacemente su comportamenti strutturati che coinvolgono la vita dei gruppi di lavoro.

Accanto, quindi, alla necessità di enucleare una tassonomia più chiara dei fenomeni studiati e all'uniformare gli strumenti di misura, occorrono maggiori sforzi organizzativi e di ricerca per fornire concrete soluzioni, possibilmente corredate di prove di efficacia.

Peraltro, nel corso degli anni, diversi autori hanno tentato di spiegare le origini del bullismo e delle violenze orizzontali all'interno del lavoro infermieristico, dal momento che assume caratteristiche peculiari (41).

Una tra le più diffuse teorie in merito è quella dei comportamenti del gruppo oppresso. La motivazione di questi comportamenti, secondo quanto teorizzato da Freire nel 1971, risiede nel fatto che la gente dominata si sente svalutata rispetto ai valori promossi dalla cultura di chi detiene il potere (42). I valori corrispondono agli attributi del dominante. I gruppi oppressi, pertanto, sviluppano disprezzo verso sé stessi e la convinzione di essere effettivamente inferiori, con conseguente perdita di orgoglio e sentimenti di scarsa autostima (42). Le persone senza potere diventano anche sottomesse e silenziose nel confronto con l'autorità, e, a causa della scarsa autostima e della paura, sono incapaci di esprimere i loro bisogni. La loro paura determina anche che la loro rabbia e aggressività nei confronti di chi detiene il potere si rivolga all'interno verso uno (o più)

componente del proprio gruppo, particolarmente se additato come elemento che si ispira ai valori del gruppo dominante, differenziandosi da quello oppresso. Questo definisce la "violenza orizzontale" (42). Secondo alcuni autori 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. In ospedale la medicina ha da subito assunto la posizione gerarchica prominente (43). Questa mancanza di controllo e autonomia è andata a favore dei medici e degli amministratori degli ospedali, ma a grande discapito del nursing (43). Esistono anche diversi punti di vista circa la relazione tra teoria dei comportamenti dei gruppi oppressi e bullismo infermieristico, perché nell'opinione di qualche autore la teoria rischia di attribuire la colpa delle violenze orizzontali solo agli infermieri, trascurando invece l'aspetto legato alle relazioni di potere nelle organizzazioni, nelle quali talvolta il bullismo ha funzione di regolazione nei confronti degli infermieri stessi (44).

In ogni caso Matheson et al. (45), nel 2007, hanno rilevato l'assenza di studi che utilizzano per la raccolta dei dati il modello di Roberts (43) dei comportamenti del gruppo oppresso applicato agli infermieri, impedendone così la validazione.

Gli sforzi finora compiuti nell'elaborazione di modelli che possano spiegare i comportamenti vessatori tra gli infermieri indicano che la ricerca delle cause e dei meccanismi regolatori possa essere la via privilegiata per trovare e sperimentare adeguati interventi preventivi, e ridurre l'impatto del bullismo e della violenza orizzontale sulla qualità della vita individuale e sulle organizzazioni.

Bibliografia

- 1) 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. Accesso effettuato il 19-08-2011.
- 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) Alspach G. Critical Care Nurses as Coworkers: Are Our Interactions Nice or Nasty? *Crit Care Nurse* 2007; 27: 10-14.
- 4) Johnson SL. International perspectives on workplace bullying among nurses: a review. *Int Nurs Rev* 2009; 56(1): 34-40.
- 5) 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(5): 299-306.
- 6) 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. Accesso effettuato il 19-08-2011.
- 7) 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. Accesso effettuato il 05-10-2011.
- 8) 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.

- 9) Registered Nurses Association Ontario (RNAO). Healthy Work Environment Best Practice Guideline. Professionalism in Nursing. March 2007. http://www.mao.org/Storage/28/2303_BPG_Professionalism.pdf. Accesso effettuato il 18-09-2011.
- 10) 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. Accesso effettuato il 19-08-2011.
- 11) 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. Accesso effettuato il 05-10-2011.
- 12) McCarthy G, Savage E, Lehane E. Research priorities for nursing and midwifery in Southern Ireland. *Int Nurs Rev* 2006; 53(2): 123-8.
- 13) Simons SR, Stark RB, DeMarco RF. A new, four-item instrument to measure workplace bullying. *Res Nurs Health* 2011; 34(2): 132-40. doi: 10.1002/nur.20422
- 14) 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(8): 1444-53.
- 15) Yildirim D. Bullying among nurses and its effects. *Int Nurs Rev* 2009; 56(4): 504-11.
- 16) Camerino D, Estryyn-Behar M, Conway PM, van Der Heijden BJJ, 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(1): 35-50.
- 17) 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(1): 6-9.
- 18) 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.
- 19) Johnson SL, Rea RE. Workplace bullying: concerns for nurse leaders. *J Nurs Adm* 2009; 39(2): 84-90.
- 20) Khalil D. Levels of violence among nurses in Cape Town public hospitals. *Nurs Forum* 2009; 44(3): 207-17.
- 21) 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(3): 288-93.
- 22) Pai HC, Lee S. Risk factors for workplace violence in clinical registered nurses in Taiwan. *J Clin Nurs* 2011; 20(9-10): 1405-12. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03650.x
- 23) 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(4): 349-358.
- 24) Dunn H. Horizontal violence among nurses in the operating room. *AORN J* 2003; 78(6): 977-88.
- 25) Stanley KM, Martin MM, Nemeth LS, Michel Y, Welton JM. Examining lateral violence in the nursing workforce. *Issues Ment Health Nurs* 2007; 28(11): 1247-65.
- 26) 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(11): 2812-21.
- 27) 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.
- 28) 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 doi: 10.4037/ccn2009619.
- 29) Alspach G. Lateral hostility between critical care nurses: a survey report. *Crit Care Nurse* 2008; 28(2): 13-9.
- 30) 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.
- 31) Simons S. Workplace bullying experienced by Massachusetts registered nurses and the relationship to intention to leave the organization. *ANS Adv Nurs Sci*. 2008; 31(2): E48-59.
- 32) 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(2): 20-5.
- 33) 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(4): 220-31.
- 34) Chaboyer W, Najman J, Dunn S. Cohesion among nurses: a comparison of bedside vs. charge nurses' perceptions in Australian hospitals. *J Adv Nurs* 2001 Aug; 35(4): 526-32.
- 35) Barrett A, Piatek C, Korber S, Padula C Lessons learned from a lateral violence and team-building intervention. *Nurs Adm Q* 2009; 33(4): 342-51.
- 36) Dimarino TJ. Eliminating Lateral Violence in the Ambulatory Setting: One Center's Strategies. *AORN J* 2011; 93(5): 583-8.
- 37) Laschinger HK, Grau AL, Finegan J, Wilk P. New graduate nurses' experiences of bullying and burnout in hospital settings. *J Adv Nurs* 2010; 66(12): 2732-42. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05420.x.
- 38) 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(1): 90-6.
- 39) Griffin M. Teaching cognitive rehearsal as a shield for lateral violence: an intervention for newly licensed nurses. *J Contin Educ Nurs* 2004; 35(6): 257-63.
- 40) Tomei G, Cinti ME, Sancini A, Cerratti D, Pimpinella B, Ciarrocca M, Tomei F, Fioravanti M. Evidence based medicine and mobbing. *G Ital Med Lav Ergon*. 2007; 29(2): 149-57.
- 41) Farrell GA. From tall poppies to squashed weeds*: why don't nurses pull together more? *J Adv Nurs* 2001; 35(1): 26-33.
- 42) 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.
- 43) Roberts SJ. Oppressed group behavior: Implications for nursing. *ANS Adv Nurs Sci* 1983; 5(3): 21-30.
- 44) Hutchinson M, Vickers M, Jackson D, Wilkes L. Workplace bullying in nursing: towards a more critical organizational perspective. *Nurs Inq* 2006; 13(2): 118-26.
- 45) Matheson LK, Bobay K. Validation of oppressed group behavior in nursing. *J Prof Nurs* 2007; 23: 226-34.
- 46) Abe K, Henly SJ. Bullying (ijime) among Japanese hospital nurses: modeling responses to the revised Negative Acts Questionnaire. *Nurs Res* 2010; 59(2): 110-8.
- 47) Lewis PS, Malecha A. The impact of workplace incivility on the work environment, manager skill, and productivity. *J Nurs Adm* 2011; 41(1): 41-7.
- 48) Villadsen A, Shalhoub H, Ryan P. Report on Staff Bullying & Harassment at West London Mental Health Trust (NHS). August 2008. <http://www.wlmht.nhs.uk/docs/general/Report%20on%20staff%20bullying.pdf> Accesso effettuato il 04-10-2011.

Corrispondenza: Stefano Bambi, Terapia Intensiva di Emergenza, DAI DEA e Medicina e Chirurgia Generale e di Urgenza. Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Largo Brambilla 1, 50132 - Firenze, Italy, Tel. 0557947473; E-mail stebam@libero.it; stebam@hotmail.it.