

# Progetto di ricerca per validazione di uno strumento di misura delle dinamiche relazionali tra infermieri e indagine esplorativa: studio QuNI (Questionario sulle Interazioni Negative tra Infermieri)

## *Research project for the validation of an instrument for measuring the relationship dynamics between nurses, including a fact-finding study: QuNI study (Questionnaire on Negative interactions between nurses)*

■ STEFANO BAMBI<sup>1</sup>, LAURA RASERO<sup>2</sup>, ANDREA GUAZZINI<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Infermiere, Cure Intensive per il Trauma e Supporti Extracorporei, Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze; Dottorando di ricerca in Scienze Infermieristiche, Università degli Studi di Firenze

<sup>2</sup> Infermiera, Professore Associato Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università degli Studi di Firenze

<sup>3</sup> Psicologo, Ricercatore a Tempo Determinato, Dipartimento di Scienze Formazione e Psicologia, Università degli Studi di Firenze

### RIASSUNTO



**Introduzione:** la professione infermieristica è afflitta da frequenti dinamiche interne che vanno da singoli atteggiamenti di inciviltà sul luogo di lavoro fino a fenomeni di mobbing orizzontale. Per quantificare in termini di intensità e frequenza questi fenomeni, e le relative ricadute sul piano professionale e personale, è stato costruito il Questionario sulle Interazioni Negative tra Infermieri (QuNI). L'obiettivo dello studio è quello di effettuare una validazione del QuNI.

**Metodo:** protocollo di studio di validazione di contenuto, costruito, criterio e affidabilità su tutti gli infermieri operanti nell'Area Fiorentina (circa 2550).

**Risultati:** la validità di contenuto e di faccia del QuNI in versione 3 è risultata adeguata (Scale-Content Validity Index/Average di 0.93).

**Conclusioni:** il protocollo ha ottenuto autorizzazione nelle aziende destinatarie dello studio. Parallelamente allo studio di validazione sarà condotto anche uno studio descrittivo, esplorativo sul fenomeno e le relazioni che assume rispetto alle caratteristiche socio-demografiche degli infermieri.

**Parole chiave:** violenza sul luogo di lavoro, ostilità laterali, inciviltà sul luogo di lavoro, violenza orizzontale, mobbing, bullismo.

### ABSTRACT



**Introduction:** the nursing profession is plagued by frequent internal conflicts ranging from individual workplace rudeness to horizontal mobbing. The "Negative Interactions Between Nurses Questionnaire" (QuNI) was designed to quantify the intensity and frequency of these phenomena, and their impact on the professional and personal life of nurses. The aim of this study is to perform a validation of QuNI.

**Method:** the protocol is for a validation study of the content, construct and reliability of QuNI. The sample is composed of all the nurses working in Florence, Italy (approximately 2550 nurses).

**Results:** the content and face validity of QuNI was adequate (Scale-Content Validity Index / Average of 0.93).

**Conclusion:** the protocol was authorized by the institutes and hospitals where the nurses involved work. Alongside the validation study, a descriptive, explorative study of this phenomenon and its relationship to the nurses' socio-demographic characteristics will be performed.

**Key word:** workplace violence, lateral hostilities, workplace rudeness, horizontal violence, mobbing, bullying.

**Articolo originale**PERVENUTO IL 31/05/2015  
ACCETTATO IL 20/08/2015**Corrispondenza per richieste:**Stefano Bambi,  
stefano.bambi@unifi.it

Gli autori dichiarano di non avere conflitto di interesse.

**Introduzione**

I contesti di lavoro, così come gli altri ambiti della vita di relazione, si caratterizzano per la presenza di conflittualità e interazioni negative di vario tipo, che in taluni casi si configurano come veri e propri abusi e violenze. Il mondo infermieristico non ne fa eccezione e presenta alcune peculiari dinamiche di carattere psicologico ed antropologico che sono oggetto di studio da molti anni, soprattutto negli Stati Uniti e nei Paesi anglosassoni. Queste dinamiche sembrano anche avere importanti ricadute per quanto riguarda la vita professionale e personale dei professionisti coinvolti, nonché sull'organizzazione del lavoro e sugli esiti degli assistiti stessi.

A monte di tutta la serie di fenomeni che vanno sotto il nome di "violenza sul posto di lavoro"<sup>1</sup>, spesso difficilmente discriminabili tra loro a causa delle sfumature e delle definizioni frequentemente ambigue utilizzate dai vari autori negli studi di ricerca e nelle revisioni di letteratura, c'è la cosiddetta "inciviltà sul luogo di lavoro" ("workplace incivility"). Il termine è stato introdotto da Andersson e Gates<sup>2</sup>, intendendo "comportamenti devianti di bassa intensità, con intento ambiguo di ledere l'obiettività, in violazione delle regole di mutuo rispetto sul posto di lavoro. I comportamenti incivili sono caratteristicamente 'scortesi e maleducati, mostrando una mancanza di riguardo nei confronti degli altri'". L'inciviltà sul posto di lavoro sembra essere molto diffusa in ambito sanitario, seppure in letteratura gli studi di ricerca siano molto limitati.<sup>3</sup> Il punto critico con cui gli autori tendono a definire il passaggio da una condizione di inciviltà ad una di violenza sul posto di lavoro (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>3,4</sup>

Clark, nel 2011, ha delineato un continuum concettuale tra gli atteggiamenti disturbanti che caratterizzano l'inciviltà sul luogo

di lavoro per arrivare al bullismo, definito da comportamenti minacciosi, aggressivi fino anche alla violenza fisica.<sup>5</sup>

La professione infermieristica è indiscutibilmente afflitta, a livello dei gruppi di lavoro, da frequenti dinamiche interne che vanno da semplici atteggiamenti di inciviltà per strutturarsi in fenomeni più consistenti come le ostilità laterali/violenze orizzontali (termini sovrapponibili, utilizzati quasi esclusivamente nel mondo infermieristico) e addirittura in bullismo/mobbing orizzontale.

Le ostilità laterali o orizzontali ("Horizontal Hostility – HH) comprendono tutti quei comportamenti definiti come "una varietà di interazioni crudeli, scortesi, antagonistiche che avvengono tra persone agli stessi livelli gerarchici nelle organizzazioni e sono comunemente descritte come lotte intestine, diffamanti, disgreganti ed escludenti".<sup>6</sup> Ma è necessario contestualizzare queste interazioni all'interno del fenomeno del mobbing sul lavoro che, nella definizione di Leymann e Gustafsson, viene descritto come "una forma di terrorismo psicologico che implica un atteggiamento ostile e non etico posto in essere in forma sistematica (e non occasionale ed episodica) da una o più persone, nei confronti di un solo individuo, il quale viene a trovarsi in una condizione indifesa e fatto oggetto di una serie di iniziative vessatorie e persecutorie". Queste iniziative debbono ricorrere con una determinata frequenza (statisticamente almeno una volta alla settimana) e nell'arco di un lungo periodo di tempo (per almeno sei mesi di durata). A causa dell'alta frequenza e della lunga durata del comportamento ostile, questa forma di maltrattamento determina considerevoli sofferenze mentali, psicosomatiche e sociali".<sup>7</sup>

Il mobbing sul lavoro, essendo un fenomeno relazionale, può assumere 3 direzioni: quella verticale dall'alto verso il basso (discendente), quando l'aggressore è un superiore gerarchico rispetto alla vittima; vertica-

le dal basso verso l'alto (ascendente), nel caso in cui sia il superiore gerarchico ad essere oggetto di mobbing; ed infine quello orizzontale, in cui vittima e aggressore sono collocati a pari livello nella scala gerarchica (Horizontal Mobbing).

Per quanto riguarda i contesti di lavoro infermieristici non sempre si riesce ad evincere, dai risultati degli studi pubblicati, quando si configurano situazioni di mobbing/bullismo orizzontale strutturato, caratterizzate dal verificarsi di atteggiamenti di HH che persistono ad una frequenza di almeno una volta la settimana, per almeno 6 mesi consecutivi.<sup>7</sup>

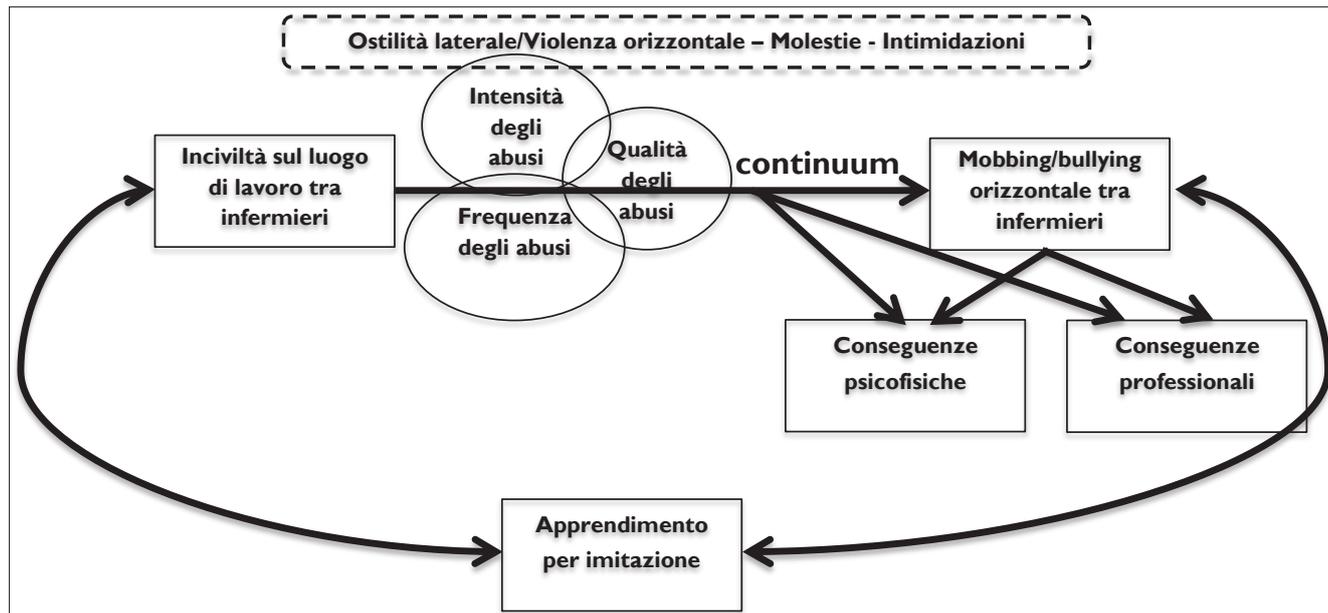
Gli atteggiamenti di HH che vengono messi in atto sull'ambiente di lavoro possono avere conseguenze progressivamente sempre più importanti a livello psicofisico per il professionista che vanno dalla sensazione di ridotta autostima e motivazione per arrivare a vere e proprie condizioni patologiche quali disturbi del sonno, dell'alimentazione, depressione e, in sporadici casi, anche al tentativo di suicidio.<sup>8</sup>

Infine esistono possibili conseguenze sulla sicurezza dei pazienti a seguito di comportamenti dirompenti ed intimidatori che possono favorire l'errore, contribuire a ridurre la soddisfazione dell'utenza e comportare esiti di eventi avversi prevenibili, con aumento dei costi assistenziali.<sup>9</sup> Tra gli effetti professionali, si registrano fenomeni di turnover di clinici, amministratori e manager qualificati, alla ricerca di nuove posizioni in ambienti maggiormente valorizzanti.<sup>9</sup>

Alcuni autori riportano che a livello internazionale, un infermiere su 3 pianifica di lasciare la sua posizione per problemi legati alla violenza orizzontale. Non è perfettamente chiaro, però, se l'utilizzo della terminologia faccia riferimento ad atteggiamenti soltanto tra pari o comprenda anche quelli subiti dalla professione medica.<sup>10</sup>

In generale, rispetto ai vari contesti lavorativi infermieristici, la frequenza delle *Lateral*

Figura 1 – Framework concettuale alla base del Questionario sulle Interazioni Negative tra Infermieri



Hostility (LH) e Lateral Violence (LV) riportata in letteratura è tra il 5.7% e il 65%.<sup>11,12</sup> La categoria dei cosiddetti "neo-graduati", che corrispondono a coloro che hanno appena ottenuto il titolo di infermiere, è colpita in un range tra il 33% ed il 58%.<sup>13,14</sup>

Per quanto concerne la realtà italiana, Camerino *et al.* evidenziavano una proporzione del 5.6% di molestie subite dagli infermieri da parte di colleghi di pari grado.<sup>11</sup> Due studi descrittivi su grandi numeri, circa la presenza del fenomeno delle HH e del mobbing orizzontale nei servizi di area critica e di emergenza, hanno entrambi messo in mostra che circa l'80% degli infermieri rispondenti affermava di aver subito atteggiamenti di ostilità laterale nell'arco dei 12 mesi precedenti al momento della compilazione del questionario.<sup>15,16</sup> Emergeva anche un'importante quota di mobbing orizzontale (22,4%) e di sintomi e disturbi associati (69%).<sup>16</sup> Quasi contemporaneamente, un'altra indagine condotta in Italia in contesti infermieristici su tre aziende ospedaliere, benché non venisse discriminata la direttrice del mobbing, metteva in evidenza che il 21,4% dei rispondenti (206 persone) era vittima del fenomeno.<sup>17</sup>

Sulla base dei presupposti provenienti dagli studi presenti in letteratura, è emersa la ne-

cessità di ricercare uno strumento esaustivo ed adeguato alla misurazione del fenomeno delle interazioni negative tra infermieri, che appaiono molto variegata in termini di intensità e impatto, dal momento che in letteratura si rilevano fino a 31 tipi di questionari diversi tra i quali solo pochi hanno subito un qualche tipo di validazione.<sup>18</sup>

Per quanto riguarda la realtà italiana, se in parte è stato squarciato il velo sui vissuti nei reparti di area critica<sup>16</sup>, rimane aperta la necessità di esplorare più a fondo quanto siano presenti le interazioni negative nei diversi contesti di impiego degli infermieri e le conseguenze che determinano.

#### Sviluppo del Questionario sulle Interazioni Negative tra Infermieri (QuNI)

Il Questionario sulle Interazioni Negative tra Infermieri (QuNI) nasce come versione rivista ed aggiornata del "Questionario sulle Ostilità Laterali", utilizzata in recenti studi sul fenomeno delle ostilità laterali e del mobbing orizzontale tra infermieri che lavorano in area critica e nell'emergenza.<sup>15,16,18</sup> Il QuNI è stato redatto attraverso un'estensione della revisione di letteratura sul tema e mediante l'analisi degli *item* offerti dalle scale esistenti che misurano i fenomeni di bullismo, mob-

bing, violenza orizzontale e inciviltà sul posto di lavoro. Su questa base, partendo dal succitato modello di Clark del 2011<sup>5</sup>, è stato costruito il QuNI, con lo scopo di identificare la presenza delle dinamiche tra infermieri e discriminarle in termini di intensità e gravità. Il QuNI nasce anche per individuare le possibili reazioni delle vittime e le conseguenze sul piano professionale e psicofisico, mettendo i fenomeni indagati in relazione alle caratteristiche socio-demografiche-professionali dei rispondenti.

Il framework teorico alla base del questionario è costituito dal pensiero di diversi autori. (Figura 1) La "Teoria dei comportamenti dei gruppi oppressi" nella professione infermieristica elaborata da Roberts, 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 (medici e amministratori) ed i valori che questi impongono nei loro confronti.<sup>19,20</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>13,14,21,22</sup> Il QuINI ha 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. L'altro quadro di riferimento teorico alla base di questo strumento è quello del cosiddetto "reciproco determinismo", meglio conosciuto come "Teoria dell'apprendimento sociale" di Bandura.<sup>23</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. Quindi il mondo e il comportamento di una persona causano l'un l'altro. Traslando il concetto di violenza orizzontale all'interno di questa cornice concettuale, 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).

### Quesito di ricerca

Il progetto ricerca presentato in questo articolo ha lo scopo di rispondere al quesito: "Il Questionario sulle Interazioni Negative tra Infermieri (QuINI) è uno strumento valido ed affidabile per misurare la presenza e le conseguenze sul piano personale e professionale dei fenomeni di inciviltà sul luogo di lavoro, ostilità/violenze orizzontali, e mobbing a detrimento orizzontale, all'interno dei gruppi infermieristici, indipendentemente dal contesto clinico in cui sono impiegati?"

### Obiettivi dello studio

Gli obiettivi primari del progetto di ricerca relativo al QuINI sono effettuare la sua validazione di contenuto, faccata, costruito, criterio e affidabilità. Parallelamente si vuole quantificare la presenza dei fenomeni di inciviltà, ostilità/violenze orizzontali e mobbing orizzontale tra gli infermieri e valutarne l'impatto sulla percezione dello stato di salute psicofisica e sulla qualità di vita professionale.

Gli obiettivi secondari dello studio sono caratterizzati essenzialmente da una serie di analisi esplorative volte a rilevare eventuali differenze nella presenza dei fenomeni di inciviltà, ostilità/violenze orizzontali e mobbing orizzontale sulla base dei differenti contesti lavorativi infermieristici e delle caratteristiche demografiche e professionali. Inoltre si vuole quantificare l'impatto dei fenomeni in esame sulla percezione degli infermieri circa la sicurezza del paziente ed il livello di reazione degli infermieri.

### Materiali e metodi

#### Disegno dello studio

Per il raggiungimento degli obiettivi dichiarati sono stati disegnati due studi distinti: il primo, relativo alla validazione di contenuto del QuINI, è stato appena concluso. Il secondo, invece, combina la validazione delle restanti caratteristiche psicometriche del QuINI (validità di costruito, di criterio, affidabilità, e validità esterna) con la conduzione di uno studio di tipo descrittivo-esplorativo prospettico mediante *survey* multicentrica.

#### Gruppo di validazione di contenuto e campione in studio

Lo studio di validazione di contenuto è stato realizzato attraverso la consultazione di 8 esperti. Il gruppo è stato messo insieme sulla base delle competenze necessarie alla validazione del contenuto del QuINI. I componenti erano due professori associati di scienze infermieristiche, un antropologo, una sociologa e tre psicologi ricercatori.

Lo studio di validazione delle restanti caratteristiche psicometriche del QuINI e quello descrittivo-esplorativo prospettico, invece, saranno condotti su un campione di infermieri impegnati nei diversi contesti clinici, di coordina-

mento e di management appartenenti al servizio sanitario regionale toscano in particolare dell'area fiorentina. È prevista la somministrazione del QuINI a tutto il campione in studio, cioè 2200 infermieri in forza all'Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi, e 2350 infermieri all'Azienda Sanitaria di Firenze. I criteri di inclusione prevedono semplicemente l'essere infermieri operanti in una delle due aziende al momento dell'inizio dello studio e il possesso di un indirizzo di posta elettronica attivo. Non sono stati individuati criteri di esclusione.

Per la valutazione dell'effetto dei fattori sociodemografici di interesse principale (cioè genere, centro di riferimento e contesto clinico diviso tra area critica/emergenza e area non critica) si renderà necessaria la collezione di singoli sub-campioni bilanciati di numerosità minima uguale a 20 unità, al fine di rendere adeguata la potenza del test di correlazione lineare di Pearson.<sup>24</sup> Pertanto si sono individuati 8 cluster separati, derivanti dall'incrocio dei tre fattori presi in considerazione. Attribuendo una numerosità minima per ogni confronto indipendente di 20 unità, la numerosità campionaria minima richiesta risulta di 160 soggetti, che saranno opportunamente randomizzati.

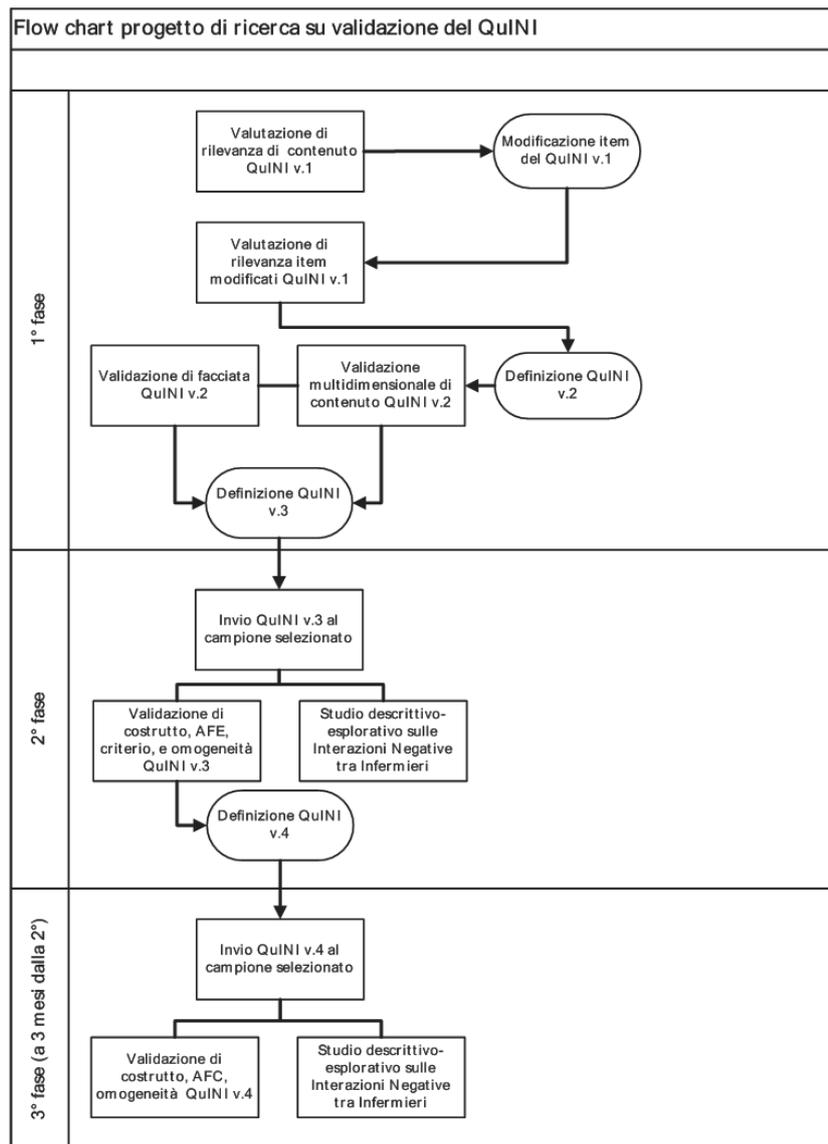
### Metodologia

Il percorso del progetto di ricerca QuINI si articola in 3 fasi dettagliate di seguito.

#### 1.1. Validazione di contenuto da parte del gruppo di esperti

La validazione di contenuto attraverso il gruppo di esperti si è sviluppata attraverso tre passaggi. Dopo la prima strutturazione del QuINI, il questionario è stato inviato al gruppo esperti, nel periodo tra giugno e luglio 2014, per eseguire la valutazione di rilevanza degli *item*, mediante scale numeriche a 4 punti ("da per niente rilevante" a "molto rilevante"). Sulla base dei punteggi ottenuti dal primo giro di valutazione il QuINI ha subito alcune modificazioni che sono state nuovamente sottoposte al giudizio degli esperti, tra ottobre e novembre 2014 con la medesima modalità. Al termine di questo secondo passaggio, il QuINI è stato modificato arrivando alla sua seconda versione (QuINI v.2). A questo punto tutti gli item del questionario sono stati nuovamente

Figura 2 – Flow Chart studio QuINI



inoltrati al gruppo di esperti per la valutazione multidimensionale di contenuto, in termini di adeguatezza, comprensibilità, efficienza, sensibilità ed affidabilità rispetto al costrutto che il QuINI intende misurare. I punteggi ottenuti da quest'ultimo passaggio hanno permesso di fornire l'attuale versione del QuINI, cioè la terza. Gli *item* di questa versione sono costituiti da quelli con punteggio di Item-Content Validity Index (I-CVI)  $\geq 0.78$  per quanto concerne la dimensione "adeguatezza". Il derivante Scale-Content Validity Index/Average (S-C-

VI/Ave) è stato di 0.93, indicando una piena accettabilità in termini di validità di contenuto del questionario.

### 1.2. Validazione di facciata

Il QuINI v.3 è stato inviato, nel mese di dicembre 2014, ad un campione di convenienza di 21 infermieri potenzialmente candidabili alla somministrazione operativa, con lo scopo di valutarne la validità di facciata, richiedendo un giudizio di adeguatezza, rilevanza, comprensibilità e neutralità, su scala nu-

merica da 1 a 4 (per niente, poco, abbastanza, molto). Anche in questo caso, calcolando l'S-CVI/Ave, il QuINI v.3 è risultato di 0.93, in perfetto accordo con il giudizio espresso dal gruppo di esperti.

### 1.3. Validazione di costruito, criterio e consistenza interna (omogeneità)

La validazione del costrutto sarà condotta sui dati derivanti dall'invio del QuINI v.3 a tutto il campione. L'invio avverrà attraverso l'uso degli indirizzi email e il questionario verrà compilato online. Verrà eseguita una prima analisi fattoriale esplorativa (AFE) per la verifica della corrispondenza delle dimensioni ipotizzate per la costruzione del QuINI v.3, e l'eventuale emersione di nuove e/o differenti dimensioni.

L'altra verifica di attendibilità della misura del costrutto del QuINI v.3 sarà effettuata mediante comparazione dello strumento con il Negative Act Questionnaire – Revised (NAQ-R) versione italiana<sup>25,26</sup> che verrà inviato ad almeno 160 infermieri contemporaneamente al QuINI, divisi in *cluster* bilanciati e con estrazione casuale.

L'analisi della consistenza interna (verifica dell'omogeneità) del QuINI v.3 sarà effettuata sulla base dei dati derivanti dai rispondenti al questionario inviato a tutto il campione di infermieri della AOU Careggi e della Azienda Sanitaria di Firenze.

La validità di criterio (validità convergente/predittiva) del QuINI v.3 verrà testata mediante invio, contemporaneo al QuINI v.3, ai 160 infermieri individuati dai *cluster* bilanciati, del Copenhagen Burnout Inventory (CBI) versione italiana.<sup>27</sup>

Sulla base dei risultati della validazione di costruito, criterio e omogeneità, e particolarmente sui rilievi che l'analisi fattoriale esplorativa (AFE) darà luogo, il QuINI v.3 potrà subire ennesime modifiche andando a strutturarsi nella sua 4ª versione (QuINI v.4).

### 2. Studio descrittivo-esplorativo del QuINI, in contemporanea alla fase 1.2 di validazione e quindi sullo stesso campione, e ripetuto a 3 mesi di distanza

Con il primo invio del QuINI v.3 a tutto il campione selezionato delle due aziende si provvederà anche ad un primo studio descrittivo-e-

**Tabella 1** – Dati demografici richiesti nel QuINI v.3

Variabili demografiche
Nazionalità
Sesso
Età
Stato civile
Titolo di studio non inerente al percorso formativo infermieristico
Titolo di studio inerente al 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...)

splorativo sul fenomeno in oggetto. Successivamente, a 3 mesi di distanza, verrà effettuato un nuovo invio del QuINI, con le medesime modalità operative del precedente, dando origine ad una nuova analisi di tipo descrittivo-esplorativo.

### 3. Studio di validazione del QuINI per analisi fattoriale confermativa (AFC), a 3 mesi di distanza dal primo (vedi punto 2)

L'invio del QuINI a 3 mesi di distanza dal primo, in versione eventualmente modificata sulla base dei risultati delle validazioni effettuate, permetterà di portare a compimento la validazione del costrutto mediante AFC e, al contempo, consentirà il raffronto con i dati descrittivi ed esplorativi derivati dal primo invio.

L'invio del QuINI, del NAQ-R, del CBI e dei questionari di validità di contenuto e fatticità del QuINI stesso prevede un tempo massimo di 30 giorni per la loro compilazione con una e-mail di sollecito generale a 15 giorni esatti dal primo invio. Si prevede che le fasi del progetto di ricerca siano portate a compimento complessivamente in un periodo di circa 12 mesi dal momento dell'ottenimento delle autorizzazioni da parte delle direzioni generali aziendali. (**Figura 2**)

#### Strumenti

Per la conduzione della ricerca si utilizzeranno complessivamente 3 questionari. Il QuINI v.3, che è sia oggetto di validazione che di impiego nello studio descrittivo esplorativo. Il Negative Act Questionnaire – Revised in ver-

sione italiana<sup>25,26</sup> ed il Copenhagen Burnout Inventory versione italiana<sup>27</sup> saranno utilizzati in veste comparativa, rispettivamente nella validazione convergente ed in quella predittiva/concorrente del QuINI. Per entrambi gli strumenti di misura citati è stata ottenuta autorizzazione all'utilizzo da parte degli autori dei rispettivi studi di validazione.

Lo scheletro principale del QuINI è composto dall'*item* n. 16 che deriva dalla Survey di American Association of Critical Care Nurses condotta da Alspach nel 2007-2008<sup>28</sup> sottoposta precedentemente a processo di translation e back-translation.<sup>18</sup> A questo, poi, sono stati aggiunti altri *item* derivanti dall'analisi della letteratura sui fenomeni di interazioni negative tra colleghi in ambito sanitario. Il QuINI v.3 è stato strutturato in 4 dimensioni ipotetiche: "Interazioni Negative"; "Mobbing Orizzontale"; "Conseguenze Professionali"; "Conseguenze Personali". Queste dimensioni saranno suscettibili di cambiamento a seguito dell'AFE che verrà eseguita per la validazione di costruito. Il QuINI v.3 si compone di 30 domande e si struttura in domande chiuse. Le prime 13 domande sono di natura demografica; le restanti sono volte ad indagare le dimensioni sopra citate. (**Tabella 1 e 2**).

La validità convergente del QuINI verrà misurata mediante la somministrazione del Negative Act Questionnaire – Revised nella versione italiana validata da Giorgi tra il 2004 ed il 2005.<sup>25</sup> Il Negative Acts Questionnaire è lo strumento più diffuso per misurare

il mobbing. Einarsen & Raknes hanno costruito la prima versione del NAQ mediante l'uso di scale a 5 punti per poi passare alla strutturazione della versione rivista (NAQ-R) che consta di 22 *item*.<sup>29,30</sup> Il NAQ-R validato da Giorgi, invece, presenta una versione a 17 *item*, con scale a 5 punti.<sup>25</sup>

L'uso di uno strumento di misurazione del burnout si presta efficacemente sia alla validazione predittiva che a quella concorrente del QuINI. Infatti 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>31</sup> Questo suggerisce che lavorare in ambienti privi di inciviltà su posto di lavoro tra colleghi può prevenire, negli infermieri neograduati, i fenomeni di *burnout*.<sup>31</sup> Altri autori hanno rilevato una correlazione diretta tra *burnout* e inciviltà sul posto di lavoro ( $p < 0.01$ ) su campioni di convenienza di infermieri per acuti in ospedali americani.<sup>32</sup> Dal momento che il QuINI indaga la presenza di interazioni negative tra col-

**Tabella 2** – Dimensioni teoriche preliminari e item del QuINI v.3

Dimensione	N.	Item
<b>Interazioni negative</b>	<b>14</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?
	<b>16</b>	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) <input type="checkbox"/> Rivelazione ad altri di informazioni confidenziali <input type="checkbox"/> Indifferenza, scoraggiamento, e rifiuto di aiuto <input type="checkbox"/> Critiche frequenti/abituati, atteggiamenti sminuanti, di tendenza al biasimo <input type="checkbox"/> Chiacchiericci, false informazioni condivise con gli altri <input type="checkbox"/> Umiliazioni, condizioni in cui Lei è stato/a messo/a in imbarazzo <input type="checkbox"/> Atteggiamenti di isolamento professionale e/o sociale, esclusione dalle attività e/o conversazioni, "trattamento col silenzio" <input type="checkbox"/> Messaggi/informazioni importanti omessi o comunicati in ritardo <input type="checkbox"/> Assegnazione del lavoro/pazienti ingiusta <input type="checkbox"/> Intimidazioni, minacce <input type="checkbox"/> Mancato riconoscimento/accreditamento del lavoro svolto <input type="checkbox"/> Limitazioni alla possibilità di esprimere opinioni o idee <input type="checkbox"/> Atti di sabotaggio, compromissione nella sfera lavorativa e/o personale <input type="checkbox"/> Commenti sarcastici <input type="checkbox"/> Critiche ingiustificate, "incarnazione" del capro espiatorio <input type="checkbox"/> Lavoro giudicato in modo ingiusto <input type="checkbox"/> Insulti o commenti offensivi sulla Sua persona o sulla Sua vita privata
	<b>17</b>	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?
	<b>19</b>	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
	<b>29</b>	Negli ultimi 12 mesi, ha avuto modo di assistere ad atteggiamenti negativi (vedi elenco nella domanda numero 16) esercitati da suoi colleghi di pari grado e posizione nei confronti di altri colleghi? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
	<b>30</b>	Negli ultimi 12 mesi, ritiene di aver assunto uno o più atteggiamenti negativi (vedi elenco nella domanda numero 16) nei confronti di suoi colleghi di pari grado e posizione? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
	<b>Mobbing Orizzontale</b>	<b>15</b>
<b>17</b>		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)
<b>18</b>		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
<b>Conseguenze Professionali</b>	<b>20</b>	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
	<b>21</b>	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
	<b>22</b>	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
	<b>26</b>	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>27</b>	Se ha risposto sì alla domanda precedente (numero 26), può dire con chi ne ha parlato? (possibile anche più di una risposta) <input type="checkbox"/> Con i diretti interessati (i perpetratori degli atteggiamenti negativi) <input type="checkbox"/> Con colleghi infermieri <input type="checkbox"/> Con colleghi appartenenti ad altre categorie professionali (medici, operatori di supporto, etc...) <input type="checkbox"/> Con il coordinatore infermieristico <input type="checkbox"/> Con un infermiere dirigente <input type="checkbox"/> Con membri del comitato unico di garanzia od organo aziendale analogo a tutela degli episodi di bullismo e mobbing sul luogo di lavoro <input type="checkbox"/> Con rappresentanti sindacali
	<b>28</b>	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)
<b>30</b>	Negli ultimi 12 mesi, ritiene di aver assunto uno o più atteggiamenti negativi (vedi elenco nella domanda numero 16) nei confronti di suoi colleghi di pari grado e posizione? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	

(segue)

Dimensione	N.	Item
Conseguenze Personali	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? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
	24	Se ha risposto sì alla domanda precedente (numero 23), quali tra queste condizioni attribuibili agli atteggiamenti negativi di cui è stato fatto oggetto, ha sperimentato negli ultimi 12 mesi? (possibile anche più di una risposta) <input type="checkbox"/> Ansia <input type="checkbox"/> Cefalea <input type="checkbox"/> Disturbi del sonno <input type="checkbox"/> Disturbi gastrointestinali <input type="checkbox"/> Ridotta auto-stima <input type="checkbox"/> Frequenti flashback, comparsa improvvisa di immagini relative ai vissuti di atteggiamenti negativi subiti dai colleghi <input type="checkbox"/> Apatia <input type="checkbox"/> Sensazione di disconnessione/alienazione <input type="checkbox"/> Depressione <input type="checkbox"/> Sensazione di difficoltà a respirare <input type="checkbox"/> Sensazione di tensione/dolenzia muscolare diffusa <input type="checkbox"/> Assenze dal lavoro intenzionali <input type="checkbox"/> Sensazione di stanchezza cronica, esaurimento <input type="checkbox"/> Sensazione ripetuta di nervosismo e rabbia <input type="checkbox"/> Facile suscettibilità <input type="checkbox"/> Frequente senso di colpa <input type="checkbox"/> Timore di andare a lavorare, perdita di voglia di andare a lavorare <input type="checkbox"/> Riduzione del senso di appartenenza all'organizzazione <input type="checkbox"/> Problemi di concentrazione sul lavoro <input type="checkbox"/> Errori sul lavoro <input type="checkbox"/> Dolore toracico, palpitazioni <input type="checkbox"/> Aumento eccessivo dell'assunzione di cibo, o riduzione dell'appetito <input type="checkbox"/> Sensazione che la vita lavorativa influenzi negativamente la Sua vita privata (famiglia, affetti) <input type="checkbox"/> Aumento del consumo di alcool, sigarette, sostanze
	25	Se negli ultimi 12 mesi ha sperimentato almeno una delle condizioni psicofisiche di cui sopra (domanda 25), 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)
	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? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
	27	Se ha risposto sì alla domanda precedente (numero 26), può dire con chi ne ha parlato? (possibile anche più di una risposta) <input type="checkbox"/> Con i diretti interessati (i perpetratori degli atteggiamenti negativi) <input type="checkbox"/> Con colleghi infermieri <input type="checkbox"/> Con colleghi appartenenti ad altre categorie professionali (medici, operatori di supporto, ecc...) <input type="checkbox"/> Con il coordinatore infermieristico <input type="checkbox"/> Con un infermiere dirigente <input type="checkbox"/> Con membri del comitato unico di garanzia od organo aziendale analogo a tutela degli episodi di bullismo e mobbing sul luogo di lavoro <input type="checkbox"/> Con rappresentanti sindacali

leggi avvenute nel corso degli ultimi 12 mesi, è possibile che la positività al burnout possa essere una conseguenza, 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 divenire vittime di atteggiamenti ostili da parte dei colleghi.

La validità predittiva/concorrente del QuiNI verrà testata mediante la somministrazione del Copenhagen Burnout Inventory (CBI) versione italiana di Avanzi et al.<sup>27</sup> Questo strumento nasce sui presupposti delle critiche mosse alle 3 dimensioni del costruito del Ma-

slach Burnout Inventory e cioè che in realtà la dimensione centrale del burnout sia "l'esaurimento emotivo", mentre la "depersonalizzazione" e la "ridotta realizzazione personale" siano solo conseguenze. Il CBI<sup>33</sup> è composto da tre dimensioni, che valutano il livello di esaurimento e di fatica della persona; 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 da 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.

Tutti gli strumenti di misura appena descritti verranno sviluppati mediante l'applicazione Google Drive Moduli<sup>®</sup> e trasferiti su fo-

glio Microsoft Excel 2010<sup>®</sup>. I database contenenti le risposte ai questionari verranno opportunamente importati per l'analisi statistica, sui software predisposti. L'analisi statistica verrà condotta mediante utilizzo di software SPSS versione 20<sup>®</sup>. I questionari verranno inviati mediante link di Google Drive Moduli<sup>®</sup> alle email aziendali del campione in studio.

#### Variabili studiate e modalità di analisi

Per lo studio di validazione di contenuto del QuiNI, è stato usato un questionario approntato *ad hoc* direttamente online su modulo informatico Google Drive<sup>®</sup>, raggiungendo gli esperti via email. Il questionario, con lo scopo di ottenere un punteggio di Item Content Validity Index (I-CVI) e di concomitante Kappa di Cohen modificata per valutazioni

multirater secondo quanto raccomandato da Polit & Beck nella loro pubblicazione sul metodo del 2007<sup>34</sup>, è stato strutturato mediante valutazione su scale a 4 punti (1 – per niente, 2 – poco, 3 abbastanza, 4 – molto) rispetto ai giudizi richiesti. Oltre all' *item* Content Validity Index, è stata calcolata, per ogni dimensione di valutazione, lo Scale Content Validity Index (S-CVI), mediante S-CVI/Ave, cioè calcolando la media dei singoli punteggi ottenuti per ogni *item* e *sub-item*, sempre seguendo le raccomandazioni dei metodologi Polit *et al.* Le modifiche apportate agli *item* e *sub-item* del QuNI sono state condotte attraverso i punteggi rilevati per la sola dimensione "adeguatezza", mantenendo un approccio conservativo, che vedeva la soglia di I-CVI  $\geq 0.78$  per il mantenimento degli *item* e *sub-item* nello strumento.

Analogamente, per la validità di facciata, i punteggi sono stati esaminati con le stesse modalità utilizzate nella validazione di contenuto condotta dal gruppo di esperti.

La validità del costrutto rispetto alle 4 dimensioni su cui il QuNI è stato disegnato, sarà testata dall'analisi fattoriale esplorativa (AFE), durante la prima somministrazione del questionario al campione in studio e successivamente da analisi fattoriale confermativa (AFC), dopo la seconda somministrazione del QuNI a 3 mesi di distanza dal primo invio.

La validità convergente del QuNI con il NAQ-R versione italiana verrà testata mediante correlazione tra variabili dicotomiche con coefficiente phi, ed età, per variabili categoriche con quantitative. Analogamente, per la validità predittiva/concorrente del QuNI con il CBI versione italiana, si utilizzeranno correlazioni tra variabili dicotomiche con coefficiente phi, ed età, per variabili categoriche con quantitative.

L'analisi descrittiva dei dati verrà condotta mediante gli usuali indici di tendenza centrale e dispersione sulla base della distribuzione dei dati.

L'analisi esplorativa delle variabili sarà 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 esi-

to 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, sarà eseguita mediante analisi multivariata (regressione logistica).

La consistenza interna degli *item* che compongono il QuNI verrà verificata mediante  $\alpha$  di Cronbach.

#### Aspetti etici e rispetto della confidenzialità

Verrà garantita la tutela dei soggetti secondo quanto raccomandato nella Convenzione di Oviedo e nella dichiarazione di Helsinki.

Il protocollo di studio è stato sottoposto al parere del Comitato Etico di Area Vasta Centro della Regione Toscana, che ha ritenuto lo studio di non propria competenza in quanto non riguardante i pazienti.

Saranno tutelati tutti i 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 sarà effettuata in modo tale che i rispondenti non abbiano alcun accesso a nessun tipo di dato eccettuato i propri questionari da compilare. I dati saranno archiviati in database contenuti in un PC con password il cui accesso sarà limitato al solo responsabile dello studio. I dati saranno trattati solo ed esclusivamente in modo anonimo e analizzati in forma aggregata, tale da rendere impossibile la tracciabilità dei singoli individui e dei gruppi stessi che parteciperanno allo studio.

#### Ringraziamenti

Si ringraziano per il prezioso contributo il Prof. Gianluca Favero, la Dott.ssa Marta Bernardeschi, il Dott. Gabriele Giorgi, la Dott.ssa Donatella Camerino e la Prof.ssa Maria Grazia De Marinis.

#### Bibliografia

1. 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. Ultimo accesso 04-10-2011

2. ANDERSSON LM, PEARSON CM. *Tit for tat? The spiraling effect of incivility in the workplace*. *Acad Manage Rev* 1999;24(3):452-471
3. HUTTON S, GATES D. *Workplace incivility and productivity losses among direct care staff*. *AAOHN J*. 2008 Apr;56(4):168-75.
4. HUTTON SA. *Workplace incivility: state of the science*. *J Nurs Adm*. 2006 Jan;36(1):22-27
5. STOKOWSKI LA. *The Downward Spiral: Incivility in Nursing*. <http://www.medscape.com/viewarticle/739328> ultimo accesso 20-11-2014
6. ALSPACH G. *Critical Care Nurses as Coworkers: Are Our Interactions Nice or Nasty?* *Crit Care Nurse*. 2007;27:10-14
7. LEYMAN H, GUSTAFSSON B. *Psychological violence at workplaces. Two explorative studies*. 1984 (Undersokningsrapport 42) Arbetskyddsstyrelsen, Stockholm.
8. HASTIE C. *Horizontal violence in the workplace*. *Birth International* 2002. Retrieved January 2007 from <http://www.acegraphics.com.au/articles/hastie02.html>
9. JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION ON HEALTHCARE ORGANIZATION SENTINEL EVENT ALERT. *Behaviors that undermine a culture of safety*. Issue 40, July 9, 2008. [http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea\\_40.htm](http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea_40.htm) Ultimo accesso 18-11-2011
10. 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/). Ultimo accesso 05-10-2011
11. CAMERINO D, ESTRYN-BEHAR M, CONWAY PM, VAN DER HEIJDEN BIJ, 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
12. 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.
13. 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.
14. 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.
  15. BAMBI S, BECATTINI G, PRONTI F, LUMINI E, RASERO L. *Ostilità laterali nei gruppi infermieristici di area critica. Indagine su cinque presidi ospedalieri della regione Toscana.* Assis Inferm Ric. 2013 Oct-Dec;32(4):213-22.
  16. 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 Nov-Dec;33(6):347-54
  17. ARCANGELI G, GIORGI G, FERRERO C, MUCCI N, CUPPELLI V. *Prevalenza del fenomeno mobbing in una popolazione di infermieri di tre aziende ospedaliere italiane.* G Ital Med Lav Ergon. 2014 Jul-Sep;36(3):181-5.
  18. BAMBI S, BECATTINI G, LUMINI E. *Questionario sulle ostilità tra infermieri di area critica: studio di validazione.* Scenario 2012;29(1): 36-42
  19. ROBERTS SJ. *Oppressed group behavior: implications for nursing.* ANS Adv Nurs Sci. 1983;5(4):21-30.
  20. ROBERTS SJ, DEMARCO 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 Apr;17(3):288-93.
  21. 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(1):133-157
  22. 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.
  23. BANDURA A. *Social Learning Theory.* 1977, Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ.
  24. BARBARANELLI C. *Analisi dei dati: Tecniche multivariate per la ricerca psicologica e sociale.* Edizioni Universitarie di Lettere Economia Diritto. 2003
  25. GIORGI G. *Il Negative Acts Questionnaire Revised (NAQ-R) in Italia.* Prevenzione Oggi 2008;4(4):71-82
  26. GIORGI G, ARENAS A, LEON-PEREZ JM. *An operative measure of workplace bullying: the negative acts questionnaire across Italian companies.* Ind Health. 2011;49(6):686-95.
  27. AVANZI L, BALDUCCI C, FRACCAROLI F. *Contributo alla validazione italiana del Copenhagen Burnout Inventory (CBI).* Psicologia della Salute. 2013;2:120-135
  28. ALSPACH G. *Lateral Hostility Between Critical Care Nurses: A Survey Report.* Crit Care Nurse. 2008;28:13-19
  29. EINARSEN S, RAKNES BI. *Harassment in the workplace and the victimization of men.* Violence Vict 1997;12:247-263
  30. 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
  31. LASCHINGER HK, FINEGAN J, WILK P. *New graduate burnout: the impact of professional practice environment, workplace civility, and empowerment.* Nurs Econ. 2009;27(6):377-83.
  32. 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(10):536-42.
  33. KRISTENSEN TS, BORRITZ M, VILLADSEN E, KRISTENSEN KB. *The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout.* Work & Stress 2005;19(3):192-207.
  34. POLIT DF, BECK CT, OWEN SV. *Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations.* Res Nurs Health. 2007 Aug;30(4):459-67