



PROJECT WORK

MASTER DI PRIMO LIVELLO

“ASPETTI LEGALI E FORENSI NELLE PROFESSIONI SANITARIE”

A.A. 2018/2019

**“I CONFLITTI NEL LUOGO DI LAVORO:
NUOVE SFIDE DA GESTIRE PER GLI
INCARICATI DI ORGANIZZAZIONE.”**

A cura di Verdiana Casciano.

Relatore: Gianluca Altavilla.

INDICE

INTRODUZIONE	p. 5
CAPITOLO 1. DESCRIZIONE DEL FENOMENO.	p. 7
CAPITOLO 2. EPIDEMIOLOGIA.	p. 10
CAPITOLO 3. IL CONTESTO NORMATIVO ITALIANO E LA RESPONSABILITA' DEL DATORE DI LAVORO.	p. 12
CAPITOLO 4. OLTRE IL <i>MOBBING</i> : LO <i>STRAINING</i> .	p. 16
CAPITOLO 5. LA RESPONSABILITA' DISCIPLINARE PER VIOLAZIONE DEL CODICE DI COMPORTAMENTO.	p. 17
CAPITOLO 6. STRATEGIE PER PREVENIRE O RIDURRE IL <i>BULLYING</i> .	p. 19
CAPITOLO 7. CONSIDERARE SOLUZIONI INNOVATIVE: LA MINDFULNESS.	p. 21
CAPITOLO 8. IL CONTRIBUTO DELLE ASSOCIAZIONI PROFESSIONALI E SCIENTIFICHE.	p. 22
CAPITOLO 9. PROPOSTA DI UN PROGETTO FORMATIVO RESIDENZIALE.	p. 24
CONCLUSIONI	p. 27
BIBLIOGRAFIA	p. 28
NORMATIVE DI RIFERIMENTO	p. 33
SENTENZE IN TEMA DI STRAINING	p. 33
BIBLIOGRAFIA DI APPROFONDIMENTO	p.34
CONTRIBUTO PERSONALE	p. 36

“Non è perché le cose sono difficili che noi non osiamo farle,
é perché non osiamo farle che le cose sono difficili”.

Seneca

INTRODUZIONE.

Lo *stress* da lavoro è considerato, a livello internazionale, europeo e nazionale, un problema sia dai datori di lavoro che dai lavoratori. In Europa si stima che ogni anno 11 milioni di giorni di lavoro vengano persi a causa dello *stress*-lavoro correlato. Soprattutto negli ultimi anni, i profondi cambiamenti che hanno interessato il mondo del lavoro in generale, e le professioni sanitarie nello specifico, hanno generato un impatto negativo sulla qualità della vita lavorativa degli operatori. Lo *stress*, potenzialmente, può colpire in qualunque luogo di lavoro e qualunque lavoratore, a prescindere dalla dimensione dell'azienda, dal campo di attività, dal tipo di contratto o rapporto di lavoro. Lo *stress* è uno stato, che si accompagna a malessere e disfunzioni fisiche, psicologiche o sociali e che consegue dal fatto che le persone non si sentono in grado di superare il *gap* rispetto alle richieste o alle attese nei loro confronti. L'individuo è capace di reagire alle pressioni a cui è sottoposto nel breve termine, e queste possono essere considerate positive (per lo sviluppo dell'individuo stesso); ma di fronte ad un'esposizione prolungata e a forti pressioni egli avverte grosse difficoltà di reazione. Inoltre, persone diverse possono reagire in modo diverso a situazioni simili e una stessa persona può, in momenti diversi della propria vita, reagire in maniera diversa a situazioni simili. Lo *stress* non è una malattia, ma un'esposizione prolungata ad esso può ridurre l'efficienza sul lavoro e causare problemi di salute. Lo *stress* indotto da fattori esterni all'ambiente di lavoro può condurre a cambiamenti nel comportamento e ridurre l'efficienza sul lavoro e tutte le sue manifestazioni sul lavoro non vanno considerate causate dal lavoro stesso. Lo *stress* lavoro- correlato può essere causato da vari fattori, quali il contenuto e l'organizzazione dell'ambiente di lavoro e una comunicazione "povera". Secondo l'INAIL, dalle ultime direttive pubblicate nel 2017, gli aspetti principali dello *stress*-lavoro correlato da valutare sono: il carico di lavoro, il controllo sul proprio lavoro, il supporto di colleghi e superiori, la chiarezza di ruolo, la gestione del cambiamento, le relazioni interpersonali. Il primo punto è rappresentato dal **carico di lavoro** al quale è sottoposto il lavoratore. Il secondo è il **controllo** sul proprio lavoro, ovvero la discrezionalità di agire autonomamente da parte del lavoratore sulle proprie attività. Il terzo aspetto riguarda il **supporto**, ovvero quanto capi e collaboratori possono supportare un lavoratore nell'adempimento delle sue attività. Il quarto è il **ruolo**, ovvero deve esserci chiarezza rispetto a quello che un lavoratore deve e può fare e soprattutto quello che l'organizzazione si aspetta da parte del lavoratore. Il quinto fattore è la **gestione del cambiamento**, ovvero un lavoratore necessita di essere informato in tempo di quelli che sono i cambiamenti presenti e futuri che possono coinvolgere l'organizzazione e quindi quali siano le ricadute che questi cambiamenti portano nelle attività. Il sesto e ultimo punto riguarda le **relazioni interpersonali**: devono essere presenti delle azioni positive promosse dall'organizzazione volte proprio ad evitare l'instaurarsi di conflitti all'interno dei contesti di lavoro. Gli infermieri sono costantemente esposti a numerosi agenti stressanti inerenti spesso la professione stessa: orario di lavoro prolungato, trattare con il dolore e le sofferenze degli assistiti, aver cura di pazienti terminali e provvedere al supporto dei familiari. Altri agenti stressanti extra-professione, invece, sono: riduzione del personale, aumento della complessità assistenziale, riduzione del materiale a disposizione e aumento del fabbisogno di formazione per il continuo ricambio delle tecnologie in uso. Lo *stress* affligge soprattutto le capacità cognitive come la memoria e l'attenzione, capacità fondamentali nel nostro lavoro dove è necessario prendere decisioni accurate e nel più breve tempo possibile. Gli errori dettati dalla mancanza di attenzione durante

l'assistenza, come il mancato riconoscimento dei segni e sintomi dello scadimento delle condizioni cliniche e, soprattutto, durante il processo di preparazione e somministrazione dei farmaci, sono in aumento, e spesso non sono riconosciuti in tempo. Di conseguenza, vengono intaccate la soddisfazione lavorativa, la percezione di avere sotto controllo il proprio operato e la qualità delle relazioni umane tra colleghi, producendo gravi danni all'assistenza in generale. Data la complessità del fenomeno, quindi non è esaustivo elencare come potenziali sintomi indicatori di *stress* solo un alto tasso di assenteismo o un'elevata rotazione del personale, ma è necessario tenere in considerazione i conflitti interpersonali o le lamentele frequenti.

Proprio nell'area delle relazioni interpersonali, nelle organizzazioni sanitarie il fenomeno della "violenza sul posto di lavoro", sia quella verticale che orizzontale, sta assumendo dimensioni notevoli, soprattutto per quel che riguarda la gestione del rischio.

Con il termine "violenza orizzontale" si identifica il fenomeno del *bullying*. Leyman nel 1996 descrive il *bullying* come "terrore psicologico sul posto di lavoro, che consiste in una comunicazione ostile e contraria ai principi etici, perpetrata in modo sistematico e per un lungo periodo di tempo da uno o più persone contro un singolo individuo che viene spinto in una posizione di impotenza e impossibilità di difesa, e qui costretto a restare da continue attività ostili. Data l'alta frequenza e il lungo periodo, il comportamento ostile dà luogo a seri disagi psicologici, psicosomatici e sociali"[1]. Il fenomeno costituisce un importante problema per le organizzazioni perché può avere ripercussioni sulle performance degli operatori, sul clima lavorativo, sui livelli di assenteismo e di *turnover*, e pertanto anche sui costi e sulla produttività.

Diversi studi segnalano proprio quello infermieristico un contesto nel quale la violenza orizzontale trova un'elevata diffusione con riflessi sulla riduzione della qualità dell'assistenza erogata, sulla soddisfazione dell'utenza fino alla compromissione dell'immagine aziendale.

Attualmente esiste un'oggettiva difficoltà nel differenziare la definizione del *bullying* e le sue sfumature (*bullying* verticale ascendente o verticale discendente, orizzontale); infatti in letteratura infermieristica, esso è definito come "violenza laterale/orizzontale", "abuso verbale" o "aggressione sul posto di lavoro", rendendo difficile comparare i risultati dei singoli studi ricerca. Questo determina un ostacolo non solo nel delineare le caratteristiche epidemiologiche, ma anche nell'individuare programmi di possibili misure preventive o reattive.

In questo ambito lo stile di *leadership* è riconosciuto essere uno dei più importanti fattori antecedenti il *bullying*. In tal senso, la figura dell'Incaricato di Organizzazione delle professioni sanitarie è cruciale dato il suo collocamento organizzativo intermedio tra la direzione aziendale e infermieristica e il team di lavoro.

1. DESCRIZIONE DEL FENOMENO.

Oggi, le relazioni negative tra infermieri sono un problema riconosciuto a livello mondiale e ben riportato in letteratura, anche perché questo fenomeno può determinare conseguenze nella vita sia professionale che privata delle vittime. Una revisione condotta nel 2014 mostra che su un campione di 151.307 infermieri, provenienti dalla raccolta di 136 studi, il 36,4% è stato esposto a violenza fisica, mentre il 67,2% è stato esposto a violenza verbale. In Europa è stimata un'esposizione del 35% alla violenza fisica e del 59,5% alla violenza verbale, quest'ultima di solito perpetrata da infermieri e dottori [2]. La violenza laterale è un sottoinsieme del concetto globale di violenza sul luogo di lavoro, come lo è il *bullying*. Poiché non vi sono ancora chiare definizioni e classificazioni di questi comportamenti antisociali sul luogo di lavoro, è difficile da parte delle organizzazioni stimare la presenza e pesare la gravità del problema. La manifestazione più comune della violenza laterale sono le molestie psicologiche, ovvero gli atteggiamenti ostili, in opposizione alle vere e proprie aggressioni fisiche. Queste molestie includono: abusi verbali, minacce, umiliazioni, intimidazioni, criticismo, insinuazioni, esclusione sociale e professionale, scoraggiamento, disinteresse, accesso negato alle informazioni. Il *bullying*, invece, in letteratura è descritto come un abuso di potere, un atteggiamento offensivo duraturo accentuato da intimidazioni e atteggiamenti maligni. Il *bullying* non si limita a manifestarsi con aggressioni aperte o di ostilità, come ad esempio urlare, ma include anche azioni subdole come diffondere dicerie, nascondere informazioni e mettere in atto pratiche di esclusione. Le tipiche manifestazioni includono le critiche sistematiche, il sabotaggio, l'intimidazione, le minacce, la violenza, l'umiliazione, le richieste di lavoro eccessive, la distribuzione non equa dei carichi di lavoro, 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.

Un'altra distinzione tra *bullying* e violenza laterale si riferisce alla frequenza degli eventi. La violenza laterale può essere isolata o sporadica, mentre il *bullying* si riconosce quando le azioni negative sono ripetute settimanalmente o più spesso, per almeno sei mesi continuativi [3,4]. La natura insidiosa rende difficile per le organizzazioni rispondere adeguatamente e per le vittime resistere, causa anche un diffuso atteggiamento omertoso [5,6]. Gli autori concordano in un'univoca definizione del fenomeno del *bullying* sul luogo di lavoro, di fatto in Europa tutt'oggi il termine più comune per definire il *bullying* è ancora "mobbing". Gli antecedenti di questi comportamenti devianti sul luogo di lavoro sono correlati ad atteggiamenti di inciviltà professionale, descritti come il deterioramento dei rapporti professionali tra pari. Per esempio: lasciare una stampante inceppata con la carta o non ripristinarne il toner, non divulgare importanti informazioni oppure divulgare informazioni false, usare oggetti non propri senza il consenso del proprietario, escludere socialmente anche dai gruppi sui *social*. Questi atteggiamenti così detti incivili differiscono dalla violenza fisica o verbale per l'ambiguità nell'intento di danneggiare la vittima [7]. Il *Royal College of Nursing* elenca una lista non esaustiva di comportamenti che codificano il *bullying*: tenere comportamenti sadici o aggressivi per prolungati periodi di tempo, escludere da incontri o riunioni, umiliare e mettere in ridicolo, condurre critiche in pubblico allo scopo di umiliare, agire critiche infondate persistenti in privato, trattare i colleghi come bambini, cambiare irragionevolmente o senza giustificazioni le responsabilità

di lavoro, ritirare deliberatamente informazioni per influenzare le performance di un collega, cambiare con frequenza scadenze di lavoro o linee guida [8].

Sono state indagate anche le motivazioni che inducono una persona ad assumere il ruolo di *mobber*: tra queste il timore di perdere il proprio posto di lavoro o lo status raggiunto, di essere superato da un collega, di essere ostacolato nella carriera, di percepire ingiustizia, o di agire per invidia o razzismo. Diversi autori hanno notato che gli autori di atti di bullismo nascondono una scarsa autostima, mancanza di competenza sociale, atteggiamenti di auto-promozione, perché bramano una progressione professionale. Altre caratteristiche distintive sono la personalità narcisista, l'abitudine a cercare la vendetta e fomentare la rabbia tra le persone. Spesso gli istigatori al bullismo sono inclini a perdonare se stessi, supponendo che la loro condotta sia priva di effetti collaterali [3,4,7].

Le conseguenze del *bullying* si ripercuotono non solo sulla vittima, ma sull'intero sistema, determinando ambienti di lavoro insalubri, disgregazione del 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.

A livello organizzativo, diversi studi [9,10,11] discutono sulla relazione tra violenza verbale e:

- Cultura aziendale, specialmente nel momento in cui non vi sono politiche di prevenzione o interventi punitivi;
- Operazioni di ristrutturazione, di cambiamenti nel *management* aziendale o nella composizione del gruppo di lavoro;
- Utilizzo scorretto della legittima autorità e dei sistemi premianti, gestione eccessivamente meritocratica del personale che può essere fonte di forte ambizione e competitività, pressione per una maggiore efficienza interna ed esterna;
- Rottura del contratto psicologico impresa-lavoratore;
- Aspetti di contenuto delle attività: sottoutilizzo di abilità o eccessivo carico di lavoro, come pure l'insicurezza del lavoro e mancanza di opportunità di crescita, avanzamento e promozione;
- Eccessive forme di controllo, svuotamento delle attività previste da ciascuna figura professionale, trasferimenti ingiustificati, attribuzione eccessiva di compiti;
- Clima organizzativo.

Un ulteriore elemento correlato al *bullying* è lo stile di *leadership*. Forme di *leadership* inadeguata, autoritaria e superficiale possono partecipare in modo determinante alla nascita e allo sviluppo del disagio. L'insorgenza di fenomeni di violenza verbale è particolarmente frequente quando lo stile di *leadership* è troppo permissivo o eccessivamente autoritario. Uno stile autoritario che non favorisce una comunicazione aperta, non consulta e non comunica informazioni accurate e che non delega, favorisce un luogo di lavoro con alti livelli di *stress* e di conflitti interpersonali. Allo stesso modo, una *leadership* troppo permissiva può tradursi in un sottoutilizzo delle abilità del personale al quale possono mancare adeguate opportunità di crescita professionale. Una bassa soddisfazione verso la *leadership* è considerata come uno dei più importanti antecedenti organizzativi in grado di predire la messa in atto di azioni negative da parte dei soggetti all'interno di un'organizzazione [9,12,13].

Infine, a causa dell'insorgenza di fenomeni di violenza verbale, le organizzazioni sanitarie subiscono notevoli ripercussioni, non solo sul piano del benessere dei propri dipendenti, ma anche in termini di

calo della produttività e di performance e di perdita delle capacità di risoluzione dei problemi, di peggioramento del clima lavorativo, e deterioramento della qualità relazionale tra i membri dello *staff* di cura. Si può registrare anche un alto tasso di assenteismo e *turnover*. Inoltre, anche i pazienti sembrano essere maggiormente esposti al rischio di errori, a causa dell'elevata tensione a cui è esposta la vittima di *bullying* che determina cali di concentrazione disattenzione. Dunque, considerare il problema dello *stress* sul lavoro secondario a forme di violenza orizzontale può voler dire una maggiore efficienza e un deciso miglioramento delle condizioni di salute e sicurezza sul lavoro, con conseguenti benefici economici e sociali per le aziende, i lavoratori e la società nel suo insieme [9,13,14,15].

2. EPIDEMIOLOGIA.

Per quanto riguarda lo “*stress* lavoro-correlato”, è utile prendere in considerazione un’indagine europea, condotta nel 2007, sulle condizioni di lavoro che ha rilevato che il 22% dei lavoratori di 25 Stati membri e di due paesi in fase di adesione all'UE ha riferito di subire stress sul posto di lavoro. La prevalenza segnalata di *stress* è marcatamente diversa tra i nuovi Stati membri e la vecchia UE-15. Inoltre, i risultati di questa indagine hanno mostrato che il 20% dei lavoratori provenienti dall'UE-15 e il 30% dei 10 nuovi Stati membri riteneva che la propria salute fosse a rischio a causa dello stress sul lavoro [15].

A livello nazionale, i più alti livelli di stress segnalati sono stati osservati in Grecia (55%), Slovenia (38%), Svezia (38%) e Lettonia (37%). Già nel 2004 la Commissione europea aveva riferito che circa il 50-60% di tutti i giorni lavorativi persi erano collegati allo *stress* legato al lavoro e stimava che il costo da sostenere per le assenze era di circa 20.000 milioni di euro all’anno. A livello di ogni singola nazione, è stato rilevato che lo *stress* ha costi significativi e reali per i datori di lavoro e per la società in generale. Ad esempio, in Germania, il costo dei disturbi psicologici è stato stimato in 3.000 milioni di euro nel 2001. Nei Paesi Bassi nel 1998, i disturbi mentali erano la principale causa di incapacità (32%) e il costo della malattia psicologica era stimato in 2,26 milioni di euro all’anno. Nel Regno Unito, circa 70 milioni di giorni lavorativi vengono persi ogni anno a causa di problemi di salute mentale e 10 milioni di questi sono il risultato di ansia, depressione e *stress*. Nel 2005/2006, si stima che la depressione e l’ansia siano costate alla Gran Bretagna oltre 530 milioni di sterline [16].

Indubbiamente, le cause e gli effetti dello stress sul lavoro riflettono il cambiamento delle esigenze lavoro-specifiche nel contesto lavorativo: approssimativamente il 75% di 25.000 segnalazioni di aggressioni sul posto di lavoro annualmente si verificano in ambito sanitario e sociale e i lavoratori del settore sanitario sono quattro volte più a rischio di essere vittime rispetto a lavoratori nel settore dell’industria privata [17,18].

Volendo ora focalizzarci sul fenomeno della violenza laterale, ovvero il *bullying* sul luogo di lavoro, esso è stato descritto nel 2010 dall’Organizzazione Mondiale della Sanità come uno dei maggiori problemi della sanità pubblica, nominato anche come “epidemia silente” [19]. Secondo una recente revisione sistematica pubblicata nel 2019 gli indici di prevalenza di tale fenomeno, riportati nei diversi studi inclusi, oscillano da 0,3% al 86,5%, e questo dipende soprattutto dai metodi usati per esplorare il fenomeno e dalla definizione ancora non univoca del fenomeno *bullying* [20]. Diversi studi suggeriscono che il *bullying* avviene più frequentemente nei contesti lavorativi che riguardano il settore socio-sanitario piuttosto che in altri settori, e questo può essere spiegato dalla natura interpersonale ed emotiva del rapporto di lavoro con i colleghi e con i pazienti, dal carattere gerarchico e dalla presenza di conflitti che naturalmente nascono avendo a che fare con *team* multidisciplinari [21].

Anche gli effetti psicologici e fisici del *bullying* vengono registrati in misure direttamente dipendenti dagli strumenti usati nelle varie ricerche. Per quanto riguarda la sfera psicologica, in letteratura vengono descritti stati che vanno dalla riduzione del tono dell’umore, all’ansia moderata sino a sintomi tipici del disturbo da *stress* post-traumatico o al Disturbo da Attacchi di Panico (DAP). Invece per la sfera psicosomatica, vengono riportati una vasta gamma di disturbi, come la cefalea da stress o sintomi gastrointestinali, irritabilità, perdita di concentrazione, cambio del modello del sonno fino

alla depressione. E' stata riscontrata una significativa correlazione tra *bullying* e *bornout* professionale, atteggiamenti di esclusione, cinismo e insoddisfazione professionale, riduzione dell'impegno nel proprio lavoro, richiesta di mobilità o desiderio di richiederla: sono proprio gli atteggiamenti sminuenti o di sabotaggio che inducono le vittime a pensare di cambiare unità operativa, fino a lasciare definitivamente la professione infermieristica. Le più comuni reazioni agli eventi di violenza verbale da parte degli operatori sanitari sono: "confidarsi con amici, familiari e colleghi", "riportare i fatti ad altri membri dello *staff*", "ignorare l'incidente", "lavorare più attentamente per evitare critiche" [22,23].

Per quanto riguarda i fattori di rischio, numerosi autori dichiarano che esistono due differenti variabili che concorrono al rischio di *bullying* e di atteggiamenti negativi sul luogo di lavoro. La prima variabile è la fluttuazione del mercato del lavoro (locale e globale) che costringe i lavoratori a continui cambiamenti professionali. La seconda è rappresentata dal contesto sociale, dove le persone, tenendo conto del proprio bagaglio culturale e delle proprie risorse, devono far fronte a numerosi problemi e conflitti. Entrambe le variabili citate si confermano valide sia per chi subisce la violenza, ma anche per chi la perpetra nel tempo [24]. Diversi studi non mostrano come fattore di rischio differenze di genere, né differenze di provenienza geografica; al contrario è stata rilevata un'associazione negativa tra *bullying* e minor anzianità di servizio: secondo alcuni studi sarebbero gli infermieri "inesperti" (in particolare i neolaureati) ad essere maggiormente esposti ad azioni di *bullying* perpetrate dagli infermieri clinici più esperti (considerati *leader* informali); nello specifico le forme di violenza verbale sperimentate sono la svalutazione, i commenti umilianti e l'assenza di supervisione [25,26]. Curiosamente gli infermieri sono anche descritti come i "peggiori nemici di se stessi", inclini a litigi, a prevaricare e incapaci di fornire supporto e incoraggiamento. Indubbiamente, l'essere sottoposto a due linee gerarchiche distinte (quella infermieristica e quella medica) in continua tensione tra loro può rappresentare un fattore ambientale scatenante [27]. Il dato più preoccupante è la correlazione che esiste tra il *bullying* e la qualità delle cure, errori ed eventi avversi. Diversi studi riportano che le vittime di *bullying* eseguono i propri doveri senza i minimi requisiti di sicurezza, ad esempio: somministrano farmaci senza una prescrizione precisa, lasciano il paziente a rischio caduta senza un supporto, usano apparecchiature (a volte anche molto costose) senza chiedere supervisione [28]. Interessante è l'analisi degli *incident reporting* che evidenziano atteggiamenti incivili e di violenza laterale tra i professionisti sanitari, dove vengono identificati due principali catalizzatori degli eventi: l'atteggiamento verso il lavoro e la pianificazione del lavoro. Il primo sottolinea una condotta non professionale, messa in discussione dei propri e altrui compiti, disaccordo verso le strategie di cure infermieristiche, disappunto verso il lavoro condotto dai propri pari. Il secondo, invece, include i possibili conflitti che nascono dalla non aderenza ai protocolli, la mal gestione/assegnazione dei pazienti, risorse limitate, alti carichi di lavoro [29]. Inoltre, il *bullying* è prevedibile in contesti dove sono necessarie elevate abilità tecniche rispetto ad aree dove predominano le capacità relazionali tipiche dell'assistenza [30,31,32,33,34]: in ambito infermieristico l'atteggiamento al bullismo sembra essere una conseguenza dell'apprendimento precedente di comportamenti negativi (come una sorta di "*imprinting*") [23]. Detto ciò, l'identificazione di uno specifico servizio o unità operativa a rischio di atteggiamenti di violenza laterale risulta difficile a causa della grande variabilità dei *setting* lavorativi, dell'eterogeneità degli strumenti di analisi del fenomeno e dell'ambiguità che ancora esiste sulla terminologia, confermando che la violenza laterale è principalmente un "problema culturale" della professione infermieristica [35,36].

3. IL CONTESTO NORMATIVO ITALIANO E LA RESPONSABILITA' DEL DATORE DI LAVORO.

Il recepimento, con il D.Lgs. 626/94, della “Direttiva madre” 89/391/CE e delle numerose “Direttive figlie” ha innovato il concetto di tutela della salute e sicurezza sul luogo di lavoro, introducendo le cosiddette “figure della prevenzione” con un ruolo chiave nella gestione della stessa, integrata e condivisa anche dalla partecipazione dei lavoratori. A fronte della mancanza, nel D.Lgs. 626/94, di una definizione puntuale del concetto di “salute”, l’aspetto psichico, seppur indirettamente, viene considerato dal legislatore sia con la modifica dell’art. 4 comma 1, ad opera della Legge 39/02, che richiama alla valutazione di “tutti i rischi per la sicurezza e per la salute dei lavoratori”, sia con l’integrazione operata dall’art. 8-bis comma 4, apportata dal D.Lgs. 195/03, riportante che, per la funzione di responsabile del servizio di sicurezza, prevenzione e protezione (RSPP), è necessario possedere anche un attestato di frequenza a “specifici corsi di formazione in materia di prevenzione e protezione dei rischi, anche di natura ergonomica e psico-sociale”.

A livello dell’Unione Europea, la “Strategia comunitaria per la salute e la sicurezza 2002-2006” sottolinea un’impostazione globale del benessere sul luogo di lavoro che prende in considerazione l’insorgenza di nuovi rischi, in particolare quelli psicosociali; iniziano così i lavori che porteranno l’8/10/2004 alla firma dell’Accordo europeo sullo stress da lavoro, da parte del sindacato europeo e delle associazioni datoriali europee. In Italia viene emanato il DPCM del 24/03/2004 “Misure finalizzate al miglioramento del benessere organizzativo delle pubbliche amministrazioni” che impartisce indicazioni da seguire per accrescere il benessere organizzativo nella Pubblica Amministrazione; successivamente con il DPCM del 13/06/2006 “Criteri di massima sugli interventi psicosociali da attuare nelle catastrofi”, oltre a sottolineare l’opportunità di “valutare a priori i fattori di rischio di un contesto emergenziale per poter prevenire i disagi di natura psico-fisica nei soccorritori”, si invita anche ad una “azione di monitoraggio volta ad individuare segni e/o sintomi di possibili condizioni di stress e/o di disturbi psichici”.

Tra le novità introdotte dal D.Lgs. 81/08, assume un ruolo di primo piano la definizione, mutuata dall’Organizzazione Mondiale della Sanità, del concetto di “salute” intesa quale “stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non consistente solo in un’assenza di malattia o d’infermità” (art.2, comma 1, lett. o), premessa per la garanzia di una tutela dei lavoratori nei confronti dei rischi psicosociali. Contestualmente, con la definizione anche del concetto di “sistema di promozione della salute e sicurezza” come “complesso dei soggetti istituzionali che concorrono, con la partecipazione delle parti sociali, alla realizzazione dei programmi di intervento finalizzati a migliorare le condizioni di salute e sicurezza dei lavoratori” (art.2, comma 1, lett. p), viene introdotta una visione più ampia della prevenzione della salute e della sicurezza sul lavoro che rimanda a quelli che sono i principi della “Responsabilità Sociale” definita (art.2, comma 1, lett. ff) come “integrazione volontaria delle preoccupazioni sociali ed ecologiche delle aziende ed organizzazioni nelle loro attività commerciali e nei loro rapporti con le parti interessate”; si intende quindi aumentare l’attenzione delle aziende agli aspetti etici, considerandoli parte integrante, oltre che del processo produttivo, anche della gestione della sicurezza. Viene qui ribadito che la formazione del RSPP deve riguardare anche i rischi “di natura ergonomica e da stress lavoro-correlato” (art.32, comma 2). Fondamentale importanza viene data, nel D.Lgs. 81/08, al processo di “valutazione dei rischi”, momento fondamentale per un

approntamento di un'adeguata attività di prevenzione; l'oggetto della valutazione fa riferimento a "tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari tra cui quelli collegati allo stress lavoro-correlato, secondo i contenuti dell'accordo europeo dell'8 ottobre 2004" (art.28, comma 1).

Il D.Lgs. 106/09 integra successivamente l'art. 28 con l'introduzione del comma 1-bis che recita "La valutazione dello stress lavoro-correlato è effettuata nel rispetto delle indicazioni di cui all'articolo 6, comma 8, lettera m-quater, e il relativo obbligo decorre dalla elaborazione delle predette indicazioni e comunque, anche in difetto di tale elaborazione, fa data dal 1° agosto 2010"; il compito di elaborare le indicazioni di cui all'art. 6 comma 8 lett. m-quater è affidato alla Commissione Consultiva permanente per la salute e sicurezza sul lavoro. Mentre il D.Lgs. 626/94 prevedeva una rielaborazione della valutazione dei rischi (art. 4, comma 7) "in occasione di modifiche del processo produttivo significative ai fini della sicurezza e della salute dei lavoratori", il D.Lgs. 81/08 (art.29, comma 3) stabilisce che la valutazione deve essere ripetuta "in occasione di modifiche del processo produttivo o dell'organizzazione del lavoro significative ai fini della sicurezza e della salute dei lavoratori, o in relazione al grado di evoluzione della tecnica, della prevenzione e della protezione, o in seguito di infortuni significativi o quando i risultati della sorveglianza sanitaria ne evidenzino la necessità". Così come articolato il suddetto comma, si comprende bene il ruolo che la norma assegna all'organizzazione del lavoro nell'attività preventiva dei rischi per la salute, in particolare per gli aspetti psicosociali. Questo ruolo è confermato dall'inserimento, nel D.Lgs. 81/08 (art.15, comma 1, lett. d), tra le indicazioni relative alle misure generali di tutela, del "rispetto dei principi ergonomici del lavoro", oltre alla conferma del "rispetto dei principi ergonomici nella concezione dei posti di lavoro, nella scelta delle attrezzature e nella definizione dei metodi di lavoro e produzione, in particolare al fine di ridurre gli effetti sulla salute del lavoro monotono e di quello ripetitivo". La valutazione e l'elaborazione del documento di valutazione dei rischi sono effettuate da Direttore Generale (DG), obbligo non delegabile (ai sensi dell'art.17 comma 1, lett. a), in collaborazione con il Responsabile Sicurezza, Prevenzione e Protezione (RSPP) e del Medico Competente (MC) (art 29, comma 1), previa consultazione del Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS) (art 29, comma 2). Di rilievo è la collaborazione con il Medico Competente alla suddetta valutazione "anche ai fini della programmazione ove necessario della sorveglianza sanitaria, alla predisposizione dell'attuazione delle misure per la tutela della salute e dell'integrità psico-fisica dei lavoratori, all'attività di formazione ed informazione nei confronti dei lavoratori, per la parte di competenza" (art.25, comma 1, lett.a) [37].

Dunque, grazie all'estensione del concetto di tutela della salute, la nozione di "stress lavoro-correlato" si afferma nella giurisprudenza relativa al diritto del lavoro, dando luogo alla fioritura di figure di danno non patrimoniale. Nell'ambito del diritto del lavoro, l'elaborazione intervenuta in sede civilistica sul diritto alla salute è penetrata con alcuni anni di ritardo. Motivo principale di tale ritardo è stata probabilmente la presenza di una copertura assicurativa obbligatoria degli infortuni e delle malattie professionali. Tale copertura in quel periodo non si estendeva alle molteplici caratteristiche del danno alla salute, e in particolare non copriva i danni riferibili alla sfera dei rischi psicosociali. In parallelo a quella civilistica generale, anche se un po' sfalsata nei tempi, si è dunque verificata un'evoluzione giurisprudenziale che ha creato uno spazio risarcitorio specifico per il diritto alla salute dei lavoratori. Tale spazio risarcitorio ha fatto leva sull'esistenza di una norma speciale, che tutela specificamente la salute (oltre che la sicurezza) dei lavoratori, l'art. 2087 cc.: "Il datore di

lavoro è tenuto ad adottare nell'esercizio dell'impresa le misure che, secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, sono necessarie a tutelare l'integrità fisica e la personalità morale dei prestatori di lavoro." [38].

Quindi, se il problema di *stress* da lavoro è identificato, al datore di lavoro spetta stabilire misure adeguate a prevenire, eliminare o ridurre il problema, con la collaborazione dei rappresentanti dei lavoratori, mentre i lavoratori hanno il dovere di segnalare e rispettare le misure di protezione messe a disposizione dal datore di lavoro. Se, invece, il danno da *stress* lavoro-correlato è conclamato, il datore di lavoro deve affrontarne il riconoscimento ed il risarcimento delle conseguenze economiche.

Il sistema di risarcimento del danno istituito dal nostro codice civile è fondato su due articoli che ne rappresentano le situazioni fondamentali:

1. L'art. 2043 che riconosce in linea generale il diritto al risarcimento del danno ingiusto, non distinguendo tra danno patrimoniale e non patrimoniale, ricomprendendoli entrambi come conseguenza della lesione dell'interesse giuridico;
2. L'art. 2059 che introduce una speciale disciplina per il danno non patrimoniale limitandolo ai casi previsti dalla legge. In pratica era riconosciuto il diritto al risarcimento solo come conseguenza della commissione di un reato. In sostanza il danno non patrimoniale derivante da reato si sostanziava nel danno morale.

Tradizionalmente però il risarcimento del danno presuppone una valutazione strettamente economica del danno subito. Per molti decenni il sistema si è preoccupato di risarcire più le conseguenze economiche derivanti dal danno che non il danno stesso. Ecco allora che il risarcimento del danno veniva tradizionalmente diviso in due situazioni:

- Il danno emergente, che consisteva in una effettiva diminuzione patrimoniale;
- Il lucro cessante, che consisteva in un mancato guadagno.

I due tipi di danno potevano e possono presentarsi entrambi oppure alternativamente l'uno o l'altro. La determinazione del risarcimento del danno è uguale sia per l'illecito contrattuale che per l'illecito extracontrattuale. Il riconoscimento delle pure conseguenze economiche derivanti dal danno lasciavano però del tutto sfornito il vero danno alla salute. Il danno veniva risarcito solo se produceva in capo al soggetto delle conseguenze economiche.

Per ovviare a questa carenza nasce, per elaborazione giurisprudenziale, il riconoscimento del danno biologico. Il danno biologico è quel tipo di danno che viene procurato alla persona e alla sua salute. E' stato patrimonializzato dalla giurisprudenza, cioè trasformato in termini economici, anche se non incide sulla capacità di produrre reddito. Il danno biologico si caratterizza per la sua suscettibilità di valutazione medico-legale ed è risarcibile indipendentemente dalla sua incidenza sulla capacità di produzione del reddito del danneggiato. Il danno che non risulti con precisione nel suo ammontare viene valutato dal giudice con equità.

Il concetto del risarcimento del danno legato prevalentemente alla capacità lavorativa del soggetto e, in particolare, alla sua capacità di produrre reddito, è stato fortemente ridiscusso in questi ultimi anni, soprattutto per quanto concerne il cosiddetto lucro cessante. Nella giurisprudenza tradizionale si leggeva che "il danno alla persona consiste sia nelle diminuzioni e nei pregiudizi sofferti dall'offeso

nell'integrità personale e nel patrimonio attuale [danno emergente], sia nella perdita di quelle unità che nel normale svolgimento della sua vita integra avrebbe conseguito nel futuro [lucro cessante]". Non vi era in alcun modo il riconoscimento di un danno slegato da concezioni patrimoniali e si consideravano dunque danno le conseguenze di carattere patrimoniale che esso produceva, e non la lesione personale di per sé.

Si deve all'opera integratrice della giurisprudenza la riformulazione di un risarcimento del danno non più legato soltanto alla capacità di produrre reddito di un soggetto. In base al diritto soggettivo alla salute, pienamente riconosciuto dall'art. 32 della Costituzione, viene oggi riconosciuto il danno biologico o danno alla salute. Non è un danno che produce conseguenze negative sul reddito e deve quindi essere liquidato in modo uguale per tutti i danneggiati, tenendo conto solo dell'età e della gravità dell'invalidità temporanea e permanente. Sul punto ha avuto modo di intervenire più volte la Corte Costituzionale affermando che il danno biologico deve essere ricondotto al genere dei danni patrimoniali che, come detto sopra, trova il fondamento nell'art. 32 della Costituzione. La Corte ha inoltre concluso che il danno biologico costituisce un danno base da liquidarsi autonomamente rispetto al danno da perdita di reddito, inteso come danno conseguenza.

Negli ultimi anni si è ampliata notevolmente l'area del danno risarcibile. Oltre al danno patrimoniale, storicamente consolidatosi, al danno non patrimoniale, identificatosi nel cosiddetto danno morale, e al danno biologico, si è elaborato il concetto di danno esistenziale. Quest'ultimo attiene alla tutela "delle attività realizzatrici della persona". Con tale espressione si intende "la modificazione della vita quotidiana arrecata, in senso peggiorativo, dall'evento lesivo". Il danno esistenziale si differenzia dal danno patrimoniale in quanto non attiene ai profili patrimoniali; si distingue dal danno biologico perché quest'ultimo postula un accertamento medico; si differenzia infine dal danno morale in quanto consiste in un'alterazione della vita quotidiana e non in un patema vissuto. Il danno esistenziale può colpire gli affetti familiari (la perdita di un prossimo congiunto, la possibilità di avere un figlio, la lesione invalidante del congiunto, la lesione a procreare), o il mondo del lavoro (azioni conseguenti al *mobbing*, al demansionamento).

Recentemente la giurisprudenza delle sezioni unite della Cassazione (Sentenza del 25 Novembre 2011) ha avuto modo di precisare che la categoria del danno non patrimoniale è unitaria e non può essere suddivisa nelle varie sottocategorie come il danno morale, il danno biologico e il danno esistenziale, espressioni che hanno solo valore di carattere descrittivo [39].

4. OLTRE IL *MOBBING*: LO *STRAINING*.

“Il *Mobbing* è una situazione lavorativa di conflittualità sistematica, persistente ed in costante progresso in cui una o più persone vengono fatte oggetto di azioni ad alto contenuto persecutorio da parte di uno o più aggressori in posizione superiore, inferiore o di parità, con lo scopo di causare alla vittima danni di vario tipo e gravità. Il mobbizzato si trova nell'impossibilità di reagire adeguatamente a tali attacchi e a lungo andare accusa disturbi psicosomatici, relazionali e dell'umore che possono portare anche a invalidità psicofisica permanente.” [40]

Recentemente è stato coniato il reato di *Straining*.

Con il termine *Straining* si intende una situazione di *stress* forzato sul posto di lavoro, in cui la vittima subisce almeno una azione ostile e stressante, che ha come conseguenza un effetto negativo costante e permanente nell'ambiente lavorativo. Oltre a questo, la persona è in persistente inferiorità rispetto alla persona che attua lo *straining* (*strainer*) e lo *straining* viene attuato appositamente contro una o più persone, ma sempre in maniera discriminante. Questa definizione del fenomeno dello *straining* è la stessa che è entrata nella giurisprudenza italiana attraverso l'ormai famosa sentenza n. 286 del 21.04.05 del Tribunale del Lavoro di Bergamo, la prima sentenza in tema di *straining* pronunciata in Italia. In sostanza si tratta di una situazione lavorativa conflittuale in cui la vittima ha subito azioni ostili limitate nel numero e/o distanziate nel tempo (e quindi non rientranti nei parametri del *mobbing*), tuttavia tali da provocarle una modificazione in negativo costante e permanente della sua condizione lavorativa. Lo *straining* in effetti è un fenomeno che potrebbe essere facilmente scambiato per un semplice caso di *stress* occupazionale, se non fosse per il fatto che la vittima di solito lo percepisce come *mobbing*, data l'alta componente di intenzionalità e di discriminazione. Il legame tra *straining* e *stress* occupazionale è evidente: in una situazione di *straining*, l'aggressore o *strainer* sottomette la vittima facendola cadere in una condizione particolare di stress con effetti a lungo termine. Tale stress può derivare dall'isolamento fisico o relazionale o dalla passività ed indifferenza generale nei confronti della vittima, dalla privazione, dalla riduzione o dall'eccesso del carico lavorativo. In sostanza, la vittima può ritrovarsi relegata in una stanza in fondo al corridoio dove nessuno passa o trasferita nella classica filiale remota dove nessuno vorrebbe mai andare; può essere sottoposta ad un eccessivo carico di lavoro o comandata a mansioni superiori per cui non ha preparazione adeguata; può venire deprivata nelle sue mansioni e costretta a incarichi minori ed umilianti, se non addirittura all'inoperosità [41].

5. LA RESPONSABILITA' DISCIPLINARE PER VIOLAZIONE DEL CODICE DI COMPORTAMENTO.

L'art. 54 del D.Lgs. 30 Marzo 2001, n. 165 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche" specifica che il dipartimento della funzione pubblica, "sentite le confederazioni sindacali rappresentative ai sensi dell'art.43, definisce un codice di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni, anche in relazione alle necessarie misure organizzative da adottare al fine di assicurare la qualità dei servizi che le stesse amministrazioni rendono ai cittadini". Il codice è pubblicato nella Gazzetta Ufficiale e consegnato al dipendente all'atto dell'assunzione, e le pubbliche amministrazioni formulano all'ARAN indirizzi tesi al recepimento del codice anche per il necessario coordinamento con le restanti disposizioni disciplinari contenute nei contratti collettivi nazionali di lavoro. Si possono prevedere specifici codici di comparto e sull'applicazione dei codici stessi vigilano "i dirigenti responsabili di ciascuna struttura". E' compito delle strutture organizzare corsi di formazione per l'approfondimento e la conoscenza dei codici [39].

Il potere disciplinare viene esercitato anche dall'Ordine verso i suoi iscritti. L'art. 38 del D.P.R. 5 aprile 1950, n.221 recita: "I sanitari che si rendono colpevoli di abusi o mancanze nell'esercizio della professione o, comunque di **fatti disdicevoli al decoro professionale**, sono sottoposti a procedimento disciplinare da parte del consiglio del collegio della provincia nel cui Albo sono iscritti. Il procedimento disciplinare è promosso d'ufficio o su richiesta del Prefetto o del Procuratore della Repubblica." Anche questo procedimento, come quello previsto per i dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale, prevede una "contestazione degli addebiti" da notificare all'interessato e un termine non inferiore a venti giorni in cui l'interessato può produrre le proprie difese. Infine, si procederà alla trattazione morale del giudizio [39].

Di seguito gli articoli del Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2019 (testo approvato dal Consiglio Nazionale FNOPI il 13 aprile 2019) inerenti espressamente l'argomento:

"Art. 49 – Natura vincolante delle norme deontologiche. Le norme deontologiche contenute nel presente Codice Deontologico sono vincolanti per tutti gli iscritti all'Ordine delle Professioni Infermieristiche; la loro inosservanza è sanzionata dall'Ordine professionale tenendo conto della volontarietà della condotta, della gravità e della eventuale reiterazione della stessa, in contrasto con il decoro e la dignità professionale."

"Art. 53 – Clausola finale. Ogni altro comportamento che violi il decoro e la dignità professionale è sanzionabile dall'Ordine."

Infine, si riporta l'art. 65 del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro del Comparto Sanità (periodo 2016-2018) che stabilisce i termini per le sanzioni disciplinari:

"1. Le violazioni da parte dei lavoratori, degli obblighi disciplinati all'art. 64 (Obblighi del dipendente) danno luogo, secondo la gravità dell'infrazione, all'applicazione delle seguenti sanzioni disciplinari previo procedimento disciplinare:

a) rimprovero verbale;

- b) rimprovero scritto (censura);
- c) multa di importo variabile fino ad un massimo di quattro ore di retribuzione;
- d) sospensione dal servizio con privazione della retribuzione fino a dieci giorni;
- e) sospensione dal servizio con privazione della retribuzione da 11 giorni fino ad un massimo di sei mesi;
- f) licenziamento con preavviso;
- g) licenziamento senza preavviso.

2) Sono altresì previste, dal D.Lgs. n. 165/2001, le seguenti sanzioni disciplinari:

- a) sospensione dal servizio con privazione della retribuzione fino ad un massimo di quindici giorni, ai sensi dell'art.55-bis, comma 7;
- b) sospensione dal servizio con privazione della retribuzione da un minimo di tre giorni fino ad un massimo di tre mesi, ai sensi dell'art.55-sexies, comma 1;
- c) sospensione dal servizio con privazione della retribuzione fino ad un massimo di tre mesi, ai sensi dell'art.55-sexies, comma 3;

3. Per l'individuazione dell'autorità disciplinare competente per i procedimenti disciplinari dei dipendenti e per le forme e i termini del procedimento disciplinare trovano applicazione le previsioni dell'art. 55-bis del D. Lgs n. 165 del 2001.

4. Il responsabile della struttura presso cui presta servizio il dipendente, previa audizione del dipendente a difesa sui fatti addebitati, procede all'irrogazione della sanzione del rimprovero verbale. L'irrogazione della sanzione deve risultare nel fascicolo personale.

5. Non può tenersi conto, ad alcun effetto, delle sanzioni disciplinari decorsi due anni dalla loro irrogazione.

6. I provvedimenti di cui al comma 1 non sollevano il dipendente dalle eventuali responsabilità di altro genere nelle quali egli sia incorso.

7. Resta, in ogni caso, fermo quanto previsto dal D.Lgs. n. 116 del 2016 e quanto previsto dall' art. 55 e seguenti del D.Lgs. n. 165/2001.”

6. STRATEGIE PER PREVENIRE O RIDURRE IL *BULLYING*.

Partendo dal presupposto che non è realistico pensare di eradicare completamente questo tipo di problema, è necessario considerare dei programmi di prevenzione se non migliorativi che riducano in maniera cospicua il fenomeno perché reagire in maniera appropriata a situazioni di *bullying* non permette l'*escalation* della violenza. Il *Royal College of Nursing* ha pubblicato una speciale linea guida per affrontare il *bullying* sul posto di lavoro, elencando tutti gli approcci sequenziali necessari da intraprendere e offrendo alcune opzioni di comportamento da adottare: parlare degli eventi con altri, redigere una relazione scritta sugli incidenti sofferti, consultare un delegato di associazioni professionali, approccio diretto con il bullo (spesso risolutivo), seguire le procedure locali di segnalazione di abuso [42]. Questo approccio, però, rimane comunque di tipo reattivo. Sviluppare dei programmi di prevenzione contro il *bullying* sul posto di lavoro può essere difficile, poiché esso può verificarsi indirettamente a causa di altre azioni, come il raggiungimento di una cultura anti-*bullying*, che a sua volta è influenzato dalle politiche locali e nazionali. Gli interventi possono essere mirati ai singoli dipendenti, gruppi di dipendenti o organizzazioni nel loro insieme, mirano a prevenire nuovi casi di *bullying* o a prevenire ulteriori casi di *bullying* su coloro che ne hanno già sofferto e sono programmati sulla base di quattro categorie principali: la politica (*society/policy*), l'organizzazione/datore di lavoro (*organization/employer*), il lavoro/attività (*job/task*) e l'orientamento individuale al lavoro (*individual/job interface*)[43], qui di seguito specificati:

- *Society/policy*
Questi interventi sono normalmente basati su leggi o regolamentazioni, un esempio è la legislazione europea “*Framework Agreement on Harassment and Violence at Work*” (*European Social Dialogue*, 2007). Questi stabiliscono gli standard di comportamento accettato, concatenati ai datori di lavoro che sono attivamente incoraggiati ad implementarli.
- *Organization/employer*
Questi interventi derivano da iniziative basate sulla legge o sui regolamenti, come le direttive sulla salute e sulla sicurezza sui luoghi di lavoro. Per definizione, sono specifici di un dato luogo di lavoro e si occupano delle politiche, degli obiettivi e delle aspettative dell'organizzazione, stabilendo livelli di comportamento concordati; tali politiche e procedure sono spesso il primo passo che i datori di lavoro assumono quando cercano di ridurre il *bullying*, come ad esempio effettuare sondaggi per stabilirne il livello di base.
- *Job/task*
Questi interventi si riferiscono in modo specifico al lavoro che i dipendenti devono svolgere e all'ambiente psicosociale in cui lavorano. Una valutazione del rischio, inclusa l'identificazione degli antecedenti del *bullying* all'interno dell'organizzazione, può essere utilizzata per uniformare gli interventi di riduzione del rischio; un esempio è valutare il livello di turnover di un'unità operativa o dipartimento in generale.
- *Individual/job interface*
Questi interventi si riferiscono specificatamente alla formazione con interventi educativi volti a modificare il comportamento e la percezione del fenomeno, e quindi con lo scopo finale di implementare una comunicazione aziendale assertiva. Gli interventi possono operare ad uno o a più di questi livelli. Si possono rivolgere ad individui singoli, specialmente ai coordinatori e ai dirigenti, nell'ottica della prevenzione [43,44,45].

C'è consenso tra gli autori [43,46,47,48,49,50,51] che gli interventi per prevenire il *bullying* potrebbero funzionare se:

- Si rafforzano le politiche e la cultura di “tolleranza zero” (*Healty Work Environment*) verso il *bullying* sul posto di lavoro attraverso il coinvolgimento dei dipendenti (*team building programme*);
- Si fornisce un ambiente sicuro entro il quale la mediazione e la negoziazione possono aver luogo quando il *bullying* si identifica;
- Si effettua la valutazione dei precursori del *bullying* (*turnover*, tassi di *bullying*, confronto diretto e costante tra persona bersaglio e perpetratore, ad esempio se lavorano nella stessa unità operativa, livelli di soddisfazione lavorativa, tassi di assenteismo, livelli di coesione dei gruppi di lavoro, indagini sul clima organizzativo, tenere in considerazione l'innovazione);
- Si prevedono campagne di sensibilizzazione con la formazione che incoraggiano i dipendenti a considerare il proprio comportamento e il modo in cui interagiscono i colleghi;
- Si adotta un approccio multidisciplinare per operare interventi in gruppi gravati dal fenomeno, come ad esempio ricercare l'aiuto operativo di psicologi del lavoro.

Programmi complessi, comunque, non sono auspicabili perché diventa difficile valutarne l'efficacia e l'implementazione; è necessaria coerenza nello sviluppo di una campagna anti *bullying*. Questa coerenza è data dall'adozione di un singolo metodo che la letteratura suggerisce essere il programma progettato da Griffin nel 2004 [52]. Questo approccio fornisce l'informazione necessaria di base sull'argomento e un ambiente sicuro dove apprendere e mettere in pratica le risposte ai comportamenti del *bullying*, lavorando in gruppo e rafforzando la fiducia nella sua gestione sia da parte degli infermieri senior sia dei neoassunti. Gli obiettivi del programma di gestione del *bullying* sono tre: a. presentare le basi teoriche per comprendere le origini e l'espressione del *bullying* sul posto di lavoro; b. riconoscere la vulnerabilità degli infermieri; c. fornire una formazione sull'applicazione di risposte provate a livello cognitivo ai comportamenti di *bullying* più comuni osservati in ambito sanitario. Il programma dunque prevede tre sessioni di breve durata. Durante la prima sessione, vengono presentati concetti teorici come ad esempio la definizione di *bullying*, i dieci comportamenti più frequenti (insinuazioni, scontro verbale, attività compromettenti, trattenere per sé informazioni importanti, sabotaggio, venire alle mani, cercare sempre un capro espiatorio, pugnalarle alle spalle, non rispettare la privacy, infrangere la fiducia), le conseguenze, le teorie e le politiche aziendali sul fenomeno. La seconda sessione introduce le aspettative comportamentali generalmente accettate da un gruppo che si identifica in una professione e le tecniche cognitive di risposta ai dieci comportamenti più frequentemente osservati (ad esempio con la visione di un video) con applicazione in aula attraverso esempi di fatti realmente accaduti ai presenti o simulazioni di possibili situazioni. L'impostazione della classe fornisce un ambiente sicuro per i partecipanti per provare le risposte suggerite, ed inoltre praticare le risposte prima dell'uso effettivo aiuta gli infermieri a ricordare la tecnica durante le vere e difficili situazioni di *bullying*. La sessione finale prevede la distribuzione con riflessione plenaria di una breve guida sui dieci comportamenti più comuni e le risposte suggerite per ogni singolo comportamento; la guida prevista è tascabile per consentire alle persone di usufruirne quando è necessario durante il lavoro [53].

7. CONSIDERARE SOLUZIONI INNOVATIVE: LA *MINDFULNESS*.

I programmi basati sulla *Mindfulness* hanno dimostrato di essere un promettente intervento per ridurre lo stress vissuto dagli infermieri [54]. La *Mindfulness* è una tecnica di meditazione sulla consapevolezza che è stata originariamente definita da John Kabat-Zinn nel 1979 come “prestare attenzione di proposito al sé presente, senza giudicare, e al dispiegarsi dell’esperienza momento per momento” [55]. Il programma *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR) è un programma educativo che si concentra sull’addestramento nella pratica meditativa della consapevolezza. Si tratta di un programma di otto settimane in cui i partecipanti si incontrano settimanalmente per due ore e mezza e si riuniscono in un ritiro di un giorno per sei ore. Il programma ha dimostrato di essere efficace nel ridurre lo stress, migliorare la qualità della vita e aumentare l’autocompassione nei professionisti della salute [56]. Diversi studi recenti confermano che gli interventi basati sulla *Mindfulness*, oltre la riduzione dello stress, migliorano la capacità di concentrazione degli infermieri, aumentando la consapevolezza nel momento presente: l’obiettivo della meditazione è quello di consentire alle persone di rispondere alle situazioni in modo consapevole anziché automatico, perché siano in grado di vedere l’intero quadro della situazione e avere una prospettiva sulla connessione di tutte le parti in causa [57,58,59,60,61,62]. Infine, si riporta un’esperienza italiana di intervento di formazione sulla gestione dello stress attraverso l’insegnamento di un approccio *Mindfulness*.

Nel 2017 è stato organizzato un corso di formazione sperimentale sulla gestione dello stress per gli operatori sanitari (medici e infermieri) presso l’ospedale universitario Sant’Andrea di Roma, il quale ha 447 posti letto. Il corso si è basato sull’insegnamento di un approccio di *mindfulness* chiamato *Focusing*. L’approccio metodologico utilizzato per l’insegnamento è stato quello della ‘formazione per adulti’. Per valutare l’efficacia del corso rispetto alla gestione dello stress sono stati utilizzati degli strumenti di valutazione quali-quantitativa. La valutazione quantitativa è avvenuta con la somministrazione della Scala per lo Stress Percepito (PSS) sia all’inizio che alla fine del corso. La valutazione qualitativa, è avvenuta conducendo un *focus group* alla fine del corso. In tutto, hanno preso parte alle due edizioni del corso 20 operatori sanitari, così suddivisi: 7 medici alla prima edizione e 13 infermieri alla seconda. Rispetto al sesso, su 20 partecipanti 15 (75%) erano donne e 5 (25%) uomini. Le donne avevano un’età compresa tra 31 e 56 anni (mediana 46,5 anni) e gli uomini tra 39 e 54 (mediana 47 anni). I risultati del questionario PSS hanno mostrato che lo stress percepito dai partecipanti alla fine del corso è risultato essere inferiore rispetto al suo inizio in maniera statisticamente significativa ($p=,0195$), passando da 21,4 +/- 4,4 a 17,5 +/- 6,18. Durante il *focus group* i partecipanti hanno riportato che grazie al corso sono riusciti a sperimentare un maggior senso di calma, miglioramento dell’autoregolamentazione emotiva e del *coping*, aumento della chiarezza mentale e un senso di *empowerment* nel trattare con la paura, l’ansia e altre questioni legate al loro lavoro [63].

8. IL CONTRIBUTO DELLE ASSOCIAZIONI PROFESSIONALI E SCIENTIFICHE.

Da quando è emerso il problema all'attenzione della comunità scientifica, grazie ai numerosi contributi presenti in letteratura, molte associazioni ed organi di governo professionale, soprattutto in USA, hanno preso pubblicamente posizione contro questi fenomeni, attraverso una serie di “*position statement*”, tra cui la più importante è quella della *Joint Commission* [64].

In questi documenti vengono fornite le definizioni puntuali delle varie forme di comportamenti negativi cui l'infermiere può andare incontro da parte di colleghi ed altri operatori, vengono riassunti i risultati della ricerca condotta sul tema, si stressano le conseguenze potenziali su individui ed organizzazioni nel caso di mancata presa in carico da parte del management, e si suggeriscono potenziali soluzioni da intraprendere. Nella fattispecie vengono individuati i comportamenti più idonei sia a livello individuale che organizzativo (cultura del rispetto, *empowerment*, e denuncia senza ritardi di ogni tipo di abuso e politiche di “tolleranza zero”). Inoltre vengono caldeggiati eventi formativi per la sensibilizzazione del personale, e incentivata l'attività di ricerca di soluzioni innovative [65,66,67,68,69,70].

Il *Royal College of Nursing* (Regno Unito) ha pubblicato un kit, in cui, vengono descritte le varie forme e manifestazioni di violenza sul luogo di lavoro, compreso bullismo e molestie. In sezioni successive vengono suggeriti anche i comportamenti per gestire i conflitti e le azioni da intraprendere per affrontare il problema quando se ne diventi oggetto [41]. Analogamente l'*American Nurses Association* (ANA) ha prodotto un documento apposito e una “*tip card*” per favorire il riconoscimento dell'abuso e la strategia individuale di gestione dell'evento [71].

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

In Italia, invece, partendo da indagini effettuate dall'Associazione Nazionale degli Infermieri di Area Critica (ANIARTI) [72], che mette in mostra la presenza della violenza contro gli infermieri di Pronto Soccorso in quote non certo inferiori rispetto a quelle riportate in letteratura internazionale, l'Associazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI), assieme alla Federazione nazionale degli Ordini dei medici (FnomCeo), ha elaborato un progetto ECM di formazione a distanza che si chiama “C.A.R.E. (Consapevolezza, Ascolto, Riconoscimento, Empatia) - Prevenire, riconoscere, disinnescare l'aggressività e la violenza contro gli operatori della salute”, composto di 12 sezioni; per ogni sezione sono previste alcune attività obbligatorie: uno o più video relativi ad argomenti specifici, la consultazione dei testi dei video, un questionario di valutazione ECM con domande a risposta multipla che sondano le conoscenze acquisite. Il responsabile-realizzatore dei corsi è il Prof. Massimo Picozzi, psichiatra, criminologo e scrittore, docente per la Polizia di Stato e per l'Arma dei Carabinieri, responsabile del laboratorio di “Comunicazione non verbale e gestione dei conflitti” presso lo IULM di Milano. La filosofia del corso si basa sulla de-escalation, una serie di interventi basati sulla comunicazione verbale e non verbale, appunto, che hanno l'obiettivo di diminuire l'intensità della tensione e dell'aggressività nella relazione interpersonale [73].

Infine, per quanto riguarda la quantificazione dei fenomeni legati alle interazioni negative sul luogo di lavoro, e in particolare quelle all'interno dei contesti infermieristici, gli strumenti adottati sono molto vari tra loro, anche a livello di contenuti. Inoltre sono molto scarsi, almeno per i dati a disposizione, i questionari andati incontro a processi di validazione e valutazione di omogeneità in modo completo, aumentando le aree di incertezza e confutabilità dei rilievi effettuati dai diversi strumenti usati per misurare fenomeni, che sono di per sé molto soggettivi, e di conseguenza anche difficilmente comparabili. In Italia l'attenzione a queste problematiche è tutt'ora piuttosto indietro, dal momento che vi è un scarsissimo uso di questionari pubblicati e validati a livello nazionale: pochi sono gli esempi di scale di misurazione del fenomeno, come la *Workplace Incivility Scale* (WIS), il *Negative Acts Questionnaire Revised* (NAQ-R) e il Questionario sulle Interazioni Negative tra Infermieri (QuINI v.3) [74,75,76,77]. Comunque, rimane il fatto che vi è una sostanziale indisponibilità di strumenti di segnalazione ad hoc, come ad esempio può essere la scheda di *incident reporting*, per la registrazione quantitativa e qualitativa del fenomeno: vi è traccia in un'indagine condotta in Toscana, tuttavia sulla violenza contro gli operatori, dove gli infermieri dichiarano di volere aver a disposizione un sistema di tracciabilità degli eventi violenza, che gli autori hanno denominato "Modulo di denuncia aggressione" [78].

9. PROPOSTA DI UN PROGETTO FORMATIVO RESIDENZIALE.

Evento	ECM.
Titolo	Gestione dei conflitti nel luogo di lavoro.
Date evento	Quattro edizioni anno – due giornate formative per edizione (febbraio, aprile, settembre, novembre).
Sede dell'evento	Aule Servizio Formazione Aziendale.
Parole chiave	Violenza sul luogo di lavoro, gestione del rischio psicosociale, molestie, <i>bullying</i> , infermieri, interventi.
Area	Prevenzione e Sicurezza.
Tipologia	Formazione residenziale classica.
Competenze	<p>Competenze di Processo (inerenti le attività sanitarie)</p> <ul style="list-style-type: none"> - contenuti tecnici maggiori, rispetto a quelle acquisite dal profilo professionale posseduto, riguardo le tecniche di comunicazione efficace e di gestione dei conflitti intra e interprofessionali (tecniche di negoziazione); - capacità di risolvere creativamente e autonomamente le situazioni di lavoro non prevedibili e poco strutturate (<i>problem solving</i>); - capacità contestuali (<i>skill in context</i>).
Obiettivo generale	Obiettivo generale del progetto è diffondere, attraverso la formazione, la cultura della comunicazione/relazione tra colleghi all'interno dell'organizzazione approfondendo le tematiche riguardanti la violenza laterale, il <i>bullying</i> , le inciviltà sul luogo di lavoro e offrendo le conoscenze e gli strumenti per individuare, prevenire o gestire i problemi correlati al fenomeno del <i>bullying</i> .
Obiettivi specifici	<p>Obiettivi specifici in relazione ai principali fattori di rischio sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conoscere le basi teoriche per comprendere le origini e l'espressione del <i>bullying</i> sul posto di lavoro; - Migliorare la consapevolezza e la comprensione delle principali forme di comunicazione che rendono disfunzionale le relazioni interpersonali tra gli infermieri. - Fornire una formazione sull'applicazione di risposte provate a livello cognitivo ai comportamenti di <i>bullying</i> più comuni osservati in ambito sanitario.
Evento sicurezza	Formazione specifica del lavoratore sulla sicurezza
Programma	<ul style="list-style-type: none"> • ORE PREVISTE = indicativamente 8 ore/die (max 9), totale ore 16 a edizione.

- VERIFICA FORMATIVA = test a risposta multipla
- PAUSA = previsti coffe break e pausa pranzo
- PARTECIPAZIONE DI 30 PERSONE (non compresi i docenti) PER EDIZIONE. Nello specifico, ECM 22 e non ECM 8.

DATA 1° gg	ORARIO dalle/alle	TITOLO dell'intervento	DOCENTE Da individuare	Metod. Didattica
02/2020	8.00-10.00	L'origine dei conflitti sul luogo di lavoro: epidemiologia e fattori di rischio	Psicologo del Lavoro	Lezioni magistrali
02/2020	10.30-12.30	Descrizione del fenomeno <i>bullying</i> .	Psicologo del Lavoro	Lezioni magistrali o Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti
02/2020	13.30-15.30	Il contesto normativo italiano e le responsabilità del datore di lavoro.	Infermiere Legale e forense/avvocato.	Lezioni magistrali
02/2020	15.30-17.30	La responsabilità disciplinare per violazione del codice di comportamento.	Infermiere legale e forense.	Tavole rotonde con dibattito fra esperti (non simposi o corsi brevi)
DATA 2° gg	ORARIO dalle/alle	TITOLO dell'intervento	DOCENTE CV aggiornato	Metod. Didattica
02/2020	8.00-10.00	Modelli organizzativi: considerare soluzioni innovative.	Docente universitario.	Lezioni magistrali
02/2020	10.30-12.30	Gestione dei conflitti: la comunicazione assertiva.	Psicologo del lavoro.	Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche
02/2020	13.30-15.30	<i>Role playing</i> .	Psicologo del lavoro.	<i>Role playing</i>
02/2020	15.30-17.30	Test di apprendimento.		Verifica dell'apprendimento (verifiche scritte)

Destinatari	Attività rivolta esclusivamente a dipendenti/convenzionati (nessun prerequisito richiesto).
Professioni e discipline	INFERMIERE, INFERMIERE PEDIATRICO, OSTETRICA, ALTRI PARTECIPANTI ESCLUSI DALL'OBBLIGO DI CREDITI (O.S.S.).
Esiti	<p>Si prevede il miglioramento del:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Clima organizzativo, promuovendo una cultura aziendale della sicurezza (promozione della partecipazione dei dipendenti stessi ai progetti di miglioramento degli eventi di errore segnalati tramite scheda Incident Reporting); - Diminuzione giorni di lavoro persi per malattie/infortuni promuovendo operazioni di ristrutturazione, ovvero cambiamenti nel <i>management</i> aziendale

	<p>e nella composizione del gruppo di lavoro per un'efficace, efficiente ed appropriata ripartizione dei carichi di lavoro (nuovi modelli organizzativi);</p> <ul style="list-style-type: none">- Diminuzione provvedimenti disciplinari, utilizzando correttamente la legittima autorità e i sistemi premianti, migliorando la gestione meritocratica del personale per una maggiore efficienza interna ed esterna.
--	--

CONCLUSIONI.

Per le aziende avere condizioni di clima interno ai gruppi infermieristici caratterizzate da situazione di violenza laterale e ostilità orizzontali rappresenta da una parte un indicatore di “*failure*” del sistema, e dall’altro, in caso di diffusione del dato, di un elemento di cattiva immagine, che può indirettamente anche andare a minare la fiducia dell’utenza esterna. In ogni caso, ciò che può esser fatto, semplicemente, da subito, è diffondere la consapevolezza del fenomeno e i minimi strumenti di contrasto individuali da adottare. Questo può esser portato avanti su un doppio binario: quello della formazione continua a livello aziendale, e contemporaneamente, nelle aule universitarie, tra gli studenti di infermieristica in formazione. L’obiettivo di questo genere di formazione è educare ad una cultura della civiltà e del clima lavorativo intra-gruppo (e successivamente anche inter-gruppo) costruttivo, e dall’altra di riconoscere e fornire gli strumenti per reagire agli eventi di abuso, di qualsiasi natura esso sia.

BIBLIOGRAFIA.

1. Leymann H. *Mobbing and psychological terror at workplace*. Violence Vict. 1990;5:119–126.
2. Spector PE, Zhou ZE, Che XX. *Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying and sexual harassment: a quantitative review*. Int J Nurs Stud. 2014; 51(1): 72-84.
3. Hutton SA. *Workplace incivility: state of the science*. J Nurs Adm. 2006; 36: 22-7.
4. Johnson SL, Rea RE. *Workplace bullying: concerns for nurse leaders*. J Nurs Adm. 2009; 39: 84-90.
5. Kvas A, Seljak J. *Unreported workplace violence in nursing*. Int Nurs Rev. 2014; Sep 61(3):344-51.
6. Arnetz JE, et al. *Underreporting of workplace violence comparison of self-report and actual documentation of hospital incidents*. Workplace health & safety. 2015; 63(5):200-10.
7. Bambi S, Lumini E, Becattini G, Lucchini A, Rasero L. *Violenza orizzontale e bullismo nella professione infermieristica*. G Ital Med Lav Erg. 2016; 38:1, 50-57.
8. Royal College of Nursing. *Bullying and harassment*. Retrieved from: <https://www.rcn.org.uk/get-help/rcn-advice/bullying-and-harassment> (Page last update 04/07/2019)
9. Bortoluzzi G, Caporale L, Palese A. *Does participative leadership reduce the onset of mobbing risk among nurse working teams?* J Nurse Manag. 2014; 22: 643-52.
10. Giorgi G, Mancuso S, Fiz Perez F, Castiello D'Antonio A, Mucci N, Cupelli V, Arcangeli G. *Bullying among nurses and its relationship with burnout and organizational climate*. Int J Nurs Pract. 2016; 22: 160-68.
11. Centers for Disease Control and Prevention. *Workplace violence and bullying, interventions for*. CDC: 2010. Retrieved from: <https://www.cdc.gov/niosh/nioshtic-2/20036584.html>
12. Sili A, Fida R, Trezza T, Vellone E, Alvaro R. *Nurse coordinator leadership and work environment conflicts: consequences for physical and work-related health of nursing staff*. Med Lav. 2014; 105,4: 000-000.
13. Keller R, Krainovich-Miller B, Budin W, Djukic M. *Predictors of nurses' experience of verbal abuse by nurse colleagues*. Nurs Outlook. 2018, Mar-Apr; 66(2): 190-203.
14. Crawford CL, Judson LH, Cuenca E, Jadalla A, Tze-Polo L, Najib Kawar L, Runnels C, Garvida R. *An Integrative review of nurse-to-nurse incivility, hostility, and workplace violence. A GPS for nurse leaders*. Nurse Admin Q. Vol. 43, n.2, pp.138-56.
15. Logan TR, Malone M. *Nurses' perceptions of teamwork and workplace bullying*. J Nurse Manag. 2018;26:411-19.
16. Occupational Safety and Health Administration. *Work-related stress: nature and management*. Washington, DC: OSHA, 2011. Retrieved from: https://oshwiki.eu/wiki/Work-related_stress:_Nature_and_management.
17. Occupational Safety and Health Administration. *Guidelines for preventing workplace violence for healthcare and social service workers*. Washington, DC: OSHA, 2015. Retrieved from: <https://www.osha.gov/Publications/osha3148.pdf>
18. Security Industry Association and International Association of Healthcare Security and Safety Foundation. *Mitigating the risk of workplace violence in healthcare settings*. Silver Spring,

- MD: Security Industry Association, August 2017. Retrieved from: [https://www.securityindustry.org/wpcontent/uploads/2017/11/Workplace -Violence-In-Health-Care-Settings-IAHSS.pdf](https://www.securityindustry.org/wpcontent/uploads/2017/11/Workplace-Violence-In-Health-Care-Settings-IAHSS.pdf)
19. World Health Organization. *Prevention of bullying-related morbidity and mortality: a call for public health policies*. Retrieved from: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/6/10-077123/en/>
 20. Lever I, Dyball D, Greenberg N, Stevelink S. *Health consequences of bullying in the healthcare workplace: a systematic review*. J Adv Nurs. 2019 Feb 28.
 21. Zapf D, Escartin J, Einarsen S, Hoel H, Vartia M. *Empirical findings on prevalence and risk groups of bullying in the workplace. Bullying and harassment in the workplace*. Developments in theory, research and practice. 2011; pp. 75-105.
 22. Vessey JA, De Marco R, Di Fazio R. *Bullying, harassment and horizontal violence in the nursing workforce. The state of the science*. Annu Rev Nurs Res. 2010; 28: 133-57.
 23. Lamontagne C. *Intimidation: a concept analysis*. Nurs Forum. 2010; 45: 54-65.
 24. Moayed FA, Daraiseh N, Shell R, Salem S. *Workplace bullying: a systematic review of risk factors and outcomes*. Theor Issues Ergon. 2006; 7: 311-27.
 25. Myers G, Cotè-Arsenault D, Worrall P, Rolland R, Deppoliti D, Duxbury E, Stoecker M, Sellers K. *A cross-hospital exploration of nurses' experience with horizontal violence*. J Nurs Manag. 2016; 24: 624-33.
 26. Vogepohl DA, Rice SK, Edwards ME, Bork CE. *New Graduate Nurses' Perception of the workplace: have they experienced bullying?* J Professional Nursing. 2013; 29(6): pp 414-22.
 27. Christie W, Jones S. *Lateral violence in nursing and the theory of the nurse as wounded healer*. Online J Issues Nurs. 2013; Dec 9;19 (1):5.
 28. Wilson BI, Phelps C. *Horizontal hostility: a threat to patient safety*. JONAS Healthc Law Ethics Regul. 2013; 15: 51-7.
 29. Hamblin LE, Essenmacher L, Upfal MJ, Russell J, Luborsky M, Ager J, et al. *Catalysts of worker-to-worker violence and incivility in hospitals*. J Clin Nurs. 2015; 24:2458-67.
 30. Obeidat RF, Qan'ir Y, Turaani H. *The relationship between perceived competence and perceived workplace bullying among registered nurses: a cross sectional survey*. Int J Nurs Stud. 2018 Dec; 88:71-78.
 31. Camerino D, Estryn-Behar M, Conway PM, Van Der Heijden BI, Hasselhorn H. *Work-related factors and violence among nursing staff in the European NEXT study: a longitudinal cohort study*. Int J of Nurs Studies. 2008; 45(1): 35-50.
 32. Bambi S, Guazzini A, Piredda M, Lucchini A, De Marinis M, Rasero L. *Negative interactions among nurses: an explorative study in lateral violence and bullying in nursing work settings*. J Nurs Manag. 2019; 1-9.
 33. Chatziioannidis I, BAscialla FG, Chatzivalsama P, Vouzas F, Mitsiakos G. *Prevalence, causes and mental health impact of workplace bullying in the Neonatal Intensive Care Unit environment*. BMJ Open. 2018 Feb 24; 8(2).
 34. Lewis-Pierre L, Anglade D, Saber D, Gattamorta KA, Piehl D. *Evaluating horizontal violence and bullying in the nursing workforce of an Oncology Academic Medical Center*. J Nurs Manag. 2019 Feb 21.
 35. Longo J, Sherman RO. *Leveling horizontal violence*. Nurs Manag. 2007; 38: 34-37.

36. Bambi S, Foà C, De Felippis C, Lucchini A, Guazzini A, Rasero L. *Workplace incivility, lateral violence and bullying among nurses. A review about their prevalence and related factors*. Acta Biomed for Health Professions. 2018; 89 (6): 51-79.
37. Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro, Dipartimento Medicina del Lavoro – ex ISPESL. Valutazione e gestione del rischio da stress lavoro correlate. Milano: INAIL, 2011.
38. Istituto Superiore di Sanità. Gestione del personale, qualità della vita di lavoro e stress lavoro-correlato. Roma, Settembre 2009. Retrieved from: <http://old.iss.it/binary/publ/cont/10ventunoWEB.pdf>
39. Benci L. Aspetti giuridici della professione infermieristica. McGraw Hill Education (Italy). 7° edizione: Gennaio 2015; pp. 283-84, pp. 297-98, p.391.
40. Ege H. *La valutazione peritale del Danno da Mobbing*. Giuffrè, Milano: 2002; pag. 39.
41. Monea A. Lo “*straining*” è punito come lesioni personali, in “Il Sole 24 ore”, 29 Luglio 2013. Retrieved from: https://st.ilsole24ore.com/art/norme-e-tributi/2013-07-29/straining-punito-come-lesioni-064945.shtml?uuid=AbK7JKII&refresh_ce=1
42. Royal College of Nursing. *Dealing with bullying and harassment at work – a guide for RCN members*. January 2001, Revised December 2005. Retrieved from: http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0004/78502/001302.pdf.
43. Gillen PA, Sinclair M, Kernohan WG, Begley CM, Luyben AG. Intervention for prevention of bullying in the workplace (review). Cochrane Database Syst Rev, 2017.
44. The Joint Commission. *The essential role of leadership in developing a safety culture*. Sentinel Event Alert, 2017; 57. Retrieved from: https://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_57_Safety_Culture_Leadership_0317.pdf
45. Kaiser JA. *The relationship between leadership style and nurse-to-nurse incivility: turning the lens inward*. J Nurse Manag. 2017; 25: 110-18.
46. The Joint Commission. *Physical and verbal violence against health care workers*. Sentinel Event Alert, 2018; 59. Retrieved from: https://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_59_Workplace_violence_4_13_18_FIN_AL.pdf
47. Stavroula L, Cox T. *The European Framework for Psychosocial Risk Management: PRIMA-EF*. UK, 2008. Retrieved from: http://www.prima-ef.org/uploads/1/1/0/2/11022736/prima-ef_ebook.pdf
48. Bambi S, Guazzini A, De Felippis C, Lucchini A, Rasero L. *Preventing workplace incivility, lateral violence and bullying between nurses. A narrative literature review*. Acta Biomed for Health Professions. 2017; 88(5):39-47.
49. Ebright P. *The Complex Work of RNs: Implications for Healthy Work Environments*. OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing. 2010; 15:1, Manuscript 4. Retrieved from: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol152010/No1Jan2010/Complex-Work-ofRNs.html>
50. Ebright P. *The Complex Work of RNs: Implications for Healthy Work Environments*. OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing. 2010; 15:1, Manuscript 4. Retrieved from: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol152010/No1Jan2010/Complex-Work-ofRNs.html>

51. Longo J. *Combating Disruptive Behaviors: Strategies to Promote a Healthy Work Environment*. OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing. 2010; 15:1, Manuscript 5. <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol152010/No1Jan2010/Combating-DisruptiveBehaviors.html>
52. Stagg SJ, Sheridan D. *Effectiveness of bullying and violence prevention programs*. AAOHN Journal. 2010; 58(10).
53. Griffin M. *Teaching cognitive rehearsal as a shield for lateral violence: an intervention for newly licensed nurses*. The Journal of Continuing Education in Nursing. 2004; 35(6); 257-63.
54. Aikens KA, Astin J, Pelletier KR, Levanovich K, Baase CM, Yeo Yung P, Bodnar CM. *Mindfulness Goes to Work*. J Occup Environ Med. 2014; 56(7): 721-31.
55. Kabat-Zinn J. *Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future*. Clin Psychol Sci Pract. 2003; 10:144–56.
56. Shapiro SI, Astin JA, Bishop SR, Cordova M. *Mindfulness-Based Stress Reduction for Health Care Professionals: Results From a Randomized Trial*. Int J Stress Manag. 2005; 12(2):164-76.
57. Botha E, Gwin T, Purpora C. *The effectiveness of mindfulness based programs in reducing stress experienced by nurses in adult hospital settings: a systematic review of quantitative evidence protocol*. JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports. 2015; 13(10) 21-29.
58. Penque S. *Mindfulness to promote nurses' well-being*. Nursing Management, 2019; 38-44.
59. Lee JH, Lee KS, Hwang J. *Job Satisfaction and job-related stress among nurses: the moderating effect of mindfulness*. Work. 2019; 62: 87-95.
60. Salvarani V, Rampoldi G, Ardenghi S, Bani M, Blasi P, Ausili D, Di Mauro S, Strepparava M. *Protecting emergency room nurses from burnout: the role of dispositional mindfulness, emotion regulation and empathy*. J Nurs Manag. 2019; 27: 765-74.
61. Pérula-de Torres L, Verdes-Montenegro Atalaya JC, Garcia-Campayo J, et al. *Controlled clinical trial comparing the effectiveness of a mindfulness and self-compassion 4-session programme versus an 8-session programme to reduce work stress and burnout in family and community medicine physicians and nurses: MINDUDD study protocol*. BMC Family Practice. 2019; 20-24.
62. Capurso V, Fabbro F, Crescentini C. *Mindful creativity: the influence of mindfulness meditation on creative thinking*. Frontiers in Psychology. 2014, 4:1020.
63. Rinaldi A, Tecchio R, Perugino S, De Luca A. *The educational intervention "Focusing" as a strategy to stress reduction among health care workers: a pilot study in an Italian teaching hospital*. Ann Ig. 2019; 31: 236-43.
64. The Joint Commission. *Behaviors that undermine a culture of safety*. Sentinel Event Alert. Issue 40, July 9, 2008. Retrieved from: http://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_40.PDF
65. Center for American Nurses. *Lateral violence and bullying in the workplace*. Approved February 2008. Retrieved from: http://www.mc.vanderbilt.edu/root/pdfs/nursing/center_lateral_violence_and_bullying_position_statement_from_center_for_american_nurses.pdf
66. Registered Nurses Association Ontario (RNAO). *RNAO Position statement: Violence against nurses in the workplace: a 'zero tolerance' approach*. 2008. Retrieved from:

- http://www.rnao.org/Storage/45/4013_Violence_in_the_Workplace_Against_Nurses_and_Nursing_Students.pdf.
67. American Association of Critical Nurses (AACN). AACN Public Policy. *Position statement - Zero tolerance for abuse*. 2004. Retrieved from: http://www.aacn.org/WD/Practice/Docs/PublicPolicy/Zero_Tolerance_for_Abuse.pdf
 68. American Association of Critical Nurses (AACN). AACN Public Policy. *Position statement - Workplace violence prevention*. 2004. Retrieved from: http://www.aacn.org/WD/Practice/Docs/PublicPolicy/Workplace_Violence.pdf
 69. Navigate Nursing. *Eliminate workplace bullying*. 2009. Retrieved from: <http://www.navigate nursing.org/PDFs/Fact%20Sheet%20bullying.pdf>
 70. Texas Nurses Association (TNA). *Proposed resolution against lateral violence and bullying in nursing*. Texas Nursing Winter 2010; 9.
 71. American Nurses Association. *Bullying and lateral violence – Bully tip card*. Retrieved from: <https://m360.centerforamericannurses.org/admin/forms/ViewForm.aspx?id=16711>.
 72. Associazione Nazionale degli Infermieri di Area Critica (ANIARTI). *Indagine Nazionale 2016 sulla Violenza verso gli infermieri di Pronto Soccorso*”. Report di ricerca. 2016. Retrieved from: <https://www.aniarti.it/wp-content/uploads/2019/02/Rapporto-di-ricerca-Indagine-Nazionale-2016-sulla-Violenza-verso-gli-infermieri-di-Pronto-Soccorso.pdf>
 73. Associazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche. *Aggressioni: infermieri e medici imparano ad evitarle. Partono i corsi del progetto CARE*. 03/07/2019. Retrieved from: <http://www.fnopi.it/attualita/aggressioni-infermieri-e-medici-imparano-a-evitarle-partono-i-corsi-del-progetto-care-id2695.htm>
 74. Giorgi G. *Il Negative Acts Questionnaire Revised (NAQ-R) in Italia*. *Prevenzione Oggi*. 2008;4:71-82.
 75. Di Fabio A, Ghizzani F. *Workplace Incivility Scale (WIS): proprietà psicometriche della versione italiana*. *Counseling*. 2010; 3:77-85.
 76. Bambi S, Becattini G, Lumini E. *A questionnaire about lateral hostility between critical care nurses: validation study*. *Scenario*. 2012;29:36-42.
 77. Bambi S, Rasero L, Guazzini A. *Progetto di ricerca per validazione di uno strumento di misura delle dinamiche relazionali tra infermieri e indagine esplorativa: studio QuINI (Questionario sulle Interazioni Negative tra Infermieri)*. *Scenario*. 2015; 32 (3): 33-42.
 78. Gabbrielli S, Picchioni L, Testa F. *La violenza fisica e verbale subita dagli infermieri: indagine trasversale multicentrica nei pronto soccorso della regione toscana*. *L’Infermiere*, n°6/2017.

NORMATIVE DI RIFERIMENTO.

- Europa. CES, UNICE, UEAPME, PMI, CEEP, CES. Accordo Quadro Europeo sullo stress lavoro correlato, 8 ottobre 2004. Disponibile all'indirizzo: <http://www.sicurezzaonline.it/leggi/legmob/legmob20002009doc/legmob20002009acc/acc20041008.pdf>.
- Italia. DL. 19 settembre 1994 n. 626. Attuazione della direttiva 89/391/CEE, della direttiva 89/654/CEE, della direttiva 89/655/CEE, della direttiva 89/656/CEE, della direttiva 90/269/CEE, della direttiva 90/270/CEE, della direttiva 90/394/CEE, della direttiva 90/679/CEE, della direttiva 93/88/CEE, della direttiva 95/63/CE, della direttiva 97/42/CE, della direttiva 98/24/CE, della direttiva 99/38/CE, della direttiva 2001/45/CE e della direttiva 99/92/CE riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori durante il lavoro.
- Italia. DL. 9 aprile 2008 n. 81. Attuazione dell'articolo 1 della Legge 3 agosto 2007 n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.
- Italia. Circolare del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali n. 23692 del 18/11/2010 su "Lettera circolare in ordine alla approvazione delle indicazioni necessarie alla valutazione del rischio da stress lavoro correlato di cui all'articolo 28 comma uno bis del decreto legislativo 9 aprile 2008 numero 81 e successive modifiche e integrazioni".
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, "Circolare in ordine alla approvazione delle indicazioni necessarie alla valutazione del rischio da stress lavoro correlato di cui all'art. 28, comma 1-bis del D.Lgs n. 81 del 09/04/2008 e successive modifiche e integrazioni", novembre 2010.
- Ministero della Salute, Raccomandazione n. 8 "Per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari", novembre 2007.
- CCNL del Comparto Sanità – periodo 2016-2018. Retrieved from: https://www.aranagenzia.it/attachments/article/9016/CCNL%20comparto%20SANITA'%20definitivo_sito%20.pdf
- Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (FNOPI). Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2019 – testo approvato 13/04/2019. Retrieved from: <http://www.fnopi.it/attualita/il-consiglio-nazionale-fnopi-approva-il-nuovo-codice-deontologico-degli-infermieri-id2629.htm>

SENTENZE IN MATERIA DI STRAINING.

- Tribunale di Bergamo 21/04/2005
- Tribunale di Sondrio 07/07/2007
- Tribunale di Brescia 15/04/2011
- Tribunale di Massa 11/10/2011
- Cassazione 03/07/2013
- Cassazione Sezione Lavoro 19/02/2016

- Tribunale di Mantova 20/09/2016
- Cassazione Sezione Lavoro 29/03/2018

BIBLIOGRAFIA DI APPROFONDIMENTO.

- LEKA, S., COX, T. (Eds.). *The European Framework for Psychosocial Risk Management: PRIMA-EF*. I-WHO Publications, Nottingham, 2008. ISBN 978-0-9554365-2-9.
- LEKA, S., COX, T. (Eds.). *PRIMA-EF: Guidance on the European Framework for Psychosocial Risk Management*. WHO, Geneva, 2008.
Available at: www.prima-ef.org
- EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY & HEALTH AT WORK – FACTSHEET ON BULLYING AT WORK.
Available at: <http://osha.europa.eu/en/publications/factsheets/23/view>
- EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY & HEALTH AT WORK – FACTSHEET ON VIOLENCE AT WORK.
Available at: <http://osha.europa.eu/en/publications/factsheets/24/view>
- EUROPEAN FOUNDATION FOR THE IMPROVEMENT OF LIVING AND WORKING CONDITIONS. Fourth European Working Conditions Survey. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2007.
Available at: <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/surveys/index.htm>
- FRAMEWORK AGREEMENT ON HARASSMENT AND VIOLENCE AT WORK.
Available at:
http://ec.europa.eu/employment_social/news/2007/apr/harassment_violence_at_work_en.pdf
- Amendolair D. *Emotional intelligence. Essential for developing nurse leaders*. Nurse Leader. 2003;1:25-27.
- Littlejohn P. *The missing link: using emotional intelligence to reduce workplace stress and workplace violence in our nursing and other health care professions*. J Prof Nurs. 2012;28:360-8.
- Clickner DA, Shirey MR. *Professional comportment: the missing element in nursing practice*. Nurs Forum. 2013;48:106-13.
- Rocker C. *Responsibility of a Frontline Manager Regarding Staff Bullying*. OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing. 2012;18:2. Retrieved from:
<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-17-2012/No3-Sept-2012/Articles-PreviousTopics/Responsibility-of-Manager-Re-Bullying.html>
- Studio Cataldi – Il diritto quotidiano. Il Mobbing - guida con raccolta di articoli e sentenze. Edizione aggiornata luglio 2016. Fonte: Il mobbing - guida con raccolta di articoli e sentenze (www.StudioCataldi.it)
- Bandura A. *Social learning theory*. 1977, Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Bandura A, Ross D, Ross SA. *Transmission of aggression through imitation of aggressive models*. Journal of Abnormal and Social Psychology. 1961;63:575-582.

- Roberts SJ, De Marco R, Griffin M. *The effect of oppressed group behaviors on the culture of the nursing workplace: a review of the evidence and interventions for change*. J Nurs Manag. 2009;17:288–293. 97.
- Roberts SJ. *Oppressed group behavior: Implications for nursing*. ANS Adv Nurs Sci. 1983;5:21–30.
- Bambi S, Becattini G, Lumini E. (Lateral hostility among student in nursing and lecturers: literature review). Scenario. 2012;29:26-32.
- Di Fresco M. *Il Mobbing infermieristico*. Maggioli editore, 2014.

CONTRIBUTO PERSONALE.

“Infermieri peggiori nemici di se stessi. Il bullying provoca stress, assenteismo, elevato turnover, errori ed eventi avversi.”

La gentilezza è un valore fondamentale per la nostra professione. Insegnato (forse anche scambiato per servilismo) verso i nostri pazienti, ma quasi dimenticato verso noi stessi e tra di noi colleghi. Quante volte ci mettiamo nei panni dell'altro? Verso i pazienti è un ragionamento che ci obblighiamo a fare sempre (non negatelo), ma verso un collega?

Io sono una giovane infermiera, ma la mia breve esperienza mi ha fatto osservare che il valore della gentilezza non è intrinseco nella nostra professione.

E' un valore che va insegnato, va coltivato e fatto rispettare. Potreste pensare che probabilmente è una considerazione che faccio guardando il mio piccolo "orto", ma dite la verità, **quante volte a fine turno abbiamo pensato “questa è la goccia che fa traboccare il vaso” oppure “non ce la faccio più”; quante volte siamo tornati a casa sconvolti, arrabbiati, frustrati perché ti senti impotente contro la violenza che hai appena subito, l'ennesima che hai dovuto affrontare, ma violenza dopo violenza, stai raschiando il fondo, le forze vanno scemando e le risorse pure.**

Appoggi veri ne hai ben pochi e alla fine scoppi: se ti va bene, scoppi tra le tue mura domestiche o con un amico (quante volte ci siamo sentiti dire “lasciati scivolare addosso le cose?”), se ti va male anche sul luogo di lavoro, attuando anche non volendo altra violenza (perché la corazza che faticosamente ci creiamo prima o poi cede). *La chiamo violenza, ma si chiama bullismo (bullying secondo la letteratura infermieristica internazionale) sul luogo di lavoro.* Da tempo abbiamo preso coscienza della violenza contro gli operatori da parte dell'utenza, **ma ancora non abbiamo scopercchiato il vaso del bullismo in corsia, a tutti i livelli.**

Lo *stress* da lavoro è considerato, a livello internazionale, europeo e nazionale, un problema sia dai datori di lavoro che dai lavoratori.

In Europa si stima che ogni anno 11 milioni di giorni di lavoro vengano persi a causa dello stress-lavoro correlato. Soprattutto negli ultimi anni, i profondi cambiamenti che hanno interessato il mondo del lavoro in generale, e le professioni sanitarie nello specifico, hanno generato un impatto negativo sulla qualità della vita lavorativa degli operatori. Lo *stress*, potenzialmente, può colpire in qualunque luogo di lavoro e qualunque lavoratore, a prescindere dalla dimensione dell'azienda, dal campo di attività, dal tipo di contratto o rapporto di lavoro.

Lo *stress* è uno stato, che si accompagna a malessere e disfunzioni fisiche, psicologiche o sociali e che consegue dal fatto che le persone non si sentono in grado di superare il *gap* rispetto alle richieste o alle attese nei loro confronti. L'individuo è capace di reagire alle pressioni a cui è sottoposto nel breve termine, e queste possono essere considerate positive (per lo sviluppo dell'individuo stesso); **ma di fronte ad un'esposizione prolungata e a forti pressioni egli avverte grosse difficoltà di reazione. Inoltre, persone diverse possono reagire in modo diverso a situazioni simili e una stessa persona può, in momenti diversi della propria vita, reagire in maniera diversa a situazioni simili.**

Lo *stress* non è una malattia, ma un'esposizione prolungata ad esso può ridurre l'efficienza sul lavoro e causare problemi di salute. Lo *stress* indotto da fattori esterni all'ambiente di lavoro può condurre a cambiamenti nel comportamento e ridurre l'efficienza sul lavoro e tutte le sue manifestazioni sul lavoro non vanno considerate causate dal lavoro stesso. Lo *stress* lavoro- correlato può essere causato da vari fattori, quali il contenuto e l'organizzazione dell'ambiente di lavoro e una comunicazione “povera”. **Secondo l'INAIL, dalle ultime direttive pubblicate nel 2017, gli aspetti principali dello stress-lavoro correlato da valutare sono: il carico di lavoro, il controllo sul proprio lavoro,**

il supporto di colleghi e superiori, la chiarezza di ruolo, la gestione del cambiamento, le relazioni interpersonali.

- Il primo punto è rappresentato dal carico di lavoro al quale è sottoposto il lavoratore.
- Il secondo è il **controllo** sul proprio lavoro, ovvero la discrezionalità di agire autonomamente da parte del lavoratore sulle proprie attività.
- Il terzo aspetto riguarda il **supporto**, ovvero quanto capi e collaboratori possono supportare un lavoratore nell'adempimento delle sue attività.
- Il quarto è il **ruolo**, ovvero deve esserci chiarezza rispetto a quello che un lavoratore deve e può fare e soprattutto quello che l'organizzazione si aspetta da parte del lavoratore.
- Il quinto fattore è la **gestione del cambiamento**, ovvero un lavoratore necessita di essere informato in tempo di quelli che sono i cambiamenti presenti e futuri che possono coinvolgere l'organizzazione e quindi quali siano le ricadute che questi cambiamenti portano nelle attività.
- Il sesto e ultimo punto riguarda le **relazioni interpersonali**: devono essere presenti delle azioni positive promosse dall'organizzazione volte proprio ad evitare l'instaurarsi di conflitti all'interno dei contesti di lavoro.

Gli infermieri sono costantemente esposti a numerosi agenti stressanti inerenti spesso la professione stessa: orario di lavoro prolungato, trattare con il dolore e le sofferenze degli assistiti, aver cura di pazienti terminali e provvedere al supporto dei familiari. Altri agenti stressanti extra-professione, invece, sono: riduzione del personale, aumento della complessità assistenziale, riduzione del materiale a disposizione e aumento del fabbisogno di formazione per il continuo ricambio delle tecnologie in uso. Lo *stress* affligge soprattutto le capacità cognitive come la memoria e l'attenzione, capacità fondamentali nel nostro lavoro dove è necessario prendere decisioni accurate e nel più breve tempo possibile. Gli errori dettati dalla mancanza di attenzione durante l'assistenza, come il mancato riconoscimento dei segni e sintomi dello scadimento delle condizioni cliniche e, soprattutto, durante il processo di preparazione e somministrazione dei farmaci, sono in aumento, e spesso non sono riconosciuti in tempo.

Di conseguenza, vengono intaccate la soddisfazione lavorativa, la percezione di avere sotto controllo il proprio operato e la qualità delle relazioni umane tra colleghi, producendo gravi danni all'assistenza in generale. Data la complessità del fenomeno, quindi non è esaustivo elencare come potenziali sintomi indicatori di *stress* solo un alto tasso di assenteismo o un'elevata rotazione del personale, ma è necessario tenere in considerazione i conflitti interpersonali o le lamentele frequenti.

Proprio nell'area delle relazioni interpersonali, nelle organizzazioni sanitarie il fenomeno della "violenza sul posto di lavoro", sia quella verticale che orizzontale, sta assumendo dimensioni notevoli, soprattutto per quel che riguarda la gestione del rischio.

Con il termine "violenza orizzontale" si identifica il fenomeno del *bullying*.

Leyman nel 1996 descrive il *bullying* come "*terrore psicologico sul posto di lavoro, che consiste in una comunicazione ostile e contraria ai principi etici, perpetrata in modo sistematico e per un lungo periodo di tempo da uno o più persone contro un singolo individuo che viene spinto in una posizione di impotenza e impossibilità di difesa, e qui costretto a restare da continue attività ostili. Data l'alta frequenza e il lungo periodo, il comportamento ostile dà luogo a seri disagi psicologici, psicosomatici e sociali*".

Il fenomeno costituisce un importante problema per le organizzazioni perché può avere ripercussioni sulle performance degli operatori, sul clima lavorativo, sui livelli di assenteismo e di *turnover*, e pertanto anche sui costi e sulla produttività.

Diversi studi segnalano proprio quello infermieristico un contesto nel quale la violenza orizzontale trova un'elevata diffusione con riflessi sulla riduzione della qualità dell'assistenza erogata, sulla soddisfazione dell'utenza fino alla compromissione dell'immagine aziendale.

Attualmente esiste un'oggettiva difficoltà nel differenziare la definizione del *bullying* e le sue sfumature (*bullying* verticale ascendente o verticale discendente, orizzontale); infatti in letteratura infermieristica, esso è definito come “violenza laterale/orizzontale”, “abuso verbale” o “aggressione sul posto di lavoro”, rendendo difficile comparare i risultati dei singoli studi di ricerca. Questo determina un ostacolo non solo nel delineare le caratteristiche epidemiologiche, ma anche nell'individuare programmi di possibili misure preventive o reattive.

La manifestazione più comune della violenza laterale sono le molestie psicologiche, ovvero gli atteggiamenti ostili, in opposizione alle vere e proprie aggressioni fisiche. Queste molestie includono: abusi verbali, minacce, umiliazioni, intimidazioni, criticismo, insinuazioni, esclusione sociale e professionale, scoraggiamento, disinteresse, accesso negato alle informazioni.

Il *bullying*, invece, in letteratura è descritto come un abuso di potere, un atteggiamento offensivo duraturo accentuato da intimidazioni e atteggiamenti maligni. Il *bullying* non si limita a manifestarsi con aggressioni aperte o di ostilità, come ad esempio urlare, ma include anche azioni subdole come diffondere dicerie, nascondere informazioni e mettere in atto pratiche di esclusione. Le tipiche manifestazioni includono le critiche sistematiche, il sabotaggio, l'intimidazione, le minacce, la violenza, l'umiliazione, le richieste di lavoro eccessive, la distribuzione non equa dei carichi di lavoro, 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.

Un'altra distinzione tra *bullying* e violenza laterale si riferisce alla frequenza degli eventi. **La violenza laterale può essere isolata o sporadica, mentre il *bullying* si riconosce quando le azioni negative sono ripetute settimanalmente o più spesso, per almeno sei mesi continuativi. La natura insidiosa rende difficile per le organizzazioni rispondere adeguatamente e per le vittime resistere, causa anche un diffuso atteggiamento omertoso.** Gli autori concordano in un'univoca definizione del fenomeno del *bullying* sul luogo di lavoro, di fatto in Europa tutt'oggi il termine più comune per definire il *bullying* è ancora “*mobbing*”. Gli antecedenti di questi comportamenti devianti sul luogo di lavoro sono correlati ad atteggiamenti di inciviltà professionale, descritti come il deterioramento dei rapporti professionali tra pari. Per esempio: lasciare una stampante inceppata con la carta o non ripristinarne il toner, non divulgare importanti informazioni oppure divulgare informazioni false, usare oggetti non propri senza il consenso del proprietario, escludere socialmente anche dai gruppi sui *social*. Questi atteggiamenti così detti incivili differiscono dalla violenza fisica o verbale per l'ambiguità nell'intento di danneggiare la vittima. Le conseguenze del *bullying* si ripercuotono non solo sulla vittima, ma sull'intero sistema, determinando ambienti di lavoro insalubri, disgregazione del 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.

A livello organizzativo, diversi studi discutono sulla relazione tra violenza verbale e:

- Cultura aziendale, specialmente nel momento in cui non vi sono politiche di prevenzione o interventi punitivi;
- Operazioni di ristrutturazione, di cambiamenti nel *management* aziendale o nella composizione del gruppo di lavoro;
- Utilizzo scorretto della legittima autorità e dei sistemi premianti, gestione eccessivamente meritocratica del personale che può essere fonte di forte ambizione e competitività, pressione per una maggiore efficienza interna ed esterna;
- Rottura del contratto psicologico impresa-lavoratore;
- Aspetti di contenuto delle attività: sottoutilizzo di abilità o eccessivo carico di lavoro, come pure l'insicurezza del lavoro e mancanza di opportunità di crescita, avanzamento e promozione;
- Eccessive forme di controllo, svuotamento delle attività previste da ciascuna figura professionale, trasferimenti ingiustificati, attribuzione eccessiva di compiti;

- Clima organizzativo.

Un ulteriore elemento correlato al *bullying* è lo stile di *leadership*. Forme di *leadership* inadeguata, autoritaria e superficiale possono partecipare in modo determinante alla nascita e allo sviluppo del disagio. L'insorgenza di fenomeni di violenza verbale è particolarmente frequente quando lo stile di *leadership* è troppo permissivo o eccessivamente autoritario.

Uno stile autoritario che non favorisce una comunicazione aperta, non consulta e non comunica informazioni accurate e che non delega, favorisce un luogo di lavoro con alti livelli di *stress* e di conflitti interpersonali. Allo stesso modo, una *leadership* troppo permissiva può tradursi in un sottoutilizzo delle abilità del personale al quale possono mancare adeguate opportunità di crescita professionale. Una bassa soddisfazione verso la *leadership* è considerata come uno dei più importanti antecedenti organizzativi in grado di predire la messa in atto di azioni negative da parte dei soggetti all'interno di un'organizzazione.

Infine, a causa dell'insorgenza di fenomeni di violenza verbale, le organizzazioni sanitarie subiscono notevoli ripercussioni, non solo sul piano del benessere dei propri dipendenti, ma anche in termini di calo della produttività e di performance e di perdita delle capacità di risoluzione dei problemi, di peggioramento del clima lavorativo, e deterioramento della qualità relazionale tra i membri dello *staff* di cura. **Si può registrare anche un alto tasso di assenteismo e *turnover*. Inoltre, anche i pazienti sembrano essere maggiormente esposti al rischio di errori, a causa dell'elevata tensione a cui è esposta la vittima di *bullying* che determina cali di concentrazione disattenzione.** Per quanto riguarda i fattori di rischio, numerosi autori dichiarano che esistono due differenti variabili che concorrono al rischio di *bullying* e di atteggiamenti negativi sul luogo di lavoro. La prima variabile è la fluttuazione del mercato del lavoro (locale e globale) che costringe i lavoratori a continui cambiamenti professionali. La seconda è rappresentata dal contesto sociale, dove le persone, tenendo conto del proprio bagaglio culturale e delle proprie risorse, devono far fronte a numerosi problemi e conflitti. Entrambe le variabili citate si confermano valide sia per chi subisce la violenza, ma anche per chi la perpetra nel tempo. Diversi studi non mostrano come fattore di rischio differenze di genere, né differenze di provenienza geografica; al contrario è stata rilevata un'associazione negativa tra *bullying* e minor anzianità di servizio: secondo alcuni studi sarebbero gli infermieri "inesperti" (in particolare i neolaureati) ad essere maggiormente esposti ad azioni di *bullying* perpetrate dagli infermieri clinici più esperti (considerati *leader* informali); nello specifico le forme di violenza verbale sperimentate sono la svalutazione, i commenti umilianti e l'assenza di supervisione.

Curiosamente gli infermieri sono anche descritti come i "peggiori nemici di se stessi", inclini a litigi, a prevaricare e incapaci di fornire supporto e incoraggiamento. Indubbiamente, l'essere sottoposto a due linee gerarchiche distinte (quella infermieristica e quella medica) in continua tensione tra loro può rappresentare un fattore ambientale scatenante.

Il dato più preoccupante è la correlazione che esiste tra il *bullying* e la qualità delle cure, errori ed eventi avversi. Diversi studi riportano che le vittime di *bullying* eseguono i propri doveri senza i minimi requisiti di sicurezza, ad esempio: somministrano farmaci senza una prescrizione precisa, lasciano il paziente a rischio caduta senza un supporto, usano apparecchiature (a volte anche molto costose) senza chiedere supervisione. Interessante è l'analisi degli *incident reporting* che evidenziano atteggiamenti incivili e di violenza laterale tra i professionisti sanitari, dove vengono identificati due principali catalizzatori degli eventi: l'atteggiamento verso il lavoro e la pianificazione del lavoro.

Il primo sottolinea una condotta non professionale, messa in discussione dei propri e altrui compiti, disaccordo verso le strategie di cure infermieristiche, disappunto verso il lavoro condotto dai propri pari. Il secondo, invece, include i possibili conflitti che nascono dalla non aderenza ai protocolli, la mal gestione/assegnazione dei pazienti, risorse limitate, alti carichi di lavoro. Inoltre, il *bullying* è prevedibile in contesti dove sono necessarie elevate abilità tecniche rispetto ad aree dove predominano le capacità relazionali tipiche dell'assistenza: **in ambito infermieristico l'atteggiamento al bullismo sembra essere una conseguenza dell'apprendimento precedente di**

comportamenti negativi (come una sorta di “*imprinting*”). Detto ciò, l’identificazione di uno specifico servizio o unità operativa a rischio di atteggiamenti di violenza laterale risulta difficile a causa della grande variabilità dei *setting* lavorativi, dell’eterogeneità degli strumenti di analisi del fenomeno e dell’ambiguità che ancora esiste sulla terminologia, confermando che la violenza laterale è principalmente un “problema culturale” della professione infermieristica.

Dunque, considerare il problema dello *stress* sul lavoro secondario a forme di violenza orizzontale può voler dire una maggiore efficienza e un deciso miglioramento delle condizioni di salute e sicurezza sul lavoro, con conseguenti benefici economici e sociali per le aziende, i lavoratori e la società nel suo insieme.

Verdiana Casciano.

Publicato il 09/08/2019 sulla rivista online *Infermieristicamente*.

Available at: <https://www.infermieristicamente.it/articolo/10832/infermieri-peggiori-nemici-di-se-stessi-il-bullying-provoca-stress-assenteismo-elevato-turnover-errori-ed-eventi-avversi/>