

# Inciviltà sul luogo di lavoro, violenza orizzontale, bullismo e mobbing tra pari nella professione infermieristica: teorie e modelli di interpretazione dei fenomeni

## Workplace incivility, horizontal violence, bullying and mobbing among peers in nursing. Theories and interpretation models

Stefano Bambi<sup>1</sup> Alberto Lucchini<sup>2</sup> Andrea Guazzini<sup>3</sup> Christian Caruso<sup>4</sup> Laura Rasero<sup>5</sup>

- 1 RN, MSN, PhD, Terapia Intensiva di Medicina & Chirurgia AOU Careggi, Firenze
- 2 RN, Coordinatore, Terapia Intensiva Generale - Dipartimento di Emergenza e Urgenza, AO San Gerardo, Monza, Università degli Studi di Milano-Bicocca
- 3 Psych, PhD, Ricercatore associato presso il Centro di Studio per Dinamiche complesse. Dipartimento di scienze dell'educazione e psicologia, Università degli Studi di Firenze
- 4 RN, Terapia Intensiva di Emergenza e del Trauma - AOU Careggi, Firenze
- 5 RN, MSN, Professore Associato, Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università degli Studi di Firenze

Per corrispondenza:

Stefano Bambi, Terapia Intensiva di Medicina & Chirurgia, Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Largo Brambilla, 50132 - Firenze  
Email: stefano.bambi@unifi.it  
bambis@au-careggi.toscana.it

### RIASSUNTO

Tra le interazioni relazionali negative tra infermieri ci sono le dinamiche relazionali laterali, cioè quelle che vengono esercitate tra pari, all'interno dei gruppi di lavoro. Alcuni autori hanno teorizzato la presenza di un continuum di comportamenti che vanno dall'inciviltà sul posto di lavoro fino allo strutturarsi di violenze laterali, per finire al bullismo orizzontale.

Per quanto diffusi e importanti siano questi fenomeni, ancora oggi le soluzioni di tipo reattivo e proattivo sono scarse, e scarsamente efficaci.

I modelli e le interpretazioni che spiegano questi meccanismi di comportamento all'interno dei gruppi sono di tipo interpersonale, intrapersonale, evolutivo, e biologico. Questi ruotano intorno ad elementi centrali quali, le differenze di genere, la pressione del lavoro, le differenze di ruolo, lo stress, il conflitto generazionale, e non ultimo l'esercizio di controllo attraverso circuiti di potere. Esistono anche fascinazioni derivanti dagli studi antropologici, anche se ad oggi la teoria dei comportamenti del gruppo oppresso non è stata ancora del tutto sviluppata e nemmeno validata in ambito infermieristico.

Ciò nonostante, le variegata interpretazioni dei meccanismi che generano questa tipologia di fenomeni non sono mutuamente esclusive, e contribuiscono ad una visione sfaccettata del problema, che forse è l'elemento cardine su cui impostare una risposta in termini preventivi e reattivi. I modelli e le interpretazioni di queste modalità di violenza sul posto di lavoro possono servire a costruire cornici concettuali all'interno delle quali sperimentare con opportuni studi di ricerca, gli interventi per abbattere la comparsa e la presenza dei fenomeni e le loro conseguenze.

**PAROLE CHIAVE:** inciviltà, violenza laterale, mobbing, bullismo, nursing

### ABSTRACT

Among the negative interactions between nurses there are the lateral dynamics, exerted between peers, within the working groups. Some authors have theorized the presence of a continuum of behaviors ranging workplace incivility up to the lateral violence, and horizontal bullying.

Although these phenomena are widespread and important, currently, reactive and proactive solutions are scarce, and barely effective.

The models and interpretations that explain these mechanisms of behavior within groups are interpersonal, intrapersonal, evolutionary and biological. These revolve around central elements such as gender differences, work pressure, role differences, stress, generational conflict, and the need to exert control through circuits of power. There are also fascinations arising from anthropological studies, although to date the oppressed group behavior theory was not yet fully developed nor validated in the field of nursing.

Nonetheless, the varied interpretations of the mechanisms that generate this type of phenomena are not mutually exclusive, and contribute to a multifaceted view of the problem, which is (perhaps) the key element on which to set preventive and reactive interventions. The models and interpretations of these forms of workplace violence can be used to construct conceptual frameworks to be used during the design of appropriate research studies that test interventions to reduce the rise and presence of these problems and their consequences.

**PAROLE CHIAVE:** workplace incivility, lateral violence, mobbing, bullying, nursing

## INTRODUZIONE

Le interazioni negative tra infermieri sono un fenomeno complesso, sfaccettato e radicato presente all'interno dei contesti lavorativi e che è stato ampiamente documentato in letteratura internazionale. Particolare specificità assumono condizioni di violenza sul posto di lavoro, che caratterizzano le dinamiche relazionali orizzontali (o laterali), cioè quelle che vengono esercitate tra pari, all'interno dei gruppi di lavoro. Alcuni autori hanno teorizzato la presenza di un continuum di comportamenti (Stokowski L., 2011) che vanno dall'inciviltà sul posto di lavoro (workplace incivility – WI), in genere caratterizzata da lieve intensità e ambiguo intento nel procurare un danno al collega, fino allo strutturarsi di violenze laterali (lateral violence – LV) (nelle forme di abuso verbale, minacce, intimidazioni, umiliazioni, critiche eccessive, commenti a doppio senso, esclusione, negazione di accesso ad opportunità, disinteresse, scoraggiamento e omissione di informazioni) (McKenna et al., 2003), per finire al bullismo (in Europa più comunemente mobbing) (Hutchinson et al., 2010) orizzontale, la cui distinzione maggiore rispetto alla violenza laterale è data dal fatto che mentre questa può essere episodicamente isolata, il bullismo necessita di ripetizione del conflitto almeno 1 volta a settimana per un periodo non inferiore a 6 mesi (Johnson & Rea, 2009).

Per quanto riguarda la diffusione e l'impatto di questi problemi, la WI, quando esercitata tra pari, si presenta in quote molto elevate, sopra il 75% (Laschinger et al., 2009; Smith et al., 2010).

Invece la frequenza delle LV sembra essere molto variabile, con un range dal 1% (Armmer & Ball, 2015) al 87.4% (Dunn H., 2003).

Anche per il bullismo la prevalenza registrata in letteratura risulta estremamente variabile in un range che va dal 2.4% (Pinar et al., 2015) all'81% (Abe et al., 2010), seppure talvolta, la componente orizzontale risulti difficile da discriminare all'interno degli articoli pubblicati.

A livello professionale, le conseguenze sono molteplici. Si evidenziano moderate correlazioni negative tra LV e qualità delle cure dei pazienti ( $r=-0.469$ ;  $p<0.01$ ), e con errori ed eventi avversi ( $r=0.442$ ;  $p<0.01$ ) (Purpora et al., 2015).

Tra l'11.3% (Bambi et al., 2014) ed il 30.5% (Magnavita & Heponiemi, 2011) degli infermieri vittime di LV decidono di cambiare il proprio posto di lavoro.

Il bullismo è un predittore di burnout ( $\beta = 0.37$ ,  $p<0.001$ ) (Allen et al., 2015) e si correla negativamente tra il con la produttività lavorativa ( $F=0.045$ ,  $r = -0.322$ ,  $p<0.01$ ) (Berry et al., 2012).

Dal punto di vista psicofisico, sequele di vario grado di severità possono interessare fino al 75% delle vittime di abusi (Yildirim & Yildirim, 2007).

Per quanto diffusi e importanti siano questi fenomeni, ancora oggi le soluzioni di tipo reattivo e proattivo sono scarse, e scarsamente efficaci (Castronovo et al., 2016).

Per questo motivo, la comprensione delle dinamiche alla base dell'inciviltà, della LV e del bullismo diventa essenziale.

Questo articolo ha quindi l'obiettivo di descrivere le

principali teorie e modelli interpretativi che tentano di spiegare le interazioni negative tra gli infermieri.

## GENESI DELL'INCIVILTÀ SUL LUOGO DI LAVORO

Per poter inquadrare adeguatamente il concetto di WI, è necessario partire dal suo antonimo positivo.

Il concetto di civiltà può essere espresso come l'adottare comportamenti rispettosi della dignità degli altri, con riguardo verso i loro sentimenti, osservando le norme sociali di mutuo rispetto (Andersson & Pearson, 1999).

La civiltà è un forte strumento usato nella società per ammortizzare le istanze tra le diverse classi sociali, rendere meno dure le divisioni tra ricchi e poveri, e tra dipendenti e datori di lavoro. Al di là dei contenuti strumentali del concetto di civiltà, questa rappresenta l'espressione di forti istanze morali. In sostanza alla base della civiltà ci sono l'amore ed il rispetto per il prossimo e per gli appartenenti al genere umano in generale. I concetti di civiltà ruotano attorno ai sacrifici che le persone tendono a fare per l'amore di vivere insieme e all'auto-controllo. Secondo la sociologia, il bisogno di civiltà aumenta con la complessità e frequenza delle interazioni tra le persone (Andersson & Pearson, 1999).

La civiltà sul luogo di lavoro coinvolge l'adozione di comportamenti di cortesia e riguardo verso gli altri sul luogo di lavoro, all'interno delle norme di rispetto in quel contesto. Al contrario, la WI è caratterizzata da comportamenti devianti (maleducati e scortesi), a bassa intensità, che infrangono le regole sociali del mutuo rispetto nei vari contesti in cui si verifica, tra i quali quello lavorativo (Andersson & Pearson, 1999).

È stato ipotizzato che la violenza sul posto di lavoro sia raramente un evento improvviso, ma il culmine di un'escalation di interazioni negative tra persone, di cui l'inciviltà ne risulti un precursore, in quanto caratterizzata da abusi a bassa intensità (Andersson & Pearson, 1999).

In ogni caso, rispetto alle altre condizioni di aggressione/abuso sul luogo di lavoro, l'inciviltà si caratterizza per l'ambiguità, cioè la non chiara possibilità di comprendere se c'è la volontà di recare danno alla persona col comportamento incivile, oppure se questo è completamente non intenzionale (Andersson & Pearson, 1999).

L'inciviltà come evento interattivo prevede l'istigatore, il target, gli osservatori, ed il contesto sociale (Andersson & Pearson, 1999).

Alcuni autori hanno concettualizzato lo svilupparsi di spirali della WI, come antecedenti ad episodi di comportamenti devianti ben più gravi. Il punto di partenza di queste spirali è generalmente costituito dalla percezione di una parte aver ricevuto ingiustizia nelle interazioni, dallo sviluppo di sentimenti negativi, e di desiderio di reciprocità (Andersson & Pearson, 1999). I comportamenti incivili che ne scaturiscono possono essere unilaterali o innescare circoli in risposta. Facilitatori allo sviluppo di questi comportamenti sono: i temperamenti cosiddetti "caldi" delle persone, cioè estremamente suscettibili e reattivi, e il clima di lavoro informale, che può dare adito all'infrangere le regole dell'organizzazione più facilmente (Andersson & Pearson, 1999).

Nell'andare avanti dei circoli di inciviltà tra le 2 parti coinvolte, si possono raggiungere punti critici costituiti da percezione di danno sociale, rabbia e desiderio di vendetta (Andersson & Pearson, 1999).

Questo può dare origine a comportamenti incivili di intensità maggiore, sfociando nella coercizione/bullismo, a seguito dell'interpretazione di una o entrambe le parti dei comportamenti dell'altra. Al contempo, i comportamenti incivili osservati, accanto a risposte negative dei membri dell'organizzazione, possono innescare spirali di inciviltà secondarie (Andersson & Pearson, 1999).

Alla base della WI (e del bullismo), sono stati individuati 2 principali gruppi di fattori contribuenti: individuali (personalità auto-centrata, immaturità, e/o difensiva), e sistemici (pressione del lavoro, che include maggior richiesta di produttività; contenimento dei costi e gerarchie irrigidite; paura dello stress da contenzioso; differenze tra i lavoratori in termini di autonomia, autorità, empowerment, ruoli e valori; continua instabilità e cambiamento di staff e turnazione) (Lim & Bernstein, 2014).

## MODELLI DI INTERPRETAZIONE DEI FENOMENI DI VIOLENZA LATERALE E BULLISMO NELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

Il bullismo e la LV non originano di certo nel mondo professionale infermieristico. Di fatto numerosi autori hanno cercato di fornire modelli e teorie che aiutassero a inquadrare e interpretare a livello antropologico e sociologico questo genere di comportamenti all'interno dei gruppi.

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

In tabella 1 si riporta la sintesi dei principali modelli che possono spiegare le violenze ed il bullismo orizzontali tra infermieri, tratta da un'estesa revisione della letteratura pubblicata da Vessey et al. (2010).

Tra i modelli che spiegano questi fenomeni c'è il modello ecologico di bullismo sul luogo di lavoro (Johnson SL., 2011). Si ipotizzano 4 sistemi in interrelazione che raccolgono gli eventi che costituiscono il bullismo, ovvero sia il microsistema (il perpetratore e il target), il mesosistema (gruppo di lavoro, incluso il manager), l'esosistema (l'orga-

nizzazione), e il macrosistema (la società). Il modello si sviluppa in 3 stage: "antecedenti", l'evento di "bullismo", e gli "esiti". I fattori antecedenti fluiscono dal macrosistema attraverso tutti i sistemi, generando le condizioni che portano all'evento di bullismo (denominato "incidente"). Partendo da questo, fluiscono gli esiti attraversando nuovamente tutti i sistemi. Gli interventi possono essere proattivi o reattivi e passare attraverso tutti i sistemi, focalizzandosi su antecedenti o esiti (o entrambi) (Johnson SL., 2011).

Anche il modello del determinismo reciproco, di Albert Bandura, è stato utilizzato come cornice concettuale per spiegare i fenomeni di LV, specialmente a livello infermieristico (Bandura A., 2002). I passaggi del modello prevedono: comportamenti con conseguenze positive o negative per gli individui; apprendimento dei comportamenti tramite osservazione; modellamento dei comportamenti degli individui, che si ispirano a coloro con i quali si identificano; apprendimento di nuovi comportamenti da parte degli individui; gli individui modellano nuovi comportamenti (Walrafen et al., 2012).

Di particolare interesse risultano alcune esperienze rispetto a casi studio, dai quali emerge anche che il bullismo sul luogo di lavoro può dare origini a situazioni in cui di fronte a sporadici e singoli incidenti, che sono fuori dalla classica definizione operativa, si possono verificare reazioni di distress psicologico identiche a quelle presenti durante forme di bullismo strutturate e persistenti. Talvolta anche la sola presenza del perpetratore, senza alcun tipo di comportamento deviato o antisociale, può suscitare le medesime reazioni (Armstrong P., 2011).

Da qui Einarsen riporta il problema sollevato da alcuni autori circa il bullismo "soggettivo", cioè caratterizzato dal fatto che la definizione core di bullismo è quella fornita dalla soggettiva percezione della vittima rispetto alle azioni ripetute che sono avvertite come ostili, umilianti ed intimidenti, dirette verso la propria persona, e quello "oggettivo", che si riferisce a condizioni dove sono chiaramente osservabili prove o affermazioni che il bullismo sta avendo luogo da una terza parte (Einarsen S., 2005).

## LE INTERAZIONI COMUNICATIVE DISFUNZIONALI NEI GRUPPI INFERMIERISTICI

In generale, circa il 25% di tutti i lavoratori, indipendentemente dalla tipologia di lavoro, riconoscono nei problemi interpersonali l'elemento di maggior stress nell'ambiente in cui svolgono la propria occupazione (Freshwater D., 2000). Per quanto riguarda l'ambito di lavoro infermieristico, la letteratura, e specialmente quella statunitense, indica che i "nuovi entrati" in un servizio sono spesso coinvolti nei conflitti intragruppo (Brinkert R., 2010).

Gli infermieri in USA utilizzano frequentemente la frase "nurses eating their young" (gli infermieri divorano i loro giovani/inesperti) che richiama il comportamento di alcune specie animali in condizione di grande stress, capaci di assalire e nutrirsi dei loro cuccioli allattati e nutriti fino a poco prima (Freshwater D., 2000). Questa locuzione è molto diffusa nel linguaggio di studenti, infermieri (indipendente-

Tabella 1 – Principali tipologie di modelli di spiegazione del bullismo e violenza laterale (Vessey et al., 2010)

Tipologie di modelli	Caratteristiche
<b>Interpersonali</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'aggressione o l'indietreggiamento possono creare ruoli (perpetratori e vittime) influenzando i comportamenti all'interno dei ruoli stessi.</li> <li>- Reazioni emozionali e cognitive al bullismo e LV diventano parte di una cultura del lavoro, generando sentimenti negativi e clima conflittuale e di resa dei conti. La presenza di bulli solitari o assistiti da altri dipende da fattori locali, culturali, normativi.</li> <li>- Nell'aggressione sociale il perpetratore tenta di causare danno sociale, nell'aggressione relazionale il danno è diretto alla persona, e, nella LV, specificatamente verso un pari. L'aggressione sociale è una forma diretta e indiretta di aggressione relazionale usata per danneggiare l'autostima di un pari, lo status sociale o entrambi.</li> <li>- Gli individui apprendono evolutivamente ad accettare tacitamente gli imperativi culturali circa i comportamenti appropriati e non appropriati.</li> <li>- Le femmine possono essere aggressive come i maschi quando usano forme manipolative di aggressione, come fare gossip, diffondere dicerie in tutti i tipi di contesti ambientali. Le aggressioni indirette nell'ambiente di lavoro sono una strategia alternativa alle aggressioni dirette, con lo scopo di escludere socialmente, o danneggiare lo status sociale di una vittima.</li> <li>- Un frequente comportamento tra gli infermieri è la creazione di "cricche", che condividono informazioni, attività, amicizie, confidenze e carichi di lavoro, ma non fanno chiaramente lo stesso con altri nel luogo di lavoro che sono al loro pari livello. Gli esclusi dal "gruppetto" sono messi in una posizione di sentirsi outsiders.</li> <li>- Il modello dei comportamenti del gruppo oppresso interseca studi sui generi, scienze sociali, psicologia e interazioni ambiente/individuo. Si teorizza che nelle società senza potere, dove l'oppressione prolifera, può esserci timore della libertà, per esempio timore di affrontare i comportamenti negativi di un oppressore.</li> <li>- Esiste anche un modello organizzativo che comprende anche precisi antecedenti al bullismo (tolleranza organizzativa, alleanze informali nell'organizzazione, cattivo uso di processi e procedure legittimate dall'autorità). In parte anche per utilizzare il bullismo come forma di controllo nei gruppi.</li> </ul>
<b>Intrapersonali</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il bullismo può essere una risposta a condizioni problematiche situazionali che sorgono sul lavoro.</li> <li>- Alcool, stupefacenti, stressori economici extra-lavorativi e interpersonali/familiari, ma anche i ritmi circadiani possono avere un ruolo chiave nelle aggressioni nei luoghi di lavoro.</li> <li>- Le vittime di mobbing hanno punteggi più elevati nelle componenti nevrotiche e paranoide di strumenti psicometrici, e correlazioni positive tra frequenza di abusi e sintomi di distress post traumatico. Inoltre la frequenza di esposizione al bullismo induce depressione ed ha potere predittivo per il suicidio.</li> <li>- Le donne possono "silenziare il sé", sopprimendo certi pensieri, sentimenti ed azioni che possono contraddire un altro. Questo permette di evitare il conflitto per mantenere le relazioni e/o assicurare la propria sicurezza fisica/psicologica.</li> <li>- La rabbia spesso proviene da una violazione del senso di giustizia, e nel trattenersi dal fare "la cosa giusta" (dire agli altri direttamente ciò di cui si ha bisogno e si sente). Rabbia e sensi di colpa suscitano conflitto interiore, specialmente nella donna.</li> </ul>
<b>Evolutivi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le forme di aggressione indiretta sono state da sempre appannaggio prevalente delle femmine ma attualmente, è divisa tra i generi (es. cyber-bullying).</li> <li>- L'aggressione indiretta, è un'esperienza appresa che può essere rinforzata col tempo, nell'età adulta.</li> <li>- L'aggressione emerge dal fallimento nelle relazioni con altra gente.</li> <li>- Le donne non sono per natura aggressive, ma l'aggressione indiretta di sviluppa in un contesto culturale ed interpersonale. In sostanza le donne mascherano in superficie l'intento.</li> </ul>
<b>Biologici</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- I modelli biologici o bio-comportamentali aiutano a individuare i possibili motivi per i comportamenti aggressivi diretti o nascosti sul lavoro. Possono anche spiegare come mai certe persone diventano facilmente delle vittime. I limiti risiedono nel fatto che i processi cognitivi o mentali avvengono in precedenza alle risposte bio-comportamentali e determinano il comportamento nel tempo.</li> <li>- Testosterone, cortisolo, e deidroepiandrosterone, in combinazione con l'ambiente, hanno un ruolo interattivo nello sviluppo del comportamento.</li> <li>- Studi hanno messo in evidenza che la rimozione o abbassamento dei livelli di testosterone riducono l'aggressività e/o la dominanza e le risposte bio-comportamentali allo stress.</li> <li>- Nelle femmine si rileva il comportamento di aiuto piuttosto che di combattimento nei confronti dell'aggressore, e questo è connesso all'attivazione del testosterone. Le donne usano l'attaccamento/affezione per acquietare l'aggressione, e ciò è mediato dall'ossitocina, non dal testosterone.</li> <li>- Alcuni sostengono che l'aggressione femminile di natura sociale o relazionale esiste, ma non è aperta, perché meno mediata da testosterone.</li> </ul>

mente neo-assunti o anziani), e in letteratura (Kelly & Ahern, 2009; Simons & Mawn, 2010; Stanley et al., 2007).

I problemi di comunicazione conflittuale tra infermieri si articolano, per alcuni autori, su 3 piani che coinvolgono il confronto generazionale, quello di ruolo e quello laterale (precedentemente descritto) (Brinkert R., 2010).

Per quanto riguarda il conflitto generazionale, il problema

è che attualmente negli ambienti di lavoro infermieristici operano i baby boomers (i nati tra gli anni '40 e l'inizio degli anni '60 del XX° secolo), la generazione X (i nati tra gli anni '60 e l'inizio degli anni '80 del XX° secolo.), e quella dei millennials (o generazione Y, i nati tra gli anni '80 del XX° secolo e il 2000) (Brinkert R., 2010). Ed anche se nessun individuo può essere pienamente compreso soltanto mediante



la generazione di appartenenza, le modalità presenti nelle coorti generazionali e le differenze tra le coorti possono aiutare a comprendere alcuni aspetti dei conflitti che si instaurano tra persone di età diverse (Brinkert R., 2010).

Dal punto di vista del ruolo, invece, le tradizionali funzioni basilari del nursing, cioè quelle “controllo” e di “assistenza” possono andare in conflitto con la nuova e dirompente funzione di “advocacy” infermieristica in favore della persona assistita, generando tensione all’interno dei gruppi e delle cornici tempo-compito (Brinkert R., 2010).

### **I COMPORTAMENTI DEL GRUPPO OPPRESSO. LA VISIONE ANTROPOLOGICA DEI CONFLITTI TRA INFERMIERI**

La teoria dei comportamenti del gruppo oppresso origina, a partire dagli anni '40, dall’osservazione antropologica delle dinamiche relazionali interne a gruppi come gli Ebrei, gli Africani colonizzati, i Sud-Americani, gli Afro-Americani, ed infine le donne americane (Roberts et al. 2009).

Secondo quanto teorizzato da Freire nel 1971, le persone dominate si sentono private di valori rispetto ai valori promossi dalla cultura di chi detiene il potere, tipici cioè del dominante (Roberts et al. 2009). Ne deriva che i gruppi oppressi, sviluppano disprezzo verso sé stessi, la convinzione di effettiva inferiorità, e la conseguente perdita di orgoglio, con riduzione ulteriore dell’autostima (Roberts et al. 2009). La possibilità di uscire da questa condizione e ottenere del successo risiede solo nell’assomigliare per quanto possibile al dominante/oppressore.

L’effetto, però, che ottengono questi individui che si staccano in qualche modo dalla cultura del gruppo oppresso è quello di essere isolati e messi ai margini dagli altri, senza, dall’altra parte, riuscire a diventare parte del gruppo dominante. Il quale, anzi, tende a fidelizzare questi individui che supportano la sua visione, attraverso un sistema di posizioni/ricompense, offrendo loro un certo grado di protezione, di cui, ormai, non godono più all’interno del gruppo di origine, ma non integrandoli al suo interno (Roberts et al. 2009).

Il gruppo oppresso, quindi, rimane silenzioso, privo di autostima, pieno di paura e risentimento, incapace di manifestare i propri bisogni. La conseguenza di questa implosione sociale ed emozionale è la violenza orizzontale, espressione di un’aggressività incapace di trovare il suo sfogo verso la reale causa del disagio (il gruppo dominante), ma diretta all’interno verso i membri target, considerati aberranti rispetto alla cultura del gruppo oppresso (Roberts et al. 2009).

Storicamente gli infermieri risultano privi di potere e controllo nei luoghi di lavoro, sin dal momento in cui l’assistenza sanitaria si è mossa in ospedale, strutturandosi in gerarchie ben definite che vedono ai vertici i medici e gli amministratori (Roberts SJ., 1983).

Uno degli elementi chiave per una lettura corretta dei comportamenti del gruppo oppresso risiede probabilmente nel deficit di autostima, che in ambito infermieristico è stata

ampiamente documentata (Roberts et al. 2009).

L’autostima professionale viene sviluppata largamente durante il percorso di formazione del futuro infermiere, mediante l’osservazione e l’apprendimento su come il professionista usa il potere nei confronti di pazienti, studenti, e colleghi (Rowell PA, 2007). Pertanto, gli infermieri che hanno sviluppato i loro momenti formativi in contesti di abuso importeranno i comportamenti di bullismo appresi, nei loro setting di occupazione (Rowell PA, 2007). Inoltre, gli studenti che hanno subito bullismo riferiscono di diventare meno compassionevoli nei confronti dei loro pazienti (Randle J., 2003).

Esistono, poi condizioni di doppia oppressione, quando oltre alla condizione ancillare della professione, le infermiere, sono costrette a viverci la socializzazione di genere, in quanto donne.<sup>32</sup> Peraltro, secondo alcuni autori, essendo tuttora numericamente preponderante la componente femminile all’interno della professione infermieristica, permette di rendere ancora molto attuale e applicabile la teoria del genere di appartenenza come interpretazione dei fenomeni di LV (Rowell PA, 2007).

Roberts et al. spiegano anche il perché le figure di governo infermieristico (coordinatori e dirigenti), non siano promotori reali del cambiamento e dell’affrancamento della professione rispetto ai gruppi dominanti. Di fatto, essendo le loro nomine frequentemente espressione della volontà dei medici e/o degli amministratori, diventano strumento di manifestazione delle istanze degli oppressori, piuttosto che della categoria infermieristica (Roberts et al. 2009).

L’aggressività passiva, il silenzio, lo scadimento della qualità assistenziale, l’evitamento ed il compromesso diventano i tratti caratteristici degli appartenenti al gruppo oppresso, spesso incapace di dare voce alle loro istanze (e a quelle dei loro pazienti) anche quando apertamente ed ufficialmente se ne presenta l’occasione (Roberts et al. 2009).

Pertanto la rivalità inter-gruppo, la mancanza di unione e di orgoglio, l’aggressione rivolta all’interno e la violenza orizzontale sono tutte espressioni del modello dei comportamenti del gruppo oppresso, presenti sia nei contesti clinici che in quelli accademici in cui operano gli infermieri (Roberts et al. 2009).

Alcuni autori ritengono che il punto di vista circa la teoria dei comportamenti del gruppo oppresso debba tener conto anche delle relazioni di potere che si innescano all’interno delle organizzazioni, laddove il bullismo ha una funzione di controllo e di normalizzazione sugli infermieri (Hutchinson et al., 2006).

### **ALTRE INTERPRETAZIONI DEI FENOMENI DI VIOLENZA LATERALE E BULLISMO TRA INFERMIERI**

Le dinamiche di aggressione all’interno dei gruppi infermieristici, che sembrano generare più ansia rispetto alle aggressioni subite da parte di pazienti o da colleghi di altre professioni (Farrell GA., 2001) trovano in letteratura molteplici interpretazioni rispetto alla loro genesi, talvolta anche piuttosto distanti da quanto teorizzato da Freire (Roberts SJ., 1983; Roberts et al. 2009). Di queste se ne offre una sintesi in tabella 2.

Tabella 2 – Principali interpretazioni sulla genesi delle violenze orizzontali nei gruppi infermieristici

Interpretazione	Descrizione
Ridotta autostima (Farrell GA., 2001)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La bassa autostima è il risultato di valutazioni sul proprio esito che favoriscono la formazione di gruppi diversi da quello di appartenenza, o comunque lo starnano ai margini.</li> <li>- La valutazione individuale del gruppo d'appartenenza è basata sulla comparazione con gli altri gruppi. In caso di risultato negativo nella comparazione tra i gruppi, viene minata l'autostima, ed è per questo che gli infermieri rivestono un basso status all'interno del sistema sanitario.</li> <li>- Gli infermieri "api regine", quelli che volano intorno all'albero della carriera, può darsi che non vogliono associarsi con i colleghi infermieri nei posti più bassi dell'ordine di beccata". Tendono a volere allinearsi con gruppi che hanno uno status percepito elevato (medici ed amministratori). Questo può determinare condizioni in cui gli infermieri possono attaccare direttamente i colleghi.</li> <li>- Gli infermieri cercano il loro status professionale attraverso la competenza che si allinea con quella di gestione tecnologica e medica. In questo modo si perpetrano modelli che danno valore all'assistenza medica/interventistica a spese dell'emarginazione dell'assistenza di base. Questo si struttura in un pregiudizio che mantiene gli infermieri in condizioni di assistenti e subordinati al modello medico.</li> <li>- Medici e infermieri, specialmente in terapia intensiva, sono stati socializzati ad un modello di cura scientifico, dove il ruolo del caring è subordinato al ruolo del curing.</li> <li>- Gli infermieri sono in conflitto, da una parte per le insoddisfatte aspirazioni di carriere high-tech, dall'altra negando la legittimità e nobiltà alle aree di assistenza non acute, e libere da tecnologie. Ironicamente, è in questi ultimi contesti che forse, l'infermiere, può legittimamente reclamare di avere competenza.</li> </ul>
Pratiche di lavoro che privano di diritti/privilegi (Farrell GA., 2001)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gran parte del lavoro infermieristico può essere visto come centrato su regole e imperativi tempo/compito. Gli infermieri "neo-inseriti" imparano a strutturare il loro lavoro in termini di liste di compiti basate sul tempo da tenere a mente. La giornata del paziente è costruita all'interno di una cornice temporale lineare, dove il nursing è eseguito dentro una rete a strette maglie tempo/compito. Un turno infermieristico non è finito fino a che non sono stati completati tutti i compiti assegnati. L'infermiere che non riesce a completare i suoi compiti alla fine del turno è persona non gradita al collega turnista che arriva. Una conseguenza della lotta per stare nella cornice tempo/compito è quella dell'infermiere che si intrappola in sé stesso (per esempio se un infermiere sta "troppo tempo" a fare una medicazione, probabilmente potrà dire addio al coffee break).</li> <li>- L'adesione agli imperativi tempo/compito produce il background per il deterioramento delle relazioni e la genesi di conflitti tra infermieri.</li> </ul>
Abuso generazionale e gerarchico (Farrell GA., 2001)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'abuso è paragonabile alla natura circolare e generazionale di quello perpetrato sui bambini. Si verifica quando un leader infermieristico sente di aver assunto il diritto di essere servito, e siccome è stato trattato malamente all'inizio della sua carriera di infermiere, si sente autorizzato a farlo con i più giovani.</li> </ul>
Target facili (Leiper J., 2005)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La LV prolifera tra infermieri ed ostetriche perché aiuta a dimostrare le strutture gerarchiche e a preservare lo status quo.</li> <li>- Data l'insicurezza delle proprie azioni, neo-graduati, neo-inseriti e studenti possono diventare dei target facili per l'aggressore. Gli studenti che esperiscono le LV le interiorizzano come norme infermieristiche e possono, poi, attaccare altri.</li> </ul>
Formazione di "cricche" (Farrell GA., 2001)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nel nursing è frequente la formazione di sottogruppi. Questi forniscono sicurezza e voce, e, in tempi di cambiamento, mutuo aiuto e supporto.</li> <li>- Laddove ci sia esclusiva identificazione in un sottogruppo, i suoi membri possono ritirarsi da tutte le interazioni significative con il gruppo principale. In questo caso si parla di gruppetto, "cricca".</li> <li>- Il gruppetto può offrire sicurezza quando ci si sente minacciati, ma anche fare da base di potere per resistere al cambiamento imposto dall'esterno, e diventare strumento di isolamento contro tutto ciò che è considerato minaccia esterna.</li> </ul>
L'aggressione genera aggressione (Farrell GA., 2001)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Una conseguenza dell'aggressione è quella di instillare rabbia in chi è diretta, con conseguente mantenimento di relazioni sgradevoli.</li> <li>- Se l'aggressione ottiene risultato, l'autore si sente rinforzato, e quindi è probabile che si replichi.</li> <li>- Dove l'aggressione all'interno degli staff è comune, i nuovi entrati nei servizi possono imitare comportamenti aggressivi.</li> </ul>
Effetto attore-osservatore (Farrell GA., 2001)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Esiste la tendenza degli individui a vedere il proprio atteggiamento negativo come risultato di fattori fuori dal proprio controllo, o dipendente dal carattere.</li> <li>- Nelle situazioni di conflitto ogni contendente si vede nella ragione, e questo accade anche con gli abusi.</li> <li>- Spesso il perpetratore di abusi li etichetta con termini come passione, o rivendicazione.</li> <li>- Nelle situazioni con scarse informazioni circa le persone, si tende troppo facilmente ad arrivare a conclusioni.</li> <li>- Bias da self-serving: le persone sono disposte a prendersi credito di fronte ad azioni che portano ad esiti positivi. Quando si assumono comportamenti con esiti negativi, si tende ad incolpare fattori ambientali, incluso altre persone, per il nostro comportamento.</li> </ul>
Le risposte degli infermieri dirigenti o in posizioni gerarchiche (Farrell GA., 2001)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vengono imputati di fallimento nell'adottare misure adeguate di supporto e repressione al verificarsi di incidenti, nel prevenirne la ricomparsa.</li> <li>- In genere incolpati di omissione, piuttosto che commissione.</li> </ul>
L'infermieristica come disciplina oppressa (Farrell GA., 2001)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gli infermieri sono masochisti ed auto-oblitteranti per natura; per indagare i meccanismi di adattamento è opportuno indagare la psicologia femminile.</li> <li>- È possibile che le LV siano la risultante di una quota enorme di tensione negli infermieri/femmine determinata da elevati livelli di vendicatività non ben gestiti. Questa deriverebbe dalla sensazione di essere abusati. L'ostilità spesso opera a livello inconscio per timore di infrangere l'immagine idealizzata dell'infermiere buono, simpatico e gentile.</li> <li>- 4 diversi ruoli stereotipati della donna da parte del maschio dominante, trasposti nella professione infermieristica: "madre terra", che nutre e assiste; "seduttrice", "oggetto sessuale" con il ruolo di titillare l'uomo a lavoro (possibili molestie sessuali); "animale domestico", trattato più come elemento decorativo che come uguale al partner; se una donna non accetta questi ruoli viene stereotipata nella "iron maiden", rigida, pericolosa e poco femminile.</li> <li>- Le donne sono competitive con altre donne quando sono in compagnia di maschi, ma collaborative quando interagiscono da sole con gli uomini, ignorando il loro stato di svantaggio. L'infermiera femmina entra nel ruolo stereotipato di comportamento dipendente quando ricerca ricompense o favori dal maschio superiore nella gerarchia organizzativa (dotto).</li> <li>- I maschi storicamente hanno messo in svantaggio, in posizione vulnerabile e inferiore le femmine. Il nursing non ha fatto eccezione; quindi emerge la doppia oppressione, quella di genere e quella della dominanza medica.</li> </ul>
Bullismo inserito in circuiti di potere (King-Jones M., 2011; Hutchinson et al., 2006; Hutchinson & Jackson, 2015)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il potere è conoscenza, la conoscenza è potere (secondo le teorie di Foucault)</li> <li>- Il potere è un elemento diffuso, invisibile, una forza positiva e negativa dispersa entro le reti sociali. Nei circuiti di potere si distingue: agenzia, integrazione di sistema, e integrazione sociale.</li> <li>- Flusso di potere come caratteristica del luogo di lavoro.</li> <li>- Circuiti di potere come forma di controllo; metafora del panopticon (Foucault).</li> <li>- Legittimazione del bullismo mediante contraddizione e distorsione nel dialogo, richiesta di confutare la verità, e silenzio come consolidamento.</li> <li>- Il sistema di integrazione dei circuiti di potere si esprime nel rinforzo delle regole del potere stesso, nell'aumento di osservazione gerarchica, nell'incremento degli esami, e nell'istituire regole di significato. Bullismo come mezzo di consolidamento delle norme e mantenimento dell'ordine.</li> <li>- Il target diventa l'oggetto del circuito di potere, nel tentativo di superare la resistenza offerta e ritornare al normale flusso di potere all'interno del circuito.</li> </ul>
Stress nella pratica clinica infermieristica (Clark et al., 2011)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fattori altamente stressanti possono contribuire alla genesi della VI da parte degli infermieri nei contesti clinici e educativi.</li> <li>- Stressori: pazienti ad alto livello di acuità; carichi di lavoro aumentati; relazioni interpersonali scadenti; condizioni organizzative/instabilità; non chiarezza dei ruoli e sbilanciamento di potere; scarse competenze e abilità nella gestione dei conflitti.</li> <li>- Rimedi, incontri e opportunità di contrasto delle condizioni di inciviltà gestite inadeguatamente, oppure mancate o evitate, contribuiscono all'amplificazione del fenomeno.</li> </ul>
Stress e burnout come antecedenti dell'inciviltà sul luogo di lavoro (Oyeleye et al., 2013)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si ipotizzano modelli di amplificazione della cultura dell'inciviltà che trovano la loro genesi fattoriale in alti livelli di stress tra infermieri, che se non intercettati da adeguate iniziative volte a favorire il loro empowerment, possono sfociare facilmente nel fenomeno del burnout. Questo favorirebbe gli eventi di inciviltà sul luogo di lavoro che sono il primo step per l'evoluzione della violenza sul posto di lavoro.</li> </ul>
Vittimizzazione e re-vittimizzazione nella violenza sul luogo di lavoro (Felblinger DM., 2008)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- I fenomeni di bullismo possono suscitare senso di vergogna e portare ad un attacco della persona verso il sé.</li> <li>- La vergogna porta ad avere senso di colpa ed atteggiamenti di silenzio in un clima di lavoro intimidente.</li> <li>- Il circolo parte da inciviltà e bullismo, che inducono vergogna, e da qui rabbia, senso di colpa e auto-attacco, che portano al fenomeno di re-vittimizzazione, in ambiente di lavoro ostile che alimenta poi inciviltà e bullismo.</li> </ul>
Bullismo come conseguenza di ambienti di lavoro caratterizzati da scarsa qualità percepita (Trépanier et al., 2016)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antecedenti del bullismo sono gli elementi dell'ambiente di lavoro.</li> <li>- Le caratteristiche organizzative (es. stile di leadership, e cultura organizzativa) influenzano le particolarità del lavoro degli infermieri e le relazioni interpersonali.</li> <li>- Queste caratteristiche provocano reazioni emotive e comportamentali tali da configurare le condizioni di vittima e perpetratore all'interno dei fenomeni di bullismo sul luogo di lavoro.</li> </ul>

## CONCLUSIONI

I fenomeni di inciviltà, violenza orizzontale, e bullismo tra infermieri rimangono una piaga aperta nella comunità professionale a livello internazionale, con conseguenze serie sul clima di lavoro, sulla vita professionale e personale degli infermieri e, potenzialmente, sugli esiti dei pazienti, anche se ad oggi sembrano limitate le prove in letteratura.

I modelli e le interpretazioni che spiegano questi meccanismi di comportamento all'interno dei gruppi ruotano intorno ad elementi centrali quali, le differenze di genere, la pressione del lavoro, le differenze di ruolo, lo stress, il conflitto generazionale, e non ultimo l'esercizio di controllo attraverso circuiti di potere. Esistono anche fascinazioni derivanti dagli studi antropologici, anche se ad oggi la teoria dei comportamenti del gruppo oppresso non è stata ancora del tutto sviluppata e nemmeno validata in ambito infermieristico (Matheson & Bobay, 2007). In realtà sono state studiate soltanto singolarmente le dimensioni del modello (potere-empowerment, HV, e burnout, inteso come possibile esito), spesso utilizzando sinonimi rispetto ai termini originali, e andando in qualche modo a complicarne l'interpretazione (Matheson & Bobay, 2007).

Ciò nonostante, le variegata interpretazioni dei meccanismi che generano questa tipologia di fenomeni non sono mutuamente esclusive, e contribuiscono ad una visione sfaccettata del problema, che forse è l'elemento cardine su cui impostare una risposta in termini preventivi e reattivi. I modelli e le interpretazioni di queste modalità di violenza sul posto di lavoro possono servire a costruire cornici concettuali all'interno delle quali sperimentare con opportuni studi di ricerca, gli interventi per abbattere la comparsa e la presenza dei fenomeni e le loro conseguenze.

## BIBLIOGRAFIA

- Abe, K., & Henly, S. J. (2010). Bullying (ijime) among Japanese hospital nurses. *Nursing Research*, 59(2), 110-118. doi:10.1097/nnr.0b013e3181d1a709.
- Allen, B. C., Holland, P., & Reynolds, R. (2015). The effect of bullying on burnout in nurses: the moderating role of psychological detachment. *Journal of Advanced Nursing*, 71(2), 381-390. doi:10.1111/jan.12489.
- Andersson, L. M., & Pearson, C. M. (1999). Tit for tat? The spiraling effect of incivility in the workplace. *The Academy of Management Review*, 24(3), 452. doi:10.2307/259136.
- Armmer, F., & Ball, C. (2015). Perceptions of horizontal violence in staff nurses and intent to leave. *Work*, 51(1), 91-97. doi:10.3233/wor-152015.
- Armstrong, P. (2011). Budgetary bullying. *Critical Perspectives on Accounting*, 22(7), 632-643. doi:10.1016/j.cpa.2011.01.011.
- Bandura, A. (2002). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bambi, S., Becattini, G., Giusti, G. D., Mezzetti, A., Guazzini, A., & Lumini, E. (2014). Lateral hostilities among nurses employed in intensive care units, emergency departments, operating rooms, and emergency medical services. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 33(6), 347-354. doi:10.1097/dcc.0000000000000077.
- Berry, P. A., Gillespie, G. L., Gates, D., & Schafer, J. (2012). Novice nurse productivity following workplace bullying. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(1), 80-87. doi:10.1111/j.1547-5069.2011.01436.x.
- Brinkert, R. (2010). A literature review of conflict communication causes, costs, benefits and interventions in nursing. *Journal of Nursing Management*, 18(2), 145-156. doi:10.1111/j.1365-2834.2010.01061.x.
- Castronovo, M. A., Pullizzi, A., & Evans, S. (2016). Nurse bullying: A review and a proposed solution. *Nursing Outlook*, 64(3), 208-214. doi:10.1016/j.outlook.2015.11.008.
- Clark, C. M., Olender, L., Cardoni, C., & Kenski, D. (2011). Fostering Civility in Nursing Education and Practice. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 41(7/8), 324-330. doi:10.1097/nna.0b013e31822509c4.
- Dunn, H. (2003). Horizontal violence among nurses in the operating room. *AORN Journal*, 78(6), 977-988. doi:10.1016/s0001-2092(06)60588-7.
- Einarsen, S. (2000). Harassment and bullying at work. *Aggression and Violent Behavior*, 5(4), 379-401. doi:10.1016/s1359-1789(98)00043-3.
- Einarsen, S. (2005). The nature, causes and consequences of bullying at work: The Norwegian experience. *Perspectives Interdisciplinaires Sur Le Travail Et La Santé*, (7-3). doi:10.4000/pistes.3156.
- Farrell, G. A. (2001). From tall poppies to squashed weeds\*: why dont nurses pull together more? *Journal of Advanced Nursing*, 35(1), 26-33. doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01802.x.
- Felblinger, D. M. (2008). Incivility and Bullying in the Workplace and Nurses' Shame Responses. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 37(2), 234-242. doi:10.1111/j.1552-6909.2008.00227.x.
- Freshwater, D. (2000). Crosscurrents: against cultural narration in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 32(2), 481-484. doi:10.1046/j.1365-2648.2000.01499.x.
- Hutchinson, M., & Jackson, D. (2014). The construction and legitimation of workplace bullying in the public sector: insight into power dynamics and organisational failures in health and social care. *Nursing Inquiry*, 22(1), 13-26. doi:10.1111/nin.12077.
- Hutchinson, M., Vickers, M., Jackson, D., & Wilkes, L. (2006). Workplace bullying in nursing: towards a more critical organisational perspective. *Nursing Inquiry*, 13(2), 118-126. doi:10.1111/j.1440-1800.2006.00314.x.
- Hutchinson, M., Wilkes, L., Jackson, D., & Vickers, M. H. (2010). Integrating individual, work group and organizational factors: testing a multidimensional model of bullying in the nursing workplace. *Journal of Nursing Management*, 18(2), 173-181. doi:10.1111/j.1365-2834.2009.01035.x.
- Johnson, S. L. (2011). An Ecological Model of Workplace Bullying: A Guide for Intervention and Research. *Nursing Forum*, 46(2), 55-63. doi:10.1111/j.1744-6198.2011.00213.x.
- Johnson, S. L., & Rea, R. E. (2009). Workplace bullying. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 39(2), 84-90. doi:10.1097/nna.0b013e318195a5fc.
- Kelly, J., & Ahern, K. (2008). Preparing nurses for practice: A phenomenological study of the new graduate in Australia. *Journal of Clinical Nursing*. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02308.x.
- King-Jones, M. (2011). Horizontal Violence and the Socialization of New Nurses. *Creative Nursing*, 17(2), 80-86. doi:10.1891/1078-4535.17.2.80.
- Laschinger, H. K., Leiter, M., Day, A., & Gilin, D. (2009). Workplace empowerment, incivility, and burnout: impact on staff nurse recruitment and retention outcomes. *Journal of Nursing Management*, 17(3), 302-311. doi:10.1111/j.1365-2834.2009.00999.x.
- Leiper, J. (2005). Nurse against nurse. *Nursing*, 35(3), 44-45. doi:10.1097/00152193-200503000-00037.

- Lim, F. A., & Bernstein, I. (2014). Civility and Workplace Bullying: Resonance of Nightingales Persona and Current Best Practices. *Nursing Forum*, 49(2), 124-129. doi:10.1111/nuf.12068.
- Magnavita, N., & Heponiemi, T. (2011). Workplace violence against nursing students and nurses: An Italian experience. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(2), 203-210. doi:10.1111/j.1547-5069.2011.01392.x.
- Matheson, L. K., & Bobay, K. (2007). Validation of Oppressed Group Behaviors in Nursing. *Journal of Professional Nursing*, 23(4), 226-234. doi:10.1016/j.profnurs.2007.01.007.
- Mckenna, B. G., Smith, N. A., Poole, S. J., & Coverdale, J. H. (2003). Horizontal violence: experiences of registered nurses in their first year of practice. *Journal of Advanced Nursing*, 42(1), 90-96. doi:10.1046/j.1365-2648.2003.02583.x.
- Oyeleye, O., Hanson, P., O'Connor, N., & Dunn, D. (2013). Relationship of Workplace Incivility, Stress, and Burnout on Nurses' Turnover Intentions and Psychological Empowerment. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 43(10), 536-542. doi:10.1097/nna.0b013e3182a3e8c9.
- Pinar, T., Acikel, C., Pinar, G., Karabulut, E., Saygun, M., Bariskin, E., . . . Cengiz, M. (2015). Workplace violence in the health sector in Turkey. *Journal of Interpersonal Violence*, 088626051559197. doi:10.1177/0886260515591976.
- Purpora, C., Blegen, M. A., & Stotts, N. A. (2015). Hospital staff registered nurses' perception of horizontal violence, peer relationships, and the quality and safety of patient care. *Work*, 51(1), 29-37. doi:10.3233/wor-141892.
- Randle, J. (2003). Bullying in the nursing profession. *Journal of Advanced Nursing*, 43(4), 395-401. doi:10.1046/j.1365-2648.2003.02728.x.
- Roberts, S. J. (1983). Oppressed group behavior. *Advances in Nursing Science*, 5(4), 21-30. doi:10.1097/00012272-198307000-00006.
- Roberts, S. J., Demarco, R., & Griffin, M. (2009). The effect of oppressed group behaviours on the culture of the nursing workplace: a review of the evidence and interventions for change. *Journal of Nursing Management*, 17(3), 288-293. doi:10.1111/j.1365-2834.2008.00959.x.
- Rowell, P. A. (2007). Lateral violence: nurse against nurse. American Nurses Association continuing education. Data di accesso 18 Novembre 2011, da <http://www.nursingworld.org/mods/mod440/lateralfull.htm>.
- Simons, S. R., & Mawn, B. (2010). Bullying in the Workplace—A Qualitative Study of Newly Licensed Registered Nurses. *AAOHN Journal*, 58(7), 305-311. doi:10.3928/08910162-20100616-02.
- Smith, L. M., Andrusyszyn, M. A., & Laschinger, H. K. (2010). Effects of workplace incivility and empowerment on newly-graduated nurses' organizational commitment. *Journal of Nursing Management*, 18(8), 1004-1015. doi:10.1111/j.1365-2834.2010.01165.x.
- Stanley, K. M., Dulaney, P., & Martin, M. M. (2007). Nurses 'eating our young'-it has a name: lateral violence. *South Carolina Nurse*, 14, 17-18.
- Stokowski, L. (2011). The downward spiral: incivility in nursing. *Medscape Nurses* 24-03-2011. Data accesso 21 Settembre 2015, da <http://www.medscape.com/viewarticle/739328>
- Trépanier, S., Fernet, C., Austin, S., & Boudrias, V. (2016). Work environment antecedents of bullying: A review and integrative model applied to registered nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 55, 85-97. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.10.001.
- Vessey, J. A., Demarco, R., & Difazio, R. (2010). Bullying, harassment, and horizontal violence in the nursing workforce. The state of the science. *Annual Review of Nursing Research*, 28(1), 133-157. doi:10.1891/0739-6686.28.133.
- Walrafen, N., Brewer, M. K., & Mulvenon, C. (2012). Sadly caught up in the moment: an exploration of horizontal violence. *Nursing Economics*, 30, 6-12.
- Yildirim, A., & Yildirim, D. (2007). Mobbing in the workplace by peers and managers: Mobbing experienced by nurses working in healthcare facilities in Turkey and its effect on nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 16(8), 1444-1453. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01814.x.

