

**Pervenuto il 14.9.2016**

**Revisione pervenuta il 18.11.2016**

**Accettato il 28.11.2016**

**Violare le norme organizzative e sociali nei luoghi di lavoro: Studio  
correlazionale nel contesto infermieristico**

**Violating organizational and social norms in the workplace: A correlational  
study in the nursing context**

Paper accepted for publication in *La Medicina del Lavoro*

Francesco Zaghini<sup>1</sup>, Valentina Biagioli<sup>2</sup>, Rosario Caruso<sup>3</sup>, Sondra Badolamenti<sup>2</sup>, Roberta Fida<sup>4</sup>,  
Alessandro Sili<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Infermiere tutor clinico, studente di Dottorato, Università Tor Vergata, Roma

<sup>2</sup> Infermiera, studente di Dottorato, Università Tor Vergata, Roma

<sup>3</sup> Responsabile dell'Area di Ricerca e Sviluppo delle Professioni Sanitarie, IRCCS Policlinico San Donato, Milano

<sup>4</sup> Lecturer in Organizational Behavior, University of East Anglia, Norwich Business School

<sup>5</sup> U.O.C. Direzione Infermieristica e delle Professioni Sanitarie, Policlinico Universitario Tor Vergata, Roma

**Corrispondenza:** Francesco Zaghini

Policlinico di Tor Vergata, Roma - Tel 06-20903045 - e-mail: [francesco.zaghini@ptvonline.it](mailto:francesco.zaghini@ptvonline.it)

**TITOLO BREVE:**

Violare le norme organizzative e sociali nei luoghi di lavoro

**PAROLE CHIAVE**

Antecedenti; Burnout; Comportamenti controproduttivi; CWB, Disimpegno Morale; Infermieri.

**KEY WORDS**

Antecedents; Burnout; Counterproductive work behavior; CWB; Moral Disengagement; Nurses;

**FINANZIAMENTI**

Nessun finanziamento è stato ricevuto per questo studio

**RINGRAZIAMENTI**

Si ringrazia il Centro di Eccellenza del collegio IPASVI di Roma

## **ABSTRACT**

Scopo: L'obiettivo principale di questo studio è stato di valutare le relazioni esistenti tra le variabili del contesto organizzativo (per esempio, carichi di lavoro, conflitti interpersonali, vincoli organizzativi), il burnout, il disimpegno morale e i comportamenti controproduttivi (CWB) degli infermieri, negli specifici ambiti clinici in cui lavorano.

Metodo: Uno studio descrittivo correlazionale è stato condotto su un campione di 347 infermieri di diverse realtà operative di una grande struttura ospedaliera universitaria del centro Italia. Per l'indagine è stato utilizzato un questionario composto da scale per la misurazione delle variabili di contesto organizzativo, delle dimensioni del burnout, del sovraccarico relazionale, del disimpegno morale e dei comportamenti contro produttivi.

Risultati: Gli ambiti clinici influenzavano il benessere organizzativo vissuto dagli infermieri che, a loro volta, influenzavano l'attuazione di CWB. Le aree ambulatoriali e di day hospital risultavano quelle in cui gli infermieri mettevano meno in pratica i CWB, diversamente da quelle di pronto soccorso e di medicina generale in cui i CWB venivano attuati più frequentemente.

Conclusioni: I risultati di questo studio sono importanti per chi si occupa del benessere dei lavoratori e per i dirigenti delle professioni infermieristiche perché mettono in luce quanto gli ambiti clinici e le variabili di contesto organizzativo possano spingere gli infermieri ai CWB. Le variabili di contesto organizzativo devono essere tenute in seria considerazione perché si riflettono sulla qualità delle cure offerte ai malati.

## **SUMMARY**

**Aim**: The aim of this study was to examine, in a sample of nurses, the relationships between the organizational context variables (i.e., workload, interpersonal conflicts, organizational constraints), the burnout, the moral disengagement, and the counterproductive work behaviors (CWB), considering their clinical work setting .

**Method:** A descriptive, correlational study was conducted in a sample of 347 nurses working in different clinical settings in a big university hospital in Central Italy. A self-report questionnaire was used for data collection, using several scales to assess different variables related to the organisational context, the burnout, the interpersonal strain, the moral disengagement, and the CWB.

**Results:** The clinical context was found to influence nurses' organizational wellbeing, which in turn was found to foster CWB. Nurses working in outpatients settings and in day hospitals were those who reported the lowest CWB, in comparison with nurses working in the Emergency Department and in the General Medicine Units.

**Conclusion:** Findings of this study are important for nursing professional chiefs and for any professional involved in the promotion of workers' well-being . Our study findings highlight how the clinical work setting and the organizational context variables can lead to CWB. Researchers and managers should keep these aspects in high consideration due to their influence on the quality of the care delivered.

## **INTRODUZIONE**

Diversi studi hanno messo in luce quanto i Comportamenti Lavorativi Controproduttivi (Counterproductive Work Behaviors – CWB) costituiscano uno dei maggiori problemi delle organizzazioni moderne (27, 38, 46, 62). I CWB sono stati definiti come atti volontari dei lavoratori, agiti contro la propria organizzazione e le persone che ne fanno parte, come ad esempio il furto e gli atti di bullismo (18, 29). Quando i lavoratori compiono CWB violano norme organizzative e sociali comunemente condivise ed influenzando negativamente i servizi erogati dalle aziende (50).

E' stato stimato che i CWB comportino notevoli perdite economiche per le aziende di tutto il mondo (27), tanto che solo negli Stati Uniti il furto di beni aziendali da parte dei dipendenti, comporta un costo annuale di miliardi di dollari (21). I comportamenti aggressivi nei confronti dei lavoratori, come gli atti di bullismo, coinvolgono il 9% della popolazione dei lavoratori europei (52), e in Italia è stato da tempo dimostrato che il fenomeno assume valori intorno al 20% (30, 31).

Nella letteratura sulle organizzazioni i CWB vengono considerati come esiti di eventi stressanti che colpiscono i lavoratori e hanno origine dalle caratteristiche del proprio contesto organizzativo. Gli *stressor*, dunque, possono condurre i lavoratori a provare emozioni negative, responsabili della messa in atto dei CWB (58). In quest'ottica, i CWB verrebbero agiti dai lavoratori come strategia di coping, atta a fronteggiare un ambiente organizzativo particolarmente stressante e fonte di emozioni negative (26, 44, 58).

Le caratteristiche del contesto organizzativo, dunque, intese come carichi di lavoro (14), vincoli organizzativi (30) e conflitti interpersonali (37), hanno un importante impatto sul benessere dei lavoratori (45) da non sottovalutare. Infatti, tali variabili, sono state individuate anche come possibili cause di disturbi del sonno, esaurimento emotivo e compromissione dello stato di salute (33).

Un modello derivante dalla letteratura delle organizzazioni, aiuta a capire meglio questo processo. Infatti, secondo il modello Job Demands-Resources, un'organizzazione caratterizzata da alte "demands" (nel nostro caso, alti carichi di lavoro, conflitti interpersonali e vincoli organizzativi), sarebbe fonte di elevato stress lavorativo ma anche causa dell'insorgenza del burnout (condizione di stress lavoro correlato che la letteratura ha legato in modo particolare ai lavoratori che svolgono professioni di aiuto) (20).

Conseguentemente, sia il burnout che i CWB possono scaturire da un ambiente di lavoro stressogeno, pertanto risulta fondamentale per coloro che si occupano della salute dei lavoratori comprendere fino in fondo questa relazione. Diverse ricerche, infatti, hanno messo in luce quanto i lavoratori con più alti livelli di burnout siano coloro che mettono più in atto i CWB, verificando una diretta relazione positiva tra i due fenomeni (4, 57, 62).

Inoltre, alcuni ricercatori, nel corso degli ultimi anni, hanno evidenziato come le caratteristiche specifiche delle unità operative in cui operano gli infermieri, in termini di specifici setting assistenziali (unità operative di Medicina, Chirurgia, Pronto Soccorso, ecc.), siano associate alla sindrome del burnout (2, 3, 59, 63, 67) e ai comportamenti di cittadinanza organizzativa (66). Pertanto si potrebbe ipotizzare che anche la messa in atto dei CWB, possa avere una relazione con gli ambiti clinici, perché l'ambito clinico in cui gli infermieri lavorano, può essere molto differente ed incidere in modo significativo sul loro benessere e sulle loro emozioni (55). Per esempio nelle camere operatorie e nelle terapie intensive, il lavoro degli infermieri è di tipo procedurale, strutturato e predefinito in rigidi protocolli. Pertanto è ipotizzabile che il poco margine di iniziativa a disposizione degli infermieri, non consenta loro l'adozione di condotte devianti come i CWB. Diversamente, nelle unità di degenza ordinaria, seppur nel rispetto delle istruzioni operative aziendali, gli infermieri hanno la necessità di contestualizzare il loro lavoro al singolo paziente, calibrando l'assistenza sull'imprevedibile relazione che si viene a determinare di volta in volta con i

pazienti (53, 64). In un contesto dove gli infermieri sono chiamati a prendere maggiori iniziative assistenziali nei confronti dei malati, è quindi ipotizzabile un maggior ricorso ai CWB.

Affinché però un lavoratore possa agire volontariamente i CWB, andando a compiere comportamenti non in linea con i propri principi etici e morali, è necessario che ricorra ad una temporanea inibizione della propria coscienza, facendo appello a quello che è stato definito meccanismo psicologico del disimpegno morale (DM) (6, 28). Ad esempio, un lavoratore particolarmente stressato o affetto da sindrome di burnout e che danneggia apparecchiature aziendali, può giustificare tale comportamento a sé stesso “diffondendo la responsabilità”, ovvero penserà “*danneggiare le cose dell'azienda non è molto grave se si pensa a quante cose illegali commettono i dirigenti/altri*”. In altre parole diffondere agli altri la responsabilità di ciò che è stato fatto fa provare all’infermiere meno senso di colpa e rende il suo comportamento più superficiale, attenendosi al luogo comune secondo il quale “*se tutti sono responsabili, nessuno è responsabile*” (28). Diversi studi hanno verificato la relazione esistente tra il DM e la pratica dei CWB ed in particolare il DM sarebbe un elemento senza il quale i CWB non potrebbero essere compiuti, quindi costituirebbe un mediatore delle condotte devianti (27, 28) .

Diverse ricerche hanno messo in evidenza quanto i CWB siano una realtà anche negli ospedali, con conseguenze estremamente critiche per l’efficacia e la qualità dell’intero sistema sanitario (19, 25, 35). I lavori presenti in letteratura si sono concentrati sui fattori che possono favorire l’implementazione dei CWB, come la percezione di ingiustizia nelle organizzazioni (1, 15), ambiguità di ruolo o gerarchie rigide (23) così come una leadership non etica (22). Sinora, nessuna ricerca ha avuto l’obiettivo di verificare simultaneamente, le relazioni esistenti tra le variabili organizzative del contesto di lavoro degli infermieri (conflitti interpersonali, carichi di lavoro e vincoli organizzativi) e i CWB. Questo fenomeno risulta essere di notevole importanza per un duplice motivo: da un lato rappresenta un campanello di allarme che denuncia lo stress derivante

dal contesto organizzativo vissuto dai lavoratori; dall'altro, per gli effetti dannosi che potrebbe provocare nel percorso di cura dei malati. Nello specifico, i CWB degli infermieri possono determinare l'abbassamento degli standard assistenziali rappresentando uno svantaggio non solo per le organizzazioni sanitarie, ma anche per i pazienti in quanto si riflettono direttamente sulla qualità delle cure offerte (36).

Proprio per tale motivo, di recente, è stata validata da un gruppo di ricercatori italiani una scala per lo studio dei CWB nell'ambito assistenziale (54), che consente di rilevare eventuali CWB, anche di tipo clinico (CWB-C), fino ad oggi non considerati. Questa scala permette di rilevare, per esempio, la registrazione fallace di parametri vitali sulla documentazione sanitaria (registrati, ma non rilevati), o la somministrazione di medicinali in quantità diverse da quelle prescritte (per esempio per sedare i pazienti agitati durante il turno di notte). Se i CWB in generale ledono gli interessi delle aziende e delle persone che ne fanno parte (ivi compresi i clienti), nel caso specifico dei CWB clinici, la situazione risulta essere molto più grave perché tali comportamenti si riflettono direttamente sulla qualità delle cure erogate che potrebbero minare lo stato di salute degli assistiti (54).

A nostro avviso, pertanto, capire se esiste una differenza significativa nella messa in atto dei CWB, rispetto alla presenza del DM, del burnout, di particolari variabili di contesto e vincoli organizzativi nei diversi setting assistenziali in cui lavorano gli infermieri, potrebbe risultare una mossa vincente. Infatti, queste informazioni potrebbero aiutare ad individuare specifici e vitali ambiti di intervento per i dirigenti delle professioni sanitarie, che potrebbero implementare progetti finalizzati alla prevenzione dei CWB, quali il controllo e la valutazione dei carichi di lavoro, la rimozione dei vincoli organizzativi e azioni di riduzione dei conflitti interpersonali nelle diverse equipe assistenziali. Indirettamente quindi, la gestione del fenomeno contribuirebbe a migliorare la qualità delle cure.

### *Obiettivo*

L'obiettivo principale di questa ricerca, è quello di verificare se il contesto organizzativo (Conflitti interpersonali, Carichi di lavoro e Vincoli organizzativi) influenza i livelli di Burnout e di frequenza di ricorso alla pratica dei CWB-C da parte degli infermieri, attraverso il meccanismo del DM.

Si sono volute inoltre verificare le seguenti ipotesi:

1. Al modificarsi delle variabili di contesto (incremento dei carichi di lavoro, aumento dei conflitti, etc.) si modificano i CWB-C agiti dagli infermieri;
2. Al modificarsi dei livelli di Burnout e di DM si modificano i CWB-C agiti dagli infermieri;
3. Il DM fornisce un contributo aggiuntivo, oltre al Burnout e alle variabili di contesto, nel predire i CWB-C da parte degli infermieri;
4. Le caratteristiche dei singoli setting clinici entro cui lavorano gli infermieri hanno una relazione con i CWB-C agiti dagli infermieri.

Inserire figura 1

*Figura 1. Modello delle Variabili di Riferimento*

*Figure 1. Model of Study variables*

## **MATERIALI E METODI**

### *Disegno Campione e Procedure*

E' stato condotto uno studio di tipo descrittivo correlazionale su un campione di convenienza di infermieri afferenti ad un policlinico universitario romano. Prima della raccolta dati lo studio è stato approvato dal comitato etico locale. Sono stati inclusi nello studio tutti i 516 infermieri assegnati alle attività cliniche (ad esclusione dei coordinatori) indipendentemente dal sesso, età, formazione e funzione assistenziale svolta. Le unità operative coinvolte sono state la Medicina, la Chirurgia, il Pronto Soccorso, la Camera Operatoria, le Terapie Intensive, gli Ambulatori e i Day Hospital per un



totale di 15 reparti. Gli strumenti di ricerca sono stati somministrati in forma anonima e ad ogni partecipante è stata assicurata la riservatezza sui dati raccolti. Ad ogni partecipante al momento della consegna è stato presentato lo strumento e sono state spiegate le modalità di compilazione. È stato fornito un singolo questionario lasciando in media (dal momento della consegna) sette giorni di tempo per la sua compilazione. È stata utilizzata questa modalità, per fornire ai partecipanti la possibilità di rispondere alle domande con tranquillità e nell'ambiente da essi ritenuto più idoneo, vista la natura personale degli item. Per la restituzione del questionario compilato, è stata predisposta un'urna di raccolta in ogni singola unità operativa.

#### *Strumenti*

Per la raccolta dei dati è stato utilizzato un questionario composto da diverse scale presenti in letteratura e già validate nel contesto Italiano.

Per la misurazione dei CWB sono stati utilizzati 7 item che compongono la dimensione dei CWB di tipo clinico della Nursing Counterproductive Work Behavior Scale (Nursing CWB Scale) (54). Lo strumento, utilizzando una scala Likert a 5 punti (da 1 = "Mai o Quasi Mai" a 5 = "Molto Spesso/Sempre"), rileva con quale frequenza ognuna delle affermazioni sui comportamenti devianti, si verifica nel proprio ambito clinico (per esempio, "È stato superficiale nell'aggiornare le cartelle cliniche del paziente" oppure "Ha preso sue iniziative rispetto alla somministrazione del farmaco").

Per la misurazione del Disimpegno Morale è stata utilizzata la Nursing Moral Disengagement Scale (Nursing MDS) (54) composta da 22 item che misurano i diversi aspetti del DM nel luogo di lavoro. Attraverso una scala Likert a cinque punti (da 1 = "per nulla d'accordo" a 5 = "del tutto d'accordo"), il partecipante ha la possibilità di esprimere il proprio grado di accordo rispetto ai diversi aspetti di DM al lavoro (per esempio, "Somministrare un farmaco scaduto o non conservato correttamente, non è poi così grave visto che gli altri lo fanno" oppure "Somministrare a un paziente un dosaggio maggiore di quello prescritto è solo un modo per aiutarlo a stare meglio più in fretta").

Per la misurazione del Burnout, in termini di cinismo ed esaurimento emotivo, sono state utilizzate due dimensioni, per un totale di 10 item, della Maslach Burnout Inventory – General Survey (MBI-GS) (12, 40, 51). Ai partecipanti è stato chiesto di indicare su una scala di Likert a 7 punti (da 0 = “mai” a 6 = “sempre”), con quale frequenza hanno provato le diverse sensazioni riportate negli item (per esempio, “Mi sento emotivamente logorato dal mio lavoro” oppure “Voglio solo fare il mio lavoro senza essere seccato”).

Dato che recentemente è stato affiancato al burnout il costrutto teorico del sovraccarico relazionale (10), si è deciso, per completezza delle informazioni raccolte, di misurare anche questo aspetto utilizzando i 6 item della Interpersonal Strain at Work scale (ISW) (11). Lo strumento chiede di indicare, su una scala Likert a 7 passi (da 0 = “mai” a 6 = “sempre”), con quale frequenza vengono vissute diverse sensazioni di disagio relazionale sul lavoro (per esempio, “Sul lavoro tratto gli altri in modo freddo e distaccato” oppure “In definitiva nel mio lavoro mi interessa poco di quello che succede agli altri”).

Per misurare le variabili di contesto organizzativo, infine, sono state utilizzate le seguenti scale: la versione italiana della Organizational Constraints Scale (OCS; 8, 26, 59), composta da 11 item per misurare i vincoli organizzativi (per esempio, “Avere scarse apparecchiature o forniture” oppure “Essere interrotti da parte di altre persone”); la versione italiana della Interpersonal Conflict at Work Scale (ICAWS; 8, 26, 59), composta da 4 item per valutare i conflitti interpersonali (ad esempio “Quante volte ti capita di discutere con gli altri” oppure “che gli altri si comportino male con te”); e la versione italiana della Quantitative Workload Inventory (QWI; 8, 59), composta da 5 item per analizzare i carichi di lavoro (per esempio “Quante volte ti capita che ti si richieda di lavorare molto velocemente” oppure “che ci siano tantissime cose da fare”). Ognuna di queste scale utilizza, per graduare la frequenza con cui alcune situazioni si presentano nel proprio contesto lavorativo, una scala Likert a 5 passi (da 1 = “mai o quasi mai” a 5 = “molto spesso, sempre”).

Le informazioni socio-demografiche sono state raccolte mediante una serie di domande realizzate ad hoc, in modo da poter indagare le caratteristiche specifiche dei partecipanti allo studio (per esempio, “età, sesso, ambito clinico lavorativo, titolo di studio ecc”).

#### *Analisi statistiche*

Le caratteristiche socio-demografiche e lavorative del campione sono state analizzate attraverso le statistiche descrittive. Successivamente, è stata verificata l’affidabilità di ciascuna dimensione di ogni singola scala utilizzata, con il coefficiente  $\alpha$  di Cronbach. Le associazioni nella messa in atto dei CWB-C, relativamente alle variabili socio-demografiche e lavorative, sono state individuate attraverso l’analisi delle correlazioni. Per verificare il valore predittivo delle variabili di contesto organizzativo considerate, delle dimensioni del burnout e del DM è stata effettuata una regressione gerarchica a tre passi. In questo modo ad ogni step abbiamo avuto la possibilità di misurare la partizione ordinata della varianza dei CWB-C spiegata dalle variabili indipendenti introdotte man mano nel modello (nel nostro caso le dimensioni del Burnout e del DM) le quali ad ogni passo, possono aggiungere una porzione di variabilità spiegata in più rispetto al passo precedente. Infine per esaminare le differenze nell’implementazione dei CWB-C rispetto all’ambito clinico, da intendersi come area di appartenenza (Medicina, Chirurgia, Pronto Soccorso, Camera Operatoria, Terapie Intensive, Ambulatori e Day Hospital), è stata utilizzata l’analisi della varianza ad una via (ANOVA) con post-hoc di Tukey. Le analisi sono state effettuate utilizzando il pacchetto statistico SPSS Ver 22®.

## **RISULTATI**

#### *Caratteristiche del campione*

Il tasso di risposta è stato del 67%, in quanto dei 516 questionari somministrati ne sono stati correttamente compilati 347. Il campione è risultato costituito prevalentemente da infermieri di sesso femminile (68,6 %, n = 238) con età media di 38,25 anni (DS = 7; range 23-60). Il 30,8% (n =

107) dei partecipanti possedeva il diploma di scuola regionale, il 18,7% (n = 65) il diploma universitario per infermiere, il 50,4% (n = 175) la laurea in Infermieristica. Il 56,8% (n = 197) aveva una formazione superiore a quella necessaria all'abilitazione professionale. Il 46,7% (n = 162) degli infermieri ha dichiarato di essere coniugato. Riguardo l'ambito clinico, il 34,9% dei partecipanti era impiegato nell'area medica (n = 121), il 15,6% era impiegato nell'area chirurgica (n = 54), il 12,1% (n = 42) lavorava in pronto soccorso, il 19,3% (n = 67) in area emergenza (camera operatoria e terapia intensiva), il restante 18,2% (n = 63) lavorava nei day hospital o in aree ambulatoriali. In media gli infermieri intervistati lavoravano 7,12 ore al giorno (DS = 1,84) ed effettuavano quasi 5 ore (4,69) di straordinario a settimana (DS = 7,6). Lavoravano nell'attuale contesto organizzativo in media da 7,09 anni (range 1-13).

#### *Medie, Correlazioni tra i costrutti e Affidabilità delle scale*

Come è possibile osservare nella tabella 1, gli infermieri riferivano di lavorare in contesti organizzativi in cui a volte si verificavano conflitti interpersonali, vi erano elevati carichi di lavoro e sporadici vincoli organizzativi. Inoltre gli infermieri si mostravano poco, ma non per nulla, moralmente disimpegnati.

Rispetto ai cut off delle scale di riferimento, il campione esaminato presentava livelli di sovraccarico relazionale (punteggio totale 11,03) ed esaurimento emotivo (punteggio totale 13,02) relativamente bassi, mentre sono stati riscontrati alti livelli di cinismo (punteggio totale 8,22) (10, 56). Infine per quanto riguarda i CWB-C, gli infermieri, riferiscono di metterli in atto raramente.

Complessivamente le variabili indagate risultavano molto correlate tra loro. In particolare i CWB-C correlano positivamente con le dimensioni del Burnout (esaurimento emotivo e cinismo), con il sovraccarico relazionale, con il disimpegno morale e con le variabili di contesto organizzativo (carichi di lavoro e vincoli organizzativi). Rimanevano esclusi dalla correlazione i conflitti interpersonali per i quali non è stata trovata una significatività statistica.

Nella diagonale della tabella 1 viene riportata, inoltre, l'affidabilità delle variabili considerate rilevata attraverso l'alpha di Cronbach, che è risultata elevata (42).

Inserire tabella 1

#### *Correlazioni con le variabili socio-demografiche e lavorative*

Per quanto riguarda le correlazioni tra i CWB-C e le variabili socio-demografiche e lavorative da questo studio è emerso che l'età era correlata negativamente con la messa in atto dei CWB-C ( $r = -0,17$   $p < 0,01$ ) ad indicare che erano gli infermieri più giovani a mettere in atto tali comportamenti. Inoltre il titolo professionale correlava positivamente con i CWB-C ( $r = 0,12$   $p < 0,05$ ); gli infermieri con più alta formazione erano quelli che mettevano più in pratica i CWB-C. Per quanto concerne le altre variabili considerate (sesso e anzianità di servizio) non è stata trovata una correlazione statisticamente significativa.

#### *Regressione Gerarchica*

Nella tabella 2 sono riportati i risultati della regressione gerarchica considerando i CWB-C come variabile dipendente. I carichi di lavoro, i conflitti interpersonali e i vincoli organizzativi sono stati inseriti al primo step della regressione gerarchica in modo da verificare il valore predittivo dei CWB-C. L'analisi ha mostrato un potere predittivo solo dei vincoli organizzativi per i CWB-C ( $\beta = 0,25$ ;  $p < 0,001$ ). Al secondo step della regressione gerarchica, che ha considerato il valore predittivo delle variabili introdotte al netto di quelle presenti al primo step, sono state inserite come variabili indipendenti le dimensioni del burnout (esaurimento emotivo e cinismo) e il sovraccarico relazionale. L'analisi ha mostrato un potere predittivo del sovraccarico relazionale per i CWB-C ( $\beta = 0,33$ ;  $p < 0,001$ ) oltre ai vincoli organizzativi ( $\beta = 0,19$ ;  $p < 0,01$ ). Al terzo step è stato inserito come variabile indipendente il DM, che è risulta essere anch'esso un predittore significativo ( $\beta =$

0,21;  $p < 0,001$ ) dei CWB-C oltre al sovraccarico relazionale ( $\beta = 0,27$ ;  $p < 0,001$ ) e ai vincoli organizzativi ( $\beta = 0,18$ ;  $p < 0,01$ ). La varianza spiegata dei CWB-c nel modello del terzo step è stata pari ad un  $R^2$  di 0,20.

Inserire tabella 2

#### *ANOVA per l'ambito clinico*

La tabella 3 mostra i risultati delle ANOVA volte ad esaminare le differenze nella messa in atto dei CWB-C, nei livelli delle variabili di contesto organizzativo, nei livelli di Burnout, nei livelli di sovraccarico relazionale e di DM, rispetto all'ambito clinico di appartenenza. Per esemplificare la lettura dei risultati dei post-hoc sono state utilizzate le lettere: ad apici uguali corrisponde una frequenza simile nel ricorso ai CWB, mentre per apici differenti la messa in atto dei CWB risulta significativamente diversa. Sebbene complessivamente, gli infermieri di tutti gli ambiti clinici indagati hanno riferito di agire poco frequentemente i CWB-C, esiste una differenza significativa tra gli infermieri del pronto soccorso e quelli dell'area ambulatoriale e day hospital ( $p < 0,05$ ). Come è possibile vedere, infatti, gli infermieri di pronto soccorso erano quelli che mettevano in atto i CWB-C con maggiore frequenza, mentre gli infermieri di ambulatorio e day hospital erano coloro che li adottano meno.

In generale, per quanto concerne i livelli di Burnout e di sovraccarico relazionale, dai risultati non emergono differenze significative nei diversi ambiti clinici indagati.

Anche nel caso del DM tutti gli infermieri degli ambiti clinici indagati hanno riferito in media di disimpegnarsi moralmente poco (range 1,33 – 1,60), anche se è emersa una differenza significativa tra l'area medica e l'area ambulatoriale/day hospital ( $p = 0,01$ ).

Rispetto alle caratteristiche dell'ambiente lavorativo, è stata riscontrata una differenza significativa per i conflitti interpersonali. Infatti gli infermieri delle camere operatorie e terapia intensiva ( $p =$

0,001), così come quelli di day hospital e ambulatorio ( $p < 0,05$ ), hanno riferito più bassi livelli di conflitti interpersonali rispetto ai colleghi di pronto soccorso.

Inserire tabella 3

## **DISCUSSIONE**

Questa ricerca nasce con l'obiettivo generale di studiare la relazione tra i CWB-C e il setting assistenziale, il contesto organizzativo, il Burnout e il DM. La professione infermieristica è una professione di aiuto ed è fortemente soggetta allo stress lavoro correlato e alla conseguente sindrome del burnout (di cui è stata dimostrata essere responsabile anche il contesto organizzativo), pertanto risulta essere un'indagine privilegiata. La letteratura, infatti, ha messo in evidenza che, seppur in modo infrequente, gli infermieri ricorrono ai CWB (27, 54), pertanto, considerando anche le ripercussioni sulla qualità delle cure offerte ai malati il fenomeno dei CWB e il processo che porta alla loro implementazione, deve essere preso in seria considerazione.

In accordo con quanto riportato in letteratura (23), dall'analisi dei dati, anche nel presente studio è stato possibile osservare che gli infermieri riferiscono di lavorare in ambienti organizzativi caratterizzati da alti carichi di lavoro e sporadici vincoli organizzativi; ciò potrebbe essere causa di frustrazione dovuta al mancato raggiungimento dei propri obiettivi lavorativi, nonché alla scarsa autonomia decisionale. Un clima organizzativo così strutturato facilita il generarsi di un disagio a cui gli infermieri talvolta non riescono a far fronte, contribuendo all'insorgenza dei sintomi del burnout. D'altronde i risultati mettono in luce bassi livelli di esaurimento emotivo e sovraccarico relazionale tra gli infermieri ma elevati livelli di cinismo. Quest'ultimo potrebbe essere considerato una forma di difesa messa in atto dai professionisti per fronteggiare situazioni che non riescono a gestire.

Complessivamente, in linea con quanto presente in letteratura (58), tutte le variabili considerate sono molto correlate tra di loro. Infatti, come ipotizzato, un clima organizzativo caratterizzato da alti carichi di lavoro e vincoli organizzativi, può risultare stressante per gli infermieri e far provare le emozioni negative che portano all'implementazione dei CWB-C attraverso il meccanismo psicologico del DM. La correlazione non statisticamente rilevante tra i conflitti interpersonali, i CWB-C e il DM potrebbe essere spiegata dal fatto che seppur i conflitti caratterizzano il contesto organizzativo, dovrebbero favorire l'implementazione di CWB "Interpersonali" e non quelli clinici studiati (49). Per quanto riguarda la correlazione tra i CWB-C e le variabili socio-demografiche, è stata riscontrata una correlazione significativa con gli infermieri più giovani e maggiormente istruiti. Il titolo di studio più elevato e la giovane età, sono variabili che viaggiano di pari passo. Sarebbero proprio gli infermieri più giovani a possedere i titoli accademici più elevati mentre gli infermieri più anziani, salvo chi ha aggiornato il proprio curriculum con formazione integrativa, risultano in possesso del titolo di studio non universitario. Il fatto che queste variabili siano in relazione con l'implementazione dei CWB-C, potrebbe essere spiegato dal fenomeno del surplus formativo (61). Infatti, spesso, il possesso di titoli accademici più professionalizzanti, da cui derivano competenze che per problemi organizzativi non possono essere utilizzate nella pratica quotidiana, determina negli infermieri maggiore stress e senso di insoddisfazione, che secondo il modello stressor-emotion conducono proprio all'implementazione dei CWB (58).

E' stato possibile verificare il valore predittivo delle variabili del contesto organizzativo nella messa in atto dei CWB-C. Nello specifico, è stato osservato che i vincoli organizzativi, il sovraccarico relazionale e il DM possono influire negativamente sulla messa in atto dei CWB-C. Il fatto che siano i vincoli organizzativi e il sovraccarico relazionale ad innescare il processo che porta ai CWB-C nella professione infermieristica, non deve sorprendere più di tanto. Infatti questo risultato è in linea con il modello Job demands-resources (5) che spiega come un contesto organizzativo



richiedente (per esempio caratterizzato da vincoli organizzativi e conflitti interpersonali) possa favorire nei lavoratori la sindrome del burnout. Se considerassimo infatti l'ambito clinico e il clima organizzativo nel quale molti infermieri sono costretti a lavorare (molto richiedente e con sempre meno risorse a disposizione), è facilmente comprensibile come l'insorgere delle emozioni negative negli infermieri possano condurre alla pratica dei CWB (58). Perciò è lecito ritenere che il blocco del turn over e la cronica mancanza di infermieri, caratteristiche di molte realtà ospedaliere italiane (48), aumentando i carichi di lavoro, determinino un ambiente organizzativo fortemente stressante e favoriscano messa in atto di CWB.

Inoltre, un altro risultato importante che è emerso dal nostro studio, è il riscontro del valore predittivo del DM. La stretta correlazione tra il DM e la pratica dei CWB è stata già dimostrata nella letteratura infermieristica (7, 17, 28), ma nel nostro caso il DM oltre a dimostrarsi un mediatore nella relazione tra le variabili di contesto organizzativo e i CWB, è risultato un predittore dei comportamenti, ad indicare pertanto che la sua esistenza all'interno delle organizzazioni predice i CWB degli infermieri. Per questo motivo i dati del nostro studio si rivelano importanti per la comunità scientifica infermieristica, portando nel cruscotto dei dirigenti delle professioni sanitarie un'ulteriore spia di malessere e malpractice.

Di particolare rilievo risulta l'analisi dei comportamenti e del benessere organizzativo degli infermieri in relazione al setting assistenziale, mai studiato prima. In generale le caratteristiche delle unità operative condizionano la vita professionale e il benessere organizzativo riferito dagli infermieri. Un dato che emerge su tutti gli altri è che l'area ambulatoriale e di day hospital risulta essere quella più virtuosa, ossia quella in cui i partecipanti riferiscono meno CWB-C, meno livelli di disimpegno morale e meno conflitti interpersonali. Rispetto al burnout e al sovraccarico relazionale, contrariamente a quanto riportato nel 2006 da Tabolli e colleghi (60), non sono emerse differenze significative nei livelli di esaurimento emotivo e cinismo in relazione ai vari ambiti

clinici. Ciò potrebbe indicare che non siano le caratteristiche degli specifici ambiti clinici ad influenzare il burnout degli infermieri, ma l'ambiente organizzativo generale dell'intera azienda. Al contrario, sono gli infermieri di pronto soccorso a riportare maggiori livelli di conflitti interpersonali, sia rispetto ai colleghi delle terapie intensive e delle camere operatorie, sia rispetto a quelli che lavorano negli ambulatori ed nei day hospital. Una spiegazione a questo risultato potrebbe essere legata al fatto che in situazioni di alta intensità di cura, dinamicità organizzativa ed imprevedibilità assistenziale, i professionisti infermieri devono lavorare in sinergia e tendono a diventare interdipendenti uno dall'altro. Ciò permette loro di garantire la migliore prestazione possibile ai malati, ma nel contempo può determinare conflittualità e scontri all'interno delle equipe (9).

In riferimento al DM, è stato trovato un maggiore ricorso a questo meccanismo da parte degli infermieri di medicina rispetto a quelli degli ambulatori e dei day hospital. Questo potrebbe essere spiegato dalla tipologia di malato che affinisce alle aree mediche (complessi e pluri-patologici) (41). Spesso queste situazioni risultano frustranti per gli infermieri che debbono far fronte a tante richieste a cui, per vincoli organizzativi, sentono di non essere pronti a rispondere nei modi e nei tempi che vorrebbero. Questo determinerebbe un clima di alto impegno professionale, molto stressante per i professionisti, che quindi si sentirebbero legittimati a disimpegnarsi moralmente (65).

Infine, per quanto concerne i comportamenti devianti, sarebbero gli infermieri di pronto soccorso quelli che con più frequenza riportano CWB-C, soprattutto rispetto alle aree ambulatoriali e di day hospital. Questo risultato è in linea con un'ampia letteratura che indica come le aree di primo intervento siano quelle più stressanti per gli operatori (13, 24, 34, 47), sia da un punto di vista di impegno fisico che mentale. La situazione di strain percepita potrebbe favorire pertanto le condotte devianti. Inoltre, le dinamiche lavorative dei pronto soccorso, caotiche e frenetiche, potrebbero

esporre gli operatori a scarso controllo e supporto da parte dei superiori, variabili che sono state associate alla pratica dei CWB (43). Inoltre queste unità operative si caratterizzano per competenze specifiche e un ampio margine di autonomia professionale, pertanto gli infermieri seppur nel rispetto delle procedure e dei protocolli condivisi con l'equipe multidisciplinare, possono sentirsi autorizzati ad adottare comportamenti anche controproduttivi.

## **CONCLUSIONI**

Come dimostrato già nei primi anni novanta, i comportamenti controproduttivi degli infermieri sono una realtà anche nelle strutture ospedaliere (19, 35), e questi si possono ripercuotere sulla qualità delle cure offerte ai malati (16). I risultati di questa ricerca mettono in luce quanto le caratteristiche specifiche di alcune unità operative possano condizionare il benessere organizzativo vissuto dagli infermieri nelle realtà ospedaliere, e come tutto questo si riflette sulla messa in atto di condotte devianti e nocive per l'organizzazione. Pertanto è auspicabile che coloro che si occupano della salute dei lavoratori e nello specifico degli infermieri tengano in seria considerazione i risultati di questa ricerca, in modo che possano implementare programmi di monitoraggio e prevenzione delle variabili di benessere organizzativo, del burnout, del sovraccarico relazionale e del DM, che consentano di poter avviare interventi per migliorare il benessere psico-fisico di questa particolare categoria professionale evitando la messa in atto dei CWB.

In generale l'osservazione simultanea di aspetti contestuali, individuali e comportamentali, variabili oggetto del nostro studio, consente di avere una visione più ampia dei problemi dell'organizzazione e al tempo stesso la possibilità di individuare molteplici ambiti di intervento su cui poter implementare programmi di prevenzione. Nello specifico, si ravvisa la necessità di monitorare i CWB di tipo clinico, che si sono dimostrati essere particolarmente dannosi per le attività di cura ed assistenza dei malati (16).

Ovviamente i risultati del presente studio sono da considerarsi alla luce di alcuni limiti. Un primo limite consiste nel fatto che gli item di tutte le scale sono formulati con la stessa polarità (a punteggi elevati corrispondono condizioni peggiori), pertanto non è possibile escludere un bias da “response set”, problema che in studi futuri potrebbe essere risolto inserendo nel questionario scale con polarità opposta. Un secondo limite è che la desiderabilità sociale, ossia il rispondere facendo riferimento a cosa possa essere considerato come socialmente accettabile, potrebbe aver influenzato le risposte dei partecipanti, in particolare quelle legate ai CWB-C e al DM. Inoltre bisogna considerare che in alcuni casi la frequenza del ricorso ai CWB-C in una azienda che adotta la politica della tolleranza zero (39), potrebbe essere influenzata da norme, codici di comportamento o sistemi deterrenti. Infatti nelle organizzazioni in cui esiste una policy aziendale che scoraggia i CWB attraverso un rigido sistema deterrente questi saranno agiti sicuramente meno, non perché si viva un miglior clima organizzativo, ma semplicemente per il timore delle ripercussioni. Un ulteriore limite è rappresentato dalla natura trasversale del presente studio che non ha permesso di considerare il cambiamento nel tempo delle variabili prese in considerazione e i loro nessi causali. Pertanto sarebbero auspicabili in futuro, ricerche che possano studiare longitudinalmente i CWB, visto che l’instaurarsi della cultura del disimpegno morale e dei CWB nelle organizzazioni può favorire l’insorgenza di condotte devianti in modo esponenziale. Inoltre sarebbero utili studi con l’obiettivo di indagare la relazione tra i CWB e le variabili di contesto organizzativo poco studiate nel mondo infermieristico (come la Leadership etica del coordinatore), in modo di individuare ulteriori campi di intervento per la prevenzione dei CWB.

## BIBLIOGRAFIA

1. Ahmed W, Kiyani AA, Hashmi SH: The study on organizational cynicism, organizational injustice & breach of psychological contract as the determinants of deviant work behavior. *Актуальні проблеми економіки*, (2013); 2: 145–154.
2. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM et al. : Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Jama* 2002; 288: 1987-1993.
3. Aleandri A, Sansoni J: Nurses and burnout: a survey in an Emergency Department in the Lazio Region. *Professioni infermieristiche* 2005; 59: 165-170.
4. Ansari ME, Maleki S, Mazraeh S: An Analysis of Factors Affected on Employees' Counterproductive Work Behavior: The Moderating Role of Job Burnout and Engagement. *Journal of American Science* 2013; 9: 350-359.
5. Bakker AB, Demerouti E: The job demands-resources model: State of the art. *Journal of managerial psychology* 2007; 22: 309-328.
6. Bandura A: Mechanisms of moral disengagement. In W. Reich (eds), *Origins of terrorism: Psychologies, ideologies, theologies, and state of mind*. Cambridge University Press 1990; 161–191.
7. Bandura A: Social cognitive theory of moral thought and action. In W. M. Kurtines & J. L. Gewirtz (eds.), *Handbook of moral behavior and development: Theory, research, and applications*. Hillsdale, NJ: Erlbaum 1991; 1: 71–129.
8. Barbaranelli C, Fida R, Gualandri M: Assessing counterproductive work behavior: A study on the dimensionality of Cwb-Checklist. *Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology* 2013; 20: 1–15.
9. Bolino MC, Turnley WH, Bloodgood JM: Citizenship behavior and the creation of social capital in organizations. *Acad Manage Rev* 2002; 27: 505-522.
10. Borgogni L, Armandi F, Amaducci M, Consiglio C: Integrazione alla misura del job burnout: la scala di sovraccarico relazionale. *Giornale italiano di psicologia* 2007; 34: 699-714.
11. Borgogni L, Consiglio C, Alessandri G, Schaufeli WB: Don't throw the baby out with the bathwater! Interpersonal strain at work and burnout. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 2012; 21: 875-898
12. Borgogni L, Galati D, Petitta L, Schweitzer CF: *Il questionario Check up organizzativo. Manuale dell'adattamento italiano* 2005.

13. Brunetti L, Bambi S: Aggressions towards nurses in emergency departments: an international literature review. *Professioni infermieristiche* 2012; *66*: 109-116.
14. Calamandrei, C, Orlandi, C: *La dirigenza infermieristica: manuale per la formazione dell'infermiere con funzioni manageriali*. McGraw-Hill 2008.
15. Ceylan A, Sulu S: Organizational injustice and work alienation. *E+ M Economie a Management* 2011; *2*: 65–78.
16. Chahal H, Mehta S: Antecedents and consequences of organisational citizenship behaviour (OCB): a conceptual framework in reference to health care sector. *J Serv Res* 2010; *10*: 25-44.
17. Christian JS, Ellis AP: The crucial role of turnover intentions in transforming moral disengagement into deviant behavior at work. *Journal of business ethics* 2014; *119*: 193–208. <http://dx.doi.org/10.1007/s10551-013-1631-4>
18. Collins JM, Griffin RW: The psychology of counterproductive job performance. In R. W. Griffin, A. O’Leary-Kelly, & J. M. Collins (eds.). *Dysfunctional behavior in organizations: Non-violent dysfunctional behavior*. Monographs in organizational behavior and relations 1998; *23*: 219–242.
19. Dabney D: Neutralization and deviance in the workplace: Theft of supplies and medicines by hospital nurses. *Deviant Behavior* 1995; *16*: 4.
20. Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB: The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied psychology* 2001; *86*: 499.
21. De Simone JA, James LR: An item analysis of the Conditional Reasoning Test of Aggression. *Journal of applied psychology* 2015; *100*: 1872.
22. Egues AL, Leinung, EZ: The bully within and without: Strategies to address horizontal violence in nursing. *Nursing Forum* 2013; *48*: 185–190. <http://dx.doi.org/10.1111/nuf.12028>
23. Embree JL, White AH: *Concept analysis: Nurse-to-nurse lateral violence*. Nursing Forum, Blackwell Publishing Inc 2010; *45*. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-6198.2010.00185>
24. Escribà-Agüir V, Martín-Baena D, Pérez-Hoyos S: Psychosocial work environment and burnout among emergency medical and nursing staff. *International archives of occupational and environmental health* 2006; *80*: 127-133.
25. Fadanelli M, Favero G: Don't see, don't hear, and don't speak: the silence as an obstacle to the caring process. Phenomenological investigation among health staff working in an emergency department. *Professioni infermieristiche* 2011; *65*: 195-202.
26. Fida R, Paciello M, Tramontano C et al.: The Role of Irritability in the Relation between Job Stressors, Emotional Reactivity, and Counterproductive Work Behavior. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 2012; *23*: 31–47.

doi:10.1080/1359432X.2012.713550.

27. Fida R, Paciello M, Tramontano C et al.: An integrative approach to understanding counterproductive work behavior: The roles of stressors, negative emotions, and moral disengagement. *Journal of Business Ethics* 2015a; 130:131-134. doi.org/10.1007/s10551-014-2209-5
28. Fida R, Tramontano C, Paciello M, et al.: Nurse moral disengagement. *Nursing ethics* 2015b; 0969733015574924.
29. Fox S, Spector PE, Miles D: Counterproductive work behavior (CWB) in response to job stressors and organizational justice: Some mediator and moderator tests for autonomy and emotions. *Journal of vocational behavior* 2001; 59: 291-309.
30. Gazica MW, Spector PE: A comparison of individuals with unanswered callings to those with no calling at all. *Journal of Vocational Behavior* 2015; 91: 1-10.
31. Giorgi G, Matihiesen SB, Einsarsen S: Italian validation of the Negative Acts Questionnaire reused. Poster presented at the 5th International Conference of Bullying and Harassment at Work, Dublin 2006.
32. Giorgi G: Is the Italian culture a culture of bullying at work? An overview. *Risorsa Uomo* 2008; 14: 135-D9
33. Halbesleben JR, Buckley MR: Burnout in organizational life. *Journal of management* 2004; 30: 859-879.
34. Hooper C, Craig J, Janvrin D, et al.: Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *Journal of Emergency Nursing* 2010; 36: 420-427.
35. Hoyer PJ, Booth D, Spelman MR., et al.: Clinical cheating and moral development. *Nursing Outlook* 1991; 39: 170-173.
36. Johnson C: Bad blood: doctor-nurse behavior problems impact patient care. *Physician Exec* 2009; 35: 6-11.
37. Lee S, Dalal RS: Climate as situational strength: Safety climate strength as a cross-level moderator of the relationship between conscientiousness and safety behaviour. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 2016; 25: 120-132.
38. Lo Iacono J, Weaven SK, Griffin D: Examination into the effects of job satisfaction on salesperson deviance: The moderating role of customer orientation. *Journal of Business Economics and Management* 2016; 17: 173-186.
39. Longo J, Sherman RO: Leveling horizontal violence. *Nursing Management* 2007; 38: 34-37.

40. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP: Maslach burnout inventory manual . Mountain View, CA: CPP. Inc., and Davies-Black 1996.
41. Nardi R, Fabbri T, Belmonte G, et al.: Medicina interna, paziente complesso, evidence based medicine e le non evidenze. *Italian Journal of Medicine* 2009; 3: 191-200.
42. Nunnally IC, Bernstein IH: *Psychometric Theory*. New York: McGraw-Hill 1994.
43. Peng JC, Tseng MM, Lee YJ: Relationships among supervisor feedback environment, work-related stressors, and employee deviance. *Journal of Nursing Research* 2011; 19: 13–24.
44. Penney LM, Spector PE: Job stress, incivility, and counterproductive work behavior (CWB): The moderating role of negative affectivity. *Journal of Organizational Behavior* 2005; 26: 777-796.
45. Perricone G, Polizzi C, Morales MR, et al.: Functioning of family system in pediatric oncology during treatment phase. *Pediatric hematology and oncology* 2012; 29: 652-662.
46. Policastro C, Payne BK: An Examination of Deviance and Deviants in the Durable Medical Equipment (DME) Field: Characteristics, Consequences, and Responses to Fraud. *Deviant Behavior* 2013; 34: 191-207.
47. Potter C: To what extent do nurses and physicians working within the emergency department experience burnout: A review of the literature. *Australasian Emergency Nursing Journal* 2006; 9: 57-64.
48. Rapporto OCSE (2015). Disponibile al sito: [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2015-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en).
49. Robinson SL, Bennett RJ: A typology of deviant workplace behaviors: A multidimensional scaling study. *Academy of management journal* 1995; 38: 555-572.
50. Sauer NC, Kauffeld S: The Structure of Interaction at Meetings: A Social Network Analysis. *Zeitschrift für Arbeits-und Organisationspsychologie A&O* 2016.
51. Schaufeli WB, Leiter MP: Maslach burnout inventory-general survey. *The Maslach burnout inventory-test manual* 3 1996; 22-26.
52. Siegrist J, Starke D, Chandola T, et al.: The measurement of effort–reward imbalance at work: European comparisons. *Social science & medicine* 2004; 58: 1483-1499.
53. Sili A, Vellone E, Fida R: Infermieri di camera operatoria e infermieri di medicina generale: la diversa percezione della propria salute organizzativa/Operating theatre and medical ward nurses: two different ways of perceiving one’s organizational health. *La Medicina del Lavoro* 2010; 101: 458-470.



54. Sili A, Fida R, Zaghini F, et al.: I comportamenti controproduttivi e il disimpegno morale degli infermieri quali possibili conseguenze dello stress lavoro correlate: validità e affidabilità delle relative scale di misura. *La Medicina del lavoro* 2014; *105*: 382-394.
55. Silvia L, Gutiérrez C, Rojaz PL, et al.: Burnout syndrome among Mexican hospital nursery staff. *Rev Med IMSS* 2005; *43*: 11-15.
56. Sirigatti S, Stefanile C: *The Maslach Burnout Inventory: adattamento e taratura per l'Italia*. Firenze: Organizzazioni Speciali 1993.
57. Smoktunowicz E, Baka L, Cieslak R, et al.: Explaining Counterproductive Work Behaviors Among Police Officers: The Indirect Effects of Job Demands Are Mediated by Job Burnout and Moderated by Job Control and Social Support. *Human Performance* 2015; *28*: 332-350.
58. Spector PE, Fox S: A model of counterproductive work behavior. In Fox, S., Spector, P.E. *Counterproductive work-place behavior: investigations of actors and targets*. Washington, DC: APA 2005; 151-174
59. Spector PE, Jex SM: Development of four self-report measures of job stressors and strain: Interpersonal Conflict at Work Scale, Organizational Constraints Scale, Quantitative Workload Inventory, and Physical Symptoms Inventory. *Journal of Occupational Health Psychology* 1998; *3*: 356- 367
60. Tabolli S, Ianni A, Renzi C, et al.: Soddisfazione lavorativa, burnout e stress del personale infermieristico: indagine in due ospedali di Roma. *G Ital Med Lav Ergon* 2006; *28*: 49-52.
61. Tsang MC, Rumberger RW, Levin HM: The impact of surplus schooling on worker productivity. *Industrial Relations: A Journal of Economy and Society* 1991; *30*: 209-228.
62. Uchenna CO: Counterproductive work behavior among employees in demanding jobs: the roles of perceived organizational support, job burnout, and age. *Nigerian Journal of Applied Behavioural Sciences* 2013; *1*: 105-114.
63. Vardi Y, Weitz E: *Misbehavior in organizations: Theory, research, and management*. Psychology Press 2016.
64. Violante S, Benso PG, Gerbaudo L, Violante B: Correlazione tra soddisfazione lavorativa e fattori di stress, burnout e benessere psicosociale tra infermieri che lavorano in differenti ambiti sanitari. *G ItalMedLav Erg* 2009; *31*.
65. Visser M, Smets E, Oort F, De Haes H: Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *CMAJ* 2003; *168*: 271-275.
66. Zaghini F, Biagioli V, Prandi C, et al.: Gli infermieri e il "Comportamento di Cittadinanza Organizzativa": contributo alla validazione italiana della scala di Podsakoff et al. *La medicina del lavoro* 2015; *106*: 460-471.
67. Zenobi C, Sansoni J: Burnout e cure intensive. *Professioni infermieristiche* 2007; *60*: 148.



*Tabella 1. Matrice delle correlazioni delle variabili*

*Table 1. Correlations among the variables*

	Media	DS	CWB-C	Bur-EE	Bur-Cin	Bur-SR	DM	Conflitti	Carichi lavorativi	Vincoli
CWB-C	1.80	0.74	(0.87)							
Bur-EE	2.60	1.30	0.13*	(0.90)						
Bur-Cin	1.65	1.28	0.23**	0.59**	(0.85)					
SR	1.43	1.11	0.34**	0.48**	0.70**	(0.91)				
DM	1.47	0.55	0.32**	0.13*	0.28**	0.36**	(0.94)			
Conflitti	2.41	0.77	0.09	0.19**	0.15**	0.19**	0.06	(0.79)		
Carichi Lavorativi	3.39	0.90	0.20**	0.35**	0.21**	0.19**	0.10	0.35**	(0.80)	
Vincoli	2.53	0.65	0.28**	0.23**	0.24**	0.25**	0.15**	0.40**	0.51**	(0.83)

*Legenda: \*= $p < .01$ ; \*\*= $p < .001$ ; In diagonale è presentata l'Alpha di Cronbach*

*CWB\_C=Comportamenti Controproduttivi Clinici; Bur\_EE=Burnout-Esaurimento Emotivo; Bur\_Cin=Burnout-Cinismo; SR=Sovraccarico Relazionale; DM = Disimpegno Morale.*

*Tabella 2. Regressione tra variabili indipendenti e CWB*  
*Table 2. Regression between independent variables and CWB*

Variabili Indipendenti	CWB-C 1° Step	CWB-C 2° Step	CWB-C 3° Step
<i>Conflitti</i>	-0.04	-0.07	-0.06
<i>Carichi</i>	0.09	0.09	0.09
<i>Vincoli</i>	0.25**	0.19*	0.18*
<i>Esaurimento</i>	-	-0.09	-0.07
<i>Cinismo</i>	-	0.00	-0.02
<i>Sovraccarico Relazionale</i>	-	0.33**	0.27**
<i>Disimpegno Morale</i>	-	-	0.21**
<i>F</i>	10.11**	11.28**	12.33**
<i>R<sup>2</sup></i>	0.08	0.17	0.20
<i>Variazione di F</i>		11.52**	15.71**
<i>Cambiamento R<sup>2</sup></i>		0.09**	0.04**

*Legenda : \*= $p < .01$ ; \*\*= $p < .001$*

Tabella 3. Differenze delle variabili in base all'ambito clinico (ANOVA).

Table 3. Differences in variables according to clinical setting (ANOVA).

Ambito Clinico	N (%)	Media (DS) CWC_C	Media (DS) Bur-EE	Media (DS) Bur-Cin	Media (DS) SR	Media (DS) DM	Media (DS) Conflitti	Media (DS) Carichi di lavoro	Media (DS) Vincoli
<i>Area Medica</i>	121 (34,9)	1,87 <sup>ab</sup> (0,73)	2,79 <sup>a</sup> (1,43)	1,86 <sup>a</sup> (1,44)	1,58 <sup>a</sup> (1,20)	1,60 <sup>a</sup> (0,57)	2,45 <sup>ab</sup> (0,07)	3,53 <sup>a</sup> (0,84)	2,62 <sup>a</sup> (0,59)
<i>Area Chirurgica</i>	54 (15,6)	1,70 <sup>ab</sup> (0,74)	2,27 <sup>a</sup> (1,34)	1,49 <sup>a</sup> (1,24)	1,23 <sup>a</sup> (1,00)	1,38 <sup>ab</sup> (0,54)	2,39 <sup>ab</sup> (0,10)	3,19 <sup>a</sup> (0,89)	2,39 <sup>a</sup> (0,67)
<i>Pronto Soccorso</i>	42 (12,1)	2,01 <sup>a</sup> (0,74)	2,70 <sup>a</sup> (1,41)	1,69 <sup>a</sup> (1,26)	1,60 <sup>a</sup> (1,20)	1,57 <sup>ab</sup> (0,61)	2,78 <sup>a</sup> (0,12)	3,51 <sup>a</sup> (0,93)	2,68 <sup>a</sup> (0,56)
<i>C.O.*T.I.**</i>	67 (19,3)	1,82 <sup>ab</sup> (0,77)	2,56 <sup>a</sup> (0,94)	1,55 <sup>a</sup> (1,04)	1,38 <sup>a</sup> (0,87)	1,38 <sup>ab</sup> (0,54)	2,20 <sup>b</sup> (0,09)	3,33 <sup>a</sup> (0,90)	2,40 <sup>a</sup> (0,82)
<i>D.H./Amb.</i>	63 (18,2)	1,57 <sup>b</sup> (0,65)	2,52 <sup>a</sup> (1,24)	1,48 <sup>a</sup> (1,23)	1,24 <sup>a</sup> (1,13)	1,33 <sup>b</sup> (0,44)	2,35 <sup>b</sup> (0,10)	3,27 <sup>a</sup> (0,97)	2,53 <sup>a</sup> (0,65)
<i>p</i>		0,02	0,17	0,23	0,14	0,003	0,004	0,09	0,05

Leggenda: a lettere in apice differenti corrispondono medie significativamente differenti tra gli ambiti clinici (al post-hoc di Tukey)

CWB\_C=Comportamenti Controproduttivi Clinici; Bur\_EE=Burnout-Esaurimento Emotivo; Bur\_Cin=Burnout-Cinismo; SR=Sovraccarico Relazionale; DM = Disimpegno Morale.

\* Camera Operatoria

\*\* Terapia Intensiva