

# I comportamenti controproduitivi e il disimpegno morale degli infermieri quali possibili conseguenze dello stress lavoro correlato: validità e affidabilità delle relative scale di misura

A. SILI, ROBERTA FIDA\*, F. ZAGHINI\*\*, C. TRAMONTANO\*\*\*, MARINELLA PACIELLO\*\*\*\*

U.O.C. Direzione Infermieristica e delle Professioni Sanitarie, Policlinico Universitario Tor Vergata, Roma

\* Ricercatore di Psicologia del Lavoro, Sapienza Università, Roma

\*\* Infermiere tutor clinico, PhD candidate, Policlinico Universitario Tor Vergata, Roma

\*\*\* Leonard Cheshire Disability and Inclusive Development Centre, Department of Epidemiology & Public Health, UCL Gower Street Campus, London (UK) WC1E 6BT

\*\*\*\* Ricercatore di Psicologia Generale, Università Telematica Internazionale Uninettuno

## KEY WORDS

Moral disengagement; nurse; counterproductive behaviors; validation; deviant behaviors

## PAROLE CHIAVE

Disimpegno morale; infermieri; comportamenti controproduitivi; validazione; comportamenti devianti

## SUMMARY

**«Counterproductive behaviors and moral disengagement of nurses as potential consequences of stress-related work: validity and reliability of measurement scales».** **Background:** Several studies, but no one in the nursing, have shown that work stress can facilitate the adoption of specific behaviors that the literature identifies as Counterproductive Work Behaviors (CWB). Individuals, however, not giving up to their moral principles, may transgress social, organizational, moral and ethical norms, through the adoption of moral disengagement (MD). **Objectives:** The purpose of this study is to validate two specific scales of deviant behaviors and MD in nursing: the Nursing Counterproductive Work Behaviours Scale (Nursing CWBS) and Nursing Moral Disengagement Scale (Nursing MDS). **Method:** 460 nurses participated in the study. After the adaptation of the Counterproductive Work Behavior Checklist by Spector and Fox to Nursing context (Nursing CWBS) and the ex novo development of the Nursing MDS, the psychometric properties of the two scales were tested. Also, the two scales were correlated. **Results:** Through a cross-validation approach and based on the results of exploratory factor analysis (EFA) and confirmatory factor analysis (CFA), we have shown that the scales have good psychometric properties. Furthermore, the results, attest that the nurse with high levels of MD implements more CWB in the workplace. **Conclusions:** The Nursing CWBS and Nursing MDS represent a valid starting point for the study of such phenomena in this specific context where stress among nursing staff is sometimes of considerable extent, especially in specific contexts of clinical care.

Pervenuto il 20.5.2014 - Revisione pervenuta il 15.7.2014 - Accettato il 16.7.2014

Corrispondenza: Alessandro Sili, PhD, U.O.C. Direzione Infermieristica e delle Professioni Sanitarie, Policlinico Tor Vergata, Roma - Tel. 0620908186 - E-mail: alessandro.sili@ptvonline.it

## RIASSUNTO

**Introduzione:** *Diversi studi, ma nessuno nell'ambito infermieristico, hanno dimostrato come lo stress lavorativo possa favorire l'adozione volontaria di specifici comportamenti, che la letteratura identifica come comportamenti controproduttivi anche definiti devianti e/o nocivi (CWB). Anche senza abdicare ai propri principi morali, l'individuo riesce a trasgredire tali norme sociali ed organizzative, morali ed etiche, mettendo in atto un meccanismo denominato disimpegno morale (DM). Obiettivo:* *Lo scopo del presente studio è quello di validare due specifiche scale di misura dei comportamenti devianti e del DM in ambito infermieristico: la Nursing Counterproductive Work Behavior Scale (Nursing CWBS) e la Nursing Moral Disengagement Scale (Nursing MDS). Metodo:* *Hanno partecipato allo studio 460 infermieri. A seguito dell'adattamento della Counterproductive Work Behavior Checklist di Spector e Fox al contesto infermieristico (Nursing CWBS) e della costruzione ex novo della Nursing MDS, si è proceduto a validare le proprietà psicometriche delle due scale nonché a correlare le due variabili studiate. Risultati:* *Attraverso un approccio di validazione incrociata e in base ai risultati sia dell'analisi fattoriale esplorativa (EFA) che di quella confermativa (CFA), è possibile affermare che le scale hanno buone proprietà psicometriche. Inoltre i risultati, attestano che l'infermiere con alti livelli di DM, mette in atto maggiori CWB sul luogo di lavoro. Conclusioni:* *La Nursing CWBS e la Nursing MDS rappresentano un valido punto di partenza per lo studio di tali fenomeni anche in questo specifico mondo dove lo stress tra il personale infermieristico risulta, a volte, di notevole entità soprattutto in particolari contesti clinico-assistenziali.*

## INTRODUZIONE

La letteratura ha ampiamente dimostrato che lo stress lavorativo ha conseguenze negative sul lavoratore e sull'organizzazione in generale, in termini di salute, burnout, depressione e ansia, soddisfazione lavorativa, prestazioni (35, 37, 43, 53, 61). Negli ultimi anni la letteratura ha anche messo in luce che lo stress al lavoro influenza la messa in atto di comportamenti controproduttivi (*Counterproductive Work Behavior - CWB*), ovvero comportamenti non etici che violano le norme organizzative e sociali (57, 23). Nello specifico secondo il modello *stressor-emotion* dei CWB questi comportamenti possono derivare da una inappropriata gestione dello stress e quindi una risposta comportamentale di *strain* ad una situazione stressante (14). Secondo questo modello, ampiamente verificato empiricamente, i CWB sono considerati come una strategia che il lavoratore potrebbe mettere in atto, per gestire le eventuali emozioni negative derivanti da una situazione stressante vissuta nel contesto lavorativo (33, 46).

Diversi studi hanno evidenziato che i principi etici e morali possono essere violati dai lavoratori nell'agire quotidiano attraverso, specifici comportamenti non conformi né al proprio modello di con-

dotta né tantomeno al proprio codice deontologico professionale. (3, 39). In altre parole questi comportamenti trasgrediscono le norme sociali e organizzative, oltre che i protocolli e gli standard morali ed etici personali, ma anche relativi alla propria professione. I CWB, ovvero qualsiasi condotta inappropriata di confronto o di conflitto, che va dalla violenza verbale alle molestie fisiche e sessuali (52), sono una delle più rilevanti criticità emergenti nelle organizzazioni di tutto il mondo (12) e stanno diventando fenomeni sempre più ragguardevoli e costosi per le stesse organizzazioni (26, 40). Uno studio condotto dall'*Institute of Business Ethics* in diversi Paesi dell'Europa continentale, tra cui l'Italia, ha evidenziato che il 22% dei lavoratori intervistati dichiara di aver subito pressioni per compromettere/violare i propri principi deontologici e le norme etiche della propria organizzazione e il 28% degli intervistati, ha dichiarato di essere autore di CWB sul posto di lavoro (6).

Come precedentemente enunciato la gamma dei CWB agiti sul posto di lavoro è estremamente ampia e una prima rilevante distinzione proposta dalla letteratura, si riferisce allo specifico target che tali comportamenti hanno. Generalmente si distinguono i *Comportamenti Controproduttivi Organizzativi* (CWB-O) dai *Comportamenti Controproduttivi In-*

*terpersonali* (CWB-I) (51). I primi hanno come target l'organizzazione e includono condotte di varia gravità; da atti di sabotaggio, frode e furto, fino ad azioni quali lasciare il lavoro prima della fine del proprio turno, prendersi eccessive pause, lavorare intenzionalmente in modo lento, sprecare risorse (8, 16). I secondi, invece, fanno riferimento ad atti rivolti contro le persone che lavorano nell'organizzazione; dalla molestia sessuale all'abuso verbale, dal fare favoritismi al diffondere pettegolezzi (56). Tutti i CWB, indipendentemente dal loro target specifico, presuppongono una violazione di norme organizzative che, tanto direttamente quanto indirettamente, danneggia gli interessi legittimi di un'organizzazione e la qualità dei servizi erogati (54). Un'ampia letteratura ha dimostrato l'impatto che questi comportamenti hanno sull'organizzazione non solo in termini di perdita di produttività, di danneggiamento di proprietà o relativamente all'aumento del fatturato e/o all'assenteismo (31, 34, 46), ma anche in termini di benessere e di salute dei lavoratori (8, 32). In sintesi, i CWB influenzano l'efficacia e l'efficienza organizzativa (17, 28, 60).

Anche se questi comportamenti sono stati studiati in diversi tipi di organizzazioni (17, 23, 47, 48), solo poche ricerche hanno analizzato questo fenomeno nel Sistema Sanitario. Conducendo la revisione della letteratura con l'utilizzo delle parole chiave *deviant work behavior*, *aggressive work behavior*, *unethical work behavior* e *counterproductive work behavior*, si è potuto constatare che di recente, alcuni studi hanno messo in evidenza quanto i CWB siano una realtà anche negli ospedali (7, 15, 29) e pertanto, per avere una maggiore comprensione del fenomeno e conseguentemente definire progetti di prevenzione ed intervento, è necessario interrogarsi sul processo che li determina. La letteratura, limitata su questi comportamenti nel sistema sanitario, ha posto principalmente l'attenzione sul furto di forniture e medicinali negli ospedali (27, 49) e sulla prevalenza di comportamenti non etici tra gli studenti di infermieristica durante il tirocinio clinico (25, 27, 49). Tuttavia, la gamma di possibili CWB nel sistema sanitario potrebbe essere molto più ampia con conseguenze estremamente critiche per l'efficacia dell'intero sistema sanitario e per la salute e il benessere dei pazienti.

Nel sistema sanitario è possibile, infatti, prevedere i potenziali effetti negativi diretti e indiretti di questi comportamenti sui pazienti che possono essere i destinatari dei CWB (ad esempio, qualora fossero destinatari di una somministrazione errata o illecita di sostanze, o di farmaci scaduti o non correttamente conservati) o possono essere indirettamente danneggiati dai comportamenti non etici agiti dal personale di assistenza (ad esempio, qualora decisioni mediche dei pazienti si basino su parametri vitali non attendibili registrati nella cartella clinica e infermieristica).

In questo studio verrà indagato il fenomeno dei CWB in uno specifico contesto, ovvero quello infermieristico. È riscontrato in letteratura che gli infermieri sono particolarmente a rischio di stress e come detto in precedenza pochi studi hanno esaminato l'ampia gamma dei CWB in ambito infermieristico.

Al fine di svolgere al meglio la propria attività professionale, l'infermiere deve essere portatore di una adeguata "solidità morale", che gli permetta di rispettare il proprio codice etico e professionale anche in presenza di pressioni generate da un contesto lavorativo talvolta particolarmente stressante e frustrante. Proprio per questo una professione che ha il compito di sostenere la società attraverso interventi di natura preventiva, curativa, riabilitativa e palliativa (18), necessita di operatori capaci di un solido senso di responsabilità etica e professionale (25). Tale maturità, soprattutto dal punto di vista etico, diviene peculiare per l'agire quotidiano dell'infermiere che opera riconoscendo in sé il dovere di aderire a un modello di condotta e a un sistema di norme che la regolano e la guidano (36). In particolare, norme e doveri sono contemplati dal Codice Deontologico che, oltre a stabilire che l'attività professionale dell'infermiere deve essere fondata su solidi principi volti alla salvaguardia della persona assistita, regola i rapporti con il paziente e la sua famiglia, con i colleghi di lavoro e con l'organizzazione per la quale si lavora (18).

### **Il ruolo del disimpegno morale nella messa in atto dei CWB**

Dalla letteratura emerge che i CWB sono generalmente una risposta a frustrazione, stress, man-

canza di supervisione, lassismo e permissivismo del sistema. Ma se considerassimo la relazione tra contesto organizzativo e comportamenti in modo così deterministico, dovremmo immaginare un vortice negativo inevitabile, specialmente in contesti particolarmente stressanti. Fortunatamente non tutte le persone, a parità di contesto, mettono in atto questi comportamenti devianti. Infatti anche in contesti organizzativi stressanti e disfunzionali gli individui continuano ad aderire al proprio sistema morale ed etico che gli consente da un lato di scegliere una adeguata risposta comportamentale e dall'altro, di regolare la propria condotta. I CWB, tuttavia, possono essere agiti qualora questo sistema interno di regolazione morale sia in qualche modo eluso. A tal proposito la lettura ha messo in luce che esistono dei meccanismi psicologici che consentono anche alle persone più impegnate moralmente, di mettere in atto comportamenti non in linea con i loro principi senza sentirsi sopraffatti da sentimenti di colpa e di giudizio. Questi meccanismi psicologici sono stati denominati in diversi modi: giustificazione, neutralizzazione, o razionalizzazione (19, 27, 45). Tuttavia, a prescindere dalle diverse denominazioni, la funzione sottesa è sempre la stessa: "mettere a tacere" il proprio sistema morale interno, aprendo la strada ai comportamenti devianti. Bandura, uno degli studiosi più autorevoli in questo ambito, ha integrato questi escamotage psicologici in una più ampia e comprensiva cornice teorica per lo studio della condotta, riferendosi ad essi in termini di disimpegno morale (DM).

Utilizzando il DM, gli individui possono agire comportamenti chiaramente in contrasto con i propri principi etici, pur continuando a sostenerli, senza provare alcun senso di colpa o di vergogna e senza essere preoccupati per le sanzioni o la necessità di dover porre rimedio alle conseguenze. Il DM assume quindi un peculiare ruolo nella regolazione del comportamento permettendo alle persone di evitare eventuali rimorsi derivanti dalla trasgressione di specifiche condotte morali. Gli individui possono quindi vivere i propri comportamenti trasgressivi e gli inevitabili danni causati, in modo socialmente e moralmente positivo (o almeno accettabile), senza dover pertanto abbandonare o derogare alle norme personali e sociali condivise (2).

Diverse ricerche condotte in differenti realtà lavorative, mostrano a tal proposito, quanto gli individui siano propensi a disimpegnarsi moralmente, funzionalmente alla messa in atto di CWB di tipo organizzativo, indipendentemente dai principi etici e morali dei quali sono portatori o cui aderiscono (5, 22, 38).

Il valore predittivo ed esplicativo del DM, in relazione ai comportamenti devianti non solo organizzativi, è stato ampiamente confermato dai ricercatori che studiano il funzionamento morale in contesti molto diversi. Quello che è stato frequentemente evidenziato in questi studi, è la necessità di misurare il DM attraverso strumenti specificamente adattati al contesto e al tipo di trasgressione studiata. Ciò al fine di massimizzare le informazioni raccolte in sede di valutazione del DM in relazione alle trasgressioni e la valenza predittiva di tali meccanismi. Sono state infatti sviluppate appropriate scale di misura per studiare come i meccanismi di DM operino in relazione a specifici esiti comportamentali, come ad esempio condotte aggressive e trasgressive degli adolescenti e degli adulti (3, 45, 50), il copiare a scuola (20), le trasgressioni civiche (10), la sicurezza nelle organizzazioni (3, 4, 5, 38). Come evidenziato in precedenza, non esistono allo stato attuale studi che abbiano declinato il DM in ambito sanitario e nello specifico ambito infermieristico. D'altra parte questo è un setting molto particolare in cui i professionisti della salute, pur vivendo come altri lavoratori in contesti organizzativi strutturati, sono sottoposti a molteplici sollecitazioni che si ripercuotono inevitabilmente sui pazienti.

Nel mondo del *nursing* i CWB e il DM sono chiaramente contrastanti con i principi dichiarati dal codice deontologico professionale. In più punti del codice viene infatti enunciato come, nel processo di cura, l'infermiere debba orientare la propria azione al bene dell'assistito indipendentemente dalle condizioni organizzative nelle quali si trova ad operare (55). Viene inoltre espressa l'importanza che assume l'infermiere nella tutela della propria dignità professionale che di fatto, in determinate circostanze quali il ricorso al DM, è seriamente compromessa. In considerazione di tali specificità contestuali, della rilevanza del codice deontologico

nella regolamentazione della professione, della potenziale rilevanza negativa della messa in atto di meccanismi di DM nello specifico ambito sanitario, la necessità di sviluppare una misura valida e affidabile per misurare i CWB e il DM negli infermieri, appare di assoluta rilevanza.

## OBIETTIVO

L'obiettivo del presente studio è quello di costruire e validare due specifiche scale di misurazione: una per indagare i CWB agiti dagli infermieri sul posto di lavoro e l'altra per studiare il fenomeno del DM nel contesto infermieristico.

## METODI

Per sviluppare e validare le scale dei Comportamenti Controproduttivi (*Nursing CWBS*) e del Disimpegno Morale (*Nursing MDS*) specifiche per il contesto infermieristico, si è proceduto in tre fasi. Durante la prima fase sono stati selezionati gli strumenti già esistenti in letteratura per la misurazione dei CWB e il DM. Nello specifico la versione italiana della *Counterproductive Work Behavior Checklist* di Spector e Fox, per la misura dei CWB in ambito organizzativo generale (56), e la scala di DM organizzativo generale, sviluppata e validata in Italia sulla base di tutti gli strumenti esistenti in letteratura sul DM (3, 4, 10). La *Counterproductive Work Behavior Checklist* è composta da trenta item che misurano due diverse dimensioni. La prima dimensione (CWB-I) raggruppa gli item che indagano i CWB rivolti alle persone (ad esempio, "ha rubato qualcosa ad una persona sul posto di lavoro", "ha fatto qualcosa per mettere in cattiva luce una persona sul posto di lavoro", "ha insultato qualcuno per la sua prestazione lavorativa"), mentre la seconda (CWB-O) misura i CWB mirati all'organizzazione (ad esempio, "ha messo in essere un comportamento per farsi pagare più ore di lavoro di quelle effettuate"; "ha volutamente fatto il lavoro in modo non corretto"; "ha rubato qualcosa appartenente al datore di lavoro"). In entrambi i casi, le opzioni di risposta, ovvero la frequenza con cui viene agito nel

proprio ambito lavorativo ciascuno dei comportamenti elencati, sono presentate con una scala Likert a cinque punti (da 1="mai" a 5="tutti i giorni"). Punteggi più alti indicano livelli più elevati di CWB.

La scala di *Disimpegno Morale* è composta da 24 item che misurano i diversi aspetti di DM al lavoro. La modalità di risposta è una scala Likert a cinque punti (da 1=per nulla d'accordo a 5=del tutto d'accordo).

Nella seconda fase è stato effettuato uno studio qualitativo *ad hoc* condotto in ambito infermieristico con l'obiettivo di adattare gli strumenti per misurare i CWB e il DM al contesto infermieristico. Inizialmente, per testare la validità di costruito e di contenuto delle scale, è stato costituito un gruppo di esperti formato da un infermiere ricercatore, due esperti di Management Infermieristico e due psicologi ricercatori tutti con un solido background inerente i comportamenti devianti e il DM. Questo processo di validazione ha portato alle versioni finali della *Nursing MDS* e della *Nursing CWBS*.

Successivamente è stato costituito un campione di convenienza di 60 infermieri (22 maschi e 38 femmine), suddivisi casualmente in 10 gruppi, ognuno composto da 6 infermieri. Ciascun gruppo è stato invitato dapprima a discutere dei CWB in ambito infermieristico e successivamente a identificare e elencare i CWB osservati nel proprio contesto infermieristico. Per ciascuno dei comportamenti identificati si richiedeva inoltre di evidenziare e discutere quali potessero essere le plausibili giustificazioni e motivazioni. I comportamenti e le giustificazioni emerse nelle attività di gruppo sono stati, quindi, raccolti e classificati; sulla base di questo elenco sono stati costruiti item per misurare i CWB e il DM specifici per il contesto infermieristico. Come ulteriore step, gli item costruiti ad hoc sono stati sottoposti ad un'analisi della validità di contenuto.

La versione finale della *Nursing MDS*, risulta composta da 22 item per ognuno dei quali viene chiesto di esprimere il proprio grado di accordo, su una scala Likert a 5 passi (da 1=per nulla d'accordo a 5=del tutto d'accordo) circa una specifica giustificazione ad un determinato comportamento deviante assunto in ambito lavorativo.

La versione finale della *Nursing CWBS*, risulta invece composta da 15 item per ognuno dei quali viene chiesto di esprimere, su una scala Likert a 5 passi (da 1=mai a 5=tutti i giorni), la frequenza con cui nel proprio reparto vengono messi in atto una serie di comportamenti devianti.

### Processo di Validazione Psicometrica delle scale

A seguito dell'approvazione da parte del Comitato Etico cui il primo autore è affiliato, nella terza fase dello studio, al fine di valutare le caratteristiche psicometriche delle scale, si è proceduto alla loro somministrazione ad un campione di convenienza di 400 infermieri provenienti da diverse strutture sanitarie. I criteri di inclusione sono stati:

- a) partecipazione volontaria alla ricerca;
- b) lavorare da almeno un anno nella struttura sanitaria di appartenenza;
- c) essere turnista H 24 in qualunque realtà clinica;

I dati sono stati analizzati con il pacchetto statistico SPSS 19.0 e per l'analisi fattoriale confermativa su variabili non distribuite normalmente, con il software Mplus 7.1. Preliminarmente sono state esaminate le variabili demografiche del campione e calcolate le frequenze delle risposte date a tutti gli item. La normalità delle variabili è stata accertata considerando sia l'asimmetria che gli indici di curtosi. La validità interna è stata valutata mediante un approccio di cross-validazione. In particolare, è stata effettuata prima un'analisi fattoriale esplorativa (EFA) per esaminare la dimensionalità della *Nursing MDS* e della *Nursing CWBS*. Con l'obiettivo di individuare il numero di fattori da estrarre sono stati utilizzati molteplici criteri:

- a) la teoria di riferimento;
- b) l'analisi degli autovalori (11);
- c) la semplicità (pesi fattoriali maggiori di .40 e assenza di cross-loadings) e l'interpretabilità della struttura fattoriale (59);
- d) il test del chi quadro ( $\chi^2$ ) e l'errore quadratico medio di approssimazione (RMSEA) come indici di bontà di adattamento;
- e) senso teorico del fattore (13).

Successivamente la CFA (Analisi fattoriale confermativa) è stata utilizzata per la cross-validazione

della struttura fattoriale. A causa della forte asimmetria della distribuzione delle variabili il metodo WLS-MV è stato utilizzato per la stima dei parametri in entrambe le analisi (41). Questo metodo dei minimi quadrati ponderati è altamente consigliato per le ricerche applicate per l'analisi di variabili ordinali o dicotomiche (24). Sulla base delle raccomandazioni di Hoyle (30), e secondo un approccio multivariato alla valutazione dell'adattamento (*fit*) del modello (58), abbiamo preso in considerazione: indici di *fit* omnibus come il Chi-quadro ( $\chi^2$ ) e indici di adattamento incrementale come il *Comparative Fit Index* (CFI valori > di 0.95 indicavano un buon adattamento) e l'errore quadratico medio di approssimazione (RMSEA; valori < di 0.06 un buon adattamento). Inoltre, è stato considerato come ulteriore criterio anche la *Weighted Root Mean Square Residual* (62) (WRMR valori di  $\leq 1.0$  indicano un buon adattamento). Infine separatamente per ogni dimensione emersa dall'analisi fattoriale, è stata effettuata l'analisi dell'attendibilità attraverso i coefficienti  $\alpha$  di Cronbach.

## RISULTATI

### Caratteristiche del campione

I partecipanti effettivi alla terza fase dello studio sono stati 347 (rispondenza dell'86.8%). Il campione, con una età media di 37.15 anni (DS=6.99), è composto prevalentemente da donne (66.6%) e da infermieri che hanno poco più di 12 anni di servizio (DS=6.63) e che lavorano da circa 7 anni e mezzo nella loro attuale organizzazione. Prevalentemente lavorano nelle unità medico-chirurgiche (50.4%) o in quelle di terapia intensiva (15%) o al pronto soccorso (12.1%), e lavorano mediamente 7-8 ore al giorno.

### Analisi dei dati

#### *Validazione Psicometrica della Nursing CWBS*

L'analisi descrittiva degli item della *Nursing CWBS* (tabella 1) mostra che mentre alcuni comportamenti, principalmente riferibili ad aggressione

**Tabella 1** - Analisi descrittiva degli item e struttura fattoriale della Nursing CWBS*Table 1* - Item descriptive analysis and factorial structure of Nursing CWBS

	M	DS	Asim	Curt	CWB-A*	CWB-C**	CWB-O***
CWB8 Ha minacciato con violenza qualcuno	1,36	0,81	2,62	7,16	<b>0,95</b>	-0,05	0,10
CWB9 Ha minacciato qualcuno ma non fisicamente	1,47	0,81	1,93	3,82	<b>0,95</b>	-0,19	0,20
CWB12 Ha colpito o spinto qualcuno	1,20	0,59	3,40	12,49	<b>0,76</b>	0,35	-0,20
CWB7 Ha incolpato qualcun altro per errori che aveva commesso	1,65	0,93	1,56	2,12	<b>0,58</b>	0,19	0,13
CWB15 Ha insultato o si è preso/a gioco di qualcuno	1,48	0,81	1,85	3,37	<b>0,59</b>	0,21	0,01
CWB11 Ha danneggiato di proposito cose dell'azienda	1,28	0,68	3,01	10,09	<b>0,55</b>	0,37	0,07
CWB14 Ha preso sue iniziative rispetto alla somministrazione del farmaco	1,65	0,91	1,35	1,34	0,02	<b>0,85</b>	-0,03
CWB4 Ha rubato cose di proprietà dall'azienda	1,81	1,04	1,23	0,83	0,01	<b>0,77</b>	0,20
CWB13 Ha spento il sensore delle chiamate notturne	1,32	0,74	2,61	6,95	-0,23	<b>0,78</b>	0,22
CWB6 Ha calmato il paziente farmacologicamente o con mezzi di contenzione, di sua iniziativa	1,65	0,96	1,38	1,21	0,05	<b>0,72</b>	0,14
CWB3 Ha dormito durante il turno di notte	2,27	1,17	0,52	-0,68	-0,17	<b>0,73</b>	0,28
CWB5 Ha accettato un'offerta in denaro da parte di un paziente	1,63	0,90	1,54	2,20	0,17	<b>0,57</b>	0,13
CWB10 È stato superficiale nell'aggiornare le cartelle cliniche del paziente	2,26	1,08	0,50	-0,57	0,15	<b>0,42</b>	0,29
CWB2 Non è andato al lavoro comunicando di essere ammalato quando invece stava bene	2,26	1,17	0,69	-0,29	0,13	0,17	<b>0,67</b>
CWB1 È arrivato a lavoro in ritardo senza autorizzazione	2,61	1,12	0,26	-0,54	-0,03	0,04	<b>0,79</b>

\* comportamenti controproduttivi interpersonali

\*\* comportamenti controproduttivi clinici

\*\*\* comportamenti contro produttivi organizzativi

fisica, sono piuttosto rari nel contesto infermieristico esaminato (ad esempio aver colpito o spinto qualcuno), altri invece sono più frequenti (ad esempio arrivare a lavoro in ritardo senza autorizzazione, o essere superficiale nell'aggiornare le cartelle cliniche del paziente). Per quanto riguarda la dimensionalità della *Nursing CWBS*, come è possibile osservare dalla tabella n. 1, dai risultati è emersa una struttura a tre fattori: CWB aggressivi (CWB-A), che si riferiscono a quei comportamenti prevalentemente di natura interpersonale che implicano un evidente atto aggressivo, CWB agiti nell'ambito delle attività cliniche (CWB-C) e CWB di tipo organizzativo (CWB-O). La percentuale di varianza spiegata dal primo fattore è 22%, dal secondo fattore è 23% e dal terzo fattore 11%.

Successivamente è stata effettuata la CFA che ha confermato la struttura fattoriale con buoni indici di *fit*  $\chi^2$  (86)=193.55,  $p<.01$ ; CFI=98; RMSEA=0.060 (CI: 0.049-.071),  $p=.07$ ; WRMR=0.85.

Emerge inoltre che queste tre forme di comportamenti devianti sono piuttosto correlati tra di loro.

Fattore	CWB-C	CWB-O
CWB-A	0,79	0,50
CWB-C	-	0,60

L'analisi dell'attendibilità evidenzia indici adeguati. In particolare, per la dimensione dei CWB-O il coefficiente  $\alpha$  di Cronbach è pari a 0.72, per quella dei CWB-A è pari a 0.87 e per quella dei CWB-C è pari a 0.89.

*Validazione Psicometrica della Nursing MDS*

L'analisi descrittiva degli item della *Nursing MDS* (tabella 2) mostra che mentre alcuni mecca-

nismi sono poco frequenti nel contesto infermieristico esaminato (Somministrare un farmaco scaduto o non conservato correttamente, non è poi così grave visto che gli altri lo fanno), altri invece ten-

**Tabella 2** - Analisi descrittiva degli item e struttura fattoriale della *Nursing MDS*

*Table 2 - Item descriptive analysis and factorial structure of Nursing MDS*

	M	DS	Asim	Curt	N-DM
dm_17 Somministrare un farmaco scaduto o non conservato correttamente, non è poi così grave visto che gli altri lo fanno	1,17	0,61	3,98	16,38	0,8
dm_12 È giusto staccare il sensore di chiamata dei pazienti durante il turno di notte se questo garantisce la tranquillità del reparto	1,24	0,68	3,19	10,2	0,79
dm_19 I pazienti che disturbano eccessivamente meritano la somministrazione eccessiva di farmaci (es. ansiolitici)	1,34	0,7	2,34	5,9	0,79
dm_9 Rinviare una prestazione sanitaria al turno successivo non è così grave, visto che tutti lo fanno	1,47	0,77	1,82	3,37	0,77
dm_10 Aggiornare i parametri vitali di un paziente senza misurarli ogni volta è solo un modo per snellire il lavoro	1,33	0,75	2,67	7,37	0,77
dm_11 Somministrare a un paziente un dosaggio maggiore di quello prescritto è solo un modo per aiutarlo a stare meglio più in fretta	1,2	0,59	3,32	11,63	0,76
dm_14 Se ci sono tante cose da fare, non è poi così grave rispondere male ad un paziente che insistentemente chiede aiuto	1,42	0,77	1,95	3,68	0,75
dm_5 Non c'è nulla di male nel tenere disordinata o sporca la propria unità operativa quando lo fanno tanti colleghi	1,24	0,67	3,28	11,07	0,73
dm_7 I pazienti che disturbano eccessivamente meritano l'utilizzo inappropriato dei mezzi di contenzione	1,41	0,75	1,87	2,87	0,73
dm_4 La mancata somministrazione di una terapia farmacologica non è grave se non danneggia il paziente	1,37	0,74	2,31	5,63	0,73
dm_18 Non è grave non eseguire una prestazione assistenziale dal momento che lo farà il collega del turno successivo	1,37	0,72	2,04	3,92	0,72
dm_3 Trascrivere in cartella parametri vitali non veritieri (perché di fatto non rilevati) non è poi così grave se il paziente oggettivamente sta bene	1,43	0,77	1,9	3,22	0,71
dm_15 La mancata somministrazione di una terapia farmacologica è semplicemente una "svista"/ "dimenticanza"	1,51	0,79	1,67	2,53	0,68
dm_20 Un dipendente che si fa timbrare il cartellino da un collega per uscire a sbrigare necessità personali non è da biasimare, se anche tutti i suoi colleghi lo fanno	1,27	0,72	3,17	10,81	0,67
dm_13 Non si può incolpare un infermiere se somministra una terapia diversa da quella prescritta se il farmaco non è disponibile in reparto	1,39	0,8	2,28	4,98	0,66
dm_16 Un dipendente non può essere incolpato se spreca materiale sanitario, se l'azienda non fa nulla per controllare	1,61	0,88	1,45	1,66	0,66
dm_21 Se un infermiere non somministra una terapia in tempi adeguati la colpa è del caposala che non ha saputo organizzare i turni di lavoro	1,47	0,77	1,68	2,62	0,65

(continua)

**Tabella 2** - Analisi descrittiva degli item e struttura fattoriale della Nursing MDS*Table 2* - Item descriptive analysis and factorial structure of Nursing MDS

	M	DS	Asim	Curt	N-DM
dm_8 Non è così grave smaltire rifiuti sanitari in modo inadeguato se a livello aziendale non c'è la giusta attenzione rispetto al tema dello smaltimento dei rifiuti	1,51	0,88	1,76	2,5	0,64
dm_1 Danneggiare le cose dell'azienda non è molto grave se si pensa a quante cose illegali commettono i dirigenti	1,4	0,87	2,49	5,94	0,54
dm_2 Se dall'azienda sparisce ogni giorno molto materiale non è colpa di chi lo sottrae ma dell'azienda che non adotta nessuna misura preventiva	1,72	1,01	1,41	1,34	0,53
dm_22 Se durante il turno di notte c'è la possibilità di andare a riposarsi, non è così grave visto che i medici e gli altri lo fanno	2,14	1,1	0,78	0	0,48
dm_6 Non si può incolpare un infermiere se non somministra le terapie in tempi adeguati, vista la scarsità del personale infermieristico negli ospedali	2,4	1,26	0,46	-0,86	0,37

L'analisi dell'attendibilità di questa dimensione presenta indici adeguati, con un coefficiente  $\alpha$  di Cronbach pari a .94

dono ad essere più diffusi (Non si può incolpare un infermiere se non somministra le terapie in tempi adeguati, vista la scarsità del personale infermieristico negli ospedali). Per quanto riguarda la dimensionalità della scala di *Nursing MDS*, come è possibile osservare dalla tabella 2, dai risultati è emersa, in linea con la letteratura, una struttura a un fattore. La percentuale di varianza spiegata è 48%. Successivamente è stata effettuata la CFA che ha confermato la struttura fattoriale con buoni indici di fit  $\chi^2(209)=362.46$ ,  $p<.01$ ; CFI=98; RMSEA=0.046 (CI: 0.038-.054),  $p=.79$ ; WRMR=1.00.

### Risultati dell'analisi di correlazione

Come mostrato nella tabella 3 e in linea con le nostre ipotesi, più gli infermieri si disimpegnano sul luogo di lavoro tanto più essi sono inclini a mettere in atto i CWB specialmente quelli in cui il destinatario del comportamento deviante è una persona.

**Tabella 3***Table 3*

	DM
CWB_A	0,29**
CWB_C	0,35**
CWB_O	0,11*

Nota. \*\* <.01 ; \* <.05

### DISCUSSIONE

Sulla base dei risultati di questo studio, la *Nursing CWBS* e la *Nursing MDS* risultano avere buone caratteristiche psicometriche di validità e affidabilità nel misurare rispettivamente i CWB e il DM degli infermieri. Le analisi statistiche condotte hanno dimostrato che l'adattamento della *Controproductive Work Behavior Checklist* di Spector & Fox al contesto infermieristico e la *Nursing MDS*, specificatamente costruita, rappresentano un valido punto di partenza per lo studio di tali fenomeni anche tra il personale infermieristico. Di particolare interesse sono i risultati dell'analisi fattoriale della *Nursing CWBS*. A differenza della scala originale, per la quale emergono due dimensioni, la prima riferibile ai CWB di tipo aggressivo rivolti contro le persone e la seconda ai CWB rivolti contro l'organizzazione, nell'adattamento al contesto infermieristico emerge un terzo fattore, ovvero una dimensione che, differenziandosi nettamente dalle altre, misura i CWB agiti nell'ambito clinico. Questo è sicuramente un aspetto da sottolineare in quanto, in linea con quanto riportato e suggerito dalla letteratura, al fine di massimizzare le informazioni raccolte per la specifica valutazione dei CWB e del DM nonché al fine di cogliere tutti i possibili aspetti legati a specifici ambiti, gli strumenti di misurazione devono essere necessariamente adattati al contesto.

Relativamente all'item CWB-4 della scala, nonostante esso si riferisca a comportamenti aggressivi agiti verso l'azienda, satira nel fattore clinico (CWB-C). Ciò, probabilmente, potrebbe scaturire dal fatto che "rubare cose di proprietà dell'azienda" possa riferirsi anche a furti di medicinali e/o forniture che in qualche modo sono riconducibili e si ripercuotono anche sulle attività cliniche. Tale aspetto potrebbe essere quindi maggiormente indagato attraverso specifici focus group.

Per quanto riguarda invece l'analisi fattoriale della *Nursing MDS*, la stessa ha confermato un unico fattore emergente. Come precedentemente specificato, la monofattorialità di scale volte alla valutazione del DM è estremamente frequente, confermando quanto i diversi meccanismi attraverso cui esso può declinarsi, rimandino comunque a un costrutto comune.

Meritevole di attenzione è invece la frequenza con la quale alcuni CWB vengono messi in atto dal personale infermieristico. Mentre quelli di tipo aggressivo rivolti contro le persone (CWB-A) sono poco frequenti, gli altri riguardanti le attività cliniche (CWB-C) e rivolti contro l'organizzazione (CWB-O) hanno una maggior frequenza. Molto probabilmente la più alta frequenza dei CWB a danno dell'organizzazione e della corretta realizzazione delle attività cliniche, è dovuta anche alla presenza di altre dimensioni psico-sociali da tenere in considerazione come, per esempio, le emozioni negative (es. rabbia, frustrazione) e stress conseguenti a problematiche organizzative. Queste infatti favoriscono l'emergenza di condizioni lavorative particolarmente stressanti, oppure la presenza di supporto e condivisione tra pari che potrebbero ostacolare la messa in atto di aggressioni verso colleghi sottoposti alle stesse pressioni lavorative. Studi futuri dovrebbero considerare tali dimensioni contestuali, relazionali ed emotive per differenziare le possibili vie che conducono alle diverse forme di CWB.

Nel complesso, questa serie di risultati richiama con forza l'attenzione sulla necessità di comprendere meglio il ruolo del DM all'interno di una realtà professionale estremamente lontana da contesti devianti e antisociali, essendo piuttosto per sua natura "orientata verso l'altro".

Basta infatti pensare al danno clinico che può essere causato dalla mancata somministrazione della terapia farmacologica o addirittura dalla somministrazione di farmaci non correttamente conservati, e quindi potenzialmente nocivi e/o inefficaci. Od ancora a quanto possono essere forviati i medici nel loro ragionamento clinico e critico, qualora si trovassero a dover fare affidamento, per formulare una corretta diagnosi, a parametri vitali trascritti in cartella ma non veritieri. In questi casi i pazienti, che subiscono direttamente gli effetti negativi di tali comportamenti, diventano i diretti bersagli degli infermieri che assumono atteggiamenti di DM.

Molti studi scientifici, inoltre, condotti in differenti contesti organizzativi, hanno sottolineato come alcune condizioni lavorative specifiche possano facilitare l'attivazione di questi meccanismi. Per esempio, in situazioni ad alto rischio (eccessivo carico di lavoro, stress, situazioni emotivamente pesanti, etc.), quando le persone sono sollecitate da eccessive situazioni stressanti e sperimentano emozioni negative come l'ansia o la rabbia verso il contesto lavorativo, il DM può portare gli individui a concepire l'adozione di comportamenti dannosi come strategia adeguata a fronteggiare tali situazioni (7, 9, 43). In particolare, vi è la necessità di evidenziare se e in che modo lo stress lavorativo o il burnout possano facilitare l'attivazione del DM favorendo conseguentemente la messa in atto di CWB (31). Questo sembra particolarmente rilevante nel contesto di cura che di per sé è un ambito particolarmente stressante e perciò più esposto alla messa in atto, in alcuni casi, di meccanismi di difesa da parte del personale, come un modo per fronteggiare le tante pressioni lavorative. Inoltre bisogna ricordare che il codice deontologico degli infermieri chiarisce specificamente che gli infermieri devono prestare le loro cure ai pazienti "ben al di sopra e al di là del contesto organizzativo". Quindi è obbligatorio valutare il DM nei luoghi di lavoro, anche al fine di favorire una comprensione globale di questo complesso processo verso comportamenti distruttivi e progettare interventi che considerino sia fattori contestuali che individuali.

Inoltre, la presenza del DM tra i lavoratori in questo specifico contesto organizzativo, è particolarmente preoccupante se si considera che il ricorso

a tali meccanismi può generare un circolo vizioso nella cultura organizzativa. Infatti, queste strategie cognitive possono essere apprese e trasmesse, soprattutto in presenza di condizioni sociali e lavorative che minano regole condivise, norme e codici etici (1). Tali condizioni rappresentano un terreno fertile per la promozione di una “cultura del disimpegno”, in cui diventa possibile normalizzare i comportamenti dannosi che a loro volta compromettono ulteriormente la qualità del lavoro, la motivazione dei lavoratori, il benessere organizzativo ed individuale, nonché la qualità del servizio. Questo in sintesi significherebbe una ulteriore degenerazione delle condizioni sociali e di lavoro.

## CONCLUSIONI

Avere a disposizione una scala di valutazione dei CWB ed una scala di misura del DM specifiche per il contesto infermieristico, può essere estremamente rilevante per il contesto sanitario. In particolare per i Manager infermieristici questo può rappresentare un valido strumento da integrare agli altri indicatori (ambiente di lavoro, cultura organizzativa, stile di leadership, fattori individuali, carico di lavoro, burnout) per il monitoraggio della solidità morale ed etica dei lavoratori, per prevenire comportamenti potenzialmente dannosi per il sistema sanitario stesso, per i propri stakeholder e anche, indirettamente, per i suoi pazienti. Inoltre il monitoraggio del DM può coadiuvare la progettazione di specifici interventi soprattutto volti a prevenire i CWB e a favorire una responsabilità etica individuale e collettiva volta a garantire l'adeguatezza delle procedure anche in condizioni critiche e stressanti.

In considerazione delle potenziali pericolose conseguenze dei CWB in ambito clinico, gli studi futuri dovranno esaminare ulteriormente il contributo specifico del DM e in particolare, identificarne predittori e fattori di rischio/protezione. In altre parole le future ricerche dovranno identificare fattori che da un lato possono impedire il DM e conseguentemente esiti indesiderabili e dall'altro che favoriscano risultati più funzionali, come comportamenti di cittadinanza nei luoghi di lavoro.

Infine, dal punto di vista operativo, considerato che le due scale ideate si riferiscono di fatto, i soli comportamenti negativi agiti dagli infermieri, sarebbe opportuno, nell'ottica di non rafforzare nei compilatori tale accezione negativa, somministrare contemporaneamente altre scale di misurazione di aspetti lavorativi positivi, come per esempio il work engagement e i comportamenti di cittadinanza organizzativa.

## Cosa la comunità scientifica conosce sul tema

- I Comportamenti Controproduttivi dei lavoratori, risposta agli stimoli stressanti in ambito lavorativo, hanno un impatto negativo sull'organizzazione.
- Gli individui, nel proprio contesto di lavoro, possono disimpegnarsi moralmente agendo comportamenti chiaramente in contrasto con i propri principi etici.
- I Comportamenti Controproduttivi e il Disimpegno Morale non sono mai stati studiati nel contesto infermieristico.

## Quale valore aggiunto apporta questo studio

- Anche nel contesto di cura, attraverso due specifiche scale, è possibile studiare i Comportamenti Controproduttivi e misurare il Disimpegno Morale degli infermieri.
- I Comportamenti Controproduttivi possono essere agiti dagli infermieri anche nell'ambito clinico, oltre che in quello organizzativo e interpersonale riferiti dalla letteratura.
- Gli infermieri che si disimpegnano moralmente sul luogo di lavoro, sono quelli più inclini a mettere in atto i Comportamenti Controproduttivi soprattutto di tipo interpersonale.

NO POTENTIAL CONFLICT OF INTEREST RELEVANT TO THIS ARTICLE WAS REPORTED

## BIBLIOGRAFIA

1. Bandura A: Mechanisms of moral disengagement in terrorism. In Reich W (Ed): *Origins of terrorism: Psychology*

- gies, ideologies, states of mind*. New York: Cambridge University Press 1990; 161-191
2. Bandura A: Social cognitive theory in cultural context. *Applied psychology* 2002; *51*: 269-290
  3. Bandura A, Barbaranelli C, Caprara GV, Pastorelli C: Mechanism of moral disengagement in the exercise of moral agency. *Journal of Personality and Social Psychology* 1996; *71*: 364-374
  4. Barbaranelli C, Perna A: Meccanismi di disimpegno morale nell'applicazione delle normative sulla sicurezza: contributo empirico. *Risorsa Uomo* 2004; *10*: 393-415
  5. Barsky A: Investigating the Effects of Moral Disengagement and Participation on Unethical Work Behavior. *Journal of Business Ethics* 2001; *104*: 59-75
  6. Basran S: *Employee Views of Ethics at Work: 2012 Continental Europe Survey*. Institute of Business Ethics
  7. Baxter PE, Boblin SL: The moral development of baccalaureate nursing students: understanding unethical behavior in classroom and clinical settings. *Journal of Nursing Education* 2007; *46*: 20-27
  8. Bennett RJ, Robinson SL: Development of a measure of workplace deviance. *Journal of Applied Psychology* 2000; *85*: 349-360
  9. Caprara GV, Alessandri G, Caprara M, et al: Individual differences in personality traits and social cognitive mechanisms conducive to violence from adolescence to adulthood. *European Journal of Personalità* 2012 doi:10.1002/per.1855
  10. Caprara G, Fida R, Secchione M, et al: Assessing civic moral disengagement: dimensionality and construct validity. *Personality and Individual Differences* 2009; *47*: 504-509
  11. Cattell RB, Vogelmann SA: comprehensive trial of the screen and KG criteria for determining the number of factors. *Multivariate Behavioral Research*, 1977; *12*: 289-325
  12. Chappel D, Di Martino V: *Violence at work*. International labour office, 2006
  13. Comrey AL, Lee HB: *A first course in factor analysis*. Hillside NJ: Erlbaum, 1992
  14. Cullen MJ, Sackett PR: Personality and counterproductive workplace behavior. *Personality and work: Reconsidering the role of personality in organizations*, 2003: 150-182
  15. Dabney D: Neutralization and deviance in the workplace: Theft of supplies and medicines by hospital nurses. *Deviant Behavior* 1995; *16*: 4
  16. Dalal RS: A Meta-analysis of the relationship between organizational citizenship behavior and counterproductive work behavior. *Journal of Applied Psychology* 2005; *90*: 1241-1255
  17. Danna K, Griffin R W: Health and Well-Being in the Workplace: A Review and Synthesis of the Literature. *Journal of Management* 1999; *25*: 357-384
  18. Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, N° 739
  19. Evans RD, Porche DA: The nature and frequency of medicare/medicaid fraud and neutralization techniques among speech, occupational, and physical therapists. *Deviant Behavior* 2005; *26*: 253-270
  20. Farnese ML, Tramontano C, Fida R, et al: Cheating behaviors in academic context: does academic moral disengagement matter? *Procedia Social and Behavioral Science* 2001; *29*: 356-365
  21. Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI, 2009. Il Codice Deontologico dell'infermiere. Available from: <http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm>
  22. Fida R: Il modello stressor-emotion dei comportamenti controproduttivi nelle organizzazioni: una ricerca nel contesto italiano. *Giornale italiano di psicologia* 2011; 913-936
  23. Fida R, Paciello M, Barbaranelli C, et al: The Role of Irritability in the Relation between Job Stressors, Negative Emotions, and Counterproductive Work Behavior. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 2014; *23*: 31-47
  24. Flora DB, Curran PJ: An Empirical Evaluation of Alternative Methods of Estimation for Confirmatory Factor Analysis With Ordinal Data. *Psychological Methods* 2004; *9*: 466-91.
  25. Gobbi P: Il percorso metodologico per l'analisi e la risoluzione delle questioni etiche, 9° corso multi professionale di nursing. *G. Gerontol* 2008; *56*: 301-308
  26. Greenberg J: Employee theft as a reaction to underpayment inequity: The hidden cost of pay cuts. *Journal of Applied Psychology* 1990; *75*: 561-568
  27. Hilbert GA: Moral development and unethical behavior among nursing students. *Journal of Professional Nursing* 1988; *4*: 163-167
  28. Hollinger R, Clark J: Formal and informal social controls of employee deviance. *Sociological Quarterly* 1992; *23*: 333-343
  29. Hoyer PJ, Booth D, Spelman MR, et al: Clinical cheating and moral development. *Nursing Outlook* 1991; *39*: 170-173
  30. Hoyle RH: *Structural Equation Modeling: Concepts, Issues, and Applications*. Thousand Oaks California: Sage Publication 1995
  31. Keashly L, Jagatic K: By any other name: American perspectives on workplace bullying. In Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper C: *Bullying and emotional abuse in the workplace: International perspectives in research and practice*. London: Taylor & Francis, 2003
  32. Keashly L, Trott V, MacLean LM: *Violence and Victims*. Springer Publishing Company 1994; *9*: 341-357

33. Krischer MM, Penney LM, Hunter EM: Can counterproductive work behaviors be productive? CWB as emotion-focused coping. *Journal of occupational health psychology* 2010; *15*: 154-156
34. LeBlanc M, Kelloway E: Predictors and outcomes of workplace violence and aggression. *Journal of Applied Psychology* 2002; *87*: 444-453
35. LeBlanc VR: The effects of acute stress on performance: implications for health professions education. *Acad Med* 2009; *84*: 8425-8433
36. Maffei L: *Etica e professione infermieristica: un percorso metodologico per l'analisi dei dilemmi etici, tempo di nursing. Infermieri, professionali assistenti sanitari vigilatrici d'infanzia* 2001; *60*
37. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP: Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001; *52*: 397-422
38. Moore C, Detert JR, Treviño LK et al: Why employees do bad things: Moral disengagement and unethical organizational behavior. *Personnel Psychology* 2012; *65*: 1-48
39. Moore C: Moral Disengagement in Processes of Organizational Corruption *Journal of Business Ethics* June 2008; *80*: 129-139
40. Mount M, Ilies R, Johnson E: Relationship of personality traits and counterproductive work behaviors: The mediating effects of job satisfaction. *Personnel Psychology* 2006; *59*: 591-622
41. Muthén LK, Muthén BO: *Mplus User's Guide*. Los Angeles CA: 1998-2010
42. Ongori H, Agolla JE: Occupational stress in organizations and its effects on organizational performance. *J Manag Res* 2008; *8*: 123-135
43. Paciello M, Fida R, Cerniglia L, et al: High cost helping scenario: the role of empathy, prosocial reasoning and moral disengagement on helping behavior. *Personality and Individual Differences*, 2012
44. Payne BK: *Crime in the home health care field*. Springfield, IL: Charles C. Thomas, 2003
45. Pelton J, Gound M, Forehand R, et al: The Moral Disengagement Scale: Extension with an American Minority Sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 2004; *26*: 31-39
46. Penney LM, Spector PE: Job stress, incivility, and counterproductive workplace behavior (CWB): the moderating role of negative affectivity. *Journal of Organizational Behavior* 2005; *26*: 777-796
47. Penney LM, Spector PE: Emotions and counterproductive work behavior. *Research companion to emotion in organizations* 2008; *183*
48. Perlik A: Employee theft, losses grow. *Security Distributing & Marketing* 1999; *29*: 129
49. Policastro, 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
50. Qingquan P, Zongkui Z, Fan P, et al: Moral disengagement in middle Childhood: influence on prosocial and aggressive behaviors. *The 1st international conference on information science and engineering*, 2009
51. Robinson SL, Bennett RJ: A typology of deviant workplace behaviors: a multidimensional scaling study. *Academy of Management Journal* 1995; *38*: 555-572
52. Rosenstein AH, O'Daniel M: Disruptive behavior and clinical outcomes: Perceptions of nurses and physicians. *American Journal of Nursing* 2005; *105*: 54-64
53. Sackey J, Sanda MA: Influence of occupational stress on the mental health of ghanaiian professional women. *Int. J Ind Ergon* 2009; *39*: 867-887
54. Sackett PR, DeVore CJ: Counterproductive behaviors at work. In Anderson N, Ones DS, Sinangil HK, Viswesvaran V: *International Handbook of Work Psychology* 2001; *1*: 145-164
55. Silvestro A: *Commentario al codice deontologico dell'infermiere 2009*. Milano: Mc Graw Hill, 2009
56. Spector PE, Fox S: A model of counterproductive work behavior. In Fox S, Spector PE: *Counterproductive workplace behavior: investigations of actors and targets*. Washington, DC: APA, 2005; 151-174
57. Spector PE, Fox S: *The Stressor-Emotion Model of Counterproductive Work Behavior*, 2005
58. Tanaka JS: Multifaceted conceptions of fit in structural equation models. In Bollen KA, Long JS: *Testing structural equation models*. Newbury Park, CA: Sage 1993; 10-40
59. Thurstone LL: *Multiple-factor analysis*. Chicago: Univ. Chicago Press, 1947
60. Wilson MG, DeJoy DM, Vandenberg RJ, et al: Work characteristics and employee health and well-being: Test of a model of healthy work organization. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 2004; *77*: 565-588
61. Wright J: Stress in the workplace: A coaching approach. *Work* 2007; *28*: 279-284
62. Yu CY: *Evaluating cutoff criteria of model fit indices for latent variable models with binary and continuous outcomes. Doctoral dissertation*. Los Angeles: University of California 2002

ACKNOWLEDGEMENT: *Si ringrazia il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica del Collegio IPASVI di Roma, per aver finanziato il progetto di ricerca.*