

Stalking nella professione infermieristica: comportamenti, conseguenze, strategie di coping e differenze di genere

DANIELA ACQUADRO MARAN¹, ANTONELLA VARETTO²

¹Ricercatrice in psicologia del lavoro e delle organizzazioni, Dipartimento di Psicologia – Università degli Studi di Torino, Torino

²Psicologa Clinica, Dirigente Psicologa, A.O.U. Città della salute e della scienza di Torino, Torino

KEY WORDS: Gender difference; coping; anxiety; depression

PAROLE CHIAVE: Differenze di genere; coping; ansia; depressione

SUMMARY

«*Stalking in nursing profession: behavior, consequences, coping strategies and gender difference*». **Background:** *The literature analysis has shown the risk of victimization in nursing professions. To date, very few studies have focused on the behavioral differences characterizing the stalking campaign, the consequences (physical and emotive), and the coping strategies adopted by victims (male and female nurses).* **Objectives:** *The aim of this work was to compare the victimization experience of men and women working as nurses in public hospitals.* **Methods:** *2.154 nurses were asked to fill a self-administered questionnaire and 765 (35.5%) filled it. Victims were 221 (29.8%), 172 (77.8%) female and 49 (22.2%) male.* **Results:** *Findings show that the stalker is generally a man in the case of a female victim (76.2%) and a woman in the case of a male victim (71.4%). For both, the stalker is in most cases an acquaintance (for female victims=37.8%; for male victims=36.7%) who stalked for about one year. Stalking behavior causes in male nurses more physical symptoms (sleep and weakness disorders, respectively $\chi^2=4.62$, $p=.024$ and $\chi^2=4.14$, $p=.043$) than in female nurses. Female nurses (who cope by increasing social contact with friends and relatives and by talking to a psychologist) experienced more sadness ($\chi^2=15.67$, $p=.000$) and paranoia ($\chi^2=10.07$, $p=.002$) than male nurses.* **Conclusions:** *Possible strategies for preventing the phenomenon are discussed, highlighting the percentage (8.2% among female victims, 5.8% among male victims) of those who have reported to the police.*

RIASSUNTO

Introduzione: *L'analisi della letteratura ha evidenziato il rischio di vittimizzazione nelle professioni infermieristiche. Poche ricerche sono state rivolte su questa specifica popolazione alle differenze di genere delle vittime e le caratteristiche della campagna di stalking, alle conseguenze (in termini fisici ed emotivi) e alle strategie di coping.* **Obiettivo:** *L'obiettivo del lavoro qui presentato è quello di mettere a confronto l'esperienza di vittimizzazione di uomini e donne che operano in qualità di infermieri in strutture ospedaliere pubbliche.* **Metodi:** *Un questionario autosomministrato è stato distribuito a 2.154 infermieri, 765 (35.5%) lo hanno restituito. Le vittime sono 221 (29.8%) di cui 172 (77.8%) donne e 49 (22.2%) uomini.* **Risultati:** *I risultati indicano che lo stalker è generalmente un uomo nel caso di vittima di genere femminile (76.2%) e una donna nel caso di vittima di genere maschile (71.4%). Per entrambi i generi lo stalker è nella maggior parte dei casi un conoscente (per le vittime donne=37.8%; per le vittime uomini=36.7%), che mette in atto una campagna di stalking per circa un anno. I comportamenti*

Pervenuto il 11.6.2018 - Revisione pervenuta il 25.9.2018 - Accettato il 5.10.2018

Corrispondenza: Daniela Acquadro Maran, phd, ricercatrice in psicologia del lavoro e delle organizzazioni, Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Torino, Via Verdi 10, 10124 Torino - E-mail: daniela.acquadro@unito.it

*stalkizzanti causano negli infermieri più sintomi fisici (disturbi del sonno e debolezza, rispettivamente $\chi^2=4.62$, $p=.024$ e $\chi^2=4.14$, $p=.043$) rispetto alle colleghe, mentre nelle infermiere (che reagiscono aumentando la frequentazione di amici e parenti e parlandone con uno psicologo) hanno provocato più tristezza ($\chi^2=15.67$, $p=.000$) e paranoia ($\chi^2=10.07$, $p=.002$) che nei colleghi. **Conclusioni:** Possibili strategie di prevenzione del fenomeno vengono discusse, mettendo in luce la percentuale (8.2% tra le vittime di genere femminile, 5.8% tra quelle di genere maschile) di coloro che denunciano alle forze dell'ordine.*

INTRODUZIONE

Lo stalking è definito come la messa in atto di uno o più comportamenti tesi a provocare nella vittima preoccupazione, fastidio, paura per la propria o altrui incolumità. A differenza di altri fenomeni orientati alla violenza, alla molestia o al controllo, lo stalking è caratterizzato dalla sussistenza di tre elementi: il contenuto minaccioso delle comunicazioni o dei comportamenti adottati dal perpetratore, l'individuazione di una vittima, la ripetizione dei comportamenti di contatto e/o intrusivi (37). Ciò che contraddistingue lo stalking da altri fenomeni è che i comportamenti reiterati messi in atto sono tesi al controllo della vittima (23), mentre ad esempio nel mobbing la campagna vessatoria ha come obiettivo l'esclusione e l'emarginazione dal luogo di lavoro (17). La prevalenza del fenomeno sulla popolazione è stata indagata in diversi Paesi, utilizzando strumenti diversi (questionari online su specifici campioni o survey su intere popolazioni, ad esempio) e con definizioni spesso non univoche, che dipendono essenzialmente dalle leggi adottate. Nonostante queste limitazioni, la meta-analisi di Spitzbergh e Cupach (35) su 175 studi ha evidenziato una percentuale di vittimizzazione tra l'8 e il 32% per le donne e il 2 e il 13% per gli uomini. In un precedente lavoro gli stessi autori avevano rilevato come la maggior parte delle vittime fossero donne con un'età compresa tra i 18 e i 29 anni, oggetto di una campagna di stalking messa in atto da un uomo che tendeva ad assumere comportamenti di controllo e sorveglianza (appostamenti, pedinamenti) e comunicazioni contenenti minacce di violenza. La motivazione predominante era tesa allo stabilire o ri-stabilire una relazione (36).

Accanto alle ricerche su ampie porzioni della popolazione, i ricercatori hanno indagato come alcuni

gruppi professionali (ad es. psichiatri, docenti universitari, terapeuti) possano essere esposti al rischio di vittimizzazione. In particolare dall'analisi della letteratura risulta che le percentuali di vittimizzazione nella popolazione infermieristica sono comprese tra il 14 e il 50% (12, 19). I motivi sono stati indagati tra gli altri da Badger e Mullan (4). Gli autori individuano nei sentimenti di frustrazione, paura, impotenza, confusione e distress del paziente, e dei suoi caregiver, una prima condizione che accresce la possibilità che un comportamento violento venga messo in atto. Inoltre, alcuni stati del paziente, come le alterazioni determinate dall'abuso di alcol/sostanze o una condizione psicopatologica, possono accrescere il rischio per un infermiere di subire un attacco (18). Se non si interviene tempestivamente, un singolo episodio può essere il primo di una serie di comportamenti violenti ripetuti nel tempo. In un interessante lavoro, Pathè, Mullen e Purcell (26) esplorano la relazione che si instaura tra paziente ed operatore sanitario e la possibilità che prenda il via la campagna di stalking. Gli autori evidenziano come alcuni pazienti possono interpretare la cura e l'attenzione come un gesto romantico che prelude ad una relazione affettiva. Il comprendere che così non è (o perché le avances risultano non gradite da parte degli operatori, o perché si rileva che il comportamento dell'operatore è simile per tutti gli assistiti) può far scaturire nel paziente rabbia e sentimenti di vendetta (16). Come ulteriore elemento, una ricerca condotta in Italia da Paterniani, Iacorossi, Bartolini Salimbeni e Di Croce (24) evidenzia come solo recentemente vi è stato il riconoscimento del ruolo di infermiere professionale con l'istituzione di corsi di laurea, Master, dottorato. Nonostante la professionalizzazione del ruolo, il rischio per gli infermieri è di essere (ancora) percepiti dai pazienti e dai loro caregiver come portatori di una missione, una vo-

cazione: l'infermiere è colui/colei a cui ci si affida non solo per l'assistenza del corpo ma anche delle emozioni, colui/colei che comprende le necessità del paziente e si suppone possa operare una mediazione fra le esigenze del paziente/caregiver e medico/struttura ospedaliera.

Il rischio di vittimizzazione negli infermieri è stato evidenziato in una ricerca condotta in Gran Bretagna da Ashmore, Jones, Jackson e Smoyak (3). Gli autori hanno coinvolto 112 infermieri operanti nei reparti di salute mentale, riscontrando una percentuale di vittimizzazione pari al 50%. La maggior parte (78.6%) erano infermiere che avevano subito una campagna di stalking per meno di 12 mesi da parte di uno stalker uomo (82.2%) con un'età compresa tra i 17 e i 60 anni. Un terzo degli stalker era un paziente. La campagna di stalking è stata caratterizzata da comunicazioni non desiderate (telefonate, lettere; 31.4%) e regali (41.1%). In 26.8% casi le comunicazioni contenevano una minaccia, il 21.4% delle vittime è stata aggredita fisicamente. Un terzo delle comunicazioni contenevano una minaccia di tipo sessuale (34%; l'1.8% delle vittime è stata aggredita sessualmente), mentre il 19.6% contenevano una minaccia di auto-lesionismo e – sempre con la stessa percentuale – una minaccia verso altri (colleghi, familiari, pazienti). Altri comportamenti indicati dalle vittime sono stati i pedinamenti (42.9%), danni alla proprietà (12.5%), furto (7.1%), violazione di domicilio (0.8%), diffamazione (1.8%). Le vittime hanno descritto conseguenze a livello fisico (disturbi del sonno, 25%) ed emotivo: principalmente ansia (46.4%), irritazione (37.5%), rabbia (37.5%), stress (30.4%). Per fronteggiare la campagna di stalking le vittime hanno adottato strategie di tipo confrontativo (il 50% ha cercato di far ragionare lo stalker), difensivo (il 37.5% ha ignorato lo stalker), offensivo (il 12.5% ha minacciato lo stalker). Quasi un terzo (28.6%) ne ha parlato durante gli incontri di supervisione. Alcune vittime si sono confidate con un amico (46.4%) o un parente (37.5%) mentre il 23.2% ha denunciato lo stalker alla polizia. Da ricerche condotte da Smoyak (32), Sandberg, McNiel e Binder (28), McIvor e Petch (21), e più recentemente da Maran, Varetto e Zedda (19), risulta che gli infermieri – al pari degli altri operatori sanitari (1) – tendano a non raccontare lo

stato di vittimizzazione ai colleghi, ai supervisori e alla polizia (anche quando presente nello stesso presidio ospedaliero). La motivazione sembra risiedere da un lato nella negazione e nella minimizzazione degli episodi, dall'altro nell'idea che lo stalking sia frutto di un errore della stessa vittima. La negazione e la minimizzazione sono una strategia di coping che permette di allontanare sentimenti spiacevoli, giustificando la scelta professionale fatta (lavorare con soggetti sofferenti) e razionalizzando il comportamento dell'altro (lo stalker), affetto da disturbi fisici, emotivi, relazionali, psicopatologici che motivano l'inizio della campagna di stalking. Questa strategia può risultare funzionale, può aiutare la vittima a ignorare la situazione e i potenziali pericoli, continuando a svolgere il lavoro di cura con la consueta routine (7). D'altra parte, gli infermieri vittime di stalking possono adottare una strategia di auto-accusa, percependosi causa dell'inizio della campagna di stalking: il rischio è di mettere in dubbio le proprie capacità professionali. La mancata condivisione dell'esperienza di vittimizzazione con colleghi e supervisori nasce dalla paura di essere considerati incompetenti, inefficienti o non sufficientemente preparati per il compito di cura (20). In entrambi i casi, la mancata denuncia determina l'impossibilità di fermare la campagna di stalking, con conseguenze che possono inficiare sul lungo periodo la salute psico-fisica dell'infermiere (14). Per quanto riguarda l'Italia, una interessante ricerca svolta da Comparcini, Simonetti, Lupo, Galli, Bocij e Cicolini (8) ha evidenziato come in un campione composto da quasi 1000 infermieri il 23.3% avesse subito una campagna di stalking online. In una ricerca precedente (19) è risultato che la prevalenza di vittimizzazione all'interno del campione di infermieri era del 14%. All'interno degli studi citati svolti in Italia ed in altri Paesi non è ancora stato preso in considerazione come l'esperienza di vittimizzazione incida sulle donne e sugli uomini in questa popolazione, se vi sono differenze nelle modalità messe in atto dagli stalker, nelle conseguenze e nelle strategie di coping utilizzate.

L'obiettivo del presente lavoro è quello di presentare la prevalenza di vittimizzazione, la natura della relazione tra vittima e perpetratore, le strategie utilizzate per fronteggiare la campagna di stalking e le

conseguenze fisiche ed emotive a carico della vittima (inclusa depressione e ansia) in uomini e donne. Il nostro intento è quindi quello di descrivere l'esperienza di vittimizzazione in infermieri ed infermiere evidenziando elementi comuni e tratti distintivi della campagna di stalking.

METODO

Partecipanti

Il progetto ha coinvolto tre strutture ospedaliere in una grande città nel Nord Italia. Un questionario cartaceo è stato distribuito a tutti i 2.154 infermieri, 765 lo hanno restituito (35.5%). Ventitre (3.1%) questionari erano incompleti in tutte le parti della sezione socio-anagrafica e sono stati pertanto esclusi. I rispondenti nel complesso sono 742 (34.4%), 556 sono di genere femminile e 188 di genere maschile, con un'età compresa tra i 19 e i 65 anni ($M=39.55$, $SD=10.32$). Novanta (10.3%) partecipanti erano in formazione al momento della somministrazione del questionario. Duecentosettatsette soggetti (37.3%) ha indicato 'sposato/a' nello stato civile, 178 (24%) si sono dichiarati single, 89 (18.9%) si sono dichiarati impegnati in una relazione. La restante parte del campione non ha dato una risposta. La partecipazione alla compilazione del questionario era volontaria.

Materiali

In questionario utilizzato è lo stesso proposto in precedenti studi che hanno coinvolto la professione infermieristica nell'analisi del fenomeno stalking (4, 5). La prevalenza di vittimizzazione, la natura della relazione tra vittima e stalker, le conseguenze e le strategie di coping sono state indagate tramite la versione italiana del questionario del Network for Surviving Stalking (NSS) messo a punto da Sheridan (University of Leicester). Per la realizzazione della versione italiana del questionario è stato utilizzato il metodo della back translation suggerito da White e Elander (38). Il questionario contiene le seguenti sezioni:

- dati socioanagrafici dei rispondenti (vittime e non vittime; per coloro che non si dichiarano

vittime di stalking, il questionario era da considerarsi concluso – 4 item: genere, età, reparto, stato civile);

- dati socio-anagrafici dello/a stalker (se conosciuto) al momento dei fatti (4 item: genere, età, professione, stato civile)
- natura della relazione vittima-perpetratore [1 item – possibili risposte: intimi (partner/ex-partner), conoscenti (es. amici, colleghi, pazienti), sconosciuti]
- comportamenti che hanno caratterizzato la campagna di stalking (18 item – ad es. 'mi insegna', 'mi fotografava a mia insaputa'; possibili risposte: si/no)
- il timore per la propria e/o altrui incolumità (1 item – risposta da 0, per nulla intimorito a 3, estremamente intimorito)
- durata della campagna di stalking (1 item)
- frequenza dei contatti (1 item – possibili risposte: una o più volte al giorno, più di una volta alla settimana, una volta alla settimana, una volta al mese, meno di una volta al mese)
- strategie utilizzate per fermare la campagna di stalking (16 item – ad es. 'gli ho chiesto di smetterla', 'mi sono rivolto alla polizia'; possibili risposte: si/no)
- conseguenze fisiche ed emotive sulla vittima (16 item – ad es. 'mal di testa', 'rabbia'; possibili risposte: si/no)

Le conseguenze della campagna di stalking in termini di depressione e ansia sono state ulteriormente indagate attraverso l'utilizzo delle versioni italiane delle scale Beck Depression Inventory (BDI) e State-Trait Inventory (STAI). La BDI (5; versione italiana di Scilligo, 29) consiste in 21 domande volte a rilevare sintomi depressivi. Alle risposte è assegnato un punteggio da 0 a 3, un punteggio compreso tra 0 e 13 indica una depressione minima, se compreso tra 14 e 19 una depressione lieve, se tra 20 e 28 una depressione moderata; un punteggio > di 29 punti indica un quadro depressivo serio (in questo lavoro alpha di Cronbach =0.85). La STAI (33; versione italiana di Pedrabissi e Santinello, 27) misura l'ansia di stato (forma Y1) e di tratto (Y2). L'ansia di stato è riferita ad uno stato emotivo transitorio, caratterizzato da sentimenti di tensione e preoccupazione e da un aumento dell'attività del sistema nervoso au-

tonomo. L'ansia di tratto indica una predisposizione relativamente stabile, come gli individui rispondono alle situazioni, come si sentono generalmente. Il punteggio per entrambe le scale varia da un minimo di 20 ad un massimo di 80. Il punteggio tra 40 e 50 indica la presenza di un'ansia lieve, tra 50 e 60 di ansia moderata. Il punteggio pari o superiore a 60 indica una forma grave di ansia. In questo lavoro, l'alpha di Cronbach è rispettivamente 0.77 e 0.88.

Procedura

Dopo aver ricevuto l'autorizzazione della direzione sanitaria, e previo l'accordo dei direttori dei reparti, una copia del questionario è stata lasciata ai capisala con la richiesta di distribuirlo a tutti gli infermieri e alle infermiere. In accordo con la Dichiarazione di Helsinki, allegata al questionario vi erano la lettera di consenso informato e la lettera di accompagnamento con indicata la definizione del fenomeno stalking "un insieme di comportamenti ripetuti ed intrusivi di sorveglianza e controllo, di ricerca di contatto e comunicazioni nei confronti di una 'vittima' che risulta infastidita e/o preoccupata da tali comportamenti non graditi" (11). La definizione è stata scelta in quanto molto simile alla legge italiana che sanziona il comportamento di stalking (art. 612/bis, c.p.). Sempre nella lettera di accompagnamento vi era inoltre la dichiarazione di anonimato e di trattamento dei dati in ottemperanza alla legge sulla privacy, le istruzioni per la compilazione e i riferimenti delle autrici per ogni ulteriore informazione o richiesta di chiarimento. A tutti i partecipanti (vittime e non vittime) è stato chiesto di rispondere alle domande contenute nella prima pagina del questionario contenente informazioni socio-anagrafiche. Seguiva una definizione di stalking (la stessa già presente nella lettera di accompagnamento) e la richiesta di dichiararsi vittime o meno del fenomeno ('data la definizione di stalking, ritieni di essere/essere stato vittima di stalking?'). Questa ripetizione è stata reputata necessaria al fine di diminuire il più possibile fraintendimenti su cosa sia lo stalking. In caso di risposta positiva, il rispondente veniva invitato a continuare la compilazione del questionario. In caso contrario, veniva chiesto di considerare il questionario concluso e di riconsegnarlo. Una volta

completato il questionario, i partecipanti dovevano inserirlo in una scatola apposita sigillata con una fessura per l'inserimento del questionario (stile urna elettorale). Sulla scatola, collocata negli spogliatoi, era indicato il titolo del progetto e la data entro la quale consegnare il questionario (15 gg. lavorativi). I dati ottenuti sono stati analizzati con il programma SPSS versione 22. L'analisi descrittiva (media, deviazione standard) è stata fatta per le variabili socio-demografiche di tutti i partecipanti (vittime e non). Il test del χ^2 è stato utilizzato per individuare le differenze tra le vittime sulla base del genere (uomini, donne). Il t-test è stato utilizzato per individuare le differenze sui punteggi medi (sintomi ansia e depressione). Le differenze sono state considerate statisticamente significative se $p < 0.05$. La correlazione è stata calcolata per esaminare la relazione tra la somma del numero di ciascun tipo di conseguenza (fisica, emotiva), l'incremento del timore di aggressione (da 0 per nulla intimorito a 3, estremamente intimorito) e i valori delle scale BDI e STAI Y1 e Y2 valutate separatamente per gli uomini e le donne.

RISULTATI

I partecipanti che si sono dichiarati vittime di stalking sono 221 (29.8%). Di questi, 172 (77.8%) sono donne e 49 (22.2%) uomini. Nel complesso, le vittime auto-dichiaratesi hanno un'età compresa tra i 19 e i 60 anni ($M=36.68$, $d.s.=11.26$). Solo il 15.4% ha indicato il reparto, di questi il 26.5% ha indicato psichiatria, l'11,8% medicina generale, l'11,8% poliambulatorio, il 5,9% neurologia e la restante parte 'altro' senza nessuna ulteriore indicazione. Per quanto riguarda lo stato civile, la maggior parte ($n=66$, 29,9%) si è dichiarato sposato, 54 (24,4%) soggetti hanno indicato celibe/nubile, 46 (20,8%) fidanzato/a, 26 (11,8%) convivente, 21 (9,5%) divorziato/a, una persona vedova (0,5%). La restante parte del campione non ha dato una risposta. Gli stalker sono in genere uomini (164, 74,2%), l'età varia da 17 a 80 anni ($M=35.88$, $d.s.=12.02$) e sono persone conosciute (intimi, conoscenti) nella maggior parte dei casi (151, 71,5%). Delle 138 vittime che hanno indicato la professione dello stalker, la maggior parte ha riferito che lo stalker era occupato al momento dei fatti (100, 72,4%), 19 (13,8%) ha

indicato che lo stalker era uno studente e 3 (2.2%) che era disoccupato. Sedici (11.6%) hanno indicato 'non so'.

L'esperienza di vittimizzazione nelle infermiere

All'interno del campione di sole donne, le 172 vittime rappresentano il 30.9% del campione femminile. L'età è compresa in un range 19-60 anni ($M=36.75$, $d.s.=11.50$). La maggior parte delle infermiere ha indicato 'sposata' nello stato civile (50, 29.9%), 40 (24%) nubile, 35 (21%) fidanzata, 23 (13.8%) convivente, 18 (10.8%) divorziata e una vedova. Gli stalker sono indicati di sesso maschile da 131 (76.2%) vittime, 21 (12.2%) vittime indicano che la campagna di stalking è stata messa in atto da una donna. 20 vittime non hanno indicato il genere dello stalker. L'età dello stalker è stata indicata da 122 vittime, l'età varia da 17 a 80 anni ($M=35.96$, $d.s.=12.49$). Gli stalker risultano essere nella mag-

gior parte dei casi conoscenti (65, 37.8%), seguiti da intimi (52, 30.2%) e da sconosciuti (45, 26.2%). 10 vittime non hanno dato una risposta. 103 vittime hanno indicato la professione dello stalker al momento dei fatti. La maggior parte risultano occupati (70.9%), seguiti da studenti (16, 15.5%) e da disoccupati (2, 1.9%). 12 (11.7%) ha indicato 'non so'. I comportamenti messi in atto sono indicati in tabella 1. Questi comportamenti hanno impaurito le vittime ($M=1.77$, $d.s.=0.99$) e caratterizzato la campagna di stalking che è durata da poche settimane a 11 anni ($M=50$ settimane, pari a poco meno di un anno). I contatti per la maggior parte delle vittime avvenivano una o più volte al giorno (79, 45.9%), 46 (26.7%) vittime hanno indicato 'più volte alla settimana'. Per fronteggiare la campagna di coping, le vittime hanno adottato diverse strategie (tabella 2). I risultati indicano che le donne, più degli uomini, aumentano la frequentazione di amici e parenti e adottano la strategia di parlarne con uno psicologo. La campa-

Tabella 1 - Comportamenti che hanno caratterizzato la campagna di stalking in infermieri uomini e donne auto-dichiaratisi vittime di stalking. I valori sono espressi in percentuale

Table 1 - Behaviors that characterize the stalking campaign in men and women nurses self-declared victims of stalking. Values expressed in percentage

	Donne n=172	Uomini n=49	χ^2	<i>p</i>
La inseguiva	48.1	53.5	.38	n.s.
Le inviava lettere o altri materiali scritti	25.7	24.3	.03	n.s.
La contattava tramite telefono	72.7	58.1	3.25	n.s.
La contattava tramite e-mail	20	14.3	.57	n.s.
La contattava tramite sms	42.5	39	.16	n.s.
La fotografava a sua insaputa	4	14.3	4.48	.049
Atti vandalici (contro la proprietà, l'auto, ecc.)	16	22.2	.71	n.s.
L'ha minacciata di aggressione fisica	24.5	28.6	.23	n.s.
L'ha aggredita fisicamente	12.6	14.3	.06	n.s.
L'ha minaccia di aggressione sessuale	4	9.1	1.32	n.s.
L'ha aggredita sessualmente	2	0	.12	n.s.
Ha minacciato di molestare suo/a figlio/a	4	14.7	4.72	.044
Ha molestato suo/a figlio/a	1	0	.33	n.s.
Ha fatto irruzione in casa sua	8.5	14.7	1.10	n.s.
La spiava	38.9	54.1	2.60	n.s.
La aspettava fuori casa/lavoro/altro	38.8	53.8	2.77	n.s.
Le faceva regali	18.3	20	.05	n.s.
Ha diffuso bugie sul suo conto	32.7	35.1	.05	n.s.

Legenda: n.s.=non significativo/not significant

Tabella 2 - Strategie di coping messe in atto da infermieri uomini e donne auto-dichiaratisi vittime di stalking. I valori sono espressi in percentuale**Table 2** - Coping strategies by men and women nurses self-declared victims of stalking. Values expressed in percentage

	Donne n=172	Uomini n=49	χ^2	<i>p</i>
Raccogliere prove	43.6	44.9	1.73	n.s.
Tentare di cogliere sul fatto il/la stalker	42.3	46.8	.28	n.s.
Avere un piano di fuga	23.3	22.4	.30	n.s.
Frequentare amici e parenti più del solito	43	36.7	10.99	.001
Consumare alcool	4.7	4.1	.15	n.s.
Assumere farmaci	3.5	4.1	.39	n.s.
Consumare droghe leggere	3.5	2	.00	n.s.
Frequentare amici e parenti meno del solito	16.9	22.4	1.24	n.s.
Modificare la routine per recarsi al lavoro	28.5	34.7	7.28	.005
Rivolgersi ad uno psicologo	42.4	16.3	11.20	.000
Ignorare lo/la stalker	11.6	18.4	.07	n.s.
Confrontarsi con lo/la stalker	42.9	51.3	.55	n.s.
Minacciare lo/la stalker	23.3	26.5	.22	n.s.
Chiedere di interrompere i comportamenti	15.1	24.5	2.35	n.s.
Chiedere il motivo dei comportamenti	12.2	13.5	.26	n.s.
Denunciare alle forze dell'ordine	8.2	5.8	.61	n.s.

Legenda: n.s.=non significativo/not significant

gna di stalking ha determinato per 144 vittime da 1 a 4 diversi problemi fisici ($M=1.12$, $d.s.=0.45$) e per 140 da 1 a 3 problemi emotivi ($M=1.09$, $d.s.=0.33$). Tali problemi sono elencati in tabella 3. Le infermiere, più dei colleghi uomini, esperiscono sintomi quali attacchi di panico, paranoia e tristezza. Tra le conseguenze, la depressione risulta essere minima mentre l'ansia di stato e di tratto è lieve. L'ansia di stato e di tratto risultano avere una differenza statisticamente significativa, le donne indicano di esperire maggiormente sintomi ansiosi rispetto agli uomini. La correlazione evidenzia come all'aumento del numero dei sintomi fisici ed emotivi aumentino i sintomi di depressione (rispettivamente $r=.33$, $p=.002$ e $r=.38$, $p=.000$).

L'esperienza di vittimizzazione negli infermieri

I 49 uomini auto-dichiaratisi vittime di stalking rappresentano il 26.3% del campione maschile. L'età è compresa in un range 20-58 anni ($M=36.45$, $d.s.=10.50$). La maggior parte ha indicato 'sposato' nello stato civile (16, 32.6%), 14 (29.8%) celibe, 11

(23.4%) fidanzato, 3 (6.4%) convivente, 3 (6.4%) divorziato. Gli stalker sono indicati di sesso femminile da 35 (71.4%) vittime, 11 (22.4%) infermieri indicano che la campagna di stalking è stata messa in atto da un uomo. Tre vittime non hanno indicato il genere dello stalker. L'età dello stalker è stata indicata da 41 vittime, l'età varia da 21 a 65 anni ($M=35.63$, $d.s.=10.65$). Gli stalker risultano essere nella maggior parte dei casi conoscenti (18, 36.7%), seguiti da intimi (16, 32.7%) e da sconosciuti (15, 30.6%). Trentacinque vittime hanno indicato la professione dello stalker al momento dei fatti. Sono stati indicati tre studenti (6.1%), un disoccupato (2%) mentre la restante parte del campione risulta essere occupato. I comportamenti messi in atto sono indicati in tabella 1. Questi comportamenti hanno caratterizzato la campagna di stalking che è durata da poche settimane a 5 anni ($M=54$ settimane, pari a poco più di un anno) ed hanno determinato un sentimento di timore negli infermieri ($M=1.86$, $d.s.=0.91$). Più delle colleghe donne, gli infermieri hanno subito una campagna di stalking caratterizzata da fotografie scattate a loro insaputa e minacce di molestie ai figli

Tabella 3 - Frequenze dei sintomi fisici ed emotivi (valori espressi in percentuale), punteggi medi e deviazione standard per BDI, STAI Y1 e Y2 in infermieri uomini e donne auto-dichiaratisi vittime di stalking

Table 3 - Frequencies of physical and emotive symptoms (value expressed in percentage), scores and standard deviation for BDI, STAI Y1 and Y2 in men and women nurses self-declared victims of stalking

	Donne n=172	Uomini n=49	χ^2	<i>p</i>
Sintomi fisici				
Cambio peso	14	16.3	.00	n.s.
Disturbi del sonno	47.9	67.5	4.62	.024
Mal di testa	30.7	38.9	.83	n.s.
Stanchezza	28	38.9	1.49	n.s.
Nausea	11.8	10.6	.04	n.s.
Debolezza	10.7	24.3	4.14	.043
Attacchi di panico	48.6	19.2	11.99	.001
Sintomi emotivi				
Tristezza	38.9	9.8	15.67	.000
Preoccupazione	73.2	59.7	2.44	n.s.
Rabbia	63.3	65.1	.05	n.s.
Paura	61	55.3	.41	n.s.
Perdita fiducia negli altri	26.5	25.4	1.18	n.s.
Aggressività	12.9	18.9	.80	n.s.
Paranoia	30.6	15.4	10.07	.002
Irritazione	42.6	44.2	.03	n.s.
	M(d.s.)	M(d.s.)	<i>t</i>	<i>p</i>
BDI	7.04 (8.35)	6.11 (10.00)	-0.47	.639
STAI Y1	43.24 (8.30)	38.69 (8.63)	-2.44	.017
STAI Y2	45.68 (7.81)	38.83 (8.01)	-3.91	.000

Legenda: n.s.=non significativo/ not significant

(vd. tabella 1). I contatti per la maggior parte delle vittime avvenivano una o più volte al giorno (33, 67.3%), 9 (18.4%) vittime hanno indicato 'più volte alla settimana'. Le strategie di fronteggiamento sono indicate in tabella 2. Come si evince, gli uomini più delle donne tendono a modificare la propria routine (percorso casa-lavoro). La campagna di stalking ha determinato per 48 vittime da 1 a 3 diversi problemi fisici ($M=1.27$, $d.s.=0.61$) e da 1 a 3 problemi emotivi ($M=1.25$, $d.s.=0.53$) (tabella 3). I sintomi fisici disturbi del sonno e debolezza sono indicati più dagli uomini che dalle donne. Tra le conseguenze indicate, i sintomi depressivi ed ansiosi sono indicati a livelli minimi. Come ulteriore dato, la correlazione evidenzia come all'aumento del timore per l'incolumità propria e/o altrui aumentino anche i problemi fisici ($r=.45$, $p=.001$).

DISCUSSIONE

In questo lavoro, il nostro obiettivo era quello di mettere a confronto l'esperienza di vittimizzazione di uomini e donne che operano in qualità di infermieri in strutture ospedaliere pubbliche. Nel nostro campione risulta una percentuale di vittimizzazione complessiva di quasi un terzo dei partecipanti alla ricerca. Questo dato rientra nel range individuato da Spitzberg e Cupach (34-36) per quanto riguarda la popolazione in generale, ed è simile a quella rilevata recentemente da Comparcini e colleghi (8). I comportamenti messi in atto sono pressoché simili a quelli rilevati da Ashmore e colleghi (3), solo il comportamento di minaccia di aggressione dei figli risulta essere nel nostro campione più alta rispetto a quella individuata da Ashmore (3). Si conferma

purtroppo il dato dell'aggressione sessuale a seguito di minacce. I sintomi fisici ed emotivi esperiti dalle vittime del campione inglese e italiano sono simili (eccetto gli attacchi di panico), confermando che i disturbi del sonno sono la principale conseguenza fisica della campagna di stalking. Le strategie di coping si differenziano invece dai risultati ottenuti da Ashmore e colleghi (3): gli infermieri e le infermiere del nostro campione risultano utilizzare più strategie di coping attivo (raccogliere le prove, ad esempio) e difensivo, teso a proteggersi (minacciando lo/la stalker, ad es.). Rispetto al campione inglese si conferma la tendenza, ma solo nelle donne, a raccontare gli episodi ad uno psicologo. Soprattutto, emerge in entrambi i sessi la tendenza a non denunciare alle forze dell'ordine la campagna di stalking in atto.

Rispetto al genere, la percentuale di vittime donne rientra anche in questo caso nel range individuato da Spitzberg e Cupach (34-36) nella popolazione in generale, mentre quella degli uomini risulta superiore. La campagna di stalking delle infermiere è caratterizzata da una percentuale di stalker uomini superiore alle stalker donne, in genere di conoscenti o intimi, e da una maggiore durata dei comportamenti, anche se le medie risultano sostanzialmente simili e si attestano all'incirca ad un anno. Un dato interessante è relativo al timore, esperito più dagli uomini che dalle donne. Una spiegazione potrebbe risiedere nel comportamento di minaccia verso i figli messo in atto durante la campagna di stalking nei confronti degli infermieri. Gli uomini inoltre tendono a indicare più frequentemente disturbi di tipo fisico e l'assenza di sintomatologia legata all'ansia e alla depressione. Le donne tendono ad esperire problemi fisici ed emotivi più vari rispetto agli uomini, dai quali si differenziano anche per alcuni problemi (attacchi di panico, paranoia, tristezza) e per una maggiore presenza di sintomi depressivi che aumentano con l'aumentata sintomatologia. Sembra quindi che le donne siano all'interno di un circolo vizioso che le porta a somatizzare lo stato di vittimizzazione, circolo che produce ulteriore sofferenza. Le infermiere nel complesso risultano più fragili rispetto ai colleghi uomini vittime di stalking. Questo dato è probabilmente legato al significato che l'esperienza di vittimizzazione ha nella percezione del ruolo e della rappresentazione del genere (10,15,22).

Per fronteggiare la campagna di molestie assillanti, le donne più degli uomini tendono ad una maggiore frequentazione di amici e parenti e ad esternare il disagio (parlarne con uno psicologo), una strategia relazionale che permette di uscire dall'isolamento che tipicamente caratterizza l'esperienza di vittimizzazione.

CONCLUSIONI

I risultati della ricerca qui presentata evidenziano un dato particolarmente interessante, relativo alla relazione con il perpetratore: lo/la stalker è principalmente un conoscente, categoria questa che include sia amici che colleghi, pazienti e parenti dei pazienti. I comportamenti dell'infermiere/a possono essere fraintesi, nel senso di una particolare attenzione (esclusiva) con il soggetto sofferente oppure come incapacità di prendersi cura adeguatamente della sofferenza di cui il soggetto è portatore. In entrambi i casi, il rischio è quello di attribuire all'infermiere/a un compito altro, di cui non può e non deve essere portatore. Un elemento che preoccupa è che tra le strategie di coping la denuncia alle forze dell'ordine viene utilizzata da una scarsa percentuale di vittime, sia uomini che donne. La reticenza alla denuncia alle forze dell'ordine e la vicinanza emotiva alla vittima sono fattori che si riscontrano nelle donne vittime di violenza e potrebbero essere oggetto di approfondimento in un momento successivo, momento finalizzato a supportare i soggetti che si percepiscono come vittime anche per renderle maggiormente edotte sui loro diritti e sui possibili aiuti presenti sul territorio (associazioni, gruppi di aiuto etc). Inoltre, le conseguenze di una campagna di stalking non riguardano solo la vittima, ma anche coloro che sono a contatto con essa. Facciamo riferimento non solo ai familiari, ma ai pazienti stessi. Una delle conseguenze della vittimizzazione può essere il prendere le distanze dai pazienti, il non farsi coinvolgere emotivamente (13). Questo comportamento è dannoso non solo nel rapporto infermiere-paziente, ma anche nel rapporto (di soddisfazione per le cure ricevute, di percezione della qualità, ecc.) che il paziente ha con la struttura ospedaliera. Se una giusta distanza emotiva con il paziente è auspicabile, una eccessiva distanza può rendere meno umano il rapporto con ricadute

sulla fiducia che si instaura nel rapporto di cura. Le vittime necessitano di un percorso di sostegno psicologico, non solo le donne - che tendono a somatizzare e soffrire di tale somatizzazione - ma anche gli uomini, che tendono a soffrire della situazione ma contemporaneamente non chiedono aiuto, preferendo affrontare lo/la stalker personalmente.

Il fenomeno può e deve essere prevenuto. Corsi di formazione per infermieri ed infermieri, per il personale strutturato e non, sono un valido strumento per individuare quei comportamenti rischiosi che se non fermati possono diventare un comportamento molesto reiterato che va sanzionato (30). Un elemento su cui vale la pena far riflettere le possibili vittime sono le strategie di coping che si possono adottare come prevenzione del fenomeno. Un atteggiamento tipico ad esempio dei giovani è quello di rendere pubblico sui social network un ambito privato, quello amicale, familiare, permettendo in questo modo a chiunque di accedere ad una sfera che necessariamente deve rimanere riservata, lontana dal contesto professionale ospedaliero (6). Mostrare agli infermieri e alle infermiere, alle possibili vittime, quante e quali informazioni si rendono disponibili a conoscenti - e quindi pazienti e familiari dei pazienti - permette di individuare strategie di protezione della privacy utili per fronteggiare una campagna di stalking. Inoltre l'utilizzo di tecniche quali il focus group potrebbero essere utili ad indagare le dinamiche relazionali e a renderle più efficaci, nonché a intercettare effettive situazioni di disagio. Utile potrebbe essere ricordare la possibilità di avvalersi della visita a richiesta attraverso il medico competente aziendale, specie in caso di sintomatologia psicofisica, per una valutazione puntuale e mirata alla singola situazione, anche nell'ottica di una più consona collocazione lavorativa.

Per quanto riguarda la denuncia, questo rimane un problema aperto: se da una parte infatti è comprensibile minimizzare il problema, dall'altra è necessario comprendere che questa strategia può essere controproducente per la propria salute (9), elemento questo che va particolarmente sottolineato nei professionisti della cura. Un corso informativo o uno sportello ad hoc, potrebbero essere un valido aiuto per consigliare su come procedere. Ad esempio, la minimizzazione non sempre è il miglior modo per

fermare una campagna di stalking, vi sono dei casi documentati in letteratura (25,26) in cui l'adozione di altre strategie di coping risultano maggiormente efficaci.

La ricerca qui condotta presenta dei limiti. Innanzitutto, il campione non è rappresentativo dell'intera popolazione degli infermieri e delle infermiere, quindi i risultati non sono generalizzabili. I partecipanti sono in numero esiguo rispetto ai soggetti coinvolti: il campione di partenza è significativo, la risposta del 34% non ottimale. Una spiegazione potrebbe essere data dal fatto che il fenomeno riguarda una parte dei soggetti, molti potrebbero non aver considerato necessario restituire il questionario visto che non ne erano direttamente coinvolti. Inoltre, l'esigua partecipazione potrebbe indicare un bias di selezione: trattandosi di argomento delicato, i partecipanti potrebbero essere i soggetti con maggior tendenza alla vittimizzazione per modalità di percezione della realtà legate alla sensibilità individuale mentre i soggetti più coinvolti potrebbero essersi esentati per motivi legati alla difficoltà di ripensare all'esperienza. La mancata restituzione del questionario da parte dei soggetti potrebbe spiegare il dato relativo alle vittime uomini. A tal proposito, potrebbe essere utile in futuro predisporre un momento formativo per il campione selezionato al fine di chiarire le motivazioni, le finalità volte a migliorare il benessere organizzativo e la garanzie di anonimato dello studio.

La lunghezza del questionario ha probabilmente scoraggiato anche molte vittime, dato che la compilazione prevede un tempo che va oltre la mezz'ora. Una versione più snella è già in fase di realizzazione, i risultati di questa ricerca potranno essere utili per una revisione degli item e della modalità di risposta, anche al fine di una maggior efficacia nell'elaborazione statistica dei risultati. Un altro limite risiede anche nelle variabili socio-demografiche. Non sono stati chiesti dettagli rispetto all'orientamento sessuale e nemmeno dettagli rispetto alla tipologia di relazione vittima-perpetratore. La categorizzazione da noi utilizzata è quella adottata in ricerche simili (30,31), ma non permette di individuare più specificamente la motivazione della campagna di stalking, che può essere determinata dal risentimento come dal desiderio di instaurare una relazione (25). Que-

sto dato potrebbe essere utile al fine di meglio differenziare le motivazioni degli stalker colleghi (altri infermieri, medici, ecc.) dagli stalker pazienti e loro familiari. Anche su queste variabili stiamo appor-tando modifiche al questionario.

Nonostante i limiti, questa ricerca evidenzia come la prevenzione e l'intervento in tema di stalking siano strumenti necessari per proteggere il lavoratore e le relazioni che si instaurano nell'ambiente ospedaliero.

GLI AUTORI NON HANNO DICHIARATO ALCUN POTENZIALE CONFLITTO DI INTERESSE IN RELAZIONE ALLE MATERIE TRATTATE NELL'ARTICOLO

BIBLIOGRAFIA

1. Acquadro Maran D, Varetto A, Zedda M, Franscini M: Health care professionals as victims of stalking: characteristics of the stalking campaign, consequences, and motivation in Italy. *Journal of interpersonal violence* 2017; 32: 2605-2625
2. Acquadro Maran D, Varetto A: Psychological impact of stalking on male and female health care professional victims of stalking and domestic violence. *Frontiers in psychology* 2018; 13; 9: 321
3. Ashmore R, Jones J, Jackson A, Smoyak S: A survey of mental health nurses' experiences of stalking. *Journal of psychiatric and mental health nursing* 2006; 13: 562-569
4. Badger F, Mullan B: Aggressive and violent incidents: perceptions of training and support among staff caring for older people and people with head injury. *Journal of Clinical Nursing* 2004; 13: 526-533
5. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, et al: An inventory for measuring. *Archives of general psychiatry* 1961; 4: 561-571
6. Blank G, Bolsover G, Dubois E: A new privacy paradox. Annual Meeting of the American Sociological Association. San Francisco, CA. Retrieved from <http://www.oxfordmartin.ox.ac.uk/downloads/A%20New%20Privacy%20Paradox%20April2014Apr> (Vol. 202014)
7. Brown GP, Dubin WR, Lion JR, Garry LJ: Threats against clinicians: A preliminary descriptive classification. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online* 1996; 24: 367-376
8. Comparcini D, Simonetti V, Lupo R, et al: Cyberstalking among Italian nurses: a large multicentric study. *Professioni infermieristiche* 2016; 69: 150-158.
9. Cupach WR, Spitzberg BH, Carson CL: Toward a theory of obsessive relational intrusion and stalking. *Communication and personal relationships* 2000; 131-146
10. Eagly AH, Wood W: Social role theory. *Handbook of theories in social psychology* 2011; 2: 458-476.
11. Galeazzi GM, Curci P: Le Molestie Assillanti nella relazione terapeutica in psichiatria. In Curci P, Galeazzi GM, Secchi C. (eds): *La Sindrome delle Molestie Assillanti (Stalking)*. Torino: Bollati Boringhieri, 2003: 157-168
12. Hahn S, Hantikainen V, Needham I, et al: Patient and visitor violence in the general hospital, occurrence, staff interventions and consequences: a cross-sectional survey. *Journal of advanced nursing* 2012; 68: 2685-2699
13. Hughes FA, DNurs ON, Thom K: Nature & prevalence of stalking among New Zealand mental health clinicians. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services* 2007; 45:33
14. Kaplan A: Being Stalked-An Occupational Hazard? *Psychiatric Times* 2006; 23: 1.
15. Koenig AM, Eagly AH: Evidence for the social role theory of stereotype content: Observations of groups' roles shape stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology* 2014; 107: 371
16. Laskowski C: Theoretical and clinical perspectives of client stalking behavior. *Clinical Nurse Specialist* 2003; 17: 298-304
17. Leymann H: Mobbing and psychological terror at workplaces. *Violence and victims* 1990; 5: 119-126
18. Magnavita N, Heponiemi T: Workplace violence against nursing students and nurses: an Italian experience. *Journal of Nursing Scholarship* 2011; 43: 203-210
19. Maran DA, Varetto A, Zedda M: Italian nurses' experience of stalking: a questionnaire survey. *Violence and victims* 2014; 29: 109-121
20. McEwan T, Mullen PE, Purcell R: Identifying risk factors in stalking: A review of current research. *International journal of law and psychiatry* 2007; 30: 1-9
21. McIvor RJ, Petch E: Stalking of mental health professionals: an underrecognised problem. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science* 2006; 188: 403
22. Miglietta A, Acquadro Maran D: Gender, sexism and the social representation of stalking: What makes the difference?. *Psychology of Violence* 2017; 7: 563
23. Mullen PE, Pathé M: Stalking and the pathologies of love. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1994; 28: 469-477
24. Paterniani A, Iacorossi L, Bartolini Salimbeni S, Di Croce A: L'infermiere nella realtà mediatica: un lungo cammino prima di essere riconosciuto professionista. *International Open Access Journal of Prevention and Research in Medicine* 2012; 2
25. Pathe M, Mullen PE, Purcell M: A study of stalkers. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1244-1249

26. Pathé MT, Mullen PE, Purcell R: Patients who stalk doctors: their motives and management. *Medical Journal of Australia* 2002; 176: 335-338
27. Pedrabissi L, Santinello M: Inventario per l'ansia di «Stato» e di «Tratto»: nuova versione italiana dello STAI Forma Y: Manuale. Firenze: Organizzazioni Speciali, 1989
28. Sandberg DA, McNiel DE, Binder RL: Characteristics of psychiatric inpatients who stalk, threaten, or harass hospital staff after discharge. *American Journal of Psychiatry* 1998; 155: 1102-1105
29. Scilligo PF: Scale psicologiche. Roma: IFREP, 1988.
30. Sheridan L, Davies GM: Stalking: The elusive crime. *Legal and Criminological Psychology* 2001; 6: 133-147
31. Sheridan L, Gillett R, Davies G: 'Stalking'—Seeking the victim's perspective. *Psychology, Crime and Law* 2000; 6: 267-280
32. Smoyak SA: Perspectives of mental health clinicians on stalking continue to evolve. *Psychiatric Annals* 2003; 33: 641-648
33. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R, et al: Manual for the state-trait anxiety inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press Inc, 1983
34. Spitzberg BH, Cupach WR: The dark side of relationship pursuit: From attraction to obsession and stalking. Routledge, 2014
35. Spitzberg BH, Cupach WR: The state of the art of stalking: Taking stock of the emerging literature. *Aggression and Violent Behavior* 2007; 12: 64-86
36. Spitzberg BH, Cupach WR: What mad pursuit? Obsessive relational intrusion and stalking related phenomena. *Aggression and Violent Behavior* 2003; 8: 345-375
37. Westrup D: Applying Functional Analysis to Stalking Behavior. In Meloy JR (ed): *The psychology of Stalking: Clinical and Forensic Perspective*. San Diego: Academic Press, 1998: 275-294
38. White M, Elander G: Translation of an instrument: The US–Nordic Family Dynamics Nursing Research Project. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 1992; 6: 161-164



International Commission on Occupational Health (ICOH)
Scientific Committee on Occupational Toxicology



11th International Symposium on Biological Monitoring in Occupational and
Environmental Health (ISBM-11)

“Biomonitoring in Exposure and Human Health Assessment”
28-30 August 2019, Leuven, Belgium

