

Articolo 2: Stile di *leadership* e rischio di *mobbing*: risultati di una ricerca empirica in ambito infermieristico

(tratto da Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia, Supplemento A, Psicologia © PI-ME, Pavia 2012 2012; Vol. 34, N. 1: A17-A24 <http://gimle.fsm.it> ISSN 1592-7830)

di Loretta Caporale¹ Alvisa Palese¹, Guido Bortoluzzi²

¹ Corso di Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, Università degli studi di Udine, Viale Ungheria 20, 33100 Udine (UD)
² Dipartimento di Scienze Economiche, Aziendali, Matematiche e Statistiche (DEAMS) - "Bruno de Finetti", Università degli Studi di Trieste

Introduzione

I profondi cambiamenti che negli ultimi anni hanno interessato il mondo del lavoro in generale, e le professioni sanitarie, nello specifico, hanno generato un impatto negativo sulla qualità della vita lavorativa degli operatori. Ne è conseguito un interesse crescente sulle tematiche di ricerca connesse alla salute nei contesti lavorativi e sui diversi fattori organizzativi che possono contribuire a spiegare l'insorgenza di forme di disagio in ambito lavorativo, tra cui si colloca anche il *mobbing*. Con il termine *mobbing* s'intende la vittimizzazione di un individuo nel luogo di lavoro, dovuta al comportamento discriminatorio di uno o più colleghi o di un superiore (in alcuni casi anche da sottoposti) messo in atto con il solo obiettivo di ottenere l'allontanamento del lavoratore (1-2). Il fenomeno costituisce un importante problema per le organizzazioni: può avere, infatti, gravi ripercussioni sulle performance degli operatori, sul clima lavorativo, sui livelli di assenteismo e di *turnover* e, pertanto, anche sui costi e sulla produttività (3-5). Diversi studi segnalano proprio quello infermieristico un contesto nel quale il *mobbing* trova una diffusione particolarmente elevata con riflessi che spaziano dalla riduzione della qualità assistenziale erogata, alla diminuzione del livello di soddisfazione dell'utenza e finanche alla compromissione dell'immagine aziendale quando il fenomeno diviene di dominio pubblico (2, 6). In quest'ambito lo stile di *leadership* è riconosciuto essere uno dei più importanti fattori antecedenti del *mobbing*, in grado di contenerne l'insorgenza o comunque di moderarne gli effetti (3, 7-9). In tal senso, la figura del Coordinatore Infermieristico (ex caposala, ovvero colui/colei che coordina i team assistenziali di unità/struttura operativa) è cruciale dato il suo collocamento organizzativo intermedio tra la direzione aziendale e infermieristica e il team di lavoro. Contribuire alla conoscenza disponibile sulla relazione tra lo stile di *leadership* adottato dal Coordinatore Infermieristico e l'insorgenza del rischio di *mobbing* nel contesto italiano è la finalità di questo studio. L'ipotesi sottesa è che in presenza di uno stile partecipativo – o di "*empowering leadership*" nell'accezione originaria di Arnold e colleghi (10) – sia minore l'insorgenza del rischio di *mobbing* all'interno dello staff infermieristico.

Background teorico

Esistono diverse definizioni di *mobbing*. Una tra le più conosciute a livello internazionale è quella proposta da Einarsen e colleghi (11) secondo i quali il *mobbing* può essere definito «*un'aggressione psicologica, una forma di offesa morale, volta a spingere una persona alla sua esclusione dal contesto lavorativo o danneggiare alcuni aspetti del ruolo professionale e della mansione*». Le azioni mobbizzanti sono riconducibili a comportamenti vessatori perpetuati da superiori, parigrado e finanche sottoposti in maniera regolare e ripetuta all'interno di un certo arco temporale non aprioristicamente definibile ma ragionevolmente inquadrabile in alcuni mesi. Esse vanno pertanto tenute ben distinte da singoli episodi di villania, aggressività e abuso di potere non qualificabili come *mobbing* (12). L'aspetto metodologico (la costanza e la ripetitività delle azioni vessatorie) e quello finalistico (la volontà di escludere un soggetto da un contesto lavorativo) appaiono quindi essenziali al fine di definire la presenza di *mobbing*. L'attenzione alla diffusione del *mobbing* nelle professioni sanitarie può considerarsi solamente recente: per questa ragione, le ricerche fino ad oggi condotte non appaiono ancora sufficienti a fornire un quadro esaustivo della sua diffusione (13-14). L'ambito sanitario è genericamente indicato come un contesto nel quale il *mobbing* ha una diffusione consistente senza tuttavia indicare una quantificazione del fenomeno (2, 6, 11, 15-16). Una recente ricerca qualitativa avente l'obiettivo di indagare la percezione del fenomeno da parte dei Coordinatori Infermieristici all'interno delle loro unità operative, ha documentato che la totalità dei partecipanti coinvolti ha assistito direttamente o è venuto a conoscenza di azioni vessatorie tipicamente mobbizzanti occorse sul posto di lavoro (17). Un precedente studio del 1999 condotto in alcuni servizi sanitari inglesi (18) rilevava sorprendentemente che il 38% del personale aveva subito abusi e il 42% era stato testimone di attacchi diretti ai propri colleghi. Nel nostro paese, le stime più attendibili sulla consistenza del fenomeno in ambito infermieristico lo attesterebbero attorno al 4% (13). Secondo alcuni sarebbero gli infermieri inesperti (in particolare i neolaureati) ad essere maggiormente esposti ad azioni mobbizzanti (3); nel ruolo di coloro che attivano tali azioni si riscontrerebbe, invece, una significativa predominanza di operatori di sesso femminile (19). Sarebbero poi gli infermieri clinici più esperti, spesso considerati *leader* informali all'interno dei team infermieristici per il loro livello di qualificazione ed esperienza, coloro che più di altri adottano comportamenti mobbizzanti nei confronti dei colleghi (17).

Curiosamente, gli infermieri sono anche descritti come i “peggiori nemici di se stessi” inclini a litigi, a prevaricare e all’incapacità di fornire supporto e incoraggiamento (20). Indubbiamente, l’essere sottoposti a due linee gerarchiche distinte (quella infermieristica e quella medica) in continua tensione anche a causa della rivendicazione di maggiori gradi di autonomia, potere e controllo sui processi assistenziali, può rappresentare un fattore ambientale scatenante, o comunque non attenuante, il *mobbing*. Va da sé che il fenomeno influisca in modo significativo sul modo di vivere la professione, sullo sviluppo delle competenze professionali e sull’intenzione di continuare a far parte di un’organizzazione o della professione infermieristica stessa (20-21) con prevedibili ripercussioni sui processi di reclutamento e ritenzione del personale (19, 22). Riguardo ai fattori favorenti l’insorgenza di fenomeni di *mobbing* molto è stato detto ai più diversi livelli dell’analisi aziendalistica e in particolare a livello organizzativo (l’azienda nel suo complesso), micro-sociale (gruppi di lavoro) e individuale. Cominciando da questi ultimi, le motivazioni che possono indurre una persona ad assumere il ruolo di *gobbe* sono molteplici: tra queste il timore di perdere il proprio posto di lavoro o lo status raggiunto, di essere superato/ada un collega, di essere ostacolato/a nella carriera, di percepire ingiustizia, o di agire per invidia, o razzismo (11-12, 23). Non mancano in letteratura casi documentati di coordinatori infermieristici che hanno dichiarato di utilizzare forme di *mobbing* in maniera funzionale al raggiungimento di obiettivi predefiniti (16). A livello micro-sociale e organizzativo (i due piani si intersecano fortemente in questo caso) l’influenza di specifici fattori nel precedere o accompagnare l’insorgenza di *mobbing* è supportata da diversi studi (9, 24-25). In particolare, la discussione teorica e le evidenze empiriche posizionano il *mobbing* in relazione a:

- cultura aziendale stessa, specialmente nel momento in cui non vi sono politiche di prevenzione o interventi punitivi (14);
- operazioni di ristrutturazione o di crisi (14);
- cambiamenti nel *management* aziendale (14);
- cambiamenti nella composizione del gruppo di lavoro (14);
- utilizzo scorretto della legittima autorità e dei sistemi premianti (25);
- gestione eccessivamente meritocratica del personale che può essere causa di forte ambizione e competitività (26);
- pressione per l’efficienza e la competizione interna ed esterna (2, 14, 27-28);
- rottura del contratto psicologico impresa-lavoratore (2, 14, 27-28);

- aspetti di contenuto della attività: sottoutilizzo di abilità o eccessivo carico di lavoro come pure l'insicurezza del lavoro e mancanza di opportunità di crescita, avanzamento o promozione (28);
- eccessive forme di controllo, svuotamento dalle attività previste da ciascuna posizione professionale, trasferimenti ingiustificati, attribuzione eccessiva di compiti (29);
- e, infine, al clima organizzativo (30-31).

Un ulteriore elemento è costituito dallo stile di *leadership*. Forme di *leadership* inadeguata, autoritaria e superficiale possono partecipare in modo determinante alla nascita e sviluppo del disagio (12). In particolare, l'insorgenza di fenomeni di *mobbing* è particolarmente frequente quando lo stile di *leadership* è troppo permissivo o l'opposto, eccessivamente autoritario (11). Uno stile autoritario, che non favorisce una comunicazione aperta, non consulta e comunica informazioni accurate, e che non delega, favorisce un luogo di lavoro con alti livelli di *stress* e conflitto interpersonale (24, 32). Allo stesso modo, uno stile di *leadership* troppo permissivo può tradursi in un sottoutilizzo delle abilità del personale al quale possono venire a mancare adeguate opportunità di crescita professionale.

Una bassa soddisfazione verso la *leadership* è considerata come uno dei più importanti antecedenti organizzativi in grado di predire la messa in atto di azioni negative da parte dei soggetti all'interno di un'organizzazione (3, 7-8). A causa dell'insorgenza di fenomeni di *mobbing*, le organizzazioni sanitarie subiscono notevoli ripercussioni, non solo sul piano del benessere dei propri dipendenti, ma anche in termini di calo della produttività e di performance, di perdita delle capacità di risoluzione dei problemi, di peggioramento del clima lavorativo, e deterioramento della qualità relazionale tra i membri dello staff di cura. Si può registrare anche un elevato assenteismo e *turnover*. Inoltre, anche i pazienti sembrano maggiormente esposti al rischio di errori, a causa dell'elevata tensione cui è esposta la vittima di *mobbing* che determina cali di concentrazione e disattenzione (20-21, 33-34).

Nonostante non manchino indagini in materia, la tematica presenta comunque ancora delle zone grigie legate alla mancanza di strumenti di misurazione oggettivi (o perlomeno ampiamente condivisi) e di valutazione diagnostica del fenomeno (35-36) cui fanno seguito risultati non sempre confrontabili tra loro (29).

Obiettivi e ipotesi di ricerca, metodologia e metodo

L'obiettivo dello studio era indagare l'esistenza di una relazione tra lo stile di *leadership* adottato dal Coordinatore Infermieristico e l'insorgenza di rischio di *mobbing* nel personale infermieristico. Lo studio si è sviluppato attorno all'ipotesi che la *leadership*, in tutte le dimensioni teoriche che compongono tale costrutto, è significativamente correlata in senso negativo alla percezione di azioni negative subite sul luogo di lavoro. Tali azioni negative rappresentano un antecedente nell'insorgenza di fenomeni di *mobbing* e sono pertanto ricondotte entro la sfera concettuale del "rischio di *mobbing*". Si ipotizza, di contro, che il rischio di *mobbing* non sia altrettanto significativamente correlato con altre variabili individuali e organizzative che nel nostro lavoro assumono la funzione di variabili di controllo (figura 1).

La misurazione dei fenomeni è avvenuta a livello individuale (singoli infermieri). Si è reso pertanto necessario ricorrere a variabili di approssimazione di carattere percettivo.

In particolare, ai fini della misurazione dello stile di *leadership* si è ricorsi a una versione adattata dell'*Empowering Leadership Questionnaire* (Appendice 1), strumento ampiamente diffuso sul piano internazionale (10) e nazionale (37). I 38 *item* che compongono la scala originale sono stati tradotti da Bobbio e colleghi (37) utilizzando il metodo della *back translation* ed adattati al contesto italiano. Secondo Bobbio e colleghi (37) lo strumento si articola nelle seguenti sotto-dimensioni (costrutti latenti o fattori) che circoscrivono le caratteristiche di uno stile di direzione definito *empowering* (e che potremmo tradurre in "stile partecipativo"):

- Guidare con l'esempio (*Leading by Example* o semplicemente - LBE nel proseguo della trattazione, composto da 5 *item*) che misura la capacità del *leader* di guidare il team dando per primo il buon esempio;
- Allenare (*Coaching*, COA; 11 *item*) che si riferisce ad un insieme di azioni che il *leader* mette in atto per formare i collaboratori ed aiutarli ad acquisire fiducia in se stessi;
- Prendere decisioni condivise (*Participative decision making*, PDM; 6 *item*) che misura la capacità del *leader* di richiedere ed utilizzare i suggerimenti che provengono dal gruppo per decisioni condivise;
- Informare (*Informing*, INF; 6 *item*) che fa riferimento all'abilità del *leader* di diffondere informazioni, regole e obiettivi condivisi;

– Mostrare interesse/Interagire con il gruppo (*Showing Concern/interacting with the Team*, SC_IT; 10 item) che attiene all'interesse che il *leader* dimostra per il benessere dei collaboratori e la volontà di mantenersi al corrente sul clima del gruppo.

Ciascun item è misurato attraverso una scala di tipo Likert a cinque elementi (e pertanto baricentrata) che muove dal valore 1 (associato al giudizio "mai") al valore 5 ("sempre").

Per quanto concerne la misurazione del rischio di *mobbing* si è ricorsi ad un'ulteriore scala di misurazione già ampiamente validata e documentata nella letteratura di riferimento.

Si tratta del *Negative Acts Questionnaire Revised* (NAQ-R) (38, 39) che misura la diffusione di "azioni negative" all'interno di un contesto lavorativo identificando in tali azioni gli antecedenti principali dell'insorgenza del fenomeno *mobbing*. Einarsen & Raknes (39) hanno sviluppato dapprima il NAQ, successivamente modificato da Salin (27) e da Giorgi e collaboratori (NAQ-R) (40). Sulla base della letteratura infermieristica in cui erano riportate le modalità con cui in questo sistema professionale si manifestano e sono percepiti i comportamenti di *mobbing* (13, 20, 21). Sono stati selezionati 19 item (mentre nelle precedenti versioni gli item erano rispettivamente di 32 e 17) testati in un gruppo di 10 infermieri successivamente non inclusi in questo studio. Come peraltro indicato in letteratura (39, 40), per esprimere la frequenza dei comportamenti di *mobbing* percepiti, è stata utilizzata una scala Likert da 1 ('mai') a 5 ('sempre'). Infine, sono state prese in considerazione alcune variabili individuali e organizzative con funzione di controllo; in particolare, l'età, il genere, il titolo di studio dei partecipanti; numero di persone che compongono il gruppo di lavoro di appartenenza, cambiamenti significativi nell'unità operativa (U.O.) o Servizio di appartenenza, anzianità di servizio presso il Servizio/U.O. sede dell'indagine, anzianità professionale. Per la raccolta delle variabili socio-anagrafiche, è stata creata una sezione introduttiva al questionario.

L'analisi empirica ha coinvolto originariamente 209 infermieri e 29 ostetriche (per un totale di 238 soggetti) appartenenti a due Distretti e tre Dipartimenti Ospedalieri (Chirurgico, Materno-Infantile e di Emergenza) di un'Azienda per i Servizi Sanitari del nord Italia. Dei 238 soggetti, 175 (pari a un tasso di risposta del 73.5%) hanno aderito all'indagine.

Nella prima fase si è provveduto all'ottenimento delle autorizzazioni da parte dei Responsabili dell'Ente e delle strutture Operative sede d'indagine. Sono quindi stati realizzati degli incontri preliminari con i Responsabili Infermieristici Dipartimentali, allo scopo di illustrare gli obiettivi della ricerca e le modalità di compilazione dello strumento.

Lo strumento è stato quindi distribuito dagli stessi Responsabili Infermieristici. Per assicurare l'anonimato, è stato raccolto in una busta sigillabile e, quindi, riposto in

un contenitore di maggiori dimensioni e ritirato solo al termine della data prevista.

Analisi dei dati e definizione operativa del *rischio di mobbing*

Per quanto concerne la variabile dipendente (rischio di *mobbing*), i rispondenti sono stati suddivisi in due gruppi: quello dei soggetti “a rischio di *mobbing*” e quello dei soggetti “non a rischio di *mobbing*”. Per farlo si è ricorsi al “criterio di Leyman” (1, 13): sono stati considerati a rischio di *mobbing* tutti soggetti che hanno dichiarato di aver subito una o più azioni negative con frequenza settimanale o giornaliera negli ultimi sei mesi. Sono stati invece considerati non a rischio, tutti quei soggetti che hanno dichiarato di aver subito azioni negative con una diffusione mensile o occasionale negli ultimi sei mesi o di non averne subite per nulla. Cinquantanove soggetti (pari al 34% del campione) sono stati pertanto categorizzati come “a rischio di *mobbing*” e portati a confronto con i soggetti non a rischio sulle variabili organizzative considerate in questo studio.

L'esistenza di una relazione significativa tra le dimensioni della *leadership* e l'insorgenza di rischio di *mobbing* è stata testata attraverso un'analisi della distribuzione delle medie sui due sotto-campioni (che si presuppone essere tra loro indipendenti): i soggetti a rischio di *mobbing* e quelli non a rischio. La significatività di tale differenza è stata calcolata attraverso il test *t di Student*. Lo stesso è stato condotto in relazione alle variabili di controllo. Quando non tecnicamente possibile (ad esempio, alla presenza di variabili categoriali) si è ricorsi a un'analisi della distribuzione del chi-quadrato. L'accettabilità statistica è stata posta per valori di $p < 0.05$.

Risultati

L'analisi di affidabilità condotta sui costrutti percettivi utilizzati in questo studio (fattori o sotto-dimensioni dello stile di *leadership*) ha confermato la validità dei costrutti stessi e la presenza di correlazioni tra le sotto-dimensioni (Pearson da 0.591 a 0.913), peraltro già precedentemente verificata in studi analoghi (10, 37). Per tutte le sotto-dimensioni considerate, il valore medio delle risposte fornite dagli intervistati si differenzia significativamente dal valore centrale (3) confutando in tal senso l'ipotesi di casualità delle risposte fornite dagli intervistati. Peraltro, i rispondenti ritengono che i loro Coordinatori

adottino, in media, uno stile di *leadership* abbastanza partecipativo (*empowering*) nella gestione dei team, informando in modo adeguato i collaboratori circa le decisioni politiche e organizzative dell'azienda e dedicando del tempo per ascoltare le problematiche dei singoli. Il 34.3% dei rispondenti indica di aver subito negli ultimi sei mesi, e con frequenza almeno settimanale, una o più azioni negative sul posto di lavoro: pertanto, è stato considerato come soggetto a rischio di *mobbing* all'interno di questo studio. Le azioni negative più frequenti riguardano l'essere oggetto di pettegolezzi riguardo la vita privata, il sentirsi isolato, ignorato, socialmente escluso ed il subire reazioni ostili.

L'azione negativa meno diffusa (< 2% intervistati) è il subire violenza con comportamenti intimidatori mentre è maggiormente diffuso il vedere costantemente ignorate le proprie opinioni e proposte, l'essere umiliato/deriso/denigrato per le modalità di svolgimento della attività professionali, l'essere adibito ad attività non previste dal ruolo o comunque al di sotto del proprio livello di competenza, l'essere costantemente ed eccessivamente controllato. Si evidenzia l'esistenza di una relazione netta e significativa tra i diversi aspetti che compongono lo stile di *leadership "empowering"* del Coordinatore Infermieristico e la diffusione di azioni negative prodromiche all'insorgenza di fenomeni di *mobbing*. Tra i soggetti a rischio di *mobbing*, la percezione di uno stile di *leadership* partecipativo risulta, infatti, significativamente inferiore (su tutte le dimensioni della *leadership*) rispetto ai soggetti non a rischio. Tale relazione è particolarmente accentuata riguardo alle sotto-dimensioni Prendere decisioni Condivise (PDM, *Participative Decision-Making*), Guidare con l'esempio (LDE, *Leading by Example*) e Mostrare Interesse/Interagire con il gruppo (SC_IT, *Showing Concern/Interacting with the Team*).

Nel complesso, i risultati confermano l'ipotesi che la percezione dell'adozione di uno stile di *leadership empowering* si accompagni in misura significativa ad una minore diffusione di azioni negative tra gli stessi. Per quanto concerne le variabili di controllo, non si osservano in generale differenze significative in tali "predittori" tra soggetto a rischio e soggetti non a rischio. Ciò sembra valere in egual misura per le variabili individuali e per quelle organizzative. In relazione ai cambiamenti avvenuti all'interno delle Unità Operative/Servizi d'appartenenza dei partecipanti, l'unico aspetto rilevante connesso ad insorgenza di rischio di *mobbing* riguarda la variabile "importanti carenze di personale".

Discussione e conclusioni

Questo studio s'inserisce all'interno di un filone di ricerca non certo avaro di contributi sia di carattere teorico che empirico. Ciò ci consente di giungere a utili confronti, anche in chiave internazionale, che rinforzano la conoscenza sul fenomeno oggetto di indagine.

In riferimento agli aspetti socio-demografici, benché alcuni studi identifichino il sesso femminile come maggiormente colpito da azioni mobbizzanti (8, 27, 32), nel nostro studio non sembrano emergere differenze sostanziali. Allo stesso modo, non si sono riscontrate disomogeneità in relazione all'età e al titolo di studio conseguito dai partecipanti, al contrario di altri contributi (41-42) che invece identificano negli "anziani" (oltre i 40 anni) o nei più giovani (solitamente, i neo-laureati) i soggetti più a rischio. Lo stesso dicasi per le dimensioni organizzative indagate, come quella dell'ampiezza del team di lavoro – che, secondo Argentero, Bonfiglio e Zanaletti (42) si correla positivamente all'insorgenza del rischio di *mobbing*, benché a considerazioni opposte giungano Ceresia e Lupo (43).

Riteniamo, comunque, che il risultato più apprezzabile della nostra ricerca sia identificabile nell'aver fornito conferma all'ipotesi secondo la quale alla presenza di un modello direzionale di tipo partecipativo è significativamente minore la diffusione di "azioni negative" tra gli infermieri. Benché la metodologia utilizzata non ci consenta di verificare l'esistenza di un rapporto causale (che avrebbe richiesto un'analisi longitudinale piuttosto che *cross-sectional*) tra le variabili analizzate, i risultati dell'analisi empirica appaiono fortemente coerenti con un'ipotesi interpretativa nella quale l'adozione di uno stile di *leadership* di tipo partecipativo da parte del Coordinatore Infermieristico impatta in maniera significativa sulla riduzione della diffusione di azioni negative all'interno dei team. In questo senso, lo stile direzionale esercitato dal Coordinatore assume pertanto un ruolo di attenuazione dell'insorgenza di fenomeni di *mobbing*. Un'analisi longitudinale potrebbe fornire ulteriori indicazioni in merito all'impatto che specifici cambiamenti nello stile di *leadership* comportano sul rischio di insorgenza di fenomeni di *mobbing*. Una preliminare valutazione del concetto di "Senso di Autoefficacia" – *Self-Efficacy* – (44) che costituisce quella dimensione in grado di influenzare il modo in cui le persone pensano, si percepiscono, le scelte che fanno e la motivazione personale che le spinge ad agire in un determinato modo all'interno di un'organizzazione (sia nel ruolo di *mobber* che di vittime) per il raggiungimento degli obiettivi della stessa, potrebbe offrire ulteriori chiavi di lettura interessanti del fenomeno. Va tuttavia sottolineato che la *Self-Efficacy* è potenzialmente minata da situazioni di stress derivanti da condizioni lavorative avverse o da una fragilità psicologica che ha reso nel tempo i soggetti ad esse più vulnerabili (45). Per quanto concerne le implicazioni per il *management*, diverse appaiono le strategie in grado di

ridurre, o perlomeno contenere la portata del fenomeno tra il personale infermieristico ma prima d'ogni altra considerazione ci sembra doveroso sottolineare che è fondamentale che tali accadimenti siano segnalati ai superiori da parte delle vittime e che siano attivati tempestivi provvedimenti nei confronti dei persecutori. Coloro che all'interno di un'organizzazione occupano posizioni di responsabilità devono essere chiamati a vigilare attentamente sulla presenza di contrasti, intervenendo tempestivamente per rimuovere comportamenti conflittuali (13). In ogni caso, l'esercizio di una *leadership* partecipativa e pertanto orientata alla discussione e condivisione degli obiettivi da raggiungere e delle modalità per farlo, è un fattore di non trascurabile rilevanza al fine di contrastare il rischio di insorgenza di tali spiacevoli fenomeni.

