

ETICA E DEONTOLOGIA IN PSICOTERAPIA

Giorgio Meneguz © 2006 sul Web

Ringrazio il prof. Lalli di avermi invitato al congresso e soprattutto lo voglio ringraziare di avermi invitato a parlare di un tema circoscritto («Etica e deontologia in psicoterapia»), che pur non essendo un argomento che svolgo con piacere (assumo una posizione critica rispetto alla deontologia) mi dà la possibilità di delimitare il discorso e di uscire dalle intricate controversie della definizione/distinzione dei concetti di etica e di morale, ma anche di evitare la complessa situazione degli studi sulla psicoanalisi dell'etica e sull'etica della psicoanalisi a cui accennava Paolo Migone nella sua relazione.

Inizio subito col dire che la dimensione normativa del codice deontologico diventa problematica non appena prendiamo in considerazione la soggettività dello psicoterapeuta.

Obbedire al codice deontologico non coincide – in sé e per sé - col «credere» in quello che si fa; un codice deontologico, ma, in termini più generali, anche una legge e delle sanzioni, non svolgono una funzione responsabilizzante ma (pur essendo socialmente utili) sono piuttosto de-responsabilizzanti. Non è il caso di scomodare i grandi filosofi per sostenere che la capacità di una persona di esprimere dedizione, correttezza, onestà, senso di responsabilità non deriva dal fatto che questa persona sia «obbligata» da qualche codice normativo ad esprimere tali virtù. E non si tratta qui solo di espressioni comportamentali derivate da un alto livello di sviluppo mentale, come ci farebbe pensare una concezione antropocentrica della coscienza morale. Gli studi etologici sono concordi oggi nel ritenere che nelle specie animali anche a noi lontane (i carnivori sociali sono tra i più studiati) la coesione del gruppo e i rapporti tra gli individui sono eticamente regolati.¹

Per discutere al di là del piano idealistico sull'etica dell'esercizio della psicoterapia, sarebbe dunque importante studiare – con uno studio quasi di antropologia culturale - le varie comunità di psicoterapeuti

¹ Le straordinarie somiglianze tra l'organizzazione sociale dei carnivori sociali e quella degli ominidi sono state studiate già alla fine degli anni Sessanta: Schaller G. B., Lowther G. R. (1969) «The relevance of carnivore behavior to the study of early hominids», *Southwestern Journal of Anthropology*, 25: 307-41; Thompson P. R. (1975) «A cross-species analysis of carnivore, primate, and hominid behaviour», *Journal of Human Evolution*, 4: 113-24. Lo sviluppo del comportamento socialmente corretto tramite l'apprendimento delle regole dei giochi di cooperazione negli animali non umani, è stato studiato, tra gli altri, da: De Waal F. (1996) *Naturalmente buoni. Il bene e il male nell'uomo e negli altri animali*. Milano: Garzanti, 2001; Bekoff M. (2001) «Social Play behaviour, cooperation, fairness, trust, and the evolution of morality», *Journal of Consciousness Studies*, 8(2): 81-90. Tra i primi studi sulla capacità e la spinta innata a dedicarsi e prendersi cura dei consanguinei nel mondo animale va ricordato l'articolo di Hamilton W. D. (1963) «The evolution of Altruistic Behaviour», *American Naturalist*, 97: 354-56. Matrici altruistiche innate sono presenti anche nelle relazioni tra individui privi di legami di parentela: interessante lo studio pionieristico di R. Trivers «Parental Investment and Sexual Selection» pubblicato nel 1972 in *Sexual Selection and the Descent of man*.

(all'interno di ogni indirizzo) e cercare di capire quali variabili ostacolano un comportamento virtuoso, leale, responsabile, collaborante, aperto alle verifiche e quali le variabili che invece lo favoriscono.

La questione della soggettività dello psicoterapeuta rimanda a diversi problemi, i quali convergono direttamente nel principale fattore terapeutico di ogni cura, e cioè la relazione medico/paziente, che, nel nostro caso, è la qualità della relazione instaurata e mantenuta dallo psicoterapeuta nell'interazione col suo paziente. Io penso che, in ultima analisi, potremmo aggiungere alle note classificazioni, l'idea che ci siano essenzialmente due forme di psicoterapia: una (psicoanalitica o di derivazione) che riconosce il fenomeno del transfert, e l'altra (pre-psicoanalitica) che lo ignora. La scoperta del transfert (del paziente, ma anche dell'analista, nel controtransfert) è stata giustamente considerata rivoluzionaria: da allora la tecnica terapeutica derivata dalla psicoanalisi ha caricato un peso ulteriore sulle spalle dello psicoterapeuta: la teoria generale psicodinamica del transfert ci obbliga a cercare costantemente il significato di ciò che accade nell'ambito della nostra interazione col paziente. Questo smisurato aumento di richieste della tecnica alla nostra funzione terapeutica conduce necessariamente all'esigenza che noi, come psicoterapeuti, ora consapevoli anche teoricamente di essere l'agente fondamentale della terapia, possiamo proteggere il percorso terapeutico, il paziente e noi stessi, con un setting adeguato, sia grazie alla nostra precedente esperienza di analisi personale, con uno psicoanalista esperto, e sia mediante una formazione specifica e continua, dove lo strumento indispensabile per apprendere il metodo coincide con il lunghissimo percorso di supervisioni cliniche, individuali e di gruppo, più che con l'immane approfondimento teorico.

La scoperta del transfert ci aiuta a capire molto meglio la nostra responsabilità verso il paziente.

Ciò che mi interessa evidenziare è il fatto che la nostra responsabilità (che nello specifico è tecnica, morale, legale) nei confronti del paziente riguarda sicuramente i risultati del nostro lavoro (e dunque la nostra disponibilità a imparare dai nostri errori), ma anche la capacità di riconoscere il paziente come persona responsabile, come soggetto e non come «oggetto di cura». (E qui il problema si fa enorme nella cura dei pazienti psicotici). E' nostra responsabilità quella di evitare i due poli estremi: da un lato, di improntare col paziente una relazione sociale tra due persone reali, come se non ci fossero ruoli; dall'altro, di improntare col paziente una relazione in cui noi siamo seduti su un trono e lui su una sedia. Ci aiuta la strutturazione del setting; ci aiuta il compito, il dovere, la responsabilità di mantenere una relazione de-nevrotizzata col paziente.

A proposito di senso di responsabilità, sono moltissime le situazioni in cui viene dato per scontato che la responsabilità – qualcuno dice la colpa – sia sempre di qualcun altro. In questa prospettiva, in un percorso di terapia psicoanalitica, quando al paziente chiediamo di associare, questi viene implicitamente, ripeto «implicitamente», invitato a soffermarsi sulle sue eventuali responsabilità circa ogni comportamento. Il riferimento alla responsabilità è, in generale, ripeto, implicito. E' ovvio che,

tranne casi del tutto particolari, particolarissimi – inerenti soprattutto isterici maligni, borderline, o certi pazienti psichiatrici - non chiediamo al paziente di responsabilizzarsi in merito a qualcosa.

Ciò che «chiediamo», tra virgolette, al nostro paziente, è di conquistare la consapevolezza di riconoscersi soggetto della sua storia. Responsabilizzandosi col mettersi in discussione, il paziente entra in un nuovo ordine della morale, al di là del moralismo. Ma non è un'azione come questa ciò che ci interessa: per es. noi, psicoterapeuti di formazione psicoanalitica, siamo attenti allo svolgimento del transfert nel processo psicoterapeutico. E' interessante constatare che, nei nostri pazienti, lo sviluppo del senso di responsabilità per le conseguenze delle proprie azioni inizia col riconoscimento delle motivazioni inconsce.

Nell'universo infantile la questione della colpa richiama la punizione. Anche negli adulti (soprattutto negli ambiti pervasi dall'etica non laica) l'aspirazione al premio e il timore di un rimprovero o di una punizione sostituisce la coscienza morale autonoma. Nel nostro lavoro, come psicoterapeuti, noi prendiamo in considerazione tale dimensione solo eventualmente accompagnando il paziente a capire che quel senso di colpa di cui spesso parla in seduta deriva da infantili fantasie di onnipotenza ed è irrazionale e nevrotico, mentre ben diversa è la consapevolezza di essere responsabile, di avere fatto qualcosa di sbagliato, una presa di coscienza che porta a vivere l'esperienza morale, sana e costruttiva, del rimorso.

Io credo che il senso di responsabilità del paziente nei confronti della psicoterapia, o nei nostri confronti, si esprima con l'offerta affettiva inconscia verso il terapeuta, e cioè con il suo venire regolarmente alle sedute. E' vero che pur esprimendo un'inclinazione naturale, psicobiologica, inconscia, al rapporto umano, anche queste tendenze sono sottoposte al transfert ed ai conflitti. Però sono le più vicine a quello che potremmo chiamare «impegno» oppure «senso implicito del dovere sociale», «alleanza di lavoro», «fedeltà», «correttezza», ma nel significato etologico di questi termini, e non in quello superegoico e neppure egoico, come abitualmente li pensiamo e li utilizziamo.

Quando il paziente si presenta regolarmente alle sedute egli ha eseguito il suo dovere verso la psicoterapia. Quante volte ci è capitato di sentir giustificare dai nostri pazienti i loro ritardi alle sedute con banali scuse come la lunga coda in auto, il semaforo rosso, il posteggio che non si trova mai... Ognuno di noi avrebbe senz'altro qualche ricordo del tutto personale da aggiungere a proposito dei ritardi alle proprie sedute di analisi, quando eravamo anche noi dei pazienti psicoanalitici. Infatti, può capitare a tutti.

Che ritardi o meno, da questo punto di vista, cioè dell'impegno personale, inconscio, «etologico» (nel senso di cui sopra), rispetto al contratto, non ha importanza.

A noi non interessa giudicare il senso di responsabilità del paziente, se è motivato a fare la psicoterapia.

A noi interessa invece poter analizzare tutto ciò che accade. Ci interessa analizzare con lui, quand'è

possibile, secondo il timing opportuno, tutto ciò che succede nella nostra interazione – tranne, ce lo insegna la teoria della tecnica, le offerte di transfert positivo.

Il modo in cui il paziente si comporta in seduta con noi, quello fa parte del processo psicoterapeutico: e, allora, che il paziente arrivi più volte in ritardo è importante come ogni altra comunicazione e lo analizziamo.

Ma accantoniamo per un attimo la questione dell'inconscio, delle prestazioni inconscie dell'Io e dell'inconscio pulsionale. Parlando di senso di responsabilità, di solito facciamo riferimento alla coscienza, alla razionalità. Se col contratto terapeutico facciamo appello al senso di responsabilità del paziente chiedendogli essenzialmente di non mancare le sedute, allo psicoterapeuta la teoria della tecnica chiede molte più cose. Gli chiede (glielo chiede oltre alla teoria della tecnica anche la deontologia) non solo di evitare di soffermarsi in una relazione amichevole o, al contrario, di evitare un rapporto in cui lui è dio in terra che dispensa consigli e talvolta farmaci, e il paziente è il fedele timoroso e devoto consumatore. Ma anche di lavorare al fine di capire che cosa dice e che cosa fa il paziente, che cosa accade dentro di noi e tra noi e il paziente, sostituendo il «principio di grazia» alla legge del taglione. E soprattutto, questa è la dimensione etica, di lavorare muovendosi secondo la teoria dell'azione responsabile - per cui se il proprio transfert verso il paziente diventa incontrollabile (con tutto ciò che questo significa), se crolla la fede nella verità comprovata dall'esperienza, secondo cui lo psicofarmaco più potente è il medico che lo prescrive, allora sono necessarie nuove supervisioni, e forse è necessaria un'altra trance di analisi personale.

E qui – quando la nevrosi o il narcisismo dello psicoterapeuta si esprimono nella relazione col paziente - può entrare in gioco la deontologia, che, come sappiamo, è un ordinamento giuridico costituito di doveri a cui un professionista deve conformare il suo comportamento durante lo svolgimento del suo lavoro.

Sappiamo che gli psicologi e i medici italiani possiedono un loro codice deontologico, e che non esiste ancora un codice deontologico degli psicoterapeuti. Di fatto, il codice deontologico dei medici e quello degli psicologi italiani, pur essendo differenti in diversi punti, non differiscono nei principi fondamentali, che, per quanto concerne l'esercizio della psicoterapia, potrebbero convergere nei seguenti punti: Rispetto di tutti i diritti fondamentali delle persone; Responsabilità individuale, professionale, sociale; Integrità, onestà, probità a livello sia individuale sia professionale; Autonomia ed identità professionale; Competenza (intesa sia come "consapevolezza" tecnica sia come "autoconsapevolezza" delle proprie capacità e dei propri limiti) (vedi: Calvi & Gulotta, 1999; Frati, 2004).

La deontologia della psicoterapia, essendo vincolata ai principi fondamentali dell'etica («prenditi cura dell'oggetto amato e dei suoi simboli», «non danneggiarli», «difendili dalle altrui aggressioni») si propone di tutelare i pazienti rispetto ai committenti e alle logiche istituzionali; non solo, ma anche di proteggerli dal comportamento scorretto degli psicoterapeuti (come lo sfruttamento economico, narcisistico e sessuale); e anche però di tutelare gli psicoterapeuti dai loro colleghi (per esempio, nei casi di giudizio squalificante che getta infondato discredito sulla formazione e sulla competenza di un

collega, nei casi di concorrenza sleale o nell'eventualità di plagio di scritti o di teorie), e si propone di tutelare anche l'intero gruppo professionale (con i principi relativi al decoro, alla dignità, all'autonomia e all'identità professionale).

A questo punto sembra ovvio presupporre che nell'esercizio deontologicamente corretto della professione, ognuno di noi rispetti la soggettività, la dignità, il diritto alla riservatezza, all'autodeterminazione ed all'autonomia dei suoi pazienti; ne rispetti le opinioni e le credenze, astenendosi dall'imporre il suo sistema di valori; non operi discriminazione in base a religione, etnia, nazionalità, estrazione sociale, stato socio-economico, sesso d'appartenenza, orientamento sessuale, disabilità. Di conseguenza è logico che il nostro metodo e gli strumenti tecnici che usiamo siano coerenti e non in contraddizione con i principi di cui sopra; è logico che ognuno di noi si rifiuti di collaborare con istituzioni, e logiche aziendali finalizzate al profitto, in grado di condizionarci a trasgredire i principi sovraesposti. Dobbiamo presupporre infine che, qualora il committente e il destinatario dell'intervento psicoterapeutico non coincidano, noi tuteliamo primariamente i diritti (la dignità, la riservatezza, l'autonomia, eccetera) del destinatario, il nostro paziente.

Sono dell'opinione che il cosiddetto fattore soggettivo del terapeuta, il controtransfert, andrebbe sempre anche considerato nei suoi aspetti pericolosi per un buon sviluppo della psicoterapia.

Lo psicoterapeuta come soggetto si trova dunque a «dialogare» con l'intero impianto della teoria della tecnica (il cosiddetto Super-Io psicoterapeutico) e con le diverse parti di sé, compresi i giochi d'ombra tra le figure relazionali arcaiche del suo personale Super-Io e gli interessi del narcisismo, e forse anche con il codice deontologico, e forse, se è uno psichiatra, anche con le pressioni sociali e istituzionali, con l'organizzazione del Servizio presso cui lavora, col livello di integrazione terapeutica dell'équipe e le seduzioni provenienti dal mondo delle industrie farmaceutiche.

Ognuno di noi possiede dei valori (cioè la rappresentazione delle qualità positive che deve avere un oggetto per essere considerato ideale). Mi trovo d'accordo con i colleghi che sostengono che, inevitabilmente, in modo più o meno strisciante e sotterraneo, noi introduciamo i nostri valori nella relazione psicoterapeutica e che ciò è rilevante non solo eticamente, ma anche teoricamente e terapeuticamente rilevante.

Una psicoterapia ha la caratteristica peculiare di influenzare le scelte del paziente. Ad un orecchio psicoanalitico l'affermazione può sembrare forte, ma sappiamo tutti che è vera. Il problema etico sta nel gradiente direttivo del terapeuta, del suo metodo. Una riflessione etica sul proprio modo di lavorare implica (in modo particolare per gli psichiatri che fanno psicoterapia con pazienti psicotici gravi), la consapevolezza su diverse questioni; ne elenco alcune:

1. Che significato ha per la società il mio ruolo professionale?

2. Che cosa significa essere responsabili? E come vedremo dopo, non è una domanda banale e retorica.
3. Quanto interferiscono le seduzioni della psicofarmacologia sulla possibilità di capire l'interazione transfert/controllotransfert?
4. Che peso hanno i miei strumenti di lavoro (tecnica psicoterapeutica ed eventualmente psicofarmaci) rispetto al contributo soggettivo che con la mia personalità introduco nella relazione col paziente?
5. O, viceversa: che peso ha il contributo della mia persona nella relazione col paziente rispetto agli strumenti tecnici che uso nel mio lavoro?
6. Quale visione dell'uomo (quale antropologia) è implicita nella teoria a cui aderisco come psicoterapeuta?
7. Con quali valori soggettivi costruisco i concetti di salute, malattia, cura, cambiamento, guarigione?
8. Con quali valori culturali costruisco i concetti di salute, malattia, cura, cambiamento, guarigione?

Ora, prima di terminare, vorrei ricordare con voi la problematicità di due tipi di fenomeni: alcuni che riguardano situazioni in cui la realizzazione sociale degli ideali etici va a collidere con la deontologia; e altri che riguardano situazioni in cui l'atteggiamento di obbedienza al codice normativo collide con l'etica ideale della psicoterapia (e collude con le resistenze del terapeuta nei confronti dell'approfondimento del rapporto col paziente).

In alcuni casi la realizzazione di propositi etici personali o degli ideali etici si scontra con i principi deontologici. Uno di questi riguarda, per esempio, la realizzazione dell'ideale freudiano di fornire servizi «gratuiti» di psicoterapie o a prezzo «popolare». A dispetto dell'alto valore etico, credo indiscutibile, della realizzazione sociale di un tale ideale, nei paesi in cui le diverse forme di psicoterapie riconosciute dallo stato vengono fornite ai cittadini secondo i diversi modelli di copertura economica, che vanno dall'integrazione delle psicoterapie nel sistema sanitario alla copertura assicurativa, il principio del segreto professionale viene sacrificato alle linee direttive statali o delle compagnie assicurative.

Vediamo quest'altra situazione. Riguarda la collisione tra codice normativo e ideale psicoterapeutico. Come psicoterapeuti abbiamo l'obbligo tecnico, morale e deontologico di tutelare il nostro paziente, ma siamo anche obbligati dalla legge a denunciare ogni caso di abuso accertato e di segnalare ai servizi sociali i casi sospetti per ulteriori accertamenti. Voglio raccontarvi una vignetta clinica. Credo costituisca un eloquente esempio didattico di questo paradosso legislativo (lo prendo da un breve lavoro di due colleghe di Torino, Ottolenghi & Pavese, 2004). La vignetta illustra bene la facilità con cui giovani terapeuti inesperti rinunciano alla propria responsabilità terapeutica per rifugiarsi fra le maglie delle regole codificate dalla legge. Un dodicenne confida alla madre il proprio tormento per ricordi che non intende confidare. Preoccupata, la madre ne parla all'assistente sociale del servizio territoriale, la quale invia il ragazzo allo psicoterapeuta del servizio. I due iniziano la terapia. In una seduta il ragazzo decide di aprirsi e racconta la propria angoscia per il riaffiorare del ricordo di un'esperienza sessuale,

priva di violenza, vissuta a sette anni col cugino dodicenne. Siamo tutti d'accordo, credo, che il ragazzo chiedeva allo psicologo un ascolto rispettoso, in grado di accogliere e contenere lo svelamento di un segreto fino a quel momento serbato gelosamente. Ma vediamo cosa fa lo psicoterapeuta. Sentendosi gravato da una responsabilità legale (quella di denunciare ogni caso di abuso accertato) porta il «caso» nel suo gruppo di lavoro, il quale decide di parlarne all'équipe più allargata del servizio pubblico, che ritiene corretta la decisione del terapeuta di segnalare il caso al Tribunale dei Minori. Che cosa significa dunque essere responsabili? Il terapeuta si è comportato responsabilmente nei confronti della legge, ma nello svolgimento del suo compito psicoterapeutico col paziente, non possiamo dire, credo, che si sia comportato in modo responsabile. E qui si aprirebbe la questione della necessaria distinzione tra etica delle intenzioni e etica della responsabilità, della necessaria distinzione tra coscienza morale eteronoma e autonoma.

La «morale della favola» che ci trovo io è che la legge e la deontologia possono essere facilmente usate per trovare un sollievo da un conflitto o da un dilemma etico, che sono sempre presenti nelle scelte quotidiane del lavoro responsabile del terapeuta. I problemi tecnici-etici nella nostra professione riguardano anche certe sfide più o meno drammatiche che ci arrivano dai nostri pazienti: dalla seduzione erotica alla minaccia di suicidio.

Credo sia un'esperienza comune a tutti noi quella di avere avuto almeno un paziente, un isterico maligno un borderline, che alla seduta di venerdì minaccia di suicidarsi. Altri pazienti ci comunicano l'angoscia relativa a pensieri omicidi diretti ai propri cari. Mamme che quando impugnano un coltello temono di voler uccidere il proprio bambino. E noi dobbiamo capire se potranno esserci effetti nel mondo della realtà oltre che nella fantasia o nel pensiero anancastico.

In questa relazione mi riferisco sempre al lavoro dello psicoterapeuta privato con pazienti nevrotici più o meno gravi. Per quanto riguarda la psichiatria sono necessari numerosi distinguo, di cui non mi posso occupare qui. In psichiatria lo psicoterapeuta si muove in un campo ancora più imprevedibile, in cui gli intrecci tra responsabilità tecnica, etica e giuridica sono ancora più confusi.

Sulla questione della delicata e drammatica posizione in cui viene a trovarsi lo psicoterapeuta in merito al giudizio di pericolosità del paziente, mi limito a qualche vignetta di esperienza vissuta o raccontata da colleghi (M. Senatore). Uno schizofrenico cinquantenne viene seguito da vent'anni per le sue tendenze autodistruttive. Un giorno gira per la città in cerca del suo persecutore, i farmaci non riescono a contenere il suo delirio, le sue allucinazioni e il suo mondo segreto, ma lo psichiatra, che lo segue anche psicoterapeuticamente, lo capisce solo dopo aver ricevuto la notizia che il suo paziente, dopo quel girovagare è tornato a casa ed ha ucciso la moglie. Un paziente trentenne paranoide va alla consueta seduta di psicoterapia al servizio di psichiatria, si ferma in strada, davanti al portone, ha con sé un coltello perché crede che dal servizio uscirà un rivale con cui deve saldare un conto. Un incidente tra due auto lo distrae dal suo delirio, entra e fa la sua seduta raccontando al terapeuta quello che è successo.

Manca il tempo, ma molto ci sarebbe da dire sulle seduzioni erotiche.

Nel nostro lavoro, con alcuni pazienti in particolare, siamo sempre alle prese con processi decisionali che appartengono ad un'area in cui etica e tecnica psicoterapeutica coincidono. La sfida al segreto professionale rasenta talvolta livelli drammatici nel caso di pz. borderline gravi. Per questo sostengo l'indispensabilità delle supervisioni, individuali e di gruppo, ma anche la necessità di rivalutare la funzione positiva del lavoro di équipe all'interno dei servizi.

Dilemmi tecnici/etici a parte, credo appartenga alla dimensione etica anche l'interrogarsi, da parte di un qualsiasi psicoterapeuta, su che peso abbiano durante l'umile svolgimento delle nostre sedute i nostri valori personali, e quale grado di flessibile ipocrisia si nasconda dietro il nostro ruolo professionale; quale collocazione diamo, nella nostra visione del mondo, al valore del benevolo (posso dire «amorevole»?) rispetto per il nostro paziente come persona diversa da noi (persona che possiamo capire, accettare, con cui possiamo identificarci ed entrare in empatia).

Quale posto occupano nel nostro sistema di valori il profitto economico e il privilegio sociale come valori? E non è una domanda viziosa o retorica neppure questa, perché nella relazione terapeutica valori che talvolta svolgono una funzione anti-terapeutica entrano strisciando al di sotto della nostra soglia critica con l'insieme delle variabili soggettive comprese nel controtransfert.

E qui, voglio precisare che parlando di controtransfert, di soggettività dello psicoterapeuta, mi riferisco alla concezione più allargata che il pensiero psicoanalitico ci ha offerto e che comprende:

1. l'atteggiamento inconscio del terapeuta verso il paziente;
2. gli aspetti rimossi e non analizzati del terapeuta (cioè il suo transfert sul paziente);
3. alcuni atteggiamenti o meccanismi con cui il terapeuta risponde al transfert del paziente;
4. il comportamento globale dell'analista verso il paziente, inclusi gli atteggiamenti di cui è consapevole, la filosofia di vita, le convinzioni morali, i valori, l'ideologia politica e religiosa, le convinzioni teoriche, eccetera.

Giorgio Meneguz
Corso Milano 50
Gravellona Toce
Verbania

giorgio.meneguz@tin.it