

Articolazione e peculiarità dell'intervento psicoanalitico nella realtà istituzionale

Author:

A. Marziaffiliation: Psichiatra, Psicoanalista SPHPA

Elisabetta

Elisabetta, operatrice dell'ADI di una grande città italiana, non ce l'ha fatta a seguire un paziente terminale fino alla fine: l'ultimo giorno non è riuscita ad andare. Si è sentita una vigliacca, con molta rabbia addosso, ma la situazione era risultata troppo simile ad un'altra che l'aveva profondamente colpita alcuni anni prima, e non ha potuto sopportare di ripetere questa scena. Lavorando con Elisabetta e col gruppo di lavoro in cui è inserita emerge un primo aspetto, più esterno potremmo dire, in cui possiamo cogliere l'operatore sanitario alle prese con un conflitto molto frequente ma altrettanto complesso e dannoso innescato dalla difficoltà o incapacità di essere indulgente con se stesso, perdonare i limiti accogliendoli e prendendo coscienza della propria condizione di essere umano che non può fare l'impossibile, né essere un guaritore formidabile e perfetto, salvo poi appunto correre il rischio di sentirsi del tutto a terra, fallito, e con un carico di frustrazione impossibile da metabolizzare e per questo potenzialmente produttore di crisi di ruolo ed identitarie con eventuali variabili esiti, fra cui il burn out.

Ad un livello più profondo, tuttavia, Elisabetta, con grande disponibilità a mettersi in discussione nel gruppo e col gruppo di lavoro, permette di comprendere che in realtà le è solo sembrato di non aver ripetuto la scena di sofferenza, quando invece è proprio di questo che si tratta: la persona del passato, "il più grande dolore della sua vita", era stato il marito morente, che, invitandola a lasciarlo per una notte, perché E. potesse riposarsi, era morto la mattina presto, prima che E. potesse tornare. Questo episodio le aveva fatto molto male, ma era come rimasto in un limbo dove i sentimenti di frustrazione, di rabbia, di dolore, di immutabilità erano tenuti a freno, anche se a stento, e con un prezzo alto da pagare in termini emotivi. Accettando di seguire il secondo paziente, affetto dalla stessa patologia del marito, aveva fatto la fantasia che questa poteva essere l'occasione di riscatto, senza tuttavia considerare che in se stessa il trauma vissuto si era raggelato in una sorta di immutabile primato, dove poteva esistere non l'evoluzione ma solo la perenne ripetizione, cosa puntualmente verificatasi.

In più, era impossibile modificare ed evolvere poiché dentro se stessa l'episodio riguardante il coniuge doveva rimanere come unico, con carattere di assolutezza: amore unico, morte unica, insuperabile, invalicabile da qualsiasi altra situazione del futuro, che tuttavia poteva servire (come in effetti aveva fatto) da calamita per riuscire a spostare la colpa del primo episodio (che tendeva ad assumere carattere cripto-persecutorio nella sua valenza di lutto insuperato e sostanzialmente insuperabile, che incarnava così anche la possibilità di non separarsi davvero mai) che perciò poteva essere dislocata -la colpa- sul secondo soggetto, vivibile in modo meno traumatico e più dialettizzabile in senso difensivo dentro se stessa. Con lui ha potuto ripetere, dislocare, ma non evolvere o risolvere: uguale ma diverso, differente e spostato.

Questo breve episodio nato dal lavoro coi gruppi di operatori mette bene in luce l'importanza del lavoro di formazione nell'istituzione, e mostra il farsi di modalità interattive decisamente "sul campo", in vivo, potremmo dire, tramite il peculiare e basilare lavoro di supervisione clinica del gruppo e col gruppo, uno degli strumenti fondamentali per la crescita degli operatori nelle professioni d'aiuto e per la prevenzione della problematica intraistituzionale. La parola supervisione, in ambito istituzionale, finisce oramai per designare metodi di lavoro variegati e diffusi, denominandosi in vari modi settoriali o confondendosi con altre pratiche, alcune delle quali tanto specifiche quanto sganciate da radici solidamente cliniche.

Intendo per supervisione un metodo di lavoro clinico-formativo che, con le sue specifiche valenze sia esperienziali che pratico-operative, si costituisce come elemento strutturale specifico della formazione delle varie figure professionali, attivando la diretta, profonda partecipazione del singolo e del gruppo in reciproca interazione fra di loro e coi conduttori, che ricevendo gli apporti dei partecipanti possono utilizzarli come strumenti atti alla maggiore comprensione del problema trattato così come all'organizzazione evolutiva dei sentimenti, delle emozioni in genere, comunque siano, dei pensieri che così si producono sia all'interno del gruppo stesso che nella relazione di esso con l'istituzione.

L'intento è quindi quello di osservare con occhi nuovi la propria esperienza di operatore professionale scoprendo ed identificando problemi relazionali, zone d'ombra interattive, conflittualità a più livelli di reciprocità, mettendo in primo piano la ricerca di senso e la relazionalità.

La relazionalità cui si deve tendere qui è quella costituita dalla giusta distanza fra figura professionale e paziente: in questo, fondamentale risulta essere la corretta capacità di ascolto, che implica un versante emotivo da ritenersi basilare.

La sintonia col paziente, condizione tanto sbandierata quanto elusa nelle istituzioni, spesso drammaticamente a corto di ascolto riguardo alla realtà interiore e interpersonale, è una condizione che va conquistata con evoluzione interiore personale e gruppale, attraverso appunto momenti di sostegno e di formazione. Sostegno perché il gruppo discute e dialettizza, e si può comprendere in tal modo come l'intensa rete di emozioni presenti nei rapporti interpersonali sia ineludibilmente legata alla propria dimensione personale e relazionale; formazione perché in tal modo l'operatore, attraverso una vera e preminente esperienza sul campo, apprende a sapere dare "la giusta dose di se stesso come farmaco" (Balint, 1977). Nel momento in cui avviene questo, si aprono dimensioni emozionali più vere e più apprezzate; non possiamo dimenticare che questo modo di procedere ha anche una valenza di prevenzione rispetto alla problematica che può interessare l'operatore sanitario, rappresentata da tutte le manifestazioni che procedono dalla stress lavorativo e istituzionale, fino al burn out, condizione che merita sempre grande attenzione e specifici corsi di aggiornamento.

Si tratta quindi di un'occasione di arricchimento vicendevole, dove la relazione che deve prendere corpo si fonda non soltanto sul sapere come accogliere dentro di sé le

emozioni di un altro, ma soprattutto sul saperne avere più matura ed evoluta comprensione, senza peraltro perdersi nell'indifferenziazione con l'altro, nella perdita dei confini della propria individualità, e quindi dell'alterità, condizione sempre pericolosa e foriera di guasti nei gruppi e con l'istituzione.

Naturalmente ostacoli e difficoltà, come già accennato, sorgono non soltanto nell'interfaccia operatori/pazienti, ma anche nelle reciprocità relazionali insite nel gruppo stesso, e fra questo e l'istituzione.

Noi possiamo identificare almeno quattro aree di sofferenza in questo ambito:

1. una fonte di sofferenza legata al fatto istituzionale stesso
2. sofferenza legata ad una particolare istituzione e alla sua struttura sociale e inconscia
3. sofferenza legata alla configurazione psichica individuale
4. Una sofferenza legata alla vita stessa, allo stare insieme, legata allo scarto fra oggetto e desiderio del soggetto, al "disagio della civiltà".

Propriamente parlando, l'istituzione non soffre (come suggerisce Kaës, 1991), sono i soggetti che hanno rapporto con essa che soffrono, e che per proiezione designano ciò che è in stato di sofferenza in loro dell'istituzione stessa. Questa sofferenza e la difficoltà a riconoscerla formano l'oggetto specifico di tanti interventi terapeutici in ambito istituzionale.

Noi soffriamo del fatto istituzionale stesso, delle dinamiche che in esso si esercitano, delle asimmetrie e dei divari, dell'eccesso di presenza e dell'assenza istituzionale, della sua deficienza nelle garanzie di rispetto dei patti (non soltanto, è ovvio, in senso contrattuale-amministrativo, bensì in quello delle relazioni interpersonali e gruppalmente spesso inconscie) e nel rendere possibile la realizzazione del compito primario che motiva il posto del soggetto al suo interno.

E soffriamo nel non poter comprendere la causa, l'oggetto, il senso e il tema della sofferenza stessa.

Quest'ultimo concetto tuttavia vale non soltanto per la relazione dei soggetti con l'Istituzione, ma anche nella quotidiana vita che lega operatori e pazienti, e operatori fra di loro.

Tutti questi ambiti possono mostrare distorsioni, degenerazioni, cadute, implosioni, deficit di identità: in una parola, possono ammalarsi.

Pensate soltanto a quanto può avvenire in ambienti ad alta tensione emotiva come le Comunità Terapeutiche (C.T.), dove non infrequentemente la relazionalità si piega verso farraginosità e distorsioni che ostacolano la corretta operatività, quando per es. i pazienti finiscano per strumentalizzare inconsciamente il gruppo di operatori e anche i terapeuti in funzione delle loro esigenze patologiche, che divengono incontrollate, non affrontate, e dilagano impedendo di fatto l'attività di cura e di gestione.

C'è da aggiungere che l'approccio alla problematica grupppale all'interno dell'istituzione non si esaurisce con la supervisione, pur essendo essa uno degli strumenti principe in questi frangenti: al di là delle numerose tecniche e dei molteplici mezzi che possono essere a nostra disposizione negli ambienti istituzionali ed aziendali (vedi sopra la nota 1), sappiamo che le declinazioni di intervento della supervisione possono essere tante quante sono le dimensioni lavorative dei singoli soggetti, dei gruppi e delle relazioni di questi con l'organizzazione. Io credo che l'approccio orientato alla messa in discussione delle dinamiche intra ed interpersonali e gruppo-istituzionali che scaturiscono in tali ambiti sia sicuramente quello più affidabile. Da questo punto di vista appare molto importante attivare modalità esperienziali di tipo interattivo, con coinvolgimenti preliminari del gruppo attraverso per es. "focus group" o i "listening posts" intesi come strumenti atti a mettere appunto a fuoco, con varie modalità pre-organizzate, i temi principali, le aspettative, le conflittualità emergenti, i problemi generali di quel determinato gruppo di lavoro, onde organizzare un successivo step meno dispersivo, più definito nella problematica e negli scopi, cercando una prima sintesi racchiusa in poche parole significative. All'interno dell'attività, sorge poi l'opportunità di coinvolgere singoli operatori o il gruppo in toto attraverso ulteriori modalità interattive, *role playing* in gruppo o sottogruppi, stimolazioni emotive del singolo e/o del gruppo attraverso varie modalità di coinvolgimento del conduttore coi partecipanti.

Lo scopo è ovviamente quello di mettere sempre più al centro dell'attività formativa le dinamiche psichiche singole e di gruppo: mettere in campo, rappresentare, psicodrammatizzare, se mi permettete l'espressione, mettere in scena affetti, conflitti, emozioni e stati d'animo che intridono la relazionalità nelle istituzioni, in un modo tuttavia che serva a movimentare ma ad impatto grupppale sostenibile, ad invitare senza costringere, mostrando il valore fondamentale del mondo interno (stavolta non solo individuale, ma anche sociale) per costruire gradualità verso un più adeguato apprendimento dall'esperienza anche in questo ambito, quindi solo tangenzialmente individuale e soprattutto interpersonale e relazionale gruppo-istituzione.

Lucia

Lucia arriva in C.T. con alle spalle una storia drammatica. Un padre alcolista e violento, muore poco prima del decesso della madre, investita da un camion, e che la p. ha sempre sentito come l'unica da cui si sia sentita amata. Ha tentato otto volte il suicidio, è stata in overdose e poco dopo ha cercato di far esplodere la casa col gas, lasciando però il gatto sul davanzale esterno per evitare che morisse. Più volte ricoverata, viene diagnosticata come "Borderline con depressione ricorrente" e abuso saltuario di oppiacei. Ha una laurea in Belle Arti, a pieni voti, e quando sta meglio dipinge. All'inizio dell'incontro gli operatori la presentano come molto aggressiva e trasgressiva, poco fiduciosa nei loro confronti e del progetto comunitario, con una scarsa compliance farmacologica, dove cerca di ottenere spesso variazioni del dosaggio.

Molti la definiscono seduttiva, manipolatoria e provocatoria; non raramente la p. si lamenta però che, pur proponendosi ai "maschi", non riesce mai ad "accolparne uno". Dicono anche che è stata presentata come "un'aquila nera", per la sua imprevedibilità, e questo sembra non favorire le energie terapeutiche del gruppo.

L'impressione iniziale dell'analista è che arrivino solo schegge della p. (anche per l'arrivo molto recente della p. in C.T. elementi parziali, aspetti frantumati e scissi, forse, mancanti sia di unità che di un minimo di coerenza e collegamento) dove prevale un atteggiamento di sospettosità insinuante verso una persona "sveglia e astuta", "trafficonca", che dà fastidio perché invade gli spazi con continue richieste, dimostrandosi poi renitente, disordinata, aggressiva, manipolatoria.

L'analista si trova a pensare che manchi nel progetto comunitario verso la p. un aspetto di più marcata responsabilizzazione e di maggiore coinvolgimento di lei nella vita comunitaria, ma nel prosieguo dell'incontro questa idea, pur valida oggettivamente, risulta soprattutto generata da un sentimento controtransferale che sulle prime risulta piuttosto nebuloso.

I partecipanti continuano tuttavia a immettere nel campo di forze emotivo-relazionali che si crea e si accresce nel prosieguo dell'incontro immagini della p. che si portano dentro, e le schegge di cui sembrava fatta all'inizio sembrano prendere una forma più compiuta nella mente dell'analista, grazie all'impegnativo lavoro del gruppo: emergono vissuti di paura, di forte tensione, dove molti operatori sono costretti a restare in osservazione e basta, tenendosi abbastanza alla lontana da L., e arrivando a chiedersi cosa mai possa fare in C.T. una p. di questo genere.

Sembra perciò che con L. si debba attivare una "carica energetica" debole, perché altrimenti L. pare possa funzionare come quell'antivirus che si propone come "search and destroy", cerca e distruggi...

E' solo quando all'interno del gruppo si rende evidente che "l'aquila nera" è in realtà un pacco bomba, che la paziente prende maggiormente forma all'interno della stanza e nella mente dell'analista: il gruppo teme di avvicinarsi alla p. perché avverte come il rischio di esplosione. Sarebbe perciò bello avere binari precisi e contenimenti anche fisici, come appunto programmi e discipline di responsabilità, per poter impedire l'esplosione. Il vissuto controtransferale dell'analista, stimolato dalla rete di input emotivi da parte del gruppo, perciò segnalava, precocemente ma per questo in modo al momento troppo indeterminato, che la qualità della relazione emergente fra la paziente e il gruppo si gioca intorno alla sua natura proprio di "pacco bomba", cosa che determina la difficoltà ad avvicinarsi e anche l'attivazione o l'incremento di un atteggiamento difensivo di carattere onnipotente da parte degli operatori, utilizzato per contrastare ed evitare l'angoscia, immessa nella relazione da parte della p., di essere annientati, di finire in uno spazio esplosivo, atomizzati, annichiti. Allora il parlare di carica energetica debole o forte, di tensione e paura, di distruttività della comunicazione assume ora un significato più delineato: la p. può così avvicinarsi un po' di più, entra di più nella stanza dell'incontro come nella C.T., con tutta la sua imprevedibilità. Se gli operatori cioè accettano di tenere il "pacco bomba" (in questo superando un assetto mentale leggibile come assunto di base di attacco/fuga) allora la paziente trova finalmente un accoglimento gruppale che, corroborato dalla possibilità di organizzazione mentale del gruppo da parte del supervisore, può funzionare a sua volta da elemento polifonico di migliore metabolizzazione delle angosce profonde della paziente.

Ricollocando perciò le fantasie di "contenimento disciplinare" nella loro corretta dimensione, gli operatori possono vedere con maggiore nitore il gioco di reciprocità che si sviluppa con Lucia: la p. ha un bisogno "prepotente" di collocare gli aspetti "bomba" dentro il contenitore gruppale, per potersene liberare ma in modo che possano non essere eliminati, travolti e buttati via (come forse la madre, travolta da un camion della nettezza urbana), ma accolti e tenuti, perché se li tiene solo dentro se stessa possono essere davvero esplosivi (implosivi, in realtà, suicidari). Ma questo genera molta angoscia nel gruppo, che è chiamato a dover maneggiare materiale così altamente esplosivo, e alle volte può preferire lasciarsi "sedurre" dalla carica ammalatrice di Lucia, scambiandola per vera seduzione erotica (e non per un altro modo, inadeguato, di richiedere vicinanza e intimità), e assumere un atteggiamento paternalistico: non a caso uno degli educatori dice che alle volte ha assunto un fare da "Padre Ralph" (quello di "Uccelli di rovo", per capirsi), deragliando verso una deriva reificante non priva, di nuovo, di sapore difensivo narcisistico-onnipotente. Ecco che la possibilità di mettere al centro emozioni e dinamiche nascoste nelle pieghe dell'interrelazionalità intercorrente tra operatori e paziente permette di rendere più agevole il lavoro di gestione e di riabilitazione.

Nel caso di Lucia, abbastanza paradigmatico, si rende evidente come aspetti turbolenti e confusi della sua realtà interna possano esprimersi e possano essere contenuti nella mente corale del gruppo grazie a un proficuo lavoro di supervisione e formazione teso ad arginare le spinte regressive non solo della paziente ma anche del gruppo stesso, investito prepotentemente da sentimenti devastanti in sé stessi dalle forti proiezioni della paziente, tuttavia solo in parte evacuative, mantenendo in sé un aspetto segreto e criptico di comunicazione.

E' qui molto importante prendere in considerazione i fenomeni transferali nella loro interezza, così come si sviluppano su parti e persone differenti del gruppo e sulla stessa istituzione in generale, cercando di creare "una cultura in cui le dinamiche interpersonali di gruppo ed istituzionali di pazienti e operatori possano essere apertamente messe in discussione" (Skogstad,2006).

Da quanto detto risulta immediatamente ovvio che essere capaci di riconoscere e lavorare su questi processi richiede non solo capacità e volontà da parte degli staff, ma uno spazio di riflessione all'interno dell'istituzione che deve essere protetto. Questo fa parte della qualità di una "istituzione terapeutica" e su questo l'Istituzione è chiamata a pronunciarsi in ciò che chiamerei perspicuità progettuale, opposta ad una triste miopia tanto frequente quanto antiterapeutica e in fondo anche antieconomica.

La miopia e la sordità sono nemici pericolosissimi all'interno delle istituzioni. Se manca l'umiltà culturale e la curiosità scientifica, sorge il pericolo concreto di frammentazione, di disgregazione dell'istituzione, mascherata da autosufficienza tronfia e onnipotenza cieca. Anche perché la struttura istituzionale incarna meccanismi difensivi sociali atti a conservare una condizione il più possibile statica, e questo può entrare in rotta di collisione col potere dinamico della formazione di gruppo, come fosse eversivo.

Ma senza un lavoro sulle emozioni, empatico ed elaborativo, le impasse gruppali, già inevitabili di per sé, possono assumere carattere distruttivo, specie quando, ab initio, non siano state sufficientemente colte e metabolizzate le aspettative onnipotenti e idealizzanti circa il proprio lavoro, il ruolo, la "mission", la struttura.

Ho la speranza che il ruolo e il contributo della disciplina psicoanalitica nella dimensione istituzionale ed organizzativa possa o debba far germinare ed elaborare dinamiche ed aspetti psichici rendendoli più fruibili e pensabili, lasciando poi a chi rimane di continuare il lavoro e il cammino, di continuare la strada, passandogli il testimone, nell'incertezza dell'ignoto ma anche nella fiducia, come in questo brano con cui vorrei concludere e salutarvi:

"...Si accampano lì e quando l'uomo si stese a terra capi che non si sarebbe più rialzato e che quello era il posto dove sarebbe morto. Il bambino lo guardava, gli

occhi pieni di lacrime. Oh babbo, disse[...] Da mangiare era rimasta solo una scatola di pesche ma la lasciò al bambino, non ne volle neanche un boccone. Non ce la faccio, disse. Va bene così [...] L'uomo gli prese la mano, ansimando. Devi andare avanti, disse. Io non ce la faccio a venire con te. Ma tu devi continuare. Chissà cosa incontrerai lungo la strada. Siamo sempre stati fortunati. Vedrai che lo sarai ancora. Adesso vai. Non ti preoccupare.

Non posso.

Non ti preoccupare. Questo momento doveva arrivare da tempo. E adesso è arrivato. Continua ad andare verso sud. Fa' tutto come lo facevamo insieme.

Fra poco ti passa, babbo. Ti deve passare.

No, non passerà.

Voglio restare con te.

Non puoi

Ti prego.

Non puoi. Devi portare il fuoco.

Non so come si fa

Sì che lo sai.

...

E dove sta? Io non lo so dove sta.

Sì che lo sai. E' dentro di te. Da sempre. Lo vedo.

Portami con te.

Non posso...Quando non ci sarò più potrai comunque parlarmi. Potrai parlare con me e io ti risponderò. Vedrai.

E riuscirò a sentirti?

Sì, mi sentirai. Fa' come se ci parlassimo con la mente[...].

[IL BAMBINO] Se ne andò lungo la strada più lontano che poté, poi tornò indietro. Il padre dormiva. Si sedette vicino a lui sotto la tavola di compensato e lo guardò. Chiuse gli occhi e gli parlò, tenne gli occhi chiusi e rimase ad ascoltare. Poi ci riprovò[...].Quella notte il bambino dormì vicino al padre e lo tenne abbracciato, ma quando al mattino si svegliò il padre era freddo e rigido. Rimase lì seduto per tanto tempo a piangere, poi si alzò e si incamminò nel bosco verso la strada. Quando tornò si inginocchiò accanto al padre e gli tenne la mano gelata e disse e continuò a ripetere il suo nome.

[...] Tornò nel bosco e si inginocchiò accanto al padre. Era avvolto in una coperta, e il bambino non lo scoprì ma gli si sedette vicino e si mise a piangere senza riuscire a fermarsi, pianse per un bel pezzo. Ti parlerò tutti i giorni, sussurrò. E non mi dimenticherò. Per niente al mondo. Poi si alzò, si voltò e tornò verso la strada."

References

- 1 - Balint M (1977) – Medico, paziente e malattia. Milano, Feltrinelli
- 2 - Kaës R (1991) - Realtà psichica e sofferenza nelle istituzioni. In Kaës R et al., L'istituzione e le istituzioni . Roma, Borla
- 3 - Mc Cormick C. (2006) - La strada. Torino, Einaudi
- 4 - Skogstad W- (2006) Realtà interna e realtà esterna: indagare sulla loro interrelazione in un contesto residenziale . Terapia di Comunità, Anno 7, n. 33
-

Abstracts

Il lavoro si propone di affrontare da un punto di vista clinico e "sul campo" gli aspetti del lavoro formativo riguardante la supervisione, sia in un contesto di tipo sanitario istituzionale, sia in un contesto di carattere più specifico, come quello rappresentato dalle Comunità Terapeutiche, mostrando modalità, tipologie, problemi e interventi nei settori istituzionali.

Dopo aver dato una personale definizione di supervisione sia individuale che nell'istituzione stessa, il lavoro si sforza di sottolineare quanto le occasioni di formazione suddette costituiscano un'occasione di arricchimento vicendevole, dove la relazione che deve prendere corpo si fonda non soltanto sul sapere come accogliere dentro di sé le emozioni di un altro, ma soprattutto sul saperne avere più matura ed evoluta comprensione. E questo è valido sia per il rapporto conduttore-gruppo, che in quello gruppo-paziente. La relazionalità cui si deve tendere qui è quella costituita dalla giusta distanza fra figura professionale e paziente: in questo, fondamentale risulta essere la corretta capacità di ascolto, che implica un versante emotivo da ritenersi basilare.

Lo scopo è ovviamente quello di mettere sempre più al centro dell'attività formativa le dinamiche psichiche singole e di gruppo: mettere in campo, rappresentare,

tendendo non alla bonifica dei sentimenti e dei pensieri, quanto al loro utilizzo in senso evolutivo e elaborativo.

L'intento nei riguardi dei fruitori è quindi quello di osservare con occhi nuovi la propria esperienza di operatore professionale scoprendo ed identificando problemi relazionali, zone d'ombra interattive, conflittualità a più livelli di reciprocità, mettendo in primo piano la ricerca di senso e la relazionalità.

Per questo scopo, si delinea anche la necessità di stabilire alcuni step e si offrono alcuni esempi clinici, all'inizio e nel corso della relazione, onde esemplificare quanto esposto teoricamente.

I dati riportati negli articoli tengono conto delle disposizioni normative di cui al Codice sulla Privacy e dei provvedimenti del Garante consequenziali al trattamento dei dati per scopi scientifici, di ricerca e divulgativi.

[0] commenti | comments