



Le coordinate si vedono meglio dopo il viaggio

Per un metodo di lavoro nella clinica della marginalità

Testo di

**Maria Inglese, Germana Verdoliva,
Marianna Cavalli**

A I termine di questi viaggi nelle storie possiamo parlare di metodo e di teoria.

Metodo si riferisce a quanto si è vissuto e si può raccontare, «dopo la strada», appunto. È ciò che del viaggio si racconta, dopo averlo fatto, come scrive ancora Stefania Consigliere: «A volte nient'altro che un'accozzaglia di eventi capitati mentre eravamo in balia di luoghi, forze e occasioni che non abbiamo capito»⁽¹⁾.

Quindi il metodo non viene prima del cammino, ma dopo: «La misura è relativa a coloro che misurano; e la pratica è intimamente connessa al rischio» (ibidem, p. 99). Nel viaggio fatto attraverso le storie presentate, la marginalità appare un campo dove le

nostre conoscenze professionali, tecnico-relazionali sono messe alla prova, corrono «un rischio». Proprio là dove il terreno sembra meno comodo, la strada meno praticata, si opera una forzatura dei nostri strumenti e delle nostre capacità cliniche, al fine di orientare e infondere nuova forza a servizi comunitari che si dichiarano, per posizionamento etico, inclusivi e capaci di dare voce a chi appare «invisibile», a chi è di passaggio, transitante.

Se il modello è «pratica in attesa di teoria», e la teoria è «pensiero sulla pratica»⁽²⁾, il pensiero attende la «propria» teoria, alla quale anche il «metodo» porta un contributo.

Dopo il viaggio, appunto.

Di seguito quindi le *coordinate* che abbiamo individuato, le nostre stelle polari per orientare il nostro viaggiare nella «clinica della marginalità».

Silenziare la nostra voce

L'incontro è gesto di cura, è gesto di attenzione all'altro. Come scrive Simone Weil: «L'attenzione è la forma più pura e rara della generosità». Ed è uno strumento per trasformarci, per lasciarci attraversare dalla trasformazione.

Il primo gesto, quando offria-

||

1/ Consigliere S., *Favole del reincanto*, op. cit., p. 97.

2/ Saraceno B., *Sulla povertà della psichiatria*, op. cit., p. 55.

Nel viaggio fatto attraverso le storie presentate, la marginalità appare un campo dove le nostre conoscenze professionali, tecnico-relazionali sono messe alla prova, corrono «un rischio».

mo attenzione, è silenziare dentro di noi la nostra voce: silenziarsi, ritirarsi, fare spazio all'altro, permettergli di occupare lo spazio necessario, dargli dignità, onorare la sua esistenza, prestare attenzione e ascolto («questo è il tuo momento»).

Ma ascoltare è un'arte difficile, che non viene insegnata, non viene praticata. Siamo più bravi a dare voce alla nostra stessa voce, a seguire il nostro ordine di pensieri, ci preoccupiamo di farci capire più che di capire gli altri. Una prestazione, una gara con noi stessi, con l'egocentrismo che ci abita: al centro ci sono «io».

Non è atto creativo questo ascoltarci-ascoltarmi, mentre l'ascolto vero è creazione, è immaginazione, è essere nei panni dell'altro, nelle sue scarpe. Immaginare l'altro, scrive Amos Oz, è un gesto di empatia creativa. Essere uno specchio di quello che l'altro sente e dice, ma dev'essere uno specchio pulito.

Nella prefazione al testo di Michel De Certeau⁽³⁾, Enzo Bianchi scrive (p. 7):

“ La vita dell'uomo non è mai concepibile senza l'altro: tragedia allora non è il conflitto, l'alterità, la differenza, bensì i due estremi che negano questo rapporto: la confusione e la separazione. ”

Occorre onorare questo incontro impossibile: la diversità reclama attenzione e presenza. E ricutura di una separazione, come spesso il dolore, la sofferenza, la malattia, la violenza sottolineano.

Scriva ancora Bianchi (p. 9):

“ Sì, ci attende un lungo e faticoso cammino: in

questa nuova stagione dobbiamo infatti diventare competenti della complessità, esperti della diversità, capaci di incontrare e di comunicare con uomini e donne che vengono da altre esperienze e percorrono altre strade che non sono le nostre. Dobbiamo esercitarci all'ascolto, all'accoglienza dell'altro e quindi imparare ad accettare il mistero e l'enigma di chi non conosciamo, di chi appare come l'estraneo e non solo lo straniero... gli altri non sono l'inferno: sono la nostra beatitudine su questa terra. ”

La sfida nell'incontro con le storie «senza», alle quali abbiamo dato voce in questo scritto, pone al centro l'attenzione per l'altro, il rispetto per la sua soggettività, l'onorare una ospitalità reciproca.

L'incontro con l'ombra

Ma è veramente possibile accompagnare l'incontro con «l'altro difficile», con l'estraneo, lo straniero, il «diverso», senza sprofondare in una consolazione reciproca, in un rispecchiamento idealizzante, uno specchio luminoso che lascia fuori le ombre?

Ecco, questa possibilità – incontrare l'ombra dell'altro (e la nostra) – rappresenta la sfida inedita nelle storie che abbiamo cercato di raccontare. Anna Maria Ortese scrive nel suo libro *Corpo celeste*:

||

3/De Certeau M., *Mai senza l'altro. Viaggio nella differenza*, Qiqajon, Bose 2000.



“ La violenza - l'aggressione che si presenta sempre inattesa, di un'ombra a un'altra ombra - è proprio l'orrore annidato nel vivere universale. (4) ”

Chi abita o ha abitato la violenza rappresenta, per molti, figura da rieducare, riabilitare, rinnovare, per qualcuno solo da punire. Si tratta, invece, di curare (nel senso di prendersi cura) e «guarire» chi è diverso, ma ancora prima di riconoscerlo.

Ma chi sono i nostri soggetti di cura? Chi sono i «veri diversi»? Ancora la Ortese (pp. 30-31):

“ I veri diversi, per mia esperienza, sono altri, e sono di sempre: sono i cercatori d'identità, propria e collettiva, e nazionale e d'anima. Coloro che videro il cielo, che mai lo dimenticarono, che parlarono al di sopra dell'emozione, dove l'anima è calma. Che non credono, o credono poco, ai partiti, le classi, i confini, le barriere, le fazioni, le armi, le guerre. Che nel denaro non hanno posto alcuna parte dell'anima, e quindi sono incomparabili. Quelli che vedono il dolore, l'abuso; vedono la bontà o l'iniquità, dovunque siano, e sentono come dovere il parlarne. I cercatori di silenzio, di spazio, di notte, che è intorno al mondo, di luce, che è intorno al cuore. Questi diversi, che vorrebbero semplicemente dare il senso del segreto umano, e trovare, o indicare, il rapporto di dovere tra vita e vita. ”

Nel «dovere tra vita e vita» si gioca un inedito che contamina potentemente l'incontro di cura. Sguardi che non giudicano, che non disprezzano, che non allon-

tanano. Sguardi che sanno farsi responsabili l'uno per l'altro, sapendo (come dice Ivo Lizzola) che «nessuno è innocente».

Ricostruire una polifonia, là dove era una voce a dominare

«L'uomo di sabbia». Si tratta della felice definizione di Catherine Ternynck⁽⁵⁾ in riferimento a varie esperienze di *franamento umano*, di perdita delle fondamenta, di *debolezza delle radici* che la psicoanalista ha incontrato nella pratica di terapia di questi ultimi anni. Scrive (pp. 9-11):

“ Il suolo umano si è impoverito, si è svuotato del suo *humus* di relazioni, legami, responsabilità, è divenuto friabile, inconsistente. Su questo terreno incerto l'uomo stesso diventa di sabbia... (ma) l'uomo di sabbia è l'uomo di un itinerario. È il testimone di un'umanità che cerca un passaggio, che tenta di aprirsi un varco. È una figura terminale, ma anche qualcosa che sta emergendo. Sta tra due mondi... ”

La *perdita dei legami* è la grande «pena» del nostro mondo, a maggior ragione nel mondo degli invisibili. S-radicare non è una metafora, come ci raccontano questi incontri.

Sradicamento era concetto caro a Simone Weil, è la dimensione contemporanea della malattia del vuoto che accompagna tante esistenze svuotate di senso e di biografia. La Weil parla della malattia dello sradicamento che dopo la seconda guerra mondiale è diventata «talmente acuta in tutta Europa che è legittimo esserne atterriti... uomini e donne di questo tempo che non possono più sentirsi a casa negli spazi interiori del mondo che sono stati loro tramandati».

Siamo tutti esposti a questa malattia, tutti nudi e senza protezione. Siamo uomini e donne alla deriva, in un tempo che non è più tempo e in spazi che non

II

4/ Ortese A. M., *Corpo celeste*, Adelphi, Milano 1997, p. 113.

5/ Ternynck C., *L'uomo di sabbia. Individualismo e perdita di sé*, Vita e pensiero, Milano 2012.

sono più domestici, che non conoscono più l'ospitalità. Come il tempo del disincanto appunto ci racconta.

Anche la narrazione che raccogliamo negli incontri terapeutici, in queste storie di marginalità, pone domande all'umano ferito, franato, umiliato, isolato che è l'altro e che sono anch'io. Interrogare l'uomo del margine attiva domande e scambi di sguardi tra noi, ci rende compagni e testimoni di un tragitto piuttosto scomodo e inascoltabile che parla alla nostra capacità-volontà di *restare legati*, di rimanere solidali, responsabili nel «dovere tra vita e vita», tentando un avvicinamento possibile. Un tentativo di costruzione di riflessività condivisa, di rispecchiamento (non narcisistico o performativo) dell'umano nell'umano.

La narrazione raccolta nelle storie di cura permette di ricostruire una polifonia là dove era solo una voce a dominare. Dice Lorenzo Natali, criminologo e autore con Adolfo Ceretti di *Cosmologie violente*⁽⁶⁾, che la dimensione polifonica delle narrative permette di ridefinire il «cosmo» che abita ciascun soggetto e di guardare al futuro in maniera inedita, non ancora scritta. La narrazione di sé a un altro «rimanda al passato, a ciò che siamo stati, ciò che siamo nel qui e ora e a ciò che possiamo/vogliamo/desideriamo continuare a essere nel futuro... In fondo, proprio perché viviamo in mondi narrativi, possiamo liberarci da una storia solo entrando in un'altra»⁽⁷⁾.

La narrazione che raccogliamo negli incontri terapeutici, in queste storie di marginalità, pone domande all'umano ferito, franato, umiliato, isolato che è l'altro e che sono anch'io.

91 animazione sociale 347

Imparare a pensare l'impensabile

Nina Coltart, psicoanalista inglese (morta nel 1997), ha usato l'espressione «pensare l'impensabile» nel suo articolo che dà il titolo alla raccolta di scritti pubblicata da Raffaello Cortina⁽⁸⁾.

La psicoanalista ha vissuto un trauma nell'età infantile - la morte di entrambi i genitori durante la seconda guerra mondiale - e ne è rimasta profondamente segnata; ha coabitato con l'angoscia della morte riuscendo a individuare e ad accogliere nei pazienti anche più gravi le dimensioni di assenza e di vuoto. Psicoanalista «eccentrica» come lei stessa si definiva, non si è mai sposata, non ha avuto figli, si è laureata in medicina e ha scelto la strada della psicoanalisi; con una pratica costante e intensa della cura analitica comincia a raccogliere i suoi scritti solo a partire dai 55 anni. Incontra il buddhismo e ne rivede alcuni nodi intrecciati alla psicoanalisi; si definiva una donna con un temperamento religioso ma senza Fede (Fede con la F maiuscola).

Nei suoi testi si intravede uno stile unico, eccentrico, indipendente, amante dell'incontro con il paziente, interessata al *mistero* dell'esistente. Nel primo

II

6/ Ceretti A., Natali L., *Cosmologie violente. Percorsi di vite criminali*, Raffaello Cortina, Milano 2009.

7/ Contributo di Lorenzo Natali al seminario del 6 ottobre 2018 all'interno della rassegna *Dolore in bellezza*.

8/ Coltart N., *Pensare l'impensabile e altre esplorazioni psicoanalitiche*, Raffaello Cortina, Milano 2017.

capitolo (*Arrancare verso Betlemme o pensare l'impensabile in psicoanalisi*) scrive che una parte del nostro lavoro rimane e rimarrà sempre un mistero (p. 2):

“ Appartiene all'essenza della nostra professione impossibile che, in un modo molto particolare, noi non sappiamo che cosa stiamo facendo. ”

Esiste in ogni incontro con il paziente questo mistero e la necessità di un atto di *fedè* (fedè con la lettera minuscola), scrive ancora la Coltart (p. 115):

“ Fedè in noi stessi, nel processo, negli aspetti segreti, sconosciuti e impensabili nel nostro paziente che, in quello spazio che è l'analisi, arrancano aspettando il momento in cui sarà giunta infine la loro ora... fedè nella nostra esperienza la quale cresce ogni volta che, all'interno della coppia analitica, le cose accadono. ”

Nell'incontro con i pazienti gravi, o i pazienti silenziosi per i quali la Coltard ha un vero innamoramento e scrive parole di profonda gratitudine, il tentativo sempre implicito è proprio quello di portare pensiero all'impensabile e parole all'inesprimibile.

Nell'ultimo capitolo del libro che si intitola *Attenzione*, raccoglie implicitamente la riflessione della Weil. Scrive (p. 180): «L'attenzione è la matrice costante di un atteggiamento terapeutico positivo nel nostro lavoro... l'impalcatura per qualunque altra cosa facciamo».

La descrive come una qualità paradossale, allo stesso tempo «distaccata e coinvolta, esplorativa e focalizzata», volontaria, incessante, perpetua, «un'abilità altamente disciplinata e difficile da imparare», sollecita e umana, «profonda e disinteressata apertura di sé a un'altra persona» (pp. 139, 181).

L'attenzione della quale parla porta con sé delle qualità che, secondo l'autrice, possono essere tutte comprese nella parola *amore* (sempre con la lettera minuscola, come fedè): qualità come pazienza, sopportazione, senso dell'umorismo, gentilezza e coraggio. Un amore che si può apprendere e che ancora una volta nel paradosso «non basta» ed «è tutto quello

di cui c'è bisogno» (p. 125).

L'amore della Coltart per il paziente è molto vicino al concetto di *sacro* del quale scrive Simone Weil nel suo testo *La persona e il sacro*:

“ In ogni uomo vi è qualcosa di sacro. Ma non è la sua persona. E neppure la persona umana. È semplicemente lui, quell'uomo... Dalla prima infanzia sino alla tomba qualcosa in fondo al cuore di ogni essere umano, nonostante tutta l'esperienza dei crimini compiuti, sofferti e osservati, si aspetta invincibilmente che gli venga fatto del bene e non del male. È questo, anzitutto, che è sacro in ogni essere umano ⁽⁹⁾. ”

Queste parole sembrano interrogare la nostra indifferenza, la nostra cecità di fronte al «naufragio». Viene da chiedersi quanto «amore» (con la lettera minuscola, certo!) esiste nelle nostre pratiche di cura? Quanto interesse abbiamo e manifestiamo per l'altro che a noi si rivolge? Quanta attenzione consegniamo all'ascolto del suo dolore? Siamo capaci di questa generosità? Di questa attenzione?

Saper essere oggetti trasformativi

Cos'è un oggetto trasformativo? L'oggetto è ciò che si pone in attrito con noi, che ci pone resistenza, che rappresenta il limite

II

9 / Weil S., *La persona e il sacro*, Adelphi, Milano 2012, pp. 11 e 13.

Viene da chiedersi quanto «amore» esiste nelle nostre pratiche di cura? Quanto interesse abbiamo per l'altro che a noi si rivolge? Quanta attenzione consegniamo all'ascolto del suo dolore?

con il quale costruiamo la nostra s-oggettività.

Nel suo libro *L'ombra dell'oggetto*⁽¹⁰⁾ Christopher Bollas offre una teorizzazione sul «modo nel quale il soggetto umano registra le sue esperienze iniziali dell'oggetto» (p. 11) e che lascia tracce nella vita psichica adulta. È questa l'ombra dell'oggetto alla quale allude il titolo. Il soggetto «usa» l'oggetto per costruire e plasmare la sua soggettività. Tra questi oggetti ci sono anche le figure umane, c'è anche il terapeuta.

L'oggetto trasformativo è, per Bollas, sia rappresentazione di una richiesta di esperienze che trasformano, sia continuazione e memoria di un rapporto con un oggetto primario di cambiamento. Spesso si tratta di un'atmosfera che di quell'oggetto trasformativo conserva il sapore, il colore, la suggestione. Oggetti gravidi di significato, testimonianza delle nostre esperienze di soggettivizzazione.

Tra queste, dicevamo, esiste anche l'oggetto-umano, *l'oggetto-terapeuta*, che ospita gli oggetti del suo paziente, li custodisce e li mette a disposizione per l'utilizzo. O che mostra al suo paziente come si entra nel mondo delle cose visibili e invisibili. Il terapeuta ci mostra gli oggetti, propri e del mondo, ce li fa vedere e ci aiuta a utilizzarli.

Come non pensare al quadro di Magritte, *Le thérapeute*, quadro del 1937 del quale esistono diverse

II

10 / Bollas C., *L'ombra dell'oggetto. Psicoanalisi del conosciuto non pensato*, Borla, Roma 2001.

varianti. Il terapeuta dell'opera di Magritte è appunto un «contenitore» di oggetti psichici del paziente; oggetti che ambiscono a uscire dalla gabbia, che si tratti di uccelli, un cielo carico di nuvole, di oggetti simbolici (le chiavi, la pipa), oggetti che il terapeuta accoglie come se l'autore dell'opera (il terapeuta è una tela, un quadro, appoggiato sul cavalletto-gambe) in fondo potesse guardarli solo se consegnati a un altro soggetto.

Trasformare la diagnosi in storia

Anche la *diagnosi* può diventare un oggetto trasformativo. Sembra una provocazione parlare di diagnosi come di un oggetto trasformativo, nell'epoca del DSM 5. Diagnosi ipertrofiche che etichettano il disagio, l'inclinazione esistenziale, la timidezza. Ma una lettura del profondo è possibile anche nei confronti dell'oggetto-diagnosi. E ci appoggiamo all'ultimo libro di Vittorio Lingiardi, *Diagnosi e destino*, che ci ricorda:

“ Grandi e piccole diagnosi accompagnano la nostra vita e ne diventano compagne temporanee, durature, intermittenti. Parlano di noi, del colorito della nostra pelle, del vigore dei nostri capelli, dei vincoli della nostra sessualità, della padronanza dei nostri movimenti, della frequenza delle nostre minzioni, della sicurezza del nostro passo, del ritmo del nostro cuore, dell'acutezza della nostra visione, del tono del nostro umore. Una



diagnosi è sempre un'occasione di conoscenza di sé, del tempo che passa, della vita che cambia, in peggio o in meglio. ⁽¹¹⁾”

L'esortazione di Lingiardi è di diventare *soggetti della cura*, non solo oggetti. Protagonisti attivi della trasformazione che la malattia impone, «essere cambiamento», essere s-oggetti del cambiamento e non solo oggetto di cure e trattamenti o, come nel caso dei pazienti che si incontrano in carcere, oggetti di giudizio, di rieducazione, di intervento medico, o semplicemente di punizione.

Il terapeuta-medico diventa insieme al proprio paziente costruttore di questo *passaggio trasformativo*: accoglie le parole-narrazione del dolore, restituisce una parola che consola-descrive e che permette di ri-conoscersi. Un attrezzo fondamentale di questa relazione di cura è proprio la «parola»: la diagnosi diventa una storia, una narrazione alla quale assistiamo e partecipiamo.

Lingiardi utilizza su questo punto le parole di un grande poeta, Williams Carlos Williams, da *The practice* (p. 22):

“ Il medico gode di una meravigliosa opportunità: quella di assistere alla nascita delle parole. I loro colori autentici, le loro forme reali si dispiegano davanti a lui in tutta la loro intatta freschezza perché se ne prenda cura. Può vedere la difficoltà con cui quelle parole sono state generate e cosa sono destinate a fare. Nessun altro è presente tranne noi stessi e colui

che parla: siamo i veri genitori delle parole. Non c'è nulla di più commovente. ”

Insieme alla sua capacità di definizione occorre ricordare la portata anche «insatura» della diagnosi: non tutto trova spazio di parola, non tutto è definibile. Esiste una parte inafferrabile che Lingiardi individua appunto nella parola «destino» che pone accanto alla parola «diagnosi»: si tratta dell'indeterminato, ignoto, insaturo. La diagnosi è lo strumento di conoscenza, attraverso il quale ri-conosciamo il male, il dolore. «La diagnosi può produrre un destino, ma non è il destino» (p. 33).

Scegliere parole e gesti deponenti

In carcere, e in altri luoghi «sensibili», si è inchiodati al passato. In molti contesti si rischia di bloccare il soggetto in una definizione, in una diagnosi, di rinchiuderlo in una progettualità senza il suo coinvolgimento attivo: anche nei luoghi della cura che sono per mandato «luoghi della trasformazione e del cambiamento». Negli incontri di cura si opera per un cambiamento, una co-costruzione del cambiamento, verso una consapevolezza e un accompagnamento alla ricostruzione.

Scrive Ivo Lizzola⁽¹²⁾:

“ In carcere si è bloccati al passato. È un passato che blocca la possibilità di pensarsi altrimenti, ma soltanto sentendo su di noi una chiamata a trasformarci e poi volendolo, possiamo aprirci a una trasformazione. ”

Il carcere è un luogo duro di sofferenza, che apre a forti ambivalenze. Si pensa che la sofferenza purifi-

II

11 / Lingiardi V., *Diagnosi e destino*, Einaudi, Torino 2018, pp. XIII-XIV.

12 / Ivo Lizzola scrive e dialoga sul tema del carcere da diversi anni; queste sue riflessioni sono state raccolte durante i suoi interventi pubblici e scritti.

Deponente è una forma verbale latina che definisce verbi che hanno una forma passiva ma un significato attivo, «un agire del soggetto che assume, però, una passività» Deponenti sono parole e gesti che sanno «lasciar essere».

chi, ma non è sempre vero. La sofferenza può portare a facili giustificazioni, ad allontanarci da noi stessi, dai nostri gesti e da quelli degli altri. Si è responsabili della propria sofferenza, si è responsabili di fronte alla sofferenza imposta ad altri. Pensiamo alle *malattie del carcere*: la separazione e la solitudine, ma anche la paranoia e la vittimizzazione.

Si tratta di malattie che sempre più abitano anche i nostri luoghi di lavoro, dove incontriamo appunto la marginalità, se non la teniamo fuori dalla porta. La *narrazione di sé* diventa una possibilità di viverci nel «futuro anteriore», cioè in una capacità di poter raccontare di nuovo di sé, secondo il tempo del futuro anteriore. «Io sarò stato». Cioè non sono stato ma «sarò stato», altro e oltre. In una possibilità che si gioca nella interazione con l'altro, nel prendere la parola di fronte allo sguardo dell'altro. Una parola che non inchioda al passato ma che apre al futuro.

Parola «deponente», quindi, come scrive Ivo Lizzola:

“ (L'azione deponente) è propria di uomini e donne che soffrono e sopportano, che agiscono e iniziano... azione deponente è azione che accompagna e rispetta, senza presa troppo forte, o desiderio di ricomposizione. Non nasce né cerca criterio di efficacia in un'intenzionalità, nel controllo tecnico, in una progettazione. Lascia essere, pur se «non lascia stare»: resta discosta ma non abbandona. «Depone a favore», perché sostiene credendo e rappresentando (e richiamando) ciò che è risorsa, ciò che può essere, il desiderio possibile (ancora possibile) nella vita o nelle situazioni prostrate, segnate da ferite e fallimen-

to... L'azione deponente è azione, è movimento di presenza e di cambiamento, di creazione di spazi comuni di riconoscimento e responsabilità... L'azione deponente non prende forza da una dimostrazione di ciò che è più giusto, o più efficace e conveniente, o migliore. La ricava invece dall'attestazione di ciò che le persone che la sviluppano credono. E che mostrano vivendola... È attestazione del realmente possibile e della bontà che porta con sé per le persone coinvolte. (13) ”

Deponente è una forma verbale latina che definisce verbi che hanno una forma passiva ma un significato attivo, «un agire del soggetto che assume, però, una passività» (14); sono verbi, scrivono Chiara Giaccardi e Mauro Magatti, che «sembrano deporre, cioè smorzare la volontà di potenza dell'attore». La deponenza della quale parla è «il riconoscimento che, oltre la nostra azione, c'è qualcos'altro che non è un limite in senso negativo, un vincolo alla nostra azione, ma è, al contrario, un limite sano che ci consente di stare al mondo: è quel qualcos'altro che rende la nostra azione sensata, umana, ragionevole» (15).

II

13 / Lizzola I., *Sull'educare. Omaggio a don Lorenzo Milani*, I libri di Moltefedi, Bergamo 2018, pp. 22-23.

14 / Magatti M., Giaccardi C., *Generativi di tutto il mondo unitevi! Manifesto per la società dei liberi*, Feltrinelli, Milano 2014, p. 61.

15 / Magatti M., *Prepotenza, impotenza, deponenza*, Marcianum press, Venezia 2015, pp. 47-48.



Si tratta di azioni, gesti, parole di cura che mantengono un'intenzionalità senza ferire, senza umiliare, senza escludere. Parole e gesti che sanno «lasciar essere».

La clinica è un'inclinazione

Ci sembrano – questi ora enunciati – gli «appoggi», gli «orientamenti» del nostro viaggiare nel mare della sofferenza che la marginalità ci porta venendoci incontro, in molti contesti della cura. Strumenti dell'attività clinica, dell'essere clinici, che possono aiutarci a non dimenticare la nostra naturale in-clinazione nell'incontrare la sofferenza dei pazienti.

Ci piace pensare che clinica sia una parola che bene racchiude il nostro sguardo e il nostro agire: clinica è un luogo fisico, è il letto del malato, è l'azione fatta da mani diverse, tutte necessarie per «agire clinicamente».

Ma solo nell'in-clinazione, nel mantenerci vivi e attenti mentre ci rivolgiamo al *letto del paziente*, orientati ad ascoltare le sue parole, diventiamo ciò

Ci sembrano questi ora enunciati gli orientamenti del nostro viaggiare nel mare della sofferenza che la marginalità ci porta venendoci incontro, in molti contesti della cura.

che siamo, e nello stesso tempo restiamo ciò che abbiamo scelto di essere. Vale a dire operatori della cura. E della clinica che si testimonia anche nell'incontro con la marginalità.