

come una forma di conoscenza trasversale che non si cura dei vari processi di stratificazione e di rimozione cui il pensiero medico è stato sottoposto nel corso della sua lunga storia. Il libro di Burgio e Notarangelo costituisce quindi un salutare antidoto contro questo "collasso" della storia così frequente nel medico contemporaneo (ma non nel medico-umanista del passato che sapeva da dove veniva) spesso ridotto a semplice tecnico che prescrive esami e li valuta impersonalmente come se costituisse una sorta di "fenotipo esteso" del computer.

La molteplicità dei punti di vista di Burgio e Notarangelo (che si avvalgono della collaborazione di specialisti per la trattazione di argomenti particolari) rende inoltre il loro libro attraente anche per la persona scientificamente colta che voglia approfondire le sue conoscenze in campo medico-biologico e soprattutto voglia capire le malattie in un contesto culturale più ampio.

Uno dei tratti distintivi delle varie vicende storiche raccolte dagli autori sta nell'aver considerato l'emergere di una patologia come una sorta di "esperienza biologica" naturale, in ciò legandosi ad una tradizione clinica che ha avuto in Augusto Murri e in William Osler i primi decisi sostenitori. La malattia diventa così una sorta di spontaneo esperimento che la delicatezza e l'instabilità dei processi vitali, o l'esposizione a *noxae* patogene, produce continuamente lungo tutta la storia dell'uomo. Un esperimento non controllato ma controllabile che il medico ha il dovere etico di riconoscere ed identificare e di utilizzare come insegnamento. E qui si arriva ad un altro significato, ad un ulteriore livello soggiacente all'esperienza medica implicita in tutta la trattazione di Burgio e Notarangelo. Il medico come osservatore e tassonomista delle malattie è un naturalista che deve saper estrapolare un significato, decifrare dei segni, trovare un ordine alla complessità apparentemente caotica delle manifestazioni cliniche. Ma è anche un osservatore pronto umilmente a cambiare opinione perché spesso le cose non vanno come si pensa debbano andare e la realtà in sé non inganna, ma siamo noi che spesso ci lasciamo ingannare perché troviamo comodo accettare la spiegazione che, invece di discendere dai fatti, proietta sui fatti i nostri pregiudizi. Così il portatore di una ma-

lattia ha, a suo modo, sempre ragione e quindi bisogna saperlo ascoltare, capire ciò che comunica per condividerne valutazioni e scelte operative. Non a caso il titolo di un'altra opera di Burgio e Notarangelo è proprio *La comunicazione in pediatria* (UTET, Milano, 1999) dove la "cultura dell'attenzione" che deve ispirare l'attività del medico viene analizzata sia nei riguardi del paziente e del nucleo familiare, sia nei confronti dell'aggiornamento professionale diventato oramai un imprescindibile dovere morale.

*Malattie maestre* è un insieme esemplare di medicina (e pediatria in particolare), di metodologia clinica, di esperienze professionali, di vicende storiche, di pedagogia medica e di riflessioni che fluttuano in direzione della bioetica. Nella capacità di fondere questi variegati filoni in un'opera che niente perde in coerenza logica e compattezza letteraria sta una delle migliori qualità del libro. Come sottolineato da Gilberto Corbellini, nella penetrante prefazione, è fortemente auspicabile che *Malattie maestre* possa fornire materiale didattico, idee e spunti interpretativi anche a coloro che in ambito accademico si occupano di pedagogia medica e scienze umane.

Paolo Mazzarello

ILKILIC I., *Der muslimische Patient. Medizinethische Aspekte des muslimischen Krankheitsverständnisses in einer wertpluralen Gesellschaft*. Lit Verlag, Münster 2002, pp. 227.

L'autore, sulla base della sua duplice competenza di medico e di studioso di etica della medicina, affronta in quest'opera un ampio ventaglio di questioni. Esse, peraltro, s'incardinano tutte - è questo il saldo elemento di unità del volume - sul problema dello *status* del paziente musulmano, considerato sul piano dell'etica medica.

Di notevole interesse, al riguardo, appare innanzitutto il quadro di carattere teologico e storico-filosofico che Ilkilić delinea, allo scopo di chiarire qual è la concezione musulmana della malattia e del dolore. Come spiega, nella religione islamica, così co-

me in quella cristiana e in quella ebraica, il soffrire di una malattia non è etichettabile *tout court* come un male. Nella prospettiva musulmana la malattia e il dolore esibiscono molteplici significati, che possiamo schematicamente ricondurre alle categorie seguenti. (a) In primo luogo, essi possono avere un significato e uno scopo "saggiatori": possono costituire, cioè, delle prove mediante le quali Allah saggia la fede del credente, o si propone di rafforzarla. In questa categoria rientra non soltanto la malattia che colpisce il soggetto messo alla prova, ma anche quella che interessa i suoi familiari e che è finalizzata a destare il suo senso di responsabilità e la sua disponibilità "oblativa" (la cura prestata ai parenti più stretti è uno dei doveri centrali del musulmano). (b) In secondo luogo, la malattia e le sofferenze possono detenere un valore purificatore e "sublimante": in altri termini, il malato, grazie all'accettazione serena del morbo e dei dolori che esso provoca, può accostarsi ad Allah e ottenerne il perdono. (c) Vi è infine la malattia alla quale si attribuisce un valore "punitivo": per suo mezzo, infatti, Allah intenderebbe punire il miscredente. Particolarmente suggestiva appare la seconda concezione: nel suo quadro, c'imbattiamo in una corrente (tra i cui rappresentanti va menzionato al-Gazzali [1058-1111]) la quale prevede la possibilità per il paziente di rifiutare qualsiasi terapia, in base all'attribuzione di un ruolo primario alla ricerca della comunione con Dio perseguita attraverso la sofferenza, anziché al conseguimento della guarigione mediante le cure. Una visione siffatta della malattia non spinge però il credente a sacrificare o comunque a mettere in pericolo la propria vita con un rifiuto radicale e assoluto delle terapie. C'è infatti una barriera invalicabile che trattiene da eccessi di tal sorta: essa è costituita dal divieto del suicidio che viene espressamente formulato nel *Corano*. Ilhan Ilkilic sottolinea tuttavia come, diversamente da quanto accade in Occidente, nella cultura islamica sia il singolo paziente a dover interpretare, sul fondamento delle proprie convinzioni religiose, il significato della malattia da cui è colpito, adottando poi i comportamenti che da tale interpretazione conseguono. Secondo l'autore, in sostanza, la tradizione musulmana lascia alle scelte autonome degli individui uno spazio maggiore di quella cristiano-occidentale.

Una vivace dialettica tra posizioni differenti si riscontra anche in rapporto alla delicata questione del valore da assegnare alle prescrizioni mediche presenti tanto nel *Corano* quanto nella Sunna. Ovviamente, per ogni musulmano le norme coraniche sono indiscutibili e vincolanti nelle questioni di fede (innanzitutto il rigido monoteismo) e nei rituali religiosi, quali l'osservanza del digiuno nel mese del Ramadan, le cinque preghiere quotidiane e l'obbligo del pellegrinaggio alla Mecca. Ci si può però domandare se anche le indicazioni terapeutiche del *Corano* abbiano un valore incondizionato. In proposito, le posizioni divergono considerevolmente: ci troviamo dinnanzi a una sorta di *continuum* a un estremo del quale c'è la posizione intransigente di quanti attribuiscono una validità assoluta e, per così dire, atemporale ai precetti medico-igienici del *Corano* e della Sunna, in quanto anch'essi ricadrebbero nella categoria di norme divine; all'altro estremo c'è invece la prospettiva "modernista" di quanti contestualizzano storicamente tali precetti, vedendo in essi un retaggio della medicina popolare del tempo di Maometto. Conformemente a questa seconda prospettiva, la medicina coranica non ha - e non vuole neppure avere - un carattere vincolante. Sembra ragionevole supporre che le posizioni maggiormente favorevoli all'evoluzione e alla modernizzazione dei metodi terapeutici acquisteranno progressivamente un rilievo sempre maggiore all'interno del mondo islamico. A tutt'oggi, non è stato ancora trovato un reale punto di equilibrio tra i diversi orientamenti, neppure in relazione a problemi di immediata portata pratica (come quello del trapianto di organi).

Senza dubbio, come suggerisce l'autore, l'assenza nel mondo islamico di un'istituzione direttiva centrale, di un magistero unico (qual è quello del Pontefice nella Chiesa cattolica) e l'esistenza, per contro, di una pluralità di autorità facilitano una tale fioritura di orientamenti differenziati e talvolta, anzi, conflittuali. Rimane però l'esigenza per l'Islam di una discussione ampia e approfondita, finalizzata a individuare alcuni principi-guida che possano essere condivisi dalle varie "scuole". Dopo aver tratteggiato questo quadro complesso, Ilkilic propone, quale possibile via d'uscita, l'assegnazione di uno spazio più ampio alle scelte personali del paziente. Tale appello ai principi di autonomia e di

responsabilità individuali è sostanzialmente condivisibile; va però temperato dalla considerazione che sarebbe eccessivo caricare i singoli pazienti (che non sempre sono teologicamente ferati o scientificamente preparati) dell'intera responsabilità di scegliere le terapie da adottare.

Ilkilic passa poi a considerare un versante problematico più specifico, ma non meno interessante e anzi decisamente stimolante. Si tratta della condizione in cui viene a trovarsi il paziente musulmano all'interno della società e della cultura occidentali. Al riguardo, l'autore trae spunto dalla situazione che gli è meglio nota: quella dei pazienti di origine turca nella società tedesca (ove la comunità turca è numericamente assai cospicua, in quanto ammonta a circa 2 milioni e ottocentomila individui); tuttavia, gran parte delle sue considerazioni ha senza dubbio un valore più generale. Spesso, uno dei problemi più gravi per il paziente musulmano immigrato è rappresentato dalla difficoltà di comunicare con il medico a motivo dell'insufficiente conoscenza della lingua di quest'ultimo. Nel caso in cui manchi un interprete, i terapeuti, nell'impossibilità di attingere informazioni direttamente dal malato, si sentono frequentemente legittimati a por termine alla visita dopo aver formulato diagnosi approssimative o addirittura erronee. In alternativa, i medici più scrupolosi, avvertendo la necessità di acquisire elementi su cui basare la diagnosi, finiscono con il prescrivere al paziente innumerevoli esami diagnostici, con conseguenze nocive per il paziente medesimo (nonché per la struttura pubblica, costretta a sostenere l'onere di tanti esami spesso inutili). D'altronde, neppure la presenza di un interprete "ufficiale" all'interno di una struttura ospedaliera risolve tutti i problemi. L'intervento dell'interprete rende infatti meno diretto il rapporto terapeuta-paziente e può anzi alterarlo profondamente (ad esempio, può a volte determinare nel paziente un tale disagio da indurlo a nascondere o a minimizzare i propri disturbi e sintomi). Se poi manca un interprete "ufficiale", è possibile che il paziente si faccia aiutare da un familiare che conosce meglio la lingua del paese ospite. In questo caso, tuttavia, la "neutralità" della traduzione può essere pregiudicata dal naturale coinvolgimento emotivo dell'interprete: ad esempio, questi potrebbe decidere di "censurare" o attenuare una prognosi infausta,

violando in tal modo il diritto fondamentale del malato di conoscere la propria condizione. Un caso particolare (e non infrequente) è poi quello che si verifica quando chi funge da interprete è un bambino. Si tratta di una situazione estremamente delicata - e in linea di massima, riteniamo, da evitare -, giacché il bambino potrebbe dover fungere da tramite di informazioni capaci di mettere lui stesso a dura prova sul piano psicologico (ad esempio, nel caso in cui dovesse comunicare a un genitore la presenza di malattie gravi o addirittura mortali).

Accanto a questi problemi di carattere comunicativo, l'autore ne focalizza altri. Chiarisce infatti, richiamandosi anche alla propria esperienza di terapeuta, come il paziente musulmano possa talora percepire gli esami medici come una sorta di *vulnus*. A volte, in effetti, per i malati musulmani, in particolare per quelli più anziani, ancora più doloroso della malattia è il fatto di essere accuditi da infermiere, oppure di essere esaminati da medici di sesso femminile. Questo perché il *Corano* vieta espressamente di mostrare la propria nudità a estranei dell'altro sesso. Ilkilic giunge dunque ad auspicare un maggior rispetto da parte del medico occidentale per il sentimento religioso del paziente musulmano. Tale sensibilità dovrebbe estendersi anche alla sfera delle indicazioni terapeutiche: può infatti accadere che la terapia prescritta sia incompatibile con le norme islamiche. Si pensi, ad esempio, al fatto che tra gli ingredienti di alcune medicine si possono trovare l'alcool o la carne di maiale (vietati ai musulmani), oppure alla circostanza che certe terapie possono impedire al paziente di rispettare il digiuno religioso. Come si constata, si tratta di un terreno non poco complesso. L'individuazione di un punto soddisfacente di mediazione tra le esigenze obiettive di diagnosi e di cura, da un lato, e la legittima necessità per il paziente musulmano di attenersi ai precetti della propria religione, dall'altro, si pone al centro di problematiche nuove e non agevolmente risolubili. Il medico, se vuole essere realmente tale, ossia capace di trattare il paziente non come corpo, ma come persona, dovrà dunque - tra l'altro - dotarsi di una preparazione culturale di ampio raggio, la quale lo metta in grado di identificare, nel suo rapporto con i pazienti musulmani, le linee operative percorribili e quelle che vanno invece evitate.

In conclusione, l'opera di Ilhan Ilkilic si segnala per la ricchezza e il carattere stimolante dei contributi che apporta su più versanti. Oltre a offrire un suggestivo spaccato della fede islamica, essa permette al lettore (anche al non specialista) di entrare a contatto con i concreti problemi terapeutici e comportamentali che scaturiscono dalla presenza in dimensioni sempre più consistenti, nei paesi occidentali, di immigrati di fede musulmana. Come si è detto, l'autore concentra la propria attenzione sulla realtà tedesca. Tuttavia, le sue esperienze e conclusioni rivestono un indubbio interesse anche per la società italiana che di fatto sta diventando (ed è anzi già parzialmente diventata) una società multi-etnica, ovvero quella che l'autore definisce, nel sottotitolo del volume, "una società caratterizzata dal pluralismo dei valori".

Alberto Jori

TOMASI G., *Per salvare i viventi. Le origini settecentesche del cimitero extraurbano*. Bologna, Il Mulino, 2001.

L'autrice ripercorre la storia dei molteplici dibattiti e delle controverse vicissitudini inerenti la costruzione del nuovo cimitero di Modena voluto da Francesco III d'Este nel 1771. Quello delle sepolture è un problema tipico del secolo dell'Illuminismo, che vede i riformatori avvalersi di teorie scientifiche, mediche e politiche per combattere una secolare tradizione funeraria che garantiva il dominio tanto economico che sociale della Chiesa e del clero sia sul piano spirituale che su quello politico.

La prima parte del libro è dedicata alla ricostruzione storica del contesto sociale ed ideologico in cui si formò il movimento di riforma dei luoghi e delle modalità di sepoltura dei morti nell'Europa del XVIII secolo, con particolare attenzione all'influenza che le correnti gianseniste ed illuministiche ebbero nei dibattiti e nei decreti emanati dal Parlamento di Parigi per la costruzione dei cimiteri extraurbani.

La questione dei cimiteri non può certo prescindere dagli aspetti ideologici e politici illuministici di equiparazione ed

uguaglianza sociale che spingono verso una secolarizzazione della società, contrastando così i fasti e i monumenti funebri del clero e della nobiltà; né va slegata dalla tendenza epistemologica alla razionalizzazione dei fenomeni vitali, in cui la morte, privata della sua valenza di sacralità e considerata come un naturale processo fisiologico insito al ciclo stesso della vita, viene studiata ed analizzata nelle sue manifestazioni di putrefazione e decomposizione della materia organica.

L'autrice analizza così le lotte parlamentari e i forti ostacoli, tanto politici che sociali, che la riforma delle sepolture incontrò nell'Europa di fine settecento, ma anche la valenza ideologica e simbolica che la progettazione e la costruzione di cimiteri extraurbani, con fosse comuni e semplici loculi rappresentò all'interno dei progetti riformistici delle monarchie illuminate.

La morte, evento naturale ed imprescindibile per tutti, non poteva contemplare differenziazioni di ceto e di classe, e i corpi, sinora simulacri tangibili della memoria e degli affetti, non divennero che materia corruttibile e quindi dannosa per i vivi.

Rilevante è il ruolo che la letteratura medica, in base alla teoria dell'inquinamento che i vapori mefitici e morbiferi esalanti dai cadaveri potevano arrecare ai cittadini, ebbe nel suffragare la necessità di abbandonare i sepolcri dei campi santi delle chiese per creare luoghi appositi in cui deporre i defunti.

Si pianificò un progetto di riesumazione dei corpi sepolti nelle chiese per trasportarli, nel corso della notte, nelle fosse comuni dei nuovi cimiteri extraurbani, ma la realizzazione di tale disegno fu solo parziale, ostacolata dai cittadini, che non permettevano che le tombe dei propri defunti potessero essere violate.

La seconda parte del libro è incentrata sull'esperimento della costruzione del cimitero di Modena (1771-1778), e sull'importanza che per questa ebbe l'opera di Scipione Piattoli (1749-1809), il "*Saggio intorno al luogo del seppellire*", pubblicato nel 1774.

Professore di Storia ecclesiastica e lingua Greca all'Università di Modena, dove ebbe come allievo anche Antonio Scarpa, Piattoli lasciò l'ordine degli scolopi e strinse contatti con la massoneria radicale; costretto a lasciare Modena per le sue idee rivoluzionarie, dal 1789 ebbe un ruolo importante alla corte dell'ul-