

CIVITAS

HIPPOCRATICA

ANNO XXXVIII * NUMERO 1/2 * GENNAIO/APRILE 2017

Spedizione in a.p. art. 2 comma 20/c legge 662/96 - Filiale di Salerno

ISSN 1124-5301

Rivista bimestrale
del Centro Studi
di Medicina



HIPPOCRATICA
CIVITAS
SALERNO

CIVITAS



HIPPOCRATICA

ANNO XXXVIII * NUMERO 1/2 * GENNAIO/APRILE 2017

Rivista bimestrale
del Centro Studi
di Medicina



**HIPPOCRATICA
CIVITAS
SALERNO**

Pubblicazione bimestrale del Centro Studi di Medicina “Hippocratica Civitas”

Via Gian Vincenzo Quaranta, 5 - 84122 Salerno

e-mail: civitashippocratica@yahoo.it

Autorizzazione del Tribunale di Salerno n. 515 del 15/12/1979

Spedizione in abbonamento postale art. 2 comma 20/c L. 662/96 - Filiale di Salerno

La Rivista viene inviata gratuitamente ai Soci del Centro Studi

Socio Ordinario € 30,00 - Socio Onorario € 60,00

Numeri arretrati e Supplementi € 10,00 - Atti Congressi € 20,00

Versamento sul c/c postale n. 13252846 intestato a Mario Colucci - Via Gian Vincenzo Quaranta, 5 - 84122 Salerno (IBAN: IT92 F076 0115 2020 0001 3252 846)

o bonifico bancario sul c/c n. 1000/989 presso Banco di Napoli

Agenzia n. 2 di Salerno (IBAN: IT38 N010 1015 2021 0000 0000 989)

intestato al Centro Studi di Medicina “Hippocratica Civitas”.

Direttore Responsabile

Domenico Della Porta

Direttore

Mario Colucci

Comitato di redazione

Adriano Berra, Giovanni Biasiucci, Corrado Caso, Alberto Catalano, Franz Cozzi de Mane, Giuseppe Lauriello, Bruno Musio, Loredana Serino, Pio Vicinanza.

Comitato scientifico

C. Carella / Napoli, A. Carli / Siena, A. Crisci / Salerno, C. D’Aniello / Siena, S. Formisano / Napoli, G. Girbino / Messina, S. Lombardi / Napoli, F. Piccinino / Napoli.

Norme per i collaboratori

Coloro che desiderano inviare scritti da pubblicare su questa Rivista debbono farli pervenire al seguente indirizzo:

Redazione della Rivista “CIVITAS HIPPOCRATICA”

Via Gian Vincenzo Quaranta, 5 - 84122 SALERNO

e-mail: civitashippocratica@yahoo.it

La Direzione della Rivista si riserva la scelta dei lavori da pubblicare nei vari numeri, essendo la precedenza condizionata alla migliore armonizzazione dei contenuti e di apportare modifiche strutturali al lavoro per uniformarlo alle norme redazionali.

I lavori devono essere inediti e inviati in duplice copia, dattiloscritti a doppio spazio, in una sola facciata. E’ auspicabile l’invio del lavoro su floppy disk o Cd Rom in Word per Windows o Macintosh. Le figure devono essere inviate, in un altro file, in formato TIF, JPG o EPS.

Nella prima pagina verranno indicati: il titolo, il nome e cognome per esteso degli Autori, l’Ospedale o Istituto di appartenenza e l’indirizzo dell’Autore al quale inviare eventuali comunicazioni, bozze ed estratti.

Ad ogni lavoro bisognerà allegare un riassunto (non più di 200-250 parole) e le parole chiave in italiano ed in inglese.

Il testo, redatto in italiano o inglese, dovrà articolarsi in: premessa, materiale (o pazienti) e metodi, risultati, discussione, conclusioni.

La bibliografia dovrà essere completa secondo le norme internazionali (cognome per esteso, iniziale del nome, titolo del lavoro in lingua originale, titolo del periodico, anno, volume, pagina di inizio e di fine).

La correzione delle bozze di stampa dovrà essere limitata alla semplice revisione tipografica. Le bozze di regola vengono inviate una sola volta all’Autore: diligentemente corrette e definitivamente licenziate, debbono essere restituite a stretto giro di posta. In caso di ritardo verranno corrette in redazione. Unitamente alle bozze verrà comunicato agli Autori l’importo realtivo al contributo stampa ed estratti.

Gli articoli pubblicati impegnano esclusivamente la responsabilità degli Autori.

Nel caso di pubblicazione di sperimentazioni eseguite su soggetti umani occorre indicare se le procedure eseguite sono in accordo con la dichiarazione di Helsinki del 1975, e relative aggiunte del 1983, e comunque con la normativa etica vigente.

E’ riservata la proprietà di qualsiasi articolo pubblicato nella Rivista e ne è vietata la riproduzione anche parziale senza citare la fonte.

Tipolitografia Tirrena - Via Caliri, 36 - 84013 Cava de’ Tirreni (SA)

Finito di stampare nel mese di Novembre 2017



SOMMARIO

Editoriale

IV

*Marisanta Colucci, Giada Falco, Gennaro Mastroianni, Anna Matarazzo,
Laura Tardanico, Raffaele Landi*

I molteplici gender e la legge in tema di rettifica del sesso

Pag. 1

Antonio Tagarelli, Anna Piro

L'epilessia di Fjodor Dostoevskij nelle sue maggiori opere

Pag. 7

Gennaro Limite, Viviana Sollazzo, Emanuela Esposito, Pietro Forestieri

Effetti di COASTEN sulla fatigue di pazienti affette da carcinoma mammario trattate chirurgicamente

Pag. 11

Giuseppe Battimelli

L'era della "cura" dei sani: le problematiche della medicina potenziativa

Pag. 14



Editoriale

Per chi non l'avesse ancora fatto, invitiamo a rinnovare l'abbonamento e, quindi, l'iscrizione al Centro Studi "Civitas Hippocratica" per il 2017.

Socio Ordinario: € 30,00

Socio Sostenitore: € 60,00

Versamento sul c/c postale n. 13252846 intestato a Mario Colucci
Via Gian Vincenzo Quaranta, 5 - 84122 Salerno
(IBAN: IT92 F076 0115 2020 0001 3252 846)
o bonifico bancario sul c/c n. 1000/989 presso Banco di Napoli
Agenzia n. 2 di Salerno (IBAN: IT38 N010 1015 2021 0000 0000 989
intestato al Centro Studi di Medicina "Hippocratica Civitas".

I molteplici gender e la legge in tema di rettifica del sesso

SECONDA UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DI NAPOLI
SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE
IN MEDICINA LEGALE

Marisanta Colucci, Giada Falco, Gennaro Mastroianni, Anna Matarazzo,
Laura Tardanico, Raffaele Landi

Parole chiave: genere, transessuale, disforia

Key Words: gender, transsexual, dysphoria

Ricevuto in Redazione il 19 settembre 2017

RIASSUNTO

La valutazione delle differenze dei diversi 'gender' si è resa necessaria alla luce di un approfondimento della Legge 164 del 1982 in tema di 'rettificazione di attribuzione del sesso'.

Si è potuto così constatare come le possibili varianti di genere sono molteplici, caratterizzate ciascuna da precisi requisiti. La conoscenza dei diversi 'gender' affonda le radici nei tempi con alcuni esempi piuttosto noti in epoca storica.

Gli Autori con il presente lavoro cercano di individuare le diverse componenti di genere, definendo per ciascuna le proprie peculiarità, e quindi valutarne la possibilità di poter accedere, nel caso, alle previsioni della Legge 164/1982. Accanto a questa valutazione gli Autori, poi, ripercorrono l'evoluzione nel tempo dell'inquadramento da parte della Società Internazionale di Psichiatria di queste tipologie di genere, passando da una interpretazione di 'patologia' propria del DSM III (1980) fino ad una valutazione quale 'disforia di genere', come definita dal DSM V (2013), che sottolinea come si possa per questi cittadini parlare di 'disturbo' solo nel caso in cui "vi sia un significativo disagio associato alla propria condizione".

Il passaggio dalla valutazione di 'disturbo' a quella di 'disforia' risulta di certo molto più appropriato valutando gli esponenti di questi diversi 'gender' come persone non 'disturbate' ma solo con caratteristiche ed aspettative sessuali diverse.

SUMMARY

The evaluation of the differences between different 'genders' has become necessary due to an insight within 1982's Law 164 about the 'correction of the attribution of sex'. It was found that there are various possible gender variants, each of them characterized by precise requirements. The knowledge of different genders is rooted in the past, with some notable historical examples.

With this paper, the authors want to locate the different components of gender, defining the specific peculiarity of each of them and evaluating the possibility to access, eventually, to the forecasts of the Law 164/1982. In addition to this evaluation, the authors retrace the evolution over time of the framing of these types of gender, as defined by the International Society of Psychiatry. This evolution goes from

the interpretation by the DSM III (1980) of multiple genders in the context of 'disease', to that of 'gender dysphoria' in the DSM IV (2013), that underline how it's possible to talk about a 'disorder', for these citizens, only "if there is a significant discomfort associated to their condition".

The passage from the evaluation of 'disorder' to that of 'dysphoria', of course, is more appropriate, as the latter evaluates the exponents of these various genders not as those of 'disturbed' people, but as people with different features and forms of sexual expression.

Volendo approfondire il tema sempre attuale e pressante della rettifica del sesso in relazione ad una recente pronuncia della Corte di Cassazione ci si è imbattuti in una vasta congerie di gruppi, in cui si cerca di suddividere il gender, che hanno destato una forte curiosità soprattutto in merito alle possibilità di ciascun gruppo di poter accedere alla normativa in tema di rettifica del sesso.

La promulgazione della legge 164/82 ha di certo contribuito a determinare una maggiore coscienza dell'appartenenza ad un determinato genere. Da allora le problematiche legate all'identità di genere si sono ancor più ampliate, con una continua frammentazione dei generi in sottogruppi, sempre più esegui ma più "certi" e definiti, esempio di una realtà nascosta o rifiutata per secoli.

I sessi, infatti, non possono essere riconosciuti solo nei due schematici, contrariamente a quanto ritiene la nostra cultura che è basata su una ben definita suddivisione del genere, con una netta demarcazione dei due sessi, spesso definiti 'opposti', quello maschile e quello femminile, che hanno caratteristiche precise ed omologate. L'identità di genere muove proprio dalla naturale convinzione di appartenere ad un ben delineato genere, un maschio, una femmina oppure una delle possibili sfumature che si pongono nel mezzo di tale dicotomia, seguendo la teoria della fluidità di genere di Foucault.

La transessualità, in ogni caso, non deve essere vista come un nuovo fenomeno proprio dei giorni d'oggi, ma è documentata in molte culture, anche molto remote. Ciò che cambia nelle diverse culture è l'atteggiamento, nonché la propensione sociale, verso persone con un'identità di genere diversa rispetto a quella considerata "normale", consolidata nel tempo. Testimonianze sull'esistenza del transgenderismo

vengono osservate fin dall'origine della storia e in varie civiltà, dimostrando che in alcune culture era possibile muoversi più liberamente tra le caratteristiche femminili o maschili, a seconda dei casi, senza essere giudicati in maniera meramente dispregiativa.

Nel '900 si sono compiuti i passi più determinanti per l'approccio al fenomeno transgender:

- nel 1930 il dott. Hirschfeld effettuava il primo intervento di correzione del sesso M→F;
- nel 1949 il sessuologo statunitense David Caudwell coniava il termine transessuale, che fino al 1968 in letteratura identificava le Sexual Deviation o Sex Deviation, oppure il Transvestitismo;
- nel 1951 si verificava il caso Jorensen di riallineamento chirurgico in un caso di travestitismo;
- nel 1970 Virginia Prince utilizzava il termine transgender poi diffuso nel movimento LGBT che tentava di individuare colui/colei che non si riconosce in una delle due condizioni del genderismo classico, vale a dire né nel sesso biologico natio né in quello *opposto, ovvero coloro i quali pur vivendo in qualità di esponenti del sesso contrario a quello loro riconosciuto al momento della nascita, sostanzialmente, non sentono la necessità di modificare le funzioni biologiche del proprio corpo; tale situazione a parere del militante trans, doveva apparire come ininterrotta (transessuali non operati e cross-dresser a tempo pieno)*;
- nel 1978 viene promulgata la Legge 194/78 (Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza) che abroga il titolo X del codice penale (reati contro la stirpe) per anni visto come un ostacolo insormontabile per vivere liberamente la propria sessualità intendendo la sessualità tesa alla sola procreazione;
- 14 aprile 1982 legge n. 164 "Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso" che dava pieno riconoscimento, almeno giuridico, ai cittadini transessuali.

Solo agli inizi degli anni '90 il termine transgender assumerà l'odierna connotazione assumendo la qualifica di "Umbrella Term" per esprimere la contrapposizione alle tradizionali culture genderistiche, ponendo in discussione quel nesso indissolubile fra sesso biologico e identità di genere.

Nella moderna terminologia sono acquisiti i termini di Cisgender e di Transgender.

Transgender è, comunque, un termine di ampio spettro capace di descrivere, sotto un'etichetta non clinica, tutte le varianti di genere come:

- il Transsessualismo, che è la condizione che connota colui che si sente di appartenere al sesso opposto rispetto quello somaticamente e anagraficamente attribuitogli. Si tratta di "*persona che vive un malessere insopprimibile e continuativo rispetto al sesso di nascita*", di un disagio che non è ascrivibile solamente ad oppressione, stigma o pregiudizio verso la varianza di genere. A lungo è stato considerato come

disturbo mentale ed inserito nel DSM III fra i Disturbi Psicosessuali e più precisamente quale Disturbo dell'Identità di Genere. Non mancarono critiche a tale classificazione, molti specialisti si sono battuti per la 'depsichiatriizzazione' del Transsessualismo, che non può essere considerato né una "malattia" né un "disturbo" ma solo una forma di "discriminazione". Lo stesso termine Disturbo dell'Identità di Genere cela in sé spunti omofobi ed etorosessisti, dove appunto la chirurgia sarebbe la "cura" per la non conformità al genere imponendo, così, una certa normatività dei concetti di genere e sessualità. Il perpetuarsi di tale dibattito ha comportato, negli anni, varie rivisitazioni del manuale (APA 1987, APA 1994, APA 2000), sfociando nel Maggio 2013 nel DSM 9 che iniziava la 'depatologizzazione' del fenomeno. L'APA, inoltre, diversamente dalle precedenti edizioni non fa più riferimento all'orientamento sessuale quale criterio diagnostico. Bisogna chiarire la differenza che sussiste fra le persone intersessuali e transessuali; a lungo le due categorie erano state poste in una condizione differente in quanto mentre la condizione dei transessuali riguarda l'identità sessuale dell'individuo, l'Intersessualità riguarda l'aspetto biologico, una condizione esistente fin dalla nascita. Se netta è, dunque, la condizione iniziale patita, uguale è in molti casi la sofferenza vissuta dai due soggetti. Le persone intersessuali spesso subiscono interventi chirurgici che non vogliono, mentre i transessuali devono lottare per intraprendere gli interventi chirurgici che desiderano. Proprio su tale rifiuto psicologico del proprio corpo, indipendentemente dalle cause che lo hanno scaturito, che poggia il concetto di Disforia di genere introdotto dal DSM V. Il termine transessuale (transgender) è inoltre riferibile non solo a quanti vivono tale situazione di disagio senza intraprendere un percorso di conversione, ma anche, benché vi siano opinioni diverse da parte degli interessati, a coloro i quali hanno già raggiunto il "sesso eletto", sottoponendosi ad intervento di RCS, ovvero intraprendendo il relativo trattamento ormonale e quindi oggi vorrebbero a tutti gli effetti appartenere al sesso da sempre "sentito".

- L'identità Bi-gender si riferisce, secondo il sito Dictionary.com che nel 2015 ne diffonde il termine, a persona con "due identità di genere o una combinazione di entrambe", la cui difficoltà principale consiste nel passaggio dall'uno all'altro genere che avviene in difetto di alcun controllo sugli impulsi, senza comportare l'oblio del passaggio, il cui ricordo, restando vivo negli interessati, viene fortemente ripudiato dagli stessi all'indomani dello swiching. Si tratta di una identità riconosciuta nel 1999 attraverso un'indagine compiuta dal Dipartimento di Sanità Pubblica di San Francisco che sottolineava come il 3% delle persone transgender nate maschio e l'8% di quelle nate femmina si identificavano come bigender, con una risonanza mediatica tale che nell'anno successivo

fu riconosciuto dall'APA e introdotto nel DSM IV-R quale sottocategoria del gruppo transgender, per indicare individui che soffrono di una fusione ovvero di un'alternanza di generi, dove la presenza di un distress appare quasi scontata, rivolgendosi a soggetti la cui la parte maschile e quella femminile combattono in un gioco-forza continuo, intrappolate in un corpo solo, che si identifica nel loro sesso anatomico, vedendo sopprimere inevitabilmente l'identità di genere opposta. Diversamente dai transessuali questi soggetti non vogliono una fisionomia che rispecchi in tutto l'aspetto fisico dell'altro sesso ma un corpo che dia equilibrio e pace alle loro identità, ai loro comportamenti che mutano a seconda del contesto. Sulla base di studi di genere eseguiti soprattutto nel 2012 si è arrivati ad affermare, in un clima di forte concitazione dottrinale, una matrice biologica del bigenderismo, enunciando una nuova sindrome neuropsichiatrica (in grado di coinvolgere gli aspetti organici/comportamentali), consentendo di approfondire la dinamica "brain-sex" slegata dalla concezione psicologica e neurologica; si tratta dell' "Alternating Gender Incongruity" (AGI) dove il bigenderismo, o più in generale lo swiching sessuale, sarebbe la conseguenza di molteplici fattori quali: swiching celebrale atipico, anomalie ormonali nello sviluppo prenatale e/o postnatale. Possiamo notare la stretta interconnessione concettuale fra l'identità bigender (sia che si presenti nella forma del Genere misto piuttosto che come Genere fluido) con la teoria gender-queer, di cui si tratterà in seguito, in quanto entrambe le esperienze sono riconducibili alla ricerca individuale del proprio gradino sul continuum identitario, per ricoprire il ruolo di genere che meglio si addice alla rappresentazione temporanea di sé.

- Il Travestitismo è il "bisogno di alcuni individui, che dal punto di vista genotipico e fenotipico appartengono ad un determinato sesso, di adottare abiti, acconciature e modalità comportamentali del sesso opposto". Si tratta di un fenomeno già molto diffuso nella cultura ellenistica, e ripreso anche dai romani, come dimostrano le Satire di Giovenale, e ben conosciuto in ogni epoca. Un fenomeno, dunque, antichissimo e a suo modo molto diffuso il cui termine fu successivamente coniato da Magnus Hirschfeld traendo le sue origini dal latino trans- "al di là, oltre" e vestitus- "vestito". Il fenomeno del travestitismo fu dapprima utilizzato, nel 1980, all'interno del DSM III per l'individuazione del Disturbo dell'Identità di Genere nell'età infantile; soventi erano, di fatti, le ipotesi di bambini che sentivano il bisogno inspiegabile ed irrefrenabile di imitare l'abbigliamento del sesso opposto. Già alla prima rivisitazione del manuale (APA 1987) la caratterizzazione cade in disuso quale criterio diagnostico essendo inserita la diagnosi in un'altra sezione "Disturbi Solitamente Diagnosticati per la Prima Volta nell'Infanzia, nella Fanciullezza e nell'Adolescenza". Oggi può essere individuato come un autonomo fenomeno, non necessariamente

riportabile al transessualismo; il DSM IV-R lo ha, altresì, inserito tra i disturbi dell'identità di genere a patto che si presenti in modo transitorio e correlato allo stress. Nel caso in cui, invece, l'atteggiamento in questione sia persistente e caratterizzato da eccitamento sessuale, viene inserito tra le parafilie, più precisamente nel c.d. feticismo di travestimento che, tuttavia, è diagnosticato come disturbo psichiatrico soltanto nel momento in cui le "fantasie, gli impulsi sessuali o i comportamenti di travestimento, ricorrenti ed intensamente eccitanti sessualmente, vengono associati a sofferenza clinicamente significativa oppure a disfunzioni riconoscibili". Il DSM IV limitava questo comportamento agli uomini eterosessuali: il DSM V non ha restrizioni, aprendo questa diagnosi sia alle donne che agli uomini omosessuali. Ad una prima critica secondo la quale questo cambiamento avrebbe allargato le persone interessate alla diagnosi, il gruppo di lavoro ha sottolineato che per entrare nella categoria gli individui devono provare notevole disagio a causa del loro comportamento. Il travestirsi non è un disturbo di per sé. Infatti, vi sono vari gradi di travestitismo, che variano dall'indossare saltuariamente e in privato abiti del sesso opposto fino a una completa identificazione con l'altro sesso; tanto che più recenti studi hanno posto l'accento sulla distinzione fra "Devianza" e "Disturbo" della suddetta parafilia, dove la prima sarebbe riconducibile alle ipotesi di tendenziale condivisione del fenomeno di travestitismo, rientrando a pieno titolo nel continuum identitario e tendenzialmente accolte dal partner, o comunque non tali da comportare un distress psico-emotivo nonché la compromissione socio-relazionale da cui scaturirebbe il vero e proprio Disturbo di Feticismo di Travestimento. Dunque ciò che caratterizza il travestitismo è sicuramente l'eccitazione sessuale che ne scatuisce, elemento del tutto assente nel fenomeno cross-dressing, le cui analogie e differenze furono già affrontate, sia pure embrionalmente, da Hirschfeld.

- Il Cross-dressing denota il singolo atto ovvero l'abitudine di indossare alternativamente vestiti che comunemente sono associati al ruolo di genere opposto al proprio, pubblicamente e/o in privato, senza tuttavia provare eccitazione sessuale, ma per diletto o per relax. In nessun caso può, quindi, essere rapportato ad una patologia e/o parafilia, configurandosi come una Deviazione sessuale e non come un Disturbo. Si tratta di un fenomeno in notevole aumento negli ultimi anni, così come dimostrato dal continuo dilagare delle c.d. Gender-mimic, persone che vivono una situazione di perfetta armonia fra sesso biologico, identità di genere ed il loro ruolo sociale, ciononostante decidono di porre in atto comportamenti sociali di cross-dressing per dare spettacolo televisivo, teatrale ovvero nei locali di tendenza dove è sempre più facile incontrare Drag Queen (uomini che si vestono da donne per fini prettamente goliardici esasperandone le caratteristiche dell'abbigliamento femminile suscitando ilarità) e Drag King (fenomeno nato nel Club Casanova

di New York all'indizio degli anni '90 che identifica donne che si esibiscono emulando personaggi famosi maschili ovvero stereotipi virili, quali marinai, gangster, operai, ecc., tramite barbe pronunciate, orologi vistosi e cravatte). Tale aspetto cross può essere attuato da donne che desiderano essere riconosciute come uomini, e dunque stanno compiendo un primo passo verso il mutamento di genere, ma sempre più spesso anche da persone che semplicemente per una sera vogliono dare spazio al proprio lato maschile. Quindi non si parla di travestirsi ma semplicemente di "vestirsi"; il crossdresser vorrebbe essere libero la mattina di indossare icone dell'abbigliamento femminile (quali gonna e decoltè) piuttosto che pantaloni e cravatte e viceversa, percorrendo liberamente i gradini del suo continuum identitario. Egli, infatti, non condivide i limiti imposti dalla società riguardo all'identità del maschio e della femmina utilizzando come metro la tipologia dell'abbigliamento; non concepisce che l'uomo debba indossare tassativamente pantaloni mentre la donna possa indossare sia pantaloni che gonne, ed in tal senso si muove anche la moda, noti stilisti negli ultimi anni, hanno preso coscienza della rivoluzione cross-dressing occidentale, arrivando ad introdurre fra le trend del momento anche la gonna maschile, tendendo dunque a ridurre, sebbene non ai livelli del kilt scozzese, tale stereotipo, ma la persona crossdresser si riferisce anche a tutto il resto dell'abbigliamento, borse, trucchi ed altri accessori tipicamente femminili. Questo comportamento è condannato dai costumi di una società estremamente conformista e dalla religione che condiziona gli impulsi umani. Nel Deuteronomio (il quinto libro della Torah ebraica e della Bibbia cristiana) si legge *"La donna non indosserà abiti da uomo, né l'uomo indosserà abiti da donna, perché chiunque fa tali cose è in abominio all'Eterno, il tuo Dio"*. Ci muoviamo in una società timorosa di commettere errori di identificazione, ecco perché fin dalla nascita gli indizi di genere, quali l'abbigliamento, sono ritenuti fondamentali, la bambina viene avvolta in corredini rosa, mentre il bambino in quelli azzurri, si tratta di un aspetto da non sottovalutare, una differenza cromatica che ci accompagnerà tutta la vita, dove ogni minima alterazione o sfumatura verrà additata e derisa, considerata patetica e, a volte, addirittura fastidiosa, da cui deriva il timore del crossdresser di uscire allo scoperto (il c.d. outing) subendo ripercussioni anche psicologiche dovuti a veri e propri fenomeni repressivi.

- Le persone Genderqueer (c.d. persone XY) che superano la dicotomia sesso/genere e si identificano come "altro", vivono una situazione di rifiuto degli stereotipi di genere imposti dalla società, per loro non esiste solo il genere maschile e quello femminile ma nel mezzo è possibile rintracciare una pluralità di sfumature in cui vivere, impercettibili e dunque incomprensibili per una società stereotipata come la nostra dove sono pochissime le persone che ancora oggi riescono ad ottenere un vero e

proprio diritto all'identità. In altre parole *"Queer è una categoria fluida e sfuggente che dà voce al proliferare e al dinamismo delle differenze sessuali, con l'intento di dilatare e oltrepassare il genere"*. Sono coloro che coraggiosamente si pongono nel mezzo della *"scala dei valori di genere"*, su quei gradini intermedi che la società non riesce a vedere e dunque a comprendere, inciampando, ancora oggi, innanzi al riconoscimento giuridico/sociale di un fenomeno che, seppure effettivo, fatica ad essere riconosciuto. Si tratta di una categoria ampia all'interno della quale è possibile rilevare molteplici varianti di genere (le c.d. Gender Diverse) quali ad esempio:

- Il Gender-blending, il termine coniato da Devor nel 1989 si riferisce a persone geneticamente donne che pur condividendo la loro identità di genere femminile "non desiderano presentarsi agli altri come tali". Il termine descrive un genere variante in cui si identificano coloro i quali non riescono a riconoscersi nei meri concetti di uomo/donna, di maschile/femminile e sentono il loro genere come sintesi inclusiva di entrambi.
- Il Gender outlaws che connota la persona che sfida i ruoli di genere convenzionali, rifiutando di essere definito come uomo ovvero come donna. E' noto il caso dell'attrice e teorica di genere Kate Bornstein, nata maschio e successivamente sottoposta ad intervento di RCS, ma nonostante ciò non riesce ad identificarsi appieno nel genere femminile, né in quello maschile, preferendo, per essere individuata, pronomi neutri quali "hir" o "ze", piuttosto che "she/her".
- Il Polygender (o omnigender) che indica una persona che include più generi, oscillando fra i vari gradini del continuum ovvero con una pluralità di generi contemporaneamente presenti, non facendo riferimento ai due soli margini identitari, ad esempio essere contemporaneamente androgino, sessualmente neutro e sentirsi donna.
- Il Gender Questioning di coloro i quali, timorosi di una qualche etichetta sociale, sono ancora indecisi sulla propria identità di genere (oltre che sul proprio sesso psicologico e sull'orientamento sessuale); vivono esplorando i due generi e mixandoli in nuovi modi di interpretare l'identità, tramite esperienze per lo più fugaci per trovare il loro posto oltre che nel mondo nell'arduo scenario dei generi.
- Neutrois, esperienza che nega la concezione binaria del genere, è un'identità di genere neutro configurandosi nella fattispecie di Neutral-gender, Null-gender, Neither male nor female, Genderless, Agender, i cui esponenti possono desiderare di sottoporsi ad intervento per la demolizione totale dei caratteri sessuali, ma anche di solo alcuni di essi rientrando dunque a pieno titolo nella teoria genderqueer.

Questi sono solo alcune gender variant che possono essere ascritte al più generale concetto genderqueer essendo presente la tendenza a frammentare le Gender difference sulla base delle singole peculiarità, molte delle quali sono

venute meno a seguito della conformazione sociale di comportamenti a lungo considerati pregiudizievoli quali ad esempio gli Househusband, molto diffusi in America, uomini dediti alla cura della casa e della prole, ovvero i Mestrosexual uomini salutisti, particolarmente attenti ai trattamenti estetici e alla cosmesi, espressione di una vanità eccentrica e non sintomo di una qualche crisi identitaria. L'etimologia permette di notare la singolare connotazione del termine "queer", di origine statunitense, che assume il significato di "insolito", "eccentrico" o più generalmente di "strano", dapprima utilizzato con l'accezione dispregiativa gergale omofobica per individuare persone non eterosessuali o che non si identificano nell'identità di genere attribuita al momento della nascita, e, poi, nel corso dell'ultimo ventennio del XX secolo, ha subito una serie di cambiamenti ad essere intenzionalmente utilizzato per indicare l'equiparazione, non solo della eterosessualità all'omosessualità, ma anche alla bisessualità, all'intersessualità, alla transessualità e al transgenderismo in genere.

Negli ultimi anni gli Gender Studies hanno manifestato la tendenza a superare quest'esperienza frammentaria, basata su differenze sottili, se non addirittura impercettibili, al fine del riconoscimento delle singole peculiarità del fenomeno transgender, tramite una minuziosa analisi descrittiva delle gender variant, a lungo giustificata dalla necessità di dare un nome a chi ancora oggi "non si sa definire" fra i molteplici gradini del continuum. Sempre più spesso si sta seguendo l'opposto orientamento di riunificazione, dovuto alla rilevante difficoltà di definire tutti i "gender non conforming" poiché non tutti riescono ad identificarsi nelle categorie di genere prestabilite. Vi è, poi, il continuo proliferare di teorie che affiancano alla fluidità di genere di Foucault anche una fluidità di orientamento sessuale, ipotesi sostenuta dal Manifesto Pangender che "ritiene falsa l'idea secondo la quale, aumentando le definizioni di sé, dando un nome ad ogni cosa che differisca dalle altre, si generi un frazionamento che produce isolamento e frammentarietà identitaria. Nella visione Pangender, i nomi dati alle differenze, servono meglio a definire ma non a separare, vedendo in queste discrepanze esclusivamente un dato conoscitivo, senza alcuna valenza etica qualitativa [...] guardando il denominatore comune che abbraccia ogni Identità di Genere ed ogni Orientamento sessuale". Scopo del manifesto è proprio escludere che l'Identità Pangender possa comportare l'identificazione di una specifica condizione, adducendo, piuttosto, ad un duplice significato che analizza sia la condizione individuale di chi si sente appartenere ad entrambi i generi (in senso sommatorio ovvero intermedio) riportabile, dunque, al già sopra analizzato concetto gender-queer, sia ad una condizione generale che si rivolge, appunto, a tutti (pan) i generi (gender) frutto di un'identità molteplice e fissa (es. Bigender passando dall'uno all'altro genere) o fluida (il continuo passaggio sul continuum delle varianti di genere) ivi compresi tutti i sessi (anche l'androgino, l'intersessuato, l'asessuato, ecc.) e tutti gli orientamenti sessuali (gay, lesbiche, bisessuali, ecc.); rispecchiando un'idea che non si basa più sui singoli elementi caratterizzanti, che a lungo sono stato il perno della

ricerca dell'identità, ma piuttosto sulla comune dissociazione dall'eterosessualità e dal cisgenderismo.

In ogni caso passi innanzi sono stati compiuti nella accettazione di tali molteplici gender, anche l'APA negli anni ha mutato il proprio giudizio su tali individui passando dal concetto di "disturbo di identità di genere" del DSM III (1980) alla "disforia di genere" del DSM V (2013). Il DSM V sottolinea, finalmente, come la mancata "adesione di genere" non sia un disturbo mentale, il "disturbo" viene ad essere riconosciuto solo nel caso in cui vi sia un significativo disagio associato alla propria condizione.

Il sostituire il termine "disturbo" con "disforia" non solo rende più appropriata e familiare la connotazione, ma allontana il giudizio che il cittadino sia "disturbato". Infine, è importante notare come la disforia di genere ha un suo proprio capitolo nella nuova classificazione, separato sia dalle disfunzioni sessuali che dalle parafilie.

La presenza di persone classificabili in questa Disforia di Genere, o più in generale di transgender, finisce il più delle volte con il mettere in crisi la nostra società, demarcata da stereotipi fin troppo radicati, basata (o forse solo abituata) ad un binarismo sessuale rigido e quindi inidoneo a cogliere e descrivere il variegato universo dei gender.

Bibliografia

1. AUGÈ M.: *Il senso degli altri. Attualità nell'antropologia*. Bollati, Torino, 1994.
2. BAIRD V.: *Le diversità sessuali*. Carocci, Roma, 2003.
3. BENJAMIN H.: *Il fenomeno transessuale*. Astrolabio, Roma, 1968.
4. BIONDI M. (a cura di): *DSM -5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Cortina ed., 2014.
5. BLACKWOOD E., WEIRINGA E.S.: *Female desires: same-sex relations and transgender practices across cultures*. Columbia University Press, New York, 1999.
6. BOLIN A.: *In search of Eve: Transsexual Rites of Passage*. Bergin & Garvey, London, 1988.
7. BUSONI M.: *Genere, sesso e cultura. Uno sguardo antropologico*. Carocci, Roma, 2000.
8. CASTEL P-H.: *La métamorphose impensable: essai sur le transsexualism et l'identité personnelle*. Gallimard, Paris, 2003.
9. CRAWLEY E.: *The mistic rose, a study of primitive marriage*. Macmillan, London, 1902.
10. DRESCHER J.: *Transsexualism, gender identity disorder and the DSM*. Journal of gay & lesbian Mental Health, 2010; 14: 109-122.
11. ELBE L.: *Man into woman. The first sex change, a portrait of Lili Elbe: the true and remarkable transformation of the painter Einar Wegener*. London, Hoyer, Niels, 2004.
12. FREUD S.: *La vita sessuale-Corpus Freudiano minore*. Boringhieri, Torino, 1976.
13. HUBERT C.: *The "third sex" theory of Karl Heinrich Ulrichs*. Journal of Homosexuality. 1980-1981 Fall-Winter; 6(1-2): 103-111.



14. LAQUER T.: *L'Identità sessuale dai Greci a Freud*. Laterza, Roma-Bari, ed. or. 1990.
15. PASINI W.: *Amori Infedeli*. Mondadori, 2007.
16. PASQUINELLI C.: *Le ambiguità del corpo*. in Riv. Giur., II ed. Torino, 1987.
17. POWERS. S.: *Tribes of California*. California Press University, 1976.
18. RUGGERI V., RAVENNA A.R.: *Transsessualismo e identità di genere*. Roma, Edizioni Universitarie Romane, 1999.
19. REMONTI F.: *Contro natura. Una lettera al papa*. Bari, Editori Laterza, 2008.
20. SANTINELLI C.: *Mente e Corpo*. Quattroventi, Bologna, 1998.
21. SCHUSTER A.: *Identità di genere, Tutela della persona*. Bologna, 1988.
22. ORTNER S.B., WHITEHEAD H.: *Sesso e genere. L'identità maschile e femminile*. Sellerio, Palermo, 1981.

Indirizzo per corrispondenza:
Prof. Raffaele Landi
e-mail: landiraffaele@hotmail.it

Storia della Medicina

L'epilessia di Fjodor Dostoevskij nelle sue maggiori opere

Antonio Tagarelli, Anna Piro

Consiglio Nazionale delle Ricerche
Istituto di Bioimmagini e Fisiologia Molecolare - CNR
Sede Secondaria
Germaneto (Catanzaro)

Parole chiave: Epilessia, Fjodor Dostoevskij.

Key Words: Epilepsy, Fjodor Dostoevskij.

Ricevuto in Redazione il 20 agosto 2017

RIASSUNTO

Un attento studio sull'epilessia di Fjodor Dostoevskij ha consentito di vedere dentro la sua tardiva adolescenza un carattere solitario, schivo e nevrastenico; si comportava come se la malattia che covava dentro fosse pronta ad esplodere. E quando questa si manifestò, peggiorando con lo scorrere degli anni, assunse un gran ruolo nel carattere e nella sensibilità dello scrittore russo che nella sua maturità letteraria e più precisamente nelle sue maggiori opere, "L'Idiota", "I Demoni", "I Fratelli Karamazov", non dimentica di onorare la sua musa: l'epilessia. Lo fa attraverso tre rispettivi personaggi di queste opere, Myškin, Kirillov, Smerdjakov, che raccontano le sofferenze, i tormenti e le paure di Dostoevskij ma anche, sorprendentemente e non straordinariamente, la lietezza di sentirsi vicino a Dio.

Come per altri uomini di ingegno, sembra che la malattia, specialmente se neurologica, migliori l'artista e la sua arte.

SUMMARY

A careful analysis on Fjodor Dostoevskij epilepsy allowed us to look on the inside his late youth characterized by a solitary, shy, and neurasthenic nature; his behavior was characterized by a disease which was always ready for action. And, when it showed itself, getting worse as years go by, it played the leading role on the nature, and sensibility of Russian writer who during his literary maturity e more precisely in his most important works, "The Idiot", "The Devils", "Karamazov Brothers", does not forget his great muse: the epilepsy. Dostoevskij make it by three characters of these works, Myškin, Kirillov, Smerdjakov, respectively, who represent the pains, the torments, and the fears of the writer but also his delight to feel God near him, surprising, and not unusually.

As for other men of a great talent, it can be real that a disease, in special way when it is a neurological disease, improves the artist and his art.

Nella prefazione alla edizione americana dell'opera "Racconti" di Fjodor Dostoevskij, Thomas Mann scrive così sulla malattia dell'Autore russo: *Prima di ogni altra cosa, tutto dipende da chi è malato, pazzo, epilettico o paralitico. Se è un comune imbecille, in tal caso la malattia è senza dubbio priva di aspetti spirituali e culturali; non è così, se invece è un Nietzsche, un Dostoevskij. In tali casi la malattia mette in luce qualcosa di importante sia nella vita che nelle opere dei malati [...]. E si può ben dire che alla vita le è mille volte più cara la malattia creatrice, dispensatrice di genio, la malattia che prende con sé sul suo cavallo gli impedimenti e ardita balza di rupe in rupe, che non la salute, la quale si trascina a piè comodamente*⁽¹⁾. Un concetto questo di Mann che si ritrova nel suo "Doktor Faustus", quando giustifica il miglioramento artistico del protagonista, Adrian, colpito da demenza sifilitica: *Il veleno [della malattia] agisce come elemento d'ispirazione, inebria e stimola: può creare, in uno splendido entusiasmo, opere geniali e meravigliose [...]*⁽²⁾. Certe conquiste dell'anima e della conoscenza, dunque, sembrano non possibili senza la malattia, specialmente se neurologica. I grandi ammalati come Nietzsche e Dostoevskij possono essere considerati dei Crocifissi, delle vittime offerte affinché l'Umanità possa elevarsi ed ampliarsi nella capacità di sentire e di conoscere. Se nel grande Autore tedesco la sua follia sifilitica diviene elemento di stimolo, in Dostoevskij la sua epilessia è causa di esuberanza intellettuale destinata a segnare la convinzione che la più alta vitalità può avere i tratti di una terrena infermità.

Dostoevskij, esploratore acuto e profondo dei fenomeni mentali, tanto da entrare in polemica con lo scienziato fisiologo russo Ivan Michailovic Secenov⁽³⁾, dimostra che l'uomo è capace di trovare, anche nelle situazioni più disperate, la via d'uscita che lo riappacifica con la vita. Nelle sue opere, infatti, non manca di far trasparire ciò che contiene la sua coscienza e, soprattutto, quello che c'è sotto la superficie di essa. Più precisamente, Dostoevskij vuole mostrare l'importanza di un "cervello" nel cervello che chiama "sottosuolo", cioè la mente⁽⁴⁾. Questa, in alcuni soggetti, sembra essere oppressa da gravi sensi di colpa e dal sentimento

di ciò che è criminale; sensazioni spesso ben connesse con il male mistico per eccellenza: l'epilessia. A tal riguardo, scrive così la figlia di Dostoevskij sull'epilessia dello Scrittore: *Il primo attacco sembra che l'abbia avuto a diciotto anni dopo la notizia della morte del padre [...]. L'epilessia di mio padre, epilessia che lo faceva tanto soffrire, è probabilmente dovuta all'alcolismo di mio nonno, condizione che la si ritrova nei fratelli di mio padre, Michele e Nicola [...]*⁽⁵⁾. Dostoevskij vede peggiorare l'epilessia che l'affligge dopo la sua condanna a morte che gli viene mutata, appena prima dell'esecuzione, in quattro anni di carcere duro in Siberia. La miserabile e crudele esperienza della falsa condanna a morte, lo porta a sentirsi di più, e più degli altri, vicino a Dio. Ecco una sua preghiera: *Fammi soffrire, se la mia sofferenza può far crescere il mio talento, la mia influenza sugli uomini. Non risparmiarmi, sopporterò tutto, purché l'opera per la quale Tu mi hai mandato in terra, sia compiuta [...]*⁽⁶⁾. Una preghiera ben riposta ed esaudita, dato l'elevato spessore letterario di Dostoevskij il quale traspone la propria epilessia su alcuni protagonisti dei suoi tre maggiori romanzi ("L'Idiota", "I Demoni", "I Fratelli Karamazov") dei quali non trascura la descrizione della sensazione di estasi che anticipa l'accesso epilettico, lo stato depressivo che lo precede e segue, sempre accompagnato dalla sofferenza fisica e psichica.

Nel romanzo "L'Idiota" (1868-69) Dostoevskij esprime la particolare personalità del protagonista, il principe Lev Nicolaevic Myškin che possiede, infatti, un carattere sommo ma penoso, pieno di ingenua bontà e pronto a fare del bene senza conoscere il male. Fin dall'infanzia i [...] *frequentissimi accessi della sua malattia [l'epilessia] l'avevano reso quasi un idiota*⁽⁷⁾. Il termine "idiota" è per l'Autore molto vicino al suo significato greco ("particolare", "privato"). Il principe Myškin, dopo una lunghissima permanenza in una clinica svizzera, non più fanciullo, fa ritorno in Russia. Per il suo medico, egli rimarrà sempre un bambino dentro un corpo di adulto: non di rado gli si rinfaccia la inettitudine e la diversità senza risparmiargli l'appellativo di "idiota", pur riconoscendogli la purezza d'animo. Raccontando della sua permanenza all'estero ai familiari di un suo parente, Miškin si sofferma sulla sua epilessia: [...] *avevo avuto una serie di violenti attacchi della mia malattia e avevo sofferto molto; di solito, quando il mio male peggiorava e gli attacchi si susseguivano più frequenti, cadevo in una completa prostrazione, perdevo la memoria, e sebbene la mia mente continuasse a lavorare, il corso logico dei miei pensieri sembrava interrompersi. Non mi era possibile legare più di due o tre idee consecutive. Così mi pare, almeno. Calmati gli attacchi, ridiventavo sano e forte come mi vedete adesso*⁽⁸⁾. Dostoevskij descrive Miškin in un viaggio a Pietroburgo con le seguenti parole: [...] *spesso non si accorgeva né dei passanti né del punto dove camminava. Sentiva una tensione dolorosa e un'inquietudine terribile, ma nello stesso tempo sentiva pure la necessità dell'isolamento. Bramava di essere solo e di lasciarsi vincere passivamente da quella tensione dolorosa [...]. Il principe [...] sapeva che, nei periodi immediatamente precedenti gli attacchi di epilessia, andava soggetto a distrazioni straordinarie, al punto, da scambiare oggetti e persone, se non li contemplava con un'attenzione speciale [...]*⁽⁹⁾. Subito dopo queste righe, l'Autore mette in rilievo la sua conoscenza della mente umana e presenta a ragion veduta, il mondo illusorio che precede il buio dell'attacco epilettico. Ecco come descrive la "luce" e gli "attimi sublimi" vissuti dal principe: *In quell'attimo, che aveva la durata di un lampo, la sensazione della vita e il senso dell'autocoscienza sembravano decuplicare di forza. Il cuore e lo spirito si illuminavano di una luce straordinaria. Tutti i dubbi, tutte le ansie e le agitazioni sembravano acquietarsi di colpo, si risolvevano in una calma suprema, piena di armonica e serena letizia, di speranza, di ragionevolezza [...]. Ma quei momenti, quegli sprazzi di forte luce non erano che il presentimento dell'attimo decisivo (mai più di un solo attimo) col quale cominciava l'attacco stesso. Quel momento era, in verità, insostenibile. Meditandoci sopra in seguito, quando si sentiva ristabilito, il principe diceva spesso a sé medesimo che tutti quegli sprazzi e barlumi di suprema penetrazione e d'intima consapevolezza, e quindi di "vita superiore", non erano altro che sintomi del suo morbo, uno squilibrio dello stato normale; se così era, essi non erano dunque affatto una manifestazione di vita superiore e dovevano anzi essere annoverati fra le più infime manifestazioni dell'essere. Tuttavia giunse a una conclusione oltremodo paradossale: "Che importa se è una malattia? Che importa se questa tensione sia anormale, se il suo stesso risultato, l'attimo delle supreme percezioni, ricordato e analizzato in un momento di lucidità e l'effetto che essa produce, risulta sommamente armonico e sublime, comunicandomi un senso non mai prima provato né presunto di pienezza, di equilibrio, di pace e di fusione, in uno slancio di preghiera, con la più alta sintesi della vita?" Queste nebulse espressioni gli sembravano molto chiare, sebbene ancora assai deboli. Egli non dubitava affatto, non ammetteva nemmeno la possibilità del dubbio che le sensazioni descritte realizzassero effettivamente "la bellezza e la preghiera", con una "alta sintesi della vita". Non poteva darsi, infatti, che le visioni di delirio che balenavano in quei momenti davanti a lui fossero identiche a quelle provocate dall'oppio, dall'hashish, oppure dal vino, che avviliscono la mente, deturpano l'anima, sono anormali e inesistenti? Una volta cessati i fenomeni morbosi, egli poteva ragionare con piena lucidità di mente a questo riguardo. Quegli istanti, per definirli in breve, erano caratterizzati da una folgorazione della coscienza e da una suprema esaltazione dell'emotività soggettiva. Se in quell'attimo preciso, cioè nell'ultimo che precedeva immediatamente un attacco della sua malattia, egli aveva avuto il tempo di dire a se stesso chiaramente e consapevolmente: "Sì, per questo momento si può dare tutta la vita!" Certamente quel momento, per sé, valeva tutta la vita. Egli non attribuiva, però, altra importanza alla parte dialettica della sua conclusione: un senso di ottusità, un buio interno e l'idiotismo gli si ergevano davanti, come chiare conseguenze di quegli "attimi sublimi". [...] Sì, la sua malattia stava ritornando, ciò era certo; forse quel giorno stesso avrebbe avuto un attacco. Ed era stato appunto l'avvicinarsi di quella crisi a causar le tenebre in cui si dibatteva il suo spirito, era stato quello il germe della sua "idea speciale!" Ora quelle tenebre si erano dissipate. Il demone era fuggito; nel suo cuore, purificato da ogni dubbio, regnava la letizia*⁽¹⁰⁾. Il principe, ritornato in albergo, subisce l'aggressione di Rogogin che, armato di coltello, tentò di ucciderlo: [...] *alzò il braccio destro e qualcosa brillò nella sua mano annodata [...]; ad un tratto, la terra sembrò spalancarglisi davanti, un'immensa "luce interiore" gl'illuminò l'anima. Quel momento non durò forse più di mezzo secondo; ma egli si ricordò con chiarezza il principio, proprio il primo suono*

di quel terribile urlo che gli era impetuosamente uscito dal petto, urlo che nessuna forza avrebbe potuto trattenere. Poi la sua coscienza si spense di colpo e tutto fu buio fitto. Era in preda ad un attacco di epilessia, come non ne provava più da gran tempo. Si sa che quegli attacchi di mal caduco colgono l'uomo all'improvviso. Nel momento stesso avviene una terribile contrazione della faccia, gli occhi si arrovesciano. Tutto il corpo rimane scosso da convulsioni e da tremiti. Uno spaventevole urlo irrefrenabile esce dal petto; quell'urlo sembra non aver nulla di comune con un grido umano, e a uno spettatore riesce molto difficile, se non affatto impossibile, immaginarsi e ammettere che a uscire in quel grido sia proprio l'uomo che si trova davanti a lui. Si ha persino l'impressione che gridi qualche altro essere dentro di lui. Molti, almeno, spiegano in questo modo l'impressione da loro riportata da un accesso di mal caduco. In altri, invece, la vista di un epilettico, colto dal suo male, fa nascere uno smisurato terrore, che ha persino in sé qualche cosa di mistico [...]. Scosso dai sussulti e dalle convulsioni, il corpo del malato era rotolato per tutti i gradini che formavano la scala, circa quindici, fino in basso [...] ⁽¹¹⁾. Il terzo giorno dopo l'accesso di epilessia, il principe aveva riacquisito esteriormente l'aspetto di un uomo quasi guarito; intimamente, però, si sentiva ancora infermo. Nel secondo volume de "L'Idiota", l'Autore descrive un nuovo episodio, fra quelli più leggeri, di accesso epilettico in cui cade il principe Miškin. Il giorno dopo [...] non sentiva nessun disturbo oltre l'ipocondria, una certa pesantezza di testa e un lieve dolore nelle membra. La sua mente lavorava con esattezza, benché l'anima fosse malata ⁽¹²⁾.

Dopo il bene o se si vuole dopo la "bellezza che salverà il mondo", come dice il principe Myškin, Dostoevskij non poteva non scrivere "I Dèmoni" (1871-72), romanzo che volge l'attenzione al male ed ai suoi risvolti più osceni e più perversi, magnificamente personificato da Stravogin in un quadro di vicende vissute da un gruppo di rivoluzionari. I semi di questo male fruttificano nella personalità di Šatov e di Kirillov. Quest'ultimo personaggio, emulatore di Cristo, elabora un'interessante teoria filosofica sulla negazione del Dio assoluto e sulla necessità che sia l'uomo a prenderne il posto, concependo così l'idea di un Uomo-Dio o del Super-Uomo, come scriverà più tardi Nietzsche, fervido estimatore di Dostoevskij. L'Autore dà a Kirillov l'epilessia che di questa malattia parla a Šatov, eccone una sintesi; Kirillov: *Ci sono dei secondi [...] in cui sentite tutt'a un tratto la presenza dell'eterna armonia, da Voi compiutamente raggiunta. [...] Non dico che sia una cosa celeste, ma dico che l'uomo, nella sua forma terrestre, non la può sopportare. [...] E' un sentimento chiaro e incontestabile. Come se a un tratto sentiste tutta la natura e diceste: sì, questa è la verità. [...] Non è [...] un intenerimento, ma soltanto una gioia. [...] È una cosa più alta dell'amore! [...] Se durasse più di cinque secondi, l'anima non resisterebbe e dovrebbe sparire. In quei cinque secondi io vivo una vita e per essi darei tutta la mia vita, perché ne vale la pena. [...] Io credo che l'uomo debba cessar di generare. A che i figli, a che l'evoluzione, se la meta è raggiunta? [...] Šatov: [...] Questo vi capita spesso? [...] Non avete il mal caduco? No [ribatte Kirillov]. Šatov: Allora vi verrà. State in guardia, Kirillov, [...] il mal caduco comincia proprio così. Un epilettico mi ha descritto minutamente la sensazione che provava prima dell'accesso [...]]; anche lui parlava di cinque secondi e diceva che di più non era possibile sopportarla. Ricordatevi della brocca di Maometto, che non aveva ancora il tempo di vuotarsi ch'egli già aveva fatto sul suo cavallo il giro del Paradiso. La brocca, sono i vostri cinque secondi; essa ricorda troppo la vostra eterna armonia, e Maometto era epilettico. State in guardia, Kirillov, è il mal caduco!* ⁽¹³⁾

Al vertice della narrativa di Dostoevskij è posta l'opera "I Fratelli Karamàzov" (1879-80), uno straordinario viaggio nei massimi problemi etici in cui l'Autore s'interroga sul senso della vita ⁽¹⁴⁾. Anche in quest'opera Dostoevskij inserisce un protagonista epilettico, Smerdjàkov: servitore di Fjodor Pàvlovic Karamàzov che, a seguito di una punizione inflittagli dal servo anziano Grigòrij, gli [...] si manifestò per la prima volta il mal caduco, che non l'abbandonò per tutta la vita. [...] Gli attacchi [...] ora leggeri, ora violenti [...] lo colpivano in media una volta al mese e ad intervalli variabili ⁽¹⁵⁾. Il giovane Smerdjàkov che cresce sotto la protezione di Fjodor Pàvlovic, non sente il minimo bisogno della compagnia di nessuno, un vero misantropo. Quando diviene un giovane adulto, i suoi attacchi sono più intensi. *Nondimeno succede [...], alle volte che egli, nella casa stessa, o magari in cortile o sulla via, si arrestasse, si facesse pensieroso e stesse così anche per una decina di minuti. Un medico [...] avrebbe detto che non c'era in lui né intelligenza, né pensiero, ma solo una specie di attitudine contemplativa [...]. Se lo si urtasse, sussulterebbe e vi guarderebbe come uno che si desti, ma senza capir nulla. Si riavrebbe, a dir vero, subito, ma, se gli domandaste a che stava pensando, non si ricorderebbe certo di niente; però assorbirebbe di sicuro l'impressione sotto cui si trovava durante la sua contemplazione. Queste impressioni gli sono care, ed egli le accumula senza dubbio inavvertitamente, senza averne consapevolezza [...]* ⁽¹⁶⁾. Nella notte in cui Fjodor Pàvlovic viene ucciso, [...] Smerdjàkov è colto da un attacco epilettico e le grida irrompono nella casa svegliando la moglie di Grigòrij che dormiva nella camera attigua la quale non si era mai abituata alla malattia del giovane. Assonnata e, quasi incosciente, si precipitò nello stanzino di Smerdjàkov. [...] Acceso un lume, vide che Smerdjàkov si dibatteva nello stanzino con occhi stravolti, mentre dalle sue labbra colava la schiuma. [...] Verso le cinque del mattino arrivano [...] tutte le autorità. [...] Il dottore era rimasto nella casa di Pàvlovic nell'intento di fare al mattino l'autopsia del cadavere, ma soprattutto perché l'aveva vivamente interessato lo stato del servo Smerdjàkov. "Degli attacchi epilettici così violenti e così lunghi, che si ripetono incessantemente per due giorni, s'incontrano di rado ed appartengono alla scienza" ⁽¹⁷⁾, ebbe a dire il medico dopo aver ricoverato in ospedale Smerdjàkov. Egli, accusato di aver ucciso Fjodor Pàvlovic, viene difeso così: [...] Smerdjàkov non è un vile ma un accozzo di tutte le viltà del mondo prese insieme. [...] E' un pulcino malaticcio ed epilettico, dal cervello debole, che un fanciullo di otto anni abbatterebbe. Ha forse un carattere? Non è Smerdjàkov, signori ⁽¹⁸⁾. Ma uno dei figli di Fjodor Pàvlovic, Ivan Fjodorovic, non è d'accordo sull'innocenza di Smerdjàkov e va in ospedale dove mette in dubbio anche la veridicità dell'attacco epilettico. E i medici così gli rispondono: [...] il mal caduco di Smerdjàkov è fuor di dubbio. E si meravigliarono perfino della domanda. Gli spiegarono [...] ch'era quello un attacco eccezionale, che si era protratto e

ripetuto durante più giorni, tanto che la vita del paziente era stata in grave pericolo; ora soltanto, dopo le misure prese, si poteva affermare che il malato sarebbe sopravvissuto, per quanto fosse assai probabile [...] la perdita parziale della ragione, se non per tutta la vita, certo per un tempo abbastanza lungo⁽¹⁹⁾. Ivan Fjodorovic, convinto della colpevolezza di Smerdjakov e di aver simulato l'attacco epilettico, incontra per la terza volta il suo servo in ospedale il quale confessa; ecco il colloquio: *Voi partiste, io ruzzolai allora nella cantina [...]. In un vero accesso o simulando? Si capisce che simulai. Simulai tutto. Scesi tranquillamente giù per la scala, fino al fondo, tranquillamente mi distesi e cominciai ad urlare. E mi dibattevo, mentre mi portavano fuori. Un momento! Fingesti poi sempre anche dopo, anche all'ospedale? Niente affatto. Il giorno dopo, al mattino, prima ancora d'entrare all'ospedale, mi colpì un vero attacco, e così forte come da molti anni non avevo avuti. Per due giorni rimasi fuori di sentimento⁽²⁰⁾*. Dopo essersi ripreso, Smerdjakov si toglie la vita e Ippolit Kirillovic tratteggia così il carattere del defunto [...]: *Ha troncato la sua vita in un accesso di delirio e di follia [...]. Inoltre, oppresso dall'epilessia, Smerdjakov era pauroso come una gallina, una gallina epilettica [...]. Le persone affette da epilessia grave, come attestano i più sagaci psichiatri, hanno sempre una morbosa tendenza ad accusarsi da sé. Sentirsi "colpevoli" di fronte a qualcuno è per loro un tormento, i rimorsi li perseguitano e, spesso senza il minimo fondamento, essi esagerano e si attribuiscono perfino colpe e delitti immaginari. Un individuo simile può davvero diventar colpevole e delinquere per effetto di paura e d'intimidazione [...]. Ecco dunque di dove viene questa "furba" e straordinaria accusa contro il disgraziato idiota che ieri ha posto fine ai suoi giorni⁽²¹⁾*.

Nella modernità dell'Ottocento, Dostoevskij offre una visione nuova della razionalità, vista come elemento logico che non si sviluppa a scapito di quello intuitivo; e si chiede: *Che cosa sa la ragione? La ragione sa soltanto quello che è riuscita a conoscere [...], mentre la natura umana agisce tutta intera⁽²²⁾*. Un pensiero che, due secoli dopo, rafforza quello del matematico Blaise Pascal che così recita: *Il cuore ha le sue ragioni, che la ragione non conosce affatto: lo sa per mille prove⁽²³⁾*.

Pertanto, lo Scrittore russo avverte quanto sia mortificante per l'umana esistenza identificare il razionale con il metodo dimostrativo delle scienze empiriche. E scrive: *Che giova la scienza se il cuore non è tranquillo? Il che vuole intendere di non svalutare il sapere epistemico, quanto piuttosto inserirlo in un orizzonte più ampio: Gran cosa l'ingegno umano, ma anch'esso è dono di Dio⁽²⁴⁾*. Quel Dio che il Dostoevskij epilettico avverte attraverso i suoi sensi in tutta la sua grandiosità ogni qual volta è colto dall'aura mistica ed estatica: ripetute sublimi esperienze che hanno contribuito a rendere grande questo Scrittore.

BIBLIOGRAFIA

1. Fjodor DOSTOEVSKIJ. *Racconti* (GIOVANNA SPENDEL, a cura di). Milano: A. Mondadori Editore; 1991. Postfazione: "Dostoevskij-con misura" di Thomas Mann, pp. 871-884; 881-882
2. THOMAS MANN. *Doktor Faustus. Das Leben des deutschen Tonsetzers Adrian Leverkühn erzählt von einem Freunde*. Francoforte: S. Fischer; 1997, pp. 310, 326
3. SILVANO TAGLIAGAMBE. *Il sogno di Dostoevskij. Come la mente emerge dal cervello*. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2002, p. 16
4. Fjodor DOSTOEVSKIJ. *Memorie del sottosuolo*. Torino: Giulio Einaudi Editore; 1988. Parte I ("Il Sottosuolo"), capitoli X e XI, pp. 36-42
5. AIMEE DOSTOYEVSKY. *Dostoyevsky nei ricordi di sua figlia*. Milano: Fratelli Treves Editori; 1922, pp. 29-32
6. AIMEE DOSTOYEVSKY. *Dostoyevsky nei ricordi ...*, p. 80
7. FEODOR DOSTOJEVSKIJ. *L'Idiota*. Due volumi (Versione integrale e conforme al testo russo di Maria Racovska e Luigi D'Agasilao). Sesto San Giovanni-Milano: A. Barion Editore; 1931, volume I, parte I, capitolo III, p. 33
8. FEODOR DOSTOJEVSKIJ. *L'Idiota ...*, capitolo V, p. 66
9. FEODOR DOSTOJEVSKIJ. *L'Idiota ...*, parte II, capitolo V, p. 258
10. FEODOR DOSTOJEVSKIJ. *L'Idiota ...*, pp. 260-262, 265
11. FEODOR DOSTOJEVSKIJ. *L'Idiota ...*, pp. 271-272
12. FEODOR DOSTOJEVSKIJ. *L'Idiota ...*, volume II, parte IV, capitolo VIII, p. 281
13. Fjodor DOSTOJEVSKIJ. *I Dèmoni*. Tre parti. (Prima versione integrale e conforme al testo russo con note di Alfredo Polledro). Torino: SLAVIA; 1927, parte III, capitolo V, pp. 192-193
14. FAUSTO MALCOVATI. *Introduzione a Dostoevskij*. Bari: Edizione Laterza; 1992, p. 130
15. Fjodor DOSTOJEVSKIJ. *I Fratelli Karamàzov*. Quattro volumi. (Unica versione integrale e conforme al testo russo, con note di Alfredo Polledro). Torino: SLAVIA; 1927, volume I, parte I, libro III, capitolo VI, pp. 212-213
16. Fjodor DOSTOJEVSKIJ. *I Fratelli Karamàzov ...*, volume I, parte I, libro III, capitolo VI, pp. 216-217
17. Fjodor DOSTOJEVSKIJ. *I Fratelli Karamàzov ...*, volume III, parte III, libro IX, capitolo II, pp. 125-128, 131
18. Fjodor DOSTOJEVSKIJ. *I Fratelli Karamàzov ...*, capitolo V, p. 161
19. Fjodor DOSTOJEVSKIJ. *I Fratelli Karamàzov ...*, volume IV, parte IV, libro XI, capitolo VI, p. 41
20. Fjodor DOSTOJEVSKIJ. *I Fratelli Karamàzov ...*, capitolo VIII (Terzo e ultimo colloquio con Smerdjakov), p. 75
21. Fjodor DOSTOJEVSKIJ. *I Fratelli Karamàzov ...*, libro XII, capitolo VIII, pp. 208-211
22. Fjodor DOSTOEVSKIJ. *Memorie del sottosuolo ...*, pp. 48-49
23. BLAISE PASCAL. *Pensieri*, 277. Milano: Fabbri-Bompiani; 1993, p. 105
24. Fjodor DOSTOEVSKIJ. *L'adolescente*. Roma: Newton; 2007, p. 231

Indirizzo per corrispondenza:
Dott. Antonio Tagarelli
 e-mail: antotagarelli@gmail.com

Effetti di COASTEN sulla fatigue di pazienti affette da carcinoma mammario trattate chirurgicamente

Gennaro Limite, Viviana Sollazzo, Emanuela Esposito, Pietro Forestieri

Parole chiave: Carcinoma mammario, chirurgia mammaria, COASTEN®, astenia, BFI.

Key Words: Breast cancer, breast surgery, COASTEN®, asthenia, BFI.

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI
"FEDERICO II"
DIPARTIMENTO DI MEDICINA CLINICA E
CHIRURGICA - BREAST UNIT

DIPARTIMENTO ASSISTENZIALE
INTEGRATO DI GASTROENTEROLOGIA,
ENDOCRINOLOGIA, CHIRURGIA
Direttore Prof. Pietro Forestieri

Ricevuto in Redazione il 2 ottobre 2017

RIASSUNTO

Obiettivo dello studio è valutare l'effetto che l'integratore COASTEN® ha sulle pazienti affette da carcinoma mammario, trattate chirurgicamente, nel post operatorio.

Si tratta di uno studio osservazionale prospettico, nel periodo compreso tra marzo 2015 e settembre 2016, basato sulla somministrazione di COASTEN® in 30 pazienti sottoposte a chirurgia per cancro mammario e per un periodo di 30 giorni. Tale campione è stato messo a confronto con un numero equivalente di pazienti (30) che nello stesso arco temporale non ha assunto l'integratore.

Il parametro considerato come discriminante è stato l'astenia (o Fatigue).

Per la valutazione del grado di astenia sono stati utilizzati i questionari multidimensionali BFI (Brief Fatigue Inventory).

Nel gruppo di pazienti sottoposte a trattamento con COASTEN® il livello di astenia registrato è stato inferiore rispetto al gruppo di controllo: 38% vs 45% alla prima rilevazione (dopo 7 gg) e 22% vs 31% alla seconda rilevazione (cioè dopo 30 gg).

Dai dati ottenuti dallo studio, sebbene condotto su un numero limitato di pazienti, si evince che l'assunzione di COASTEN® riduce il sintomo della fatigue.

SUMMARY

This is a prospective observational study; the objective is evaluating the effect of COASTEN® on patients with surgically treated breast cancer. Has been considered a period from March 2015 to September 2016 and were given COASTEN® to 30 patients undergoing breast surgery for a period of 30 days. This sample was compared with an equivalent number of patients who did not take the supplement. Has been considered asthenia as a main parameter and was used the BFI questionnaires (Brief Fatigue Inventory) to evaluate the level of asthenia.

The asthenia level in the patient group that took COASTEN® supplement was lower than the control group: 38% versus 45% at the first detection (after 1 week) and 22% versus 31% at second detection (after 30 days).

Data from the study, although conducted on a limited number of patients, indicates that COASTEN® intake reduces the fatigue symptom.

INTRODUZIONE

L'intervento chirurgico per carcinoma mammario rappresenta un momento rilevante del percorso oncologico. Particolare attenzione deve essere riservata al trattamento riabilitativo, come momento di ripresa fisica e psicologica.

Oggi le tecniche di prevenzione e le molteplicità dei trattamenti a disposizione rendono la prognosi dei tumori mammari più favorevoli rispetto al passato consentendo di vivere l'evento cancro in maniera più serena.

Tuttavia le problematiche emergenti dopo un intervento sulla mammella sono molteplici: astenia, dolore, limitazioni funzionali dell'arto superiore, rischio di linfedema e i tempi di recupero devono essere fonte di attenzione sin dal primo giorno dopo la chirurgia, sia da parte dei medici che della paziente, al fine di ridurre al massimo l'impatto sulla qualità di vita e la ricorrenza.

La qualità di vita della paziente è uno degli aspetti di maggiore importanza in campo oncologico e l'astenia (o Fatigue) correlata al cancro e i suoi trattamenti hanno assunto un significato importante in relazione alle attività di vita quotidiana della persona.

La letteratura scientifica condivide la definizione del National Comprehensive Cancer Network (NCCN) che descrive la "fatigue" come un comune, persistente e soggettivo senso di stanchezza legato al cancro e agli effetti del suo trattamento.

L'astenia è un sintomo multidimensionale e uno dei più comuni che interessa la sfera fisica, emotiva, cognitiva e comportamentale, comprendendo sensazioni soggettive ed oggettive che possono persistere dalla diagnosi di cancro fino alla fine della vita.

Inoltre è considerato il sintomo meno trattato e il più debilitante dal punto di vista sia fisico che psicologico per l'impatto sulla qualità di vita del paziente.

I pazienti descrivono la "fatigue" come senso di stanchezza, svogliatezza, debolezza, lentezza, apatia, pigrizia, fiacchezza, abbattimento, sfinimento. Si tratta di una sensazione soggettiva e per tale motivo è ancora più difficile inquadrarla. Alcuni effetti più comunemente riportati dai pazienti sono:

- Impossibilità di condurre una vita normale e svolgere le proprie attività individuali cui si aggiunge un aumento della necessità di dormire e riposare.

- Riduzione degli interessi, sentimenti di tristezza e frustrazione, irritabilità.
- Difficoltà a svolgere attività che richiedono uno sforzo anche minimo.

Obiettivo dello studio è valutare l'effetto che l'integratore COASTEN® ha sulle pazienti affette da carcinoma mammario, trattate chirurgicamente, nell'immediato post-operatorio.

MATERIALI E METODI

Al fine di valutare l'efficacia dell'integratore COASTEN® è stato condotto, presso l'Unità di Senologia dell'Università degli Studi di Napoli Federico II, uno studio osservazionale prospettico nel periodo compreso tra marzo 2015 e settembre 2016, basato sulla somministrazione di COASTEN® in 30 pazienti e per un periodo di 30 giorni in pazienti sottoposte a chirurgia mammaria.

Tale campione è stato messo a confronto con un numero equivalente di pazienti (30) che nello stesso arco temporale di 30 giorni non ha assunto tale integratore.

La selezione delle pazienti ha riguardato rigorosamente pazienti affette da carcinoma mammario diagnosticato e trattate chirurgicamente con chirurgia conservativa o mastectomia e biopsia selettiva del linfonodo sentinella o linfotomia totale dell'ascella.

Il parametro testato di maggiore interesse, che è stato considerato come elemento discriminante, è stato l'astenia e i tempi di recupero post-operatorio.

Per la valutazione del grado di astenia sono stati utilizzati i questionari multidimensionali BFI (Brief Fatigue Inventory) al fine di valutare l'impatto che l'astenia ha sulla qualità di vita del paziente.

STRUMENTI DI INDAGINE

Per la raccolta dei dati è stato utilizzato il BFI, uno strumento che permette di quantificare la presenza di astenia nelle varie attività di vita quotidiana. Il questionario prevede 9 domande a cui si deve rispondere tramite una scala Linkert che va da 0 "nessun affaticamento" a 10 "affaticamento peggiore che si possa immaginare". Il punteggio di 3 è considerato soglia (cut off) per definire presenza o assenza di "fatigue".

In particolare il questionario valuta:

- La quantità di stanchezza e affaticamento negli ultimi 7 giorni.
- Il grado di affaticamento nel momento in cui si compila il questionario.
- Il grado di stanchezza abituale nelle ultime 24 ore.
- L'influenza della "fatigue" sulle attività giornaliere e, in generale, sull'umore, sulla capacità di camminare, nel lavoro abituale, in rapporto con le altre persone e sulla qualità di vita.

Lo studio non ha modificato la pratica clinica assistenziale normalmente erogata alle pazienti. Il questionario è stato proposto in due momenti ottenendo così due rilevazioni, dopo 7 e 30 giorni.

RISULTATI

Sono state arruolate 60 pazienti donne di età compresa tra 36 e 79 anni, tutte affette da carcinoma mammario diagnosticato e sottoposte a chirurgia conservativa e mastectomia con biopsia selettiva del linfonodo sentinella o dissezione ascellare completa.

Di questo campione totale di 60 pazienti, 30 sono state trattate con COASTEN® dal primo giorno post-operatorio e per una durata complessiva di 30 giorni. Le altre 30 pazienti rappresentano il gruppo di controllo, cioè pazienti che hanno ricevuto lo stesso trattamento chirurgico ma senza assumere l'integratore COASTEN®. Tutte le 60 pazienti hanno completato il questionario proposto.

Il gruppo di pazienti sottoposte a trattamento con l'integratore COASTEN® presentava alla prima rilevazione (dopo 7 giorni) "fatigue" nel 38% dei casi, con un punteggio al BFI sopra la soglia (>3); mentre il restante 62% ha ottenuto un punteggio sotto la soglia.

Alla seconda rilevazione (a 30 giorni) presentava "fatigue" il 22% delle pazienti mentre il restante 78% ha ottenuto un punteggio sotto la soglia.

Nelle pazienti trattate senza integratore le percentuali sono state le seguenti:

- alla prima rilevazione presenza di "fatigue" nel 45% dei casi;
- alla seconda rilevazione presenza di "fatigue" nel 31% dei casi (v. tab. 1).

	1 ^a rilevazione (a 7 gg)	2 ^a rilevazione (a 30 gg)
% DI FATIGUE IN PZ TRATTATE CON COASTEN®	38%	22%
% DI FATIGUE IN PZ NON TRATTATE CON COASTEN®	45%	31%

TAB. 1

Analizzando la "fatigue" in base al tipo di trattamento chirurgico le donne sottoposte a mastectomia totale hanno riportato una percentuale maggiore di BFI rispetto a quelle sottoposte a chirurgia conservativa (v. tab. 2).

	1 ^a rilevazione (a 7gg)	2 ^a rilevazione (a 30gg)
Mastectomia e COASTEN®	21%	12%
Mastectomia	27%	16%
Chirurgia conservativa e COASTEN®	17%	10%
Chirurgia conservativa	10%	15%

TAB. 2

In coerenza con quanto prospettato la percentuale di “fatigue” analizzata è stata inferiore nel gruppo di pazienti che hanno beneficiato della somministrazione giornaliera di COASTEN® rispetto al gruppo di controllo manifestando, pertanto, un tempo di ripresa post-operatorio più breve e brillante.

Inoltre, si è notato, in entrambi i gruppi, che nelle donne di giovane età la “fatigue” va ad interferire con la gestione della famiglia, della famiglia e del lavoro: mentre nelle donne in età avanzata l’interferenza si manifesta più che altro nell’autonomia nelle attività di vita quotidiana.

Analizzando la prima domanda del questionario, nel gruppo di pazienti sottoposte a trattamento con COASTEN®, dove si domandava alla paziente se si era sentita stanca e affaticata nell’ultima settimana, è emerso un dato interessante: la percentuale di pazienti che ha risposto affermativamente a questa domanda è stata minore nella seconda rilevazione, questo a giustificare che il trattamento a lungo termine (30 giorni) con l’integratore COASTEN® apporta i migliori risultati rispetto alla sola settimana di assunzione.

CONCLUSIONI

I dati di questo studio, sebbene condotti su un numero limitato di pazienti, confermano che l’assunzione di COASTEN® riduce il sintomo della “fatigue”.

La “fatigue” può essere curata e per farlo è indispensabile la collaborazione con il paziente; non è semplice trovare una soluzione e sono richieste competenze specialistiche e doti di partecipazione umana.

Sono necessari ulteriori studi su campioni più rappresentativi allo scopo di confermare i dati da noi ottenuti.

BIBLIOGRAFIA

1. O'REGAN P.: *Nutrition for patients in hospital*. Nurs Stand. 2009 Feb 11-17;23 (23):35-41.Review
2. KIRSHBAU M.: *Cancer-related fatigue: a review of nursing interventions*. Br J Community Nurs. 2010 May;15 (5):214-6, 218-9
3. OSTREICHER P.: *What nursing interventions improve fatigue in patients with cancer?* ONS Connect.2007 Mar; 22(3):22-3
4. MOCK V. et al.: *NCCN Practice Guidelines for Cancer-related Fatigue*. Oncology (WillistonPark, N.Y.) [01 Nov 2000, 14(11a):151-161]
5. MOCK V.: *Fatigue management: evidence and guidelines for practice*. Cancer 2001
6. BARNES E A, BRUERA E.: *Fatigue in patients with advanced cancer:a review*. Int. J. Gynecol. Cancer [2002]
7. AHLBERG K., EKMAN T., GASTON-JOHANSSON F., MOCK V.: *Assessment and management of cancer related fatigue in adults*. Lancet 2003

Indirizzo per corrispondenza:

Prof. Gennaro Limite

e-mail: glimite@unina.it

Bioetica

L'era della “cura” dei sani: le problematiche della medicina potenziativa

Giuseppe Battimelli

Vice Presidente Nazionale dell'Associazione Medici Cattolici Italiani (AMCI)
Vice Presidente Nazionale della Società Italiana per la Bioetica e i Comitati Etici (SIBCE)

Parole chiave: Bioetica, medicina potenziativa, potenziamento dell'uomo, postumanesimo, codice deontologico dei medici.

Ricevuto in Redazione il 20 agosto 2017

Key Words: Bioethics, enhancing medicine, human enhancement, posthumanism, deontological code of doctors.

RIASSUNTO

L'Autore riflette sulla “medicina potenziativa” nuovo paradigma della medicina, intesa come l'insieme degli interventi non strettamente terapeutici, ma finalizzati al potenziamento/miglioramento delle fisiologiche capacità psico-fisiche della persona.

Tale branca della medicina che può essere inquadrata nella più ampia tematica filosofica-antropologica dell'human enhancement, comporta molteplici e controverse implicazioni etiche, bioetiche, giuridiche, oltre quelle deontologiche. Su quest'ultime si fa riferimento soprattutto all'art. 76 del Codice Deontologico dei Medici del 2014, che, per la prima volta, tratta della specifica tematica.

SUMMARY

The Author reflects on “Enhancing Medicine” a new paradigm of medicine, understood as the set of interventions not strictly therapeutic but aimed at enhancing / improving the physiological psycho-physical capabilities of the person. This branch of medicine that can be framed in the broader philosophic-anthropological theme of human enhancement, involves many and controversial ethical, bioethical, legal implications, beyond ethical ones. To the latter ones there is a reference mainly in the art. 76 of the Deontological Code of Doctors of 2014, which for the first time deals with this specific theme.

INTRODUZIONE

Una delle novità assolute più recenti dell'attività professionale del medico a livello nazionale è certamente la “medicina potenziativa”, su cui invece si dibatte da alcuni decenni in Europa e nel mondo e che può essere inquadrata nel più ampio argomento dell'human enhancement ^[1, 2].

Accanto quindi alla tradizionale e millenaria medicina curativa ed anche a quella preventiva e alla relativamente più recente medicina riabilitativa, almeno come noi l'intendiamo, l'arte medica da qualche tempo s'è arricchita di questa nuova pratica.

Ma che cosa s'intende per medicina potenziativa? Essa ricomprende tutti quegli interventi (medici, chirurgici, genetici, chimici, farmacologici, biotecnologici, ecc.), non strettamente terapeutici, che hanno la finalità di potenziamento (enhancement) e/o di miglioramento delle funzioni fisiologiche psico-fisiche della persona.

Con essa, la medicina non si occupa della persona ammalata o della prevenzione delle malattie, ma addirittura va oltre la definizione stessa di salute (che come si dirà più in avanti può avere in qualche modo favorito la nascita di tale branca) come formulata nel 1948 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità: «la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non consiste soltanto in un'assenza di malattia o di infermità» o come quella più recente della “Carta di Ottawa” (documento redatto nel 1986 durante la prima “Conferenza internazionale per la promozione della salute”) nella quale si afferma che: «grazie ad un buon livello di salute l'individuo e il gruppo devono essere in grado di identificare e sviluppare le proprie aspirazioni, soddisfare i propri bisogni, modificare l'ambiente e di adattarvisi», dove viene sottolineata l'importanza di un naturale e armonico equilibrio e sviluppo della persona.

Dopo due importanti documenti sull'argomento del Comitato Nazionale per la Bioetica del 2013 riguardante l'uno l'enhancement in ambito militare^[3] e l'altro riguardante la farmacologia di potenziamento cognitivo^[4], questo nuovo campo della medicina è menzionato nell'ultimo Codice di Deontologia Medica approvato nel maggio del 2014 che, per la prima volta, dedica ad esso l'articolo 76 del titolo XVI - Medicina potenziativa ed estetica - che recita: «Il medico, quando gli siano richiesti interventi medici finalizzati al potenziamento delle fisiologiche capacità psico-fisiche dell'individuo, opera, sia nella fase di ricerca che nella pratica professionale, secondo i principi di precauzione, proporzionalità e rispetto dell'autodeterminazione della persona, acquisendo il consenso informato in forma scritta. Il medico, nell'esercizio di attività diagnostico-terapeutiche con finalità estetiche, garantisce il possesso di idonee competenze e, nell'informazione preliminare al consenso scritto, non

suscita né alimenta aspettative illusorie, individua le possibili soluzioni alternative di pari efficacia e opera al fine di garantire la massima sicurezza delle prestazioni erogate. Gli interventi diagnostico-terapeutici con finalità estetiche rivolti a minori o a incapaci si attengono all'ordinamento».

Tra l'altro, la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri ha dibattuto su questa emergente e delicata tematica organizzando sull'argomento un interessante workshop nel marzo 2017 dal titolo: "La medicina potenziativa: intersezioni e questioni".

Come si evince chiaramente quindi, l'affermazione di questo nuovo paradigma della medicina (di cui può essere indice tra l'altro, la comparsa nel codice deontologico del termine "*persona assistita*", oltre quello di "*paziente*", riferito quest'ultimo solo a chi è soggetto di cure), con in suoi innovativi aspetti scientifici, comporta molteplici problematiche e controverse implicazioni etiche, bioetiche, giuridiche e legislative, oltre quelle deontologiche, che saranno oggetto di questa riflessione.

Una medicina per i sani?

Definita così la medicina potenziativa ("*ciò che va oltre la terapia*") e anche ammettendo che sovente le pratiche terapeutiche presentano un miglioramento/potenziamento dello stato antecedente dell'organismo (valga l'esempio del sistema immunitario ampliato dalle vaccinazioni in medicina preventiva) e che alcuni interventi terapeutici (riparazione, rigenerazione, la stessa medicina dei trapianti d'organo, ecc.) determinano effetti potenzianti, tuttavia è importante delimitarne il ruolo, le finalità, i limiti perché senza una critica distinzione tra enhancement e ciò che è terapeutico condurrebbe a inevitabili difficoltà dell'attività stessa del medico, sia etico-deontologiche ma anche giuridiche.

Appare evidente come la medicina potenziativa riguardi certamente la deontologia medica, intesa come il complesso degli obblighi morali che regolano l'attività medica (sottesa alla bioetica che riflette sulla liceità degli interventi sulla vita umana), perché reclama, come nuovo paradigma, una più circostanziata responsabilità del medico, e allargando la prospettiva, il ruolo e le funzioni da esso esercitate.

In altre parole con l'enhancement si pongono ineludibili domande sulle finalità dell'arte medica e sulla relazione medico-paziente: è una medicina dei desideri e non più dei bisogni? Prevalle l'aspetto contrattualistico e non più la dimensione ippocratica? Si passa dalla terapia/cura/assistenza alla ricerca del benessere esistenziale della persona?

Se con la medicina potenziativa l'approccio del medico non è di tipo riparativo di un'alterazione anatomico-funzionale, la finalità principale della medicina è e rimane la cura dei pazienti e la tutela della vita e della salute.

È anche da dire che spesso molte condizioni non patologiche vengono trattate come malattie, per cui talvolta l'enhancement è correlato ad un processo di medicalizzazione su cui non è stato influente un allargamento del concetto di salute (non più solo assenza di malattia, ma correlazione ed integrazione degli aspetti psico-fisico-esistenziali-ambientali-sociali della persona).

È noto che molte condizioni vengono classificate come patologie (menopausa, bassa statura, colon irritabile, emotività, timidezza, calvizie, ecc.) laddove è labile il confine tra patologia e "normalità" soprattutto quando esse incidono sulla sfera psicologica.

E non certo a questo aspetto è estranea l'industria farmaceutica se, come si ammise qualche tempo fa, il sogno futuro è quello di produrre medicine per i sani (basti pensare che numerosi sono i prodotti farmaceutici, non curativi, ma "potenzianti" per aumentare-migliorare le performances psico-fisiche e cognitive), anche se per "medicina potenziativa" vera e propria s'intende una modificazione stabile e permanente dell'organismo. La medicina potenziativa, per esempio, risulta nella sua pratica particolarmente evidente in due campi: la medicina dello sport e la medicina militare.

È risaputo che nello sport, grazie alla farmaceutica e alla biotecnologia, si tende ad ottenere dall'organismo prestazioni maggiori e migliori ma è escluso, per esempio, il doping, come del resto si evince dal codice deontologico laddove (art.73): "*Il medico non consiglia, favorisce, prescrive o somministra trattamenti farmacologici o di altra natura non giustificati da esigenze terapeutiche, che siano finalizzati ad alterare le prestazioni proprie dell'attività sportiva o a modificare i risultati dei relativi controlli*", e svolgendo addirittura una tutela educativa-preventiva-psicologica dell'atleta perché (sempre nello stesso articolo) si legge che: "*Il medico protegge l'atleta da pressioni esterne che lo sollecitino a ricorrere a siffatte pratiche, informandolo altresì delle possibili gravi conseguenze sulla salute*".

Così dicasi per la medicina militare, dove all'art. 77 (altro articolo innovativo per la prima volta presente nel codice) si afferma che: "*Il medico militare, al fine di garantire la salvaguardia psico-fisica del paziente in rapporto alle risorse materiali e umane a disposizione, assicura il livello più elevato di umanizzazione delle cure praticando un triage rispettoso delle conoscenze scientifiche più aggiornate, agendo secondo il principio di "massima efficacia" per il maggior numero di individui*".

CONCLUSIONI

L'avvento della "medicina potenziativa" rappresenta probabilmente la realizzazione di quello che aveva prefigurato il grande filosofo tedesco di origine ebraica Hans Jonas^[5], e cioè che potesse affermarsi accanto ad una "medicina per i malati" anche "una medicina per i sani", dove ancor più che nella prima, diventano ineludibili gli aspetti etico-deontologici della professione medica e la sua responsabilità.

E come in altre branche della medicina, la medicina potenziativa certamente pone il fondamentale quesito etico e bioetico riguardante la liceità di poter fare tutto ciò che è tecnicamente possibile e che a tale riguardo, una corrente di pensiero^{[6][7]} arriva a sostenere, prescindendo da qualsiasi riflessione speculativa sull'epistemologia, che ciò che è possibile realizzare si "deve" fare, in una sorta di doverosità etica, soprattutto per le generazioni future, per le quali si dischiuderebbero, grazie in particolare alla bioingegneria, ampi orizzonti di miglioramento di vita (fino alla felicità), pervenendo a conclusioni opposte rispetto alle posizioni di Jonas.

Dal punto di vista filosofico, potremmo ricercare le radici della medicina potenziativa, senza dubbio nel transumanesimo^[8], inteso a realizzare un uomo più longevo, con capacità intellettive-cognitive, fisiche e sensoriali più potenziate, avendo come meta finale, attraverso una nuova antropologia, il postumanesimo^[9].

Ciò introduce il concetto del limite su cui bisogna interrogarsi: accettazione della condizione umana (naturale) o potenziamento (artificiale) attraverso la scienza e la tecnica? Riconoscimento della propria realtà psicofisica o aspirazione ad essere ciò che non siamo? Semplice potenziamento dell'organismo o cambiamento/perfezionamento, anche di tipo identitario, della persona umana?

La medicina potenziativa, come detto, per la prima volta è citata nel codice deontologico, ma a ben vedere la stesura stessa dell'art.76 a cui fa riferimento, sembra evidenziare alcune di quelle criticità delineate più sopra.

Tant'è che l'intervento finalizzato *"al potenziamento delle fisiologiche capacità psico-fisiche dell'individuo"*, non solo deve essere *"richiesto"* dal paziente e *"acquisito"* con il consenso informato (presumiamo per escludere qualsiasi iniziativa medica non lecita, magari contro la volontà della persona e/o di tipo sperimentale soprattutto in ambito militare), ma deve essere praticato, tenuto conto *"dell'autodeterminazione della persona"*, secondo i principi di *"precauzione"* e di *"proporzionalità"*.

La menzione specifica di questi principi bioetici nell'art. 76 del CDM sembra, a parer nostro, dovuta, in mancanza anche di riferimenti normativi sull'argomento, di una particolare prudenza e attenzione espressa sulla questione dalla FNOMCeO.

Sotto il più generale principio di beneficiabilità/non maleficenza (promuovere il bene del paziente) stanno indubbiamente i principi che dovrebbero guidare il medico nella pratica della medicina potenziativa: di autonomia (riguardo alla relazione medico-paziente e al consenso informato), di precauzione (*primum non nocere*) e di proporzionalità (valutazione del rischio/beneficio)^[10].

In particolare il principio di precauzione, che non vuol dire porsi in antitesi alla ricerca scientifica o al progresso della medicina, come magistralmente specificato da un autorevole bioeticista, *«ha a che fare con il dubbio sull'eventuale rischio di danno alla salute che una determinata tecnologia può comportare; così inteso esso non è assoluto e cioè non comporta l'astensione assoluta da ogni intervento. In presenza di un dubbio del genere il principio di precauzione chiede di agire in condizioni di cautela tali da potersi fermare in qualsiasi momento quando si dovesse presentare tale rischio. La cautela è un dovere morale proporzionato alla gravità del rischio»*^[11].

Tra l'altro il fatto che nello stesso art. 76 del CDM, riguardante la medicina potenziativa, viene citata anche la medicina estetica (branca peraltro da tempo acquisita nella prassi medica) e certamente attinente alla medicina potenziativa così come in precedenza delineata, se non per un potenziamento/miglioramento susseguente della condizione psicologica della persona, laddove si afferma che il medico *«non suscita né alimenta aspettative illusorie, individua le possibili soluzioni alternative di pari efficacia e opera al fine di garantire la massima sicurezza delle prestazioni erogate»*, verosimilmente viene sottolineato ancora una volta il principio che il medico non è un semplice prestatore d'opera o pedissequo esecutore dei desideri dei pazienti, ma che la legittimità di qualsiasi intervento scaturisce, anche in questo ambito, bilanciando i rischi e i benefici^[12].

In conclusione, si può affermare che l'arte medica è nella possibilità di accettare le sfide odierne che soprattutto l'ingegneria genetica, la farmacogenomica e le nuove biotecnologie impongono per un miglioramento della natura stessa, dopo un adeguato, ragionevole, equilibrato discernimento etico-bioetico-deontologico oltre che medico (ridefinizione del rapporto medico-paziente, del concetto salute-malattia, delle finalità e del ruolo della medicina, ecc.), rifuggendo da un lato da anacronistiche, immotivate chiusure alle innovazioni scientifiche e dall'altro da un acritico, illimitato, utopico ottimismo nella tecno-scienza, di cui anche e soprattutto la biogiuridica e la biopolitica dovranno farsi carico^[13].

Risulta pertanto fondamentale il rispetto/tutela della persona come irrinunciabile principio etico assoluto, di cui tra l'altro è permeato l'impianto stesso e la filosofia di fondo del codice deontologico, di fronte a trattamenti e interventi medici nei quali viene identificato un rischio potenziale per la salute e l'integrità individuale.

BIBLIOGRAFIA

1. GIGLIO F. *Human enahncement: status quaestionis, questioni etiche e dignità della persona*. Portogruaro (VE): Edizioni Meudon; 2014
2. KAMPOWSKI S. M., MOLTISANTI D. (a cura di) *Migliorare l'uomo? La sfida etica dell'enhancement*. Siena: Cantagalli 2011
3. Governo Italiano, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Comitato Nazionale per la Bioetica: *Parere su «Diritti umani, etica medica e tecnologie di potenziamento (enhancement) in ambito militare»*; 22.2.2013
4. Governo Italiano, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Comitato Nazionale per la Bioetica: *Parere su «Neuroscienze e potenziamento cognitivo farmacologico: profili bioetici»*; 22.2.2013
5. JONAS H. *Il principio di responsabilità. Un'etica per la civiltà tecnologica*; Torino:Giulio Einaudi Editore;2009
6. HARRIS J., *The Ethical Case for Making Better People*. Paperback, 2010
7. SAVULESCU J. *Justice, fairness and enhancement*. Ann NY Acad Sci. 2006; 1093:321-338
8. MAZZOCCO R., *Esseri umani 2.0. Il transumanismo: idee, storia e critica della più nuova delle ideologie*, Springer Verlag; 2014
9. FERRANDO F., *Il postumanesimo filosofico e le sue alterità*. Pisa: Ed. ETS; 2016
10. SGREGGIA E., *Manuale di Bioetica*. Vita & Pensiero, Milano, 2007, Vol. 1 pp. 234-235
11. SGREGGIA E., *Difendo la vita con l'aiuto di Galileo*. Corriere della Sera.it http://www.corriere.it/Primo_Piano/Documento/2005/05_Maggio/09/sgreccia.shtml?refresh_ce-cp
12. Governo Italiano, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Comitato Nazionale per la Bioetica: *Parere su «Aspetti bioetici della chirurgia estetica e ricostruttiva»*; 21 giugno 2012
13. PALAZZANI L., *Tecnoscienza, etica e diritto*. Torino, G. Giappichelli Editore, 2015

Indirizzo per corrispondenza:
Dott. Giuseppe Battimelli
e-mail: battimelligiuseppe@libero.it

