

Nuovo Codice Deontologico: *una opportunità per il cambiamento*

GIORGIO BERCHICCI

Forse non tutti sono a conoscenza che, dal mese di agosto dello scorso anno, alcuni 'esperti' della Federazione sono al lavoro per rinnovare il Codice Deontologico, approvato nel 2006 e tuttora in vigore. Non è tanto la distanza temporale a rendere il codice bisognoso di cambiamenti, quanto una legislazione intervenuta nel frattempo, che riguarda alcuni punti essenziali e ha reso necessaria una versione aggiornata e una diversa accezione di termini adoperati.

Nel nuovo codice, che non ha più la antica e consolidata forma letteraria della imposizione, ma viene scritto in termini indicativi, compare anche per la prima volta l'universo della persona assistita. Dopo aver per decenni parlato di paziente, si è passati al termine Cittadino e adesso ci si rivolge alla persona assistita.

Naturalmente tutti sanno che non esiste in filosofia termine più ambiguo di persona, avendo questa parola avuto il significato di maschera nel teatro greco e latino con tutte le inevitabili accezioni connesse anche alla funzione e al simbolismo della maschera.

Ma la persona assistita è una definizione dell'individuo che può riguardare sia quello già malato e bisognoso di terapie che quello non ancora malato ma comunque bisognoso di cure non necessariamente farmacologiche o chirurgiche o di altro genere. La persona assistita implica l'esistenza di un medico al suo fianco che si prende cura di lui. Altre criticità affrontate sono le società fra professionisti e la pubblicità sanitaria.

Naturalmente tutti sanno che questi due argomenti, molto delicati, sono già abbondantemente trattati dal Codice tuttora in vigore, e in aggiunta ci sono delle Linee guida di applicazione degli articoli del Codice interessati.

In questo nuovo Codice, che a breve sarà approvato dagli Ordini provinciali, sono particolarmente esaminati i problemi connessi alle Società e alla pubblicità, argomenti che sembrano essere di particolare interesse odontoiatrico.

In ultimo, c'è già chi dice che questo nuovo Codice sarà il Codice del consenso informato: in effetti, si fa fatica a trovare un articolo nel quale non ci sia un riferimento, sia pur minimo, al consenso: e questo ha un significato preciso, che il Cittadino ha preso coscienza dei suoi diritti e non vuole più demandarli ad altri.

LA MALNUTRIZIONE PER DIFETTO NEL PAZIENTE IN EMODIALISI CRONICA

Valutazione e trattamento

RITA DI PILLA

Responsabile U.O. di Nefro-dialisi del P.O. di Isernia e Venafro

Introduzione

La malnutrizione costituisce oggi un problema clinico comune nei pazienti con insufficienza renale cronica e nei pazienti emodializzati cronici ed è un importante fattore predittivo di morbilità e mortalità.

La malnutrizione è uno stato di alterazione funzionale e strutturale dell'organismo conseguente ad uno squilibrio fra fabbisogni, introiti ed utilizzo di nutrienti. È una malattia vera e propria che clinicamente si esprime con una perdita di peso che si può instaurare in maniera lenta oppure rapidamente.

Gli strumenti attualmente disponibili per prevenire e trattare tale patologia sono ancora limitati; mancano linee guida sulla modalità di somministrazione di nutrienti e sulle procedure da seguire.

È certo che il supporto nutrizionale, attraverso la nutrizione artificiale per via enterale o parenterale, può migliorare il bilancio calorico proteico, il metabolismo e la sopravvivenza del paziente.

Classificazione

In base all'indice di massa corporea e al calo ponderale, la malnutrizione (Petrarulo F., 2011) si classifica in:

- lieve se BMI < 20, calo ponderale 5/10%;
- moderata se BMI 16-16,9, calo ponderale 21-40%;
- severa BMI inferiore a 16, calo ponderale maggiore del 40%.

Incidenza della malattia

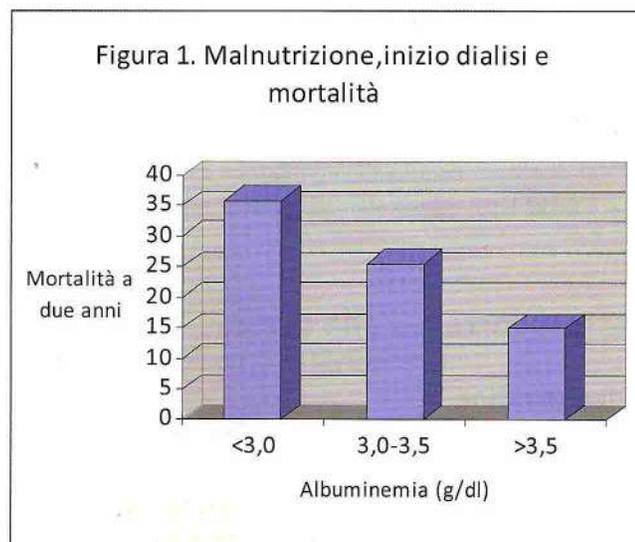
L'incidenza della malattia oscilla tra il 20 e l'80% nei pazienti in fase predialitica, lo stato nutrizionale tende a migliorare dopo l'inizio della dialisi, ma la malnutrizione può ancora essere presente nel 23-73% dei pazienti in trattamento.

La percentuale dei malnutriti è del 30% nei pazienti in emodialisi e supera il 40% nei pazienti in dialisi peritoneale.

La malnutrizione è frequentemente causa di mortalità nei primi due anni di dialisi in quanto essa può iniziare già quando il paziente è in terapia conservativa; il rischio di mortalità aumenta con la riduzione dell'albuminemia.

Fonte: McCusker-Canusa K.I., 1996; mod.

Figura 1. Malnutrizione, inizio dialisi e mortalità



Patogenesi

La patogenesi della malnutrizione nel paziente emodializzato è di origine multifattoriale ed è riconducibile a:

Diete pre-dialitiche

È stato dimostrato che la malnutrizione compare quando il filtrato glomerulare è intorno a 30-35 ml/min e peggiora con il deterioramento della funzione renale.

Le diete ipoproteiche prescritte per migliorare i sintomi dell'iperazotemia e rallentare l'evoluzione della malattia renale, possono essere causa di malnutrizione.

Inadeguato introito proteico

Nei pazienti in trattamento emo-dialitico è necessario fornire un adeguato apporto proteico ed energetico, evitan-

do gli errori di un'alimentazione incongrua. Le linee DOQI suggeriscono un'assunzione giornaliera di 30-35 Kcal/peso corporeo e 1,2 g/Kg peso corporeo di proteine.

Le cause di una ridotta assunzione di calorie e proteine possono essere riportate a:

- anoressia presente in circa un terzo dei pazienti emodializzati;
- alterazioni del gusto e dell'olfatto significative nel paziente in dialisi cronica;
- fattori correlati all'emodialisi;
- gastropatie;
- farmaci;
- infezioni;
- fattori sociali-fattori psichici;
- argomento a lungo discusso è se l'emodialisi sia una condizione ipercatabolica. Studi recenti riportano che il trattamento emodialitico comporta un significativo aumento del turnover proteico con un incremento della perdita proteica.

Acidosi metabolica

L'acidosi metabolica è una condizione comune nei pazienti in emodialisi cronica. Studi in vivo e in vitro dimostrano che essa aumenta la degradazione proteica, il catabolismo muscolare riduce la sintesi proteica a livello muscolare e la sintesi di albumina a livello epatico. La correzione dell'acidosi è un obiettivo centrale nella gestione del dializzato.

Fattori correlati alla dialisi

Dose dialitica

Fra i fattori correlati alla dialisi la dose di dialisi settimanale, se non adeguata, è causa di malnutrizione. Il paziente non sufficientemente depurato può presentare nausea, vomito e rifiutare il cibo. Nel paziente in Emodialisi ottimale è un Kt/V fra 3,4 e 4,2, indicativo di una dialisi efficiente.

Perdita di proteine, di aminoacidi e peptidi con il dialisato durante la seduta dialitica. Le membrane ad alto flusso possono determinare una perdita di aminoacidi di circa 8 gr.

Inflammatione

L'inflammatione cronica è un importante fattore patogenetico della malnutrizione, determinando un eccessivo catabolismo muscolare.

Le cause dello stato infiammatorio nel paziente in emodialisi sono legate alla presenza di eventuali contaminanti nel liquido di dialisi, al tipo di membrana dialitica utilizzata, allo stato uremico, alla malattia di base.

Si determina la produzione delle citochine pro-infiammatorie, aumenta la proteina C reattiva e contemporanea-

mente si ha una diminuzione della sintesi di albumina e transferrina.

L'aumento dei livelli di PRC è dimostrato in tutte le fasi della malattia renale cronica. Pertanto la ridotta clearance renale della PCR potrebbe giocare un ruolo nell'incremento del suo valore sierico e, quindi, nel mantenimento dello stato infiammatorio cronico di questi pazienti.

Membrane bioincompatibili

La sostituzione di membrane bioincompatibili con membrane biocompatibili abbassa i livelli di PCR ed aumenta l'albumina circolante. La microinfiammazione che viene ad instaurarsi a seguito della bioincompatibilità è causa non solo di malnutrizione ma favorisce anche la progressione della malattia aterosclerotica.

Si evidenzia in breve un circolo vizioso malnutrizione-inflammatione-aterosclerosi che aumenta il rischio cardiovascolare. Una condizione frequente nei pazienti con malattia renale cronica è l'associazione con lo stress ossidativo. Esiste una correlazione tra inflammatione e stress ossidativo che induce una disfunzione endoteliale favorendo la progressione di processi aterosclerotici e della patologia cardiovascolare.

Fig. 2 Correlazione tra inflammatione e malattia cardiovascolare



Fonte Oberg B.P. 2004

Il trattamento biocompatibile determina:
 Riduzione dello stato infiammatorio;
 Miglioramento della risposta all'eritropoietina;
 Riduzione del rischio cardiovascolare con riduzione della mortalità e delle ospedalizzazioni.

Valutazione dello stato nutrizionale

La valutazione dello stato nutrizionale del paziente deve essere effettuata mediante l'utilizzo di analisi e di parametri biochimici ed antropometrici; ma spesso la valutazione dello stato nutrizionale basale non viene eseguita o talvolta

viene eseguita in ritardo quando ormai l'assetto metabolico del paziente è compromesso.

Ad oggi non esiste un marker in grado di valutare in modo univoco lo stato nutrizionale.

I parametri biochimici più utilizzati sono rappresentati dalla misura di:

- albumina;
- transferrina;
- rapporto Kt/V, che valuta l'introito proteico.

I parametri antropometrici sono:

- indice di massa corporea (BMI);
- plicometria;
- bioimpedenzometria (BIA);
- SGA.

SGA

Il SGA è un metodo di valutazione di rapida esecuzione e comprende un esame anamnestico sulle variazioni di peso, di introito dietetico, su eventuali malattie che possono alterare lo stato nutrizionale, un esame fisico per valutare il grasso cutaneo e le masse muscolari (cfr. tab. n. 1).

Tabella n. 1 SGA

ANAMNESI
Variazioni di peso (ultimi 3-6 mesi)
Variazioni introito dietetico
Sintomi gastrointestinali
Capacità funzionali
Malattie che alterino lo stato nutrizionale
ESAME FISICO
Valutazione grasso sottocutaneo
Valutazione masse muscolari
SUDDIVIDE I PAZIENTI IN 3 GRUPPI
A. Adeguato stato nutrizionale
B. Lieve o moderata malnutrizione
C. Grave malnutrizione

Fonte: Baker J., 1982; mod.

BMI

Notevole importanza riveste la determinazione del BMI e delle variazioni del peso corporeo. Valori inferiori a 19 per il BMI o diminuzioni rapide del peso corporeo superiori o pari al 10% del peso ideale sono indicativi di malnutrizione.

BIA

La BIA consente di valutare il peso secco e l'acqua corporea, ma considerato lo stato di idratazione variabile del paziente è difficile stabilire il momento opportuno per applicarla.



Plicometria

Nella misurazione della plica cutanea a causa della variabilità del risultato condizionato dallo stato di iperidratazione del paziente, vi è spesso una sovrastima della riserva di grasso.

L'albumina plasmatica è un forte indicatore di malnutrizione. Il rischio di mortalità aumenta del 10% per ogni riduzione di 1 gr di albuminemia.

Altro marker biochimico di malnutrizione è la transferrina, meno influenzata dalla iperidratazione del paziente.

Valori di transferrina inferiori a 230 sono predittivi di malnutrizione.

Diagnosi di malnutrizione

Si basa su:

- BMI inferiore a 19% del peso ideale.
- introito proteico inferiore a 0,8 gr/Kg/die;
- albuminemia < a 3,4 gr/dl;
- SGA nella categoria malnutrizione moderata-severa.

Prevenzione della malnutrizione nella malattia renale cronica

Per una efficace prevenzione della malattia sono utili:

- uno screening nutrizionale adeguato;
- educazione del paziente alla dieta;
- monitoraggio nutrizionale;
- adeguato apporto proteico;
- dose dialisi ottimale con Kt/V=3,6-4,2;
- se necessari supplementi nutrizionali enterali e parenterali intradialitici.

Nutrizione parenterale intra-dialitica

Nella terapia della malnutrizione per difetto del paziente in trattamento dialitico, è fondamentale valutare le quantità di calorie e di proteine di cui il paziente necessita, stabilire come procedere se l'introito spontaneo non è sufficiente e valutare se il supporto nutrizionale fornito sia efficace nel migliorare lo stato nutrizionale.

Se l'apporto nutrizionale spontaneo non è sufficiente a ridurre il catabolismo e a migliorare lo stato nutrizionale, è raccomandata la nutrizione parenterale intradialitica. Secondo la teoria classica la nutrizione parenterale intradialitica sarebbe raccomandata nel caso di insuccesso delle supplementazioni orali e della nutrizione enterale e se il paziente ha un apporto spontaneo superiore alle 20 Kcal/Kg BW.

La società europea di nutrizione parenterale ed enterale consiglia di tentare con la IDPN, riservando l'enterale a pazienti con apporti inferiori a 20 Kcal/Kg.

Sono usate preparazioni commerciali pronte all'uso.

La IDPN prevede la somministrazione di fluidi non superiori a 1l/dialisi, una velocità di infusione di 250 ml/h, una quantità di aminoacidi non superiore a 50 gr/dialisi e infine un apporto calorico (glucosio e lipidi) non superiore a 500 Kcal.

L'uso dell'IDPN prevede l'uso di emulsioni lipidiche. I lipidi rappresentano un substrato importante in questi pazienti ed essendo una fonte energetica molto concentrata sono una ottima via per somministrare calorie anche se la somministrazione rapida di dosi inappropriate può determinare ipertriglicidemia.

Il supporto nutrizionale intradialitico orale o parenterale migliora il bilancio energetico e proteico, la sintesi dell'albumina, diminuisce la degradazione proteica sia prima che durante la dialisi, con un bilancio proteico positivo.

Anche se la IDPN non migliora la sopravvivenza dei soggetti malnutriti, così come è stato dimostrato in uno studio randomizzato, multicentrico, tuttavia dallo studio si evince che se si raggiungono di obiettivi nutrizionali prefissati nei pazienti in dialisi, si riduce il rischio di morbilità e mortalità indipendentemente dal tipo di supporto nutrizionale impiegato.

Nutrizione nel paziente con insufficienza renale acuta

Nel paziente con IRA ospedalizzato e con ipercatabolismo proteico, il primo obiettivo è quello di assicurare un'adeguata nutrizione per evitare un ulteriore impoverimento proteico e per accelerare la guarigione.

È pertanto utile un supporto nutrizionale di 1,5 gr./Kg/die di proteine più 0,2 gr/kg/die per compensare la perdita di aminoacidi nei trattamenti dialitici, con un apporto di 30 Kcal di origine non proteica.

Mancano studi clinici evidenti ma la nutrizione enterale o parenterale sembra clinicamente indicata nella maggior parte dei pazienti che sviluppano una insufficienza renale acuta in terapia intensiva.

Conclusioni

Monitorare lo stato nutrizionale del paziente con IRC ed IRA è di fondamentale importanza per poter prevenire ed eliminare le cause che sono alla base di una malnutrizione. Spesso il paziente non segue la terapia nutrizionale o non trae beneficio dal piano dietetico. L'obiettivo è raggiungere un'ottimale gestione nutrizionale per il dializzato e migliorarne la qualità di vita.

Riferimenti bibliografici

- Petrarulo F., *Nutrizione e paziente nefropatico*, in *Congress Reports*, n. 1/2011, Ed. Mediprint.
- Manno C., *Malnutrizione nella malattia renale cronica*, in *Congress Reports*, n. 1/2011, Ed. Mediprint.
- Bircher G., *J Ren Nutr*, 1998; 8 (2).
- Lawson J. A. et al., *J Ren Nutr*, 2001; 11(1).
- Cano N.J. e al., *Clin Nutr*, 2009; 28.
- Joannidis M. et al., *Eur J Clin Nutr*, 2008, 62(6).
- Druml W., *J Ren Nutr*, 2005; 15(1).



La vera medicina o i veri mali e i veri rimedi del dottor

VINCENZO FUSCO da Venafro

ANTONINO PICCIANO

Il regalo inaspettato di un libro, da parte di un giovane tenore molisano, mi ha fatto conoscere un singolare personaggio del XIX secolo. Vincenzo Fusco, medico di Venafro (IS), scrittore di testi scientifici e esperto di turismo, era professore in Medicina e Chirurgia dell'Ospedale Civile e Militare, socio di molte Società Reali. Il suo testo *La Vera Medicina o I Veri Mali e i Veri Rimedi del Dottor Vincenzo Fusco Da Venafro*, fu stampato a Napoli nel 1852 dalla Tipografia di Andrea Festa sita nella Strada Carbonara n. 104. La singolarità del libro è racchiusa tutta nel modo di affrontare la patologia, non solo seguendo il metodo accademico, ma utilizzando anche un tono quasi scherzoso, ironico, con un'impostazione terapeutica tesa nel convincere il paziente a far uso della lettura di testi specifici per ogni malattia.

Ci fa sorridere e riflettere, tra i vari quadri clinico-terapeutici, la scelta attuata per curare le **Convulsioni**: basterebbe, secondo il professore, leggere le opere di Dante, Orazio e di Walter Scott, e «*allontanamento dai negozi, placidezza di spirito, religione vera e viva, carità sollecita e certa, caffè, qualche bibita magnesiaca, l'etere, calmanti, stramonio, zinco, fava di S. Ignazio, oppio, laudano, valeriana, ammoniacca; gioco di qualche biglietto al lotto, teatro, musica gratuita qual è quella della banda militare, passeggiate in tempi belli e corse in carrozza nei men belli*». Vincenzo Fusco ritiene la **Febbre** «*la veste indivisibile di tutti i morbi...*», da trattare leggendo la «*Fisiologia delle passioni*» di Alibert, la «*Geografia*» di Balbi, la «*Vita Nuova*» di Dante. Sarà conveniente assumere «*qualche emetico, qualche purgante, e la manna in preferenza, aria nuova ed in altro paese, qualche bagnetto fresco, ricorrendo al "confirmato nemico della febbre il solfato di chinina, ed in mancanza peperino, salicina, solfato di fillirene, alla gomma o foglie degli olivi, al pruno cucumilia, alla cariofillata. Qualche maturo frutto o portogallo, insalata sempre, lungi il vino misturato, lungi i liquori spiritosi, le ricordanze antiche, le stolte vecchierelle, la cattiva compagnia, e l'amara solitudine*». Per curare le **Infiammazioni** è necessario stare lontano «*dalla collera, dalla viva luce, dalle disperazioni, dalle vendette, dalle bestemmie, dalla polvere, dal fumo, dal pepe, dagli stimolanti, dai cibi assai caldi.*» Al contra-

rio giovane molto, secondo Fusco, «*cibi assai cotti e freddi o meglio dieta, sciroppi di mandorle amare e di viole, acqua di fiori di tiglio, di sambuco, di lauroceraso, belladonna, lattuga, gramigna, salassi generali e locali, bagni naturali, clisteri rinfrescanti, suono di pianoforte*». Come vero **antiflogistico** sceglie «*il dolcissimo Chateaubriand, le amene poesie e le inebrianti prose di Gozzi, Parini, Pindemonte*».

Nel caso della **Cefalea** bisogna leggere poco, e non libri scientifici, andranno bene quelli comici, tipo Goldoni, La Fontaine. Come rimedi opportuni saranno vantaggiosi «*cibo regolare, respirazione di aria pura, riposo di anima e di corpo, emissioni sanguigne, lavar la fronte con acqua fresca ed aceto, pediluvi, frizioni, le mosche di Milano, la lattuga sativa, bibite di valoroso caffè, suono dell'harmonium*». Per il **Reumatismo** è necessario cambiare il solito tenore di vita, «*fuggire l'inerzia la mollezza l'avarizia il focolaio il custodirsi troppo dall'azione delle alternative atmosferiche; astenersi dalle bevande assai calde, dalla pecoresca taciturnità, dall'apatia, dall'usura, dai soliloqui, dal ballo saltante, dal sudore più-più e raffreddamento, dai venti pioggia fonti fiumi serenate conviti spettacoli affanni ecc.; ma in vece fare i panni caldi e mattoni*



sulle parti addolorate anche colla stoppa o con sacchetti di crusca calda; usar la flanella, linimento volatile o l'etere solforico all'esterno; così l'antrakokali, il vessicatorio di Wenterss, mignatte diaforetici nitro decozioni de' fiori di sambuco zucchero siero acqua solfurea elettricità stufe piediluvii bagni a vapore; suono di Orfeo. Sono sollevanti le letture de' libri ameni, come le opere di Michead, i viaggi pittoreschi ". Il **Catarro**, secondo Vincenzo Fusco, avviene più volentieri in quelli che hanno più sensibilità, "come sono i ragazzi i giovanetti i convalescenti i vecchi le signorine i gracili e vili».

Come terapia usare «qualche salasso, i decotti di malva, di altea, i fiori di sambuco, di tiglio, i mucilagginosi, siropi di melappie, d'ipecaacuana, le tavolette pettorali, le gomme arabiche ed ammoniache: l'umile issopo, il valente lichene, la benefica poligala virginiana, il chermes digitale stufe maniluvii caldi acqua solfurea latte. [...] Leggere la biografia degli uomini illustri, per seguire le virtuose azioni ed evitare i catarrali vizi ed errori. Imitando, per quanto è possibile, la placida vita di Augusto e di Orazio, di Tito e dei filosofi veri e cattolici si avrà non il catarro, ma la bella ed invidiabile pace, il riposo, l'amico sonno, in somma la salute, l'unica, la preziosa ricchezza nostra».

In tutti i casi di **Pazzia**, «al demente è utile fargli aprir la vena, applicargli le mignatte; somministrargli lo stramonio, l'inhalare, il clorofornio, bagni freschetti, neve sul capo, aria fresca. Indi belle rappresentanze, liete lusinghe, illusorie speranze, cibo scarso ed adattato; tenerlo occupato con belli sollevanti discorsi e dolci suoni, anche con qualche lieve lavoro meccanico; rammentargli mai la disgrazia, l'ingiustizia, l'abuso sofferto; lungi le battiture, che fanno del barbaro e del disumano; niuna lettura per non preoccupare il cerebro avvantaggio; ed in caso si desiderasse, allora se gli permetteranno i libri di Coquelet, scorrendone il calendario de' pazzi; di Diogene, di garzoni, in dove apprenderà con pruova che la pazzia estende il suo impero su tutti gli uomini, e non esservi grande ingegno senza pazzia».

Nella **Colica addominale** sarebbe opportuno leggere le poesie estemporanee di "Gianni, di Regaldi, della Taddei", unendo con profitto «i salassi, i clisteri sedativi, gli oli di ricino, sale inglese, cremor di tartaro, camomilla, papavero, oppio, carbonato di soda, acqua de' Bagnuoli media acetosella, il liquore litontritico di Palmieri, le mignatte, i mattoni o panni caldi, i brodi semplici». Certamente Fusco ha attinto alle regole della Scuola Medica Salernitana, da cui ricava alcuni precetti, ma ciò che colpisce è la sua chiara visione della patologia trattata. Segue un indirizzo che potremmo considerare di tipo "olistico", proprio perché inquadra il malato nella sua globalità di corpo, mente e spirito: ecco svelata la sua attualità. Nella sua conclusione, Vincenzo Fusco, rileva che «la vera ricchezza è la quiete, la contentezza e la salute».

Se noi, quindi, apprezziamo la pace, la salute e la longevità, «lungi la misantropia, le speculazioni dannose, l'egoismo, il far male al fratello».

Opere prodotte da Vincenzo Fusco

- 1) *Colloqui Notturni di un vivente con i morti*. Caserta, 1837;
- 2) *L'antifrustra degli Olivi ossia memoria contro il funesto uso di battersi gli Olivi colle così dette pertiche, e quindi della coltivazione di essi*. Id. Negli atti della R. Società economica di terra di lavoro, e nell'Interprete commerciale" 1839;
- 3) *Enologia Patria. Ossia il miglior modo di fare i vini senza detrimento della salute – Sulla misturazione de' vini, e del mezzo di scoprirla; e quindi della coltivazione degli arbusti*. Id. 1837;
- 4) *Sulla coltura de' nostri terreni per ricavarne maggior prodotto; e quindi sull'utile necessità d'introdurvi la pastorizia – Memoria utile a tutti*. Id. Id.;
- 5) *Sullo spavento, che produce l'aggressione di Epidemiche e contagiose malattie – Fisico-morale memoria*. Id. 1837.
- 6) *Sull'Incorrispondenza degli Agricoltori pel fitto de' terreni*. Nella Specula – Napoli 1839.
- 7) *L'Efficacia di un nuovo stagnotico per l'emorragia nasale*. Nell'Osservatore Medico – Napoli 1825.
- 8) *Sull'utilità dell'Etere Solforico nelle Reumatologie; e specialmente nell'Ischiade Nervosa*. Nell'Esculapio del Tevere, e nel Filiatre Sebezio. Id. 1831.
- 9) *Sulla porpora emorragica e suo trattamento, sull'atrofia del cuore, sull'apoplezia capillare, sulla riproduzione degli ossi, e su di un nuovo processo per l'operazione della pietra*. Id. 1837.
- 10) *"Strictum Examen Studentis Farmaceutico" – Chimicen a respectiva facultate habitum – locosa Molierii imitatio*. Neapoli 1830.
- 11) *Il cattivo Studente nella Capitale*. Commedia in tre atti, Id. 1830.
- 12) *Il Gran Martire di duplicata palma*. Tragicommedia in onore di S. Sebastiano, Id. 1840;
- 13) *I Zamperi – Costumi di Venafro*. Nell'Interprete Commerciale. Id. 1839.
- 14) *Memoria Geografico – Storia – Civile di Castel di Sangro in Apruzzo Ulteriore 2*. Napoli 1846 – nel gran dizionario geografico – storico – civile del Regno. Id.
- 15) *Cenno descrittivo intorno a due mostri congeniti, indiritti al Gabinetto Anatomico – Patologico della regia Università degli studi di Napoli*. Negli atti della Reale Accademia delle Scienze. Id. 1847.
- 16) *La Flora Venafra*. fig. 1852.

qui *Enpam*

FERNANDO CRUDELE



Il 1° dicembre si è tenuto il Consiglio Nazionale dell'ENPAM per l'approvazione del bilancio assestato del 2012 ed il bilancio di previsione 2013.

Finalmente, dopo tanti anni, abbiamo assistito ad un vero dibattito su questioni importantissime che riguardano tutti i colleghi: la sostenibilità del sistema a pagare le pensioni future.

La riforma previdenziale, approvata a marzo scorso, ha avuto il via libera dai Ministeri vigilanti e, pertanto, sarà attuativa dal 1° gennaio 2013; con la riforma, affermano i vertici dell'ente, riusciremo a pagare le pensioni per i prossimi 50 anni, il patrimonio è salvo ed il patto intergenerazionale continuerà ad esistere.

Il dibattito, che continua su internet, non nasce da un "manipolo" di delinquenti che vogliono la distruzione dell'ENPAM, ma da un gruppo di Presidenti di Ordini che, conti alla mano, chiedono chiarimenti visto che il patrimonio, di oltre 12 miliardi, rende meno dell'1%; è grazie a questi "contestatori" che è partita un'inchiesta che ha portato alle dimissioni del Professor Parodi, che è stata modificata tutta la governance del patrimonio con un più oculato piano di investimento (mai più CDO che hanno determinato perdite in tutto il mondo finanziario), riduzione della commissione di investimento fino allo 0 virgola % (in passato hanno raggiunto il 9%), e tanta più chiarezza ma, per alcuni queste richieste sono strumentali e porteranno all'implosione dell'ente.

Personalmente sono abituato a guardare ai fatti cercando di non farmi travolgere dai retropensieri e, pertanto, mi risulta strano che per anni vi sia stato solo unanimità anche alle elezioni delle cariche; finalmente anche in questo campo vi è stato dibattito e il Vice-Presidente Lala ha ricevuto 61 voti su 106 elettori dimostrando che sempre meno colleghi sono disponibili ad accettare decisioni dall'alto senza discussione.

Ultimo punto, al momento più dolente, è stata la votazione su una mozione presentata dall'Ordine di Ascoli che chiedeva semplicemente di conoscere, e rendere pubblici, i compensi percepiti da tutte le cariche elettive nell'ENPAM e nelle società controllate: la risposta, per me molto eccentrica, del Presidente Oliveti era di disaccordo poiché violava la sua privacy e metteva in "pericolo" la sua famiglia(????); mentre il consigliere di amministrazione Milillo (segr. naz. FIMMG) dichiarava il suo voto contrario urlando che se passava la mozione lui si dimetteva(????). I punti interrogativi li ho posti per farvi riflettere sull'inconsistenza delle dichiarazioni, non avendo altre motivazioni per bloccare una mozione, che in un momento così grave di crisi economica mondiale, voleva dare risposte concrete ai medici che, solo loro, contribuiscono alla sopravvivenza dell'ente; rendere sempre più trasparente la conduzione della nostra cassa e non per giocare alla "caccia alle streghe": siamo medici e delegati dai colleghi a tutelarli nel migliore dei modi, questa è la nostra mission e la porteremo avanti anche contro dichiarazioni assurde e urlate.



DAL MEDICO SINGOLO AL LAVORO IN EQUIPE

Le nuove forme associative dell'Assistenza primaria

ANTONIO TARTAGLIONE

L'Associazionismo dei medici di medicina generale (MMG) nell'ambito dell'Assistenza primaria ha rappresentato un tentativo di superamento graduale del lavoro singolo del medico, dell'isolamento professionale e dell'autoreferenzialità ma, per ragioni varie, tra cui la volontarietà dell'adesione da parte di ciascun medico, il suo sviluppo ha seguito una dinamica irregolare sia nel tempo che nella distribuzione territoriale. Oggi la figura professionale del Medico che lavora da solo nel proprio studio non è più previsto dagli ultimi Accordi Collettivi Nazionali di categoria: è fatto obbligo a tutti i MMG di far parte delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e, dove previste dalle Regioni, di lavorare in gruppo nell'ambito delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP).

In queste forme associative evolute si aprono possibilità di integrare tutti i medici che operano sul territorio e si cre-

ano ampi spazi professionali anche per l'inserimento di collaboratori di studio e soprattutto personale infermieristico.

Principali forme associative complesse di Assistenza Primaria già sperimentate.

- Equipe
- Utap
- Unità di cure primarie (UCP)
- Dipartimenti di cure primarie (DCP)
- Gruppi di cure primarie (GCP)
- Casa della Salute
- Società della Salute

RECENTE EVOLUZIONE DELL'ASSOCIAZIONISMO

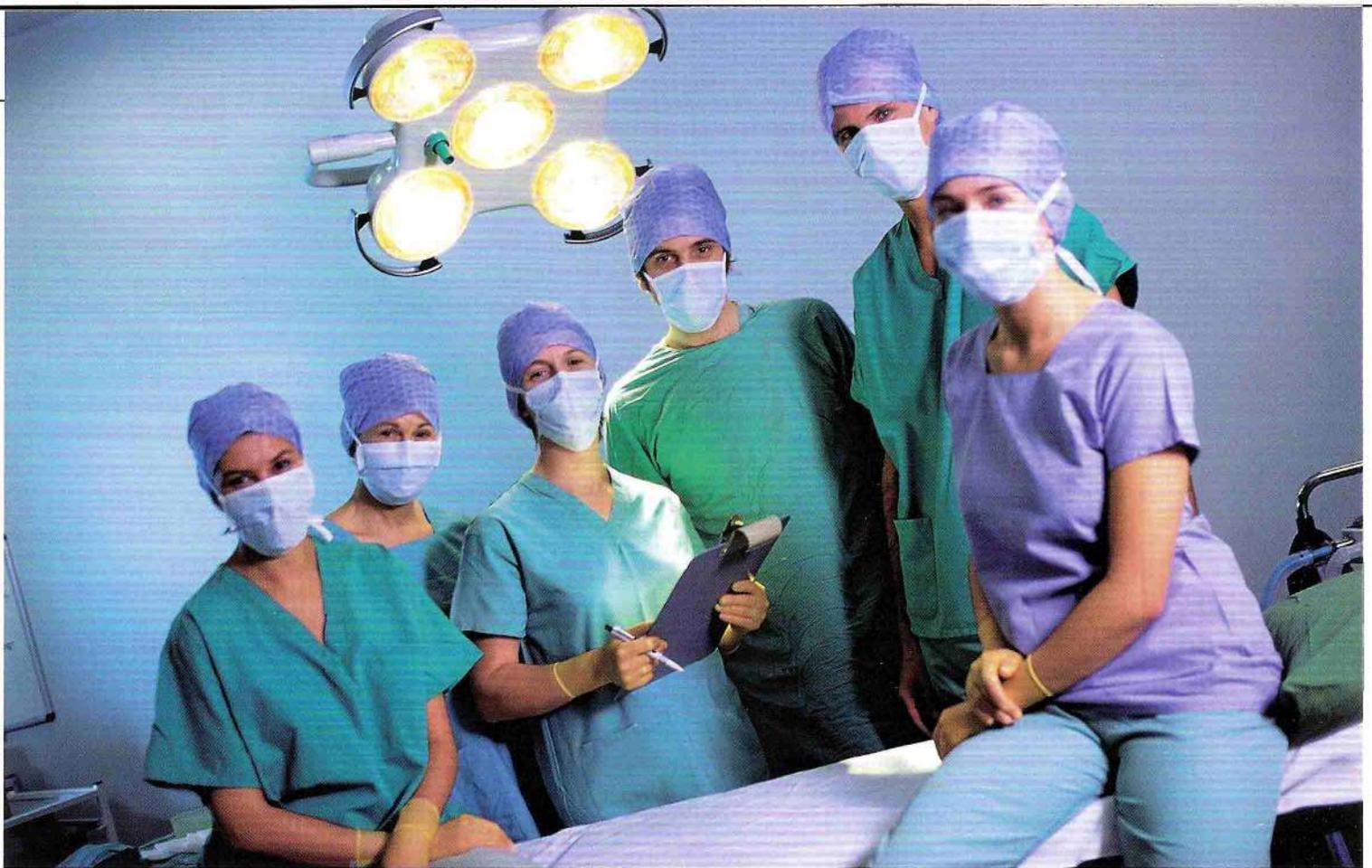
L'Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2009 ha riconsiderato le forme di associazionismo tra i professionisti che operano nell'ambito della Assistenza Primaria «permette di attuare una assistenza territoriale integrata attraverso le diverse modalità organizzative che rendono possibile lo scambio di informazioni cliniche e l'integrazione tra ospedale e territorio finalizzata allo sviluppo di percorsi diagnostici terapeutici-assistenziali dedicati».

Il Nuovo ACN per la Medicina Generale, la Pediatria di libera scelta e la Specialistica ambulatoriale del 27 maggio 2009 definisce le linee generali dell'AFT e delle UCCP.

AGGREGAZIONE FUNZIONALE TERRITORIALE (AFT)

L'AFT è un team e non un'associazione nel senso consueto del termine, e rappresenta di fatto il superamento delle attuali forme associative rappresenta un elemento di progresso che permette di coniugare il superamento del lavoro isolato con la necessità di garantire alla popolazione assistita in modo unitario e coordinato tutte le funzioni e i compiti della medicina generale, non solo assistenziali, ma anche di formazione e ricerca, rispondendo così alla necessità di identificare la mission comune della squadra.





Rappresenta, inoltre, uno strumento finalizzato a consentire il coordinamento dell'azione dei singoli MMG, in modo da garantire la massima sinergia e la realizzazione efficace ed efficiente di quei livelli di assistenza che il professionista non può assicurare in un assetto da solista, il tutto nel pieno rispetto della irrinunciabile autonomia professionale individuale.

L'AFT, unità organizzativa elementare a cui afferiscono i medici dell'area della medicina generale, si configura, quindi, come un sistema di relazioni fra MMG, estremamente flessibile, che potrà essere configurato in qualsiasi modello erogativo, identificato in relazione agli orientamenti delle singole regioni, alle caratteristiche oro-geografiche ed ai bisogni della popolazione assistita.

Descrizione sintetica dell'AFT:

- composta indicativamente da 10 a 20 medici di MMG (a seconda del contesto oro-geografico e della programmazione regionale e aziendale);
- assiste la popolazione individuata dall'insieme di iscritti alle liste dei MMG che la compongono (quindi da 15 a 30.000 cittadini);
- al suo interno, ciascun MMG è titolare di rapporto convenzionale a tempo indeterminato con previsione di piena occupazione, articolabile in attività oraria e attività fiduciaria;
- nell'ambito di competenza, ciascun MMG garantisce agli assistiti che lo hanno scelto le prestazioni di prevenzione, diagnosi e cura previste nell'ambito del rapporto fiduciario e contribuisce in modo co-

ordinato ad erogare le prestazioni che gli accordi nazionali, regionali e aziendali attribuiranno al team (continuità dell'assistenza, ADI, gestione delle patologie croniche e integrazione ospedale/territorio, ecc.);

- è priva di personalità giuridica, ma può essere supportata da società di servizio, anche di tipo cooperativo, relativamente alla funzione di garantire ai MMG dell'UMG/AFT l'acquisizione efficiente dei fattori di produzione.

L'AFT integra la propria attività con quella di altri professionisti convenzionati del territorio, di altre professionalità e dell'ospedale, nell'ambito di organizzazioni che il nuovo ACN ha chiamato UCCP.

Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP).

L'unità complessa delle cure primarie è costituita dai medici convenzionati, si avvale eventualmente di altri operatori amministrativi, sanitari e sociali secondo quanto previsto dagli accordi regionali. L'unità complessa delle cure primarie opera, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale, in sede unica o con una sede di riferimento, ed espleta le seguenti funzioni di base:

- assicurare sul territorio di propria competenza la erogazione a tutti i cittadini dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA);
- assicurare l'accesso ai servizi dell'unità complessa delle cure primarie (assistenza sanitaria di base e diagnostica di 1° livello), anche al fine di ridurre l'uso improprio del Pronto Soccorso;
- realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza,

24 ore su 24 e 7 giorni su 7, per garantire una effettiva presa in carico dell'utente a partire in particolare dai pazienti cronici. A tal fine e con riferimento specifico a questa tipologia di pazienti, va perseguita l'integrazione con i servizi sanitari di secondo e terzo livello, prevedendo il diritto all'accesso in ospedale dei medici convenzionati;

- impiegare strumenti di gestione che garantiscano trasparenza e responsabilità dei medici e dei professionisti sanitari nelle scelte assistenziali e in quelle orientate al perseguimento degli obiettivi di salute;
- sviluppare la medicina d'iniziativa anche al fine di promuovere

corretti stili di vita presso tutta la popolazione, nonché la salute dell'infanzia e dell'adolescenza con particolare attenzione agli interventi di prevenzione, educazione e informazione sanitaria;

- contribuire all'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale a partire dall'assistenza domiciliare e residenziale in raccordo con i distretti e in sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza.

La differenza fra AFT e UCCP consiste nelle categorie di professionisti che ne entrano a far parte. AFT: entità omogenea per categoria, essendo composta solo da medici di medicina generale.

UCCP: coinvolge, con modalità diverse, i pediatri di libera scelta e gli specialisti convenzionati, collaboratori di studio, infermieri, OSS.

L'Unità Complessa di Cure Primarie (UCCP) Non si struttura in una configurazione prestabilita può avere una sede unica, in cui sono concentrate tutte le attività dei professionisti e degli operatori, oppure essere caratterizzata da una strutturata rete consistente in più sedi distribuite sul territorio, con una di riferimento in cui sono concentrate alcune attività, tecnologie e servizi.

L'UCCP viene a configurarsi come una "squadra allargata" di professionisti che, pur assolvendo ciascuno i propri compiti, riferisce la mission comune alla stessa popolazione definita.

AVVISI & NOTIZIE

A CURA DI ALFREDO VOLPACCHIO



Dal 1° gennaio 2013 non è più necessario ricominciare ogni anno la numerazione delle fatture, ma si può ricorrere a qualsiasi tipo di numerazione progressiva che ne garantisca l'identificazione univoca. Lo precisa la risoluzione n. 1/E del 10 gennaio dell'agenzia delle Entrate, con cui sono stati chiariti alcuni profili interpretativi e applicativi dell'articolo 21 del Dpr 633/1972, come modificato dall'articolo 1, comma 325, lettera d), della legge 228/2012. Conseguentemente, a decorrere dal 1° gennaio 2013, può essere adottata una numerazione progressiva che, partendo dal numero 1, prosegue ininterrottamente per tutti gli anni solari di attività del contribuente, fino alla cessazione dell'attività stessa. La numerazione progressiva dal 1° gennaio 2013 può anche iniziare dal numero successivo a quello dell'ultima fattura emessa nel 2012. Peraltro, qualora risulti più agevole, il contribuente può continuare ad adottare il sistema di numerazione progressiva per anno solare, in quanto l'identificazione univoca della fattura è, anche in tal caso, comunque garantita dalla contestuale presenza nel documento della data che costituisce un elemento obbligatorio della fattura.



Le donne di età compresa tra i 50 e i 74 anni che si sottopongono a uno screening mammografico una volta ogni due anni hanno un rischio di tumore allo stadio avanzato simile a coloro che fanno la mammografia tutti gli anni. E la probabilità di ottenere risultati falsi positivi è più

bassa se la frequenza dello screening è minore. Queste le conclusioni di uno studio prospettico condotto presso l'Università della California e l'Università di Washington. Il lavoro è stato pubblicato su *Jama Internal medicine*. Esiste una certa controversia riguardo la frequenza con cui le donne dovrebbero sottoporsi a screening mammografico e non si sa se gli intervalli di tempo tra una mammografia e l'altra possano variare in base a fattori di rischio diversi dall'età. Invece, tra i 40 e i 49 anni e in presenza di elevata densità mammaria, le donne che decidono di ricorrere alla mammografia dovrebbero considerare quella annuale, per diminuire il rischio di tumore allo stadio avanzato, ma dovrebbero anche essere informate del fatto che lo screening annuale porta a una probabilità cumulativa più elevata di un risultato falso positivo.

Una revisione della "Legge Brunetta" dell'ottobre 2009 che ha introdotto misure finalizzate a contrastare il fenomeno dell'assenteismo nelle pubbliche amministrazioni e tra le quali sono state disciplinate forme speciali di responsabilità disciplinare e penale aventi come soggetto attivo della condotta il medico è chiesta da una delibera dell'Ordine di Piacenza, accolta all'unanimità con una mozione dal Consiglio nazionale Fnomceo. Il rilascio di certificazioni di malattia che attestano dati clinici non direttamente constatati né oggettivamente documentati se ciò è in «relazione all'assenza dal servizio di un pubblico dipendente» comporta per il medico una pena che va da 400 euro a 1600 e la reclusione da uno a cinque anni. Pene estremamente gravi e immotivate, secondo il presidente

di Omceo Piacenza che propone una seria e definitiva riflessione riguardo le norme della certificazione di malattia che deve essere assolutamente rivista e prevedere l'autocertificazione per i primi tre giorni di malattia. Spesso succede che l'obbligo che ha il lavoratore di produrre un certificato faccia sì che il medico si trovi talvolta nella condizione di dover fare un certificato quando già il lavoratore è stato a casa e dunque ne debba prendere atto a posteriori.

Il piano di dismissioni immobiliari dell'Enpam sta proseguendo. L'ultimo atto si è registrato con l'incontro tra i vertici della Fondazione Enpam, proprietaria degli immobili, ed i rappresentanti dei sindacati degli inquilini a proposito della prossima vendita del patrimonio abitativo romano. La decisione di vendita era maturata in seguito alla scarsa redditività degli immobili. Cesare Umberto Bianchini, direttore generale di Enpam Real Estate srl (Ere srl), la società che gestisce il patrimonio di diretta proprietà e che si sta occupando del piano di dismissioni, ne aveva spiegato i dettagli in un'intervista rilasciata al *Giornale della Previdenza dei medici e degli odontoiatri*. È un patrimonio datato che ha bisogno di frequenti manutenzioni, aveva spiegato l'avv. Bianchini, e la gestione dell'immobiliare residenziale è troppo costosa, molto di più degli immobili affittati a uso commerciale o uffici. Investire nelle case è ormai svantaggioso per gli enti previdenziali, che invece devono puntare a una certa redditività per garantire pensioni adeguate. Lo scopo di un ente pensionistico è di proteggere il risparmio previdenziale degli iscritti. L'attuale situazione di crisi economica rende particolar-

mente delicata un'operazione il cui ricavo finale è stato stimato intorno a 1,3 miliardi di euro.



Il Molise chiede una moratoria di alcuni mesi per l'attuazione del piano di rientro del deficit sanitario. L'iniziativa parte dal neo presidente che sta preparando una lettera da inviare al governo per bloccare l'approvazione del documento redatto dal sub commissario Filippo Basso. In sostanza il Molise intende riappropriarsi delle scelte sul settore, nelle more della nomina di Frattura a commissario straordinario, come vuole la legge per le regioni in disavanzo e per assumere la responsabilità di organizzare da soli i servizi e la rete ospedaliera per centrare il duplice l'obiettivo di migliorare la qualità e la quantità delle prestazioni in un contesto di bilancio sostenibile. Sulla Gazzetta Ufficiale n. 50 del 28 febbraio 2013 è stata pubblicata la delibera AIFA sugli Omega 3: la Commissione Consultiva Tecnico Scientificaca, in accordo a quanto previsto all'art. 11, comma 1, della legge 8 novembre 2012 n. 189, nella seduta del 5 dicembre 2012 ha disposto che, per le specialità medicinali appartenenti alla classe PUFA Omega 3, la prescrizione per la prevenzione secondaria nel paziente con pregresso infarto miocardico non è rimborsata dal Servizio Sanitario Nazionale. Restano rimborsate le indicazioni riportate in Nota 13 secondo le modalità ivi descritte.



Sulla Gazzetta Ufficiale n. 60 del 12 marzo 2013 il ministero della Salute pubblica il decreto 21 febbraio 2013 «Modalità tecniche per la realizzazione della infrastruttura di rete per il supporto all'organizzazione dell'attività libero professionale intramuraria, ai sensi dell'articolo 1, comma 4, lettera a-bis) della legge 3 agosto 2007, n. 120, e successive modificazioni».



Con la sentenza n. 33 del 6 febbraio la Corte costituzionale ha dichiarato l'illegittimità costituzionale del combinato disposto degli articoli 15-nonies, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria), e 16, comma 1, primo periodo, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 503 (Norme per il riordinamento del sistema previdenziale) nel testo vigente fino all'entrata in vigore dell'art. 22 della legge 4 novembre 2010, n. 183. (che prevede il mantenimento in servizio sino a 70 anni per raggiungere il massimo contributivo), nella parte in cui non consentiva al personale sanitario, che al raggiungimento del limite massimo di età per il collocamento a riposo non avesse ancora compiuto il numero degli anni richiesti per ottenere il minimo della pensione, di rimanere, su richiesta, in servizio fino al conseguimento di tale anzianità minima e, comunque, non oltre il settantesimo anno di età.



La Corte di Cassazione in relazione ai ricorsi degli specializzandi 83/91, relativamente ai parametri di riferimento per la definizione del risarcimento del danno, ha evidenziato che in tema di risarcimento dei danni per la mancata tempestiva trasposizione delle direttive comunitarie 75/362/CEE e 82/76/CEE in favore dei medici frequentanti le scuole di specializzazione in epoca anteriore all'anno 1991, la L. 19 ottobre 1999, n. 370, art. 11, con la quale si è proceduto ad un sostanziale atto di adempimento parziale soggettivo delle citate direttive, abbia palesato una precisa quantificazione dell'obbligo risarcitorio da parte dello Stato, valevole anche nei confronti di coloro i quali non erano ricompresi nell'art.11.



Fecundazione assistita: la Corte europea dei diritti umani boccia il ricorso del Governo in difesa della

legge 40. È stato giudicato inammissibile il ricorso dell'Esecutivo italiano alla Grande Camera della Corte europea dei diritti umani contro la sentenza di agosto che aveva bocciato la legge 40/2004 nella parte in cui vietava l'accesso alla procreazione assistita e alla diagnosi pre-impianto alle coppie non sterili ma portatrici di malattie genetiche.

**AESERNIA MEDICA
GIUGNO 2013**

Aut. Trib. Isernia n. 39

COMITATO DI REDAZIONE

Direttore responsabile

Sergio DI VINCENZO

Comitato di redazione

Angelo TRABASSI

Giorgio BERCHICCI

Fernando CRUDELE

Alfredo VOLPACCHIO

Segreteria di redazione

Mara IONATA

Impaginazione e grafica

Sigmastudio, Isernia

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente

Sergio TARTAGLIONE

Vice Presidente

Angelo TRABASSI

Segretario

Antonio SANITÀ

Tesoriere

Giovanni ANGELONE

Consiglieri

Giuseppe ATTADEMO

Giorgio BERCHICCI

Fernando CRUDELE

Claudio D'APOLLONIO

Francesco DI ZAZZO

Vilma ZULLO

COLLEGIO

DEI REVISORI DEI CONTI

Presidente

Rita DI PILLA

Donnina PANNONI

Giuseppina SCIOLI

Laura PROCACCINI

(membro supplente)

COMMISSIONE ODONTOIATRI

Presidente

Giorgio BERCHICCI

Giovanni ANGELONE

Daniilo CANÈ

Caterina TESTA

Andrea VITULLO

LA MEDICINA NEL "SIÈCLE DES LUMIÈRES"

COSMO MARIA DE HORATIIS

filosofo, letterato, politico e illustre uomo di scienza nel Regno di Napoli

DI FRANCO CARUGNO

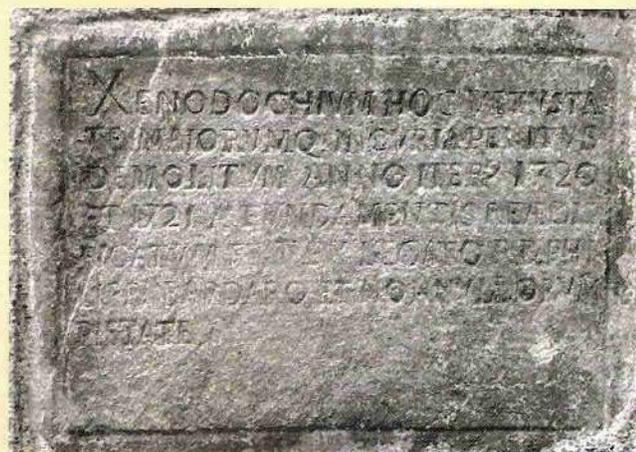


«Sapere aude»¹
Immanuel Kant

Nella Napoli del '700, in un contesto sociale nel quale da un lato sopravvivevano lusso sfrenato e privilegi di casta della nobiltà e di una parte del clero e dall'altro povertà e ignoranza della plebe, ridotta sempre più in balia dei soprusi dei prepotenti, si levarono il pensiero e le voci di dissenso di diversi esponenti dell'Illuminismo napoletano (Investiganti), i quali in gran parte si rifacevano all'opera di Giambattista Vico² (escludendone gli aspetti cristiani della sua filosofia).

Questi intellettuali, assumendo cariche pubbliche e collaborando con le amministrazioni asburgiche e borboniche, permisero, attraverso la sfida ai valori della tradizione, grazie alla possibilità di approdo della borghesia allo Stato, consentita dalla tollerante opera riformatrice di Carlo III Borbone³, di dar vita al ridimensionamento di alcuni privilegi del clero e a nuove forme architettoniche (Real Alber-

go dei Poveri), di dare avvio alla istituzione degli Ospedali, luoghi non solo di accoglienza ma anche di cura, e di porre le basi per un diritto e un economia moderni. Inoltre, grazie alla frequentazione dei circoli culturali come quello dei De Gennaro, dove si alternarono nel tempo da Vico a Genovesi, ebbe possibilità di emergere la nuova classe intellettuale alla quale appartennero tanti medici illustri provenienti dalla periferia del Regno, il cui metodo scientifico risentì inevitabilmente del pensiero vichiano e in senso più lato illuminista. L'influsso delle nuove idee fu tale che gli strumenti di verifica di ogni campo d'indagine medica vennero vagliati non solo alla luce delle conoscenze anatomiche e degli emergenti concetti fisiopatologici, ma anche del superamento dei preconcetti morali, e del ricorso al metodo sperimentale di derivazione baconiana. In realtà il processo di rinnovamento del paradigma medico tra settecento e ottocento non fu né semplice, né automatico. Tre forze si contendevano la supremazia: la persistenza del pensiero tradizionale animistico, filosofico e mistico, legato alle teorie di Stahl, Hoffmann e Mesmer (medicina romantica), colpo di coda della reazione della controriforma contro il metodo sperimentale; il nuovo pensiero legato alle conquiste scien-



Xenodochium di Capracotta. Probabile trasformazione dello xenodochio in ospedale nel 1720/21 (foto F. Valente).

- 1 «Osa sapere», motto e principio ispiratore dell'Illuminismo.
- 2 Secondo Vico «il popolo non comprendeva ancora i suoi diritti» ma «sentiva il suo bene» identificabile spesso, specie in periferia, nel possesso della terra.
- 3 Il riformismo borbonico (1740-1780) di Carlo III e Ferdinando IV, dovuto in gran parte al ministro Tanucci amico del Genovesi, subì un primo arresto a seguito del matrimonio di Ferdinando con Maria Carolina d'Austria nel 1768 ed ebbe termine con lo scoppio della rivoluzione francese.



*«Gran divario, poi,
nasce non tanto dalla natura,
quanto dall'arte.»*

A. Genovesi

tifiche in campo microbiologico e sperimentale (Spallanzani, Vallisnieri, Haller); il modernismo ad oltranza legato alle teorie inaudite del Brownismo e Rasorismo.

Nemmeno per de Horatiis fu semplice districarsi in un contesto così complesso, dalla cui confusione cercò sempre di uscirne tentando la sapiente strada della ricerca del vero, non facendosi mai abbagliare dalla tentazione di inseguire ciecamente le mode del momento.

*«De Horatiis come ape
libava il fiore di ogni dottrina,
il meglio di ogni metodo.»*

Salvatore de Renzi

Cosmo Maria De Horatiis, nacque, da Costanzo e Rosa Daniele, il 25-settembre-1771 in Caccavone, attuale Poggio Sannita. Dal padre medico, uomo di grande e generosa cultura, ricevette l'imprinting formativo di base che lo sosterrà nel lungo percorso di studi e nelle sue scelte di vita professionale.

All'età di undici anni proseguì gli studi nel seminario vescovile di Trivento sotto la guida del precettore Attanasio Tozzi, docente di latino, filosofia e probabilmente di discipline scientifiche, al cui ammaestramento si forgiarono le punte della cultura molisana dell'epoca, come i fratelli Pepe, Vincenzo Cuoco e tanti altri intellettuali futuri vessilliferi del pensiero illuminista al quale Tozzi stesso era stato a sua volta iniziato dall'abate filosofo A. Genovesi, uno dei primi

investiganti napoletani di scuola vichiana. Per inciso, nel Molise, piccoli nuclei genovesiani deputati all'acculturazione affiancarono i luoghi tradizionali del sapere (seminari) messi in crisi dalle idee illuministe, e anche operando all'interno di questi, come nel caso di Tozzi, fecero strada alla circolazione delle nuove ideologie. Con tali nuclei Genovesi intratteneva rapporti epistolari per mantenere in vita un forte legame intellettuale e politico con le periferie fondante sulla propagazione dei principi ai quali una società civile e moderna dovesse ispirarsi come la diffusione di istruzione e civiltà, inseguendo il concetto della pubblica felicità, consistente nel far uscire l'uomo dallo stato di minorità, come la valorizzazione di arte, commercio e agricoltura e l'introduzione dei rinnovati concetti economici in ambito familiare e sociale. A questi sacri ermenauti del Genovesi, come Tozzi⁴, si deve la preparazione delle nuove generazioni molisane alla concretizzazione degli ideali del bene comune, e la possibilità di emersione di quella classe intellettuale che prese parte attiva, non solo a livello locale, alla rivoluzione partenopea⁵. Alla luce di tali considerazioni, De Horatiis quando all'età di 17 anni giunse a Napoli, era già stato profondamente segnato dagli ideali illuministi e dalle innovatrici ideologie politiche antifeudali, pertanto decisamente maturo per perfezionarsi, così come era in uso prima di intraprendere gli studi medici, nelle lettere e nel pensiero filosofico, frequentando, senza difficoltà ed inadeguatezza, corsi umanistici universitari, scuole e circoli culturali accreditati dove si avvicendavano nell'insegnamento le menti più eccelse d'Europa. Anche successivamente continuò a coltivare con passione tali studi impegnandosi nella produzione di opere a contenuto letterario come il saggio sul naturalismo di Telesio, i saggi sulle opere di T. Campanella, Hobbes, Condillac e Berkley, oltre il componimento in versi latini De Floribus del 1807.

Tali profonde basi culturali gli furono indispensabili, nella propria futura professione di medico, in quanto nella pratica clinica fece convergere ogni tipo di cognizione sia letteraria che scientifica e gli furono utili al fine dell'esercizio di un dubbio sapiente rispetto al moltiplicarsi di ogni conoscenza.

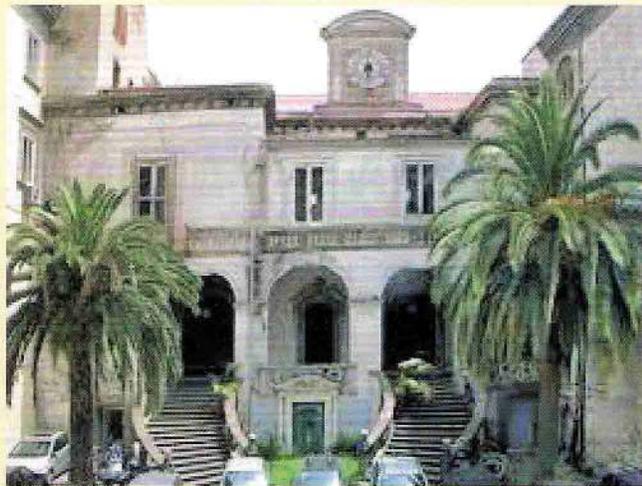
Pertanto, ben presto, all'età di venti anni, trascorso il periodo legale di formazione alla scuola dei più valenti clinici

4 «Alcune chiese locali molisane unirono l'impegno cristiano e di fede all'ascolto delle esigenze del popolo che auspicava slanci di riforma. Molti sacerdoti, abbracciando dall'interno il discorso repubblicano, come ministri di Cristo pagarono sulla propria pelle l'adesione alle idee riformatrici.»

5 «In Molise si andarono delineando profonde intessiture tra scuole, maestri, circoli culturali di intellettuali, ed anche economico sociali con le attività segrete massonico-giacobine della Società patriottica di Napoli, alle quali aderirono conterranei come Tata, De Gennaro, ed altri che provarono a sviluppare un piano insurrezionale sventato sul nascere dalla polizia borbonica.»

e uomini di pensiero partenopei, conseguì in Salerno la laurea in medicina nel 1791.

Per avvicinarsi ulteriormente alla comprensione della figura di De Horatiis, poliedrico uomo di cultura e di scienza, bisogna considerare che, nel corso dell'iter formativo universitario, riuscì a conseguire dal Mauro le conoscenze anatomiche di base, dal Cotugno gli erudimenti di anatomia patologica comparata, legata ai dettami del Morgagni, dal Sementini il rivisitato metodo sperimentale della fisiologia Halleriana, da Cirillo i precetti del Cullen, da Andria la sensibilizzazione da un lato alle tematiche chimico fisiche alla base delle conoscenze fisiologiche e farmacologiche, dall'altro alle teorie delle nuove dottrine europee che aprirono la strada al sistema di Brown e infine dal Biondi la pratica tradizionale.



Ospedale degli Incurabili



culturale razionale e di apertura al nuovo, senza incappare in inutili avventure⁶. Questi docenti, decretando la crisi delle tesi di Cartesio e aprendosi alle nuove prospettive vichiane, secondo le quali è il soggetto stesso a costruire gli oggetti/obiettivi della conoscenza, posero le basi per una critica alla medicina dei sistemi⁷ e alla medicina tradizionale. In tal modo il medico, da sacerdote del corpo, diveniva soggetto che indaga, dato che la stessa fisiologia patologica iniziava a declinarsi attraverso criteri osservativi. Inoltre l'uomo perdeva ogni connotato di trascendenza, e il sintomo veniva rivalutato agli occhi del medico. In sintesi, la Clinica iniziava ad assumere i connotati di una scienza reale vincolata alle leggi contingenti e meccaniche del corpo.

Tuttavia, se da un lato gli innegabili progressi permettevano che l'Ospedale Incurabili assumesse una strutturazione universitaria clinicizzata in senso positivo, al punto che vi risiedevano quattro cattedre universitarie: medicina, chirurgia, ostetricia ed oculistica, dall'altro le porte della conoscenza vennero lasciate aperte anche al nuovo.

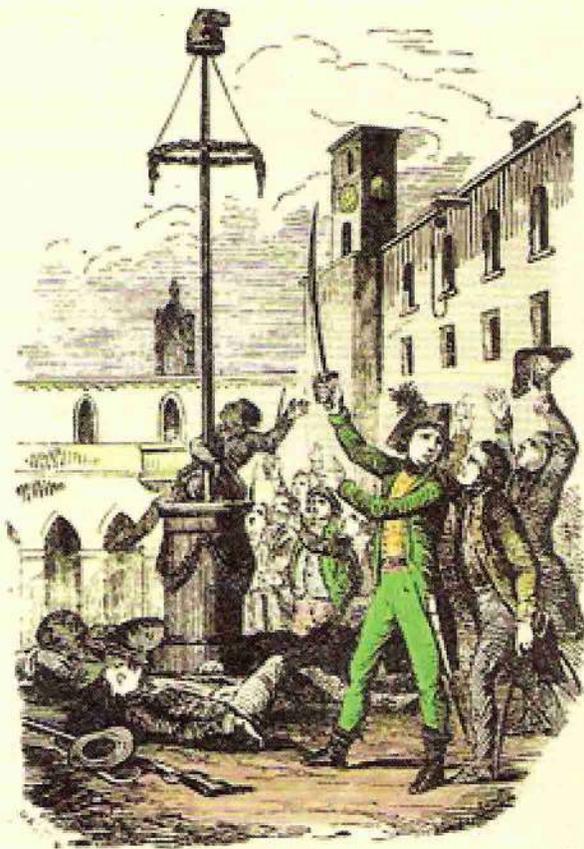
Infatti, a Napoli, a differenza della scuola medica salernitana, dove vigeva ancora il sistema ippocratico⁸, iniziavano, non senza critiche ed insuccessi terapeutici, ad incuriosire e ad aleggiare le teorie vitalistiche di Brown che legavano la vita, il suo svolgersi e lo stato di salute al flusso vitale e all'eccitabilità (incitabilitas). Le malattie, dovute al calo o all'eccesso di questa, necessitavano di terapie, tendenti al

Di fatto, intraprese gli studi medici in un periodo di profonda incertezza epistemologica (conseguente anche alla contestuale crisi culturale ed economico-sociale in cui versava l'intera Europa), alla soluzione della quale tentarono di contribuire in gran parte Cotugno, Sementini e gli altri docenti partenopei i quali ebbero il merito di creare un clima

6 Vincenzo Cuoco sosteneva che il Brownismo avrebbe operato gli stessi effetti della rivoluzione francese.

7 Speculazioni teoriche sulla fisiologia, sull'origine delle malattie e sulla terapia il cui scopo è anche quello di eliminare il ruolo subordinato della medicina rispetto alla chimica e alla fisica.

8 A Salerno non intendevano essere responsabili dei massacri che si facevano col sistema di Brown.



Albero della libertà

riequilibrio dello stato eccitativo, che si concretizzavano quasi sempre in salassi, sanguisugi, clisteri ed emetici, con le immaginabili conseguenze disastrose.

De Horatiis, per formazione scientifica, culturale, filosofica si appassionò all'intenso dibattito intorno alle varie dottrine e metodologie, prendendo il meglio di ognuna e avendo sempre bene a mente, non solo il profondo rispetto per l'onestà intellettuale dei Maestri, ma anche la propria continua ricerca del vero.

Pertanto non meraviglia che de Horatiis, conseguito il diploma di laurea, ritornando in Caccavone per esercitare la professione, si avvedesse subito della differenza tra il parlare di medicina e l'effettivo medicare⁹. È noto che, per circa otto anni, resistette, cercando generosamente soluzioni alle tante difficoltà dell'arte e ricercando, nella pratica e nella letteratura scientifica antica e moderna, il bandolo per dissolvere i tanti dubbi.

Ma essendo, per inclinazione d'animo, uomo di profonda onestà intellettuale, indifferente agli agi e al benessere eco-

9 Il settecento fu il secolo in cui le politiche del *pauperismo* portarono alla creazione della figura del medico condotto con il compito di «curare pauperes et miserabiles sine mercede».

nomico, non volendo apparire un ciarlatano, per assoluta insoddisfazione circa le proprie capacità professionali, decise di abbandonare la casa paterna per fare esperienze nelle scuole mediche più blasonate di altri paesi Europei.

«A ciò si aggiunsero straordinarie vicende dei tempi, e che a lui consigliavano di allontanarsi da probabili rischi.»

Salvatore de Renzi

medico e storico della medicina (1800-1872),
autore di Storia della Medicina in Italia.

Tuttavia tale desiderio di acquisire nuove competenze tecnico-scientifiche e metodologiche, poté concretizzarsi solo nel momento in cui ebbero luogo altri eventi straordinari.

Nella Biografia e Ritratti degli Uomini Illustri della Provincia di Molise di Albino non trovano menzione specifica i rischi personali che affrettarono la decisione di De Horatiis di allontanarsi dal Regno di Napoli. Altri biografi sostengono che il medico si trovò coinvolto nelle vicende della rivoluzione della repubblica partenopea del 1799. Non vi è motivo di dubitare che fosse uomo di profonda cultura illuminista, ravvivata dagli insegnamenti di alcuni docenti come Domenico Cirillo¹⁰, che contribuirono alla sua adesione ai principi della rivoluzione partenopea, nè pertanto potrebbe sorprendere che De Horatiis, forse in Isernia per motivi personali, sarebbe stato invitato a trattare con il comando francese la resa della città e il termine delle già tanto efferate violenze e delle notevoli distruzioni, visto che gli isernini presero parte alla causa borbonica.

Alla presa Di Isernia che fu *pillée e plus que décimée*¹¹ probabilmente ne sarebbe conseguita la nomina a cittadino presidente del Governo Provvisorio di Isernia.

Un documento, datato 14 febbraio del 1799, dello stesso Governo Provvisorio, recante la firma del cittadino presidente Cosmo d'Orazio, renderebbe ragione della precitata ipotesi se consideriamo che il De Horatiis probabilmente avrebbe dovuto rinunciare all'onomastica nobilitazione latineggiante per imposizione o per far cosa gradita ai francesi¹².

10 Domenico Cirillo (come anche Mario Pagano) pagò con la vita l'adesione alla rivoluzione partenopea.

11 *Isernia, La città nel tempo*. N. Paone.
1500 Isernini erano già stati passati a fil di spada, ma alla città venne risparmiato il fuoco perchè era utile per il ristoro delle truppe francesi in transito e per la cura dei feriti.

12 «La volontà di rinnovamento linguistico si pone immediatamente come volontà di rottura con il passato [...] la lingua doveva di-



Cav. A. Scarpa

Una volta cacciati questi ultimi dal Regno di Napoli, la regia corte, avendo disposto i necessari accertamenti per identificare quanti si fossero schierati contro la monarchia, acclarata la colpevolezza del d'Orazio di collaborazionismo col nemico, non riuscì ad incriminarlo reo di Stato né a sequestrargli i beni, in quanto non cittadino di Isernia.¹³

Secondo altre fonti non si sarebbe allontanato dal Regno di Napoli spontaneamente, ma sarebbe stato stato successivamente arrestato in Castel dell'Ovo e condannato alla pena capitale, quindi in virtù di un disposto di grazia, o per fuga dal carcere, sarebbe poi riparato all'estero in esilio insieme con altri compatrioti molisani¹⁴ e con Domenico Stiscia¹⁵, suo compagno di sventura nella repubblica partenopea e durante il periodo di esilio.

ventare nella sua rinnovata diversità segno essa stessa di distacco dal passato e insieme, oltre che veicolo di passione politica, anche strumento di conoscenza e di partecipazione alla realtà politica» Erasmo Leso, *Appunti sul lessico politico italiano nell'età giacobina*; Erasmo Leso, *Lingua e rivoluzione*.

13 Ermanno Turco, *Isernia in cinque secoli di storia*.

14 Carlo Barbieri e Carlantonio Tirone, probabilmente entrambi appartenenti al clero agnonese. In alto Molise l'adesione alla rivoluzione partenopea interessò in Agnone le classi aristocratiche e il clero, e anche nobili, come Mariangela Rosa De Riso, vedova Capece-Piscicelli, duchessa di Capracotta, perseguitata politica dei Borboni.

15 Il canonico Don Domenico Stiscia, studente di medicina presso l'Ospedale degli Incurabili in Napoli, da cui prese inizio la Rivoluzione Napoletana.

Il periodo trascorso all'estero venne impegnato da de Horatiis soprattutto per tentare di dare ulteriori risposte alla propria insoddisfazione di medico. Nel 1800 transitò dapprima per la scuola medica di Montpellier, in cui la propria ricerca di verità di senso comune trovò parziale risposta negli antichi precetti ippocratici e nel dinamismo vitale legato alla tradizione vitalistica, quindi giunse a Parigi dove, prevalentemente sotto la guida di Bichat¹⁶, perfezionò le acquisizioni anatomiche e metodologiche. Ma pur essendo gratificato da tali conoscenze, in realtà sempre più insoddisfatto delle loro ricadute reali in campo diagnostico terapeutico, si avvicinò con impegno alla chirurgia, i cui risultati erano ritenuti reali e concreti.

Infatti, rientrato in Italia, giunse a Pavia per perfezionarsi alla scuola di Spallanzani e soprattutto di Scarpa¹⁷, uno dei più famosi chirurghi dell'epoca, riuscendo a divenirne sostituto nella conduzione della cattedra chirurgica dell'Ateneo del Ticino. Affinò anche le cognizioni mediche circa il Brownismo e soprattutto apprese le nuove concezioni del Rasorismo¹⁸, che, al suo rientro nel 1804, importò a Napoli e che ben presto abbandonò *per leggerezza terapeutica e lacrimevoli danni nella pratica*, preferendo sempre più la chirurgia alla medicina. Nonostante il sapiente continuo inseguimento del vero, il suo modo di intendere la medicina trovò sempre un punto fermo nelle riflessioni del Vico. Nel proprio intimo rimase sempre convinto che ogni segno non è mai la causa del male e che solo dall'attenta osservazione della serie di segni e dal loro modo di svilupparsi nel tempo si può giungere alla radice filologica di questi. Pertanto ogni patologia, essendo il risultato di condizioni relative alla meccanica del corpo (genetici), e di contingenze spirituali (passioni) e ambientali, necessita sempre di attenta osservazione e spiccata capacità interpretativa.

Ad ogni modo, de Horatiis era destinato a maggiori successi nel campo della chirurgia, disciplina elettiva alla quale

16 «La lezione di Bichat e di Laennec va vista e interpretata nella cornice del "sensismo", di quella ideologia ispirata all'empirismo anglo scozzese, che faceva dei medici parigini *un troupeau des philosophes* orientati verso un sapere analitico perfezionato al letto del malato: la clinica.»

17 Scarpa, proprietario di una ricca collezione d'arte, condivideva con de Horatiis la stessa passione ed è noto che il maestro a lungo attese in regalo dall'allievo un quadro del Calabrese. Inoltre Scarpa, come sostengono alcuni biografi, era profondamente affezionato al de Horatiis al punto tale di desiderarne l'adozione.

18 Ad uno stimolo capace di modificare il flusso vitale deve corrispondere un controstimolo di riequilibrio del flusso energetico. In genere venivano praticati i soliti salassi, sanguisugi, emetici e catartici. Rasori usava il salasso anche come metodo diagnostico sottraendo al paziente fino a quattro litri di sangue e somministrava dosi sproporzionate di medicamenti.

*«Tutti sanno con qual trasporto egli accoglieva
e sottoponeva al crogiuolo dell'esperienza
ogni chirurgica novità.»*

Salvatore de Renzi

si avvicinò in ritardo, ma che risultò, sin dall'inizio della sua scelta, a lui molto confacente.

Infatti al rientro in Napoli, ebbe modo di far emergere la propria bravura eseguendo interventi difficili per l'epoca, come la legatura degli aneurismi, l'asportazione di cataratta per depressione con ago ricurvo o ancora quelli di "litotomia"¹⁹. La fama conseguita gli valse l'incarico di chirurgo maggiore prima dell'ospedale S. Giovanni di Carbonara, quindi di quello degli Incurabili. Aprì anche una scuola pubblica di anatomia descrittiva e di chirurgia operatoria.

Ebbe inoltre l'onore di operare Ferdinando I il quale, rassicurato da Scarpa sulla bravura dell'allievo, ma allertato da questi circa i particolari convincimenti politici del chirurgo, si affidò ciecamente alle cure del de Horatiis, pretendendone non l'abiura delle proprie idee, ma l'impegno a non renderle manifeste.

Il gesto di fedeltà gli venne riconosciuto nel 1805, alla vigilia della guerra con i Francesi, con la nomina a chirurgo capo d'Armata.

De Horatiis, al seguito dell'esercito borbonico, fu anche fatto prigioniero in Calabria, e, subito liberato, venne ricondotto a Napoli. Qui, ritornato alla sua vita privata e al pubblico insegnamento, non volle inizialmente accettare gli incarichi d'onore offertigli dall'Armata francese, ma nel 1810 accolse la nomina di chirurgo primario dell'Ospedale Militare della Trinità.

A seguito della restaurazione Borbonica, nel 1816, venne inviato da Ferdinando I in Sicilia, dove fece prevalere le proprie competenze, operando con ottimi risultati casi, ritenuti impossibili dai chirurghi dell'Armata inglese presente in loco, come le mature cataratte del ministro Chinigò, i piedi torti congeniti del figlio del principe di Squillace, nonché un voluminoso angioma cavernoso del viso. Peranto, in virtù della sua crescente fama, venne nominato chirurgo di camera del Re delle due Sicilie da Francesco I, subentrato da poco alla guida del Regno. Nel 1821 risultavano affidatigli anche gli incarichi di chirurgo capo d'Armata, poco dopo di ispettore generale di Sanità Militare e membro della direzione generale degli Ospedali Militari d'Armata di terra. Ulteriori tappe importanti della sua carriera furono la nomina nel

19 Dupuytren non riusciva a capacitarsi che la mortalità a seguito di interventi per «mali pietranti» fosse in Francia del 30%, a Napoli del 15% (de Horatiis e Pietrunto di Campobasso) e solo del 10% in Sicilia (fratelli Cosentini).



Croce dell'Ordine Costantiniano (a sinistra) e di Isabella la Cattolica (a destra)

1825 a professore in seconda della Clinica Chirurgica della Reale Università e il conseguimento nel 1827 dell'onorificenza della croce dell'Ordine Costantiniano²⁰, a cui fece seguito nel 1829, in occasione del viaggio in Spagna al seguito dei sovrani napoletani per il matrimonio di Ferdinando VII, il riconoscimento della croce di commendatore dell'Ordine americano di Isabella la Cattolica²¹.

Dal 1832, alla morte del Bocconera, divenne anche direttore della clinica chirurgica²² nella quale insegnò complessivamente per circa venticinque anni.

Nella sua lunga vita professionale, si occupò anche di medicina sociale partecipando alle attività del Consesso Vaccinico, voluto dal governo napoletano che riteneva la vaccinazione (antivaiolosa) fonte di salute sociale e di prosperità civile, divenendone successivamente presidente nel 1840.

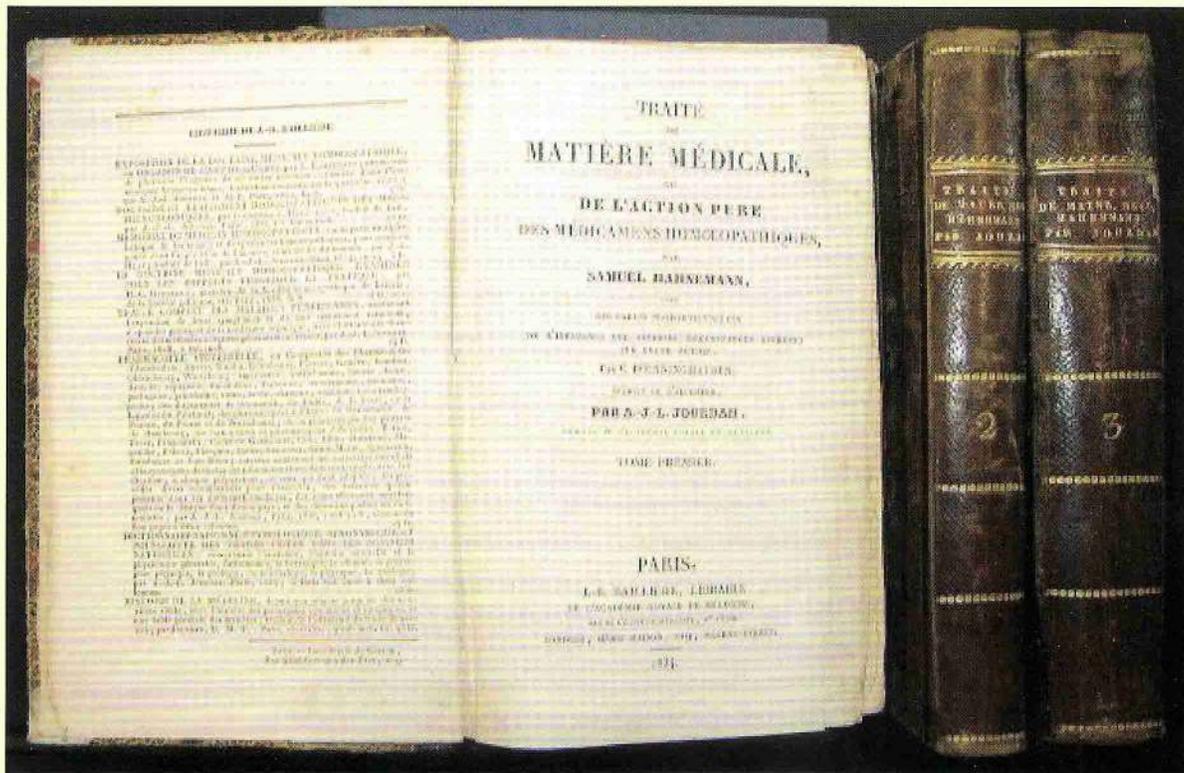
Inoltre de Horatiis si interessò di ostetricia, ma di tale attività esistono poche note.

Una breve testimonianza è riportata nel testo di beatificazione e canonizzazione di frate Egidio, nel quale viene riportato che De Horatiis, nel mese di ottobre 1811, venne chiamato dall'ostetrica Caterina Cantarella per un parto distocico.

20 «Il Sacro militare Ordine Costantiniano di San Giorgio è un Ordine Equestre di collazione della casa Borbone di Napoli le cui origini vengono tradizionalmente fatte risalire all'imperatore Costantino I; esso sarebbe stato costituito dopo il ritrovamento della vera Croce, motivo per cui potrebbe essere considerato il più antico ordine cavalleresco della cristianità. L'Ordine si propone la glorificazione della Croce, la propagazione della Fede, e la difesa della Chiesa Apostolica Romana. Inoltre, si propone anche di dare il suo maggior contributo d'azione e di attività alle due grandi opere eminentemente sociali dell'Assistenza Ospedaliera e della Beneficenza.»

21 Ordine creato da Ferdinando VII per «premiare la fedeltà alla Spagna ed il merito di cittadini spagnoli e stranieri per il bene della nazione».

22 Nel 1837 partecipò ai lavori di una commissione di valutazione sulle "operazioni di litotripsia col metodo del barone Heurteloup eseguite dal dott. Colliex in Napoli". certificando un favorevole giudizio (Nuovo Osservator Veneziano 1837).



«Andate via non sono capace di guarirvi.»
Hahnemann

Hahnemann al colmo della sua sfiducia nella scienza corrente, impotente a guarire, prende le distanze dalla medicina del tempo per dar vita ad una rivoluzione del metodo terapeutico più che del pensiero scientifico: l'Omeopatia.

Se de Horatiis da un lato fu sempre soddisfatto delle proprie capacità chirurgiche, dall'altro, dal punto di vista medico, continuò ad essere critico sulle limitate possibilità diagnostiche terapeutiche dell'epoca. Pertanto, nella sua continua ricerca del vero, tentò anche la strada dell'omeopatia, divenendone, poi, uno strenuo sostenitore.

Probabilmente gli erano giunti gli echi delle prime notizie sull'Omeopatia apparse nel 1801 sulle pagine dell'Osservatore Medico di Napoli, ma ebbe la possibilità di avvicinarsi alla teoria dei simili solo nel 1821, quando, non senza resistenze da parte del mondo medico partenopeo, il sistema hahnemanniano approdò con l'arrivo delle truppe austriache²³.

Pertanto De Horatiis, iniziato nel 1822 all'Omeopatia dal Dr Necker, fu uno dei primi a Napoli a sposare la causa dell'empirismo terapeutico. Ben presto per competenza e posizione sociale, divenne "capo della triade"²⁴ di sapienti e ardenti

apostoli della dottrina di Hahnemann". Inoltre, avendo guarito la regina da grave malattia con i nuovi rimedi, riuscì ad ottenere il consenso del re Francesco I²⁵, che subito si dichiarò Patrono dell'Omeopatia e degli omeopatici. Nel 1826 cercò di catturare anche la benevolenza dell'Accademia Medico Chirurgica di Napoli tenendo, alla presenza del Prof. Tommasini²⁶, un'orazione²⁷ in latino, nella quale si denunciavano gli errori della vecchia scuola, a fronte dei risultati positivi derivanti dal sistema dei simili, e si sosteneva la necessità di sperimentare praticamente la validità dei nuovi presupposti teorici. Di conseguenza, nello stesso anno, de Horatiis pubblicò i primi dati sui risultati delle cure omeopatiche sul

tuiro i medici partenopei di maggior riferimento nel settore omeopatico.

23 Nell'esercito austriaco l'Omeopatia era di moda. Molti la praticavano per snobismo, fede, compiacenza e opportunismo.

24 Nell'Ottocento Mauro, Romani, insieme con De Horatiis costi-

25 Anche Francesco I venne prontamente sanato da una fastidiosa angina con il trattamento omeopatico prescritto da de Horatiis.

26 Il Prof. Tommasini in una lezione a Bologna, pur non rinnegando la propria scuola, si dichiarò favorevole all'Omeopatia, e consigliò di fare esperimenti con i rimedi omeopatici.

27 *Oratio habita in Accademia medico chirurgica.*

“Saggio di clinica Omiopatica²⁸ per la prima volta tentata a Napoli”. Inoltre, successivamente, sempre nell’ospedale Militare Generale della Trinità, dal 13 aprile al 17 settembre 1829, vennero effettuate sperimentazioni, da parte e sotto il controllo di una regia commissione mista omeo-allopatrica. Le valutazioni, dagli esiti incerti, avvennero in un clima di scontri e di discordanze di vedute, colorate dalla presenza del giallo dell’accusa di morti, mai riscontrate, e di un tentativo di avvelenamento con arsenico, probabilmente posto in essere da un allopatra al fine di sabotare i risultati della sperimentazione, che giunse al termine²⁹, in occasione del viaggio di de Horatiis in Spagna, al seguito dei sovrani del Regno delle due Sicilie per il matrimonio di Ferdinando VII.

Nella sua trasferta a Madrid de Horatiis lesse all’Accademia di medicina un rapporto sulla Clinica di Napoli e a Parigi tenne una lezione sulla teoria di Hahneman, contribuendo in tal modo alla diffusione del sistema dei simili in questi Paesi.

Al rientro a Napoli, il 1 Luglio 1829, diede avvio alla pubblicazione Effemeridi di Medicina Omiopatica e successivamente continuò ad occuparsi e ad insegnare l’omeopatia, unitamente alla chirurgia, fino alla morte nel marzo del 1850.

Infatti de Horatiis si convinse sempre di più della bontà del sistema dei simili allorquando, in occasione delle epidemie di colera, (complessivamente 6307 casi di colera curati omeopaticamente, con 458 morti corrispondenti ad una percentuale di mortalità del 7.25%, a fronte del 50-70% nel versante dei casi trattati allopatricamente) riportò lusinghiere casistiche di guarigione (96 malati di colera con 2 morti nel 1836 e 108 malati curati con 6 decessi nel 1837³⁰), che rafforzarono la propria convinzione di proseguire nello studio e nelle cure hahnemanniane.

Nel 1841 diede anche alle stampe anche una pubblicazione dal titolo *Esposizione della dottrina Medica Omiopatica ovvero l’organo dell’arte del guarire di Hahnemann accompagnato da frammenti di altre opere dell’autore*, seguita nel

1845 da *Una Farmacopea omiopatica* (Une Pharmacopee Omeopatique).

Nonostante si vivesse in un’epoca in cui ogni patologia non poteva godere di terapie certe e si concludeva quasi sempre con salassi, fino alla perdita dei sensi, con emetici, catartici, sanguisugi e farmaci a dosi spropositate e nella quale medici come Borelli a Torino il quale, pur avendo salvato malati di colera, con la sola assunzione di acqua, venivano posti alla gogna, rei di aver sfidato le teorie in voga, l’Omeopatia non seppe cogliere l’opportunità, offerta dalla suddetta epidemia, di pubblicizzare i tanti successi terapeutici conseguiti e, pertanto, si lasciò sopraffare dalla frattura con medicina allopatrica. Tuttavia se in ambito professionale riuscì a raggiungere vette eccelse, nel privato non fu da meno: de Horatiis fu sempre «*tipo esemplare di energia, di buon volere e probità*».

Di alta presenza, ma gracile e di animo nobile, pur amando all’inverosimile i suoi studi, non fece mai venir meno il ricambiato affetto per i propri familiari. Fu sposato a Maria Padula ed ebbe quattro figli di cui uno valente magistrato³¹.



Giuditta del Bonzino

28 180 casi di malati curati nell’Ospedale Generale della Trinità, con rimedi omeopatici, secondo alcuni autori, a volte integrati con medicina legata alla tradizione e con la chirurgia.

29 Altre versioni sostengono che la chiusura venne operata per dispetto del Ministro Segretario di Stato della Guerra e della Marina con tale giustificazione: «ho stimato sopprimere la suddetta clinica, lasciando al tempo e ad una più lunga esperienza europea a giudicarne».

30 L’epidemia di colera da Napoli, dove era scoppiata il 2 ottobre 1836, si estese in Isernia, da luglio a novembre del 1837, provocando grandi lutti. Ogni giorno morivano, entro ventiquattro ore dall’insorgenza del male, fino a 13 persone al dì. Secondo i registri obituari dell’epoca si verificarono circa cinquecento decessi (per V. Nani ottocento) e le numerose salme vennero deposte in una fossa comune nel Santuario dei Santi Cosma e Damiano.

31 De Horatiis, in occasione di una fastidiosa corizza che affliggeva Ferdinando I, ricevette uno schiaffo dal re, in quanto colpevole di non riuscire a guarirlo. Il sovrano, per farsi perdonare, fece seguire alle immediate scuse la nomina a magistrato del figlio di de Horatiis.



Battaglia di Salvator Rosa

Fu anche amante dell'arte al punto tale che trasformò i suoi appartamenti in pinacoteca, dove tra i tanti dipinti³², erano collocati alcune battaglie di Salvator Rosa, due paesaggi del Carocci, Giuditta de Bronzino e tante altre opere di autori importanti come Luca Giordano.

Studiava in una biblioteca³³ ricca di rare opere chirurgiche, letterarie e filosofiche, contenute in una libreria antica di tredici ante.

Appassionato agli studi, profondo ricercatore del vero, fu felice, fino alla morte, di trasmettere, con affetto paterno, a tutti i discepoli gli ideali e le competenze necessarie per l'esercizio di una sapiente pratica medico-chirurgica.

Dal 26 marzo 1850, de Horatiis, uno dei più grandi lumi del Regno di Napoli, riposa nel quadrato degli illustri del cimitero di Poggioreale in Napoli, città che, in tal modo, intese tributargli riconoscenti onori.



32 *Notizie del bello dell'antico del curioso della città di Napoli*, Di Carlo Celano.

33 *Descrizione della città di Napoli e sue vicinanze: divisa in XXX giornate*, De Lauzieres, Nobile. D'Ambra.

Degna di considerazione è ancora la copiosa biblioteca in tredici armadi, dove soprattutto tra le opere chirurgiche ne potete vedere di grandissimo pregio, ed una che presso di noi è unica, vogliam dire l'Hunter G. *Anatomia Huteri humani gravidæ* (tavole): Birmingham: Baskerville 1774. Le altre sono: Leopoldo e Floriano Galdani. *Icones Anatomicae*. Venez. Picchiotti 1801. vol. 4. — Mascagni. *Vasorum lymphaticorum corporis hum.* Siena: Pazzini-Carli 1787. — B. G. Albini. *Tabulae ossium human.* Leiden: Verbeek 1833. vol. 2. — G. Cowper. *Anat. corpor. human.* Londra: Langerak 1739. — A. Haller. *Anatomen cadaveris virilis.* Gottinga: Vandenhoeck 1734 — P. Cowper. *Planches pour les oeuvres de P. Camper.* Parigi: Janson. 1803. — Scarpa. *Sull'aneurisma.* Pavia: Bolzani. 1804. — Tutte opere e tavole in folio massimo. Ed oltre a ciò potete visitare anche la preziosa raccolta di strumenti chirurgici, dove avrete a notare i più rari dell'Horteloup, del Civiale, dello Scarpa, dell'Assalini.

fra i molti dipinti alcune battaglie di Salvator Rosa — due paesaggi de' Caracci — una Madonna col Bambino del Sassoferrato — una Giuditta del Bronzino — un busto dell'Eterno di Scipione Pulzone da Gaeta — una nascita del Redentore di Polidoro da Caravaggio — un Gesù Cristo al Calvario di Mico Spadaro — un Mosè salvato dal fiume dalla figlia di Faraone; opera assai stimata di Pacecco de Rosa — una strage degli innocenti di Luca Giordano — un S. Sebastiano di Andrea del Sarto, ed altri molti di scuola italiana e fiamminga.

A noi medici del terzo millennio, pur nella diversità epocale scientifica e sociale, spetta il compito di ravvivarne la memoria e seguirne l'esempio, insegnamento valido anche per l'esercizio della medicina moderna.

Opere pubblicate da Cosmo de Horatiis

- *Saggio di clinica Omeopatica*, 1826. Il volume creò grande entusiasmo nella classe medica e aprì un dibattito molto acceso sulla rivoluzionaria teoria. In questa opera fondamentale per la nascita della Omeopatia in Italia e della Scuola Omeopatica Napoletana, favorita dal Re di Napoli, curato e guarito con i nuovi metodi, sono riportati 180 casi, documentati, di malati curati con successo con la omeopatia.
- *Esame comparativo delle dottrine del Brown, di Rasori, di Hanneman*. Discorso Accademico scritto in latino, per l'accademia medico chirurgica.
- *Sulla dottrina omeopatica*. Orazione latina letta nell'Accademia di Medicina di Parigi nel 1830.
- *Effemeridi omeopatiche*. Compilate insieme al Pezzilli.

Opere da lui tradotte

- *Sul governo delle piaghe di Undervond;*
- *Sull'uso dei bagni di Marcare;*
- *Sull'arte di ricettare del Tromsdorf;*
- *Opere chirurgiche di Desault;*
- *Arte ostetricia di Baudeloque.*