

GLI OSPEDALI MATERNO-INFANTILI IN ITALIA

Uno sguardo storico

ALBERTO G. MARCHI

UO di Pronto Soccorso e Primo Accoglimento, IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

Gli ospedali infantili hanno avuto, e hanno tuttora nel nostro Paese, un ruolo importante nell'assistenza e nella cura del bambino e dell'adolescente. Ripercorrere sinteticamente le loro vicende storiche, con particolare riferimento alle motivazioni della loro nascita e alle caratteristiche del loro sviluppo, può essere utile per pensare al loro ruolo all'inizio del terzo millennio, se è vero che non ha futuro chi non ha memoria del passato.

Cronistoria

Il primo ospedale dedicato esclusivamente ai bambini nasce nel 1802 a Parigi, seguito da quelli di Dublino (1921), San Pietroburgo (1834), Vienna (1837), Budapest (1839), Praga (1842), Berlino (1843). Nel nostro Paese, dopo i primi a Torino, sono istituiti in molte città nella seconda metà dell'Ottocento (*Tabella I*). Nel Novecento il quadro si completa con gli ospedali di Mantova e Parma (1900), il Salesi di Ancona (1900), l'Umberto I di Brescia (1902), il Kolliker di Torino (1928), il Gaslini di Genova (1938), e quello dei Fratelli Crobu a Iglesias (1981).

GLI OSPEDALI INFANTILI IN ITALIA NELL'OTTOCENTO

1843	Torino, Istituto Sanitario per l'infanzia
1845	Torino, Ospedale S. Filomena
1856	Trieste, Spedale Infantile
1869	Roma, Bambin Gesù
1880	Torino, Regina Margherita
1881	Napoli, Ravaschieri (Santobono)
1881	Cremona
1882	Palermo, Di Cristina
1884	Firenze, Anna Meyer
1887	Torino, Ospedale Maria Vittoria
1888	Genova, San Filippo (Galliera)
1890	Alessandria, Cesare Arrigo
1897	Milano, Ospedale dei bambini
1897	Bari, Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII

Le date corrispondono per alcune strutture all'inizio dell'attività dei comitati promotori.

Tabella I

La nascita dei primi ospedali infantili precede il distacco della Pediatria come disciplina autonoma dalla Medicina interna, che avviene alla fine dell'Ottocento, ed è sancito dal primo Congresso Nazionale nel 1890, dalla fondazione della Società Italiana di Pediatria nel 1898 e dalla istituzione di insegnamenti universitari autonomi di Pediatria. È dovuta a iniziative filantropiche private, allo scopo di ovviare alla situazione drammatica del bambino nell'Ottocento¹⁻¹⁰.

Lo scenario storico

Nell'Ottocento le condizioni di vita della maggior parte della popolazione in Europa sono particolarmente difficili: povertà, denutrizione, carenze di igiene, ignoranza, lavoro prolungato per molte ore al giorno, malattie infettive, sono responsabili di una elevatissima mortalità infantile.

Rispetto al secolo precedente non si è verificato nessun miglioramento: la mortalità nel primo anno di vita in Italia è tra le più alte in Europa (25-30%), e solo nel secolo successivo scenderà al 12.7% nel 1925, con valori comunque doppi rispetto alla Svezia; poco più della metà dei nati vivi supera l'età di 5 anni, in rapporto, oltre alle condizioni generali di vita, alla diffusione del baliatico e della esposizione alla ruota (*Tabella II*). Molti illegittimi o nati da famiglie povere delle città sono affidati a balie campagnole denutrite e sottoposte a lavori pesanti: la loro mortalità è più elevata di quella dei bambini allevati in famiglia. Frequenti sono anche l'esposizione alla ruota e l'affido all'assistenza di istituti, dal nome chiaramente indicativo: Istituti degli Esposti, degli Innocenti.

Brefotrofi e orfanotrofi non assicurano tuttavia condizioni accettabili di vita né di sopravvivenza:

CAUSE DI MORTALITÀ INFANTILE NELL'OTTOCENTO

- Povertà, denutrizione, carenza di igiene, ignoranza, malattie infettive
- Baliatico
- Esposizione alla ruota
- Lavoro minorile

Tabella II

IL LAVORO MINORILE NELL'OTTOCENTO

In 266 manifatture di seta, lana e cotone in Piemonte e Liguria nel 1841:

- l'orario di lavoro è di 12-14 ore al giorno
- dei 12.216 operai 6211 sono donne e 2783 fanciulli
- il numero dei fanciulli malati a causa del lavoro (229) è maggiore di quelli mandati a scuola (196)

Da voce bibliografica 8, modificato.

Tabella III

in molti casi si ha vera e propria strage degli innocenti. Al di fuori delle classi privilegiate, l'infanzia non esiste: si mettono al mondo molti figli per avere la possibilità che alcuni sopravvivano, per essere al più presto avviati al lavoro (Tabella III). Se si ammalano, possono essere accolti negli ospedali generali solo dopo l'età di 7 anni, nella più assoluta promiscuità con gli adulti, occupando spesso in due o più lo stesso letto. Questa situazione determina iniziative filantropiche di benefattori, spesso nobili, come il conte Franchi di Pont e la marchesa Giulia Felletti di Barolo a Torino, i duchi Salviati a Roma, la duchessa di Galliera a Genova, la duchessa Sanaschieri a Napoli, che, colpiti dalla perdita di loro cari, si impegnano in qualche caso anche personalmente nell'assistenza ai bambini, e comunque stimolano la formazione di comitati promotori per la ricerca dei fondi necessari a mantenere le iniziative (Tabella IV).

Sarà questa la motivazione della nascita nel Novecento anche dell'ospedale Kolliker di Torino e del Gaslini di Genova.

A Trieste è la ricca borghesia multietnica che si attiva per aprire l'ospedale infantile due giorni prima della visita dell'imperatrice Sissi. A Torino, Palermo, Alessandria, Milano, Parma e Ancona sono i medici a promuovere gli ospedali infantili, ed è un medico che a Brescia convince il Comune, per onorare la memoria del re Umberto I assassinato, ad aprire l'ospedale per bambini.

L'esperienza dei Paesi esteri ha infatti dimostrato che strutture dedicate esclusivamente ai bambini migliorano le conoscenze sulle malattie infantili e quindi le possibilità di cura, riducendo significativamente la mortalità^{2,3,6-8}.

La prima assistenza ospedaliera

L'inizio dell'attività avviene in strutture di fortuna, poche stanze ospitate in conventi o abitazioni civili; si parla quindi di ospedalini o ospedaletti per distinguerli da quelli dell'adulto, anche se alcuni hanno sin dall'inizio dimensioni non piccole: ad esempio, a Trieste, 24 letti non sono pochi in una città di 104.707 abitanti nel 1857 (Tabella V). L'ampliamento e il trasferimento in sedi più adatte saranno successivi, per donazioni o lasciti di benefattori, ai quali saranno intitolati gli ospedali di Trieste (Burlo Garofolo e Alessandro e Aglaia de Marnassi), Alessandria (Cesare Arrigo), Milano (Vittore Buzzi), Firenze (Anna Meyer), Genova (Giannina Gaslini).

L'assistenza è gratuita per i bambini di famiglie povere, ed è assicurata da alcune suore coadiuvate da "inservienti". Non esistono ancora gli infermieri, che verranno istituiti nel Novecento, né tantomeno le vigilatrici d'infanzia: gli ospedali pediatrici cureranno la formazione del personale infermieristico per le peculiari necessità di assistenza e cura del bambino¹¹. I medici prestano la loro opera gratuitamente, e "pie signore" collaborano su base volontaria. L'età di competenza è in genere compresa tra 2 e 7 anni, poi si estenderà anche ai bambini più piccoli e fino a 12 anni.

Inizialmente quindi l'assistenza prevale sulla cura: i ricoveri sono prolungati per aiutare la famiglia impegnata nel lavoro; gli ambulatori distribuiscono gratuitamente latte, cibo e medicine alle famiglie povere; a Bari l'attività nei primi anni è esclusivamente ambulatoriale. La "mission" socio-sanitaria si protrarrà a lungo nel tempo, attraverso le alterne vicende, spesso molto difficili, che porteranno alla trasformazione degli "ospedaletti" via via in Enti Morali, Pie Fondazioni, Enti Specializzati Regionali, Istituti di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico, Aziende Ospedaliere. Si passa così, con tempi e modalità diverse, alla fase di attività sanitaria e scientifica, di ricerca oltre che di ricovero e cura: l'ampliamento delle conoscenze migliora infatti l'assistenza, e l'assistenza qualificata è l'oggetto della ricerca (Tabella VI).

Diverso sarà il destino degli ospedali infantili: alcuni perderanno l'autonomia, pur continuando l'attività assistenziale al bambino nell'ambito di ospedali generali, altri cesseranno ogni attività; quattro di essi diventeranno ospedali materno-infantili.

APPELLO DEL COMITATO PROMOTORE SPEDALE INFANTILE (TRIESTE, 1856)

«Dove squallida miseria e la indispensabilità del travaglio costringono i genitori a passare gl'interi giorni fuori di casa, affine di guadagnare il vitto per l'indigente famiglia, sono dessi nella dolorosa necessità di abbandonare i figli in casa senza sorveglianza, esposti ad ogni sorta di pericoli»

Per «assicurare gratuitamente ai fanciulli di poveri genitori adeguato asilo, è d'uopo aver cura di fanciulli colti da malattia» in quanto «trovansi allora i genitori nella fatale alternativa o di rinunciare alle proprie occupazioni al di fuori, esponendo con ciò se stessi e tutta la famiglia a totale miseria, od altrimenti di recarsi ai lavori di propria professione, lasciando l'infermo bimbo senza cura di sorta».

«Vuolsi ora porre rimedio a sì grave mancanza, coll'istituire anche in Trieste uno spedale apposito per fanciulli e ciò mediante benefici contributi e prestazioni di caritatevoli medici».

dott. Antonio Lorenzutti, direttore Civico Ospedale; dott. Alessandro cav. de Goracuchi, consigliere municipale; cav. Achille Carassone, direttore Istituto generale dei poveri

Tabella IV

STATUTO ORGANICO DELL'OSPEDALE INFANTILE DI TRIESTE approvato dalla Eccelsa I.R. Presidenza Luogotenenziale 11 maggio 1860 - N.° 927-P

- L'Ospedale Infantile, dedicato alla fausta ricordanza della prima venuta in Trieste di S.M. l'Imperatrice Elisabetta, nell'autunno del 1856, sta sotto tutela speciale della Consorte di S.E. il Sig. Governatore di Trieste, e porta il sempre onorando nome della benemerita sua promotrice la Signora Maria Alessandrina Baronessa de Langenau-Mertens.
- È mantenuto con annui contributi, e col frutto del capitale di fondazione.
- Vi vengono accolti e trattati gratuitamente bambini d'ambo i sessi, realmente poveri, di tutti i culti, ed affetti da morbi curabili.
- La gestione materiale è affidata a due RR. Ancelle della carità, ad un congruo numero d'inservienti, compresi il portiere, e potrà essere sorvegliata per turno da alcune pie benefattrici.
- Il numero dei letti si limita per ora a ventiquattro, compresi sei di riserva, aumentabili giusta i mezzi ed i bisogni.
- Fondatori sono quei benefattori che hanno dato almeno cento fiorini, o che s'impegnarono di contribuire annualmente per lo meno fiorini venti senza limitazione di tempo.

Tabella V

Gli ospedali materno-infantili

La loro storia è relativamente recente e inizia nel 1972, contemporaneamente a Trieste e a Genova (Tabella VII). L'ostetricia in un ospedale pediatrico è una novità, non solo in Italia, una decisione rivoluzionaria, in linea con la concezione che si stava allora diffondendo in campo internazionale della Mother Child Health¹². Salute non è soltanto assenza di malattie, è benessere globale, fisico e psichico in un ambiente che lo favorisca, è "cura", non soltanto terapia di malattie, è "prendersi cura" del benessere delle persone. La salute della mamma e quella del bambino sono fortemente interdipendenti, e le "cure" devono essere rivolte a questa interdipendenza. È una concezione che allarga i confini della medicina, una nuova frontiera dei ser-

vizi sanitari. Si passa dalla mera cura delle malattie alla promozione della salute centrata sulla famiglia, come è sostenuto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che plaude alla iniziativa e avvia stretti rapporti di collaborazione. I primi risultati sono eclatanti, a cominciare dalla mortalità perinatale e neonatale, che a Trieste raggiungono valori minimi in campo internazionale.

Gli ospedali infantili alla fine del XX secolo

Nel 1998, secondo i dati ufficiali del Ministero della Sanità¹³, l'assistenza ospedaliera al bambino era garantita da 493 strutture pediatriche in ospedali generali e da 13 ospedali infantili (Figura 1). In

DAGLI OSPEDALETTI ALLE AZIENDE E AGLI IRCCS

- Alterne vicende, spesso difficili, hanno portato alla trasformazione degli ospedaletti in Enti Morali, Pie Fondazioni, Enti Specializzati Regionali, Aziende Ospedaliere, IRCCS
- La "mission" degli ospedali infantili è stata per lungo tempo prevalentemente di tipo assistenziale socio-sanitaria
- Nella seconda metà del Novecento essa è diventata di tipo sanitario scientifico, di ricerca e insegnamento oltre che di ricovero e cura

Tabella VI

GLI OSPEDALI MATERNO-INFANTILI

1972	IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste Istituto G. Gaslini, Genova
1987	Ospedale Salesi, Ancona
1995	OIRM S. Anna, Torino
1998	V. Buzzi, Milano

Tabella VII

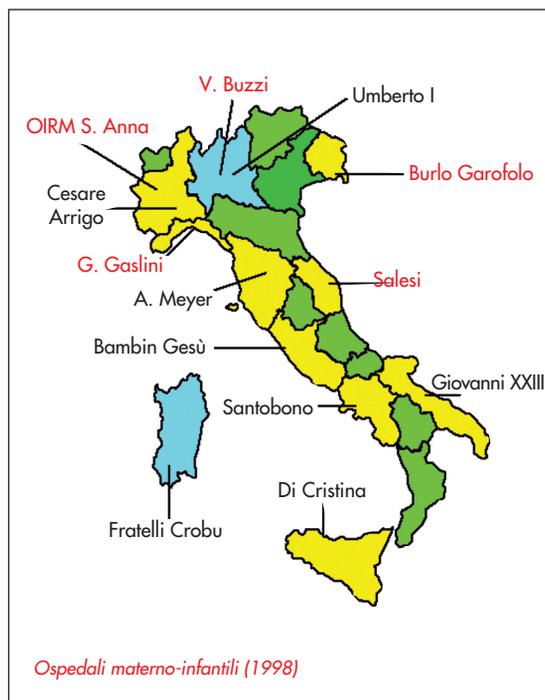


Figura 1. Ospedali pediatrici e materno-infantili in Italia.

realità due di questi, Brescia e Iglesias, hanno già perso la loro autonomia di ospedale infantile.

All'inizio del terzo millennio, quali prospettive hanno gli ospedali infantili e materno-infantili?

Nella situazione attuale di limitata disponibilità di risorse per la sanità, a fronte di un continuo aumento dei costi per l'assistenza, è doverosa una valutazione costi/benefici, che non può essere meramente economica, ma deve considerare i benefici per la salute non solo del bambino ma della società intera. Le risorse indispensabili per assicurare le funzioni degli ospedali infantili devono essere importanti, ma la loro esistenza è concepibile solo a condizione di assicurare l'eccellenza nell'assistenza e nella ricerca, come punti di riferimento per la gestione di patologie complesse e la formazione del personale, la disponibilità di tutte le superspecialità o subspecialità relative all'ambito materno-infantile¹⁴. Il problema dei criteri minimi per il loro accreditamento non è affrontato dal recente Piano Obiettivo Materno-Infantile, che si limita ad accennare ai Policlinici Infantili come centri di riferimento per le patologie di terzo livello.

Al di là degli aspetti organizzativi e tecnologici, essenziale appare il contributo che gli ospedali infantili possono e devono dare allo sviluppo della cultura dell'infanzia.

La cultura dell'infanzia

Il riconoscimento dei diritti del bambino è recente, con la Dichiarazione dei Diritti del Bambino delle Nazioni Unite del 1959, che ha ampliato quella precedente della Lega delle Nazioni del 1924, e soprattutto con la Convenzione sui Diritti del Bambino, approvata nel 1989 dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite¹⁵. La Convenzione è importante sia perché, una volta ratificata, diventa un vero e proprio vincolo giuridico per gli Stati contraenti, sia anche perché segna il passaggio da una impostazione basata sui bisogni essenziali all'affermazione che i bambini sono titolari di diritti civili, politici, sociali, culturali ed economici, esattamente come gli adulti, anche se la realizzazione di questo impegno è tuttora parziale in molti Paesi.

La vera cultura dell'infanzia richiede un ulteriore salto di qualità, come sottolineato dal documento del Comitato Nazionale di Bioetica^{16,17}; richiede una profonda riflessione sulla complessità della realtà dell'infanzia e sulla convivenza tra mondo degli adulti e mondo dell'infanzia, nonché il riconoscimento della capacità del bambino, fin dalla nascita, di instaurare relazioni e di influenzare il mondo degli adulti. Il coinvolgimento e la diffusione di

questa cultura tra gli operatori dell'infanzia, in particolare di quelli della cura della salute, sono indispensabili premesse per la sua diffusione ai genitori e alle famiglie, luoghi privilegiati per la salute.

Bibliografia

1. Mussa GC, Pilotti G. La pediatria a Torino alla fine del secolo XIX. *Minerva Pediatr* 1997;49:433-50.
2. Amico Burlo. Dal 1856 un servizio d'avanguardia per la salute dei bambini. Ed. Istituto per l'Infanzia Pie Fondazioni Burlo Garofolo e Dott. Alessandro ed Aglaia De Mannusi di Trieste, Tipografia Litografia Moderna, Trieste, 1988.
3. Sironi AV, Napoli C. I piccoli malati del Gianicolo. Storia dell'ospedale pediatrico Bambin Gesù. Roma-Bari: Ed. Laterza, 2000.
4. Guarnieri P. Ospedali e ambulatori per l'infanzia tra '800 e '900. *Riv Ital Pediatr* 2001;28:182-5.
5. Maggioni A. 100 anni di storia della pediatria italiana. <http://www.inpureohomo.per.med.uniroma1.it/ita/maggioni.htm>
6. Monterisi N, Parigi P. 1884-1954. Cento anni di vita dell'ospedale Infantile "Anna Meyer" di Firenze. Firenze: Casa Ed. Le Monnier, 1984.
7. Zocchi P. L'assistenza all'infanzia in Lombardia e a Milano nell'Ottocento e nel primo Novecento. In: Sironi A, Taccone F. I bambini e la cura. Storia dell'Ospedale dei bambini di Milano. Bari: Ed. Laterza, 1997:31-57.
8. Lera R, Botta R. L'Uspidalët. L'ospedale Infantile "Cesare Arrigo" di Alessandria dalle origini alla seconda guerra mondiale. Recco (GE): Ed. Le Mani, 2001.
9. Semprini A. Origini e storia di un ospedale pediatrico. L'ospedale dei bambini "Umberto I" di Brescia. Cento (FE): EDITEAM s.a.s. Gruppo Editoriale, 2002.
10. Gaslini G. Tavole di Fondazione dell'Istituto "Giannina Gaslini" per la cura, difesa e assistenza dell'Infanzia e della Fanciullezza. Genova: Istituto Grafico Basile C., Edizione riveduta 1967.
11. Pitacco G. La vigilatrice d'infanzia a Trieste. In: Rosignoli Jerman N. L'assistenza infermieristica a Trieste tra passato e presente. Trieste: W. Grandis Ed., 1990.
12. Istituto per l'Infanzia 1856-1974. Trieste: Stabilimento Arti Grafiche, Smolars SpA, 1974.
13. Lispi L, Alfo M. L'assistenza ospedaliera pediatrica: il quadro generale della situazione italiana. *Ospedale e Territorio* 2000;1(suppl 1):1-8.
14. Perletti L. Proposta di requisiti minimi degli ospedali pediatrici italiani (comunicazione personale).
15. Convenzione sui Diritti dell'Infanzia. Assemblea Generale delle Nazioni Unite, New York 20 novembre 1989. http://www.webscuola.it/static/unicef/convenzione_UNU.pdf
16. Bioetica con l'infanzia. Comitato Nazionale per la Bioetica. <http://www.palazzoehigi.it/bioetica/doc/doc14.htm>
17. Nordio S (a cura di). La cultura dell'infanzia a partire da Milani Comparetti. Milano: Guerrini e Ass. ed, 1999.

IMPORTANTE!!! LA SEDE DEL CONVEGNO È STATA SPOSTATA

ACP UMBRIA - ACP LAZIO - MEDICO E BAMBINO

NEUROPSICHIATRIA QUOTIDIANA PER IL PEDIATRA

Roma, 30-31 maggio 2003 - Nuova sede: Residence Mayfair - via Sicilia 183

Segreteria scientifica

ACP Lazio - ACP Umbria - Medico e Bambino
C. Berardi, E. Coltura, S. Corbo, F. Marolla, F. Panizon,
F. Passalacqua, A. Pierini, L. Reali, V. Sarno, M. Valente

Segreteria organizzativa

Quickline s.a.s., Via S. Caterina da Siena, 3 - 34122 Trieste
tel. 040 773737 - 040 363586 Fax 040 7606590
Cell. 333 5223519 e-mail: info@quickline.it