



MATTIOLI 1885

ANNO V - NUMERO 2/2011 ISSN 1970-8165

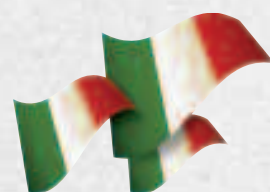
PEDIATRIA PREVENTIVA & SOCIALE

ORGANO DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI PEDIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE

2/2011



**BAMBINI E PEDIATRIA LUNGO
I 150 ANNI DALL'UNITÀ D'ITALIA**



1861 > 2011 >>

150° anniversario Unità d'Italia

POSTE ITALIANE S.P.A. - SPED. IN A. P. - D.L. 353/2003 (CONV. IN L. 27/02/2004 N° 46) ART. 1, COMMA 1, AUT. N° 060019 DEL 15/09/06 - DCB BO



*“... Ci auguriamo che la ricerca scientifica
e più in generale la cultura pediatrica
nel nostro Paese facciano sempre di più e meglio
per gli effetti sulla salute in età evolutiva,
anche attraverso gli straordinari ausili prodotti
dalla rivoluzione in atto nel campo della comunicazione.
Si tratta di dare risposte ai grandi problemi emergenti
nelle società contemporanee avanzate:
i disturbi mentali e comportamentali;
le problematiche adolescenziali
con i connessi fattori di rischio a cominciare da incidenti;
droghe, devianze;
la protezione dello sviluppo in età evolutiva
nel quadro dei rischi tipici delle società moderne
a partire da quelli connessi alla televisione e a Internet;
le nuove epidemie, dall'obesità alle infezioni emergenti;
il ruolo dei fattori ambientali sulla salute infantile;
la qualità di vita dei malati cronici in età evolutiva.
Tutto questo richiede cambiamenti importanti per la pediatria,
non certo facili anche perché condizionati
dalla volontà di ascolto di altri soggetti e poteri
nel sistema italiano sanitario e della ricerca.
Occorre grande impegno unitario,
lavorando sul rapporto tra pediatria generale e pediatrie specialistiche;
su criteri e modi per realizzare azioni concertate e reti;
sul collegamento tra produzione di nuova conoscenza
attraverso la ricerca scientifica
e trasferimento dei risultati alla pratica pediatrica...”*

Armido Rubino



Il Ministro della Salute

PREFAZIONE

Numero speciale della Rivista di Pediatria Preventiva e Sociale in occasione del 150° anniversario dell'Unità d'Italia

La nostra società ha vissuto un significativo sviluppo economico, occupazionale e sociale, ma in essa emergono tuttavia alcune criticità. Fra queste vanno sottolineate le modificazioni che sono intervenute nella famiglia e nella crescita dei figli.

L'impegno delle istituzioni deve, pertanto, essere rivolto prioritariamente alla promozione dei diritti dell'infanzia: sono da citare i diversi interventi regionali grazie ai progetti sostenuti con la legge 285/97 (legge quadro sulla condizione dell'infanzia), un'esperienza importante che ha messo in circolo informazioni, saperi, buone prassi, contribuendo ad una crescita complessiva dei servizi.


Dobbiamo sicuramente rafforzare il sostegno alle famiglie nei compiti di cura e di educazione e diverse sono le esperienze per armonizzare i tempi del lavoro e i tempi di vita, offrendo ai genitori servizi in grado di promuovere la crescita dei loro figli in ambienti caratterizzati dalla presenza di professionisti qualificati.

E' importante tranquillizzare i genitori e convincerli che non è necessario ricorrere alle medicine per guarigioni veloci e immediate dei loro figli. Affidarsi ai consigli del pediatra mette al riparo da un eccessivo e spesso improprio ricorso ai farmaci, mantiene l'adeguata attenzione ai problemi di salute del bambino, garantisce la giusta alimentazione ed uno stile di vita attivo per evitare la piaga dell'obesità infantile.

La Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale svolge un importante ruolo in questo campo. E' stata insignita del titolo di Eccellenza 2011 dall' Italian Public Affairs Awards, nella categoria Società e Associazioni Scientifiche, per il progetto di prevenzione primaria dell'obesità infantile MiVoglioBene, che è stato ideato e sviluppato dai pediatri della SIPPS, nell'ambito del Protocollo d'intesa tra la Società Italiana di Pediatria e il Ministero della salute.

Il bambino manifesta bisogni che richiedono risposte diversificate, non solo in rapporto alle sue condizioni di salute, ma soprattutto in relazione allo sviluppo motorio, psichico, relazionale, emotivo e sociale. Per realizzare la massima di Aristotele: " Vedrà meglio le cose colui che ne seguirà lo sviluppo fin dalle sue origini" .

Ferruccio Fazio





XXIII Congresso Nazionale

Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale

Aiutami a crescere

15 - 17 Settembre 2011
Hotel Michelangelo, Milano

• GIOVEDÌ 15 SETTEMBRE 2011 •

17.00 Cerimonia Inaugurale

Presentazione del Congresso e Saluto dei Rappresentanti delle Istituzioni

17.30 Letture Magistrali

Presidente: Armido Rubino

Bambini e Pediatria lungo i 150 anni dall'Unità d'Italia
Roberto Giuseppe Burgio

La Pediatria Italiana nei Paesi del III mondo: un'esperienza di 25 anni in Nicaragua
Giuseppe Masera

La domanda di salute e le priorità della ricerca biomedica
Alberto Zangrillo

AIUTAMI A CRESCERE...

...in un ambiente sano
Maria Gramegna

...nel terzo millennio
Tito Boeri

Conducono: *Italo Farnetani, Fabio Fazio*

20.00 Cocktail di Benvenuto

• VENERDÌ 16 SETTEMBRE 2011 •

08.30 Comunicazioni orali

Presidente: *Luca Bernardo*

Moderatori: *Giuseppe Caramia, Luigi Greco, Gualtiero Leo*

09.30 Voglio essere vaccinato

Presidente: *Pier Angelo Tovo*

Moderatori: *Gianni Bona, Antonio Palma*

Ormai sono grande, devo vaccinarmi ancora?
Gian Vincenzo Zuccotti

Perché non mi hai vaccinato?

Marta Ciofi degli Atti

La vaccinazione MPRV

Susanna Esposito

L'esperienza con il nuovo vaccino pneumococcico 13-valente

Nicola Principi

La prevenzione del meningococco

Chiara Azzari

Discussant: *Alessandro Fiocchi, Giuseppina Meregalli*

11.00 Discussione

11.30 Voglio mangiare bene

Presidente: *Enrica Riva* Moderatori: *Luigi Falco, Giorgio Rondini*

Report sul progetto "Mi voglio bene" e "la piattaforma nazionale sull'alimentazione, l'attività fisica e il tabagismo"
Paolo Brambilla, Guido Brusoni, Giuseppe Di Mauro, Daniela Galeone, Alberto G. Ugazio

Allattamento materno ed epigenetica
Giuseppe Banderali

L'alimentazione nel nato pretermine
Lorella Gianni

Quando e come mi divezzi
Elvira Verduci

Quando mi dai il latte vaccino?
Giacomo Biasucci

Difendimi dalla pubblicità cattiva
Vito L. Miniello

Discussant: *Roberto Marinello, Riccardo Longhi*

13.00 Discussione

13.30 Pausa

14.30 Problematiche cliniche quotidiane

Presidente: Maurizio Vanelli

Moderatori: Giovanni Corsello, Bruno Nobili

Valutazione dell'efficacia di un prodotto probiotico per l'infanzia in bambini con infezioni ricorrenti alle vie respiratorie, in corso di terapia antibiotica

Annamaria Castellazzi

Mi aiuti ad ammalarmi di meno? Gli immunomodulanti

Gian Luigi Marseglia

Sono nato piccolo. Mi aiuti a crescere? L'ormone della crescita

Sergio Bernasconi

Non voglio avere dolore. I FANS

Franca Benini

Voglio respirare meglio. I farmaci antiasmatici

Luigi Terracciano

Non voglio che le mestruazioni mi rovinino la vita

Alessandra Graziottin

Discussant: Vito Console, Marina Picca

16.00 Discussione

16.30 Focus sull'autismo e sul ritardo mentale

Presidente: Francesco Tancredi

Moderatori: Antonio Correra, Leandra Silvestro

Il vissuto del genitore

Presidente Associazione Milano

Novità in tema di patogenesi

Paolo Balestri, Giacomo Rizzolatti

Diagnosi precoce alla nascita e nei primi anni di vita

Maria Luisa Scattoni

Discussant: Luisa Maria Nino, Angelo Selicorni

18.00 Assemblea dei Soci SIPPS

• SABATO 17 SETTEMBRE 2011 •

08.30 Comunicazioni orali

Presidente: Roberto Del Gado

Moderatori: Giuseppe Banderali, Roberto Liguori, Alberto F.

Podestà

09.30 Tavola Rotonda

Il pediatra che vorrei

Anna Bartoli, Samanta Bosis, Ilaria Covini, Davide Guarneri, Giuseppe Mele, Giuseppe Saggese, Leo Venturilli, Genitori Milanesi

11.00 Aggiornamenti in tema di...

I SESSIONE

Presidente: Laura Perrone

Moderatori: Mario La Rosa, Alberto Villani

Prevenzione delle IVU in pediatria

Amilcare Rottoli

Screening neonatale allargato

Giancarlo La Marca

Le infezioni a trasmissione materno-fetale

Maurizio de Martino

Nuoto e asma

Alessandro Fiocchi

Igiene delle mani

Luciano Pinto

Discussant: Lorenzo Mariniello, Rino Rosignoli

II SESSIONE

Presidente: Giuseppe Chiumello

Moderatori: Fabio Mosca, Giovanna Weber

Medicine complementari

Gianpaolo Salvioli

Il diabete

Dario Iafusco

Un bambino che zoppica

Salvatore Savasta

Fibrosi cistica

Carla Colombo

Discussant: Paola Marchisio, Rinaldo Missaglia

12.30 Discussione

13.00 Conclusione e compilazione quiz di valutazione E.C.M.

Per effettuare l'iscrizione: www.ideacpa.com/sipps2011

Segreteria Organizzativa
iDea congress
Via della Farnesina, 224 - 00135 Roma
Tel. 06 36381573 - Fax 06 36307682
E-mail: info@ideacpa.com - www.ideacpa.com



PEDIATRIA

PREVENTIVA & SOCIALE

2/2011

ORGANO DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI PEDIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE

SOCIETÀ ITALIANA DI PEDIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE

PRESIDENTE

Giuseppe Di Mauro

VICE PRESIDENTI

Sergio Bernasconi
Alessandro Fiocchi

CONSIGLIERI

Chiara Azzari
Giuseppe Banderali
Giacomo Biasucci
Alessandra Graziottin

SEGRETARIO

Susanna Esposito

TESORIERE

Nico Sciolla

REVISORI DEI CONTI

Lorenzo Mariniello
Leo Venturelli

PEDIATRIA PREVENTIVA & SOCIALE

ORGANO UFFICIALE DELLA SOCIETÀ

DIRETTORE RESPONSABILE

Guido Brusoni

DIRETTORE

Giuseppe Di Mauro

COMITATO EDITORIALE

Chiara Azzari
Giuseppe Di Mauro
Sergio Bernasconi
Giuseppe Banderali
Giacomo Biasucci
Susanna Esposito
Luigi Falco
Alessandro Fiocchi
Alessandra Graziottin
Nico Sciolla
Lorenzo Mariniello
Leo Venturelli

Registrazione Tribunale di Parma - N. 7/2005

Finito di stampare Luglio 2011

EDITORIALE

- 5 *G. Brusoni, G. Di Mauro*
“...Dobbiamo fare gli Italiani”

L'INTERVISTA

- 8 *G. Di Mauro intervista A. Rubino*
La pediatria nell'Italia unitaria

APPROFONDIMENTI

- 12 *G.R. Burgio*
1861-2011 – Bambini e adolescenti nei 150 anni dalla Unificazione del Regno d'Italia. Un profilo sociale e pediatrico
- 34 *I. Farnetani, F. Farnetani, F. Di Mauro, S. Bernasconi*
L'evoluzione della pediatria preventiva e sociale dall'Unità a oggi
- 45 *G. Corsello, M. Giuffrè, D. Di Mauro*
Il neonato in “cammino”. Dalla Nipiologia e dalla Puericultura alla Neonatologia e alla Terapia Intensiva neonatale
- 48 *S. Bertelloni, E. Dati, R. Camaiora, G. Tridenti*
La salute degli adolescenti nel 150° anno dell'Unità d'Italia



MATTIOLI 1885

spa - Strada di Lodesana 649/sx,
Loc. Vaio - 43036 Fidenza (Parma)
tel 0524/530383
fax 0524/82537
www.mattioli1885.com

DIREZIONE GENERALE

Direttore Generale
Paolo Cioni
*Vicepresidente e
Direttore Scientifico*
Federico Cioni

DIREZIONE EDITORIALE

Editing Manager
Anna Scotti
Editing
Valeria Cecci
Foreign Rights
Nausicaa Cerioli
Segreteria
Manuela Piccinu

MARKETING E PUBBLICITÀ

Direttore Marketing
Luca Ranzato
Responsabile Area ECM
Simone Agnello
Project Manager
Natalie Cerioli
Responsabile Distribuzione
Massimiliano Franzoni

“...Dobbiamo fare gli Italiani”

Guido Brusoni¹, Giuseppe Di Mauro²

¹ *Direttore di Pediatria Preventiva e Sociale*

² *Presidente Società Italiana Pediatria Preventiva e Sociale*

Questo numero della nostra Rivista vuole essere un “contributo della pediatria” ai festeggiamenti per i 150 anni dell’Unità d’Italia e si propone di ripercorrere la storia dell’unità d’Italia attraverso la storia della Pediatria italiana.

“Abbiamo fatto l’Italia, ora dobbiamo fare gli Italiani” è una celebre frase di Massimo D’Azeglio, che voleva esprimere l’esigenza politica di arrivare a una reale unificazione fra tutti i “fratelli d’Italia”. Ci piace però interpretare questa frase in senso lato, come se fosse un incitamento ai medici, agli ostetrici, ai primi “nipiologi” di 150 anni fa ad occuparsi in maniera più attenta e specifica della crescita dei neonati e dei bambini, i futuri “Italiani”.

Sarà un caso, ma è pur vero, certamente non per le parole di D’Azeglio, che l’Italia e la Pediatria italiana sono nate negli stessi anni, hanno la stessa età, e lo sviluppo politico, sociale e culturale della società italiana ha determinato di pari passo la crescita della Pediatria.

Lo ricorda il Prof. Armido Rubino nell’intervista concessa a Giuseppe Di Mauro, sottolineando che molto è stato fatto, anche con eccellenze, nei campi dell’assistenza, della cultura e della ricerca pediatrica in questi 150 anni. Oggi l’Italia è ai primissimi posti nel mondo per i bassi livelli di mortalità infantile ed è stato possibile raggiungere questo risultato anche grazie a politiche sanitarie “unitarie” su tutto il territorio italiano, che sarebbero state impensabili senza l’unificazione.

È indubbio che molto resta ancora da fare nel futuro, soprattutto rispetto alle

risposte ai nuovi bisogni espressi dalla società civile, alla ricerca e alla formazione dei futuri specialisti in termini di qualità e di completezza nell’acquisizione delle competenze specifiche.

Il rispetto dell’individualità e della personalità del bambino, della sua dignità, del suo ruolo nella famiglia e nel mondo del lavoro, spiega mirabilmente il Prof. Roberto Burgio nel suo articolo, varia moltissimo nel corso di 150 anni, sia da un punto di vista giuridico, sia da un punto di vista legislativo, sia per il riconoscimento dei diritti, sia per l’approccio da parte degli stessi genitori.

Sono variazioni indotte da un progressivo miglioramento economico e della qualità di vita soprattutto da parte delle fasce più basse della popolazione, ma anche da una diversa visione sociale dell’equilibrio familiare e da una crescente cultura del rispetto della dignità dell’uomo, qualunque sia la sua età, anzi, soprattutto del rispetto di chi è più debole e fragile. Questo è accaduto in Italia e in tutto il mondo occidentale, anche grazie a organizzazioni internazionali. Come dice il Prof. Burgio, “il valore dell’infanzia è slittato dalla sfera economica (inerente al lavoro minorile) a quella del sentimento”, cioè ad “affetto e attenzione”.

Nacque così la prima pediatria organica in Italia, “la pediatria di ieri”, ospedalocentrica, orientata a ottenere la cura delle malattie e la sopravvivenza dei neonati e dei prematuri: questa pediatria è cresciuta culturalmente con la fondazione dei primi ospedali pedia-

trici sul territorio nazionale e, nel 1898, della Società Italiana di Pediatria. Essa ha permesso lo sviluppo della “pediatria di oggi”, prevalente centrata sull’assistenza territoriale, sulla prevenzione e sugli aspetti psico-sociali della salute del bambino e dell’adolescente; vi trovano grande spazio la bioetica, l’educazione alla salute e l’attenzione all’intero nucleo familiare, ma anche la ricerca avanzata e l’assistenza al malato cronico.

Le competenze acquisite nel tempo dalla Pediatria, sottolinea il Prof. Italo Farnetani, hanno permesso all’Italia, nel corso di 150 anni, di passare da uno dei paesi industrializzati a più alta mortalità neonatale a uno dei paesi a più bassa mortalità neonatale e infantile, oggi rispettivamente al 2 per mille e al 3 per mille, secondo il rapporto UNICEF 2011.

Ciò è avvenuto attraverso l’evoluzione del concetto di sanità pubblica che ha determinato un adeguamento progressivo delle strutture dedicate all’infanzia, partendo dai brefotrofi del XIX secolo, di valenza soprattutto sociale (ruota degli esposti), attraverso gli ospizi marini per l’elioterapia ai bambini rachitici e tubercolotici, fino alle strutture dell’ONMI e ai veri e propri primi reparti pediatrici e neonatologici.

Assieme all’evoluzione delle strutture vi è stata quella della legislazione: accanto all’ONMI furono costituiti i consultori ostetrico-pediatrici, i consorzi provinciali antitubercolari, la medicina scolastica, gli uffici vaccina-

zioni, fino a giungere alla riforma ospedaliera del 1968 e alla legge 833 del 1978, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, che determinò la nascita della pediatria di famiglia, legge nota come prima riforma sanitaria, seguita poi dalla seconda (decreti legislativi 502/92 e 517/93, legge 419/1998) e dalla terza (legge costituzionale 3/2001).

Se vogliamo identificare le principali tappe evolutive della Pediatria, fa notare il Prof. Giovanni Corsello nel suo articolo, possiamo affermare che essa nasce nel grembo dell'ostetricia nella seconda metà del 1800, si identifica a sé come Nipiologia a cavallo del 1900 e come Puericoltura negli anni successivi, suddividendosi quindi, subito dopo la metà del 1900, in due tronconi di diverso interesse di studio, la Neonatologia e la Pediatria preventiva e sociale, che rientrano oggi nell'ambito della moderna Pediatria. La neonatologia in particolare ha permesso di ridurre drasticamente la mortalità perinatale e dei pretermine, soprattutto grazie alle Unità di Terapia Intensiva Neonatale (UTIN), "che sono oggi centri attrezzati in grado di erogare procedure e prestazioni estremamente sofisticate".

Va sottolineato anche che attualmente, riprendendo le parole del Prof. Rubino nell'intervista iniziale, "...La nascita e il progressivo diffondersi e consolidarsi della figura del pediatra di famiglia sono al tempo stesso effetto e causa del mantenimento di una forte cultura di pediatria generale nel Paese, sia per le cure primarie che per quelle secondarie, a differenza di quanto è accaduto in molti altri Paesi europei nei quali le cure primarie all'infanzia sono affidate al medico di medicina generale.

Questa felice convivenza di pediatria generale e pediatrie specialistiche costituisce motivo di vanto per il nostro Paese ed è ampiamente riconosciuta a livello internazionale. Essa è dovuta all'impegno culturale di molti."

Impegno che, negli anni più recenti, si è manifestato anche attraverso una specifica attenzione verso i problemi dell'adolescente, come ricorda nel suo articolo il Dott. Silvano Bertelloni.

Tutte le dichiarazioni internazionali, anche quelle recepite ma non completamente attuate nella nostra legislazione, configurano l'età pediatrica compresa nel range di età da 0 a 18 anni.

Di fatto a livello ospedaliero e universitario, "oltre il 40% dei minori 5-14 anni e la grande maggioranza (quasi l'85%) di quelli 15-17 anni viene invece ricoverato in reparti per adulti", con in più la solita disparità tra nord e sud, dove persiste ancora troppa "migrazione sanitaria", tanto che i ricoveri pediatrici sono circa il 50% in meno che al nord. Si può perciò affermare che "l'attuale situazione assistenziale in ospedale altera il diritto dell'adolescente a ricevere la "care" più adeguata e nel luogo più vicino alla sua abitazione".

L'assistenza pediatrica territoriale è messa ancor peggio: è "esclusiva fino a 6 anni, non esclusiva fino a 14 anni e opzionale fino a 16", saltando quindi quasi completamente la fascia adolescenziale. Contro questa complessiva "restrizione legislativa" dell'area pediatrica si sono attivate, fin dagli anni '60 dello scorso secolo, le società scientifiche pediatriche e quelle di categoria, ottenendo progressivi incrementi dell'assistenza pediatrica fino a quelli attuali, che non sono però ancora soddisfacenti. I principali obiettivi di un'assistenza pediatrica fino ai 18 anni sono di fornire una risposta competente ai bisogni assistenziali e psicologici degli adolescenti, di attuare una prevenzione primaria rispetto ai grossi rischi della devianza, del disagio, dei rapporti sessuali non protetti, dell'uso di sostanze, dei disordini alimentari e rispetto all'assunzione di corretti stili di vita: non cose di poco conto per futuri "cittadini".

C'è poi un problema emergente, afferma il Dott. Bertelloni, di tipo culturale, multidimensionale, multidisciplinare, normativo, funzionale e struttu-

rale: "la difficile transizione dalle cure pediatriche a quelle dell'adulto", accentuato dal fatto che "l'evoluzione delle conoscenze mediche ha nettamente migliorato la prognosi e la sopravvivenza di molte malattie croniche e/o disabilità, tanto che oltre il 90% dei bambini che nascono affetti da tali condizioni o le sviluppano in età pediatrica ha oggi un'aspettativa di vita notevolmente aumentata rispetto ad alcuni decenni orsono e stimata in oltre 20-30 anni d'età".

I cinque articoli che contribuiscono a formare questo numero speciale della Rivista dedicato ai 150 anni dell'Unità d'Italia e della Pediatria italiana ci permettono di essere consapevoli dei notevoli sforzi in termini di assistenza, di capacità progettuale e organizzativa, di politica sanitaria, sociale e umanitaria che sono stati operati dai grandi Maestri della Pediatria italiana passati e contemporanei.

Ci permettono di osservare come negli anni vi sia stato un continuo e progressivo miglioramento dell'assistenza ai bambini e ai giovani. Il tutto attraverso punti di vista diversi, che denunciano la passione, il vissuto professionale e gli interessi culturali di ciascuno degli estensori degli articoli.

Grazie a una profonda coscienza sociale e sanitaria si è creata nel nostro paese un'assistenza pediatrica di I, II e III livello di eccellenza, osservata con ammirazione anche da molte altre nazioni.

Questo è stato possibile anche grazie al gran numero di specialisti pediatri che sono stati formati nelle scuole di specializzazione in pediatria negli anni '80 e '90 del secolo scorso. Negli ultimi due decenni però è stato introdotto il numero chiuso nelle facoltà di medicina e sono stati drasticamente ridotti i posti disponibili per la specialità di pediatria.

Ciò ha determinato in questi ultimissimi anni una insufficiente disponibilità di pediatri per coprire le necessità dell'assistenza, sia territoriale, sia ospedaliera, in quanto si è verificato un saldo negativo

Tabella 1 - Confronto tra pediatri disponibili e pediatri necessari nei prossimi 15 anni (Elaborazione dati Guido Brusoni)

	Pediatri necessari (*)	Pediatri disponibili con 212 contratti ministeriali/anno (**)	Differenza
2010	11.394	15.027	3.633
2015	11.532	14.338	2.806
2020	11.449	11.768	319
2025	11.280	8.226	-3054

(*) In base alle previsioni ISTAT sulla crescita della popolazione italiana, all'ACN per la pediatria di famiglia e al POMI del PSN

(**) Valutazione previsionale SIP – Biomedica del 2006

tra chi va in pensione o smette di fare il pediatra per qualsiasi altro motivo (valutati attualmente tra 400 e 600 ogni anno) e la formazione di nuovi specialisti (cioè circa 212 borse ministeriali ogni anno) (che il Ministro della salute recentemente ha promesso di aumentare fino a 280), più un numero variabile ma molto limitato -30/50- di contratti aggiuntivi.

Attraverso calcoli di proiezione che tengono conto delle previsioni ISTAT di crescita della popolazione, delle attuali leggi, degli accordi collettivi nazio-

nali, dei piani sanitari nazionale e regionali, del progetto obiettivo materno infantile, per mantenere gli attuali livelli di assistenza si dovrebbero prevedere fin d'ora non meno di 400 contratti ministeriali l'anno per la Pediatria.

Dai numeri emerge chiaramente che, se non si attueranno correttivi, tra dieci anni al massimo (ma probabilmente anche 2 – 3 anni prima) si verificherà una evidente carenza di pediatri, che diventerà drammatica tra 15 anni, quando mancheranno più di 3.000 pediatri (Tab. 1) rispetto a una necessità di 11.280!

Per evitare questa evenienza è necessario prevederne fin d'ora circa 200 in più all'anno rispetto agli attuali. Essi, spalmati su 15 anni, potranno evitare la carenza e garantire un sufficiente ricambio (per formare un nuovo pediatra sono necessari 5 anni di studio!).

Altrimenti significherà che si sarà deciso (consapevolmente? Inconsapevolmente?) di rinunciare all'attuale livello qualitativo dell'assistenza specialistica pediatrica in Italia.

Cosa che i bambini italiani certamente non si augurano!

[**] Confronto tra pediatri disponibili e pediatri necessari nei prossimi 15 anni (Elaborazione dati Guido Brusoni)

Pediatri necessari (*) Pediatri disponibili con 212 Differenza contratti ministeriali/anno (**)

La pediatria nell'Italia unitaria

Giuseppe Di Mauro¹ intervista Armido Rubino²

¹ *Presidente Società Italiana Pediatria Preventiva e Sociale (SIPPS)*

² *Professore Emerito Università Federico II di Napoli. Presidente Società Italiana di Ricerca Pediatrica (SIRP)*

L'Italia sta celebrando i centocinquanta anni della sua storia unitaria. Come pediatra, quali sono le sue prime considerazioni?

Una statistica del 1863 mostra una mortalità infantile (numero di deceduti nel primo anno di vita rispetto al numero di nati vivi) del 229/1000: uno su quattro nati! Il dato era allora molto peggiore di quello che oggi si registra nel mondo tra i Paesi a più basso livello sociosanitario e a più elevata mortalità infantile! Oggi l'Italia è ai primissimi posti nel mondo per i bassi livelli di mortalità infantile. Possiamo chiederci se le cose sarebbero andate altrettanto bene nel caso in cui l'Italia non avesse avuto una storia unitaria. La storia non si fa con i se, ma sappiamo che la mortalità infantile si correla soprattutto con le condizioni sociosanitarie e sappiamo anche che queste condizioni sono oggi in Italia tra le migliori al mondo. Inoltre non credo ci siano dubbi sul fatto che tra le diverse regioni del Paese le differenze oggi sarebbero state molto più marcate se ciascuna avesse avuto una sua storia più indipendente dal punto di vista sociale ed economico.

La medicina di quei primi anni della storia unitaria era ancora quella descritta da Goldoni: salassi, purghe e clisteri. Non era ancora nata la pediatria, né esistevano significative istituzioni pediatriche. Nel 1802 era

stato creato a Parigi l'"Hospital des enfants malades". Tra il 1830 e il 1840 erano nati i grandi ospedali pediatrici dell'Europa centrale: Berlino, San Pietroburgo, Vienna, Breslau e altri. L'istituzione dell'ospedale di Great Ormond Street a Londra è del 1861. Dunque l'Italia partiva con qualche ritardo rispetto al resto d'Europa. Credo si possa ammettere che, fatte salve alcune persistenti differenze, i 150 anni di storia unitaria hanno registrato un allineamento rispetto ai Paesi europei sui livelli più avanzati.

Come sono evolute le cose nei primi anni della storia unitaria?

I primissimi anni non sembrano aver registrato grandi cambiamenti per quanto attiene alla salute in età evolutiva. Tra il 1871 e il 1880 ancora si registravano dati di mortalità infantile intorno al 215/1000. Ma qualcosa di nuovo iniziò soprattutto negli anni della "Sinistra al potere" (1876-1892). È il periodo in cui nascono i primi grandi ospedali pediatrici in Italia. Ricordo ad esempio l'Ospedale dei Bambini a Palermo nel 1882 e il Meyer a Firenze nel 1884. Ma i miglioramenti erano lenti: ancora fra il 1896 e il 1900 la mortalità infantile era il 168/1000 rispetto, per esempio, al 92/1000 dei Paesi Scandinavi. Oltre la metà dei decessi era nel primo mese di vita e

la causa principale di morte nel primo anno era costituita dalla diarrea. Successivamente durante quella che si usa chiamare l'"Età giolittiana" (dal 1892 al 1920) accadono cose importanti. Da un lato a livello internazionale ci sono salti di qualità. Basti pensare a William Roentgen che nel 1895 scopre i raggi X con le applicazioni alla diagnosi in medicina; o a Landsteiner che nel 1900 scopre i gruppi sanguigni. In questo periodo nasce la pediatria italiana come disciplina autonoma. Nel 1900 Giuseppe Mya diviene cattedratico di clinica pediatrica a Firenze. In una conferenza del 1907 egli rivendica con forza che: "l'insegnamento universitario della pediatria deve essere autonomo e obbligatorio". Intanto nel 1904 Rocco Jemma era stato chiamato a dirigere la pediatria a Palermo. Nel 1898 era nata la Società Italiana di Pediatria. La Puericoltura si staccava dall'Ostetricia. Sorgeva un po' ovunque nel territorio nazionale la figura del "dottore dei bambini", il cui prestigio andava rapidamente crescendo. Nel complesso quegli anni furono molto positivi per le cure all'infanzia nel nostro Paese: la pediatria italiana raggiungeva rapidamente livelli corrispondenti a quelli dei Paesi europei più avanzati. In una comunità scientifica internazionale nella quale erano ancora relativamente in ombra gli Stati Uniti mentre prevalevano i Paesi eu-

ropei soprattutto di lingua francese e tedesca, la pediatria italiana raggiungeva rapidamente posizioni dignitose e in qualche misura competitive.

E arriviamo così ai tempi della prima guerra mondiale e del successivo regime fascista...

Questo periodo è fatto di luci e di ombre. Tra le cose buone è doveroso annoverare l'istituzione della ONMI. È il tempo degli "igienisti al potere sanitario" nel clima generale dell'attenzione alla asepsi e alla prevenzione antinfettiva fino a certi eccessi tipici di quel tempo. Benito Mussolini faceva scrivere sul "Popolo d'Italia": "che si impedisca a ogni italiano la sudicia abitudine di stringere la mano e la pandemia scomparirà nel corso di una notte". Il clima generale prevalente è ancora quello delle "grandi malattie": sifilide, tubercolosi, malaria. Accanto agli ospedali e alle mutue, alle cliniche e alle cattedre, si va sviluppando una medicina - e in essa una pediatria - in famiglia e in condotta, che pur in un relativo silenzio vive un rapporto positivo di fiducia tra medico (o pediatra) e famiglie e malati.

Tuttavia lei ha parlato anche di ombre. A che cosa si riferisce?

Mi riferisco al fatto che in quegli anni l'Italia restava indietro rispetto all'evoluzione scientifica nella comunità internazionale. Durante gli anni '30 e '40 la comunità scientifica dell'Europa centrale tendeva a perdere slancio rispetto a quella dei Paesi anglosassoni di lingua inglese con in testa gli USA. Intanto con i progressi nelle conoscenze si arricchivano i contenuti applicativi nella diagnosi e nella terapia. Per quanto riguarda la pediatria nascevano le prime specialità pediatriche in USA come ad esempio quelle di endocrinologia, di nefrologia, di neonatologia. Fra il 1932 e il 1938, grazie a Gerhard

Domagk e poi ad altri venivano scoperti e introdotti nell'uso i sulfamidici, mentre al 1929 risale la scoperta della penicillina che però avrebbe trovato le sue applicazioni in medicina solo nei primi anni '40. In particolare si andava sviluppando una medicina di laboratorio che, ancora lontana da certi eccessi e cattivi utilizzi dei nostri giorni, aveva messo in moto un processo molto rapido di sviluppo di conoscenze e conseguenti applicazioni alla pediatria. Tuttavia in questo processo l'Italia rimaneva indietro. Essa male si aggan-ciava allo spostamento delle punte avanzate dall'Europa centrale ai Paesi anglosassoni, fatto salvo un proficuo rapporto che continuava con la vicina Svizzera. Nel manuale di Pediatria pubblicato da Ivo Nasso nel 1937, su un totale di 660 pagine più di 100 erano ancora dedicate a tubercolosi e sifilide congenita mentre in una accurata e dettagliata esposizione di farmaci impiegabili in terapia non c'è traccia di sulfamidici, mentre accanto a farmaci come aspirina e Simpatol ci si dilunga ancora su olio di fegato di merluzzo, rabarbaro, ricino, ecc. Se posso inserire qui una considerazione politica, direi che uno degli aspetti più perniciosi di ogni dittatura si verifica quando essa tende a interrompere le comunicazioni con la comunità scientifica che è sempre - e per definizione - internazionale e senza confini.

Tutto questo ovviamente venne aggravato dalle vicende catastrofiche della seconda guerra mondiale con le sue conseguenze sociali ed economiche.

Siamo giunti alla seconda metà del novecento, quando esplodono i grandi progressi scientifici che hanno rivoluzionato la moderna medicina, inclusa la pediatria.

Proprio così. Si apre allora anche per il nostro Paese e anche per la Pediatria un periodo straordinario, con la progressiva ripresa nella posizione

della ricerca italiana nello scenario internazionale. Due dati possono essere indicativi: nel 1950 la mortalità infantile in Italia era ancora 68/1000 (a fronte del 24/1000 dei Paesi Scandinavi); nel 1974 essa era calata al 23/1000 e il calo sarebbe poi continuato fino agli attuali bassissimi livelli pari a quelli dei Paesi più avanzati. Ovviamente è l'evoluzione sociale ed economica del Paese ad aver generato questo straordinario miglioramento, ma l'evoluzione scientifica e delle applicazioni cliniche in ambito pediatrico ha avuto la sua specifica grande importanza.

Non è qui la sede per un'analisi dettagliata dell'evoluzione della ricerca scientifica pediatrica in Italia in quei decenni. So di rischiare omissioni ma voglio ricordare qualche esempio: Roberto Burgio, che aveva iniziato a lavorare a Palermo negli anni '40 e che si sarebbe trasferito prima a Perugia e poi a Pavia, fondava una grande scuola di pediatri, ricercatori in diversi campi della pediatria. E numerosi furono allora gli antesignani nella costruzione di nuovi rapporti internazionali con la comunità scientifica europea e statunitense: basti pensare a figure come Salvatore Auricchio, Giovanni Bucci, Antonio Cao, Antonio Marini, Fabio Sereni, e altri. Quella generazione ha promosso la nascita e lo sviluppo di una serie di specialità pediatriche italiane che hanno raggiunto ottime posizioni di qualità pienamente riconosciute in ambito internazionale. L'imponente trasformazione sociale degli anni '50 e '60 (con la trasformazione della società da agricola a operaia e industriale, e col passaggio da Paese a bassissimo tasso di alfabetizzazione fino alla scomparsa pressoché totale dell'analfabetismo) favoriva e accompagnava il progresso in ambito scientifico in generale. In questo quadro la pediatria si muoveva bene.

Dallo scenario internazionale giungevano stimoli e novità entusiasmanti e straordinariamente efficaci. Basti pensare a: ecografia (1958), endoscopia a fibre ottiche (1951), TAC e RMN (1972-'73), la prima valvola cardiaca artificiale (1961), i trapianti di rene, fegato, cuore, polmone e la scoperta della ciclosporina per la prevenzione del rigetto (1983). E poi: il trapianto di midollo osseo (1956-1969) e più in generale gli spettacolari progressi nella cura delle leucemie; e poi ancora: i "miracoli" della antibioticoterapia, del cortisone, delle nuove farmacoterapie in genere. Nel 1953 Watson e Crick scoprivano la doppia elica del DNA cui seguivano la prima sintesi di DNA ricombinante, l'ingegneria genetica con la produzione su larga scala di insulina, ormone della crescita, fattori antiemofilici, interferoni ecc. Nel 1990 partiva il progetto genoma umano e nel 2001 si arrivava alla prima sequenza, La comprensione delle malattie ereditarie a livello molecolare assumeva una estensione imponente e affascinante con progressi che solo pochi anni prima sarebbero apparsi di pura fantascienza, nel campo della prevenzione e della diagnosi e poi, sia pure più lentamente, anche della terapia.

Quale è oggi la posizione della pediatria italiana in questo quadro internazionale così entusiasmante ma complesso?

Oggi è possibile valutare la qualità della produzione scientifica nell'agone internazionale con metodi abbastanza oggettivi. Su questa base è lecito affermare che la pediatria italiana gode di un'ottima posizione scientifica nello scenario internazionale. Ricordo a tal proposito e senza alcuna pretesa di completezza, specialità pediatriche come gastroenterologia, nutrizione, endocrinologia,

immunologia, nefrologia, infettivologia, reumatologia, pneumologia, neonatologia, oncologia, ematologia, malattie genetiche e metaboliche, per le quali sono più o meno diffuse nel Paese punte avanzate ben competitive con le corrispondenti condizioni negli altri Paesi. Tutto ciò appare ancora più meritorio se si pensa che i progressi sono avvenuti in un contesto generale di crisi, tuttora irrisolta, nel Paese sia per il sistema sanitario, sia per quello universitario e della ricerca scientifica.

Non meno importante è il fatto che, contemporaneamente allo sviluppo delle specialità pediatriche, veniva mantenuta una solida e diffusa cultura di pediatria generale (non a caso la definizione ufficiale della pediatria come disciplina di insegnamento nel nostro Paese è "pediatria generale e specialistica"). La nascita e il progressivo diffondersi e consolidarsi della figura del pediatra di famiglia sono al tempo stesso effetto e causa del mantenimento di una forte cultura di pediatria generale nel Paese, sia per le cure primarie che per quelle secondarie, a differenza di quanto è accaduto in molti altri Paesi europei nei quali le cure primarie all'infanzia sono affidate al medico di medicina generale.

Questa felice convivenza di pediatria generale e pediatrie specialistiche costituisce motivo di vanto per il nostro Paese ed è ampiamente riconosciuta a livello internazionale. Essa è dovuta all'impegno culturale di molti. Voglio qui ricordare in particolare i gruppi che hanno promosso e condotto iniziative editoriali importanti quali quelle di "Prospettive in Pediatria", "Rivista Italiana di Pediatria", "Medico e Bambino" e "Quaderni ACP". In particolare e per tutti sottolineo il ruolo avuto nel nostro Paese dalla straordinaria figura di Franco Panizon.

Tutto bello e tutto positivo dunque?

Ovviamente no, ci sono le ombre. L'azione dei pediatri italiani è dentro i sistemi sanitario, della ricerca e universitario. Le difficoltà del sistema sanitario, con le sue differenze regionali, le insufficienze nei finanziamenti tra sprechi veri e mancati investimenti altrettanto veri, le frequenti carenze di tipo programmatico e organizzativo nel rapporto tra cure primarie e cure ospedaliere e con i centri di cura di terzo livello delle pediatrie specialistiche, i problemi legati alla copertura delle urgenze nell'arco delle 24 ore: sono tutte questioni non adeguatamente risolte. Il sistema pediatrico, ospedaliero e universitario, è oggi messo in crisi da norme restrittive sulle assunzioni di personale, in parte comprensibili ma spesso inaccettabili nella misura e negli eccessi con cui sono applicate alle situazioni concrete.

C'è poi una crisi intrinseca al sistema universitario che condiziona, tra l'altro, la formazione specialistica. Questa nel suo complesso, pur continuando a produrre generazioni di pediatri di buona qualità, stenta a liberarsi di alcuni difetti: la non omogenea applicazione delle norme che regolano il coinvolgimento delle strutture pediatriche non universitarie nella formazione specialistica, la diffusa scarsa attenzione alla formazione in alcuni settori quali: la pediatria per gli adolescenti e la pediatria dell'urgenza/emergenza.

La fortissima denatalità, peraltro in linea con quanto accade in tutti i Paesi europei, solo in parte compensata dai flussi migratori, dovrebbe essere occasione per conferire più quantità e qualità alle cure in età evolutiva, attraverso maggiore efficienza ed efficacia nell'attribuzione e nell'uso delle risorse. Invece essa viene spesso colpevolmente invocata

dalla politica e dalle amministrazioni come speciosa motivazione per incongrui tagli di risorse.

Concludendo, diamo uno sguardo alle prospettive della pediatria nel futuro di questa Italia unitaria.

La velocità di ogni cambiamento è divenuta così forte da dare senso a questa domanda solo se riferita ai prossimi anni. Ci auguriamo che la ricerca scientifica e più in generale la cultura pediatrica nel nostro Paese facciano sempre di più e meglio per gli effetti sulla salute in età evolutiva, anche attraverso gli straordinari ausili prodotti dalla rivoluzione in atto nel campo della comunicazione. Si tratta di dare risposte ai grandi problemi emergenti nelle società contemporanee avanzate: i disturbi mentali e comportamentali; le problematiche adolescenziali con i connessi fattori di rischio a cominciare da incidenti; droghe, devianze; la protezione dello sviluppo in età evolutiva nel quadro dei rischi tipici delle società moderne a partire da quelli connessi alla televisione e a Internet; le nuove epidemie, dall'obesità alle infezioni emergenti; il ruolo dei fattori ambientali sulla salute infantile; la qualità di vita dei malati cronici in età evolutiva. Tutto questo richiede cambiamenti importanti per la pediatria, non certo facili anche perché condizionati dalla volontà di ascolto di altri soggetti e poteri nel sistema italiano sanitario e della ricerca. Occorre grande impegno unitario, lavorando sul rapporto tra pediatria generale e pediatrie specialistiche; su criteri e modi per realizzare azioni concertate e reti; sul

collegamento tra produzione di nuova conoscenza attraverso la ricerca scientifica e trasferimento dei risultati alla pratica pediatrica.

Lei è ottimista rispetto a queste questioni?

Sono solo moderatamente ottimista perché mi pare che il futuro dipenda in buona misura da due inversioni di linee di tendenza: una a livello globale, l'altra riguardante più specificamente il nostro Paese.

Per quanto riguarda la prima, mi riferisco al paradosso che investe oggi l'intera medicina, pediatria inclusa, in tutti i Paesi più avanzati: malgrado l'imponente crescita delle possibilità di diagnosi e cura prodotta dal progresso scientifico, il rapporto di fiducia tra popolazioni e sistemi sanitari e tra pazienti e medici (incluso il rapporto tra pediatri e bambini/famiglie) è entrato in crisi. Ne sono prova il crescente ricorso, in tutti i Paesi più avanzati, alle cosiddette medicine alternative e il continuo incremento della conflittualità giudiziaria e della cosiddetta "medicina difensiva". Tutto ciò rischia di portare verso la fine della medicina intesa come relazione tra persone, relazione che, pur basata su conoscenze scientifiche, deve mantenere la natura di interazione, dialogo, reciproca comprensione, propensione all'ascolto, al servizio, all'aiuto. Il "paziente", anche se ancora in età evolutiva e con i suoi genitori, è divenuto "esigente", pretende non solo competenza ma anche disponibilità. Occorre tener conto dei molteplici fattori che complicano il rapporto di fiducia: l'incremento numerico dei pediatri

di riferimento per il singolo soggetto; l'invadenza della tecnica; gli ostacoli al rapporto medico/paziente provenienti dal sistema organizzativo; le distorsioni mediatiche; gli effetti non sempre positivi della comunicazione elettronica; le interferenze (spesso anche solo apparenti) da parte dell'industria; la tendenza a trasformare legittime attese in pretese con inevitabili delusioni rispetto a una scienza che continua a offrire nuove possibilità ma che ovviamente non fornisce risposte risolutive a ogni bisogno. In questo quadro è indispensabile che a tutti i livelli, nella formazione come nella pratica assistenziale, si torni a dare priorità agli aspetti umani, ovviamente senza dimenticare i concetti della "medicina basata sull'evidenza". Il problema è generale, ma occorre che la pediatria sappia fare la sua parte con convinzione e determinazione.

La seconda questione, più specificamente italiana, attiene alla crisi sociale riguardante i giovani, alla loro formazione e al rapporto fra formazione e lavoro. Da questo punto di vista le difficoltà coinvolgono, tra l'altro, la crisi del sistema universitario nel nostro Paese, crisi peraltro non risolta dalle più recenti novità legislative. È necessario un vero cambiamento di rotta, che sappia guardare ai giovani nei fatti e non a parole, non deludere le vocazioni, offrire buona formazione, favorire processi di internazionalizzazione, razionalizzare il rapporto tra formazione e lavoro, promuovere la cultura della valutazione e del merito. Il futuro dipende dai giovani, ma è responsabilità degli adulti non bruciare le generazioni.

1861-2011 – Bambini e adolescenti nei 150 anni dalla Unificazione del Regno d'Italia. Un profilo sociale e pediatrico

Giuseppe Roberto Burgio

Professore Emerito di Pediatria nell'Università di Pavia e IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia

Riassunto

Nell'Italia del XIX secolo la disparità economica fra le varie classi (fra i vari ceti) sociali era delle più rilevanti. Accanto al pauperismo economico e nutrizionale mietevano vittime numerose il livello igienico assai basso e le malattie infettive più proprie dell'infanzia. La mortalità infantile era rilevante: quasi 250‰ nel 1886 (e ancora nel 1918...) e veniva subita con supina rassegnazione spesso accettata (subita) come evenienza inevitabile e comune. Nel XIX secolo il lavoro minorile (infantile) nelle industrie tessili al Nord, come nelle miniere al Sud, faceva parte dell'abituale modo di vivere dei bambini delle famiglie non benestanti (gravemente povere soprattutto al Sud). Una limitazione di orario lavorativo doveva servire a dare spazio di tempo alla scuola. Nel nostro Paese, dopo le leggi Casati (1859) e Coppino (1877), la legge Orlando venne a conciliare scuola e lavoro: nel 1904, con la istituzione di 3450 scuole serali. In realtà, questa attenzione pedagogica rivolta al bambino (ben più lenta a prender campo nel Sud) non fu né l'unica né la prima lungo il (XVIII-)XIX secolo. Nel suo libro «Histoire des populations françaises et de leurs attitudes devant la vie depuis le XVIII siècle» Seuil Paris (1971), Ph Ariès annota che “in Francia, fino ad allora (1780-1820, con e dopo Rousseau), il bambino “non era niente” (era negletto in quanto, appunto, non capace di ragionare sul modello degli adulti) e che “da allora in avanti, sarà tutto”. In Italia si attribuisce a Pietro Verri (1728-97) la figura emblematica del “papà illuminista” teneramente coinvolto nel seguire la crescita dei suoi bambini. Qualche anno dopo Ariès, Zelizer (1981) sintetizza che il grande evento dell'inizio dei tempi moderni è stato l'apparire di una preoccupazione educativa e che, di conseguenza, il valore dell'infanzia è slittato dalla sfera economica (inerente al lavoro minorile) a quella del sentimento. Alla fine dell'800 i brefotrofi, già nei secoli anaffettivi ambienti di ricovero per neonati-lattanti abbandonati (“gittatelli”, “trovatelli”), a conduzione anonima-impersonale verso i piccoli, diventano umanamente accoglienti e operativamente molto più efficienti. Nel XIX secolo sorgono anche, in Europa, i primi importanti ospedali pediatrici. In Italia il primo “ospedale pediatrico” degno di questa definizione sorse in approssimativa contemporaneità con l'Unificazione del Regno: alludiamo all'Ospedale del Bambino Gesù (1869), a Roma. Una trattatistica pediatrica Europea (specie Gran Bretagna, Germania e Francia), cioè una letteratura dedicata esclusivamente alla conservazione della buona salute del bambino e alla conoscenza delle sue malattie caratteristiche, fiorente nel XVIII e XIX secolo, è da considerare testimonianza forte del valore somatico –intanto– ma anche socio-affettivo che l'infanzia veniva acquisendo. E, in funzione di questo valore somatico e socio-affettivo per l'infanzia, nacque in Italia –per la necessità di una coerenza operativa culturale, scientifica e professionale– il bisogno di organizzare una pediatria con un ufficiale insegnamento universitario pediatrico di essa: prima cattedra, Padova, 1882; e con la fondazione della Società Italiana di Pediatria 1898 (Torino). I diritti del bambino trovarono a livello internazionale una prima codificazione a Ginevra nel 1924. Il 1925 va menzionato per la nascita in Italia dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia. Il 1971 fu una grande data per i bambini italiani e le loro famiglie; nel 1971 infatti venne fondata a Torino la Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP): prerogativa italiana (meritevole, finalmente, e, per noi, con valore di primato, in Europa). Un grande evento scientifico e di incisiva portata socio-biologica internazionale aveva avuto luogo appena 5 anni prima (1966): negli USA. Ci riferiamo alla “diagnosi prenatale” che (secondo alcuni, almeno) inaugura l'epoca della “Rivoluzione biomedica”. Siamo ai “giorni nostri”...cambia

la società: e cambia l'epidemiologia delle malattie. Si richiede una nuova pediatria, che assista modernamente bambini e adolescenti favorendone la migliore qualità della vita e la più lunga durata di essa, che curi la ricerca, che faccia aggiornata didattica per la formazione di pediatri al passo con i tempi, che sappia dedicarsi al sociale, di cui la società ha sempre più bisogno, che viva e insegni a vivere secondo bioetica.

Abstract

In Italy, in the 19th century, the living conditions of children that belonged to poor social classes (but not only) were among the most depressed. Alongside the economic and nutritional poverty in which many families lived (and perhaps as a function thereof), the hygiene level also was very low. Infectious diseases typical of childhood made many victims, finding immune suppression conditions in malnourished children and spreading easily among them. Infant mortality was substantial: approximately 250‰ in 1886 (and even in 1918...) and was often accepted (suffered) as an inevitable and common occurrence. Sick children frequently were not even taken to a physician. Looking back on the 19th century with one's thoughts, one can say that in our country child labor in the textile industries in the North, as well as in the mines in the South, was part of the ordinary way of life of children in non-wealthy families (extremely poor ones, especially in the South). Regulating (in a certain way, reducing) this child labor became a priority goal, at least in some European Countries, in the 19th century. Thus, the United Kingdom formulated an ad hoc law, the "Factory Act", in 1833. Germany, Belgium and Italy followed with similar acts. A limitation of working hours was intended to provide time for school. In our Country, after the Casati law (1859) and Coppino law (1877), the Orlando law reconciled school and work in 1904, with the establishment of 3450 evening schools. The time was ripe, at least in the North, for considering that schooling was, for the child, a capital that would later yield its fruit with a positive effect with respect to the immediate economic performance – which moreover was usually quite modest – of child labor. Actually, this pedagogic attention to the child (which was much slower to develop in the South) was neither the only one nor the first in the (18th-)19th century. Affective and psycho-social attentions were given to the delicate "cub of man" in the Age of Enlightenment. Socio-pediatric pedagogy inspires some tenderness especially in central Europe. In his book "Histoire des populations françaises et de leurs attitudes devant la vie depuis le XVIII siècle", Seuil, Paris (1971), Ph Ariès noted that "in France, up until then (1780-1820, with and after Rousseau) the child "was nothing" (was neglected since it was indeed unable to reason on the model of adults) and that "from then onwards will be everything". In Italy the emblematic role of the "enlightened father", tenderly involved in following the growth of his children, is attributed to Pietro Verri (1728-97). A few years after Ariès, Zelizer (1981) summarized that the great event of the beginning of the modern era was the onset of concern for education and that consequently the value of childhood shifted from the economic domain (related to child labor) to the domain of feelings. At the end of the 19th century, foundling hospitals, which through the centuries had been affectionless shelters for abandoned newborns and infants ("foundlings"), run anonymously and impersonally with respect to the children, became humanely hospitable and functionally much more efficient. In the 19th century the first important pediatric hospitals were also established: the first example was the Hôpital des Enfants Malades in Paris (1802). In Italy, the first "pediatric hospital" worthy of this definition was established approximately simultaneously with the Unification of the Kingdom: the Ospedale del Bambino Gesù in Rome (1869). European pediatric literature (especially in the United Kingdom, Germany and France), i.e., literature dedicated exclusively to preserving the good health of the child and to knowledge of his characteristic diseases, which flourished in the 18th and 19th centuries, is to be considered as a strong testimony of the somatic – for the time being – but also socio-affective value that childhood was acquiring. As a function of this somatic and socio-affective value for childhood, the need to organize pediatrics with an official university teaching thereof arose in Italy due to the need for functional (cultural, scientific and professional) consistency: the first chair was established in Padua in 1882 and the Società Italiana di Pediatria was founded in 1898 in Turin. The rights of the child were first codified in Geneva in 1924 at the international level. 1925 deserves mention due to the birth in Italy of the Opera Nazionale Maternità e Infanzia. A great date for Italian children and their families was 1971, when the Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP) was founded in Turin: this was an Italian prerogative (finally worthy, and for us, with the value of primacy, in Europe). A great scientific event of remarkable international socio-biological scope had occurred just five years earlier

(1966) in the United States. We refer to "prenatal diagnosis", which (according to some, at least) ushered in the age of the "Biomedical revolution". And one can say that, albeit only coincidentally, in that period significant changes in the way of life in (and of) society also were felt. A new Pediatrics Science is required which assists in a modern way children and adolescents, facilitating a better quality of their life and a longer span thereof, dedicates resources to research, provides up-to-date teaching for the training of pediatricians who are in touch with the times, is able to dedicate itself to the social aspect that society needs increasingly, and lives and teaches to live according to bioethics.

A) 1861. Scenari sociali e dignità dell'infanzia

Il grande evento della Unificazione del Regno d'Italia (1861) si colloca cronologicamente in uno scenario sociale di qualche significatività per il –se pur lento e tardivo– mutare del “modo di vivere” del bambino. Sarebbe tuttavia lacunoso parlare genericamente di bambini e di infanzia, non considerando le enormi differenze proprio nel loro modo di vivere (e di essere considerati) esistenti a quel tempo, in Europa e in Italia, in particolare, fra i bambini, in funzione dei ceti economico-sociali di appartenenza delle loro famiglie. In linea di massima, in tutta l'Europa (Dominique Julia, 1996 (1), si sofferma soprattutto sulla Francia, ma non trascura Svizzera, Italia, Germania e Inghilterra), il retaggio sociale del Medioevo trova un'infanzia estremamente povera, abbandonata, “vagabonda” (così in particolare a Bologna, ancora nel 1630), accanto a quella borghese e/o aristocratica.

In realtà, nella società (medievale-postmedievale) “il sociale” non aveva avuto voce alcuna nel tendere a perequare dislivelli economici “di classe”. Contro lo sfacelo dei focolai domestici, per i bambini “senza scuola, né lavoro, senza fede né morale” si attivavano le “scuole gratuite di carità” (supportate dalla Chiesa, da nobili, devoti, magistrati, alta borghesia)

(1). L'opera di molti ordini religiosi si prodigò in Europa diffusamente. Solo successivamente, il passaggio dall'economia tradizionale all'economia di mercato (seconda metà del XVII secolo e XVIII secolo), a sua volta inerente alla industrializzazione in sviluppo, ha portato, invece, modificazioni nelle condizioni di vita dell'infanzia (2): ma il lavoro minorile, cronica e crudele piaga sociale di molti secoli, rimaneva il grande discriminante del livello di vita fra non benestanti (poveri) e benestanti. Dalla penna di A. Pisacane (3) viene tracciato un quadro del “modo di vivere” nel XIX secolo proprio di estesissime fasce di famiglie disagiate. Pisacane scrive: “Il giovane stato italiano, all'indomani dell'unificazione, si trovò ad affrontare enormi problemi economici e sociali, conseguenza in parte della secolare colonizzazione e in parte della presenza, specialmente al sud, di grandi sacche di sottosviluppo economico e culturale, più o meno legato al latifondo delle terre”. La suddetta “secolare colonizzazione” evoca facilmente l'antesignana e pur premonitrice (di 7 secoli: inizio XIV secolo)-esclamazione dantesca (Purg VI, 76-79) e la supporta:

“Ahi, serva Italia, di dolore ostello, nave senza nocchiero in gran tempesta, non donna¹ di provincie, ma bordello!” L'originario “sottosviluppo economico e culturale, più o meno legato – nel Sud – al latifondo delle terre” (3), di solito non disgiunto da atavi-

ci interessi egemonico-feudali di classe, di casta, di famiglie, motiverà il lungo perdurare (cronico, ormai) e il più pesante estrinsecarsi della



Fig. 1 - A) 1815, Congresso di Vienna e B) 1858-1870 (Unificazione). Riprese, con autorizzazione, da: Enciclopedia Zanichelli, a cura di Edigeo, Bologna, 1992 pag. 963)

¹ Donna sta per «domina» (signora). V. anche le due allegate cartine dell'Italia: Fig. 1A) e B). A) 1815, Congresso di Vienna e B) 1858-1870 (Unificazione), riprese, con autorizzazione, da: Enciclopedia Zanichelli, a cura di Edigeo, Bologna, 1992 pag. 963)

maggiore indigenza in quelle regioni (v. anche Fig. 7).

Ancora seguendo Pisacane: miseria e latifondo, ignoranza e mancanza di acqua pulita e di smaltimento dei rifiuti, case rudimentali e malaria, nutrizione largamente insufficiente e alta incidenza di malattie trasmissibili costituivano una miscela esplosiva che collocava il giovane stato italiano a uno degli ultimi posti in Europa relativamente a indicatori forti, quale ad esempio la “mortalità infantile” (Fig. 2). Quest’ultima era incrementata a sua volta dal processo di industrializzazione con il conseguente aumento del *lavoro femminile* (molte donne erano costrette a mandare il neonato in ospizio, anche se legittimo, o a darlo a baliatico).

Anche la mortalità perinatale-neonatale era elevatissima, associata a basso peso, infezioni, mancanza di qualificata assistenza al parto. Trascorso il primo mese di vita, le principali cause di morte nell’infanzia erano rappresentate, con il morbillo e la pertosse, dalle infezioni gastroenteriche e da quelle a carico di bronchi e polmoni. Dopo il primo anno, le malattie infettive continuavano a rappresentare le principali cause di mortalità con la tubercolosi

e la difterite. La malnutrizione rappresentava una condizione favorente e aggravante il decorso di quasi tutte le malattie infettive. Nel Sud e in Sardegna, nelle zone paludose e nelle risaie, la malaria mieteva le sue vittime in tutte le fasce d’età e costituiva un fattore di indebolimento fisico e psichico che apriva la strada a molte altre malattie, oltre a spopolare intere regioni (3).

Ma, tutto ciò premesso e codificato nel tempo e nella storia, va riconosciuto che, nonostante nel Medio Evo la dottrina cristiana e le rinnovate vedute etico-religiose avessero dato luogo ad un corretto riconoscimento della personalità del bambino (4), pure la *dignità dell’infanzia* aveva cominciato a trovare qua e là in Europa (ad esempio in Francia e in Italia), rispetto al passato, qualche concreta configurazione solo nel XVIII secolo (“secolo dei lumi”). I tempi venivano stentatamente maturando, dapprima solo negli ambienti sociali benestanti e più colti per far sbiadire la configurazione del valore (e del reddito) economico che, in funzione del lavoro minorile, si attribuiva tradizionalmente ai bambini, per poterli invece, quasi *ipso facto*, collocare nella sfera della di-

gnità di soggetti, in sé e per se stessi, meritevoli di affetto e di attenzione.

Poche notazioni, in proposito.

Ancora oltre 150 anni dopo la conclusione del Medio Evo era stato scritto in un trattato sull’educazione (padre B. Gracian, *El discreto*, 1646): *Solo il tempo può guarire dell’infanzia e della giovinezza, che davvero sono in tutto età imperfette* (5). E sappiamo che questo giudizio di “imperfezione”, diffusamente condiviso nel XVII secolo e foriero di indifferenza e negligenza verso “i piccoli”, veniva motivato dalla loro fisiologica maniera infantile di ragionare.

Ma sappiamo anche che -per quanto concerne l’attenzione che al bambino era stata dedicata in pedagogia, in letteratura, e soprattutto nella famiglia- una franca svolta aveva avuto luogo a cavallo fra il XVIII e il XIX secolo (6), al punto che, a proposito di questo passaggio di secolo (diciamo dopo Rousseau, specie fra il 1750 e il 1765), Ph. Ariès (1971) conclude che, in Francia, fino ad allora (1780-1820), il bambino “non era niente” (era negletto in quanto, appunto, non capace di ragionare sul modello degli adulti) e che, da allora in avanti, “sarà tutto” (7).

Qualche anno dopo Ariès, Zelizer (1981) sintetizza che il grande evento dell’inizio dei tempi moderni è stato l’apparire di una preoccupazione educativa e che, di conseguenza, il valore dell’infanzia è slittato dalla sfera economica (inerente al lavoro minorile) a quella del sentimento (8).

Il passo successivo poteva essere immediato o quasi, e tale è stato. Sentimento vuol dire “affetto” e “attenzione”. Viene dato spazio a “nuove paternità” di autorevoli pensatori del XVIII secolo, fra i quali, nel nostro Paese, Pietro Verri (1728-97), “papà

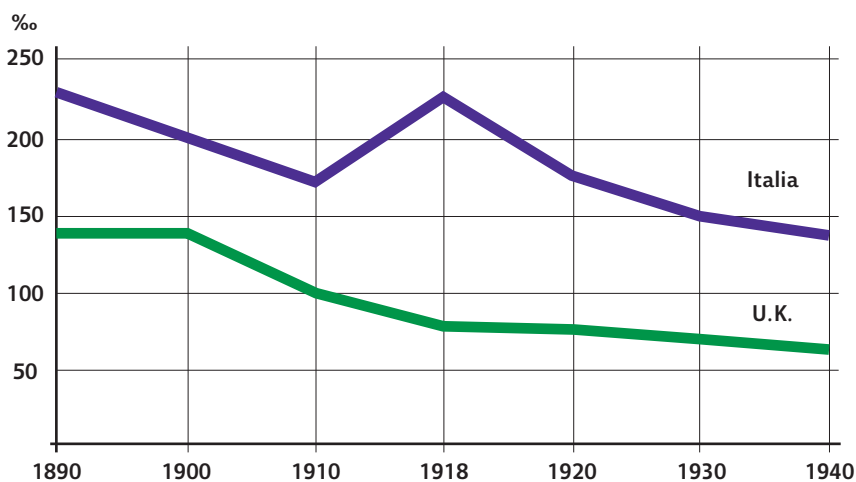


Fig. 2 - Tassi di mortalità infantile in Italia e nel Regno Unito (1890-1940) (3)

illuminista” per eccellenza, intese ad osservare e controllare lo sviluppo dei “corpi infantili” dei loro bambini (9, 10).

La svolta fu significativa: il valore del lavoro minorile –che pur resisteva e prosperava– veniva tuttavia riconsiderato in funzione del valore di una cultura, di una educazione utile in prospettiva di cui si venne considerando, nel tempo, il pregio di vantaggiose ricadute economiche.

L’educazione scolastica rappresenta la più caratteristica differenza rispetto al passato. Negozianti di Livorno strutturano i primi asili infantili (intorno al 1835) (11).

Alla vigilia dell’unificazione del Regno d’Italia viene promulgata la legge Casati (1859) sull’obbligo scolastico (prima e seconda elementare); nel 1877 la legge Coppino, più operativa (terza elementare). Nel 1886 fu promulgata una legge sul lavoro dei fanciulli nelle fabbriche, che vietava il lavoro ai bambini di età minore di 9 anni e che fissava l’orario massimo a 8 ore giornaliere, stabilendo limitazioni per le lavorazioni nocive e per i turni notturni. Tale legge incontrò una forte resistenza degli industriali che si vedevano limitati nello sfruttamento di una mano d’opera a basso costo e facilmente ricattabile. Nel 1888 la Legge Bertani fissò a 15 anni l’età per l’inizio del lavoro, ma la legge venne ampiamente negletta (3). Miseria, bisogno, “normale” sostegno alla famiglia? E’ un discorso, in fondo, analogo a quello dell’abbandono del neonato all’ospizio o alla balia di campagna.

Non si gridava allo scandalo né per l’ospizio né per il lavoro, anche se concezioni più illuminate si facevano strada nella società e comunque le donne di istruzione più alta o con maggiori possibilità economiche allattavano i figli o avevano una balia

in casa e, di certo, non mandavano poi i propri figli in miniera (3).

E si sarebbe tentati di leggere come un ulteriore segnale di classismo socio-economico il successo, presso le classi benestanti, di alcuni “libri per ragazzi” la cui pubblicazione è proprio degli anni 80 del XIX secolo. Ci riferiamo a Pinocchio (Carlo Collodi, 1883), a Cuore (Edmondo De Amicis, 1886) ad una fioritura di libri d’avventura firmati da Emilio Salgari (1863-1911) e ispirati a quelli di Jules Verne (francese, 1828-1905), precizzatore di fantascienza e, di fatto, ideatore di romanzi fantascientifici che hanno profondamente inciso sulla cultura mittel-europea dei giovani, lungo il XX secolo.

Un compromesso fra obbligo scolastico e sempre florido lavoro minorile viene trovato nel 1904 con la legge Orlando che istituisce le scuole serali (in numero di 3450). A poco meno di 50 anni dalla avvenuta Unificazione siamo al tempo (e all’opera) di Maria Montessori, evocatrice di una personalizzazione tutta propria (individuale e creativa) della mentalità del bambino piccolo e scolare (12).

La sfida sociale (“pedo-sociale”) fra lavoro minorile e istruzione scolastica obbligatoria ha attraversato l’Europa (Gran Bretagna: nei primi decenni del XIX secolo con una legge, il “Factory act” del 1833; Germania, Belgio, Italia nella seconda metà dell’ottocento) (2); ma nel nostro Paese occorre attendere il 1923 per una riforma scolastica destinata a rimanere fondamentale (riforma Gentile), pur con qualche ulteriore adeguamento ai tempi: 1940, obbligo scolastico fino a 14 anni.

Ma, al di fuori di questa sfida e della sua più vantaggiosa composizione-risoluzione (fondamentale, anzi, vitale per la maturazione del bambino), la acquisizione da parte del bambino

stesso di un suo profilo, di una personalità sociale autonoma (legalmente riconosciuta), ha avuto un iter travagliato. Viene ammesso nella letteratura che molto spesso si dà del bambino (inteso come “soggetto sociale”, prescindendo dal sentimento affettivo e dalle attenzioni educative dedicategli), una rappresentazione del tutto marginale raffigurandolo come una appendice della realtà che lo comprende e lo sovrasta, nella quale egli figura semplicemente come un soggetto dipendente (2). Sembra un ritorno al lontano passato della cultura greca e latina nelle quali il bambino non veniva considerato “in essere” ma in divenire (13).

Vien fatto di aggiungere a questo proposito (precorrendo la cronologia) che sul piano legale il “bambino sociale” ha trovato nel nostro Paese piena emancipazione solo nella seconda metà del XX secolo (14). Ancora nella prima metà di questo, il governo sui figli era esercitato elettivamente attraverso la patria potestà, intesa come diritto dei genitori sul figlio e non come una generale funzione di tutela e di indirizzo da esercitarsi nell’interesse del figlio.

Si può ben dire che, allo stato dei fatti, la potestà genitoriale non è più un “diritto-potere” da esercitarsi nei confronti dei figli minori, bensì un “potere-dovere” di mantenere, educare e indirizzare i figli promuovendone le personali propensioni al di sopra del dogma giuridico della loro presunta, indifferenziata capacità di agire (15).

I principi fondamentali di eguaglianza delle persone e di tutela degli individui e il riconoscimento dei diritti del figlio al mantenimento, all’istruzione e all’educazione furono legalmente sanciti (art. 2, 3, e 30 della Costituzione Repubblicana, 1947 e altresì leggi n. 888/1956; e n. 35/1970; 448/1988) (14).

Non è irrilevante che proprio «il sociale» animi e connoti la prima *assistenza pediatrica* organizzata nel nostro Paese: alludiamo ai *brefotrofi*; in via subordinata agli *ospizi marini*.

Per i *brefotrofi* –già nel 787 funzionava a Milano quello fondato dall'arciprete Dateo– riprendiamo da Patrizia Guarnieri (10): "Dentro i *brefotrofi*, l'accoglienza dei bambini abbandonati sembra continuare per secoli e secoli allo stesso modo. Ma alla *fine dell'800* (XIX secolo) tutto comincia a cambiare: acquisiscono una direzione sanitaria e diventano luoghi di cura per gli esposti e per le donne che li allattano, nonché luoghi di formazione e specializzazione pediatrica. Il rinnovamento risulta evidente nel caso dello Spedale degli Innocenti di Firenze: una sorprendente documentazione archivistica permette di riconsiderare questioni più ampie e interdisciplinari: la cura medica e la cura materna, le strategie private di assistenza e le amministrazioni pubbliche, le interazioni fra scienza, politica e mentalità. Messi da parte i moralismi di amministratori e benefattori di vecchio stampo, emerge un nuovo atteggiamento verso i bambini –illegittimi o legittimi– e verso le loro madri, nubili o sposate, specie da parte dei medici più impegnati. I quali offrivano alle donne non tanto buoni consigli e miseri sussidi, ma un'assistenza concreta e gratuita che recepiva le difficoltà e le strategie materne. Benché non esistessero ancora le terapie farmacologiche più efficaci, la sopravvivenza e la qualità della vita dei piccoli migliorò e l'abbandono materno diminuì".

Nel 1894 funzionavano 416 *brefotrofi*, molti con l'accoglimento affidato alla classica ruota, e nel 1937 ne erano funzionanti 58 (16).

Per gli *ospizi marini*, può dirsi che appena qualche anno dopo il 1860

ne cominciò a funzionare il primo in Italia, a Viareggio (1862), legato nella storia al nome di Giuseppe Barelai (rif. in 17), per bambini scrofolosi e che la parzialità dell'assistenza è caratteristica di varie strutture pediatriche fondate intorno agli anni 60-80 del XIX secolo: è emblematico l'esempio di Milano in cui, nel 1862, nasceva l'Opera Pia per la cura balneare degli scrofolosi poveri; nel 1875, nasceva il Pio Istituto per bambini rachitici, voluto da Gaetano Pini; nel 1881, la Pia Istituzione per la cura climatica gratuita (marina, alpina) per tiscici.

Merita anche ricordare che nel 1861 Giuseppe Barelai scriveva: "E' necessario ed urgente che il nostro popolo non si senta solo ronzare e frullare nel capo, ma tocchi coi sensi la gran verità che libertà, unità e indipendenza d'Italia è dignità, moralità e carità del popolo italiano" (18).

Non meraviglia che proprio in quegli anni si prestasse grande attenzione alla struttura degli Ospedali: sono del 1862 il libro di A. Husson l'"Etude sur les Hopitaux" e del 1864 una ricerca del medico siciliano G. Gorgone: Rapporto sugli Ospedali (19).

L'assistenza pediatrica ospedaliera trova anch'essa la sua vera e propria prima espressione/realizzazione nel 1869 a Roma con l'Ospedale Bambino Gesù, anche se risulta preceduta da una struttura, molto parziale nel suo raggio di assistenza, a Torino (1845), dove l'Ospedale di Santa Filomena per bambine cattoliche non accoglieva quelle con malattie infettive. Per la nascita di altri ospedali pediatrici degni di questo nome vedi anche tab. 1) (20).

In sintesi (e nei secoli), *brefotrofi*, *ospizi* e –isolatamente– un ospedale hanno aperto l'anagrafe assistenziale pediatrica italiana. Ma è anche rilevante che l'assistenza medica, ancor-

ché non specificatamente pediatrica, trovasse un serio supporto organizzativo nella legge Bertani del 1888, che aveva istituito una "condotta medica e ostetrica" in ogni comune (3).

Per quanto riguarda i bambini, fino all'inizio di questo secolo "i condotti" si limitavano a raccomandare l'allattamento al seno e l'igiene. Nel 1884 si cominciò, non senza polemiche, ad impiegare la sieroterapia per la difterite e nel 1888 la vaccinazione antivaiolesca ai nuovi nati. Dall'inizio del XX secolo fu disponibile (e gratuitamente) il chinino contro la malaria, si cominciò a capire la necessità della reidratazione nella diarrea acuta e si tentarono cure, anche se assai rischiose, contro la sifilide. Era comunque un'epoca in cui la mortalità nelle prime epoche della vita era vissuta come una fatalità e spesso il bambino non veniva nemmeno portato dal medico (3).

B) Nascita ed evoluzione di una pediatria organica in Italia ("la pediatria di ieri")

Forse più dei pediatri, a quell'epoca, si occupava di pediatria sociale e di comunità una schiera di medici condotti e di igienisti conquistati da un'ideologia socialista dovuta al quotidiano contatto con la miseria, la malnutrizione, il degrado degli alloggi (3).

"*Maiora premunt*" e il filone del *sociale* continuò a pesare ancora, e a lungo, sullo sviluppo (in senso globale) della pediatria.

Ricordiamoci anche che nel 1915 ha inizio, per l'Italia, la "prima guerra mondiale" in Europa. Alla sensibilità del Pediatra non sfugge, forse in primo luogo, che "ogni guerra fa orfani" e che molte negative ricadute di contorno socio-affettivo e socio-economico gravitano intorno al lutto. In un Paese già triste e povero (pensiamo ancora soprattutto al

Tabella 1 - Ospedali Infantili (un'anagrafe, secondo Allaria GB. La Pediatria in Italia, Milano, Stampa Medica Italiana [20] 1937)

Alessandria	Cesare Arrigo (Prof. Paolo Bosio)	1886
Ancona	Ospedale dei Bambini (prof. Alberto Caucci)	1900
Brescia	Umberto I (Prof. Pagani-Cesa)	1902
Cremona	Ospedale dei Bambini (Dott. Felice Celli)	1881
Cuneo	Regina Elena (Dott. Teresio Cattaneo)	1912
Genova	S. Filippo (Prof. Luigi Della Valle)	1888
Livorno	Santa Famiglia (Prof. Alberto Funaro)	1888
Lodi	Vittorio Emanuele II (Dott. Oreste Garzia)	1927
Mantova	Bulgarini*	1858
Milano	Ospedale dei Bambini (Prof. Girolamo Taccone)	1899
Palermo	Ospedale dei Bambini (Prof. Buccheri-Dott. Carini)	1882
Roma	Bambino Gesù (Prof. Sen. Francesco Valagussa)	1869
San Remo	A. Nuñez Del Castillo (Dott. Vincenzo Pesante)	1908
Torino	Opera Pia Barolo (S.Filomena) (Dott. G.B. Filippello)	1845
Torino	Regina Margherita (Prof. Ugo Camera)	1883
Torino	Koelliker-Mensi (Prof. Enrico Mensi)	1928
Trento	Maria dei Savoia (Dott. Carlo D'Anna)	1920
Trieste	Burlo Garofolo (Dott. Paolo Israeli)	1907
Venezia	Umberto I (Prof. Ettore Giorgi)	1892
Verona	Alessandri (Prof. Giuseppe Zambelli)	1912

* *In origine, saltuariamente e stentatamente funzionante*

A Firenze, l'Ospedale Anna Meyer cominciò a funzionare nel 1891, ma venne presto clinicizzato. Probabilmente per questo motivo Allaria non lo ha incluso nella tabella (20).

Mezzogiorno) come era l'Italia la guerra non fu certo indolore per estesi nuclei di popolazioni.

La nascita della “*pediatria universitaria italiana*”, nella sua piena emancipazione con la fondazione della relativa *società nazionale* (Torino, ottobre 1898) ha luogo in un'Italia unificata da quasi 40 anni. Undici anni prima (ottobre, 1887, a Pavia) si era data ufficialità la Società Italiana di Medicina Interna (SIMI).

Una emancipazione dalla Medicina Generale della Pediatria potrebbe

essere segnata da un basilare concetto fisiologico, storico ormai, quanto profondamente verificato e collaudato negli “albi del sapere”. Si tratta della sintesi di un pensiero del pediatra A. Jacobi (nato in Westfalia, emigrato in America), che suona: “*il bambino non è un adulto in miniatura*”; (1889) (21).

In coerenza con questo “modo di pensare, pediatrico” il 1889 potrebbe riconoscersi come l'anno “anagrafico-culturale” di origine di una pediatria seriamente scientifica (nel

Mondo), del tutto indipendente dalla “grande madre” che rimane la Medicina Generale nel suo insieme.

Ogni paese avrà poi, naturalmente, una sua *anagrafe* pediatrica nazionale e una sua *storia* nazionale pediatrica fatte rispettivamente di date significative più o meno emblematiche, ad esempio: nascita (fondazione) della Società di Pediatria e/o istituzione del primo ufficiale insegnamento universitario della disciplina.

Per l'Italia, prioritarie date anagrafiche alternative di “nascita della Pediatria”

potrebbero quindi essere (come appena dianzi annotato) il 1898 (ottobre, Torino, con la Fondazione della Società Italiana di Pediatria) o già il 1882 (prima cattedra universitaria ufficiale a Padova), 22 anni dopo l'unificazione della nostra Italia. In realtà, negli anni 1802-1805 Gaetano Pallone aveva avuto un "episodico" incarico didattico (pediatrico) nell'Ospizio degli Innocenti (17); ma episodi didattici così fugaci e poco significativi incidono anche poco sulla anagrafe della storia. Dalle due date storiche che contano sono passati, rispettivamente, 112 e 128 anni. Un tempo di gran lunga sufficiente per ammettere e sancire collaudi; per considerare doveroso riconoscere che la Pediatria è l'area medica socialmente più impegnata e vicina alle famiglie. E' l'area, ancorché tardivamente definita (1979) come "Area Pediatrica"

(22), che istituzionalmente viene ad aver cura della salute degli organismi umani in tenera età e fino ad adolescenza completata, dei bambini che diventeranno responsabili nella (e della) società di domani. Di certo in questo senso, vale sancire: "in puero homo"; che va letto come una massima che integra la precedente ("il bambino non è un adulto in miniatura") e la completa con il messaggio di considerarne tutti i diritti e di ottemperare a tutte le esigenze che i bambini hanno per crescere in completo benessere fisico e psico-sociale sia nel tempo reale, cioè nel giorno dopo giorno, sia in lunga futura prospettiva. In proposito, due brevi riflessioni sul campo: nulla accade a caso in Medicina che abbia, in particolare, una origine e un significato sociale. Le due brevi riflessioni attengono al "modo di crescere somatico" la pri-

ma, e al "modo di crescere psico-sociale" la seconda. Pochi dubbi che la convergenza di favorevoli fattori di ispirazione socio-pediatrica proiettati verso un migliore "modo di vivere" (nutrizionale, igienico, preventivo-vaccinale, scolastico, di impiego del tempo libero, ludico, sportivo...) di bambini e adolescenti ne abbia validamente qualificato il "modo di crescere" somatico. Il fenomeno della *accelerazione secolare*: documentato dall'incremento progressivo delle stature delle reclute, non è né casuale, né banale! (*Riquadro 1*). Il modo di "crescere psico-sociale" concerne largamente la scuola e – riservandoci di tornare sull'argomento (v. punto C) – vorremmo qui limitarci al tema della Medicina Scolastica (anni 60 dello scorso secolo; vedi *Riquadro 2*)

Riquadro 1. - Accelerazione secolare

Negli ultimi 200 anni e fino, quasi, ai nostri giorni in tutti i Paesi con moderno livello di civilizzazione si è notato un franco incremento della velocità di crescita staturale lungo l'età infantile-puberale, con una conseguente accelerazione progressiva di raggiungimento della "statura adulta definitiva": in particolare negli ultimi 100 anni questo "raggiungimento" è passato dai 20-25 anni ai 15-20.

Contemporaneamente si è constatata una anticipazione, progressiva anch'essa, dello sviluppo puberale: l'età media della prima mestruazione (menarca) essendo passata dai 15 anni circa di 100 anni fa ai 13 della nostra epoca. Sta di fatto che, in base alla misurazione della statura delle reclute, via via nei successivi decenni se ne è constatato un continuo aumento. Né, del pari, è sfuggita all'attenzione degli interessati all'argomento la conoscenza di un cospicuo incremento, nel tempo, della vendita di confezioni di abbigliamento (abiti e calzature) di taglie vieppiù grandi.

Alla base dell'accelerazione secolare sono stati accreditati un miglioramento igienico-alimentare e, in generale considerato, del tenore di vita (per esempio più sport, più vita all'aria aperta), ma anche una sensibile contrazione delle malattie infettive (meno numerose, meno frequenti e più facilmente contenute dalle cure). Sta di fatto che sfavorevoli condizioni ambientali e alimentari, come sono venute a realizzarsi durante i periodi bellici del secolo, hanno significativamente ridotto il ritmo dell'accelerazione già in corso con limitazione della statura negli adolescenti di quegli anni (e della statura adulta definitiva).

A queste osservazioni sintetizzate un decennio addietro ci sembra interessante aggiungere la tabulazione della statura media delle reclute italiane, secondo il loro anno di nascita 1900-1977.

Statura media delle reclute italiane (nati 1910-1977)

1910	165,50
1920	166,04
1930	167,37
1940	168,47
1950	169,88
1960	172,69
1970	173,96
1977	174,44 cm

Da: *L'Italia in cifre. Istat, territorio, 2000*

Riquadro 2. - Medicina scolastica

Occorre –riteniamo– pensare, nello specifico, all'articolo 2 del regolamento sui servizi di medicina scolastica, dell'11 febbraio 1961, dal quale si apprende che: “il servizio di medicina scolastica comprende la profilassi, la medicina preventiva, la vigilanza igienica, il controllo dello stato di salute di ogni scolaro e si avvale della collaborazione della scuola nell'educazione igienico-sanitaria”. Per essere “medico scolastico” all'epoca non era affatto necessario essere pediatra; anzi, una specializzazione in igiene (o in medicina scolastica) valeva di più. La visione olistica centrata sulla salute e sul benessere del bambino veniva così penalizzata a favore di una cultura igienistica. Con qualche eccezione territoriale questa figura di medico-igienista scolastico ha fatto il suo tempo (oppure, qua e là è stata inserita tra quelle della “pediatria di comunità”); ma, nel bene e nel male, non è stata sostituita. Oggi viene da pensare se la figura di un medico-pediatra non sia di gran lunga, e per molti motivi funzionali-professionali, idonea nell'ambito della scuola (v. anche figura 8) che non può che avvantaggiarsi di solidarietà collaborativa con la pediatria.

Ma l'Area Pediatrica è anche l'area che emancipa e consolida un patrimonio scientifico-culturale e letterario tutto proprio, consegnato in *libri e riviste* con il loro valore storico-documentario nel tempo. Dei primi (dei *libri*) nel nostro Paese –e qui, ovviamente, prescindendo da quelli ormai solo di pretto valore storico-“rinascimentale”, pur accuratamente considerati da Maggioni (16a,b) e nonostante N. Latronico (17) abbia tentato di valorizzare “L'Infanzia, trattato del Dottore Domenico Antonio Mandini...” (1805)- potremmo sintetizzare che varia letteratura trattatistica pubblicata in Italia ed entrata nella storia, riguarda traduzioni dall'Inglese e dal Tedesco di libri pubblicati in pieno se-

colo dei lumi. Si tratta di una bella testimonianza della attenzione già allora dedicata in Europa alla salute dell'infanzia (Riquadro 3), da un canto, ma anche; dall'altro, all'approccio ad una “politica della salute” se vogliamo riferirci a qualche commento (postumo, ovviamente, di oltre un paio di secoli, cui dedichiamo il Riquadro 4).

Ma qualche testo italiano segue, a breve, nel XX secolo: Luigi Concetti: *L'Igiene del bambino*, Società Editrice Dante Alighieri, Roma-Milano, 1903; Olimpio Cozzolino, *Manuale Pratico di Pediatria*, Idelson, Napoli, 1911; Francesco Valagussa, *Consultazioni di Clinica, Dietetica e Terapia Infantile*, Morelli, Firenze, 1915. Nel 1928 compare il Manuale di Gino Frontali,

L'Alimentazione del Bambino, Minerva Medica, Torino, 1928; ultima Edizione 1958, che diventa per anni il breviario del Pediatra Italiano. Nel 1934 Carlo Comba e Rocco Iemma insieme a numerosi Collaboratori, pubblicano il primo grande trattato italiano di pediatria in tre volumi (*Trattato di Pediatria*, Vallardi, Milano, 1934). Due anni dopo esce un'altra “storica” pubblicazione di Gino Frontali, il *Manuale di Pediatria* (Minerva Medica, Torino, 1936; una seconda Edizione è del 1948 e una terza del 1962). È il momento in cui la pediatria italiana sente un particolare fascino culturale-assistenziale verso il lattante e lo esprime nel *Trattato di Nipiologia* di E. Cacace e B. Mussa (Minerva Medica, Torino,

Riquadro 3. - Libri stranieri

La dotta “Storia della Pediatria” di Nicola Latronico (Minerva Medica, Torino, 1977) chiude con un capitolo “I pionieri, figure ed opere” (pagg 641-675) assai ricco di storiografia letteraria, anche trattatistica, di Pediatria Europea ed Americana. Una selezione di opere Europee particolarmente significative dovrebbe comprendere:

- 1689 (Gran Bretagna) W. Harris, *De Morbis acutis infantum*.
- 1764 (Stoccolma) Rosen von Rosenstein, 1766 (Gottinga), 1783 (in Italiano) *Trattato delle malattie dei bambini*.
- 1767 (Londra) G. Armstrong, *Essay on the diseases most incident to children*.
- 1784 (Londra) M. Underwood, *Treatise on the diseases of children* (traduzione in italiano, Venezia, 1794).
- 1794 (Berlino) C. Girtanner, svizzero, *Abhandlung über die Krankheiten der Kinder und über die physische Erziehung derselben*.
- 1845 (Parigi) E. Bouchut, *Manuel pratique des maladies des enfants nouveaunés, des enfants à la mammelle et de la seconde enfance*.
- 1860-1902 (Monaco) A. Vogel, *Lehrbuch der Kinderkrankheiten* (12 edizioni)
- 1881 (Tubinga) C. Gerhardt, *Trattato completo delle malattie dei bambini*. G. Iovene. Editore. Napoli, 1883.
- 1882 (Germania) A. Baginski. *Trattato delle malattie dei bambini*, in Italiano a cura del Prof. F. Fede nel 1890
- 1892 (Parigi) J. Comby. *Traité des maladies des enfants*.

Riquadro 4. - La politica della salute nel XVIII secolo

Il richiamo alla “cultura della salute” dei bambini cui si dedicano i trattati di pediatria del XVIII secolo (Riquadro 3) consente un riferimento alla “politica della salute”. Qui si tratta della ideazione di un “sistema” in grado di far funzionare meccanismi di salvaguardia individuale, collettiva e sociale che valorizzano, anche sinergicamente, la produzione del benessere (dello “star bene” degli umani). Si può dire –seguendo Foucault– che si tratta di mettere in campo obiettivi multipli lungo la catena delle attività dell’uomo (stili di vita, alimentazione, igiene ambientale e pulizia, ritmi e attività lavorative, sport e attività fisiche...) ma anche accorgimenti medicali e cultura medica correttamente mirata alla “dimensione” malattia e alla “reciprocità” di questa, cioè alla salute. Riguardo all’infanzia, nel contesto della “politica della salute”, si emancipa (e si auspica) un privilegio: quello di poter contare su una famiglia (genitori) elettivamente orientati a garantire la tutela del “vivere sani” ai loro bambini, in sé e per sé nucleare proprio nell’ambito della politica della salute.

Riferimento bibliografico: Michel Foucault: *Discipline, Poteri, Verità, Detti e Scritti 1970-1984*; a cura di Mauro Bertani e Valeria Zini. Genova-Milano, Marietti 1820, 2008.

1959). La pubblicazione del *Trattato di Puericultura* di R. Bulgarelli, in prima edizione (Società Editrice Universo, Roma), è del 1958 (V Edizione, 1985). A partire dagli anni Sessanta, con uno stile espositivo profondamente rinnovato, si impone la traduzione dal tedesco dell’opera di G. Fanconi e A. Wallgren, *Trattato di Pediatria* (Vallardi, Milano, 1960). Un successivo fiorire di libri, ora tradizionali ora innovativi per la presentazione della materia clinica (per quadri clinici o per problemi), costituisce la trattatistica pediatrica italiana del presente.

Delle 18 riviste di cui Maggioni (16) riporta le testate dal 1893 al 1975 (capostipite “La Pediatria”, Napoli) (23) ne sono rimaste attive 4: Mi-

nerva Pediatrica, dal 1949; Pediatria Preventiva e Sociale dal 1963; Prospettive in Pediatria dal 1971; Rivista Italiana di Pediatria (Italian Journal of Pediatrics) dal 1975 (23). Prospettive in Pediatria e Rivista Italiana di Pediatria sono “organi” della Società Italiana di Pediatria; ad esse si è aggiunta, dal 1999 Area Pediatrica.

Numerosi altri periodici sono espressione di Società di Ricerca Pediatrica affiliate alla Società Italiana di Pediatria o di Gruppi di Studio di quest’ultima o sono “indipendenti”.

In linea di massima, molta ricerca italiana, in prevalenza allocabile nella “pediatria di ieri”, è stata pubblicata su riviste nazionali. Molti temi sono stati affrontati e riportati in un

paziente, accurato lavoro di Farnetani I. e Farnetani F. (24) inteso a richiamare l’attenzione su ricerche di pediatri italiani pubblicate nel cinquantennio 1915-1965 (25-36). E chiudiamo questa “pediatria di ieri” con un significativo ritorno al sociale che ha occupato buona parte di questo cinquantennio dal 1924, debordandone di un decennio.

Il 1924 segna la formulazione della prima “carta sociale” (di valore condiviso e universale) sui diritti dell’infanzia. Nasce così un primo documento che dell’infanzia esalta l’importanza e la valenza sociale. (Riquadro 5)

Sarà seguito da numerosi altri anche nella pediatria di oggi (ONU-UNI-

Riquadro 5. - Déclaration de Genève

Par la présente Déclaration des Droits de l’Enfant, dite Déclaration de Genève, les hommes et les femmes de toutes les nations, reconnaissent que l’Humanité doit donner à l’Enfant ce qu’elle a de meilleur, affirment leurs devoirs, en dehors de toute considération de race, de nationalité, de croyance.

1. L’Enfant doit être mis en mesure de se développer d’une façon normale, matériellement et spirituellement.
2. L’Enfant qui a faim doit être nourri; l’enfant malade doit être soigné; l’enfant arriéré doit être encouragé; l’enfant dévoyé doit être ramené; l’orphelin et l’abandonné doivent être secourus.
3. L’Enfant doit être le premier à recevoir des secours en temps de détresse.
4. L’Enfant doit être mis en mesure de gagner sa vie et doit être protégé contre toute exploitation.
5. L’Enfant doit être élevé dans le sentiment que ses meilleures qualités doivent être mises au service de ses frères.

Nota. A questa “Déclaration” (1924) su “Les droits de l’enfant 1923-1924”, hanno fatto seguito: una “Résolution de l’Assemblée Générale de l’ONU, 1959”; una “Déclaration d’Helsinki, 1964”, revisionata a Tokio (1975) e, soprattutto, la Dichiarazione dell’ONU di New York, Novembre 1989, in Italia, Legge 27 Maggio 1991, n. 176. “Ratifica ed esecuzione della Convenzione sui diritti del fanciullo, fatta a New York il 20 Novembre 1989. Da Gazzetta Ufficiale 11 giugno 1991 n. 135, SO; e quelle di Oviedo e Strasburgo, 1997. Nello spirito e a complemento della difesa dei diritti del bambino (legge 27 Maggio 1991, n. 176) in Italia è stata promulgata la legge 285 del 28.8.1997. “Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l’infanzia e l’adolescenza”.

CEF, New York 20 novembre 1989; in Italia, legge 27 Maggio 1991, n. 176 Gazzetta Ufficiale SO) di estremo valore sociale.

L'istituzione, in pieno periodo di regime fascista, dell'ONMI (1925): "Opera Nazionale Maternità e Infanzia" (16) (su modello Belga, 1919) sembrerebbe una risposta italiana a questa grande iniziativa internazionale del 1924 (Ginevra), ma, ancorché progettata secondo un ordinato programma di attività sanitarie-consultoriali di ampio respiro (legge n. 2277, 10 dicembre 1925; con modifiche 21 ottobre 1926, regio decreto n. 1904), non lo fu, se non molto parzialmente, per prevalenti motivi di deficit di finanziamenti e per carenza di operatori sanitari preparati. Lungo il deprecato

ventennio, in cui i bambini in età prescolare erano "figli della lupa" e quelli delle classi elementari erano "balilla", la urlata e spavalda politica del Regime contrastò sistematicamente stile e linee programmatiche della Società delle Nazioni (Ginevra 1919-1942, poi sostituita dall'ONU). Coltivò in Italia una politica demografico-demagogica e una (pseudo-)pedagogia di arroganza e prepotenza, specie questa, straordinariamente nociva per le giovani generazioni private –per scelta didattica imposta (rigida, miope e certamente colpevole anche a lungo termine)- della possibilità di cimentarsi (e confrontarsi) con i "valori culturali" che più contano nella vita. L'ONMI, in particolare, si colorì progressivamente di "fascismo" (leg-

ge 298 del 13 aprile 1933) ma degradò nei decenni al rango di erogatrice di "latte in polvere" o altro alimento per lattanti e/o, in qualche modo, di asilo infantile o di supporto a famiglie con bambini e adolescenti (quattordicenni) in difficoltà. Gli anni della seconda guerra mondiale e il lungo e sofferto dopoguerra furono particolarmente difficili per il funzionamento dell'ONMI. Cessò la sua attività nel 1975.

Con un intento e con un panorama di vedute infinitamente più larghe nasce in quegli anni '70 la *Pediatria di Famiglia*, la grande meritevole risorsa medico-pediatrica e sociale che assolve al suo delicato compito anche nella organizzazione della pediatria di oggi (v. *Riquadro 6*).

Riquadro 6. - Pediatria di Famiglia. Una piccola storia. Un grande merito.

Torino, primi anni 1960 (100 anni dopo l'"Unificazione"), l'ingegner Vittorio Valletta, Presidente FIAT crea una "mutua aziendale" che convenziona – per attività in ambulatorio e a domicilio – sia i medici di famiglia (dei lavoratori FIAT) sia i Pediatri dei figli di questi lavoratori.

Con Alma Ata (OMS, 1978) prende campo il nuovo concetto di salute che non consiste più nella "assenza di malattia", quanto, invece nel "pieno benessere fisico, psichico e sociale". Nel Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 il pediatra moderno viene indicato come il professionista che meglio di ogni altro ravvisa nella Medicina una "Medicina della Salute" in contrapposizione alla vecchia e obsoleta Medicina della Malattia.

L'esempio FIAT viene seguito nel Nord e nel Centro Sud. Questa categoria di Pediatri fonda a Torino, 21 febbraio 1971, la Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP).

Nel 1979, accanto alla Convenzione di Medicina Generale – inerente alla legge 833 relativa al SSN (servizio sanitario nazionale) 1978 – viene istituita, per la prima volta, una apposita Convenzione Nazionale per la "Pediatria di libera scelta" (o Pediatra di Famiglia).

In Italia, questa "pediatria di famiglia" va considerata come l'entità primaria più capillare dell'assistenza ai lattanti e ai bambini (prevenzione compresa). Per bambini da 0 a 6 anni questa assistenza compete strettamente (per accordo nazionale) al pediatra di famiglia; dai 7 ai 14 anni (e oltre, possibilmente fino ai 18), la scelta è opzionale: i genitori hanno facoltà di continuare a preferire ancora il pediatra di famiglia o di far passare il loro bambino alle cure del medico di famiglia.

Nella nostra realtà (riferendoci soprattutto alla Convenzione FIMP) un pediatra di famiglia (detto anche "di base" o "di libera scelta") può assistere da un minimo di 301 fino a 800 (o 880) bambini in età da 0 a 14 anni (legge n. 412/91, art. 4, comma 9 e Decreto legislativo n. 502/92, art. 8, modificato dal Decreto legislativo n. 517/93, sottoscritto il 18 aprile 1996).

In anni molto più vicini a noi (Roma, 1995) è stata costituita un sindacato di pediatri di famiglia alternativo alla FIMP, la Confederazione Italiana Pediatri (C.I.Pe) e nel gennaio 2011, a Milano, si è costituito il Sindacato Medici Pediatri di Famiglia (SiMPeF), per scissione dalla FIMP. C.I.Pe e SiMPeF, sempre nel gennaio 2011, hanno costituito la "FEDERAZIONE C.I.Pe-SiMPeF" (FCS), che però rimane rappresentativa di una parte minoritaria dei Pediatri di Famiglia Italiani.

C) Infanzia e pediatria di oggi. un approccio al sociale

Riferendoci all'infanzia, quando si parla di una Società che cambia, la nostra attenzione si indirizza, in prevalenza almeno, alle caratteristiche ambientali che più connotano oggi i contesti, familiari e non, in cui – e con sensibili differenze rispetto al passato – i bambini vivono.

In altri termini, non si trascura che i contesti economici e socio ambientali, nonché gli stimoli che da questi ultimi ai bambini provengono possono significativamente variare da famiglia a famiglia e che, peraltro, ogni bambino può reagire a questi (vari) stimoli in maniera abbastanza individuale e soggettiva.

Ciò premesso, è ormai un luogo comune ammettere che i bambini della società di oggi sono cambiati rispetto a quelli di 50 o 40 anni fa.

E' accettato e condiviso – da gran tempo, ormai – che un ambiente culturalmente progredito e al passo con i tempi agevoli la maturazione socio-intellettuale e comportamentale dell'organismo in crescita, anticipandone non di rado alcune evoluzioni psichiche e/o psico-attitudinarie (prontezza dialogica comunicativa, curiosità nell'apprendere, vivacità ideativa, facile approccio agli adulti). Una famiglia pedocentrica, rispetto ad una che non lo è, giocherà in questo senso il suo ruolo; ma anche di "bambini televisivi" si è parlato (per caratterizzare così il nostro attuale tempo, in cui i bambini vivono, più che l'eventuale abuso che, spesso della TV vien fatto). E, più comprensivamente, si è parlato di *E-generation* (37), distinguendo questi bambini da quelli...nati e vissuti ai tempi del grammofono...

In sintesi, i bambini della nostra società di oggi (e non poteva essere altrimenti) sono cambiati (in linea di massima risultando "precoci"), sem-

bra risentendo del "progresso" che li circonda.

Riferirsi poi, cronologicamente alle scoperte e ai progressi tecnologici della Medicina (e della Pediatria), diagnostici e terapeutici, soprattutto, per considerarli recenti (si fa per dire...di oggi), o meno, può essere relativamente facile. "Di ieri" sono, ad esempio, la scoperta dei raggi Roentgen (1895), ma anche l'utilizzo degli ultrasuoni nella diagnostica medica (1942) e il diffondersi delle tecniche elettroencefalografiche (anni 30-40) ed elettrocardiografiche (primi anni 50 del XX secolo), mentre "di oggi" possono riconoscersi la risonanza magnetica nucleare (1971) e la tomografia computerizzata (1972).

"Il progresso" in Medicina è di per sé, di solito, un *continuum* nel cui corso può inserirsi qualche evento "particolare" e "particolarmente incisivo", frutto di scienza e ricerca in grado di costituire una novità o di preparare *innovazioni*. Queste possono – più che altri eventi – aprire, da un canto, più spazio a qualche branca della Medicina, anche profondamente modificandola, o motivare l'insegnamento di qualche nuova disciplina. Potremmo esemplificare citando la necessità di una espansione didattica di talune branche di Medicina (e Pediatria), considerando da un canto l'emodialisi (1944-47) o la "diagnostica prenatale" (1966) (e la "pediatria prenatale") e la patologia, sempre a rischio, del "pretermine estremo" (peso alla nascita $\leq 500\text{gr}$), con i suoi molteplici problemi trasversali attuali e in prospettiva di qualità della vita, e dall'altro canto l'insegnamento della Bioetica (e verso un "progresso sostenibile"), o della Educazione alla Salute, che potrebbero corrispondere egregiamente all'opportunità (alla necessità) di innovare il bagaglio didattico per i giovani!

Più di un motivo, pertanto, per parlare, in base a queste (e a molte altre) "innovazioni", di *Rivoluzione biomedica* (38) a far tempo dalla applicazione di vari interventi del tutto originali (trapianti di organo: rene, 1952; fegato, 1963; cuore, 1967; trapianti di midollo osseo, 1968, questi ultimi segnatamente nel bambino (39).

Si potrebbe pensare di far coincidere con queste date (approssimativamente a 100 anni circa, quindi, dalla avvenuta Unificazione che oggi celebriamo) l'inizio di un *nuovo corso* della Pediatria e della Medicina, nel suo grande insieme riconsiderata. Ma una coincidenza è solo una "evenienza cronologica" e, di per sé, non certo una motivazione causale di qualsivoglia innovazione o progresso.

Per quanto più da vicino ci riguarda, questo progresso ha compreso l'igiene ambientale (in senso proprio considerata, aperta alle esigenze urbanistiche abitative, ludiche e del verde pubblico), l'igiene e la difesa-profilassi vaccinale da molte malattie infettive (tab. 2), la corretta Medicina pre- e perinatale, gli eventuali screening di coppia e quelli neonatali (tab. 3) (vaccinazioni e screening essendo cardini sociali di profilassi), la corretta, razionale dottrina nutrizionale dei bambini nel suo continuo estendersi, l'attività sportiva di essi (non priva di congrua, ben dosata attività agonistica, collettiva e anche pedagogica per gli adolescenti) e l'impiego ("ben selezionato e dosato") del loro tempo libero, evitando ogni abuso TV (tab. 4). I "bilanci di salute" (controlli periodici dello stato di salute del bambino, della sua crescita, del suo benessere possibilmente anche psicorelazionale) (37), forniscono preziose informazioni.

Pochi dubbi, poi, ovviamente, che un progresso così eclettico – come in un "circolo virtuoso" – frutto ed emancipatore di cultura, richieda una *didatti-*

Tabella 2 - Date fondamentali nella scoperta delle vaccinazioni. CON, co-niugato; RIC, ricombinante; ATT, virus attenuato.

Vaccinazioni		
Papilloma virus	2006	↑
		2000
Rotavirus	1997	↑
Epatite A	1992	
Pertosse acellulare	1989	
H. influenzae b (CON)	1988	
Epatite B (Ric)	1986	
Rabbia (Diploide)	1980	
Pneumococco	1978	
Varicella	1974	
Meningococco	1968	
Parotite	1967	
Rosolia	1966	
Morbillo (ATT)	1963	
Morbillo (virus ucciso)	1960	
Polio (Sabin)	1955	
Polio (Salk)	1953	
Influenza	1943	
Febbre gialla	1935	
Tetano	1927	
Difterite	1925	
Pertosse	1923	
Tubercolosi (BCG)	1921	
Tifo	1912	
		1900
Rabbia	1885	↑
Carbonchio	1881	
Colera dei polli	1880	
		1800
Vaiolo	1796	↑

ca fortemente potenziata. Se il primo quarto del XX secolo (fino al 1925) chiudeva con l'istituzione (lungo 42 anni: 1882-1924) di 20 cattedre di pediatria (Allaria 1937 (20,23) non meraviglia che, lungo la seconda metà del '900, vi sia stata un'autentica esplosione di cattedre universitarie (anche) della nostra disciplina. (tab. 5) (23) Da un canto per l'incremento (enorme e selvaggio) degli iscritti al 1° anno nella facoltà di Medicina e Chirurgia (ad esempio 12, 200 ancora nell'anno accademico 1987-88) in attesa dell'applicazione del "numero chiuso" (proposito nel 1986-87); dall'altro, per l'espansione, cospicua anch'essa, dello scibile pediatrico

Anche lo sviluppo della *ricerca pediatrica* ha dato motivo e spazio a questa moltiplicazione di cattedre. Sta di fatto che al 1° ottobre 1999 su Murst-Internet figuravano 9 discipline inerenti al "Settore F19A Pediatria Generale e Specialistica". Si tratta precisamente di: Adolescentologia, Cardiologia pediatrica, Malattie metaboliche del bambino, Neonatologia, Neurologia Pediatrica, Oncologia pediatrica, Pediatria, Pediatria preventiva e sociale, Terapia pediatrica.

Nell'Enciclopedia Medica Italiana (40) sono elencate 13 Società Scientifiche ("affiliate alla Società Italiana di Pediatria") e 16 gruppi di Studio (tab. 6).

In effetti, la ricerca pediatrica italiana è oggi al passo con i tempi. Gli avanzamenti tecnologici di laboratorio disponibili ne garantiscono una assoluta sicurezza e modernità. Una interdisciplinarietà (con la genetica in particolare e con varie "specialistiche" di organo) la caratterizza frequentemente e la rende ampiamente collaborativa fra *team* non solo nazionali. La pediatria clinica è diventata spesso anche "molecolare": è, infatti, possibile e congruo con i tem-

Tabella 3 - Suddivisione applicativa degli screening neonatali

Screening neonatali di massa (applicabili indistintamente a tutti i neonati)

Fenilchetonuria e iperfenilalaninemie (PKU/HPA), ipotiroidismo, fibrosi cistica, displasia evolutiva dell'anca (test sia clinico – manovra di Ortolani e Barlow – che ecografico), retinopatia del pretermine.

Screening neonatali selettivi (applicati con criterio di rischio familiare ed etnico)

Galattosemia, leucinosi, drepanocitosi, deficit di G6PD, HbS, difetti uditivi (ABR-AABR) in soggetti a rischio, screening ecografico della patologia disrafica spinale, cerebrale, cardiaca e renale.

Screening neonatali di applicazione regionale-distrettuale

Sindrome adrenogenitale, malattie di Fabry e di Gaucher, sindrome QT lungo, evocazione del riflesso rosso, screening apparato uditivo (TEOAE).

Attualmente, in USA con poche gocce di sangue dal tallone del neonato possono essere diagnosticati più di 40 disordini genetici-ereditari e metabolici rari tramite la tandem mass spectrometry, evoluzione hi-tech della classica spettrometria.

Tabella 4 - Esposizione ai media durante gli anni di scuola*

Paese	Soggetti (n)	Esposizione TV (ore: min/die)	Esposizione TV (ore stimate)*	Ore scuola (stimate)
USA	2065	3:16	16-20.000	14.000
Italia	677	2:30	10-14.000	12.000

*6-18 anni (37)

Tabella 5 - Professori ordinari di prima fascia titolari di cattedra di Pediatria (totale: 105)

- 1 a Ancona, Catanzaro, Chieti, L'Aquila, Trieste, Udine, Varese (Insubria)
- 2 a Brescia, Modena, Palermo, Pisa, Roma Cattolica, Sassari
- 3 a Bari, Ferrara, Padova, Parma, Pavia, Perugia, Siena, Verona
- 4 a Bologna, Catania, Firenze, Messina, Napoli I e Napoli II, Roma Tor Vergata
- 5 a Genova
- 6 a Cagliari
- 7 a Milano, Torino
- 9 a Roma La Sapienza

(11 fuori ruolo al 31 ottobre 1998: 2 a Firenze e 2 a Genova; 1 per ognuna delle seguenti sedi: Catania, L'Aquila, Messina, Padova, Roma La Sapienza, Siena, Trieste) (23)

pi, configurare oggi l'essere umano come un "uomo molecolare" (41) oltre che come un "io biologico", consapevole della propria, assoluta, individualità immuno-molecolare (39). La "cellula" è divenuta esplorabile nei suoi molteplici organuli con enormi vantaggi per la diagnostica e la terapia.

Difronte a questa velocità di avanzamento del progresso medico va esaltato il ruolo culturale-professionale che riveste l'ECM (Educazione continua in medicina)

Con un particolare impegno e intento di supportare e rinvigorire la forza della ricerca è stata fondata (Prof. A. Rubino) nel 2007 la Società Ita-

liana di Ricerca Pediatrica (SIRP). Incrementare la produttività scientifica, sostenere i giovani ricercatori, limitare (e scoraggiare) la fuga all'estero di cervelli, ne sono gli obiettivi primi e concreti (v. anche 42).

Oltre a strutture del CNR (e a talune altre) particolarmente dedicate, le sedi elettive in cui la ricerca pediatrica si

Tabella 6 - Società di ricerca (A) e gruppi di studio/lavoro (B) affiliati alla società italiana di pediatria (S.I.P.)

(A) Società Italiana (S.I.) di Neuropediatria (S.I.NP.), S.I. di Endocrinologia Diabetologia Pediatrica (S.I.E.D.P.), S.I. di Nefrologia Pediatrica (S.I.NE.PE.), S.I. di Pediatria Preventiva e Sociale (S.I.P.P.S.), S.I. di Gastroenterologia di Epatologia Pediatrica (S.I.G.E.P.), S.I. di Medicina degli Adolescenti (S.I.M.A.), S.I. di Neonatologia (S.I.N.), S.I. di Nutrizione Pediatrica (S.I.NU.PE.), S.I. di Allergologia Immunologia Pediatrica (S.LA.I.P.), S.I. di Malattie Respiratorie Infantili (S.I.M.R.I.), S.I. di Infettivologia Pediatrica (S.It.I.P.), S.I. di Medicina di Emergenza d'Urgenza Pediatrica (S.I.M. E U.P.), Associazione Italiana Ematologia ed Oncologia Pediatrica (A.I.E.O.P.), S.I. Pediatria Ospedaliera (S.I.P.O.), S.I. Malattie Genetiche Pediatriche e Disabilità (SIMGePeD), S.I. delle Cure Primarie (S.I.Cu.P)

(B) Gruppo di Studio (G.S.) di Ipertensione, G.S. di Fibrosi Cistica, G.S. del Maltrattamento e abuso dell'Infanzia, G.S. di Cardiologia Pediatrica, G.S. di Reumatologia, G.S. di Genetica Clinica, G.S. del Trapianto di Organi, G.S. di Fisiopatologia Fetale e Neonatale, G.S. per l'Accreditamento il Miglioramento della Qualità, G.S. di Storia della Pediatria, G.S. di Farmacologia Clinica Pediatrica Gruppo di Lavoro di Bioetica, G.S. della Sindrome della Morte Improvvisa del Lattante, Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Immigrato, G.S. di Ecografia Pediatrica, G.S. Neuroimmunologia Pediatrica, G.S. Medicine Complementari, G.S. per le Malattie Neuromuscolari e Neurodegenerative

esplica sono, in prevalenza, le cliniche universitarie e gli importanti ospedali (cosiddetti di III o, anche di II livello), naturalmente le une e gli altri istituzionali sedi di *ricovero di bambini e adolescenti* che negli ultimi 40 anni vi sono accolti e accuditi con estrema attenzione, anche "umana".

La presenza costante della madre accanto al paziente è ormai la regola (ed è anche legalmente riconosciuta); ma altrettanto, la gaiezza della struttura ambientale (con le caratteristiche ludiche, scolastiche, di vario intrattenimento) è oggetto di attenzione, come lo è la cortesia empatica di tutto il personale di assistenza. La realizzazione di un ambiente e di uno stile ospedaliero "a misura di bambino" è stata anche specificamente favorita da ABIO (Associazione per il bambino in Ospedale) che ha promosso, con questo specifico scopo, prima la Carta di Leida (1988) (43) e poi la Carta EACH (European Association for Children in Hospital, 2001).

Questa solidarietà di assistenza e questa "umanizzazione", specie ospedaliera, trova la massima motivazione e applicazione nei riguardi di pazienti con *malattie croniche* e invalidanti-debilitanti e in realtà, oggi, epidemiologica-

mente prevalenti nei "repertori" delle patologie pediatriche e adolescenziali in generale intese (37 e v. oltre). Una assai valida forza sociale ospedaliera (para- e meta-ospedaliera) è rappresentata dall'*associazionismo*. Sono infatti numerose e molto efficienti le associazioni di genitori (e "amici") che con slancio e altruistico sentimento si impegnano nel sostenere a tutti i livelli la qualità delle cure e della vita di questi pazienti (dagli oncologici ai diabetici, dagli osteopatici agli anemici cronici, dai celiaci ai malati di fibrosi cistica...). Ma in tema di solidarietà socio-assistenziale (e guardando lontano, anche molto oltre i nostri confini nazionali) nel mondo di oggi si è fatta imponente e importante strada una solidarietà sovranazionale di grandi strutture benefiche internazionali (solo qualche esempio: FAO, ONU, UNICEF, UNESCO; OMS, CROCE ROSSA INTERNAZIONALE; 40). Anche molti pediatri italiani (di Università e Grandi Ospedali) si muovono, da tempo, e molto efficientemente a favore di questi bambini che popolano le plaghe terrestri più povere e derelitte.

E torniamo ad alcuni rilevamenti sociali (socio-sanitari) di "casa nostra" La previsione (alla nascita) della *dura-*

ta della vita (aspettativa di vita) si è ulteriormente allungata: in Italia è passata da 75,4 anni nel maschio e 81,82 anni nella femmina del 1999 a 77,8 anni nel maschio e 83,7 nella femmina, nel 2004 (37). La stima per il 1980 era risultata di 70,7 anni per il maschio e di 77,4 per la femmina (44).

L'Italia è oggi una *nazione multietnica* per immigrazione (tab. 7) e adozioni dall'estero.

Nel decennio intercensuario 1991-2001 le famiglie con "almeno un componente straniero" sono quasi triplicate: ne sono state censite 672.506 nel 2001 (3,1% del totale delle famiglie residenti), nel 1991 erano 235.118 (1,2% del totale). Nel 2004, si è stimato a poco meno di 217.000 il numero delle coppie sposate costituite da coniugi entrambi stranieri. Erano risultate 188.195 nel 2001; i bambini di queste coppie sono passati da 3,9% del 1999 all'8,7% del 2004, sul totale dei nati della popolazione residente.

Del pari, non possono che aumentare i bambini nati da matrimoni misti, stante il sensibile incremento anche di questi ultimi, che con il censimento 2001 risultano essere ammontati a poco meno di 200.000, venendo confermata la prevalenza delle coppie con partner straniero

Tabella 7 - Popolazione straniera residente per classi di età.

Classi di età	21.10.2001*	1.1.2003	1.1.2004	1.1.2005	1.1.2006
Valori assoluti: totale e classe di età 0-17 anni					
Totale	1.334.889	1.549.373	1.990.159	2.402.157	2.670.514
0-17 anni	284.224	353.546	413.293	503.034	587.513
Incidenza% sulla popolazione totale					
0-7 anni	2,9	3,6	4,2	5,0	5,9
18-39 anni	3,8	4,5	5,9	7,1	7,7
40-64 anni	1,7	1,9	2,5	3,0	3,4
65 anni e più	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5
Totale	2,3	2,7	4,4	4,1	4,5

*21 ottobre 2001 (Censimento della popolazione); 1 gennaio 2003, 2004, 2005, 2006 e il trend dell'incremento è persistito nei successivi 4 anni. (37)

donna (76,1%) già dimostrata in passato.

Con buona pace dei fautori della "purezza della razza" (fatuità biologica offensiva per l'umanità), in auge nel secondo ventennio dello scorso secolo, non possiamo che contrapporre ad essa la "naturale" previsione di un fisiologico, progressivo meticcio. L'incidenza delle nascite

di bambini stranieri sul totale dei nati della popolazione residente è passata dall'1,7% al 13,6% del totale dei nati vivi; in valori assoluti da poco più di 9 mila nati nel 1995 a più di 77 mila nel 2009. Tuttavia nonostante la più elevata fecondità delle donne straniere (nel 2007: 2,4 figli per donna, rispetto a 1,27 delle donne italiane) il tasso di natalità nel nostro Paese persiste basso (fra i più bassi d'Europa). La figura 3 (23) ne dimostra la continua progressiva diminuzione che si snoda, lungo tutto lo scorso secolo. Negli anni più vicini a noi il tasso "natalità per 1000 abitanti" si mantiene in

qualche modo oltre il 9 per 1000 (9,2 nel 1995; 9,7 nel 2004; 9,6 nel 2008; 9,4 nel 2009) motivando tuttavia la previsione di una continua diminuzione dei "residenti in Italia" (milioni di persone) quale risulta dalla fig. 4 (37).

La mortalità infantile continua a diminuire ulteriormente lentamente nel quinquennio 1960-65 (tab. 8a). Un avvicinamento ai tassi calcolati per EUR 15 si registra dopo il 1995 ed è continuato (tab. 8b): 3,7‰ nel 2004 rispetto al 4,4‰ nel 2002 (45). Anche la mortalità neonatale è diminuita: 2,4‰ nel 2004 rispetto al 3,3‰ nel 2001.

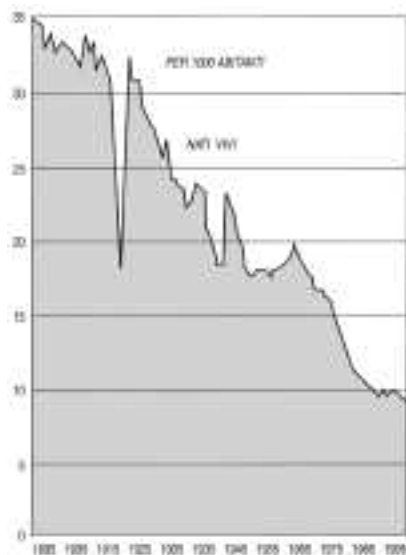


Fig. 3 - Tassi di nascite per 1000 abitanti in Italia, dal 1895 al 1995. Nel 1996 il tasso di nascita è stato del 9,2‰ (8‰ al Nord; 8‰ al Centro; 11‰ al Sud)

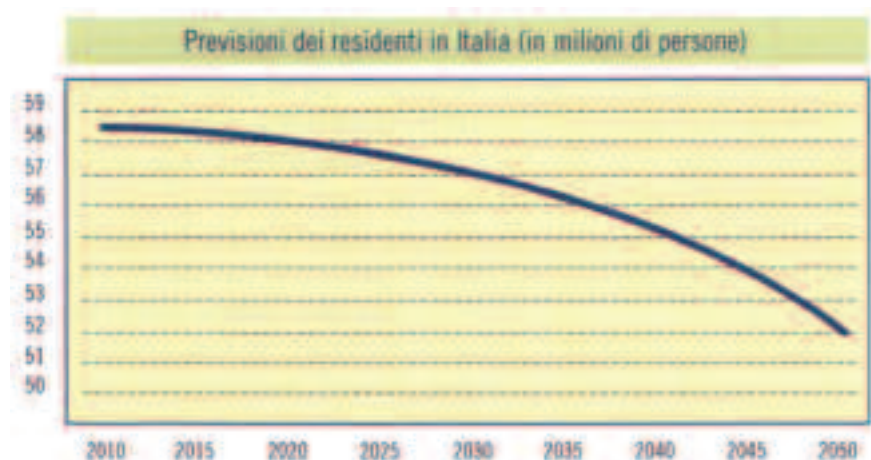


Fig. 4 - Previsoni della popolazione residente in Italia tra il 2010 el 2050

La *disgregazione familiare* (Fig. 6; 37) costituisce un rischio minaccioso di insufficienza pedagogica. La *povertà* (Fig. 7; 49), che produce negli adulti (nei genitori) perdita di sicurezza e di serenità psicosociale, turba ogni benessere vitale preliminare e necessario ad una efficace dedizione pedagogica. Ma è anche facile che genitori egocentrici (proiettati eccessi-

vamente sulla dimensione personale del successo o del benessere economico) limitino la necessaria dedizione ai figli, trascurando il dovere di coltivare quest'ultima non fosse che per l'obbligo "genitoriale" di tener fede all'impegno assunto procreando, all'impegno, cioè, di procreare in modo "responsabile e consapevole". Sulla *famiglia* come prima e fisiolo-

gica nicchia dell'educazione di ogni bambino (naturale o adottato) si è scritto molto, ribadendone sempre questa sua prima (e primaria) missione pedagogica istituzionale e sociale; ma proprio nella nostra società che cambia in funzione di assai vari mutamenti dei modi di vivere (individuali, familiari e collettivi), in funzione di frequenti sovvertimenti della scala dei valori e della personale Weltanschauung che la mutata gerarchia degli stessi valori (e ideali) comporta, è particolarmente sentita la necessità di figure di riferimento in grado di impartire regole comportamentali e stimoli a "ben sentire" e a "ben pensare", critici e contrastanti con i messaggi spesso proposti dalla "cattiva maestra TV". Sarà facile derivarne che, con il suo occhio vigile, il *pediatra di famiglia* (v. anche Riquadro 2) sarà sollecitato a stare particolarmente vicino ai bambini che ha preso in carico, fortemente integrando di sociale la sua istituzionale professione e professionalità di curante. Questo *pediatra "di*

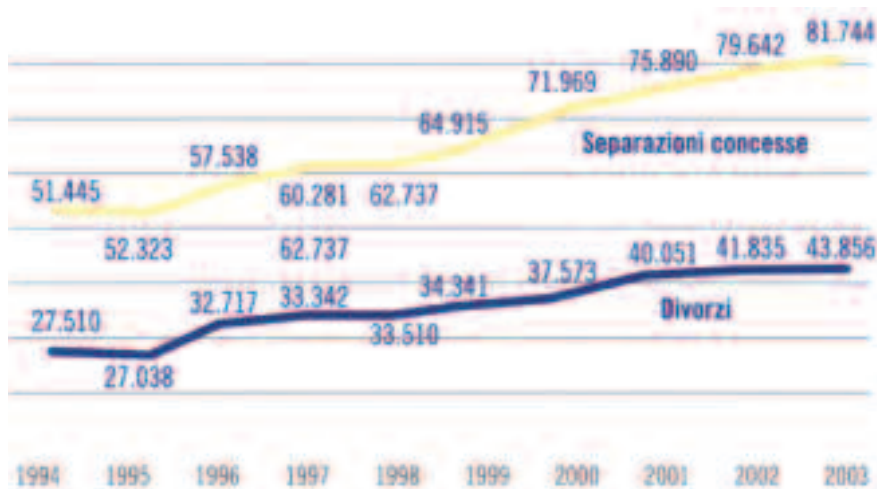
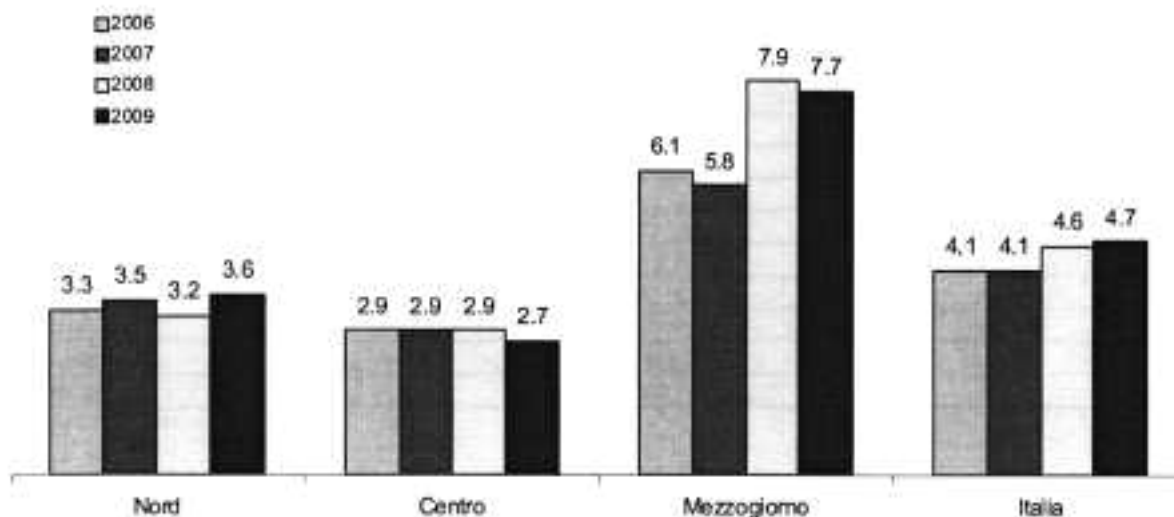


Fig. 6 - Separazioni e divorzi (Fonte: ISTAT, Italia in cifre, 2005)



Il Mezzogiorno conferma i livelli di incidenza raggiunti nel 2008 (7,7% nel 2009) a seguito dell'aumento mostrato rispetto al 2007. In questa ripartizione si osserva, inoltre, un aumento del valore dell'intensità, che dal 17,3% sale al 18,8%: il numero di famiglie assolutamente povere è pressoché identico a quello stimato nel 2008, ma le loro condizioni medie sono peggiorate.

Fig. 7 - Povertà assoluta per ripartizione geografica. Anni 2006-2009 (valori percentuali)

Tabella 9 - Principali cause di morbidità pediatrica: 1900→ > 2000

“Classiche” patologie 1900→1950	“Nuove” patologie 1960→1980	“Dopo” le nuove patologie 1980→2000	Morbidità dopo il 2000
Alta mortalità infantile	Alterate dinamiche familiari	Disgregazione sociale	Fattori socio-economici e salute
Patologie infettive - endemiche - epidemiche	Disturbi dell'apprendimento	Disaffezione alle regole	Patologie indotte da nuove tecnologie
Denutrizione	Disturbi emotivi	Nuove epidemie - HIV - violenza - alcool/droga - povertà	Sovrappeso/obesità
Basso livello di cure per malattie croniche/rare	Stress ambientale	Aumentata sopravvivenza dei pazienti cronici	Salute mentale
Malattie da sovraffollamento	Insufficiente educazione alla salute	Pazienti neoplastici guariti, da controllare	Patologie da contaminazione ambientale - infertilità - tumori

(Voci bibliografiche 46, 47; riprese da 37)

oggi” dovrà, cioè coltivare e approfondire -con le attenzioni e le “cure somatiche”- sensibilità anche per le esigenze psichiche del paziente, attivandosi in ambiti pedagogici cui attendere a tempo e a luogo verso genitori, bambini e adolescenti e dando spazio alle proprie capacità di sostenere e difendere i diritti del bambino, appena e comunque fossero a rischio di negligenze per motivi, di solito, dal più al meno inerenti al sociale di questa nostra società che cambia (Tabella 10).

In altri termini, oggi la pediatria di famiglia si avvale di professionisti che non sono - come era, assai spesso almeno- solo “curanti”. Oggi al pediatra di famiglia si richiedono palesi doti umane e attitudini professionali che lo rendono anche “antenna sociale”, “educatore” e, al bisogno, “avvocato” del bambino e dell'adolescente (Fig. 8; 50).

Premminente con famiglia e pediatria è il *ruolo della scuola*. Dina Morley (Organizzazione Young Minds, 27 novembre 2005)(33): “In una società come quella di oggi la scuola non può più essere soltanto il luogo in cui si insegna, ma deve svolgere anche il ruolo di educatore e di nutrimento emozionale che molte famiglie non sono in grado di offrire” (52).

Proprio della scuola il Capo dello Stato G. Napolitano ha auspicato che essa sia sempre più “palestra di tolleranza e di democrazia”. Il nostro è diventato infatti, e rapidamente negli anni, un paese multietnico (37) (Tab. 7, 22): tolleranza e democrazia devono far parte del nostro vivere civile. Non fare *pedagogia civica* della salute e dei sentimenti alla popolazione scolastica infantile-adolescenziale significherebbe perdere occasioni e possibilità acculturanti di

estremo valore. Una solidarietà didattica da esplicarsi, da parte di pediatri di famiglia (o di comunità) nella scuola (Fig. 8) (50) potrebbe produrre rilevanti vantaggi (formativi della personalità, oltre che acculturanti) sulle giovani generazioni e sulla società *in fieri* che, naturalmente, queste generazioni verranno a costruire. Anche in quest'ottica conviene ricordare che importanti istituzioni sovranazionali (UNICEF, UNESCO, Banca Mondiale) hanno sancito di investire nell'infanzia. Purtroppo non ha fatto, finora, breccia nella cultura e nella responsabilità di alcun Governo che si è succeduto dalla Unificazione del nostro Paese in avanti, un concetto del nostro grande Augusto Murri (1841-1932) “Se tutti i maestri elementari si persuadessero che il loro più alto ufficio consiste, non tanto nell'insegnare a leggere, scrivere, fare di con-

Tabella 10 - Scenari innovativi della società ... che cambia (voce bibl 50)

- A Per la rivoluzione biomedica, ma anche per le continue innovazioni tecnologiche (in generale, “per il progresso”)
- B Per l’evoluzione del concetto di salute (non più assenza di malattia, ma “pieno benessere fisico, mentale e sociale”) e del ruolo del pediatra
- C Per la progressiva multietnicità (adozioni dall’estero comprese*)
- D Per la progressiva iponatalità
- E Per l’incremento della povertà e per la disoccupazione
- F Per il dilagare di ogni criminalità (minorile compresa)
- G Per il dilagare degli inquinamenti ambientali
- H Per l’enorme diffusione dei media (elettronici), telefonini compresi (e l’abuso del loro impiego)
- I Per nuovi ideali di vita dei giovani e nuovi concetti dei valori (mutata Weltanschauung)
- J Per “labilità-fragilità della famiglia” (e insufficienze pedagogico-affettive e sociali)
- K Per perdita di autorevolezza della scuola
- L Per nuovi stili di vita degli adolescenti (“eufemisticamente” vi si comprendono: alcool, fumo, droga...sesso precoce)
- M Per violazioni somatiche (comprese quelle sessuali) e psicologiche esercitate sui minori in grave antitesi ai loro codificati diritti**

* Con l’adesione dell’Italia alla Convenzione dell’Aja sulla tutela del minore (legge 476/98), è stata istituita presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri la Commissione per le Adozioni Internazionali, che coordina questo settore dal punto di vista legislativo. In tal modo si è messo fine al sistema basato sul traffico dei minori adottati all’estero (37).

** Si stima che, in Italia, 60.000 bambini di 2-12 anni (principalmente stranieri), gestiti come in regime di schiavitù, da sfruttatori, producano circa 150 milioni di euro all’anno, mediante accattonaggio. Fra i “lavoratori del sesso” molti sono “stranieri non accompagnati” specie fra i 14 e 18 anni.

to, quanto a tener sano il corpo e l’anima, l’Italia si purgherebbe di mille miserie presenti” (53).

(*Vox clamans in deserto*: come l’auspicio di una scuola che apra organicamente alla solidarietà con la pediatria, in chiave di educazione alla salute; Fig. 9).

Ben difficilmente gli “Ospedali di insegnamento” (una rete didattica ema-

nazione della OMS/WHO) potranno promuovere (produrre, fornire) in modo esteso e capillare una organica educazione alla salute.

Elettivamente nella scuola (e dove altrimenti?) gli adolescenti dovrebbero venire interessati alla *salute del pianeta* in cui viviamo, quindi ai grandi temi che attengono alla cura dell’ambiente, nel più ampio senso del termine inte-

sa (rischio di inquinamento, effetto serra compresi) (54). Si potrebbe forse riportare in proposito la riflessione che recita «Oggi la qualità della vita è più alta che in ogni epoca passata, ma forse lo è anche rispetto a epoche future... Si vive in uno stato intermedio tra la meraviglia di fronte ai progressi raggiunti e la paura di fronte alle possibili conseguenze» (55).

Ma, purtroppo, in tema di scuola torna, severo, ai nostri giorni, il richiamo a riconsiderare il *lavoro minorile* (lunga, tristissima piaga sociale, vissuta e combattuta ai tempi dell’Unificazione del nostro Paese) (vedi punto A), in quanto, in buona parte almeno, frutto di un *abbandono scolastico*, o, comunque collegato con esso. Molto spesso infatti la scuola viene abbandonata per andare a lavorare (37).

Qualche dato concreto sul *tasso di scolarità*: per la *scuola dell’infanzia* le Regioni con il minor tasso di scolarità (che è il “numero degli iscritti a scuola per cento bambini della corrispondente età, residenti”) sono il Trentino Alto Adige (94,3%) e la Sicilia (96,3%). Per

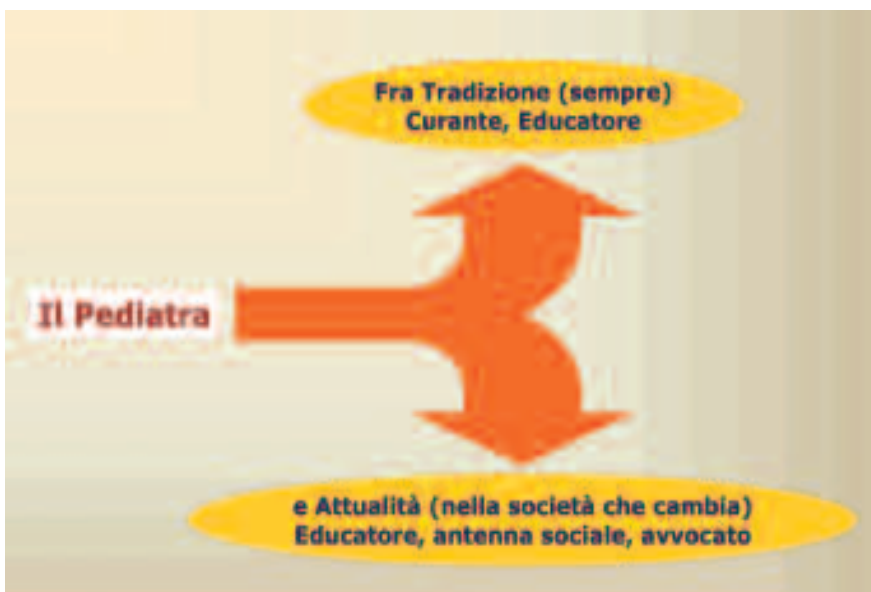


Fig. 8 - Caratteristiche evolutive della professionalità del pediatra nel tempo



Fig. 9 - Ambiti in cui si svolge la vita del bambino. Occupazioni. Cura del suo benessere

le *classi elementari* il tasso di scolarità non raggiunge il cento per cento in Valle D'Aosta, in Abruzzo e Molise e, principalmente al sud: Calabria e Sicilia: 95,6 e 96,9% (37).

Per la *scuola superiore* poi (e il fenomeno si embrica con quello del lavoro minorile), esemplificativamente il tasso di scolarità si abbassa nel seguente modo: Trentino Alto Adige 73,4%, Campania 87,3%, Sicilia 87,6%, Lombardia 87,7%, Puglia 88,9%; non flette nelle Marche né in Umbria e Lazio. Sta di fatto che mentre, in media, in Europa arriva a un diploma il

59% dei giovani, in Italia vi arriva il 42% (37)

Una quantificazione del lavoro minorile emerge dalla figura 10 (56).

Se questo lavoro viene svolto da ragazzi di oltre 15 anni si configura come un passaggio alla produttività e al lavoro, rientra nella legalità e viene altrettanto legalmente disciplinato, controllato e tutelato (lavoro minorile – Decreto Legislativo 4 agosto 1999, n. 345. Prime direttive applicative – Decreto Legislativo 18 agosto 2000 n. 262). Ma anche un altro lavoro minorile, sinonimo di abuso e sfruttamento,

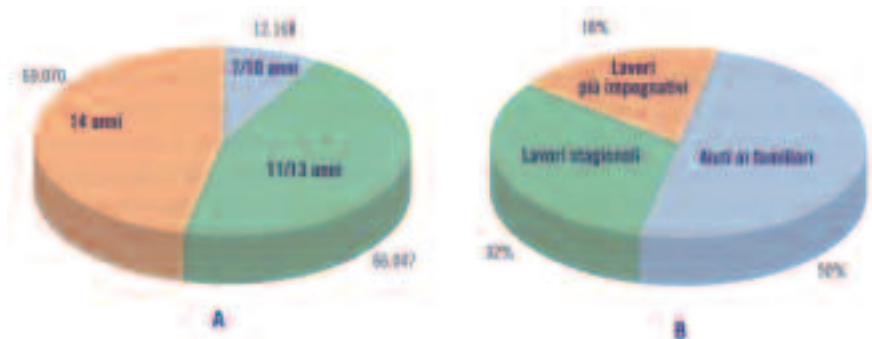


Fig. 10 - Numero di minori di nazionalità italiana, tra 7 e 14 anni, che hanno svolto attività lavorativa, per classe d'età (anno 2000). B) Principali attività lavorative svolte dai minori nazionalità italiana tra 7 e 14 anni (anno 2000)

serpeggia subdolo in Italia a carico di bambini in piena età della scuola primaria e media.

In una ancorché superficiale retrospettiva panoramica sulla vita dei bambini e degli adolescenti nel nostro Paese, lungo 150 anni, vorremmo riportare qualche aforisma latino – (oltre quello già evocato “*in puero homo*”) – e lo riportiamo, conclusivamente, anche per esaltare la nostra italianità (-latinità). Ci verrebbe da ricordare (di Giovenale): *mens sana in corpore sano* (che il pediatra onora e onorerà sempre) e *maxima debetur puero reverentia* (che si colloca elettivamente fra pediatria e bioetica, permeandole)

Bibliografia essenziale

1. Julia D. 1650-1800. L'infanzia fra assolutismo ed epoca dei lumi. Storia dell'infanzia 2. Dal settecento ad oggi. A cura di E. Becchi e D. Julia. Editori Laterza, Bari, 1996; 3-99.
2. Sgritta GB. Infanzia. Enciclopedia delle Scienze Sociali. Istituto della Enciclopedia Italiana. Roma 1994; 4: 679-690.
3. Pisacane A. Le malattie dei bambini dall'unità d'Italia ad oggi. Medico e Bambino 1/1996; 57-64
4. Brusa P. Pediatria. Enciclopedia Italiana 1935, XXVI, 592-93..
5. Gracian B. rif. in: Ariès Ph. Padri e figli nell'Europa medievale e moderna. Editori Laterza, Bari 1986.
6. Becchi E. L'ottocento. Storia dell'infanzia 2. Dal settecento ad oggi. A cura di E. Becchi e D. Julia. Editori Laterza Bari, 1996; 132-206.
7. Ariès Ph. Histoire des populations françaises et de leurs attitudes devant la vie depuis le XVIII siècle. 2nde Edition Seuil, Paris, 1971.
8. Zelizer VA. Pricing the priceless child : the changing social values of children, New York, 1981; rif in: Sgritta GB 1994.
9. Becchi E. Corpi infantili e nuove paternità agli inizi della puericultura. In Guarnieri P. (Bibl. 10).
10. Guarnieri P. Bambini e salute in Europa 1750-2000. Medicina e Storia. Anno IV, vol. VII. Edizioni Polistampa, Firenze, 2004.
11. Luc J.N. I primi asili infantili e

- l'invenzione del bambino. In: Storia dell'infanzia 2. Dal Settecento ad oggi; A cura di E. Becchi e D. Julia. Editori Laterza, Bari 1996; 282-305.
12. Montessori M. Metodo della pedagogia scientifica applicata all'educazione infantile (1909).
 13. Ferrara P, Marchetti D. Il bambino maltrattato. Aspetti generali e medico-legali. INC. Innovation News Communication, Roma, 2004; 16.
 14. Buzzi F. Profili giuridici e deontologici dell'informazione e del consenso in ambito pediatrico. In Burgio GR e Notarangelo LD; La Comunicazione in Pediatria. Un pediatra per la Società. UTET, Milano 1999; 331-338.
 15. Ceccarelli E, Gamba A. Il consenso informato e i minorenni. In: Santosuosso A. Il consenso informato. Cortina Editore, Milano 1996.
 16. Maggioni G. a) La pediatria: percorso storico attraverso dati epidemiologici, In: Salvioli GP (Coordinatore). Il Pediatra italiano. Hippocrates, Milano, 1998; cap. I: 3-18. b) Medicina nei secoli 21/3 (2009) 1205-24.
 17. Latronico N. Storia della pediatria, Torino, Minerva Medica Editore 1977 pagg 3-45 e 643; 666.
 18. Barellai G. Degli ospedali delle Provincie Toscane. In «Atti della R. Accademia economico-agraria dei georgofili di Firenze», nuova serie, vol 8. Firenze 1861 pagg 406-7
 19. Scotti A. Malati e strutture ospedaliere, "Storia d'Italia" Annali 7. Malattia e Medicina; a cura di F. Della Peruta. Einaudi editore, 1984; 281.
 20. Allaria GB. La Pediatria in Italia. Milano, Stampa Medica Italiana, 1937.
 21. Jacobi A. The relations of pediatrics to general medicine. Transactions of the American Pediatric Society 1989; 1:15-17.
 22. Direttivo Società Italiana di Pediatria 1977-79 Riv. Ital. Pediatr 1979; 5: 544-54.
 23. Burgio GR. La pediatria in Italia: passato e presente. In: I piccoli Malati del Gianicolo (a cura di V.A. Sironi e C. Napoli) Editori Laterza Bari, 2000: 41-78.
 24. Farnetani I. e Farnetani F. La top twelve della ricerca italiana in pediatria. Una spigolatura storica. Minerva Pediatrica in press.
 25. Di Cristina G, Caronia G. Sulla terapia della Leishmaniosi interna. La Pediatria 1915; 23: 81-92.
 26. De Toni G. Remarks on the relation between renal rickets (renal dwarfism) and renal diabetes. Acta Paediatrica 1933; 16: 479-484.
 27. Ortolani M. Un segno poco noto e sua importanza per la diagnosi precoce di lussazione congenita dell'anca. La Pediatria (Napoli), 1937; 45: 129-136).
 28. Gerbasi M. Anemia perniciosiforme osservata in bambini ad allattamento materno esclusivo e protratto. La Pediatria 1940; 48: 505-26.
 29. Gatto I. Ricerche sui familiari di bambini affetti da malattia di Cooley. Archivio Italiano di Pediatria e Puericoltura 1942; 9: 128-68).
 30. Vecchio F. Sulla resistenza dell'emoglobina alla denaturazione alcalina negli ammalati di malattia di Cooley e nei loro familiari. Il progresso medico 1948; 4: 201-6.
 31. Cao A, Dallapiccola B, Notarangelo LD. Malattie genetiche: molecole e geni: diagnosi, prevenzione e terapia. Padova: Piccin; 2004.
 32. Cocchi C. Primi risultati terapeutici con la Streptomina nelle meningiti tubercolari. In: Fiore G, Gentili A. (editors). Atti del XVIII congresso italiano di pediatria. Pisa: 31 maggio-4 giugno 1947. Pisa: Industrie grafiche V. Loschi e Figli; (1947). pagg 706-8.
 33. Sansone G, Piga M, Segni G. Il favismo. Torino: Minerva Medica; 1958.
 34. Imperato C, Dettori AG. Ipfibrinogenemia con fibrino-astenia. Helvetica Pediatrica Acta 1958; 13: 380-99.
 35. Romano C. Aritmie cardiache rare dell'età pediatrica. La Clinica Pediatrica (Bologna) 1963; 45: 656-83.
 36. Durand P, Borrone C, Della Cella G. Fucosidosis. Journal of Pediatrics 1969; 75: 665-74.
 37. Burgio GR, Bertelloni S. Una pediatria per la Società che cambia. Tecniche Nuove, Milano, 2007.
 38. Mori M. Questioni di Bioetica. Editori Riuniti, Roma, 2007.
 39. Burgio GR, Nespola L. From a historical outline of transplants to the concept of biological ego. Pediatr Hematol Oncol 1992; 9: 65-75.
 40. Enciclopedia Medica Italiana. Burgio GR, Notarangelo LD. Voce: "Pediatria". III aggiornamento della II Edizione. UTET, 2008; 2905-15.
 41. Burgio GR. The molecular man, from the concept of diathesis to HLA associated diseases. Clinical Experimental Rheumatol (suppl 10) S 3-6, 1994.
 42. Rubino A. Dove va la pediatria. Prospettive in Pediatria 2008; 38: 96-101.
 43. Filippazzi G. Un ospedale a misura di bambino. Franco Angeli, Milano, 1997; 143-144.
 44. Morosini PL. Italy. In Medical manpower in the European Community. Viehues H Editor. Springer Verlag. Berlin 1988; 147-58.
 45. Bruzzone S. Mignolli N. Mortalità infantile e neonatale. Rapporto Osservatorio 2009; pagg 210-24.
 46. Palfey JS, Tonniges TF, Green M, Richmond J. Addressing the millennial morbidity. The context of community. Pediatrics 2005; 115: 1121-23.
 47. Committee of psychosocial aspects of child and family health. The new morbidity revisited. A renewed commitment to the psychosocial aspects of pediatric care. Pediatrics 2001; 108: 1227-30.
 48. Periti P, Novelli A. Attualità degli antibiotici aminoglicosidici ad alta dose. Farmaci e terapia. Intern. J. on drugs and therapy 1996; 13: 3-28.
 49. Pannuzi N, Grassi D, Masi a. La povertà in Italia nel 2009. Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) 16 luglio 2010.
 50. Burgio GR. Il pediatra "advocate" del bambino e dell'adolescente, un ruolo irrinunciabile. Pediatria Preventiva e Sociale 2010; Suppl. 2: 13-17.
 51. Caffo E, Ghiringhelli B, Forresi B. Minori stranieri vittime di abusi: quale ruolo per il pediatra? In: Burgio GR, Bertelloni S, voce bibl. 37, cap 21: pag 279-88.
 52. Morley D. Children's mental health clarity. Young minds. www.youngminds.org.uk.
 53. Murri A. rif in: Latronico N. Storia della pediatria Minerva Medica (Torino) Editore 1997 pag 633.
 54. Romizi R. Salute, sostenibilità ambientale e pediatria. In Burgio GR, Bertelloni S. Una pediatria per la Società che cambia, pagg 377-83. Tecniche Nuove, Milano 2007 (Voce bibliografica 37).
 55. Bai G. "Progresso". In: Grande Dizionario Enciclopedico. UTET Torino IV Edizione 1990.
 56. Sidoli S, Zanoletti M. Lavoro Minorile; quale prevenzione e quale tutela. La voce. www.lavoce.info22.082005

L'evoluzione della pediatria preventiva e sociale dall'Unità a oggi

Italo Farnetani¹, Francesca Farnetani², Francesco Di Mauro³, Sergio Bernasconi⁴

¹ *Giornalista-Pediatra-Professore a contratto Università degli Studi di Milano-Bicocca, www.italofarnetani.it*

² *Medico chirurgo in formazione*

³ *Facoltà di Medicina e Chirurgia, II Università degli Studi di Napoli*

⁴ *Direttore della Clinica Pediatrica e del Dipartimento delle Età Evolutiva dell'Università degli Studi di Parma. Editor in chief "Italian Journal of Pediatrics"*

Riassunto

L'Unità nazionale ha promosso l'area pediatrica, la cura e la tutela del bambino. Questi progressi si sono articolati e sviluppati in modo diverso nei tre cinquantenni che formano la storia nazionale. Soprattutto nei primi cinquant'anni dell'Unità nazionale il giovane Stato emanò numerose leggi, decreti, regolamenti... che modificarono sostanzialmente l'impostazione della struttura dell'assistenza sanitaria e sociale in Italia, uniformando l'organizzazione degli stati preunitari e modificando l'impostazione generale. Questo tipo di legislazione ha favorito l'infanzia, sia per il bambino sano, sia malato, sia diversamente abile. Il secondo cinquantennio (1912-1961) fu caratterizzato da un notevole impulso del settore preventivo e sociale con la creazione dell'Opera nazionale maternità e infanzia (ONMI) e degli Istituti per l'assistenza all'infanzia (IPAI). Negli ultimi cinquant'anni si è assistito a una modernizzazione dell'intera area pediatrica attraverso varie riforme sanitarie.

Abstract

The National Unit has promoted the area of pediatric care and child protection. These advances have been articulated and developed differently in the fifty-three that make up the nation's history. Especially during the first fifty years the young National Unity was adopted numerous laws, decrees, regulations... which changed the basic approach of the structure of health care and social in Italy, aligning the organization and changing the pre-unification states' general approach. This type of legislation has encouraged the children and for the healthy child, is sick, and disabled. The second (1912-1961) half-century was characterized by a significant boost of preventive and social sector with the creation of the Opera national maternity and childhood (ONMI) and institutions for child care (IPAI). Over the past fifty years has seen a modernization of the entire area through a variety of pediatric health care reforms.

Introduzione

Il punto di partenza e il nucleo originario della pediatria è stato il settore sociale con finalità di assistenza e prevenzione.

La cura e la tutela del bambino si ritrova fin nelle civiltà antiche, fin dal momento del parto, talvolta della gravidanza, comunque sempre legato in-

dissolubilmente alla figura e al ruolo della madre, sia nel momento della nascita, sia nei periodi successivi, in cui importante era l'allattamento al seno, garanzia di prevenzione delle malattie e di sopravvivenza.

Certamente la civiltà romana, espressa anche nel diritto romano, ha delineato maggiormente la figura del bambino come persona.

Se andiamo ad analizzare la prima struttura assistenziale dedicata ai bambini, si scopre che ha una finalità sociale con obiettivi preventivi.

Quando nell'875 d.C. l'arciprete del Duomo di Milano, Dateo, fondò il primo brefotrofo al mondo, lo fece per evitare che i bambini illegittimi venissero uccisi. L'obiettivo era l'assistenza dei bambini che non ave-

vano famiglia e la prevenzione degli infanticidi. Da allora, fino all’XIX secolo, la principale cura dei bambini era l’assistenza agli esposti, che dopo il primo brefotrofia al mondo, quello di Milano, portò allo sviluppo e al proliferare dei brefotrofi in Italia e all’estero. Intorno a tali istituti si creò una rete di associazioni private e istituzioni pubbliche che garantivano gli interventi socio-sanitari sia a livello ospedaliero, sia territoriale.

Il primo evento pediatrico del mondo, l’istituzione della prima cattedra di pediatria al mondo, quella voluta da Ludovico I, re dell’Etruria (1773-1803) (1), fu creata per cercare di alleviare le condizioni miserevoli della popolazione infantile e fu collocata in un brefotrofia, lo «Spedale degli Innocenti di Firenze».

Se la tutela e l’assistenza del bambino si ritrova fin nelle civiltà antiche è logico che negli stati italiani preunitari ci fosse, pur se con livelli assistenziali diversi, sia la volontà politico-amministrativa, sia una realtà socio-sanitaria finalizzata all’erogazione di prestazioni assistenziali e di pediatria preventiva e sociale all’infanzia, ma solo con l’Unità nazionale si ebbe uno sviluppo dell’intera area pediatrica e se al momento dell’Unità l’Italia era uno dei paesi d’Europa con la più alta mortalità infantile (2), oggi si è allineata ai migliori livelli del continente e del mondo (3).

L’interpretazione dei dati dimostra proprio che è stata l’Unità nazionale a permettere all’Italia di balzare dall’ultimo posto in Europa ai primi nel mondo, infatti l’abnegazione degli operatori sanitari, la partecipazione del mondo del volontariato, allora definite soprattutto di beneficenza, le risorse stanziare dalle istituzioni sono, anche se in forma diversa, sempre presenti, mentre le leggi, i regolamenti emanati dallo stato uni-

tario, la possibilità di contare su una rete articolata e presente in tutte le province, ma coordinata a livello centrale, hanno permesso di creare un sistema che ha promosso la salute dei cittadini.

È stato così forte il ruolo dell’Unità nazionale che il cammino di promozione dell’area pediatrica si è articolato proprio nei tre cinquantenni che formano la nostra storia nazionale. Ognuno dei tre periodi ha una diversa caratterizzazione strutturale.

Nel primo si ha la formazione e l’adeguamento delle varie strutture che coincide con la nascita anche in Italia della pediatria e la fondazione dei primi ospedali pediatrici.

Nel secondo si ha un notevole impulso del settore preventivo e sociale, mentre negli ultimi cinquant’anni si è assistito a una modernizzazione dell’intera area pediatrica attraverso varie riforme sanitarie.

1861-1911:

I cinquanta anni di adeguamento delle strutture

Con l’Unità d’Italia furono emanate due leggi valide su tutto il territorio nazionale. La prima del 1865 (20 marzo 1865 n. 2248 con due regolamenti di esecuzione del 1865 e 1874) in cui l’allegato C dettava l’organizzazione sanitaria del giovane Stato. La legge 22 dicembre 1888 n. 5849 dava una sistemazione organica all’intero comparto della sanità.

Il primo T.U. delle leggi sanitarie, che coordinava l’intera materia, fu approvato nel 1907 con R.D., n. 636 (4).

In base a queste leggi si creò una rete amministrativa e assistenziale valida in ogni provincia. Faceva capo al consiglio sanitario provinciale, presieduto dal prefetto. Erano previste figure quali il medico provinciale, i medici condotti e ufficiali sanitari

che venivano affidati alle dirette dipendenze del sindaco. Si permise così che anche nelle strutture più periferiche dello Stato si avesse una struttura armonica. In tal modo l’intero territorio nazionale fu strutturato e organizzato secondo un modello a rete.

Si deve ricordare che le varie figure, sia a livello del consiglio sanitario provinciale, sia dei direttori e dei primari degli ospedali, degli ufficiali sanitari e dei medici condotti, erano fornite di effettivi poteri amministrativi e ispettivi. In particolare era dotato di notevoli poteri sia il medico provinciale, con funzioni di coordinamento, sia i singoli ufficiali sanitari. Il prefetto poteva emettere ordinanze specifiche.

Pediatria preventiva e sociale

Nel 1861, al momento dell’Unità nazionale, in Italia esisteva una rete di assistenza pediatrica ben ramificata nel territorio nazionale, anche se era caratterizzata da differenti livelli assistenziali e organizzativi, frutto delle diverse amministrazioni pubbliche, che talvolta risentivano della formazione avuta dai governanti e dai monarchi precedenti, sia dalle differenti condizioni economiche dei singoli stati preunitari.

C’era però la comune costante dell’interesse della tutela e assistenza dell’infanzia.

Al momento dell’Unità l’elemento principale dell’assistenza pediatrica era costituita da una rete di brefotrofi, nati per la tutela e l’assistenza dei bambini illegittimi o orfani ma che si era caratterizzata per fornire una forma di assistenza sanitaria e sociale (5). Ai brefotrofi faceva capo una ulteriore ramificazione nei territori comunali, intercomunali o provinciali.

Il motivo della presenza territoriale

dei brefotrofi era la possibilità data in ogni parte del territorio nazionale di avere un punto di riferimento, che era la ruota degli esposti, ove poter lasciare i bambini illegittimi. Nello stesso tempo i bambini che venivano accolti nei brefotrofi, se in condizioni cliniche critiche, venivano ricoverati, se invece presentavano una condizione soddisfacente, venivano affidati alle balie esterne, realizzando una prima integrazione tra ospedale e territorio; ma nello stesso tempo si formò la vocazione ospedaliera e la successiva trasformazione dei brefotrofi in reparti di pediatria.

Il bambino malato veniva curato dal medico condotto. Il territorio nazionale infatti era interamente suddiviso in circa ottomila condotte mediche a cui faceva capo il medico condotto, figura che dipendeva dall'amministrazione comunale e che aveva la responsabilità del territorio che costituiva la propria condotta medica. Il medico condotto doveva curare gratuitamente i poveri perché l'amministrazione comunale gli corrispondeva una parte di stipendio proprio per poter erogare tali prestazioni gratuite.

I problemi si presentavano quando il bambino doveva essere ricoverato in ospedale perché i nosocomi e i reparti per gli adulti non li accoglievano sotto una certa età, oppure non avevano un'assistenza adeguata all'età.

Una simile situazione era comune anche agli altri stati europei, per questo nell'Ottocento, che è il «secolo lungo della pediatria», si creò un movimento pediatrico forte per poter dare al soggetto in età evolutiva un medico specifico e nosocomi dedicati ai bambini.

L'Italia, che, come abbiamo visto, possedeva una tradizione millenaria di attenzione e assistenza ai minori, spesso con livelli di eccellenza (Fig.

1), non poté far sviluppare il movimento pediatrico, come avrebbe potuto, perché esisteva una frammentazione in piccoli stati che proponevano modelli assistenziali diversi, che perciò rendevano difficoltosa un'integrazione e un'organizzazione unica. Con l'Unità, cessate le turbolenze risorgimentali, il nuovo stato, tramite il ministero degli interni, al quale spettava la gestione dell'igiene e della sanità pubblica, iniziò a emanare direttive comuni, valide per l'intero territorio nazionale, che contribuirono a creare una prima unificazione dei servizi. Dal 1883 (6) si crearono le cliniche pediatriche che dettero una spinta, sia a livello di ricerca sia di assistenza, al progresso degli studi pediatrici.

Con una circolare emanata l'8 settembre 1892 Giovanni Giolitti (1842-1928) ribadì che l'assistenza e la tutela dell'infanzia rientravano nei doveri della società e dello stato verso i suoi membri perciò non andava lasciata alla sola pubblica beneficenza.

La nipiologia

Nel 1905 Ernesto Cacace (1872-1956) (Figg. 2, 3) creò una specializzazione della pediatria, la nipiologia, che doveva occuparsi del bambino nei primi anni di vita, soprattutto per gli aspetti di igiene e medicina preventiva. Si stava affermando, già dai primi anni del Novecento, la necessità di istruire le madri fin dal periodo della gravidanza, per questo vennero stampati vari opuscoli di educazione alla salute e vennero organizzati anche corsi di formazione per le gestanti e le neomamme. Nello stesso tempo fu data particolare importanza anche al controllo e alle ispezioni nelle scuole che erano affidate in genere al medico condotto o a personale dedicato.

Fra le varie proposte del Cacace c'era quella delle «cattedre ambulanti di pediatria», in modo da poter portare, anche nei paesi più sperduti, il team ostetrico-pediatrico. Su tale modello si formarono i consultori dell'ONMI.

Quando nel 1926 iniziò a divenire operativa la struttura prevista dal-



Fig. 1 - Milano: fine Ottocento. Mezzo per il trasporto di bambini disabili. Esempio di tutela e assistenza sociale per i bambini che oggi si definiscono «con bisogni speciali»



Fig. 2 - Rapallo 14 al 16 maggio 1949 - V congresso nazionale di nipiologia e prime giornate internazionali nipiologiche svoltesi a: da sinistra a destra: Eugenio Schwarz Tiene, Ernesto Cacace, Gaetano Salvioli e Giovanni De Toni.

l'ONMI si ebbe l'unificazione e l'omogenizzazione di tutti i servizi italiani di pediatria preventiva e sociale.

Nel frattempo i brefotrofi si stavano trasformando in reparti ospedalieri. La necessità all'assistenza ai bambini illegittimi, che maggiormente presentavano basso peso alla nascita o parti pretermine, avevano stimolato l'acquisto delle prime incubatrici e la formazione, come nel caso del brefotrofio di Milano, dell'istituzione di reparti per gli «immaturi» (7).

La ruota degli esposti

Alla fine del XV secolo era stata istituita la ruota degli esposti per ridurre il numero degli infanticidi o degli aborti provocati.

Con l'Unità d'Italia fu abolita la ruota degli esposti e la provincia di Ferrara fu la prima a sopprimerla nel 1867. Il primo luglio 1868 fu abolita a Milano e a Como e nello stesso periodo anche a Firenze, mentre a Siena furono chiu-

se quelle secondarie. Nell'arco di 10 anni la ruota degli esposti fu abolita in 31 province.

I motivi dell'abolizione della ruota degli esposti furono molteplici. Alcuni furono etico-religiosi, ritenendo che offrire la possibilità di abbandonare i bambini fosse un modo di favorire o comunque accettare l'adulterio, perciò un attacco alla famiglia. Altri ritenevano che fosse un invito e uno stimolo ad abbandonare i figli, considerando che quando furono istituite le ruote si ebbe un incremento del numero dei bambini abbandonati.

I medici invece erano favorevoli alla soppressione della ruota degli esposti perché, anche se la madre non riconosceva il bambino e lo lasciava in un brefotrofio, era utile che allattasse ugualmente il figlio, anche perché si potevano avere i vantaggi psicologici e affettivi sia per la madre sia per il bambino e inoltre sostenevano che dopo un periodo di allattamento era più facile che la madre riconoscesse il figlio e per questo venivano concessi anche sussidi di tipo economico.



Fig. 3 - Copertina del trattato di nipiologia di Ernesto Cacace e Baudolino Mussa, pubblicato nel 1958

Ospizi marini

Nell'Ottocento gli ospedali avevano ancora principalmente una vocazione chirurgica, infatti i trattamenti medici offrivano pochi risultati terapeutici, per questo la necessità di ricovero ospedaliero per i bambini era piuttosto limitata, mentre la parte preponderante doveva richiedere il trattamento di due patologie croniche e estremamente diffuse, la tubercolosi (8) e il rachitismo.

Non è un caso pertanto che la precedenza fu data alla fondazione degli ospizi marini e degli istituti per rachitici rispetto agli ospedali e ai reparti di pediatria.

Gli ospizi marini ebbero una grande diffusione nella seconda metà dell'Ottocento.

Gli ospizi marini erano stati creati dal medico fiorentino Giuseppe Barellai (1813-1884) che nell'estate del 1856 aveva fondato a Viareggio il primo (9). L'idea di realizzare una profilassi igienico-climatica soprattutto per i bambini delle classi più disagiate gli era

sorta quando nel 1834, appena laureato, aveva svolto le funzioni di medico condotto all'Isola d'Elba. Nel 1859 fondò l'ospizio marino a Livorno.

Nel 1869 furono accolti negli ospizi marini circa 3000 bambini che salirono a 54.165 nel 1885. Gli ospizi che erano 10 nel 1869 divennero 14 nel 1876 e 19 nel 1885.

Gli ospizi marini sono stati un'eccezione italiana che è stata copiata in tutto il mondo, ma la scarsità delle risorse economiche disponibili unita al disinteresse delle istituzioni verso i problemi dell'infanzia è dimostrata dal fatto che non furono trovate le risorse necessarie per sviluppare questa forma di trattamento, che allora era l'unica possibile nei confronti della tubercolosi e del rachitismo.

Alla fine dell'Ottocento la tendenza era di trasformare gli ospizi marini in veri sanatori infantili, in quanto si era reso necessario prolungare la degenza presso gli ospizi. Si era rilevato come fosse inutile tenere bambini tubercolotici per periodi brevi di 15-30 giorni, infatti non si aveva miglioramento. Pertanto anche in Italia si iniziò a seguire l'esempio di alcuni ospizi presenti all'estero in cui ricoveravano i bambini anche per 5 anni arrivando a ottenere guarigioni fino al 90%, come fu attuato nel sanatorio marino di Anzio. Accanto a questo tipo di colonie terapeutiche vennero istituite le «colonie scolari» in cui venivano mandati, durante le vacanze scolastiche i bambini per una durata di 30-40 giorni per ottenere un benessere fisico. Nel 1911 erano circa novanta.

Istituti per rachitici

La creazione degli istituti per rachitici conferma l'impostazione dell'organizzazione ospedaliera dell'Ottocento. C'era l'esigenza dell'assistenza alle patologie croniche, di cui il rachitismo

era una delle principali. La necessità di ospedalizzazione era legata all'erogazione di prestazioni e trattamenti ortopedici e così si conferma ulteriormente la vocazione chirurgica dell'assistenza ospedaliera.

Negli anni Settanta dell'Ottocento vennero fondati i primi due istituti per rachitici, uno a Torino e l'altro a Milano, mentre nel 1911 erano quattordici.

A conclusione del primo cinquantennio dell'Unità nazionale il servizio di assistenza all'infanzia era già piuttosto articolato. Oltre agli ospizi marini e agli istituti per rachitici, che abbiamo già illustrato, c'erano venti istituti che allora venivano definiti «per deficienti», ventitre per ciechi, cinquantadue per sordomuti, centodue per «derelitti», più di cinquecento ricreatori, novecento orfanotrofi, cinquanta colonie estive, ventotto asili per lattanti che ospitavano duemilacinquecento bambini, tremiladuecento asili infantili che ospitavano trecentomila bambini, centoquarantadue brefotrofi in cui venivano ricoverati ottantamila esposti. Esistevano anche trecento Congregazioni di carità, 5.700 associazioni di volontariato e strutture privatistiche per l'assistenza all'infanzia. In numerose associazioni erano coinvolti anche pediatri, fra cui la più autorevole era la «Pro infanzia».

L'attenzione nei confronti del bambino si ampliò, non più solo alla prevenzione di alcune importanti infezioni, ma si iniziò a delineare già una tutela globale della salute; un esempio è lo sviluppo che ebbe l'odontoiatria pediatrica con l'istituzione di ambulatori comunali di odontoiatria pediatrica, una maggior educazione alla salute orale, in particolare con la prevenzione della carie dentale (10).

Nel 1911 esisteva in Italia un servizio di odontoiatria pediatrica a Milano, Padova, Torino, Genova, Livorno, Roma. A Genova i medici scolastici ri-

portavano le condizioni del cavo orale in un modulo da consegnare all'odontoiatra oppure se la famiglia era indigente, in uno dei due ambulatori odontoiatrici municipali. A Milano, l'Istituto stomatologico italiano (11) aveva attivato una convenzione per la cura odontoiatrica degli alunni. A Roma esisteva un ambulatorio odontoiatrico comunale, mentre a Torino era stata istituita una convenzione per un odontoiatra per ognuna delle cinque zone in cui era divisa la città.

Durante la seduta inaugurale del VII Congresso pediatrico italiano che si tenne cent'anni fa a Palermo, dal 20 al 23 aprile 1911, venne festeggiato in modo solenne il cinquantenario dell'Unità, come riferì Gaetano Parlavecchio, preside della facoltà di medicina dell'Università di Palermo.

«L'importanza dei nostri Congressi diventa maggiore quest'anno che in Italia, in mezzo alle più vive simpatie di tutto il mondo civile, si celebra il 1° cinquantenario della sua redenzione politica e della affermazione dei suoi imprescrittibili diritti su Roma redenta dall'onta teocratica.

Quest'anno l'Italia colle sue mostre ed i suoi congressi passa in rivista in faccia a sé stessa ed al mondo i progressi mirabili realizzati in mezzo secolo di vita nazionale, in tutti i campi dell'attività umana.

I nostri Congressi daranno la misura delle nostre conquiste nel campo dello scibile medico: e se consideriamo che da noi in questi 50 anni si è dovuto crear quasi tutto ex novo e che malgrado le più scoraggianti ristrettezze di mezzi, a furia di sacrifici personali, la cultura e la produzione medica italiana son giunte a conquistare un posto assai distinto...» (12).

Il presidente del congresso, Rocco Jemma (1866-1949) (fig. 4), nel suo intervento di apertura sottolineò la capacità di aggregazione, per favorire la formazione della Nazione, compiuta dai congressi pediatrici.

«E insieme con tale affratellamento di spirito, di intelletto e di propositi, un altro, egualmente nobile e patriottico, ne compiono i nostri convegni: l'affratellamento vero delle varie regioni d'Italia, dalle Alpi nevose, dove Dante guarda a Trento e Trieste, a quelle che videro la

pensosa ed irrequieta adolescenza di Garibaldi e di Mazzini, giù, giù per gli Appennini, fino all'Erice azzurro, e ai monti di Gallura lontani» (13).

1912-1961:

I cinquanta anni dello sviluppo della pediatria preventiva e sociale

Dopo la Grande guerra si determinò in Italia un notevole dissesto socio-economico che agì pesantemente sugli aspetti socio-sanitari dell'infanzia. L'alto numero di caduti, invalidi e mutilati crearono un gran numero di orfani, di illegittimi e si allargò la fascia di povertà. I medici richiamati alle armi e la sottrazione di molti posti letto pediatrici che vennero destinati agli ospedali militari ridussero i livelli assistenziali, inoltre dopo la guerra ci fu un incremento della prevalenza dei casi di tubercolosi, di malattie trasmesse sessualmente e di malaria.

Dopo gli anni dell'immediato dopoguerra, dominati da tali emergenze, s'iniziò a guardare con più attenzio-

ne al momento preventivo.

Un esempio è la strategia nei confronti della tubercolosi. Oltre che alla cura del paziente cronico, s'iniziò a investire notevoli risorse per la prevenzione dei soggetti a rischio tubercolare, soprattutto se, come venivano definiti allora, erano bambini «gracili» o pazienti nelle fasi iniziali della malattia. La strategia fu quella di creare preventori e colonie elioterapiche che servissero proprio a ridurre il rischio.

Un'ulteriore strategia fu quella di estendere l'assistenza pediatrica in tutto il territorio per poter agire direttamente sulla prevenzione delle varie patologie sia durante la gravidanza, sia al momento del parto che nei primi anni di vita.

Grazie alle leggi nazionali che determinarono l'istituzione dell'ONMI e dei consorzi provinciali antitubercolari, furono realizzate importanti strutture ospedaliere: gli ospedali sanatoriali e gli istituti per l'assistenza all'infanzia (IPAI).

Opera nazionale maternità e infanzia (ONMI)

Nel 1919 fu presentata una proposta di legge alla Camera per la realizzazione di un progetto assistenziale che in seguito fu attuato con l'ONMI (14). Con l'istituzione dell'ONMI (15) fu realizzata la prima e più radicale riforma pediatrica italiana, infatti fu data una sistemazione razionale e organica a tutti i servizi sanitari che vennero unificati in sede provinciale.

L'ONMI, che era istituito come ente parastatale, si ispirava al modello belga, ove già dal 1919 esisteva l'«Opera nazionale dell'infanzia» che però, a differenza di quanto fu attuato in Italia, si occupava solo della parte pediatrica ignorando la fase della gravidanza.

In ogni provincia fu istituito l'Istituto provinciale per l'assistenza all'infanzia (IPAI), che assorbiva i vari brefotrofi presenti.

All'IPAI era affidato il compito dell'assistenza per la maternità legittima e illegittima, l'assistenza e ricovero dei neonati legittimi e illegittimi e il ricovero di bambini legittimi e illegittimi fino al quattordicesimo anno di età.

Ogni istituto era fornito di sale di ammissione e di osservazione, di reparti per bambini lattanti e divezzi e di un reparto di isolamento per luetici, per oftalmici e per malattie infettive o contagiose, separati dagli altri locali con servizi ausiliari annessi, compresi laboratori per analisi chimiche e cliniche. I brefotrofi più grandi disponevano anche di servizi anatomopatologici e di terapia fisica. Nell'infermeria lattanti c'era la sala delle incubatrici dotata di culle termostatiche e di una sala refrigerata per la cura degli enteritici.

L'istituzione dell'ONMI dette un nuovo impulso a tutta l'area pediatrica, infatti si creò una rete di consultori nel territorio che richiesero un gran



Fig. 4 - Palermo 1911: in prima fila, seduti, da sinistra a destra: Salvatore Maggione, Giovanni Di Cristina, Rocco Jemma, Ignazio Florio Junior, Giuseppe Caronia. In seconda fila, in piedi, da sinistra: Sebastiano Cannata e, dopo una persona, Francesco Luna.

numero di pediatri. Nello stesso tempo furono condotti corsi di pediatria e puericultura per i medici condotti e fu dato ampio spazio all'informazione anche attraverso strumenti filmati prodotti dall'Istituto LUCE.

L'ONMI realizzò una rete di consultori ostetrico-pediatri in tutto il territorio nazionale, anche nelle frazioni più periferiche, in modo che l'ostetrico consultore e il pediatra consultoriale potevano visitare le donne gravide e i bambini, garantendo così l'assistenza ostetrica e pediatrica in tutto il territorio nazionale.

Fra le varie strutture presenti c'era anche la «Casa della madre e del fanciullo» ove venivano accolte le donne con gravidanza a rischio sociale.

Furono attuate anche colonie elioterapiche che si dividevano in marine, fluviali e montane di tipo permanente o colonie elioterapiche diurne, presenti nelle città e nei paesi (fig. 5).

La presenza almeno di un brefotrofia in ogni provincia permise di completare quella rete ospedaliera che è stata la base di ogni riforma successiva. Il brefotrofia divenne non solo il luogo ove venivano accol-

ti e curati gli illegittimi o i bambini abbandonati, ma si integrò con i consultori ostetrici e pediatrici in modo da poter prendere in cura il bambino fino dalla gravidanza. Venne ulteriormente organizzata la modalità di tenere i bambini più vitali presso le balie esterne, infatti ricordiamo che fino all'introduzione degli antibiotici l'unica forma di profilassi delle malattie infettive era quella di ridurre i contatti tra bambini.

La seconda guerra mondiale determinò una nuova grave situazione per l'infanzia. Oltre all'aumento della morbilità, le carenze alimentari, ferite, mutilazioni, decessi dovuti sia a danni diretti causati dalla guerra e, in campo pediatrico, a incidenti dovuti a ordigni inesplosi, si ebbe un incremento degli illegittimi, oltre al numero degli orfani, inevitabili, in coincidenza di ogni guerra. Tale situazione coinvolse notevolmente l'intero comparto pediatrico.

La Costituzione

È interessante notare che il problema dell'assistenza agli illegittimi,

che ha costituito uno dei primi e preponderanti motivi di interesse sia a livello di pediatria preventiva e sociale, sia a livello di pediatria generale, era ancora preponderante nell'immediato dopoguerra e aveva influenzato l'attività dei pediatri costituenti che avevano ispirato in modo determinante alcuni articoli della Costituzione della Repubblica, come riferì Mario Cotellesa (1897-1978), che fu alto commissario all'igiene e alla sanità pubblica e deputato all'assemblea costituente, in una comunicazione al XVIII congresso italiano di pediatria nel 1947 (16).

«... l'art. 25 del progetto di Costituzione, ora divenuto 24, ma modificato nel 30 capoverso con la dicitura: « La legge assicura ai figli nati fuori del matrimonio ogni tutela giuridica e sociale compatibile con i diritti dei membri della famiglia legittima ».

Questa modifica è un giusto freno per quanti credono che sia facile e lecito infrangere il vincolo familiare e dare poi a questi frutti di illeciti amori un riconoscimento giuridico di parità.»

Nel 40 capoverso lo stesso articolo 24 della Costituzione detta le norme ed i limiti per la ricerca della paternità.

Non si può in un progetto di Costituzione scendere a dettagli che potranno essere fissati dal nuovo legislatore e cosa provvedere alla risoluzione del figlio illegittimo come già han fatto altri importanti stati di Europa.

Nell'art. 25 della Costituzione nel testo definitivo approvato si dice: «La Repubblica agevola con opportune misure economiche ed altre provvidenze la formazione della famiglia e l'adempimento dei suoi oneri, con particolare riguardo alle famiglie numerose, provvede alla protezione della maternità, dell'infanzia e della gioventù, favorendo gli istituti necessari a tale scopo ».

Si affida dunque allo Stato l'onere della tutela della Maternità ed Infanzia ma è chiaro ed eloquente che l'azione dello Stato debba essere ben diversa nella sua applicazione e nel suo potenziamento. Né sarà inutile qui ricordare che il Gruppo Medico Parlamentare (17) (fig. 6 - Roma, 18 luglio 1946, Aula ottava dell'ultimo piano di Montecitorio. Seduta di costituzione del Gruppo medico parlamentare. Da sinistra a destra, in piedi: Piero Fornai e Mario Merighi, seduti: Ezio Coppa, Giovanni Caso, Giuseppe Alberti, Giuseppe Caronia,



Fig. 5 - Colonia montana permanente: seduta elioterapica giornaliera.

Mario Cotellessa, Diego D'Amico, Beniamino De Maria) ha con il suo referendum (18) prospettata la necessità della centralizzazione in un organo tutorio di quanto di sanitario e di assistenziale vi è in Italia. Se contingenze del momento non lo hanno ancora permesso non deve, a priori, rinunciarsi in Italia ad un Ministero (19) o Sottosegretariato autonomo che comprenda e coordini tutte le molteplici assistenze frammentarie e divise sotto ministeri diversi, direzioni varie, enti talora anche contrastanti e non bene organizzati.

L'Alto Commissariato per la Sanità non ha brillato per dinamismo ed autonomia: ha bisogno di maggiore iniziativa, di migliore prestigio, di più completa azione. Molti gravi problemi devono essere radicalmente affrontati, e fra questi l'assistenza al bambino, la cui mortalità è ancora molto elevata, non è tra gli ultimi.

Il legislatore deve comprendere che accanto alla bonifica della terra, alla costruzione della casa, della scuola, dell'acquedotto, al miglioramento dell'edilizia urbana, al perfezionamento dei traffici e delle comunicazioni vi è un'altra bonifica non meno sacra ed urgente che è fondata sulla sanità e sull'igiene.

Solo così potremo risolvere i gravi problemi (...). (...) ai bambini riconosciuti dalle madri si nega il ricovero come si può provvedere in Province dove i brefotrofi esistenti non riescono a ricoverare i figli di ignoti.

Come si potrà imporre alla madre l'allattamento del proprio bambino se non si giungerà ad im-

porlo con una disposizione di legge? Come si potrà fare attraverso l'Opera Maternità ed Infanzia opera efficace se i consultori saranno ancora affidati a medici non puericultori e se a capo delle Federazioni Provinciali non vi saranno uomini tecnici, eliminando le ingerenze burocratiche degli organi amministrativi Provinciali?

Nelle sue conclusioni il relatore ci addita giustissime considerazioni quali il riconoscimento materno e paterno, l'obbligo dell'allattamento fino al 4° mese di età, il ricovero degli illegittimi riconosciuti con le madri, l'organico dei medici ispettori e tante altre provvidenze veramente efficaci per l'assistenza agli illegittimi.

Ma non dimentichiamo che tutto questo grave problema è problema economico per cui lo Stato nella impossibilità di adempiere a questi suoi obblighi li trascura e non ne ha ancora trovato una adeguata soluzione.

Io mi auguro che agitando, in questo, nostro Congresso tale importante problema e facendocene eco, porteremo al legislatore, che dovrà applicare i principi della nuova Costituzione, un prezioso contributo, cui non potrà mancare l'azione concorde e decisa della rappresentanza medica parlamentare che speriamo torni più numerosa ed efficiente nelle nuove elezioni.

La sanità della stirpe è il fondamento della vita sociale, e se tanto facilmente ricordiamo dell'antica Roma i passi e le glorie immortali, non dimentichiamo che la potenza e la forza di una Nazione sono legati oltre che alla saggezza alla sanità del suo popolo.»

Nel dopoguerra il disagio fu accresciuto anche dal commissariamento dell'ONMI, che durò fino a metà degli anni Cinquanta.

Dopo la gestione della grave situazione determinata dalla guerra, la situazione pediatrica cambiò radicalmente con l'arrivo, anche in Italia, degli antibiotici, che determinarono una netta riduzione della mortalità infantile, che già alla fine degli anni Quaranta si era ridotta al 6%. La possibilità di una terapia delle principali malattie infettive, grazie all'introduzione di nuovi antibiotici, che risultavano già un perfezionamento dei primi introdotti nell'immediato dopoguerra, permise ai pediatri di potersi interessare e rispondere a nuovi bisogni.

Nel dopoguerra si vide una progressiva espansione dei reparti di pediatria, in molti casi di derivazione brefotrofica, associata all'ospedalizzazione del parto che si sviluppò dagli anni Sessanta in poi.

1962-2011:

I cinquanta anni delle riforme sanitarie

In occasione del centenario dell'Unità nazionale si svolse il XXVIII congresso nazionale di pediatria a Torino (20).

L'introduzione in Italia della vaccinazione antipolio orale tipo Sabin, resa obbligatoria nel 1966, determinò una drastica riduzione dei casi di poliomielite, di cui si era avuta una grande epidemia nel 1958.

Oltre alla riduzione della disabilità nella popolazione generale, si ebbe la possibilità di orientare ad altre forme di prevenzione i centri antipoliomielitici che erano stati notevolmente sviluppati negli anni Cinquanta in tutta Italia, in tal modo la prevenzione in età pediatrica ebbe un ulteriore sviluppo.



Fig. 6 - Roma, 18 luglio 1946. Assemblea Costituente, Montecitorio. Gruppo medico parlamentare: (da sinistra a destra) in piedi: Piero Fontana e Mario Merighi; seduti: Ezio Coppa, Giovanni Caso, Giuseppe Alberi, Giuseppe Caronia, Mario Cotellessa, Diego D'Amico, Beniamino De Maria

Negli anni Sessanta ebbe un particolare sviluppo la medicina scolastica che fu anche regolamentata a livello legislativo (21).

L'obbiettivo della medicina scolastica è bene indicato:

«Il servizio di medicina scolastica comprende la profilassi la medicina preventiva, la vigilanza igienica, il controllo dello stato di salute di ogni scolaro e si avvale della collaborazione della scuola nell'educazione igienico-sanitaria» (22).

Con la prima riforma ospedaliera del 1968 (L. 132) i nosocomi vennero riorganizzati in base a un criterio valido per l'intero territorio nazionale. I singoli ospedali vennero tolti dalla gestione delle singole amministrazioni, per essere riorganizzati in base a un'impostazione generale. Per gli ospedali generali erano previsti tre tipologie, regionale, provinciale o di zona.

Con la prima riforma ospedaliera si ebbe la realizzazione di un reparto di pediatria non solo negli ospedali regionali e provinciali, ma anche in quelli di zona.

Negli anni successivi si è assistito a una progressiva deospedalizzazione e accorpamento delle strutture ospedaliere.

Nel dicembre 1978 con la Legge 833 fu varata la prima grande riforma sanitaria, che prevedeva una forte integrazione fra ospedale e territorio, fra comparto sanitario e sociale. Nacquero le Unità sanitarie locali.

Dal primo gennaio 1979, con l'introduzione del Servizio sanitario nazionale, fu istituita la figura del pediatra di libera scelta. Nello stesso periodo vennero costituiti i distretti sociosanitari di base che, in molti casi, avevano nell'organico un pediatra che assunse la qualifica di pediatra di comunità. Molte funzioni che erano state assicurate dai consultori del-

l'ONMI (23) vennero trasferite ai distretti sociosanitari di base, fornite di un apposito team di assistenti sociali, e per la parte pediatrica dal pediatra di comunità.

Agli inizi degli anni Novanta si ebbe l'aziendalizzazione del Servizio sanitario nazionale che rappresentò la seconda riforma sanitaria. Il diritto alla salute venne subordinato alle esigenze di bilancio, cioè alla contabilità della spesa e furono stabiliti i livelli essenziali d'assistenza.

I decreti legislativi 509/92 e 517/93 introdussero il finanziamento a prestazione, assicurato attraverso il pagamento di un corrispettivo predefinito, i DRG (*Diagnosis related group*) o ROD (Raggruppamenti omogenei di diagnosi).

Con la Legge 30 ottobre 1998 n° 419, fu delegata al governo la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, attraverso la programmazione, mediante il piano sanitario nazionale e i piani sanitari regionali. Con la Legge costituzionale 18 ottobre 2001 n° 3, fu stabilito che la tutela della salute spetta alle Regioni, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali e dei livelli essenziali di assistenza (LEA), che spettano al ministero della salute. Questa è la terza riforma sanitaria.

Conclusioni

Se non ci fosse stata l'Unità nazionale che ha permesso di poter creare una rete, prevista dalle varie leggi dello stato unitario, non si sarebbero potute creare strutture e servizi che hanno permesso di offrire ai cittadini le migliori opportunità terapeutiche, la possibilità di accedere anche nelle zone più periferiche ai servizi nazionali e pertanto di avere una maggiore aspettativa di vita e di poter esercitare il diritto alla salute.

Basta immaginare l'assistenza nella prima metà dell'Ottocento, per capire lo sviluppo che ha determinato l'Unità d'Italia.

La dimostrazione dell'evoluzione sia dell'assistenza sociosanitaria dell'età evolutiva che si è avuta nei centocinquantaquattro anni dell'Unità nazionale, sia del cammino percorso dalla medicina, si evince anche dal cambiamento del nome della Società italiana di pediatria, che fu fondata come risposta a quella che era una delle fasce di età più a rischio, cioè i primi anni di vita. Grazie all'introduzione degli antibiotici, allo sviluppo delle vaccinazioni, ai progressi della neonatologia, aveva ottenuto dei notevoli progressi, in cui è necessario incentrare l'attenzione più sugli aspetti preventivi e di tutela sociale della popolazione infantile: per questo la società si trasformò in «Società italiana di pediatria preventiva e sociale» (fig 7).

Vogliamo concludere questo studio sull'evoluzione della pediatria preventiva e sociale nei centocinquantaquattro anni dell'Unità nazionale, riportando l'esempio dello screening dell'ipotiroidismo congenito, perché rappresenta un successo italiano e l'esempio di un coordinamento nazionale efficace e vincente e, nello stesso tempo, è un modello di integrazione tra strutture centralizzate e realtà locali.

L'ipotiroidismo congenito è una grave malattia determinata, nella maggioranza dei casi, da assenza, malformazione o cattivo funzionamento della tiroide.

Alla nascita spesso non sono evidenti segni clinici che possano far sospettare la presenza di tale malattia che si scopre solo quando si sono già instaurati danni significativi rappresentati principalmente da grave ritardo della crescita staturale, che può però essere recuperata con la terapia, e soprattutto da ritardo dello svilup-

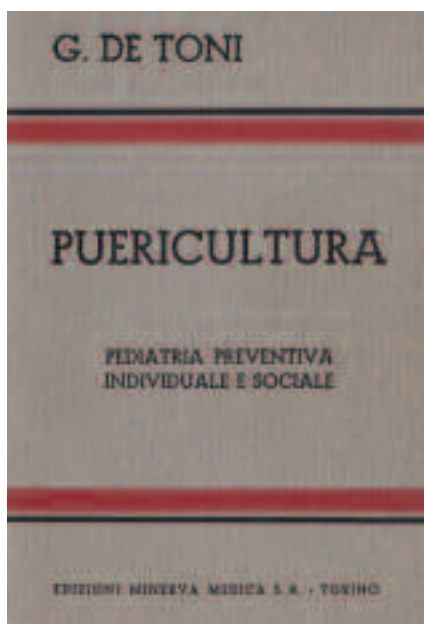


Fig. 7 - Copertina del trattato di puericoltura di Giovanni De Toni pubblicato nel 1939, nel sottotitolo si legge: «Pediatría preventiva individuale e sociale». Si tratta del primo testo di questa

po mentale, che può sfociare in un più o meno grave handicap definitivo e incurabile.

La diagnosi precoce della malattia è quindi indispensabile perché offre la possibilità di somministrare farmaci contenente l'ormone che la tiroide non è in grado di produrre, evitando in tal modo qualunque tipo di danno, e far sì che il bambino cresca senza nessun problema con livelli di apprendimento simili agli altri.

Per poter attuare una diagnosi la più precoce possibile si debbono eseguire, come avviene anche in Italia, degli screening su tutti i neonati, prelevando alcune gocce di sangue dal tallone. Sotto l'egida del Ministero della Salute, endocrinologi pediatri e dell'adulto e responsabili dei laboratori regionali di screening si sono regolarmente riuniti dal 1982 a Parma presso la Clinica Pediatrica, allora diretta da Giorgio Giovannelli, e nell'ultimo decennio a Roma presso l'Istituto Superiore di Sanità, per fa-

cilitare l'estensione dello screening a tutto il territorio nazionale ed effettuare gli esami di laboratorio in centri altamente specializzati, in modo da poter garantire la sicurezza e l'omogeneità dei risultati.

I centri sono attualmente ventisei e sono presenti in tutte le regioni italiane. Un atto di particolare importanza è stato l'istituzione nel 1987 del Registro nazionale dell'ipotiroidismo congenito (24), coordinato dall'Istituto superiore di sanità, con lo scopo di raccogliere tutti i dati clinici dei neonati risultati positivi allo screening.

Sono 5.000 i bambini italiani ai quali è stato diagnosticato l'ipotiroidismo congenito nei primi venti anni di attività del Registro nazionale di tale malattia (25).

I 5.000 bambini che in questi anni sono stati identificati sono stati curati e seguiti con appositi programmi di follow up.

L'accuratezza degli esami di laboratorio effettuati nei centri regionali ha permesso di identificare molti casi che altrimenti sarebbero passati inosservati: infatti in Italia si ha un caso di ipotiroidismo congenito ogni 2.400 nati, superiore al valore di uno ogni 3-4.000 nati, riscontrato in altre parti del mondo, dimostrando così che sono stati identificati casi che in altre situazioni sarebbero passati inosservati.

Note

1. Cfr. Italo Farnetani, Storia della pediatria italiana, pp. 11-13.
2. Nel 1886-90 la mortalità nel primo anno di vita in Italia fu del 193 su 1.000 nati vivi, mentre in Norvegia era circa la metà, 96%.
3. L'Italia ha uno dei livelli di mortalità neonatale più basso del mondo (2‰). Solo in pochi stati è ancora inferiore (1‰): Giappone, Islanda, Singapore, Lussemburgo.. Anche i livelli di mortalità infantile sono fra i più bassi del mondo (3‰), infatti solo in pochi stati è inferiore (2‰): Giappone,

Islanda, Liechtenstein, Lussemburgo, Singapore, Slovenia, Svezia. (Fonte: La condizione dell'infanzia nel mondo UNICEF 2011)

4. In seguito fu emanato, con R.D. 27 luglio 1934, n. 1265, il nuovo T.U. delle leggi sanitarie che, fino alla riforma sanitaria del 1978, ha fissato le specifiche funzioni dei singoli organi dell'amministrazione sanitaria.
5. Nel 1884 i bambini abbandonati dalle famiglie furono 140.000 di qualunque età dei quali 92.000 furono assistiti nei brefotrofi o affidati a balie esterne, ma sotto la tutela e il controllo del personale dei brefotrofi.
6. Nel 1883 a Firenze fu istituita la prima clinica pediatrica universitaria, mentre a Padova fu attuato l'insegnamento di pediatria.
7. Era la definizione data allora ai bambini che in seguito vennero chiamati «prematuro» e ora «piccoli per l'età gestazionale» o «pretermine».
8. Era definita «scrofolosa»: era una forma di linfadenite cervicale tubercolare. Nel XIX secolo gli ospizi marini erano la forma più efficace di cura per i bambini «scrofolosi».
9. Già dal 1842 l'Amministrazione dell'ospedale e degli ospizi di Lucca, durante il ducato dei Borbone di Parma, aveva iniziato a praticare le prime cure marine sulla spiaggia di Viareggio.
10. Un primo passo per comprendere l'evoluzione del concetto di salute è quello di seguire la parafrasi del lemma salute riportato nei vocabolari delle varie epoche. Nel 1931 per salute si intende: «Liberazione da ogni danno e pericolo» (Il Nuovissimo Melzi-dizionario italiano completo. Milano: Antonio Vallardi Editore; 1931; p. 691). Questa definizione di salute equivale ad assenza di malattia. In questa concezione, la salute è individuata come uno stato inevitabilmente soggettivo: sia dal punto di vista fisiologico che, ancora di più, sotto il profilo psicologico, ogni individuo risente in modo diverso dei fattori di rischio, ovvero degli elementi capaci di causare un danno; quindi alcune condizioni di lavoro potranno risultare più dannose verso un soggetto rispetto ad un altro posto nelle identiche condizioni. Numerosi elementi individuali rendono gli esseri umani analoghi, ma non uguali: esiste cioè una notevole variabilità o suscettibilità individuale, che comporta come conseguenza una differente probabilità di sviluppo di un danno a parità di fattori di rischio. Nell'immediato dopoguerra si è verificata una prima evoluzione del concetto, infatti si intende: «Integrità. Incolumità» (A. Albertoni, E. Allodoli. Vocabolario della lingua italiana. Firenze:

- Felice Le Monnier; 1948; p. 797). Come si vede si è già introdotto il concetto della prevenzione che si esprime attraverso la parola incolumità. Infine si arriva alla definizione usata attualmente per cui per salute si intende: «Condizione di benessere fisico e psichico dovuta a uno stato di perfetta funzionalità dell'organismo» (G. Devoto, G.C. Oli. Nuovissimo vocabolario illustrato della lingua italiana Milano: Selezione dal Reader's Digest; 1997; p. 2734). Come si vede nel tempo la concezione del bene "salute" si è evoluta, per giungere alla definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) di salute intesa come «condizione di benessere fisico, psichico, sociale» della persona. Questa definizione pone maggiormente l'accento sulla centralità della persona e della famiglia.
11. Fondato nel 1908.
 12. Cfr. Atti del VII Congresso pediatrico italiano. Palermo: Stabilimento tipografico A. Giannitrapani, 1912, p. 22.
 13. Cfr. op. cit., pp. 26-27.
 14. All'inizio si chiamava ONPMI (Opera nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia).
 15. Legge del 10 dicembre 1925 n. 2277 e Regio Decreto 15 aprile 1926 n. 718 riguardo all'attuazione.
 16. Mario Cotellessa [intervento in discussione], in Atti del XVIII congresso italiano di pediatria Pisa, 31 maggio-4 giugno 1947, editor G. Fiore, A. Gentili, pp. 686-688.
 17. Il 2 giugno 1946 si svolsero, oltre al referendum istituzionale per la scelta fra monarchia e repubblica, anche le elezioni per l'Assemblea costituente. Risultarono eletti 581 deputati fra i quali 28 medici, che fondarono il «Gruppo medico parlamentare». I pediatri erano 6.
 18. Il Gruppo medico parlamentare indisse un referendum fra i 40.000 medici italiani iscritti ai vari ordini professionali. Vennero posti 13 quesiti che vennero inviati ai presidenti degli Ordini dei medici provinciali che avrebbero dovuto sottoporre ai propri iscritti, spogliare le schede ed elaborare i risultati. I risultati ottenuti furono trasmessi al Gruppo medico parlamentare che li elaborò e li inviò all'Alto Commissariato per l'Igiene e la Salute Pubblica (era l'equivalente del Ministero della Salute) che elaborò gli schemi di riforma legislativa, in base ai risultati del referendum, e i progetti furono trasmessi al Gruppo medico parlamentare che li presentò all'Assemblea Costituente per la conversione in legge.
 19. Il Ministero della sanità fu istituito nel luglio del 1958. Il primo titolare del dicastero fu Vincenzo Monaldi (1899-1969), direttore dell'Ospedale sanatoriale di Napoli e direttore della cattedra di fisiologia presso l'Università partenopea.
 20. Il congresso si svolse dall'8 al 10 ottobre 1961 e coincise con l'inaugurazione della nuova Clinica pediatrica. Nei quattro volumi degli Atti del congresso non ci sono però riferimenti al centenario dell'Unità nazionale.
 21. D.P.R. 22 dicembre 1967, n. 1518 (1). Regolamento per l'applicazione del titolo III del decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, numero 264 (2), relativo ai servizi di medicina scolastica.
 22. Ibid, Titolo I, art. 2.
 23. L'ONMI fu sciolto nel 1975.
 24. Legge naz. n°104 del 5/2/1992 che prevede, nell'ambito degli interventi di medicina preventiva, lo screening neonatale per l'ipotiroidismo congenito.
 25. I risultati del primo ventennio di attività del Registro sono stati pubblicati su Italian Journal of Pediatrics www.ijponline.net.
- Bibliografia essenziale**
- Farnetani I. Storia della pediatria italiana – Le origini: 1802-1920, Afragola (NA) 2008.
 - Società italiana di pediatria, La pediatria in Italia, Milano 1937.
 - Farnetani F., Farnetani I. Official Speech for the Restoration of Arezzo Homeless Children's Shelter Ped Med Chir 2005; suppl 27/5:32.
 - Lido di oggi Lido di allora, Venezia [1991].
 - Bartolini D., I luoghi dell'infanzia malata. Istituti di cura e di assistenza, in La scoperta dell'infanzia cura, educazione e rappresentazione, Venezia 1750 – 1930, a cura di N. M. Filippini, T. Plebani, Venezia 1999, p. 76-87.
 - Reale società italiana d'igiene Le istituzioni sanitarie in Italia, Milano 1885
 - .AA.VV., Condizioni attuali degli istituti di ricovero, lettura dei rapporti degli ispettori dell'ONMI, Maternità e infanzia 1928: 529.
 - AA.VV., I primi sei mesi di vita dell'ONMI, Maternità e infanzia 1926; 2:56-57.
 - AA.VV., Ispezioni ad istituti per la protezione della maternità e infanzia, Maternità e infanzia 1927 11-12.
 - De Toni G. Trattato di puericultura. Torino: Minerva Medica;1939
 - Cacace E., Mussa B., Trattato di nipiologia. Torino: Minerva Medica;1958
 - Farnetani I, Farnetani F. Il Gruppo medico parlamentare della Costituente: ai pediatri la presidenza e la maggioranza relativa. In: Farnetani I, editor. Pediatri e medici alla Costituente. Un pezzo sconosciuto di storia della Repubblica. Cento (FE): Editeam; 2006. pp. 13-17
 - Farnetani I, Farnetani F. I medici del Gruppo medico parlamentare alla Costituente. In: Farnetani I, editor. Pediatri e medici alla Costituente. Un pezzo sconosciuto di storia della Repubblica. Cento (FE): Editeam; 2006. pp. 18-23
 - Pavan A. Caronia, Giuseppe. In: Dizionario Biografico degli Italiani. Roma: Istituto della Enciclopedia Italiana fondata da Giovanni Treccani; 1988. pp. 665-6.
 - Farnetani I, Farnetani F. Storia della società italiana di pediatria preventiva e sociale (SIPPS). Pediatria Preventiva e Sociale 2005; 0: 12-15
 - Burgio GR, Caronia: lo scienziato-rettore visto da un maestro In: Farnetani I, editor. Pediatri e medici alla Costituente. Un pezzo sconosciuto di storia della Repubblica. Cento (FE): Editeam; 2006. pp. 24-26
 - Andreotti G., Caronia: visto da vicino da Andreotti In: Farnetani I, editor. Pediatri e medici alla Costituente. Un pezzo sconosciuto di storia della Repubblica. Cento (FE): Editeam; 2006. pp. 27-28
 - Burgio GR, Bertelloni S. Una pediatria per la società che cambia. Milano; Tecniche Nuove; 2007.
 - Farnetani I, Farnetani F, Lauritano D, Baldoni M. Le radici dell'assistenza pediatrica in Italia: l'unità della pediatria precede l'unità nazionale. In: Fanos V, Puddu M, editors. Il futuro della pediatria. Cagliari: Hygeia Press; ottobre 2009. cap. 3, pp. 36-50

Il neonato in “cammino”. Dalla Nipiologia e dalla Puericoltura alla Neonatologia e alla Terapia Intensiva Neonatale

Giovanni Corsello¹, Mario Giuffrè¹, Dora Di Mauro²

¹Dipartimento Materno-Infantile, Università di Palermo

²Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Parma

Il neonato in “terra” ostetrica

Le origini storiche della neonatologia, lungo il percorso che ha condotto all'evoluzione della medicina moderna, vanno ricercate tra le “carte” dell'ostetricia. L'interesse per il neonato, per i suoi processi biologici di normalità e di fisiologia, per le sue patologie collegate con la prematurità e lo stato di incompletezza anatomica e funzionale è una realtà moderna ed evoluta a cui si deve tra l'altro la marcata riduzione della mortalità perinatale e infantile degli ultimi decenni.

È l'ostetrica, e con lei il medico ostetrico/ginecologo, il professionista a cui sino al XX secolo sono affidate in

esclusiva le cure del prodotto del concepimento nel periodo prenatale, perinatale e neonatale. Le prime indicazioni anche di ordine clinico sulla fisiopatologia neonatale la troviamo infatti (spesso in forma di appendice !) sui testi di medicina ostetrica della seconda metà del XIX secolo o degli inizi del novecento. Rileggendo quelle pagine si avverte una competenza fatta di esperienza e di conoscenze che riguardano il neonato a termine, fisiologico o con patologie comuni, di diagnosi e gestione prevalentemente domiciliare, quali le onfaliti, le anemie o la malattia emorragica. La gestione nutrizionale era basata in modo pressoché esclusivo sull'allattamento al se-

no, materno o baliatico, e rientrava anche per consonanza nelle procedure di ordine ostetrico.

Poiché nella storia, anche secondo gli insegnamenti vichiani, i “corsi” tendono a diventare “ricorsi”, anche oggi che la neonatologia è diventata una disciplina vera, integrata nella pediatria ma con un pool di conoscenze e competenze che richiedono un cursus specifico e un training dedicato, si cominciano a risentire proposte di affidamento del neonato “sano” agli ostetrici. Si saltano così un cumulo di evidenze mediche e scientifiche e di elementi di ordine clinico e sociale che hanno reso il neonato un'entità unica e peculiare che non può essere considerata una appendice del feto, ma come un organismo in via di evoluzione biologica globale che ha diritto alle cure di un professionista con competenze certe e dedicate quale è il pediatra. Di questi dati non c'era traccia nelle conoscenze mediche sino alla seconda metà del XX secolo se non in alcuni contributi di veri pionieri della pediatria.



Nipiologia e Puericoltura

La Nipiologia comincia a differenziarsi come disciplina, sia pure integrata e all'interno della Pediatria, quando agli inizi del XX secolo si comincia a discutere in modo più tecnico e appro-

fondito degli aspetti nutrizionali del lattante, del bambino cioè nel suo primo anno di vita, per il quale il latte è l'alimento prima esclusivo e poi prevalente, fondamentale in termini qualitativi e quantitativi per la sua crescita fisica e il suo sviluppo. Questa disciplina venne rapidamente inglobata nella Puericoltura, termini usati spesso come sinonimi, ma che in realtà venne scelto (con la dizione originaria di "Puericoltura") per identificare non solo le "Leggi e le tecniche del normale allevamento", ma anche la pediatria con orientamento preventivo e sociale, al punto da trasformarsi sul finire del XX secolo in Pediatria Preventiva e Sociale.

La necessità di occuparsi delle fasi iniziali dell'infanzia non solo in termini di diagnosi e cura, ma con un'ottica tesa a migliorare, tutelare e promuovere la salute, era in qualche modo un fatto innovativo e collegato con istanze della popolazione che avevano un impatto crescente. La riduzione della mortalità infantile grazie al progressivo miglioramento delle condizioni igieniche e ambientali, il controllo progressivo delle malattie infettive attraverso procedure di immunizzazione attiva (le vaccinazioni dell'infanzia) e l'uso di chemioterapici e di antibiotici sono state le premesse epidemiologi-

che per gli ulteriori progressi ed avanzamenti culturali, scientifici ed organizzativi della pediatria.

Pensiamo al grande ruolo di prevenzione, oltre che di diagnosi e cura, che l'Opera Nazionale Maternità e Infanzia (ONMI) ha avuto sin dalla sua fondazione negli anni '30 del XX secolo e sino alla sua scomparsa avvenuta dopo circa 40 anni di vita e di attività, per cedere il passo e il posto alla pediatria di base oggi diventata Pediatria di famiglia realtà in cui oggi si erogano le cure pediatriche primarie a livello territoriale.

Uno dei punti di forza della puericoltura erano le cure neonatali, lo studio cioè delle fasi iniziali dello sviluppo orientate non solo verso gli aspetti dell'allattamento e della nutrizione, ma anche verso la diagnosi e il trattamento di patologie responsabili di mortalità infantile e di esiti spesso invalidanti. Cominciarono a diffondersi, tra i cultori della puericoltura, i pediatri che si occupavano delle patologie del neonato e della sua assistenza. Possiamo concludere che dalla Puericoltura si sono sviluppate due aree culturali diverse per sviluppo, interessi assistenziali ma fortemente necessarie alla pediatria: la Pediatria Preventiva e Sociale da un lato e la Neonatologia dall'altro.

Dalle origini della Neonatologia alla moderna Terapia Intensiva Neonatale

Le origini della Neonatologia in Italia vanno ricercate intorno agli anni '60 del XX secolo all'interno della Puericoltura. I progressi ottenuti dalla Neonatologia nel corso dei circa cinquanta anni che ci separano dalla sua nascita come disciplina integrata all'interno della pediatria e della puericoltura hanno contribuito in modo determinante ad abbattere nel nostro paese la mortalità infantile e la mortalità perinatale. Nello stesso tempo, grazie alla diffusione della cultura e dell'assistenza neonatologica, si è ottenuto un cambiamento del destino dei neonati pretermine, per secoli considerati pressoché incompatibili con la sopravvivenza se non in modo anedddotico e occasionale.

Le Unità Operative di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale (UTIN) sono oggi centri attrezzati in grado di erogare procedure e prestazioni estremamente sofisticate; pensiamo alle modalità differenziate di ventilazione, di farmacoterapia e di nutrizione parenterale, ai nuovi approcci di trattamento di patologie con ridotte possibilità di trattamento sino a pochi anni orsono, come





l'ipertensione polmonare rivoluzionata dal trattamento con l'ossido nitrico e l'asfissia perinatale, sempre più collegata ad una riduzione di esiti a distanza grazie all'ipotermia cerebrale. Contemporaneamente ai progressi clinici e tecnologici si è assistito ad un cambiamento delle strategie di comunicazione e di relazione all'interno delle UTIN; la "care", intesa come sistema di accudimento del neonato pretermine individualizzato ed interattivo tra personale e genitori, si è dimostrata in grado di minimizzare

lo stress neonatale e di migliorare la qualità dello sviluppo, l'allattamento materno o con latte umano anche dei pretermine, il counselling multidisciplinare delle gravidanze a rischio, le strategie di profilassi delle infezioni nosocomiali sono tutti esempi di una modifica importante e sostanziale degli assetti culturali sui quali si basa oggi l'attività dei neonatologi.

Nel corso degli ultimi anni si sente sempre di più in Italia l'esigenza di assicurare che gli standard assistenziali elevati in neonatologia siano estesi a tutta la popolazione e che in tutti i centri nascita (anche in quelli di I e II livello che non sono garantiti dalla presenza di una UTIN) si possano garantire assistenza e rianimazione alla nascita adeguati in tutte le situazioni di emergenza. Questo comporta la necessità di una guardia attiva pediatrico/neonatologica 24h/24 in tutti i centri nascita, dove siano garantiti la centralizzazione delle gravidanze a rischio verso i centri di III livello, e il servizio per il trasporto di emergenza neonatale (STEN) in tutto il paese, che siano progressivamente accorpati i centri nascita con numero di nati per anno inferiore a 500 con l'obiettivo che tutti i centri nascita abbiano alme-

no 1000 nati per anno come soglia che consenta di delineare percorsi nascita in condizioni di sicurezza sia a livello ostetrico che neonatologico.

La neonatologia è una disciplina in piena evoluzione: da attività pionieristica e sperimentale, nata come costola della puericoltura, è oggi una disciplina piena integrata nella pediatria ma con autonomia assistenziali e di ricerca. Su questa evoluzione si giocano le prospettive di vita e di salute di neonati estremamente fragili sul piano clinico e biologico quali i neonati esternali pretermine e i nati di peso molto basso.

Inoltre, è oggi sempre più forte l'esigenza di identificare i neonati con fattori di rischio per patologie dismetaboliche o degenerative ad emergenza anche in età adulta per impostare programmi di prevenzione a più vasto raggio. Ne è un esempio la malnutrizione fetale e neonatale, causa di ritardo di crescita intrauterino e postnatale, evento correlato con alterazioni epigenetiche e di programmazione metabolica le cui ricadute si hanno nel corso dell'età evolutiva o nell'adulto con l'insorgenza di obesità diabete, sindrome metabolica e patologia cardiovascolare.

La salute degli adolescenti nel 150° anno dell'Unità d'Italia

Silvano Bertelloni¹, Eleonora Dati², Rita Camaiora³, Gabriele Tridenti⁴

¹Presidente Società Italiana di Medicina dell'Adolescenza (SIMA), UO Pediatria 1, Dipartimento Materno-Infantile - Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisa, Pisa

²Commissione Giovani della SIMA, UO Pediatria 1, Dipartimento Materno-Infantile, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, Pisa

³Cattedra di Storia, Istituto Tecnico "Don Innocenzo Lazzeri", Pietrasanta (LU)

⁴Presidente Società Italiana di Ginecologia dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SIGIA), Struttura Complessa di Ostetricia e Ginecologia, Arcispedale Santa Maria Nuova, Reggio Emilia

*"Nel 1859 durante la guerra per la liberazione della Lombardia, un ragazzo d'una dozzina d'anni, ... un bel ragazzo, dal viso ardito, dagli occhi grandi e celesti, coi capelli biondi e lunghi...
...Poi s'avvicinò alla casa, levò dalla finestra la bandiera tricolore e la distese come un drappo funebre sul piccolo morto..."*

(E. De Amicis: La piccola vedetta lombarda)

Introduzione

Il moderno concetto di "adolescenza", probabilmente quasi sconosciuto nella concezione odierna fino alla prima metà del secolo scorso, ha presentato un particolare sviluppo a partire dagli anni '60 del XX secolo in considerazione dei nuovi bisogni sociali e assistenziali di una fascia di popolazione, che si ampliata negli ultimi 150 anni nelle società occidentali, Italia compresa (Figura 1) (1).

Tale ampliamento deriva in primo luogo da aspetti di tipo sociale, caratterizzati dall'incremento del tempo dedicato all'istruzione (anni medi di scolarizzazione: 4.3 nel 1915-'18; 11.6 nel 2000-'05) (2) e il concomitante ritardo dell'ingresso nel mondo del lavoro - quindi nel ruolo di adulto - rispetto alla società contadina e pre-industriale dei decenni precedenti (Figura 1). A questo fenomeno hanno probabilmente contribuito aspetti di tipo biologico, come l'anticipazione dell'inizio dello sviluppo puberale, che si è verificato negli ultimi due secoli nelle società occidentali (Figura 1) e la

maggiore diffusione di stili di vita "a rischio" favorita da comportamenti emulativi più rapidamente diffusi dai nuovi media elettronici (1).

Molte delle caratteristiche biologiche e neuro-psicologiche degli adolescenti così come le loro principali cause di morbilità e mortalità hanno poi acquisito caratteristiche proprie,

che le differenziano sia da quelle dei bambini che da quelle dell'adulto (1, 3). In effetti, come un bambino non è un adulto in miniatura (Jacobi) (4), un adolescente non è né un piccolo adulto né un grande bambino (1), ma un cittadino a tutti gli effetti seppure con limitazioni delle proprie capacità decisionali (5).

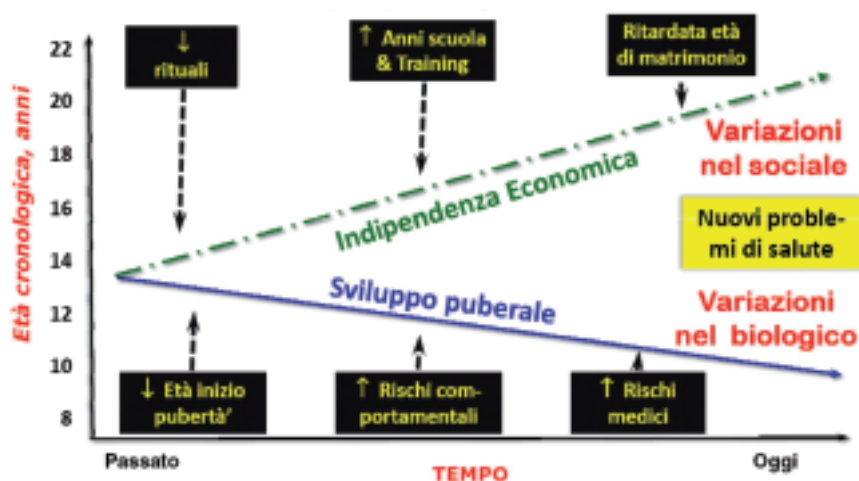


Fig. 1 - Evoluzione del concetto di adolescenza in rapporto alle modificazioni somatiche (anticipo dello sviluppo puberale) e sociali (prolungamento del tempo dedicato alla formazione, globalizzazione dei comportamenti anche favorito dall'uso dei media elettronici con ritardata assunzione di un ruolo sociale adulto economicamente indipendente) (1).

In pratica, la situazione attuale si differenzia notevolmente da quella che contraddistingueva la stessa fascia di popolazione quando si realizzava l'Unità d'Italia. Gli adolescenti avevano probabilmente in quel momento una caratterizzazione sociale molto differente da quella attuale e bisogni sanitari del tutto differenti - ma sicuramente hanno contribuito sia "sul campo" con piccoli o grandi episodi sia dal punto di vista simbolico al percorso di unificazione dell'Italia come testimonia il racconto di De Amicis (6).

Alcuni riferimenti storici: gli adolescenti e l'unificazione dell'Italia

Nel 1848, l'anno della I Guerra d'Indipendenza, la "bella Gigogin" (15 anni) faceva l'amore, come recita un famoso canto patriottico (7) e come fanno molte delle adolescenti odierne (1). La Gigogin è dunque un altro dei tanti simboli adolescenziali del Risorgimento italiano.

Nello stesso 1848, i milanesi insorsero contro gli austriaci agitando il Tricolore e cantando l'Inno di Mameli¹. Il 1848 fu un anno decisivo per la futura Italia; le rivolte scoppiarono, oltre che a Milano, in molte altre aree. A Palermo, Ferdinando II, re delle due Sicilie concesse per primo la Costituzione, seguito da Leopoldo II di Toscana, Carlo Alberto - che concesse lo Statuto Albertino - e poi da Pio IX. Seguirono nella rivolta Venezia, Parma, Modena. Dopo i moti prevalse la reazione; solo il Regno Sabauda di Carlo Alberto mantenne lo Statuto. L'insuccesso della I Guerra di Indipendenza fece capire che né le insurrezioni mazziniane né la collaborazione tra i soli stati italiani potevano riuscire a dar vita all'Italia unita, che peraltro nessuno sembrava desidera-

re in Europa (8). In quegli anni, e nei decenni successivi, migliaia di giovani più o meno consapevolmente morirono per una Patria unita come ricorda la Spigolatrice di Sapri ["...trecento (che) eran giovani e forti/E son morti!"] a epitaffio di quei patrioti che il 25 giugno 1857 - guidati da Carlo Pisacane - sacrificano le loro vite (9).

Negli stessi anni, dei "pericolosi giovanissimi sovversivi", secondo la censura austro-ungarica, ricoprirono i muri di Milano con la scritta "W Verdi" (famoso acronimo per "W Vittorio Emanuele re d'Italia") (8). Sono giovani anche quelli che dal loggione della Scala, a Milano, inondarono la platea austriaca di volantini bianchi, rossi e verdi, che si posarono sulle giubbe dei soldati austriaci, questi ultimi magistralmente ritratti dal Giusti in Sant'Ambrogio (10)². Si possono poi ricordare gli studenti universitari di Pisa e Siena, che sempre nel 1848, guidati dai loro professori, parteciparono alla battaglia di Curtatone e Montanara e furono immortalati, come molti altri

adolescenti-patrioti, dagli artisti del XIX secolo (Figura 2).

Come emblema successivo alla storia dell'Italia Unita, si possono poi ricordare i "ragazzi del '99", che durante la I Guerra Mondiale furono precettati quando non avevano ancora compiuto diciotto anni. Frettolosamente istruiti, il loro apporto, unito all'esperienza dei veterani, si dimostrò fondamentale per la vittoria finale (11).

Dunque, chi si fece concretamente portavoce e interprete del Risorgimento che portò 150 anni fa all'unità di Italia e mise eroicamente in gioco la sua vita stessa per realizzare quegli ideali? Per lo storico Lucio Villari si trattò di "Anni di impeto giovanile di ragazzi pensosi del loro presente e del loro futuro... Giovani quindi con ideali di libertà, di democrazia, di liberazione del territorio italiano dallo sfruttamento e dalle imposizioni delle dominazioni straniere..." (12), come dimostrano i "rivoltosi" arruolati nelle truppe di Garibaldi, che avevano età oscillanti dai 14 ai 25 anni (8).



Fig. 2 - P. Senno: I toscani a Curtatone (campagna 1848). La Battaglia di Curtatone e Montanara fu combattuta da soldati toscani e napoletani da una parte e truppe asburgiche dall'altra il 29 maggio 1848 nei luoghi situati tra i due paesi, nei pressi di Mantova, e rappresenta una fra le più simboliche battaglie della prima guerra di indipendenza

Gli adolescenti hanno dunque contribuito in maniera determinata all'Unità d'Italia. E' opportuno quindi chiedersi come l'Italia unita risponda alle loro esigenze di salute dopo 150 dalla proclamazione dello stato unitario.

Una breve sintesi: la salute degli adolescenti a 150 dall'Unità d'Italia

Gli adolescenti (età 10-18 anni) oltre ad avere specifiche esigenze assistenziali (1, 13) hanno presentato negli ultimi anni un peggioramento di alcuni indicatori di salute (Tabella 1) (1). A ciò si aggiunge un decremento della mortalità notevolmente ridotta rispetto a quello rilevato in età infantile negli ultimi 50 anni (15-19 anni: maschi -41%; femmine -52 vs. 1-4 anni: maschi -85%; femmine -86), tanto che nei paesi occidentali il tasso di mortalità infantile risulta ormai inferiore rispetto a quello in adolescenza (14). Inoltre, le principali cause di morte in quest'ultima fascia di età, riconducibili a traumatismi e avvelenamenti, sono spesso conseguenza di comporta-

menti a rischio come l'abuso di alcol (15) e presentano un'importante differenza tra Nord (54/100.000) e Centro-Sud d'Italia (45 e 42/100.000) (16). Una analoga significativa differenza esiste anche per il tasso di suicidio (1), suggerendo che le differenze culturali/sociali che tutt'ora sussistono tra le varie aree geografiche possano contribuire a variazioni nello stato di salute degli adolescenti (1, 13, 14), come riportato anche in alcuni paragrafi successivi.

Abitudini e stili di vita in adolescenza: le differenze Nord-Sud

L'adolescenza è il periodo della vita in cui, di regola, inizia un'attività sociale maggiormente indipendente dalla famiglia con adozione – spesso – di comportamenti e stili di vita a rischio (1), che possono tuttavia rientrare nel fisiologico percorso adolescenziale di crescita a meno che non evolvano in un pericoloso e patologico "acting out" fisico o psicologico (17). In questo senso è spesso compito degli adolescenti "rompere"

con la tradizione per contrapporre/proporre nuove forme di sviluppo sociale (17), che sono vitali per il progredire della Società; in quest'ottica possiamo forse leggere anche l'entusiasmo e la partecipazione dei giovani del Risorgimento al processo di unificazione (8). A volte sono invece i comportamenti quotidiani, a cui dedichiamo meno attenzione come adulti di riferimento, che possono portare a pericoli per la salute presente e futura.

A questo proposito, in tabella 2 sono riassunti alcuni dati rilevati sul nostro territorio nazionale nei ragazzi di 11, 13 e 15 anni dall'indagine HBSC (Health Behaviour in School Aged Children) Italia 2010 promossa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

L'analisi di tali dati dimostra, ad esempio, come gli stili alimentari risultino caratterizzati da scarso consumo di frutta e verdura a cui si associa una progressiva riduzione dell'attività motoria, in particolare nelle ragazze (Tabella 2) (18). Il consumo di frutta e verdura così come l'attività fisica risultano poi meno frequenti nelle regioni del Sud, dove invece sono percentuali-

Tabella 1 - Indicatori dello stato di salute degli adolescenti: dati italiani

Indicatore	I rilevazione	II rilevazione	Δ, %
Uso di contraccezione nei primi anni dei rapporti sessuali (età 14-25 anni) [^]	1987: 55%	2005-06: 54.5%	—
Interruzione volontaria di gravidanza (età < 20 anni)	1983: 8.0‰	2008: 7.2‰*	-10.0
Consumo di alcolici fuori pasto (età 14-17 anni)	1998: 12.6%	2008: 18.7%	+48.4
Uso di cannabis negli ultimi 12 mesi (età 15-19 anni)	2000: 25.6%	2008: 24.1%	-5.8
Uso di cocaina negli ultimi 12 mesi	2001 (15-24 anni) M: 2.8% F: 1.0%	2008 (15-19 anni) M: 4.6% F: 2.6%	+64.2 160.0
Suicidio (maschi; età 15-19 anni)	1970-'72: 2.8/104	2000-'02: 3.4/104	+21.4
Disturbi della condotta alimentare	Anni '60: 2-3%	Anni 2000: ~10	+200

[^]dati del consultorio giovani di Siena; *da notare, la riduzione nelle donne di 25-29 anni: 1983: 27.6 ‰; 2007: 14.9 ‰ (46.1%) [da: Bertelloni S, De Simone M. L'adolescente e la sua salute. In: Bertelloni S. *Adolescentologia: percorsi medici e socio educativi. Tecniche Nuove, MI (2011)*]

Tabella 2 - Studio HBSC Italia 2010: sintesi dei dati (18)

Indicatore (dati in % del campione)	Gruppo di età (anni)					
	11 (n = 25079)		13 (n = 26048)		15 (n = 25986)	
	M	F	M	F	M	F
Verdura: consumo quotidiano	18	23	17	21	18	23
Frutta: consumo quotidiano	43	47	36	41	35	40
Attività fisica (almeno 1ora/die) ^o	48*	35*	51	34	47	27
Obesità/sovrappeso	29	19	26	17	25	12
Alcol: almeno 1 volta/settimana	10	3	17	9	40	23
Ubriachezza (almeno 2 episodi)	NR	NR	NR	NR	17	11
Fumo: almeno 1 volta/settimana	1	—	4	4	19	19
Rapporti sessuali (almeno 1)	NR	NR	NR	NR	26	18
Uso del preservativo	NR	NR	NR	NR	78	67
Bullismo subito [^]	6	3	4	3	3	1
Percezione della salute: discreta/scadente	6	8	~6*	~10*	7	14

NR = non rilevato; ^oper più di 3 giorni a settimana; *valore ricavato dal grafico; [^]almeno 2 negli ultimi 2 mesi

mente maggiori il sovrappeso/obesità e il consumo di alcolici (Tabella 2). Per quanto riguarda quest'ultimo parametro, si deve sottolineare che si stanno modificando le modalità di consumo nei giovani, in quanto si è passati da un'assunzione "classica mediterranea" durante i pasti a quella occasionale fuori pasto, anche con lo scopo deliberato di ubriacarsi o fare baldoria (il cosiddetto "binge drinking", cioè il consumo di più di 6 bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione) (1, 15). Questa modalità di assunzione di alcol è più preoccupante e particolarmente a rischio nei minorenni in quanto la capacità di metabolizzare l'alcol dipende anche dal grado di sviluppo (1). Spesso il luogo del consumo è concentrato in singole occasioni, favorendo comportamenti a rischio e incidenti stradali durante il ritorno a casa (15).

L'altro dato di rilievo è l'importate incremento di alcune abitudini ne-

gative nel sesso femminile, che in alcuni casi, come per il fumo, diventano del tutto equivalenti a quelle maschili e il fatto che gli aspetti negativi tendono in larga parte rimanere stabili o ad aumentare nel corso dell'adolescenza, come ad esempio la percezione di stato discreto o scadente della propria salute, che peggiora da 11 a 15 anni in particolare nelle adolescenti (Tabella 2) ma senza differenze significative tra le varie regioni, confermando quanto già rilevato in un'analoga indagine nel 2006 (18). Dall'indagine emerge infine che, come la bella Gigogin, circa il 25% dei maschi e il 20% delle femmine a 15 anni hanno già rapporti sessuali completi, ma il 20-30% non usa precauzioni come il preservativo (18), pur trattandosi usualmente di rapporti di coppia non stabili o occasionali (1, 17).

Altri fenomeni sociali di rilievo come il bullismo non sembrano invece

avere differenze significative tra le varie regioni, ma presentano una significativa differenza di genere a sfavore dei maschi e una tendenza a ridursi con l'età in ambedue i sessi (Tabella 2) (18).

Un basso livello socio-economico è risultato in grado di influenzare negativamente la pratica di attività sportiva regolare, il sovrappeso, il consumo di alcol e di verdura (18), a conferma che le disuguaglianze socio-economiche hanno un rilevante impatto sullo stato di salute (16).

A questo proposito si deve ricordare che nel 2009 risultava in condizione di povertà relativa circa l'11% delle famiglie italiane con una maggiore incidenza (Figura 3) e intensità del fenomeno nelle Regioni del Sud, così che tra Emilia-Romagna (la più virtuosa) e Calabria (quella con maggiore frequenza di famiglie povere) vi è una differenza di quasi 7 volte (19).

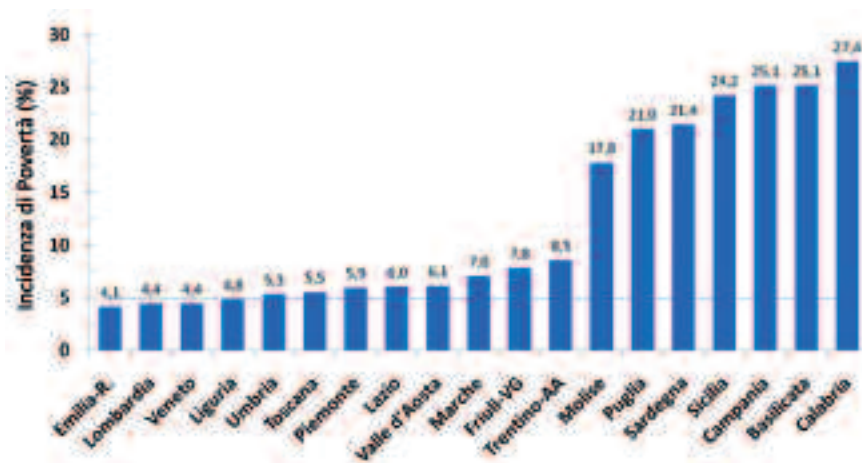


Fig. 3 - Incidenza di povertà relativa (per 100 famiglie) nelle varie regioni italiane; è evidente l'importante differenza tra le regioni del Centro-Nord e quelle del Sud (1/25 in Emilia-Romagna vs 1/3.5 in Calabria).

Aspetti economici e socioculturali oltre che scolastici e personali sono poi implicati nel fenomeno dell'abbandono scolastico, per cui oggi in Italia un ragazzo su cinque non consegue né diploma né qualifica professionale e 19.000 studenti appaiono letteralmente "scompare" dopo essersi iscritti al primo anno della scuola secondaria superiore (20). Questi adolescenti risultano più spesso caratterizzati da comportamenti a rischio e problematiche personali, come bassa autostima (20), determinandosi una stretta interrelazione tra abbandono scolastico e devianza giovanile (20).

La politica nazionale non è quindi ancora riuscita ad attenuare i "gap" tra Nord e Sud, che possono contribuire a spiegare oltre alle differenze odierne anche grandi fenomeni del passato come quello migratorio (21). A questo proposito merita di essere ricordato che per alcuni aspetti, come l'abbandono scolastico, la linea di differenziazione oggi non corre più fra Nord e Sud dell'Italia, perché anche città del Nord inserite in contesti socioeconomici fortunati, presentano periferie o zone di povertà ed emarginazione con un elevato potenziale di peggioramento dei comportamenti a rischio degli adolescenti.

Il problema dell'assistenza agli adolescenti

Sebbene diverse indicazioni nazionali ed internazionali riconoscono l'opportunità del ricovero degli adolescenti in strutture pediatriche (1, 22), in Italia, oltre il 40% dei minori 5-14 anni e la grande maggioranza (quasi l'85%) di quelli 15-17 anni viene invece ricoverato in reparti per adulti (1, 23).

Il ricovero numericamente rilevante di adolescenti - ma anche di bambini - al di fuori dell'Area pediatrica, oltre a contribuire a un depauperamento di risorse professionali ed economiche delle strutture pediatriche e a una riduzione delle possibilità di formazione e ricerca per i pediatri, comporta di non offrire al minore la migliore assistenza possibile e le migliori possibilità di cura, soprattutto nel caso di patologie croniche e gravi (1, 22, 23). Ad esempio, in caso di leucemia linfoblastica, i ragazzi di età dai 14 ai 18 anni curati nelle strutture pediatriche con modalità e protocolli pediatrici hanno una sopravvivenza maggiore rispetto a quelli della stessa età trattati in centri dell'adulto con protocolli orientati all'adulto (24).

Permane poi una forte discrepanza tra le varie aree del Paese; al Nord si

attua il ricovero fino ai 17 compiuti nel 50% dei reparti pediatrici e al Sud solo nel 25% (Tabella 3) (25).

Dunque, l'obiettivo del "ricovero di tutti i minori in area pediatrica" (26) rimane ampiamente non raggiunto e gli adolescenti vengono ancora troppo frequentemente ricoverati in condizioni di promiscuità con pazienti adulti/anziani e assistiti da personale medico e paramedico non adeguatamente formato sugli aspetti medici e relazionali/educativi per questa fascia di età (1, 27). Inoltre, la disuguaglianza per quanto riguarda il limite di età per il ricovero nei reparti pediatrici (25) determina di fatto una disomogeneità nei servizi offerti ai minori e alle loro famiglie, che in alcune aree del paese socialmente e economicamente svantaggiate già fin dai primi anni dopo l'unificazione può contribuire a una minore efficacia, reale o percepita, dei percorsi di cura e al troppo elevato tasso di migrazione sanitaria sud-nord che caratterizza soprattutto gli adolescenti affetti da patologia cronica e grave (23).

La mobilità ospedaliera riguarda in media circa l'8.5% dei minori, valore solo di poco superiore alla migrazione per tutte le fasce di età (7,7%) (28). Si deve però notare che tale fenomeno risulta particolarmente elevato in alcune regioni del Sud (Basilicata 26%, Molise 23%, Calabria e Abruzzo~14%), suggerendo una mancata organizzazione di servizi ospedalieri adeguati ai minori (23, 29), risultandone un evento sociosanitario troppo rilevante anche tenendo conto della migrazione fisiologica motivata da ragioni sanitarie oggettive o da situazioni oro-geografiche specifiche. L'aspetto negativo è rappresentato dalla migrazione "evitabile" dovuta a un'ineguale allocazione dei presidi diagnostico-terapeutici o a inefficienze delle

Tabella 3 - Età limite di ricovero in Area Pediatrica (25)

Età limite di ricovero, anni*	Nord, % (n = 143) ^o	Centro, % (n = 95) ^o	Sud, % (n = 145) ^o	Totale, % (n = 383) ^o
14	18	17	49	26
15	9	8	6	8
16	20	22	26	22
17	50	46	25	39

*compiuti; ^onumero di UU.OO. di Pediatria che hanno risposto all'indagine

strutture locali (29). Anche se un'analisi più approfondita richiederebbe un'attenta valutazione dei settori nosologici che più incidono sulla mobilità di bambini e adolescenti dalle regioni del Sud a quelle del Nord, non si devono trascurare le inevitabili conseguenze in termini economici, sociali e psicologici per i nuclei familiari (Riquadro A) (30). In sintesi, l'attuale situazione assistenziale in ospedale altera il diritto dell'adolescente a ricevere la "care" più adeguata e nel luogo più vicino alla sua abitazione (31). Rimane inoltre la necessità di strutturare una rete nazionale di servizi di ricovero specialistici – oggi del tutto carente – per patologie tipiche dell'età adolescenziale ad alta complessità assistenziale che, dopo 150 anni dall'Unità d'Italia, copra in maniera omogenea il territorio nazionale (1, 13, 23).

Una situazione analoga, ma per certi versi invertita, è oggi presente per quanto riguarda le attività consultoriali per adolescenti. Queste strutture sono nate per offrire al giovane un modo autonomo di affrontare alcuni aspetti legati alla sessualità, al disagio e alla devianza (32). Secondo i dati forniti dal Ministero della Salute (www.salute.it), ne sono attualmente operanti circa 500 e la loro distribuzione geografica dimostra una distribuzione territoriale abbastanza omogenea rispetto a soli criteri geografici, ma non in rapporto alla popolazione 10-18 anni (Tabella 4). Si ha inoltre una disparità per provincia all'interno delle varie Regioni, suggerendo che, almeno in parte, queste strutture siano nate senza un'attenta pianificazione anche se potrebbero aver avuto origine da specifiche esigenze territoriali (1).

A livello delle cure primarie, la Pediatria di famiglia ha età di competenza assistenziale esclusiva fino a 6 anni, non esclusiva fino a 14 anni e opzionale fino a 16 (33). Di fatto, per molti adolescenti si verifica un "taglio" innaturale del rapporto con il loro pediatra proprio nel momento critico dell'adolescenza (1, 33). Inoltre, solo il 50% delle Regioni prevedono i bilanci di salute tra 10 e 14 anni da parte dei Pediatri di famiglia che potrebbero intercettare specifici problemi di salute oltre ad offrire un tempestivo intervento terapeutico e un'attività di counselling, intesa come educazione alla prevenzione di comportamenti a rischio (1, 33). Solo un Regione (Sicilia) prevede un bilancio di salute effettuato dai medici di medicina generale intorno ai 18 anni, che può permettere – oltre a una conoscenza tra l'adolescente e il

Riquadro A. - La migrazione sanitaria: effetti sociali*

Giuseppe, di Sciacca (AG) ammalato di linfoma non Hodgkin dall'età di 8 anni e curato in una Clinica Pediatrica del Nord, racconta:

- Queste prime volte veniva su anche mio padre, per cui non poteva lavorare.
- Erano viaggi costosi, ogni quindici giorni per tre persone. Non so quanti viaggi ho fatto, ma posso dire che ho viaggiato per dei mesi, perché dopo aver finito i cicli ho dovuto fare per cinque anni dei controlli.
- Secondo me mia sorella è stata un po' trascurata per il motivo che venivamo qua a Modena a fare le cure per me... È stata lasciata a casa di amici e, secondo me, questo fatto le ha cambiato il carattere.
- Noi abbiamo avuto problemi di soldi per tutti i viaggi che abbiamo dovuto fare da giù a su. Lo Stato ha tanti soldi nostri...
- Allora i miei si sono trasferiti tutti a Modena... Se io vado giù e poi sto male devo andare all'ospedale di Sciacca, che poi deve telefonare a Modena per avere spiegazioni, poi magari i medici giù non vogliono essere comandati ...

*da: L. Galli, G. Montalbano, *Nella vita chi è felice è pazzo*. E. Foster Publishing, Modena, 2006.

Tabella 4 - Consultori/ spazi giovani in Italia (Ministero della Salute, dicembre 2007)

Area	N. consultori giovani	Minori 10-18 anni*	Minori/consultorio
Nord	159	4.643.047	29.000
Centro	101	1.997.701	20.000
Sud	145	2.861.420	19.500
Isole	108	1.302.721	12.000

*Dati dicembre 2009 (www.istat.it); di cui 93 in Sicilia (1/11.000)

suo nuovo medico - l'individuazione di disordini somatici o psico-comportamentali non ancora emersi nel periodo di presa in carico da parte del Pediatra (1).

Un problema emergente: la difficile transizione dalle cure pediatriche a quelle dell'adulto

Dal punto di vista assistenziale, si può definire come transizione "il passaggio programmato e finalizzato di adolescenti e, in alcuni paesi anche di giovani adulti, soprattutto se affetti da problemi medici o neuropsichiatrici di natura cronica, da un sistema di cure pediatrico ad uno orientato all'adulto" (34).

La transizione è un processo multidimensionale e multidisciplinare, volto non solo ad occuparsi delle necessità di cura della persona nel passaggio dalla pediatria alla medicina dell'adulto, ma anche delle sue esigenze psico-sociali, educative e professionali mediante un delicato processo dinamico incentrato sul paziente, effettuato secondo linee guida prestabilite con una grande attenzione alle esigenze di ogni singolo individuo (34).

Attualmente, la maggiore attenzione dedicata a questa fase clinico-assistenziale nasce dalla considerazione che l'evoluzione delle conoscenze mediche ha nettamente migliorato

la prognosi e la sopravvivenza di molte malattie croniche e/o disabilità, tanto che oltre il 90% dei bambini che nascono affetti da tali condizioni o le sviluppano in età pediatrica ha oggi un'aspettativa di vita notevolmente aumentata rispetto ad alcuni decenni orsono e stimata in oltre 20-30 anni d'età (22). Tuttavia, nel nostro paese, la transizione è largamente frammentaria e mantiene i caratteri della volontarietà spontanea di cui si fanno carico, fra mille difficoltà, le famiglie e gli operatori sanitari di singole realtà locali. Manca una cultura specifica allargata agli amministratori, mancano spesso i luoghi stessi della transizione, per cui tale processo rimane una realtà largamente disattesa se non addirittura omessa con una penalizzazione dei percorsi clinico-terapeutici (34).

In sintesi, appare oggi indispensabile che i vari "attori" che possono svolgere un ruolo nella fase della transizione (personale sanitario e amministrativo, società scientifiche, responsabili di strutture sanitarie, associazioni di genitori, etc.) elaborino dei percorsi che da un lato facilitino il passaggio dalle cure pediatriche a quelle dell'adulto e che dall'altro garantiscano il completo soddisfacimento in ogni "setting" assistenziale di quel concetto di "care globale", che viene oggi considerato indispensabile (1). Si dovrebbe poi

favorire una maggiore collaborazione tra pediatra di famiglia-medico di medicina generale, attribuire un peso decisionale alla volontà dell'adolescente e della famiglia non ponendo rigide barriere di competenza per età, poichè entrano in gioco sia le caratteristiche del medico che quelle del cittadino-adolescente (professionalità del singolo professionista su condizioni sub-specialistiche particolarmente rare, legame forte adolescente-pediatra, disagio dell'adolescente nell'essere accolto assieme ai "bambini" nello stesso contesto ambientale, percezione della transizione verso il medico dell'adulto come indicatore di emancipazione sociale, etc.) (31). Pertanto, consentire margini di libertà di scelta all'adolescente e alla famiglia significa aver rispetto per esigenze e valutazioni che coinvolgono la sfera sanitaria ma anche quella psicologica e sociale.

Si deve comunque sottolineare che l'innaturale permanenza di adulti affetti da patologie croniche all'interno dei reparti pediatrici rappresenta una limitazione ad una normale e completa crescita psico-fisica e al raggiungimento di un ruolo sociale adulto e indipendente, che è uno degli obiettivi primari di tutti gli adolescenti - anche di quelli con una malattia cronica - e che ogni medico dovrebbe promuovere e ricercare in tutti i suoi assistiti (1, 34).

La medicina dell'adolescenza in Italia

La medicina dell'adolescenza è una sub-specialità pediatrica (35) di origine recente (36). Nei pediatri italiani, l'interesse per i problemi assistenziali degli adolescenti è nato piuttosto tardivamente dopo quasi 100 anni dall'unificazione d'Italia e a quasi 80 anni dalla costituzione della Società Italiana di Pediatria (SIP) (1).

Nel 1974, nell'ambito di una storica tavola rotonda moderata da G. Roberto Burgio (Limiti cronologici e di competenza della moderna pediatria) (37) veniva per la prima volta ufficialmente affermata la competenza dei pediatri su questa fascia di età. Negli stessi anni, un piccolo numero di pediatri fondò il Gruppo di Studio di Adolescentologia della SIP (7-12-1975). Poco dopo (1978) ad opera di un gruppo di ginecologi tra cui F. Gasparri, R. Forleo, M. Maneschi, A. Salvati, veniva fondata la Società Italiana di Ginecologia dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SIGIA), collegata alla SIP dal 2006, con l'obiettivo di promuovere la salute riproduttiva nelle bambine e nelle adolescenti. Nel 1992, i Pediatri costituirono la Società Italiana di Medicina della Adolescenza (SIMA) (Primo Presidente C. Vullo), affiliata subito alla SIP, che - norma di Statuto - ha lo scopo di diffondere la teoria e la pratica adolescentologica nel nostro Paese. La SIMA ha oggi referenti e soci in tutte le regioni, anche se quelle del Sud rimangono più attive dal punto di vista culturale. Nel 2010, la SIRPed (Società Italiana di Ricerca Pediatrica Presidente A. Rubino) ha istituito, tra le proprie commissioni, una specifica Commissione per la Ricerca in Adolescenza, aspetto questo che rimane a tutt'oggi uno dei campi più sofferenti in tutte le aree del Paese.

Nel 1978, è stata formulata la prima proposta sugli aspetti organizzativi ed assistenziali per l'intera età pediatrica, che prevedeva servizi specifici per gli adolescenti (22); più di recente, la SIMA ha aggiornato questo documento delineando sotto la presidenza T. De Torri la specificità della funzione specialistica "medicina dell'adolescenza" (38) e indicando sotto la presidenza G. Raiola i percorsi formativi e le competenze necessarie per l'assistenza agli adolescenti (13).

In prospettiva, tutte le società scientifiche che hanno nei loro scopi statutari il benessere degli adolescenti dovrebbero rafforzare le sinergie già esistenti in modo da attivare programmi di formazione, che possano portare a migliori capacità di ricerca, assistenza e prevenzione per gli adolescenti in maniera uniformemente diffusa su tutto il territorio nazionale.

Conclusioni: una riflessione di sintesi

Nel 150° anno dell'Unità d'Italia, emerge sempre più forte la necessità di dedicare maggiore attenzione ed energie alle politiche sanitarie a favore degli adolescenti per cercare di colmare le lacune e le diversità che tutt'ora persistono nelle varie aree del Paese e per migliorare gli aspetti critici che in più "setting" stanno emergendo.

Anche se molto rimane da fare, è questo un atto dovuto ai tanti giovani che molto hanno dato un secolo e mezzo or sono per la realizzazione dell'Italia unita. E' un atto dovuto anche alle future generazioni, in quanto se non riusciremo a migliorare lo stato di salute degli adolescenti (benessere fisico, psichico e sociale) avremo una popolazione adulta con maggiori problemi sani-

tari, in quanto stili di vita più adeguati acquisiti in adolescenza tendono a perdurare nel tempo. È inoltre indispensabile, per avere un Paese unito, che i percorsi assistenziali e di promozione alla salute così come quelli di formazione per gli operatori sanitari riescano a diventare maggiormente omogenei tra le varie Regioni.

Note

1. Goffredo Mameli (1827-1849): Studente e poeta precocissimo, poco più che adolescente (1847) aderì al mazzinianesimo; nello stesso anno partecipò alle grandi manifestazioni genovesi per le riforme e compose Il Canto degli Italiani. Da quel momento in poi dedicò la propria vita di poeta-soldato alla causa italiana: nel marzo del 1848, a capo di 300 volontari partecipò alle cinque giornate di Milano, tornato a Genova, collaborò con Garibaldi e, in novembre, raggiunse Roma dove, il 9 febbraio 1849, fu proclamata la Repubblica. Sempre in prima linea nella difesa della città assediata dai Francesi, il 3 giugno fu ferito alla gamba sinistra; morì d'infezione a soli ventidue anni.
2. "Entro, e ti trovo un pieno di soldati,/di que' soldati settentrionali,/come sarebbe Boemi e Croati,/messi qui nella vigna a far da pali:/difatto se ne stavano impalati,/come sogliono in faccia a' generali,/co' baffi di capecchio e con que' musi,/davanti a Dio, diritti come fusi".

Bibliografia essenziale

1. Bertelloni S. Adolescentologia: percorsi medici e socio-educativi. Tecniche Nuove, Milano: 2011
2. Checchi, D., Fiorio, C. V. e Leonardi, M. Sessanta anni di istruzione in Italia. Rivista di Politica Economica 2006; 1-20.
3. Michaud PA. Adolescent medicine in Europe: search for a unifying model. Quaderni Pediatr 2004; 3: 300-301.
4. Jacobi A. The relation of pediatrics to general medicine. Transactions of the American Pediatric Society 1889; 1: 15-17
5. Schwarzenberg TL, Schwarzenberg L. Aspetti normative e medico legali nella

- gestione del minore adolescente (I parte). Riv Ital Med Adol 2011; 9: 5-11
6. De Amicis E. La piccola vedetta lombarda. In: De Amicis E "Cuore", 1886.
 7. Ruggeri P. La Canzone Italiana (Vol. I). Fabbri, 1994.
 8. Archivio dell'Istituto per la storia del Risorgimento italiano. www.risorgimento.it (consultato 28 maggio 2011)
 9. Mercatini L. La spigolatrice di Sapri. 1857
 10. Giusti G. Sant'Ambrogio.1845
 11. D'Angelo G. I ragazzi del 99. Gli stabiesi alla grande guerra. Longobardi: 2008
 12. Villari G. I giovani e il Risorgimento. www.aetnanet.org (consultato 28 maggio 2011)
 13. Raiola G, Bertelloni S, de Sanctis V, Chiavetta S, Ranieri L, De Simone M, Garofalo P Govoni, MR. Age limits of adolescence and health care system for adolescents: a position paper of the Italian Society for Adolescent Medicine. Ital J Pediatr 2007; 33:128-31.
 14. Viner RM, Coffey C, Mathers C, Bloem P, Costello A, Santelli J, Patton GC. 50-year mortality trends in children and young people: a study of 50 low-income, middle-income, and high-income countries. Lancet. 2011; 377: 1162-74.
 15. Scafati E. Binge drinking: l'uso dell'alcol tra i giovani in Italia. Grand'Angolo di Edit Symposia 2011; XIX: 8-13
 16. Ronfani L, Macaluso A, Tamburlini G. Rapporto sulla salute del bambino in Italia. Centro per la salute del bambino, Milano, 2005
 17. Di Renzo M, Bianchi di Castelbianco F. Mille e un modo di diventare adulti: il limite come esperienza. Edizioni Magi, Roma, 2010.
 18. Gruppo di ricerca HBSC-Italia. Studio HBSC Italia 2010. www.hbsc.unito.it (consultato 28 maggio 2011)
 19. Conferenza Nazionale della Famiglia. Famiglia in cifre. www.istat.it (consultato 28 maggio 2011)
 20. Mian E, Fanni Canelles M. Abbandono Scolastico: esiste una relazione con comportamenti devianti? Cause,osservazioni e proposte. www.nuovapedagogia.com (consultato 29 maggio 2011)
 21. Audenino P, Tirabassi M. Migrazioni italiane. B. Mondadori ed., 2008
 22. Bertelloni S, Raiola G. Frontiere pediatriche dell'adolescenza. In: Burgio GR, Bertelloni S. "Una pediatria per la società che cambia", Tecniche Nuove, Milano; 2007: 167-182
 23. Bertelloni S, Lombardi D, Perletti L. Il ricovero degli adolescenti in Pediatria. Quaderni acp 2009; 16: 156-160
 24. Inchiesta (a cura di Confalonieri V): Adolescenza: terra di nessuno. Il Pediatra 2009; XIII (1): 20-24.
 25. Longhi R, Minasi D. Indagine della Società Italiana di Pediatria sullo stato della rete pediatrica ospedaliera in Italia: dati preliminari. Minerva Pediatr 2008; 60:823-35.
 26. PSN 1998-2000: Progetto Obiettivo Materno-infantile. GU 7-6-2000, Supplemento ordinario n. 89.
 27. Società Italiana di Pediatria/Burgio GR, Cutillo S, Nicola P, Nordio S, Vullo C. Proposta SIP per l'organizzazione dei servizi di cura materno-infantili/Lavori della Commissione sulle superspecialità pediatriche. Riv Ital Pediatr 1979; 5: 544-556
 28. Ministero della Salute. Le caratteristiche dell'ospedalizzazione pediatrica in Italia (dal neonato all'adolescente). www.ministerosalute.it (consultato 28 maggio 2011)
 29. Bonati M, Campi R. What can we do to improve child health in southern Italy? PLoS Med. 2005; 2: e250. Epub 2005 Aug 23.
 30. Galli L. Montalbano G. Nella vita chi è felice è pazzo. E. Foster Pub., Londra, 2006.
 31. Carta dei diritti dei bambini e degli adolescenti in ospedale. www.abio.org (consultato 28 maggio 2011)
 32. Strambi M, Lombardi D. Attività consultoriali. In: Burgio GR, Bertelloni S. "Una pediatria per la società che cambia", Tecniche Nuove, Milano; 2007: 95-109
 33. Chiavetta S, Marinello R. La pediatria di famiglia. In: Burgio GR, Bertelloni S. "Una pediatria per la società che cambia", Tecniche Nuove, Milano; 2007: 69-81
 34. Bertelloni S, Chiavetta S, Volta C, Garofalo P, Strambi M, Dati E, Bernasconi S. Novità in medicina dell'adolescenza. Prosp. Pediatr 2008; 38: 192-198
 35. Organizzazione Mondiale della Sanità. Rapport technique n. 308. Les problèmes de santé de l'adolescence. Geneve 1965
 36. Alderman EM, Rieder J, Cohen MI. The history of adolescent medicine. Pediatr Res. 2004; 54: 137-47.
 37. Tavola Rotonda (Moderatore GR Burgio). Limiti cronologici e di competenza della moderna Pediatria . Prosp Pediatr 1976; 16: 375-396
 38. De Toni T, Cesaretti G, Franceschini E, Losi S, Marchi A, Rossodivita A, Russo G, Spaggiari C, Tanas R. Definizione della funzione specialistica "Medicina dell'Adolescenza". In: Bertelloni S. Adolescenza: percorsi medici e socio-educativi. Tecniche Nuove, Milano, 2011: XIX-XX