

# Bambini e salute in Europa dal 1750 al 2000

Salvatore Murgia  
Clinica Pediatrica, Ospedale S. Giovanni di Dio, Cagliari

## Abstract

### *Children and health in Europe between the years 1750 and 2000*

*It is an original review by social medicine historians (and not only) regarding infant's condition in the last three centuries: Lumi's puericulture which observes infants' bodies in opposition to babies in wraps, the oldest infant health care booklet created by the French and soon emulated by other European countries. Florence's "Innocenti's Hospital" was one of the first Italian experimental neonatology between the year '800 and '900; a real mine of infants' epidemiological data. Infantile mortality in London's suburbs at the beginning of 1900 and the different experimental trials regarding community medicine during the brief season of open air Danish schools. The review considers also France's decline of infantile mortality rates symbolically coinciding with the improvement of midwives' working conditions, labour's medicalization and hospitalization and the knowledge derived from infant observation, of great aid for professionals operating in high risk context.*

*Quaderni acp 2005; 12(6): 238-240*

**Key words** Health booklet. "Innocenti" Hospital. Birth control. Open air schools. Infant observation

*Una recente monografia riporta un'originale rassegna sulla condizione dell'infanzia negli ultimi tre secoli, tracciata da storici professionisti che si occupano di medicina sociale e non solo. La puericoltura dei Lumi che scruta i corpi infantili e si oppone alle fasciature. Il più antico libretto sanitario per l'infanzia ideato dai francesi e ben presto emulato dalla maggior parte dei Paesi europei. Lo Spedale degli Innocenti di Firenze, svelato come una delle prime neonatologie sperimentali italiane tra '800 e '900, vera miniera di informazioni epidemiologiche sulla prima infanzia. La mortalità infantile nei suburbi di Londra all'inizio del '900. I tentativi di medicina di comunità sperimentati nella breve stagione delle scuole danesi all'aperto. Il declino della natalità in Francia, simbolicamente coincidente con la messa sotto tutela delle levatrici e con la medicalizzazione e l'ospedalizzazione del parto. Il patrimonio conoscitivo scaturito dalla infant observation, un prezioso aiuto per il personale medico-infermieristico operante in contesti ad alto rischio.*

**Parole chiave** Libretto sanitario. Spedale degli Innocenti. Controllo delle nascite. Scuole all'aperto. Infant observation.

Nell'ambito della storiografia medica italiana, non vi è dubbio che gli studi dedicati alle cure dell'infanzia abbiano conosciuto negli ultimi anni una felice stagione di rivitalizzazione, sia a opera di medici dediti alla ricerca storica sia per merito di studiosi di estrazione umanistica, come dimostrato dagli Autori di un volume monografico di "Medicina & Storia. Rivista di Storia della Medicina e della Sanità", il cui numero 7 è dedicato proprio a "Bambini e Salute in Europa, 1750-2000" (1).

Si parte dal secolo dei Lumi, quando padri intelligenti e colti appartenenti all'élite aristocratica inaugurano la moda – su-

bito dilagante nel centro Europa – di scrutare con una nuova ottica il bambino (2). In Svizzera, in Germania, ma anche in Italia con Pietro Verri, si assiste alla nascita di una sorta di pediatria e puericoltura dei Lumi, in cui – più che il progresso morale e intellettuale – è il corpo infantile ad assumere una centralità inedita: i temi ricorrenti sono infatti l'allattamento materno, la dieta semplice e ipoproteica, la nocività del collare, la prescrizione di bagni tiepidi o freddi anche ai neonati, l'eliminazione delle fasciature. Gli studi sono ancora insufficienti per stabilire quanto questo sapere extra-medico sia debitore verso la nascente pedia-

tria scientifica nel senso moderno del termine (si pensi all'influsso di Rosen von Rosenstein). È facilmente intuibile che questo "deposito" di saperi potrebbe rappresentare una fonte preziosa di informazioni per lo studio dei legami tra medicina accademica e medicina alternativa.

Per passare invece dall'ambito privato al pubblico, si apprende che il primo libretto sanitario dedicato all'infanzia nasce in Francia nel 1869, per iniziativa dell'igienista Jean-Baptiste Fonssagrives, il cui motto "la madre constata, il medico interpreta", riassume la visione paternalistica del medico in quell'epoca (3).

Il libretto di Fonssagrives – ben presto tradotto nelle principali lingue europee – si colloca nel momento di passaggio dalla tesi dominante del carattere ereditario delle malattie alla teoria microbiologica appena formulata da Louis Pasteur. Nel secondo dopoguerra del '900 il libretto sanitario finirà col cadere inesorabilmente nell'orbita dello statalismo accentratore, che ne cambierà profondamente i connotati: alla mamma che osserva e annota le tappe evolutive e i mutamenti antropometrici del figlio, si sostituisce il medico, l'unico abilitato a osservare con obiettività e a interpretare correttamente ogni fenomeno fisiologico o patologico. Quasi tutti gli stati europei (con l'eccezione della Svizzera e dell'Irlanda) nel corso del '900 utilizzarono il libretto sanitario, confermando l'importanza dell'approccio preventivo alla salute. Ciò che li differenzia non è tanto l'adozione del documento in sé, quanto la natura del legame tra esso e i servizi sanitari, e l'intento educativo più o meno accentuato. Se da una parte il modello britannico-svedese si caratterizza per l'approccio educativo e partecipativo, non molto dissimile da quello belga, ceco e portoghese, il prototipo tedesco-lussemburghese sarà invece strettamente condizionato dal concetto di sicurezza sociale.

Per corrispondenza:

Salvatore Murgia

e-mail: salvamur@fiscali.it

medicina e storia

Il frutto della ricerca di Patrizia Guarneri è il ricco studio “Dall'accoglienza alla cura. La riforma sanitaria nel brefotrofo degl'Innocenti di Firenze 1890-1918” (4). Esso intende focalizzare l'attenzione sui brefotrofi che alla fine dell'800, in seguito al processo di medicalizzazione, si trasformano quasi inconsapevolmente in osservatori privilegiati sullo stato di salute della primissima infanzia. L'archivio dello Spedale degli Innocenti diventa così una miniera di fonti da cui possono scaturire alcuni filoni di ricerca finora inesplorati, almeno in Italia. L'assistenza medica offerta dall'antica istituzione fiorentina si distingue per la meticolosa tenuta delle cartelle cliniche, per la precocità dell'età dei soggetti assistiti e per la durata temporale dell'intera osservazione: nel passaggio tra Otto e Novecento erano rare le istituzioni italiane che ricoveravano bambini così piccoli e per così lungo tempo.

Tra gli aspetti più interessanti di questa ricerca, spicca senz'altro la netta distinzione tra “deposti” ed “esposti”, i primi intendendosi i figli legittimi di madri lavoratrici in gran parte attempate, “depositati” al brefotrofo fino allo svezzamento. Ebbene, nei confronti degli “esposti” illegittimi, in 4 anni e su circa 4000 pesate, proprio i deposti legittimi risultavano sottopeso di oltre 200 g e generalmente in peggiori condizioni di salute rispetto all'altra categoria di neonati. Dunque non era sufficiente aiutare le donne a partorire, bisognava tutelarne la gravidanza almeno dal quinto mese e sostenerle fino al termine dell'allattamento. È quello che cercò di attuare il direttore della clinica ostetrica di Firenze Ernesto Pestalozza, con l'aiuto materno che – a imitazione del modello francese – forniva gratuitamente il latte vaccino sterilizzato e conservato in apposite boccette. L'unico obbligo era la visita settimanale del bambino, che veniva pesato, misurato e visitato dal medico, cui spettava anche il compito di dare gli opportuni consigli per l'allevamento. Più specificamente dedicati alle madri nubili furono gli asili materni, e soprattutto la Casa di Maternità aggregata allo Spedale degli Innocenti, concepiti per accogliere le gestanti dagli ultimi mesi di gravidanza fino ad allattamento inoltrato. Gli effetti sono ben

evidenti: i figli risultavano costantemente più forti con peso mediamente più alto, tanto che anche a livello nazionale – visti i risultati positivi – la tendenza fu di favorire l'allattamento materno, senza l'obbligo del riconoscimento da parte della madre nubile (principio sancito anche da una Circolare ministeriale del 1917).

Tra le considerazioni finali si trova tra l'altro una documentata smentita a certa storiografia, secondo cui l'istituzione dell'ONMI nel 1925 rappresenterebbe il primo e concreto impegno pubblico a favore della madre e del bambino nell'Italia post-unitaria. Lunghi dall'essersi guadagnata una simile benemerita, la creazione dell'ONMI coinciderebbe in molti casi con l'affossamento di iniziative moderne e di provata efficacia che vennero private di adeguati finanziamenti, perché forse troppo svincolate dal controllo dello Stato accentratore.

Il saggio di Anna Davin, *Poor children's health in early twentieth-century London*, si sofferma sulle condizioni igieniche della capitale britannica e di altri centri urbani del Regno Unito ai primi del Novecento, messe in relazione con lo stato di salute della popolazione in generale, ma con particolare riguardo all'infanzia (5).

Nonostante l'indiscusso miglioramento delle condizioni igieniche e dell'approvvigionamento idrico, nella realtà urbana costituivano ancora un serio problema di salute pubblica l'inquinamento atmosferico, gli aspetti climatici (importanti cause di malattie respiratorie) e un sistema fognario inadeguato (fonte di contagi e infezioni). Nel 1890, il tasso di mortalità infantile dei bambini londinesi sotto l'anno era intorno al 160 per mille, con sensibili differenze a seconda dei quartieri esaminati. Parallelamente, anche i tassi di mortalità materna risultavano ancora elevati. Molto istruttiva risulta una rilevazione statistica del 1909, che tende a correlare il tasso di mortalità infantile con il numero delle stanze della casa: dalla mortalità di 219 per mille nei nuclei familiari che disponevano di una stanza, si passa a 157 e 141 rispettivamente con due e tre stanze, fino alla drastica riduzione a 99 per quattro o più stanze. Le più diffuse malattie infettive presentavano una virulenza e una letalità ancora

preoccupanti. Tra queste, in testa la difterite, il morbillo, la febbre reumatica e il vaiolo. Le affezioni tubercolari si presentavano in forma endemica, per lo più nella forma linfoghiandolare, mentre i casi polmonari riguardavano l'età adolescenziale. Verso l'inizio del 1900 il tema della “salute della nazione” era particolarmente sentito come una questione di Stato, nel senso che un popolo numeroso e robusto era il prerequisito della prosperità economica e la garanzia più sicura per la conservazione della supremazia dell'Impero Britannico minacciata dai principali rivali del momento, rappresentati dalla Germania e dagli Stati Uniti.

Per il trattamento dei bambini gracili non affetti da tubercolosi conclamata furono realizzate scuole all'aperto, come nel caso della Danimarca all'inizio del '900 (Ning de Coninck-Smith, *Healthy souls in healthy environments. The open-air school movement in Copenhagen 1905-1938*) (6). Questa particolare categoria di bambini, chiamata infatti “pretubercolare”, assommava alcune stigmate peculiari, sostanzialmente rappresentate dal basso peso corporeo, dalla malnutrizione e dall'anemia. L'isolamento del bacillo tubercolare nel 1882, per quanto classificato tra gli “accadimenti” di laboratorio e perciò teoricamente destinato a essere confinato nell'ambito delle scienze di base, trova invece un immediato riscontro pratico: l'igiene, l'aerazione e l'illuminazione diventano infatti i capisaldi della medicina preventiva e relegano ai margini i principi del costituzionalismo dogmatico.

Al di là della sua reale concretizzazione, il fenomeno delle scuole danesi all'aperto – pur circoscritto per diffusione e per durata – è un capitolo significativo di come un movimento d'opinione elitario sia stato capace di incidere significativamente non solo sulla mentalità dell'opinione pubblica, ma anche sui fondamenti della scuola danese di igiene pubblica e sui servizi di medicina scolastica della capitale. Le scuole all'aperto (che trovarono in Christian Jensen un fervido sostenitore), a causa del clima umido e ventoso della regione, si svolgevano in genere solo nel periodo estivo. Oltre alle materie di studio, si inculcavano le più elementari regole di igiene, come la puli-

zia dei denti, il lavaggio delle mani, si servivano pasti frequenti e abbondanti, ed erano proibite le punizioni corporali. Non può suscitare meraviglia l'ossessiva attenzione dedicata dalle istituzioni ecclesiastiche e statali alle levatrici, percepite come le esclusive depositarie della capacità di facilitare e limitare le nascite, e perciò individuate come massa di manovra a sostegno delle diverse politiche demografiche (Alessandra Gissi, *Levatrici e controllo delle nascite nell'Europa del Novecento*) (7). Meno scontato invece appare il dato del declino della natalità in Francia fin dalla fine del '700, da cui scaturirono alcuni movimenti non governativi a favore della natalità, il cui successo fu coronato – per impellenti esigenze demografiche – alla fine della prima guerra mondiale. Proprio una legge del 1920 proibì la pubblicità e la vendita dei contraccettivi e l'istigazione all'aborto. Ma negli anni successivi il tasso di natalità continuò a diminuire, per cui risultò evidente il fallimento delle leggi appositamente emanate. Un rapporto del 1939, nel denunciare che la maggior parte degli aborti in Francia (analogamente a quanto accadeva in Gran Bretagna) non era da attribuire alla nubi, ma a donne coniugate già al secondo o al terzo figlio, intendeva dimostrare che l'interruzione della gravidanza era un atto di vera e propria pianificazione familiare e non l'ultima salvezza possibile per "ragazze sole e disonorate". La repressione dell'aborto subì un particolare inasprimento con il regime di Vichy e conobbe significativi strascichi fino ai primi anni del secondo dopoguerra, anche sotto la spinta della "ricostruzione nazionale".

L'esautorazione delle levatrici francesi avvenne entro il primo ventennio del '900, da una parte attraverso la loro dequalificazione professionale attuata con il divieto dell'uso di strumenti chirurgici e della prescrizione di medicinali, dall'altro con la progressiva medicalizzazione e ospedalizzazione del parto. Il risultato fu un più stretto controllo sull'operato delle levatrici ma anche sul comportamento delle puerpere. Degno di nota il quadro complessivo anomalo dei Paesi Bassi, rappresentato – nel passaggio tra XIX e XX secolo – dall'istituzio-

ne di corsi professionali per levatrici, dal rifiuto dell'ospedale come luogo del parto, e dalla crescita costante della natalità nel corso del '900.

L'ultima rassegna critica è dedicata all'innovativa metodologia dell'osservazione del neonato in famiglia, ideata da Esther Bick, cui si deve la suggestiva descrizione dello stato di angoscia del neonato che, persa la protezione dell'ambiente intrauterino, viene catapultato in un mondo completamente nuovo come "un astronauta privo di tuta spaziale" (Laura Mori, *Mezzo secolo di infant observation, 1948-2002*) (8). La tecnica dell'*infant observation*, al di là degli aspetti puramente speculativi e formativi, si è rivelata di grande utilità nella prassi operativa, soprattutto in contesti ad alto rischio, come ad esempio nel personale medico e infermieristico dei reparti di Terapia intensiva neonatale e nei reparti per malati cronici e terminali. Soprattutto essa ha dimostrato una chiara efficacia nell'aiutare a concentrarsi, oltre che sui bisogni fisici, sulla dimensione emotiva e relazionale dei piccoli ricoverati e dei loro familiari, favorendo un approccio terapeutico qualitativamente migliore. ♦

#### Bibliografia

- (1) Guarnieri P. Bambini e Salute in Europa, 1750-2000. *Medicina & Storia. Rivista di Storia della Medicina e della Sanità* 2004;7:202-12.
- (2) Becchi E. Corpi infantili e nuove paternità: agli inizi della puericultura. *Medicina & Storia. Rivista di Storia della Medicina e della Sanità* 2004;7:15-30.
- (3) Rollet C. Le carnet de santé pour les enfants en Europe. *Medicina & Storia. Rivista di Storia della Medicina e della Sanità* 2004;7:31-55.
- (4) Guarnieri P. Dall'accoglienza alla cura. La riforma sanitaria nel brefotrofo degli Innocenti di Firenze, 1890-1918. *Medicina & Storia. Rivista di Storia della Medicina e della Sanità* 2004;7:57-100.
- (5) Davin A. Poor children's health in early twentieth-century London. *Medicina & Storia. Rivista di Storia della Medicina e della Sanità* 2004;7:101-19.
- (6) De Coninck-Smith N. Healthy souls in healthy environments. The open-air school movement in Copenhagen, 1905-1938. *Medicina & Storia. Rivista di Storia della Medicina e della Sanità* 2004;7:121-38.
- (7) Gissi A. Levatrici e controllo delle nascite nell'Europa del Novecento. *Medicina & Storia. Rivista di Storia della Medicina e della Sanità* 2004;7:139-66.
- (8) Mori L. Mezzo secolo di infant observation (1948-2002). *Medicina & Storia. Rivista di Storia della Medicina e della Sanità* 2004;7:167-83.

## Network Italiano

### PROMOZIONE DELL'ACIDO FOLICO PER LA PREVENZIONE PRIMARIA DI DIFETTI CONGENITI

Si è costituito presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) il "Network Italiano Promozione Acido Folico per la Prevenzione Primaria di Difetti Congeniti", promosso dal Centro Nazionale Malattie Rare - ISS (dott.ssa D. Taruscio) e dall'International Centre on Birth Defects (prof. P. Mastroiacovo), in collaborazione con il Birth Defects and Developmental Disabilities Centers for Disease Control and Prevention of Atlanta (dott. L.D. Botto).

L'obiettivo principale del Network è di promuovere, armonizzare e rendere più visibili azioni in favore di un maggior apporto di acido folico nel periodo peri-concezionale, come strategia necessaria per attuare programmi di prevenzione primaria di alcuni difetti congeniti.

Il Network ha già elaborato e approvato la Raccomandazione per l'uso peri-concezionale dell'acido folico e, attualmente, si sta adoperando per darne massima diffusione su tutto il territorio nazionale.

Per sviluppare le attività del Network sono stati formati i seguenti gruppi di lavoro: "Advocacy", "Alimentazione appropriata e fortificazione degli alimenti", "Disponibilità di prodotti farmaceutici, OTC e specialità", "Formazione del personale socio-sanitario", "Promozione ed informazione alla popolazione", "Ricerca", "Sorveglianza e valutazione dell'impatto". Il coordinamento del Network è costituito dalla Segreteria, curata dal Centro Nazionale Malattie Rare - ISS, e dai Responsabili dei gruppi di lavoro. L'ISS finanzia alcune attività dei gruppi di lavoro identificate come prioritarie.

Si invitano tutti i colleghi che intendono partecipare attivamente alle attività progettuali del Network a contattarne la Segreteria (ISS, Dott.ssa Domenica Taruscio, [taruscio@iss.it](mailto:taruscio@iss.it); tel. 06 49904016) per informazioni sulle modalità di partecipazione e collaborazione.