

MEDICINA NEI SECOLI  
ARTE E SCIENZA



GIORNALE DI STORIA DELLA MEDICINA  
*JOURNAL OF HISTORY OF MEDICINE*

Fondato da / *Founded by* Luigi Stroppiana

QUADRIMESTRALE / *FOUR-MONTHLY*

NUOVA SERIE / *NEW SERIES*

VOL. 23 - No 3

ANNO / *YEAR* 2011

Articoli/Articles

IL CENTRO DI IGIENE MENTALE  
DELLA CLINICA PEDIATRICA DELLA UNIVERSITÀ  
“LA SAPIENZA” DI ROMA  
NELLA SECONDA METÀ DEL SECOLO SCORSO

DI TULLIO F., FARINA D., GHERA M.R., GRIMALDI S.,  
LUCIANI M.A., PAULIN ROSENHOLZ P., QUINTE' V., SERGO M.  
Roma, I

SUMMARY

*THE MENTAL HEALTH SERVICE AT THE PEDIATRIC CLINIC  
OF THE UNIVERSITY “LA SAPIENZA” IN ROME: 1948-2009*

*The article outlines the history of the Mental Health Center operating within the Pediatric Clinic and School of Pediatrics of the University “La Sapienza” in Rome, Italy from 1948 to 2009. The main aim of the Center was to contribute to the understanding of the developmental process in children, to study its promoting factors and, at the same time, to consider the psychological and human implications of health issues. The original idea of the Center was the need to integrate psychological implication in pediatric care. In times of increasing negative technical interferences in the doctor-patient relationship, the Center acted as an open cultural space proposing a medical model concerned with the wholeness of the patient and his psychophysical wellbeing.*

*Premessa*

La lettura dell'interessante volume “Il Policlinico Umberto I – Un secolo di storia”<sup>1</sup> stimola la riflessione su quanto abbia caratterizzato, all'interno dei vari Istituti, il cammino della Medicina, disciplina che

*Key words:* History of Pediatrics – Pediatric Training

ha per naturale vocazione l'impegno a far uso delle nuove conoscenze per affinare le proprie competenze nella cura delle persone. Alla metà del secolo scorso, il Policlinico Umberto I, con le sue caratteristiche di ospedale di insegnamento offriva agli studenti di Medicina della Sapienza uno spazio privilegiato di pratica e di riflessione. L'enorme sviluppo della medicina e soprattutto la comparsa di tecniche diagnostiche sempre più sofisticate metteva in crisi il rapporto medico paziente e creava per entrambi un nuovo disagio. Si sentiva il bisogno di riflettere sul concetto di salute per il quale l'Organizzazione Mondiale della Sanità trovava una nuova definizione: "Non semplice assenza di malattia, ma completo benessere fisico, psichico, sociale". Il compito del medico andava così integrandosi e passava dal "curare" al "prendersi cura". Ciò appariva indispensabile nella pratica pediatrica che, accanto al compito di salvaguardare la salute dei minori, aveva anche quello di garantirne il processo evolutivo. Si rendeva necessario l'impiego di nuove forze che mettessero a fuoco le nuove tematiche. Di tale compito si fece carico, all'interno della Clinica Pediatrica della Università "La Sapienza" di Roma, il Centro di Igiene Mentale (CIM), che segnalò, tra l'altro, il bisogno della Medicina di aprirsi al sociale. Il CIM fu istituito nel 1948, il primo in Italia all'interno di un Istituto Universitario di Pediatria, per iniziativa del direttore della Clinica Pediatrica prof. Gino Frontali, secondo i suggerimenti del prof. Carlo De Sanctis. Lo stesso prof. Frontali, attento al bambino come persona ed al suo sviluppo, aveva raccolto interessanti osservazioni sullo sviluppo del linguaggio nelle sue figlie e, alla fine della sua attività di medico e di maestro, aveva lasciato nel suo "Discorso sul metodo in Pediatria" calde raccomandazioni sulla necessità che il medico del bambino sappia rapportarsi al piccolo paziente ed ai suoi genitori. Gino Frontali fu inoltre uno dei referenti per il nascente Istituto di Neuropsichiatria Infantile. Negli anni 60 era presente nell'Istituto di Neuropsichiatria un reparto per bambini e fu introdotto l'insegnamento universitario della Neuropsichiatria Infantile; nel 1967 si costituì in

via dei Sabelli l'Istituto di Neuropsichiatria Infantile. Il Prof. Frontali affidò la direzione del Centro alla pediatra Renata De Benedetti Gaddini che tornava dagli Stati Uniti dopo aver completato un corso di studi sulla malattia emolitica del neonato, condizione allora di grande attualità ed interesse. Nel corso dei suoi studi sul neonato la dottoressa, già sensibilizzata alla riflessione in chiave psicodinamica, aveva avuto modo di conoscere eminenti studiosi dello sviluppo del bambino e, tornata a Roma, si era proposta di richiamare l'attenzione dei pediatri, ed in particolare della Scuola di Pediatria, su tale tematica. La cultura medica si apriva alla psicanalisi e cominciava a considerarla un eventuale punto di riferimento per il suo rinnovato interesse alla dimensione psicologica della salute, già necessario contrappunto alla crescente tecnicizzazione. Gino Frontali e R. De Benedetti Gaddini affrontarono insieme il tema dell'Igiene Mentale del Bambino ospedalizzato in una relazione al Congresso della SIP del 1955<sup>2,3</sup>. Il tema era stato suggerito dallo stesso prof. Frontali. Egli esordì affermando che *“anche da parte di un pediatra si è maturata la convinzione che sia necessario prestare una maggiore attenzione alle influenze esercitate dalla degenza in ospedale sullo sviluppo e sulla salute mentale dei piccoli ricoverati.”* Continua enumerando le principali influenze negative: la separazione dai genitori, le pratiche diagnostiche e terapeutiche, la povertà di stimoli e di calore affettivo. Entrambi i relatori fanno riferimento agli studi di numerosi Autori tra i quali Bakwin<sup>4</sup>, Bowlby<sup>5</sup>, Roberts j.<sup>6</sup>, Anna Freud<sup>7</sup>, Spitz<sup>8</sup> e raccomandano che nell'organizzazione degli ospedali infantili si tenga gran conto delle loro ricerche e riflessioni. Il termine Igiene Mentale voleva porre l'accento sull'aspetto preventivo del servizio. Il Centro si proponeva di contribuire a formare pediatri capaci di sostenere i genitori nella loro funzione di promotori e garanti del processo evolutivo dei loro figli e della loro salute fisica e mentale. Si proponeva inoltre di assistere bambini, familiari e operatori sanitari nel corso della degenza in ospedale; tale compito appariva indispensabile nelle malattie particolarmente gravi, anche

per la continua evoluzione della terapia: i nuovi medicinali anti-tubercolari permettevano ad esempio tentativi terapeutici della meningite tubercolare che, non ancora perfezionati, scongiuravano la morte ma lasciavano pazienti severamente danneggiati. Farsi carico del sostegno psicologico di pazienti, familiari, operatori sanitari in condizioni così drammatiche era un compito assai ambizioso che si è andato sviluppando nel tempo, ed ha richiesto grande impegno e coraggio. Oltre tutto i rapporti tra medicina e psicologia non avevano ancora trovato la maniera di sintonizzarsi nell'interesse dei pazienti. E' nostra opinione che ciò è stato possibile proprio perché il Centro si trovava all'interno della Clinica Pediatrica e ne rappresentava una espressione; alcuni degli operatori provenivano dal mondo della Pediatria e ne conservavano l'identità, altri, provenienti da discipline quali la Sociologia e la Psicologia, avevano avuto l'opportunità di sviluppare una grande capacità di empatia con il mondo medico. Oltre all'organico costituito pediatri, neuropsichiatri infantili, psicologi-psicoterapeuti, sociologi-psicoterapeuti, il centro era aperto ad operatori sanitari interessati alla cosiddetta medicina integrata. Essi portavano le loro conoscenze ed esperienze, ma soprattutto contribuivano a sviluppare uno spazio culturale caratterizzato dalla ricerca di una interpretazione equilibrata di quel che accade al bambino in termini di sviluppo e salute. Spesso, tornando nei reparti di appartenenza, diventavano i veicoli spontanei del pensiero psicosomatico. Per alcuni di essi il CIM è stato lo spazio entro cui si è sviluppata la loro scelta professionale ed il loro lavoro di ricerca e didattica nell'ambito della parallela Scuola di Neuropsichiatria Infantile. Altri hanno avuto poi l'opportunità di consolidare la loro preparazione psicologica tramite l'assunzione di un ruolo lavorativo all'interno dell'organico del CIM (ricercatore, tecnico laureato) prestandovi a lungo l'opera istituzionale di ricerca e di assistenza. Successivamente, nell'ambito del loro personale percorso di "individuazione-separazione" professionale, hanno trovato una collocazione definitiva presso altri Centri,

mantenendo tuttavia collegamenti proficui con il CIM. Uno di questi Centri è stato senz'altro l'Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù" presso il quale, nel corso degli anni 70, è avvenuta una sorta di massiva migrazione di pediatri della Clinica Pediatrica, molti dei quali hanno mantenuto forti legami con la Clinica stessa ed, in quell'ambito, con il CIM. Vale la pena di segnalare, fra i tanti eventi, un seminario con R. Negri (Milano) svoltosi al B. Gesù nel 1996 sullo sviluppo mentale del neonato prematuro, al quale hanno partecipato la stessa R. De Benedetti Gaddini ed alcuni neonatologi e neuropsichiatri infantili prima del CIM della Clinica Pediatrica ed allora, appunto, del B. Gesù. Come sintesi del pensiero integrante tra pediatria e psicoanalisi, riportiamo questa riflessione di R. De Benedetti Gaddini:

*Se non si inizia prestissimo (ad osservare neonati), non possiamo capire come si arrivi al passaggio dal preoggetto all'oggetto. Una cosa è osservare, una cosa è pensare. Occorre condividere le sensazioni per arrivare a formulare pensieri.*

Affluivano al centro dall'Italia e dall'estero illustri maestri della disciplina: tra tutti vogliamo ricordare Donald W. Winnicott, pediatra e psicoanalista inglese<sup>9</sup>, che vi tornò più volte. Un evento degno di nota fu la sua presentazione nell'aula magna della clinica del suo importante lavoro sullo "Squiggle", anche conosciuto come "il gioco dello scarabocchio", una modalità di approccio al bambino di grande valenza psicoterapeutica che affascinò i giovani pediatri e stimolò la loro curiosità per il mondo interno del bambino.

### *I primi interventi*

Un primo intervento fu una grossa campagna per favorire l'"umanizzazione" degli ospedali pediatrici: sostenuti dagli studi sull'evoluzione psicoaffettiva del bambino<sup>10,11,12,13</sup> si lavorò alla liberalizzazione delle visite dei familiari al bambino malato, si sostenne l'utilità di permettere alla madre del bambino immaturo di entrare nel reparto e

interagire con lui. Si estese l'attenzione ai Centri nascita e si caldeggiò la cultura del rooming-in che sosteneva l'importanza che la madre mantenga il contatto con il suo bambino e lasci che il processo di separazione-individuazione si sviluppi con la dovuta gradualità. Si dette un grande impulso alla campagna per la promozione dell'allattamento al seno<sup>14</sup>. Si faceva strada il concetto dell'importanza degli aspetti relazionali specialmente nel periodo del primo sviluppo o quando la malattia ne provoca la regressione. Fu necessario superare le resistenze degli operatori sanitari, preoccupati di salvaguardare gli interventi strettamente medici che essi sentivano minacciati dalla presenza dei familiari. Medici ed infermieri erano poco disposti a considerare la potenzialità terapeutica del rapporto cure materne-bambino; ma soprattutto cercavano, più o meno consapevolmente, di sottrarsi alle ansie dei genitori.

Si procedette quindi all'introduzione della scuola in Ospedale, ancor più necessaria perché allora le degenze erano lunghe; essa offriva oltretutto al bambino la possibilità di assorbire le ansie dovute alla malattia e alla degenza e gli dava la sensazione di vivere una vita non troppo diversa da quella dei bambini sani.

In collaborazione con l'Istituto di psicologia<sup>15</sup> si sperimentarono sedute di gioco nella preparazione dei piccoli degenti a pratiche operatorie. Simili interventi, ormai praticati nella quasi totalità degli ospedali pediatrici, apparivano allora assolutamente pionieristici.

### *Assistenza*

Il Centro svolgeva un servizio ambulatoriale di consulenza per i casi di bambini affetti da difficoltà nello sviluppo psicomotorio o da disturbi di comportamento. Particolare attenzione era rivolta ai casi di malformazioni multiple congenite, di malattie croniche o di ritardi mentali, condizioni che per la loro stessa natura hanno maggiore probabilità di interferire negativamente nel processo evolutivo. Si dava assistenza alle famiglie che adottano ed ai genitori che si separano,

si mantenevano contatti con le Istituzioni che affrontano il problema della prevenzione delle anomalie della condotta<sup>16</sup>. L'accento era posto sul sostegno alle famiglie e talvolta si estendeva a consultare la scuola. In tutti i casi si cercava un contatto con il referente che era spesso il reparto o un pediatra, lasciando sempre largo spazio alla discussione del caso. Nelle consulenze richieste dai reparti si coglieva l'occasione per coinvolgere medici e infermieri nel trattamento del "caso" e sulla necessità di considerarlo sotto la prospettiva di vicende di vita occorse a "quel" bambino in "quella" sua famiglia.

Il trattamento di alcuni casi di abuso all'infanzia e di quella particolare condizione di abuso che è nota con il termine di *sindrome di Munchausen* o del *doctor Shopping*, ricoverati nella Clinica in gravi condizioni, fu l'occasione per prospettare ai pediatri la complessità del fenomeno che richiedeva, accanto all'obbligo della denuncia, un particolare sforzo di comprensione della inquietante patologia familiare ma anche di controllo della propria reazione emotiva: occorreva sentirsi medico e quindi paladino non solo del bambino ma anche della madre che, nella maggior parte dei casi, è in quella patologia della famiglia il soggetto più debole<sup>17,18</sup>.

### *Didattica*

L'attività didattica era svolta all'interno del piano di studi della Scuola di Pediatria, attraverso lezioni ed esercitazioni<sup>19,20,21</sup>. L'accento veniva posto sulla formazione degli specializzandi cui si richiedeva di partecipare ad alcune delle attività del Centro, e a disporsi, nella pratica medica, all'ascolto del bambino e dei suoi familiari non che alla propria risposta emotiva. Occasione di formazione sono state anche le numerose tesi su argomenti che proponevano un approccio integrativo mente-corpo allo studio della Pediatria.

Significativo a proposito della formazione degli specializzandi ci è apparsa la testimonianza di Daniela Novarino, attualmente pediatra e neuropsichiatra infantile:



Di Tullio F. et al.

*Dovendo riassumere quello che io ritengo essere stato il maggior valore che mi è stato offerto nel corso della mia specializzazione e dopo ancora al CIM della Clinica Pediatrica dell'Università La Sapienza di Roma, non esito a dire che è la visione dei potenziali di crescita del bambino, potenziali che possiamo trovare nel bambino sano e malato, normodotato o ritardato, insieme ad una attenzione per le risorse adattative dell'ambiente familiare. Ne è derivata una visione olistica della Pediatria tesa ad occuparsi dei bambini nella loro interezza, che tenta di prendersi cura del loro sviluppo fisico e psichico parallelamente, e grande interesse e sensibilità per le storie individuali e familiari intese come contesti affettivi nei quali eventi di natura diversa accadono ed il cui esito è del tutto imprevedibile. Un altro elemento che ha per me rappresentato un fondamento è l'idea di prevenzione primaria, intesa come promozione dei potenziali di salute originaria. Questo implica il favorire una continuità sensoriale, una non interruzione tra nascita e primi tempi di vita, e la difesa dalle interferenze iatrogene, per favorire il passaggio dalla totale dipendenza dei primi tempi di vita alla capacità di interagire in maniera creativa con l'ambiente.*

**E ancora le riflessioni di Eva Rosenholz, ora pediatra e psicoterapeuta:**

*La formazione presso il CIM della Clinica Pediatrica della Università La Sapienza di Roma ha costituito un periodo di scoperta, riflessione, adattamento particolarmente significativo che mi ha fatto conoscere il bambino nella sua interezza e mi ha rivelato concretamente l'importanza della relazione tra madre e bambino... Certamente significativa è stata al tempo stesso la circostanza che il CIM fosse inserito all'interno della Istituzione clinica e che ne facesse parte integrante, consentendo così agli studenti in tirocinio la possibilità di completare la loro formazione attraverso l'esperienza e l'analisi dell'aspetto psichico della malattia, integrato con la componente somatica della stessa. L'esperienza di quel periodo costituisce ancora oggi non solo la base scientifica e pratica della mia attività professionale ma anche lo stimolo ad una attività di continua ricerca e comprensione della malattia e del paziente, come destinatario, ma anche quale importante protagonista di ogni trattamento terapeutico.*

Strumenti di formazione sono state anche le ricerche effettuate con la partecipazione di specializzandi, pediatri interni o esterni alla Clinica,

neuropsichiatri infantili, psicologi. Esemplare la ricerca proposta e diretta da Luigi Capotorti sulla validazione in Italia di un metodo di valutazione in uso negli Stati Uniti che esplora i rapporti tra ambiente familiare e sviluppo del bambino. Ne parleremo nella parte dedicata alla ricerca.

### *Ricerca*

Sul piano della ricerca assai interessanti furono le osservazioni della Gaddini sul fenomeno della ruminazione nel lattante<sup>22</sup>, sui disturbi alimentari di natura emozionale, sul comportamento del bambino al momento dell'addormentarsi ed in particolare sul significato dell'uso dell'"oggetto transizionale" (orsetto, copertina etc.)<sup>23</sup>, sugli effetti a distanza della ospedalizzazione<sup>24</sup>. Tali osservazioni furono portate in congressi internazionali, e suscitavano grande interesse.

Vogliamo qui riportare un evento importante quale lo ricorda un pediatra che, dopo il contatto con il CIM, trova altrove la sua identità professionale: "Il Simposio sui problemi neurofisiologici, neurologici e psicologici del neonato a termine e prematuro" che si è tenuto a Roma nel 1964<sup>25</sup>. Di tale evento basta leggere i prestigiosi nomi dei relatori, illustri scienziati a livello mondiale: Dereck Richter, Giuseppe Pampiglione, Jean Larrosche, Greyfuss, Colette Greyfuss Brissac, Ronald Mckeit, Ronald Illingworth, Richmond Paine, Peter Tjzard, Donald W. Winnicott, Guy Mitchell, Luigi Gedda, per non citare anche gli Autori delle comunicazioni. Il congresso segnalava un approccio nuovo allo studio del neonato, e ne sottolineava aspetti sino allora sconosciuti.

Tutto ciò per sottolineare l'importanza anche scientifica di una attività che si svolgeva all'interno della disciplina Pediatrica e prima che la Neuropsichiatria Infantile iniziasse il suo esordio accademico. L'incontro con Brazelton<sup>26</sup> e la verifica clinica del suo metodo di valutazione della maturità del neonato sulla base dell'interazione madre-bambino, consolidò l'attenzione degli operatori del CIM alla

relazione madre-bambino e orientò in questa direzione lo studio del processo evolutivo.

Nel corso delle frequenze di volontariato – istituzione allora largamente utilizzata – venivano perfezionate specifiche competenze diagnostiche in ambito di valutazione dello sviluppo infantile. Operatori del CIM e del Reparto Immaturi furono inviati al *Child Developmental Research* di Londra diretto di Ruth Griffith<sup>27</sup> per un training ed il conseguimento dell' idoneità all'uso della *Griffith Mental Developmental Scale*. Ciò segnalava l'intento di portare la dimensione psicologica all'interno della pediatria.

Analogo obiettivo ha perseguito la partecipazione di un'équipe dell'Igiene Mentale alla ricerca che Luigi Capotorti<sup>28,29,30</sup> pediatra formatosi nella Clinica, naturalmente sensibile alle tematiche proposte dal CIM ed in seguito impegnato nella pediatria ospedaliera e del territorio, ha condotto con un gruppo di pediatri dell'Associazione Culturale dei Pediatri (ACP) sulla validità in Italia del metodo americano *Home A.I.R.E.* che metteva a confronto condizioni ambientali, a partire dalla famiglia, e sviluppo a distanza. Alla pubblicazione dello studio seguì un'indagine che valutava il grado di sensibilizzazione dei pediatri a simile tematica.

Il centro svolgeva inoltre un'importante azione di consulenza che veniva svolta sia per le scuole che per istituzioni civiche (Comuni). Esempio è stata la ricerca-intervento sull'individuazione del deficit cognitivo scolastico commissionata dall'*ASCOM* (Comuni del Molise) negli anni 1972-1973 che ha richiesto il lavoro itinerante sul campo della équipe del Centro. Speculando sugli eventuali fattori ambientali che avrebbero potuto interferire negativamente nel processo di apprendimento, i ricercatori ebbero l'opportunità di osservare qualcosa che li portava a riflettere sui possibili costi indiretti dell'emigrazione (ancora presente nel Molise, seppure prevalentemente emigrazione interna) sull'equilibrio emotivo della famiglia.

*Lavoro con i pediatri*

Come abbiamo detto, accanto ai compiti istituzionali (assistenza, didattica, ricerca) il centro svolgeva un'importante azione di formazione e consulenza agli operatori sanitari della Clinica. Si è cercato sempre di rispondere con la massima sollecitudine alle richieste dei pediatri e si lasciava largo spazio alla discussione dei casi proposti alla consultazione. Le richieste, prima prevalentemente rivolte ad ottenere test mentali, si sono sempre più orientate allo studio delle implicazioni psicologiche delle malattie, dimostrando una maggiore attenzione al bambino quale persona e alla sua famiglia, e segnalando una progressiva sensibilizzazione dei pediatri al rapporto tra salute e relazionalità.

Si è sviluppata una collaborazione continua con i vari reparti specialistici, specie quelli che trattavano malattie croniche, invalidanti o condizioni ad alto rischio (immaturi, endocrinologia, diabetologia, chirurgia, mucoviscidosi, ematologia). Molte di queste collaborazioni sono state pubblicate, tutte hanno mirato a richiamare l'attenzione del pediatra sull'aspetto psicoaffettivo.

La collaborazione con ciascun centro si è sviluppata con modalità differenti; in ogni caso si è trattato di sensibilizzare e rispondere alle richieste.

La collaborazione con il servizio di Diabetologia Pediatrica è stata facilitata dalla contiguità logistica dei due centri. Nel convegno sui *Problemi psicologici del bambino malato e situazioni di abuso nell'infanzia* del 1984<sup>31</sup> i diabetologi Orsini<sup>32</sup> e Campea<sup>33</sup> definivano il diabete come la più ansiogena e stressante tra tutte le malattie croniche dell'infanzia.

*Il passaggio dal mondo della fantasia, dei giochi e della gioia di vivere alla progressiva presa di coscienza della propria situazione durante l'adolescenza è fortemente drammatica...*

Si erano inoltre impegnati a promuovere l'autogestione della malattia da parte degli stessi malati. La costante comunicazione sul piano tecnico espose gli operatori sanitari alla necessità di un approfondimento sul piano relazionale. Ne parlavano spesso con gli operatori del CIM e, quando chiesero che qualcuno di essi organizzasse incontri periodici con pazienti e famiglie, si decise di comune accordo che il conduttore fosse un pediatra diabetologo del loro centro, con l'eventuale consulenza di un operatore del CIM. Nel suo intervento al Convegno la professoressa Liliana Campea ricorda come il diabetologo rappresenti il referente preferenziale del bambino malato e dei suoi familiari e descrive gli effetti positivi del metodo del training autogeno, affidato alla psicologa dott. Corneli<sup>34</sup>. Ciò fa riflettere sulla potenzialità terapeutica a tutto campo del medico, qualora abbia avuto l'opportunità di sviluppare l'attitudine ad ascoltare ed a condividere. Il Centro della Mucoviscidosi, dopo un periodo di intensa consultazione con il CIM<sup>35</sup>, richiese invece una stretta diretta collaborazione con una pediatra che lo frequentava in qualità di medico volontario. La dottoressa si incontrò con i medici proponendosi innanzitutto di stabilire con essi un rapporto di empatia basato su rispetto e comunicazione. Ebbe cura di osservare il bambino e la famiglia nelle varie fasi della malattia fino all'eventuale fase terminale, conobbe la sofferenza di questa esperienza ed organizzò di conseguenza il suo lavoro con medici ed infermieri. Nella sua partecipazione al Convegno su *Problemi psicologici del bambino malato e situazioni di abuso nell'infanzia*<sup>36</sup> leggiamo che

*Conscia della necessità di evitare un trasferimento al tecnico della psiche, psichiatra o psicologo che sia, dei problemi che si vanno sviluppando nel lungo iter della malattia si propose di aiutare medici ed infermieri a riconoscere, esprimere e controllare le loro ansie...*

Condividere la sofferenza – aggiunge con la Raimbault (Hospital des Enfants malades, Paris)<sup>37</sup> pure presente al convegno – la rende più sopportabile.

Il reparto Immaturi, che oltre alle gravi urgenze mediche si trovava a far fronte alle grosse implicazioni psicologiche non solo nel bambino e nella sua famiglia, ma anche in tutto il personale sanitario, esposto allo stress di una così drammatica lotta per la sopravvivenza, realizzò all'interno del reparto la presenza stabile di una neuropsichiatra infantile e di una psicologa e affidò al CIM il compito del controllo a distanza dei piccoli degenti. Questo lavoro dette agli operatori del CIM l'opportunità di raccogliere l'esperienza dolorosa del bambino e della famiglia e di offrire loro un opportuno sostegno. Risultò utile e interessante riflettere sulla condizione del padre, forzatamente esposto almeno temporaneamente ad un rapporto diretto con la precarietà e fragilità del proprio figlio<sup>38, 39, 40, 41, 42</sup>.

Particolarmente impegnativa è stata la collaborazione con il reparto di ematologia. La disponibilità di nuovi farmaci che rendevano le guarigioni più probabili avevano aggiunto nuove problematiche a quelle preesistenti e rendeva il senso di responsabilità ancora più pressante. Ematologi e psicologi sentivano la necessità di una loro stretta collaborazione, ma il cammino per raggiungere la sistematizzazione dell'approccio al problema è stato lungo e pieno di difficoltà. Si cercava una strategia che superasse la dicotomia tra medico del corpo e medico della mente e chiamasse gli uni e gli altri all'impegno verso il malato e la sua famiglia fin dal momento della diagnosi. Nel Convegno del 1984 già menzionato troviamo una testimonianza del difficile percorso per il raggiungimento di tale obiettivo.

L'argomento viene ripreso al Convegno del 1991 dove una operatrice del CIM si interroga sul tipo di comunicazione raggiungibile in un centro di ematologia<sup>43</sup>. Attraverso l'evocazione della storia di un bambino affetto da grave sindrome mielodisplastica si descrive la difficoltà di superare la scissione tra medici e psicologi, gli uni concentrati sulla malattia, che tra l'altro proponeva particolare difficoltà nella diagnosi e nel trattamento, gli altri sulla sofferenza psicologica

*... gli operatori, sopraffatti dall'ansia per il susseguirsi degli insuccessi terapeutici... mettono in atto sistemi difensivi che non permettono al gruppo di poter esprimere, condividere ed elaborare l'angoscia.*

La morte del bambino interrompe drammaticamente il trattamento ma lasciò spazio alla riflessione e fu stimolo ad ulteriore ricerca di un metodo capace di facilitare la comunicazione e rendere quindi possibile il beneficio della condivisione e dell'empatia.

Molto utile è stato il confronto e la condivisione con quanto accadeva a Monza, nel reparto di Ematologia diretto dal Prof. Masera della Clinica Pediatrica Universitaria. Ciò avvenne con la partecipazione continua fin dal 1991 allo “*Studio sulle funzioni mentali dei bambini affetti da leucemia*” del Gruppo Cooperativo Internazionale (ISPACE).

Per questa esperienza abbiamo avuto il supporto di operatori della facoltà di Psicologia che hanno organizzato incontri con gli operatori sanitari del tipo *Gruppi Balint*, cui partecipavano medici di corsia e di laboratorio, infermieri. L'attenzione alla cura del bambino affetto da malattie gravi ci aveva sottolineato l'intensità del coinvolgimento emotivo di tutto il personale, in modo speciale di quello infermieristico e quindi la necessità di proporre un luogo di riflessione e condivisione che fungesse da sostegno. I gruppi tipo Balint sono stati effettuati con l'intervento di operatori esterni (Anna Carusi Menzinger, psicologa, psicoterapeuta, docente di Psicologia Dinamica presso la Facoltà di Psicologia della Università “La Sapienza” di Roma e Vera Di Maio, pediatra).

La specificità della collaborazione con il reparto di Ematologia verrà più ampiamente descritta nella parte trattata da G. Digilio.

Analoga consapevolezza della necessità di un sostegno psicologico spinse gli operatori sanitari del reparto di oncologia pediatrica, diretto dal prof. Castello, all'istituzione di gruppi Balint condotti da specialisti dell'Istituto di Neuropsichiatria infantile, che nel frattempo aveva sviluppato interesse alla collaborazione con i pediatri.

### *Conclusioni*

A chiusura del nostro lavoro è interessante segnalare un recente studio epidemiologico condotto utilizzando il registro delle attività tenuto dal Centro così come ce lo descrive uno degli autori, Andrea Gaddini, psichiatra e psicoanalista<sup>44</sup>.

*Il prezioso archivio clinico del Centro ha costituito la base per uno studio longitudinale svolto con metodiche di record-linkage in collaborazione con l'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio. Scopo dello studio era quello di migliorare la conoscenza dell'evoluzione clinica dei disturbi psico-affettivi dell'infanzia, e di contribuire ad indagare sul rapporto di continuità nelle diverse fasi della vita tra manifestazioni psicotologiche apparentemente diverse...*

Lo studio, noto come “Progetto Psi-Ped: studio prospettico storico su un gruppo di bambini riferiti ad un centro pediatrico di igiene mentale condotto con metodiche di record-linkage: follow up di mortalità e morbilità psichiatrica in età adulta” è stato selezionato nell'ambito del Progetto Nazionale per la Salute Mentale nell'anno 2000 e finanziato dall'Istituto Superiore di Sanità.

Abbiamo accennato ad alcune attività del Centro, ma riteniamo importante sottolineare che impegno prevalente è stato quello di lavorare con i pediatri offrendo loro uno spazio dove si potesse riflettere sulle implicazioni psicologiche della pratica pediatrica. Che questo spazio provenisse dal mondo della Pediatria ci sembra di particolare importanza. Oggi il CIM della Clinica Pediatrica dell'Università “La Sapienza” non è più attivo: problematiche di tipo organizzativo non hanno permesso il naturale ricambio degli operatori. Dal settembre 1997 al maggio 2009 ha continuato a svolgere la sua attività con un solo operatore (sociologa-psicologa-psicoterapeuta) cui è stato chiesto tra l'altro l'impegno a sostenere in supervisione un progetto per pazienti affetti da malattie rare che la Scuola di specializzazione per psicoterapeuti ISTEBA ha affidato a tre psicologhe.



L'utilità che psicologi e medici lavorino insieme è ormai accettata. La cultura di una medicina integrata è entrata nella Clinica Pediatrica dell'Università "La Sapienza" e il concetto del Dipartimento rende più agevole la collaborazione con altri istituti quali Psicologia e Neuropsichiatria Infantile. Ma la necessità di sostenere medici ed infermieri nel gravoso impegno di affrontare gli aspetti psico-relazionali in ogni condizione che riguardi la salute, e in particolare la salute del bambino, è ancora pressante e merita un'attenzione del tutto speciale. Aver ripercorso le tappe del nostro lavoro ci dà la possibilità di riflettere sul tipo di questa esperienza: oggi il Centro ci appare come un laboratorio di Pediatria integrata, attento allo sviluppo del bambino in salute e in malattia. La caratteristica peculiare di questa esperienza si è configurata in uno stato di persistente disponibilità all'apprendimento dai casi clinici. Abbiamo trovato una linea guida nel pensiero di Winnicott che considera il bambino un'unità di potenziali fisici e mentali che si sviluppano passando attraverso una serie di "recinti" concentrici tra loro comunicanti, che vanno dall'utero materno alla madre nutrice (non solo di latte), alla famiglia, al quartiere, al Paese con la sua cultura, al mondo. Egli considera i recinti ambientali "facilitanti lo sviluppo": "l'individuo eredita un suo proprio processo di maturazione. Secondo questo processo si sviluppa, nella misura in cui esiste un ambiente facilitante". Compito del pediatra sarà quello di accompagnare il bambino e la sua famiglia nei vari passaggi, in salute e in malattia, mettendo a disposizione le sue conoscenze e la sua capacità di empatia.

#### BIBLIOGRAFIA E NOTE

1. SERARCANGELI C. (a cura di), *Il Policlinico Umberto I – Un secolo di storia*. Medicina nei secoli 2006; supplemento 1.
2. FRONTALI G., *L'Igiene Mentale del bambino ospedalizzato*. Parte prima. *Minerva Pediatrica* 1955; 7, 38: 1109.

3. GADDINI DE BENEDETTI R., *L'Igiene Mentale del bambino ospedalizzato*. Parte seconda. Minerva Pediatrica 1955; 7, 38: 1117.
4. BAKWIN H., *The Hospital Care of Infants and Children*. Journ. Ped. 1951; 39: 383.
5. BOWLBY J., *Maternal Care and Mental Health*. World Health Organization, Ginevra, 1951
6. BOWLBY, ROBERTS J., ROSENBLUTH D., *Corto metraggio sul tema: "A two years old child goes to Hospital"* presentato al Seminario di Chichester sul tema "Mental Health and Infant Development" 1952.
7. FREUD A., *The Role of Bodily Illness in the Mental Life of Children*. The Psychoan. Study of the Child 1952; 7: 68.
8. SPITZ R., *Hospitalism: An Inquiry into the genesis of psychiatric conditions in childhood*. vol. I, II. Psychoanalytic Un. Press 1945-1946.
9. GADDINI DE BENEDETTI R., *Il processo maturativo. Studi sul pensiero di Winnicott*. CLEUP. Ed. Padova. 1979 a cura di Giordano Remondi.
10. BOWLBY J., *Nature of child's tie to his mother*. Intern. Journ. Psychoan 1958; 39: 350.
11. GADDINI R., *Il Bambino, il Medico, la Medicina*. Bologna, Malipiero Ed. 1984.
12. GADDINI R., *Rapporti tra Madre, Bambino e Personale di assistenza*. Maternità ed Infanzia, Novembre, 1970.
13. GADDINI R., *La realtà psichica del bambino malato cronico e l'ambiente familiare e sociale*. Prospettive in Pediatria 1971; 1.
14. BUSINCO L., GADDINI R., ROSSI P., REZZA E. *Breast feeling. Evolution of knowledge concerning it. Sociocultural problems. Guidelines for promoting it*. Recenti Progr. Med. 1980; 68, 3: 302-326.
15. DI TULLIO F., GHERA M.P., ROSENHOLZ E., WERNER B., MULTARI G., DIGILIO G., *Il gioco in Ospedale: L'esperienza dei medici*. Convegno Internazionale, Tempi e spazi del gioco, Bologna 1987.
16. GADDINI DE BENEDETTI R., DI TULLIO F., *Il compito del pediatra nella prevenzione delle anomalie della condotta*. II Convegno di Criminologia Clinica. Roma 1966, Ed. Quaderni di Criminologia Clinica 1966.
17. NOVARINO D., *Il bambino malato come sintomo: la sindrome di Munchausen per procura ed il "doctor Shopping"*. In: MARTORELLI M. (a cura di), *Maltrattamento, abuso e incidenti nell'infanzia e l'adolescenza*. Edizioni UNICOPLI 1990.
18. NOVARINO D., GADDINI DE BENEDETTI R., *La richiesta di cure in Pediatria: il bambino malato come sintomo*. Crescita 1985; 15.

19. De BENEDETTI GADDINI R., *Sviluppo psichico e Igiene Mentale del Bambino*. Manuale di Pediatria a cura di GINO FRONTALI. V.1 pp. 245-334 Ed. Minerva Medica 1962.
20. DE BENEDETTI GADDINI R., *Dal biologico al mentale. Lineamenti di Neuropsichiatria Infantile per Pediatri, Psicologi, Neuropsichiatri*. Lombardi Editore, Roma 1984.
21. DI TULLIO F., *Appunti di Psicologia per i Pediatri*. Bulzoni Editore 1983.
22. GADDINI E., DE BENEDETTI GADDINI R., *Rumination in Infancy*. Dynamic Psychopathology in Childhood Ed. Jesser I. Pavenstedt E. 1959.
23. GADDINI DE BENEDETTI R., *Transitional objects: a study in three different social groups*. J. Am. Acad. Child. Psych. 1970, IX, 2.
24. GADDINI DE BENEDETTI R., *Hospitalization in early childhood. The behaviour after discharge*. Maandschrift voor Kindergeneeskunde, 1958.
25. Simposio sui problemi neurofisiologici, neurologici, psicologici del neonato a termine e premature. Roma 1964. Acta Pediatrica Latina VI, XVII Supplemento.
26. BRAZELTON T.B., *Scala per la valutazione del comportamento del neonato*. Milano, Casa Ed. Ambrosiana 1977.
27. GRIFFITH R., *Griffith's Mental Developmental Scale*. The Test Agency Limited North Dean, High Wycombe Bucks HP 14 NWP Bown J.R.
28. CAPOTORTI L., *La valutazione dell'ambiente familiare*. Medico e Bambino 1988; 8: 53.
29. CAPOTORTI L., LUCHINI E., GHERA M.R., LAVIA I., SILIENTI L., VACCAIO F., FODERINO N., PANTANO C., SERGO M., BERTOLLINI R., DI TULLIO F., *Analisi dei fattori familiari che influenzano lo sviluppo del bambino*. Medico e Bambino 1991; 10: 539.
30. CAPOTORTI Luigi, morì nel mare di Tarquinia il 1/8/1989 nel tentativo di salvare due ragazze che stavano annegando. Una sola si salvò, l'altra scomparve mare insieme al soccorritore.
31. Convegno Europeo "Problemi psicologici del bambino malato e situazioni di abuso all'infanzia". Roma 1984 a cura di De Benedetti Gaddini R. e Digilio G.
32. ORSINI F., *Problemi psicoemotivi del bambino diabetico e della famiglia*. Ivi.
33. CAMPEA L., *Il pediatra diabetologo di fronte ai problemi psicoemotivi del bambino diabetico e della famiglia*. Ivi.
34. CORNELI L., *Genesi dei disturbi emozionali dell'adolescente diabetico e training autogeno*. Ivi.
35. SERGO M., ANTONELLI M., *Implicazioni psicologiche della fibrosi cistica*. Atti del II Simposio Italiano sulla Fibrosi Cistica Verona 1970.

36. QUINTE' V., *Problemi psicologici del bambino con fibrosi cistica e della sua famiglia*. Convegno Europeo "Problemi psicologici del bambino malato e situazioni di abuso all'infanzia", Roma 1984 a cura di De Benedetti Gaddini R. e Digilio G.
37. RAIMBAULT G., *Communication sur la relation therapeutique en oncologie pediatrique*. Ivi
38. GHERA M.R., *Famiglie premature: presentazione e discussione di casi clinici*. Atti del Congresso Europeo "Famiglie in difficoltà e tutela del bambino" Sirmione 1987 Ed. Paides Minerva Medica.
39. GADDINI DE BENEDETTI R., PAULIN ROSENHOLZ P., ROSINI M.P., ZAPPELLA M., *Studio dello sviluppo neuropsichico del bambino prematuro in rapporto alle condizioni neonatali*. Atti del Convegno Problemi Neurofisiologici, Neuroclinici e Psicologici del neonato a termine e prematuro. Acta Ped. Latina, Roma 1964; V. XVII: Suppl. fasc. VI.
40. MUGGIA A., DE LUCA T., Rossetti M., CAVALLARO E., GHERA ALBONETTI M.R., ANTONIAZZI G., COLARIZI P., *Ritardi e atipiee dello sviluppo psicomotorio e dell'acquisizione del linguaggio in nati con peso = < 2000 gr*. Atti XI Convegno di Neurologia dell'età evolutiva, Roma 1990.
41. MUGGIA A., DI MEO M.G., DE LUCA T., CAPPADOCIA P., MARINI P., GHERA M.R., COLARIZI P., *Interventi riabilitativi precoci e sviluppo psicomotorio in bambini a rischio*. Ivi
42. COLARIZI P., DE LUCA T., FACCIO LINIO S., ROSSETTI M., SORRENTINI E., CAPPADOCIA P., PANERO A., FANTINI L., GHERA M.R., BUCCI G., *Modificazione della prognosi tra la prima e la seconda infanzia di bambini nati con peso = < 1500 gr.* Rivista Italiana di Pediatria 1992; 18: 559.
43. LUCIANI M.A., *Lo psicologo in un Centro di Ematologia: quale comunicazione?* Convegno Internazionale "Il Personale Sanitario e l'Istituzione nell'impatto con il dolore del bambino emopatico e della famiglia. Roma 1991 a cura di DE BENEDETTI GADDINI R. e DiGILIO G.
44. BACIGALUCI M., DI LALLO D., GADDINI A., NOVARINO D., RIEFOLO G., *Progetto Psi-Ped: Studio prospettico storico su un gruppo di bambini riferiti ad un Centro Pediatrico di Igiene Mentale condotto con metodiche di Record-Linkage; follow up di mortalità e morbilità psichiatrica in età adulta*. Atti del Convegno di Neuropsichiatria quotidiana per i pediatri. Roma 2003.

Correspondence should be addressed to:

Di Tullio F., fernanda.ditullio@fastwebnet.it

