

Articoli/Articles

L'EVOLUZIONE STORICO-CULTURALE
DELL'OSPEDALIZZAZIONE INFANTILE

LUCIANO BALDINI

Dipartimento di Psicologia dei Processi di Sviluppo e Socializzazione
Sapienza- Università di Roma , Roma, I

SUMMARY

*THE HISTORIC-CULTURAL EVOLUTION OF THE CHILDREN
HOSPITALIZATION*

The aim of describing an history of children-hospitalization is to underline the hard process in which the child has been recognized as an active and independent subject, a person with rights. In this long historic-cultural process, the important birth of Pediatrics at the end of the XIXth century testifies a change that implies the awareness of the subject's particular diversity of treatment and the new sensibility gained during the Enlightenment. This sensibility, close to the psychological needs of an hospitalized child, opened new possibilities of making the children-hospitalization more human, combining the physical and psychological sides.

Il ricovero di un bambino, come è noto, rimanda alle cause più diverse, tutte però con un denominatore comune: oltre al disagio della condizione fisica dovuta allo stato di malessere, o alla patologia che ne giustifica il ricovero, c'è infatti da tenere nella giusta considerazione lo stress psicologico derivante dalla condizione esistenziale vissuta dal piccolo e dal suo sentimento di estraneità rispetto all'ambiente. Squires¹ ha indicato alcuni aspetti specifici dell'esperienza ospedaliera, che producono stress nei bambini: a) visi, procedure e luoghi sconosciuti;

Key words: Children - Hospitalization- History of Pediatrics

b) cibo, abiti e giochi d'ospedale; c) esposizione ad estranei o tocco di "parti intime" del corpo da parte di estranei; d) terminologia medica; e) dolore e vergogna; f) manifestazione dell'ansia genitoriale.

Alcune procedure invasive a cui i bambini devono essere sottoposti risultano particolarmente ansiogene e stressanti. Queste includono le punture venose, la separazione dai genitori al momento del trasporto nella sala operatoria, l'induzione anestetica, ed altro². Nel caso poi ci si riferisca a bambini che debbono subire un intervento chirurgico, a bambini in trattamento chemioterapico, a bambini preda di uno stato doloroso, allora si comprende ancor di più come i fattori psicologici di ansia, aggressività e isolamento possano interferire negativamente sulla stessa fase di preparazione e/o di trattamento.

E' stato dimostrato che la risposta umana allo stress è caratterizzata da una serie di cambiamenti ormonali, immunologici e metabolici, che insieme costituiscono la risposta globale allo stress. Gli effetti che ne derivano possono giungere fino a determinare un ritardo nella cicatrizzazione delle ferite e/o a una generale immunosoppressione. Nello specifico, lo stress connesso a un intervento chirurgico può produrre, nel bambino, "cambiamenti fisiologici, emozionali, cognitivi, comportamentali e interpersonali"³. Questi, come Vernon e coll. hanno dimostrato già dagli anni '60, possono persistere oltre il periodo di ricovero, manifestandosi nella forma di "ansia generalizzata e regressione", "ansia da separazione", "disturbi dell'alimentazione", "aggressione verso l'autorità", e "apatia/ritiro"⁴.

Kain e collaboratori (1996; 1999), poi, hanno trovato che, mentre molti di questi cambiamenti avvengono come risultato dell'ansia preoperatoria, la frequenza dei comportamenti spesso diminuisce con il tempo dopo l'intervento. E tuttavia, il 20% dei bambini presentano problemi di comportamento fino a 6 mesi dall'intervento e circa il 10% fino a 1 anno⁵.

Nel corso degli anni, sono state sviluppate forme complementari di assistenza e sostegno al bambino ospedalizzato (la presenza di un

genitore - della mamma in genere - nella camera del bambino ricoverato, la pet-therapy, la clown-terapia, la musicoterapia, la terapia del massaggio), che si sono affiancate alla tradizionale terapia farmacologica nel percorso terapeutico. La gran maggioranza degli studi hanno dimostrato che questi interventi sono risultati validi nel ridurre l'ansia e nell'aumentare la capacità dei bambini di reagire in modo efficace agli eventi, con un miglioramento generale della degenza. Questi interventi, definiti di "terapia complementare", si sono evoluti in maniera significativa negli ultimi decenni e il livello di articolazione e complessità a cui è giunta l'assistenza al bambino ospedalizzato è l'espressione di una sensibilità fattasi sempre più attenta alle esigenze psicologiche e al miglioramento della qualità della vita dei piccoli malati. Ma è sempre stato così?

Il bambino è stato sempre ricoverato in ospedali destinati alla cura e al trattamento per fanciulli?

Il bambino malato è stato sempre curato dal medico dei bambini?

I genitori e le figure a lui care sono sempre stati accanto al bambino lungo il percorso terapeutico?

Il disagio psicologico e le difficoltà del bambino ricoverato sono sempre stati tenuti nella debita considerazione dal terapeuta?

Un contributo essenziale ci viene, in tal senso, dagli storici, in particolare quelli della mentalità, i quali da non molto tempo hanno rivolto i loro interessi anche alle problematiche relative all'infanzia. Essi, sia pure con diversità di approcci, si sono soffermati a indagare l'evoluzione storica del concetto di bambino a partire da fenomeni quali l'infanticidio e soprattutto l'abbandono, che dell'infanzia e del bambino, per tutta l'antichità e il Medioevo, costituiscono dei veri e propri paradigmi del processo di civilizzazione.

Ed è proprio su questi due aspetti che credo occorra soffermare maggiormente l'attenzione. Solo seguendo il corso della storia è infatti possibile comprendere come abbia operato la spinta del progresso, come si sia costruita nei secoli l'identità del bambino, come si sia

modificato l'investimento emotivo nel rapporto genitori-figli. Ma è soprattutto possibile comprendere come al riconoscimento e all'accettazione dell'identità del figlio, in quanto soggetto distinto, corrispondano, in primo luogo, il rispetto della sua alterità e allo stesso tempo la tutela dei suoi diritti, tra i quali quello alla salute e al benessere, diritti che la coscienza comune ormai considera come irrinunciabili.

Lungo questa linea di ricerca, in anni non lontanissimi, un importante contributo lo ha fornito lo storico francese Philippe Ariés⁶, il quale ci ha ricordato come presso gli antichi romani il bambino, all'atto della nascita (*levatio*), veniva posto a terra. L'obbligo di riconoscerlo competeva al padre: l'atto di prenderlo in braccio ed elevarlo dal suolo (*elevatio*) equivaleva infatti ad accettare di allevarlo. Se, al contrario, il padre rifiutava di compiere tale gesto rituale, il bambino veniva venduto o, più spesso, abbandonato mediante esposizione in un luogo pubblico, o infine soppresso.

E' superfluo sottolineare come la pratica dell'abbandono, come anche quella della soppressione del nato, riguardasse non solo i figli degli schiavi, ma anche i bambini figli di liberi, ma indesiderati, i quali si andavano così ad aggiungere alla già vasta pletera dei bambini poveri, o a quelli nati da relazioni adulterine. Al contrario, una volta che i bambini venivano accettati, essi diventavano proprietà del padre, a meno che questi non decidesse di emanciparli. In questo caso, la posizione dei bambini liberi non era diversa da quella dei bambini schiavi: la loro libertà effettiva - nel senso della libertà d'azione e del modo di vita - dipendeva soprattutto, dal momento che non godevano di alcuna condizione giuridica, dal loro rapporto con il *pater familias* - il capofamiglia.

Ariés ha caratterizzato questa condizione mediante l'espressione "Il figlio è il prodotto di una scelta volontaria", volontarietà che John Boswell⁷ ha confermato, tramite l'analisi delle numerose iscrizioni che riferiscono dei teneri rapporti e dei legami di affetto e gentilezza che univano genitori adottivi e *alumni*, (bambini esposti, allevati

come figli adottivi), mentre viceversa, i “sottoprodotti” dell’amore, coniugale o no, venivano eliminati tramite la pratica molto diffusa dell’abbandono/infanticidio.

Da tutte queste considerazioni emerge un dato: nella Roma repubblicana, al bambino non è riconosciuta una identità; il bambino è una determinazione della volontà dell’adulto, il quale ne decide sorte fisica e destino. Rivelatrice, in tal senso, risulta essere la stessa terminologia: i termini latini usati per indicare il bambino, *infans* e *parvus*, entrambi tendevano a rilevare maggiormente l’aspetto carenziale della sua condizione. Sulla base di queste premesse, l’immagine dell’infanzia che ne risultava era decisamente negativa: non a caso veniva etichettata come “stultissima”, donde la tipica l’espressione “stupido come un bambino”.

Le cose cambieranno nei primi secoli dell’Impero (secoli I - III d. C.), quando l’idea negativa di infanzia tende progressivamente ad attenuarsi, cedendo il passo ad un nuovo modello di famiglia e di bambino. All’immagine tradizionale di un padre privo di affetto venne a sostituirsi quella del padre tenero, spesso connotata, sia tra i pagani che tra i cristiani, di significazioni religiose. Inoltre, a differenza di quanto era accaduto in precedenza, lo stesso matrimonio cominciò ad assumere una dimensione psicologica e morale, allorché si stabilirà una continuità tra la vita e la morte. Il senso di questo passaggio ci viene eloquentemente rappresentato dall’unione dei corpi di un uomo e una donna tramite la *dextrarum junctio* (Fig. 1), effigiata nelle stele funerarie delle tombe italiane e gallo-romane.

Con l’importanza assegnata ai nuovi vincoli della carne e del sangue viene a determinarsi un mutamento di prospettiva, in base al quale muta anche il rapporto con i figli. L’affermazione di questa sensibilità nuova, in epoca tardo-imperiale, ci viene attestata non solo dai numerosi epitaffi, nei quali i genitori danno sfogo alla loro tristezza per un figlio morto, ma anche dalle coeve stele funerarie, le quali



Fig. 1 - Dextrarum junctio

rappresentano un nuovo modello di famiglia. Non a caso i coniugi vengono rappresentati insieme ai figli (Fig. 2).

Tale processo muterà con l'alto Medioevo, allorché esso procederà in maniera inversamente proporzionale rispetto al passato. Quanto più infatti il matrimonio tenderà a mantenere - e anzi a rafforzare - il suo significato, tanto più l'infanzia verrà perdendo di importanza agli occhi degli adulti. Anche in questo caso, l'ipotesi avanzata dall'Ariés è illuminante: secondo lo storico, l'uomo di inizio Medioevo vedeva nel bambino solo un piccolo uomo, o per meglio dire un uomo ancora piccolo, che sarebbe ben presto diventato un uomo completo. L'età dell'infanzia veniva così equiparata ad un periodo di transizione, non solo assai breve ma anche speculare alle modalità tipiche di una società di guerrieri, a fronte della quale la debolezza tipica del bambino era destinata ad apparire né piacevole né gentile. L'infanzia tornava insomma ad essere, come già era stato in precedenza, di nuovo *stultissima*.

Nel contempo, però, una consapevolezza nuova si veniva ad affermare in ambito economico. In un contesto essenzialmente contadino, quale era quello medievale, le nascite costituivano una fonte di manodopera insostituibile. Di qui la valorizzazione, nel tempo, della fecondità ed anche, indirettamente, dell'importanza del bambino. L'infanticidio, ad esempio, è considerato un delitto, mentre l'esposizione dei neonati, ora tutelati dalla legge della Chiesa e dello Stato, viene bandita. Gli aborti stessi, elemento di regolamento demografico nel mondo contadino, non vengono più tollerati; divengono anzi oggetto di condanna. E tuttavia, ad onta di questo, c'è da dire che tanto l'abbandono quanto l'infanticidio continuarono ancora per lungo tempo ad essere praticati, in aperto contrasto con le acquisizioni della moderna coscienza.

Per quanto riguarda in particolare l'abbandono, dai numerosi riferimenti presenti in opere varie (documenti, testi letterari, etc.) Boswell deduce, ad esempio, che esso fosse un aspetto molto diffuso nella

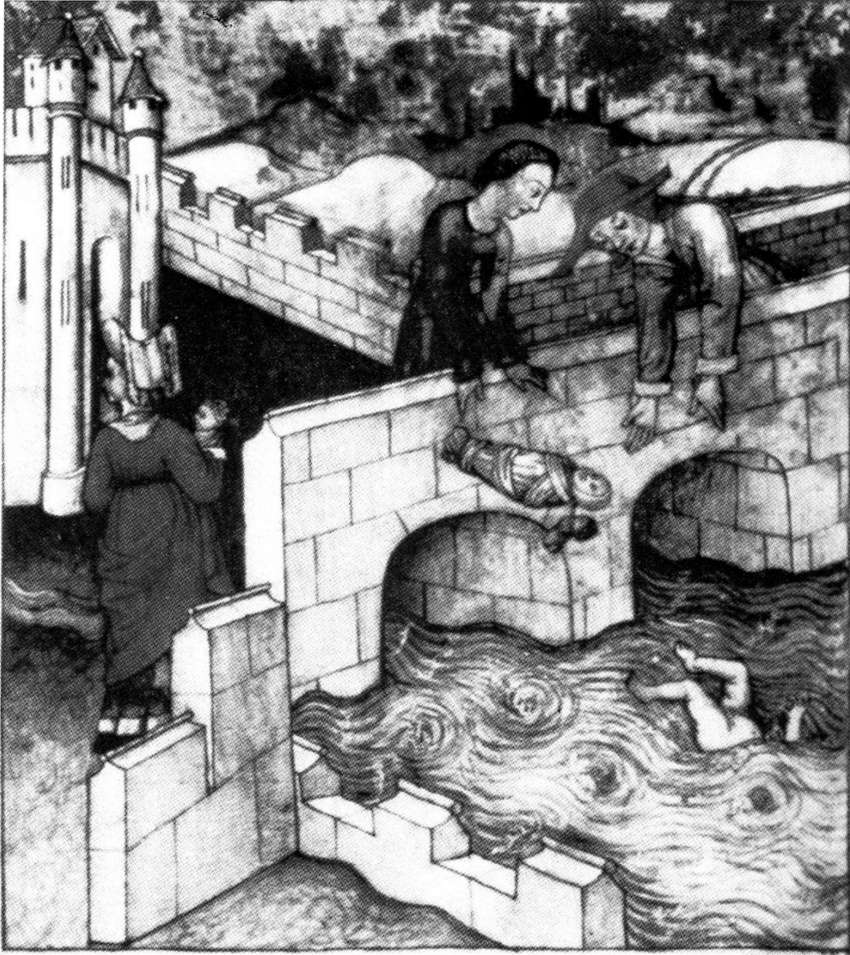


Fig. 2 - Stele funeraria, 2° secolo d.C.

vita romana, per di più trasversale alle varie classi sociali. D'altro canto, tutte le testimonianze disponibili portano a concludere che l'abbandono e la vendita dei bambini fossero ancora largamente praticati nel III-IV secolo. Lo stesso atteggiamento di comprensione dell'abbandono da parte degli scrittori cristiani, attenti a considerare le cause sociali, essenzialmente individuate nella povertà, è del resto rivelatore della mentalità dell'epoca. Così ad esempio nel caso di Ambrogio, vescovo di Milano (dal 374 al 397), ma anche della Chiesa istituzionale nel suo complesso, la quale adottò nei riguardi dell'abbandono un atteggiamento potremmo dire "realistico". Nessun concilio, nessuna autorità religiosa, ad esempio, lo proibì mai, né tanto meno appoggiò le condanne comminate dalle autorità ai genitori che esponevano i figli.

Nel 787, come ci informa Ludovico Antonio Muratori in *Antiquitates italicæ mediæ ævi* (1740), sarà inaugurato un ospizio per trovatelli in Milano, il quale costituirà il prototipo della "casa ospitale", aperta ai bambini senza famiglia, esposti e trovatelli. Come veniamo a sapere dal documento scoperto dal celebre storico e letterato, il motivo che è alla base dell'iniziativa è da individuare in ragioni prettamente religiose. In base ad esse l'arciprete Dateo, per evitare che i bambini concepiti in seguito ad adulterio e fornicazione morissero senza essere battezzati, istituì un apposito ospizio in cui essi potessero essere allevati fino a sette anni. In precedenza i trovatelli erano spesso lasciati nei canali, o gettati nei fiumi.

Dopo quella data, l'Occidente assistette ad una vera e propria fioritura di tali ospizi, i quali precorsero forme più specifiche di spedalità infantile. Essi sorsero a Montpellier (1070), Marsiglia (1188), Parigi (1362). Per quanto riguarda l'Italia, un asilo degli esposti venne fondato a Roma, dove Innocenzo III, a conoscenza del gran numero di donne che gettavano i figli nel Tevere (Fig. 3), aprì nel 1198 presso l'ospedale del Santo Spirito un'area appositamente dedicata ai bambini abbandonati. Dopo Roma, analoghi ospedali furono isti-



Cōment les doloresques pœuvres apres leurs enfautement aidaient couter la honte
du monde sans penser endieu en leur ames par la monement des dyables getoient
leurs enfans sans baptisme en la ruëe du tymbre arame.

Fig. 3 – Madri che gettano nel fiume i figli indesiderati (da Boswell, op. cit. – Roma, Ospedale S. Spirito, Manoscritto della Fondazione, miniatura 3)

tuiti a Venezia (1380) e Firenze (1445): qui celebre è quello di santa Maria degli Innocenti. Nella prima relazione a stampa del priore Gian Giacomo Gilino (Milano 1508), sull'ordinamento e funzionamento dell'Ospedale Maggiore, veniamo a sapere che i bambini ospitati sono chiamati “figli dell'ospedale”, distinti in “figli da latte”, neonati e lattanti, e “figli da pane”, bambini divezzati e fanciulli fino all'età di 8-10 anni.

A fronte di ciò, l'esposizione dei bambini, fenomeno dilagante dal Cinquecento, aumentò progressivamente, con il conseguente aumento dei ricoverati nei brefotrofi. E tuttavia la pratica dell'abbandono deve essersi procrastinata nel XVI secolo, se è vera la testimonianza di un prete, risalente al 1527, secondo la quale “le latrine risuonano del pianto dei bambini in esse immersi”.

Nel Seicento furono non a caso istituite le “ruote”, bussole di legno ruotanti, dotate di un'apertura sull'esterno del brefotrofo: in esse il bambino poteva essere abbandonato senza che la madre venisse riconosciuta. Scrive Della Peruta⁸:

La pratica dell'esposizione [fu] incentivata dal sistema della ruota o torno che permetteva di lasciare in modo anonimo gli infanti agli ospizi dei trovatelli (...) i piccoli esposti – in genere di pochi giorni o poche settimane di vita – erano allattati per qualche mese all'interno dell'istituto da balie appositamente pagate; al baliatico interno seguiva quello esterno, cioè l'affidamento dei bambini a nutrici contadine allettate da un tenue compenso. Il contingente globale degli esposti veniva drasticamente falcidiato dall'altissimo tasso di mortalità della categoria (...) perché la morte colpiva molto duramente i piccoli abbandonati.

Per altro verso, paradossalmente, le degradate condizioni igieniche e sanitarie, nonché il sovraffollamento, rendevano i brefotrofi veri e propri “sepolcri”, così come erano definiti anche in documenti ufficiali. La stessa esposizione alla ruota era chiamata “strage degli innocenti” o “infanticidio legale”.

E' inoltre da rilevare, con Cosmacini⁹, che prima dell'Ottocento e ai primi del '900, i luoghi istituzionali dell'assistenza ai bambini erano disertati o quasi dalla figura del medico, anche perché ancora incompetente rispetto alle malattie infantili. A fine Settecento/inizio Ottocento il medico era ancora senza armi contro le malattie e la mortalità infantile.

Con il XVIII secolo l'infanzia ormai è stata "scoperta"; il bambino ha assunto una sua individualità. Quelli che ancora rimangono indefiniti sono i confini temporali di questa individualità e, correlativamente, i suoi diritti. Ma l'affetto ispirato dai bambini nei loro genitori e le attenzioni da questi ricambiate verso i figli caratterizzano la nuova civiltà familiare (paterna) che connota il secolo dei lumi.

Ariés, sintetizzando l'evoluzione dei complessi rapporti che sono intercorsi nel corso dei secoli tra adulti e bambini, scrive:

L'uomo dell'Occidente ha subito nel '700 e '800 una rivoluzione dell'affettività che non lo rende certo migliore, ma diverso. I suoi sentimenti sono suddivisi in altro modo e in particolare sono più accentrati sul figlio.

Il nuovo punto di equilibrio è costituito dalla nuova sensibilità con cui l'uomo, a differenza di quanto era avvenuto per il passato, percepisce la morte infantile come un evento luttuoso, assolutamente intollerabile.

Parallelamente a questa acquisizione, già presente nel Settecento, c'è la cura dell'igiene e della salute fisica, che rappresenta anch'essa una sorta di rivoluzione copernicana. L'attenzione al bambino non era più appannaggio, come era accaduto nel passato, di pochi uomini di Chiesa o di legge - XVI secolo -, o di più numerosi moralisti - XVII secolo. A promuovere un nuovo orientamento nei confronti dell'infanzia sofferente, sarà ora, soprattutto nell'Ottocento, la scienza medica.

Due esempi, per tutti, bastano a meglio definire la qualità della trasformazione verificatasi tra il XVIII e il XIX secolo. Se alla fine del '700 Giovanni Verardo Zeviani denunciava l'atteggiamento

rinunciario della medicina del suo tempo nella cura delle malattie infantili affermando: “I medici, mentre sono intenti a prolungare per poco con la loro arte una vita già stanca e decrepita, trascurano di conservar quella de' bambini, che tutta ancora è da vivere”, lasciata com'è esclusivamente a “rozze femmine e indiscrete mammane”, nel 1866 Emilio Valsuani, “medico primario per le malattie dei bambini e delle femmine dell'Ospedale Maggiore di Milano”, citando il medico tedesco Christopher Wilhelm Hufeland (1762-1836), getterà le basi per la nascita disciplinare della Pediatria affermando che “si può essere medici eccellenti per gli adulti, ma incapaci per i bambini”, testimoniando la piena consapevolezza della diversità e particolarità del soggetto di cura.

In perfetta sintonia con questo concetto si allinea il pensiero di Abraham Jacobi (1889) che afferma non essere il bambino un adulto in miniatura¹⁰.

Per giungere al trattamento dei bambini malati, da attuare in ospedali pediatrici e tramite l'istituzione di appositi insegnamenti di Pediatria¹¹, occorrerà però attendere gli inizi del '900. La nascita delle cliniche pediatriche e lo sviluppo dei grandi ospedali, oltre a segnare la crescita della Pediatria e la sua autonomia nei confronti della medicina dell'adulto, ha messo in evidenza - nel corso di tutto il XX secolo - le particolari esigenze che l'età infantile pone all'intervento e all'assistenza medica. D'altro canto, la storia della ospedalità infantile dal Medioevo ad oggi, come ha acutamente osservato Burgio, ci “ha fornito qualche drammatico insegnamento (mai obsoleto) sulla necessità di ottemperare alle esigenze psicoaffettive del lattante (e non solo a quelle igieniche e nutritive)”¹² sottolineando l'inscindibile continuità di fisico e psicologico.

E sono proprio le esigenze psicologiche del bambino, conseguenti alla malattia e alla ospedalizzazione che, se inascoltate, vanno ad aggravare quel doloroso vissuto che fa da ostacolo al percorso terapeutico, oltre a costituire violazione dei diritti del bambino.

Ebbene, trovare una risposta a queste “esigenze psicoaffettive”, facendole divenire il cardine di un rinnovato percorso terapeutico, è il compito che abbiamo oggi. Esso ci è imposto dal processo di civilizzazione, dalle lezioni della storia, dalla nostra stessa coscienza. Ma esso ci è imposto soprattutto dalla necessità di dare una risposta alla domanda muta di aiuto, troppo spesso inascoltata, che sale, imperiosa, dai bambini. Saremo all'altezza di esso?

BIBLIOGRAFIA E NOTE

Ringraziamento

L'autore desidera ringraziare il professor Roberto Burgio per il partecipato sostegno alla elaborazione di questo lavoro, ma soprattutto per l'impegno culturale e umano del suo insegnamento.

1. SQUIRES V.L., *Child-focused perioperative education: Helping children understand and cope with surgery*. Seminars in Perioperative Nursing 1995; 4(2): 80-87.
2. LeROY S., ELIXSON E.M., O'BRIEN P., TONG E., TURPIN S., URZAK K., *Recommendations for preparing children and adolescents for invasive cardiac procedures: A statement from the American Heart Association Pediatric Nursing Subcommittee of the Council on Cardiovascular Nursing in collaboration with the Council on Cardiovascular diseases of the Young*. Circulation 2003; 108: 2550-2564.
3. LEROY S. et al., op. cit. nota 2.
4. VERNON D.T.A., SCHULMAN J.L., FOLEY J.M., *Changes in children's behavior after hospitalization: Some dimensions of response and their correlates*. American Journal of Diseases of Children 1966;111: 581-593.
5. KAIN Z., MAYES L.C., O'CONNOR T.Z., CICCHETTI D.V., *Preoperative anxiety in children: Predictors and outcomes*. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine 1996; 150: 1238-1245; KAIN Z., WANG S.M., MAYES L.C., CARAMICO L.A., HOFSTADTER M.B., *Distress during the induction of anesthesia and postoperative behavioral outcomes*. Anesthesia & Analgesia 1999; 88: 1042-1047.
6. ARIÈS P., *Infanzia*. In: *Enciclopedia*, vol. VII, Einaudi, Torino, 1979.

L'evoluzione storico-culturale dell'ospedalizzazione infantile

7. BOSWELL J., *L'abbandono dei bambini in Europa occidentale*. Milano, Rizzoli, 1991 (ed. orig. 1988).
8. DELLA PERUTA F., *Infanzia e famiglia nella prima metà dell'Ottocento*. Studi Storici; 3, luglio-settembre 1979: 473-491.
9. COSMACINI G., *Introduzione*. In: SIRONI V. A., TACCONI F. (a cura di), *I bambini e la cura. Storia dell'ospedale dei bambini di Milano*, Bari, Editori Laterza, 2001.
10. JACOBI A., *The relations of pediatrics to general medicine*. Transactions of the American Pediatric Society 1889; 1: 15-17. Op. cit. in: BURGIO G.R., BERTELLONI S., CORSELLO G., *Il bambino non è un adulto in miniatura*, in: BURGIO G.R., BERTELLONI S., *Una Pediatria per la società che cambia*. Milano, Tecniche Nuove, 2007.
11. BURGIO G.R., *La Pediatria in Italia: passato e presente*. In: SIRONI V. A., NAPOLI C. (a cura di), *I piccoli malati del Gianicolo. Storia dell'Ospedale pediatrico Bambino Gesù*. Bari, Editori Laterza, 2001.
12. BURGIO G.R., op. cit. nota 10.

Correspondence should be addressed to:

luciano.baldini@uniroma1.it