

Articoli/Articles

VERSO LA FONDAZIONE DEI PRIMI OSPEDALI PEDIATRICI

G. ROBERTO BURGIO

Università degli Studi di Pavia, I

SUMMARY

THE BIRTH OF PAEDIATRIC HOSPITALS

The social revolution of Enlightenment in XVIII century re-built a new image of children as human beings well – cared – for, needy of consideration, love and respect. The first books devoted to children illnesses were printed in the same century. In XIX century the first hospitals devoted to the therapy of children diseases were organised as medical centers. The first one was founded in Paris in 1802, followed by the Great Ormond Street Hospital in London in 1852. The first italian paediatric hospital was the Ospedale Bambino Gesù in Rome, founded in 1869. A long way has been covered in the last years, both in hospitals and Universities, to adequate the medical paediatric assistance to children needs and to families' requirements. Following technical advancements in diagnosis and therapy, the hospitals have been re-tought according a style better fitting to children world. This is also the inspiration of the Study Group of the Italian Society of Paediatrics (Quality Improvement Group).

Il contesto socio-culturale.

Vi sono almeno tre massime che hanno motivato, alla base, l'autonomia dell'assistenza pediatrica, cioè il riconoscimento di una necessaria emancipazione della Pediatria – quindi, ovviamente delle cure pediatriche, ospedalizzazioni comprese – dalla globale Medicina, già tradizionalmente organizzata per le esigenze degli ammalati adulti.

Key words: Paediatric Hospitals – Children's Diseases – History of paediatric hospitals

Due massime hanno un Autore; della terza sono solo in grado di dire che essa campeggia sul frontespizio della Clinica Pediatrica del Policlinico Umberto I di Roma.

La prima, notissima ai Pediatri, e largamente entrata nella nostra cultura, è di Giovenale (60ca-140ca; Satira XIV, verso 47) e recita: “*Maxima debetur puero reverentia*”. Essa nasce in un ambiente della antica Roma e stigmatizza un malcostume psicopedagogico, irrispettoso della dignità adolescenziale.

La seconda è datata di poco più di un secolo (1889). E’ di A. Jacobi, espressiva delle forti diversità fisiologiche, metaboliche e neuropsichiche, soprattutto, ma anche in termini di malattie che differenziano gli organismi umani in crescita da quelli adulti. In sintesi, e nell’impiego che sogliono farne i pediatri, viene riassunta nel concetto che “un bambino non è un adulto in miniatura”¹.

La terza, di per sé assai concisa, recita “*in puero homo*” e può, a buona ragione, parafrasarsi, affermando che “in ogni bambino vi è un uomo in divenire”.

Se la prima attiene al diritto di ogni bambino a vivere in un ambiente moralmente sano, essa sottende, anche, implicitamente almeno, l’esigenza che (altrettanto) un bambino malato sia “bene ambientato”, in ottemperanza, cioè, alle sue esigenze psichiche e sociotemperamentali; in altri termini, che venga ospitato in una struttura di accoglimento congrua e idonea ad esse.

Ad una indicazione specifica sulla necessità di cure pediatriche differenziate e, di conseguenza, sull’esigenza di una ambientazione in una struttura funzionante e organizzata “a misura di bambino” risultano ispirate le altre due espressioni: una sottende la tesi della necessità di differenziare ed emancipare le cure pediatriche (nel più largo senso intese) da quelle dell’adulto; l’altra va letta nel senso che va rispettata la crescita del bambino (in tutti i modi favorendola) in quanto va favorita in tutte le sue esigenze, fisiche mentali e sociali, la maturazione del bambino in adulto.

Delle tre affermazioni – tutte, in realtà, convergenti e degne di contribuire alla coscienza professionale del pediatra – quella di Jacobi sembra la più funzionale e si colloca in un'epoca (fine del XIX secolo), a sua volta, successiva di circa un secolo – finalmente – alla scoperta della “dignità” del bambino. Pochi dubbi che la originaria configurazione di quest'ultima si allinei, cronologicamente, con le prime attenzioni che al bambino vengono concesse, “nel secolo dei lumi”.

Ne parliamo, un momento, solo per motivare che mai la realizzazione di una struttura, di una costruzione (ospedaliera), già importante, come tale, specificamente destinata a curare bambini, avrebbe potuto aver luogo se a questi bambini non si fosse (finalmente) rivolta e dedicata attenzione sociale attribuendo loro dignità di essere persone meritevoli di specifica – anzi particolare – considerazione nel consorzio societario degli umani.

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.

E sappiamo, anche, che una svolta radicale, per quanto attiene all'attenzione che al bambino era stata concessa in pedagogia, in letteratura, e soprattutto nella famiglia, aveva avuto luogo a cavallo fra il XVIII e il XIX secolo, al punto che, a proposito di questo passaggio di secolo (diciamo ancora 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 non capace di ragionare sul modello degli adulti) e che, da allora in avanti, “sarà tutto”. Qualche anno dopo Ariès, Zelizer 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 diffuso lavoro minorile) a quella del sentimento².

Il passo successivo poteva essere breve, quasi immediato, e tale è stato. Sentimento vuol dire “affetto” e “attenzione”. Vi è un bel saggio sul primo (sull’affetto), per la penna di Egle Becchi, in Guarnieri P. “Bambini e Salute in Europa 1750-2000”³. E Egle Becchi, che si occupa di “Corpi infantili e nuove paternità: agli inizi della puericultura”, fornisce, riguardo a questa acquisita dignità sociale, anzi, sociofamiliare dei bambini, eloquenti (e, persino, tenere) testimonianze “dal vivo”.

Vengono, infatti, miniaturizzate con dovizia di riferimenti le “nuove paternità” di autorevoli pensatori del XVIII secolo, fra i quali Pietro Verri (1728-97), “papà illuminista” per eccellenza, intese ad osservare e controllare lo sviluppo dei “corpi infantili” dei loro bambini. Riporto, da questo contributo di Egle Becchi alcuni concetti:

...il padre della cultura francese dei lumi è un padre vicino, sorpreso nell'intimità familiare ... affettuoso, pieno di idee educative, centrale nella crescita dei figli e delle figlie;

...il corpo infantile assume una centralità affatto inedita rispetto alle epoche precedenti; ... nasce una puericultura, non dotta, che dei padri mettono a punto; ... il padre divenuto una figura della domesticità ... assume impegni formativi sgranandoli nelle ore di casa; ... questi nuovi pedagoghi dei loro figli scrivono di quello che fanno ... guardano con particolare attenzione alla vita fisica dei loro bambini.

E per altro, “la vita fisica dei bambini” comincia proprio, contemporaneamente, nel secolo dei lumi, ad assurgere a vero e proprio livello di “attenzione”, divenendo oggetto – oltre che di assistenza ospedaliera, come subito vedremo – di cultura medico-pediatrica in funzione di una progressiva letteratura-trattatistica. Campeggia, agli albori di essa, l’opera di Nils Rosen von Rosenstein (1764), medico svedese, destinata ad una diffusione Europea: Germania, Inghilterra, Francia, Italia, in altrettante traduzioni⁴.

Preceduti, in Gran Bretagna, da un libro di Walter Harris *De Morbis Acutis Infantum* (1689), vengono due trattati di significativa rilevanza storica: quello di Armstrong (1767), (il cui nome torneremo a ricordare in quanto benemerito precursore della mentalità ambulatoriale-ospedaliera dell'assistenza pediatrica), e quello di Underwood (1784).

Nel 1794, è un pediatra svizzero, Girtanner che pubblica (a Gottinga) un altro trattato importante. Era stata aperta così la strada alla grande letteratura di trattatistica pediatrica che doveva fiorire nel XIX secolo in Francia, dopo Charles Michel Billard (1828), con Rilliet e Barthez (1843), Bouchut (1845), Comby (1892), come in Germania, con Alfred Vogel (il cui *Lehrbuch* si diffuse dal 1860 al 1902 in 12 edizioni) e con Gerhardt (1877), Henoch (1881) e Baginsky (1882), ma anche in Russia, con Filatov (ultimi decenni dell'800) e negli Stati Uniti d'America, con Smith (1869). L'Italia segue a distanza: traduzioni dal tedesco e dall'inglese a parte, troviamo, fra i primissimi libri, quello di Luigi Concetti (*L'igiene del bambino*, 1903), il *Manuale pratico di Pediatria* di Olimpio Cozzolino (1911), quello di Francesco Valagussa (1915). Il primo grande trattato in tre volumi, per la cura di Carlo Comba e Rocco Jemma è del 1934.

I primi Ospedali pediatrici all'estero

Dalle belle pagine di V.A. Sironi⁵ emerge con piena realtà, anzitutto, che, in tema di assistenza ospedaliera ai bambini, non abbiamo primati da vantare nel nostro Paese. Di certo motivatamente, Sironi dà inizio alle sue pagine trattando anzitutto dell'"estero", appunto, con "l'esperienza estera". Parigi è capofila con l'*Hôpital des Enfants Malades*. Questo

“era il nuovo nome col quale a Parigi il 13 maggio 1802, anno X della Repubblica, veniva ribattezzato un vecchio orfanotrofio, la Maison de

l'Enfant Jesus, che trasformava la sua attività da assistenziale in medica. I lumi della ragione e i fuochi della rivoluzione, nonostante gli inevitabili eccessi, avevano contribuito in modo determinante alla scoperta dell'individuo, coi suoi diritti di libertà e di uguaglianza e con la sua dignità di persona. La particolare attenzione alle categorie individuali comprendeva anche la scoperta dell'infanzia e, in particolare, dell'infanzia malata".

Nulla che conti nel progresso accade a caso nella Società degli umani e nello sviluppo delle sue istituzioni.

Pochi dubbi, infatti, che anche – o proprio – la creazione del primo Ospedale specificamente e funzionalmente destinato alla accoglienza e alle cure dei bambini doveva trovare “a monte”, quella cultura pedocentrica che nasce proprio in Francia – come abbiamo annotato – con (e dopo) Rousseau. E questo primato francese, di creazione del primo Ospedale pediatrico, è un “primato con distacco”.

Vienna segue ad oltre 30-40 anni, con la fondazione dell'*Ospedale di Sant'Anna* (1837) e dell'*Ospedale San Giuseppe* (1842). Tuttavia, valore di “apri pista”, verso il sorgere di queste due fondazioni viene riconosciuto all'opera di Joseph J. Mastalier in quanto fondatore, nel 1787, di un “primo istituto pubblico per bambini malati”, dedicato all'assistenza consultoriale-ambulatoriale, non ospedaliera.

A Londra sorge, nel 1852, il grande Ospedale di *Great Ormond Street*, anche questo non privo di gloriosi precedenti ambulatoriali, ispirati alla sensibilità sociale e alla passione pediatrica di George Armstrong, a sua volta ideatore e creatore di impegnati servizi ambulatoriali resi operativi il 24 Aprile 1769.

Se, per la penna di Sironi⁶ queste date e questi dati storici vengono proposti come emblematici, pure, lo stesso studioso li integra con una sequenza significativa di altri “cronologici primati” che riporto in tabella 1. Ancora più particolareggiata è l'elencazione riferita da N. Latronico nel suo trattato di *Storia della Pediatria*⁷.

Verso la fondazione dei primi ospedali pediatrici

Tab. 1. Principali Ospedali pediatrici fondati in Europa nella prima metà del XIX secolo

1802	Parigi	Hôpital des Enfants Malades*
1830	Berlino	Pavillon de la Charité
1834	Pietroburgo	Ospedale Infantile Nicola
1837	Vienna	Ospedale Pediatrico Sant'Anna*
1837	Breslavia	Ospedale Augusta
1839	Budapest	Ospedale Pediatrico
1842	Vienna	Ospedale San Giuseppe*
1842	Praga	Ospedale Francesco Giuseppe
1842	Mosca	Ospedale Infantile
1842	Stoccarda	Ospedale Olga
1843	Berlino	Ospedale Elisabetta
1844	Berlino	Ospedale Luisa
1844	Pietroburgo	Ospedale Clinico Elisabetta
1850	Copenaghen	Ospedale Infantile Regina Luisa
1852	Londra	Great Ormond Street Hospital*

*menzionato nel testo

Per una anagrafe degli Ospedali Pediatrici in Italia.

Con la conclusione della prima metà del XIX secolo, altrettanto, si conclude l'elencazione "anagrafica" della nascita dei "primi ospedali pediatrici" realizzati in Europa⁸.

Quando sorgerà il primo ospedale pediatrico in Italia, degno di questa definizione?

La tabella 2^{9,10} lo indica chiaramente: dovremo attendere il 1869, quando sarà l'Ospedale Bambino Gesù il primo nella cronologia, anche se risulta preceduto da due strutture, molto parziali, tuttavia, nel loro raggio di assistenza: una a Torino (1845), dove l'Ospedale di Santa Filomena per bambine cattoliche non accoglieva quelle con malattie infettive, e una a Viareggio (1853), dove un Ospizio Marino accoglieva bambini scrofolosi¹¹. E la parzialità dell'assistenza è la caratteristica di varie altre strutture pediatriche fondate intorno agli

Tab. 2. *Ospedali Infantili* (un'anagrafe, secondo Allaria 1937)

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

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, il Pio Istituto per bambini rachitici, voluto da Gaetano Pini; nel 1881, la Pia istituzione per la cura climatica gratuita (marina, alpina) per tisici.

A nessuna di tali strutture può competere l'attribuzione e il titolo di ospedale, nel senso proprio inteso. Va detto piuttosto che alla storica data del 1869 seguono quelle del 1881 con l'Ospedale di Cremona,

Verso la fondazione dei primi ospedali pediatrici

del 1882 con quello di Palermo, del 1888 con quelli di Genova e Livorno, del 1891 con quello di Firenze, del 1900 con quello di Ancona. Nella sua già ricordata pubblicazione del 1937, Allaria¹² elenca in Italia i venti Ospedali pediatrici, riportati nella tabella 2 oltre alle diciannove cattedre di Pediatria (tabella 3) con annesso reparto di degenza e a quindici sezioni pediatriche presso altrettanti Ospedali (Asti, Belluno, Bergamo, Bolzano, Como, Ferrara, Grosseto, Ivrea, La Spezia, Lecco, Milano, Reggio Emilia, Genova-Sampierdarena, Torino, Vercelli); ma risultano ancora operanti quindici strutture per bambini tubercolotici e ben cinquantotto brefotrofi provinciali (forse, per il loro numero,

Tab. 3. Le cattedre di Pediatria e le cliniche pediatriche universitarie in Italia: 1882-1924 – (Bibl. 11)

		Insegnamento	Clinica
Padova	D. Cervesato	1882	1889
Napoli	F. Fedè	1886	1890
Firenze	G. Mya	1891	1900
Roma	L. Concetti	1894	1897
Genova	R. Jemma	1898	1898
Bologna	D. Cervesato	1899	1899
Parma	C. Cattaneo	1900	1900
Palermo	R. Jemma	1904	1905
Siena	E. Cagnoni	1904	1905-06
Modena	R. Simonini	1907	1911
Pavia	S. Riva Rocci	1909	1913
Catania	A. Longo	1909	1911
Sassari	A. Fidia	1911	1911
Cagliari	O. Cozzolino	1912	
Torino	G.B. Allaria	1912	1912
Milano	C. Cattaneo	1915	
Messina	S. Cannata	1919	
Pisa	A. Michelazzi	1919	1924
Bari	S. Maggiore	1924	1924

un indice dei tempi, del costume, dell'etica di quella società). Gli ultimi decenni dell'Ottocento e i primi del Novecento erano i tempi in cui la creazione e il funzionamento degli ospedali fruibano soprattutto della munificenza dei benefattori, con cui spesso convergeva, poi, la partecipazione sociale dell'amministrazione civica¹³.

Erano anche i tempi in cui i farmaci avevano scarso valore terapeutico (o ne erano privi) (Scheda 1).

Se è giusto pensare che un Ospedale – di fondo – sorge e funziona per ottemperare alle esigenze dei malati stessi, grandi (adulti) o piccoli che siano, viene spontaneo (e necessario) ammettere che tale funzionamento debba perseguire principalmente due scopi.

Il primo sarà quello di ottemperare alla cura dei malati stessi correggendo gli effetti delle malattie nel rispetto delle esigenze psicologiche di essi, adulti o bambini, e, specie in quest'ultimo caso, nel rispetto dei loro forti legami affettivi con i genitori, con i familiari (anzi con l'ambiente di famiglia).

Scheda 1 – Terapia ospedaliera alla fine dell'Ottocento¹⁴

Tra i rimedi più ricorrenti abbiamo trovato lo sciroppo del Ruspini, lo sciroppo di pirofosfato di ferro e soda, l'olio di fegato di merluzzo, il solfato di chinino ed il percloruro di ferro, questi due ultimi trovavano impiego sia nelle febbri ricorrenti, sia nelle suppurazioni, di qualsiasi natura esse fossero.

Inoltre il percloruro veniva dato in alcune forme di difterite e sembra con risultati davvero brillanti. Nelle febbri complicate da catarrhi gastrointestinali, si usavano iniezioni ipodermiche di cloridrato di chinino di cui si faceva una soluzione di 20 centigrammi per un litro di acqua.

Nelle affezioni reumatiche venivano fatte delle strofinazioni con petrolio rettificato e iodio, anzi, tale metodo, che sul principio aveva lasciato scettici i medici, era stato importato dall'America, dove sembra fosse stato scoperto per puro caso. Le dermatosi sifilitiche venivano curate con il liquore Van Swieten, a base di arsenico, ma qui i risultati non dovevano essere brillanti...

Pesò subito, sin dall'inizio del funzionamento del primo Ospedale (l'Ospedale Bambino Gesù) il rischio che la ospedalizzazione potesse indurre sofferenze nei bambini (e nei genitori) per il reciproco distacco. La contrapposizione all'ospedalizzazione trovò vivaci sostenitori nei fautori delle cure ambulatoriali che, ovviamente, evitano questo distacco. L'argomento è egregiamente trattato da Patrizia Guarnieri¹⁵, con sensibilità e vivacità di particolari.

Non trascurarlo mi sembra importante anche perché trova riscontro forte nei nostri giorni: sia con la creazione (anni '70) dei Day-Hospital, poi anche dei Day-Surgery, entrambi nuclei razionali e propedeutici di una – purché equilibrata – deospedalizzazione, sia con una accurata (ben pensata, ben sentita) “umanizzazione” degli ospedali pediatrici, anzitutto in termini di presenza delle madri per tutti, brevi – e lungo-degenti; ma anche di: gaiezza degli ambienti, scuola, gioco, intrattenimenti, supporti psicologici, soprattutto per lungo-degenti^{16,17}.

Il secondo scopo di un ospedale è quello di aderire alle esigenze “epidemiologiche” e/o di emergenza del momento. Gli antichi sanatori per la tubercolosi, pienamente motivati ancora lungo tutti gli anni '50 sono stati rapidamente smantellati e/o recuperati verso altre esigenze sanitarie; analoghe strutture sanitarie (socio-sanitarie, climatiche) pediatriche già numerose e benefiche, anch'esse, lungo la prima metà del XX secolo (marine, specie per la scrofolosi e le forme ossee di tubercolosi, o montane, che fossero) dovevano avere il medesimo destino. Dei “tifosari”, dei lazzeretti (Ospedali di rigoroso e spesso “abbandonico” isolamento di ammalati contagiosi, funzionanti già a far tempo dal XV secolo) è rimasto, in linea di massima, appena un ricordo storico. Più in generale, ampi spazi ospedalieri delle strutture pediatriche già dedicati a piccoli ammalati di altre malattie infettive (dalla difterite, alla poliomielite, dalla pertosse con le sue complicanze, alla “meningite cerebrospinale epidemica” o alle gastroenteriti

acute dei lattanti, così spesso “tossiche”, di cui, tutte, chi ha l’onore di intrattenervi qui ha avuto lunga, personale esperienza) sono stati utilizzati per ben altre patologie.

Avevo avuto modo di riflettere qualche anno addietro¹⁸ sui cambiamenti cui è andata incontro la Medicina, la Pediatria, negli ultimi 30-40 anni. Ne riporto qui, esemplificativamente, soltanto alcuni (Scheda 2) fra quelli più vicini al nostro tema.

Indubbiamente ai cambiamenti epidemiologici (e non solo) delle patologie, ai profondi cambiamenti degli approcci diagnostici e terapeutici ai bambini ricoverati (quali che fossero le malattie che ne abbiano motivato il ricovero), vanno adeguati i cambiamenti funzionali, e di conseguenza anche ambientali, igienico-alberghieri e strutturali che gli Ospedali pediatrici debbono realizzare per stare al corrente con i tempi. Il concetto lungamente prevalente che ha pervaso e motivato l’essenza stessa del ruolo e dell’operatività di un Ospedale, anche pediatrico, è stato quello di una assistenza medica diagnostico-terapeutica scrupolosa e continuamente rinnovata e aggiornata. A centotrentacinque anni (e oltre) dalla fondazione del primo - storico - Ospedale pediatrico italiano (1869) potremmo dire che questa è stata (e rimane) una “*condizione necessaria*”; ma, oggi dovremmo aggiungere “*non sufficiente*”. I valori e i sentimenti umani dei ricoverati richiedono di più. E, di fatto, gli Ospedali pediatrici sono venuti adottando uno stile che, a 360°, li rende attivi “a misura di bambino”^{20,21}.

Comunque, pervenuto a questo punto, mi rendo conto che siamo alla cronaca e non più alla storia.

E, in questo senso, della cronaca fanno parte gli ospedali della rete che li definisce “Ospedale amico”, gli ospedali che fanno telemedicina, come, altrettanto, quelli che dislocano forze umane (medici, infermieri, tecnici) e risorse economiche e di progresso nei paesi in via di sviluppo. Un ruolo sempre più significativo dovrebbero

Scheda 2 – Cambiamenti della Medicina, della Pediatria negli ultimi 30-40 anni. Una rimeditazione ¹⁹.

- *Vecchie malattie sono scomparse (vaiolo, encefalite letargica; estesamente, difterite, poliomielite, gastroenteriti “tossiche” dei lattanti) o potrebbero scomparire (morbillo, tetano, epatite B, rosolia; parotite; malattia emolitica neonatale-Rh; rachitismo carenziale; malattia reumatica; auspicatamente la thalassemia major) o ne è profondamente migliorata la prognosi per terapie sempre più efficaci.*
- *Nuove malattie compaiono (AIDS, specie da trasmissione materna, pneumopatia da Legionella, malattia di Kawasaki, febbri periodiche, ma anche malattie da prioni e/o da “nuovi” virus) o emergono in una nuova dimensione di prevalenza (epatite C, malattia di Lyme, allergie, micobatteriosi atipiche, tossicodipendenze, “malattie sessualmente trasmesse” come la malattia infiammatoria pelvica delle adolescenti...*
- *Vi sono malattie emergenti o ri-emergenti (ad esempio la sifilide, anche in rapporto a nuovi flussi migratori o talune zoonosi “vecchie”, come la brucellosi, e “nuove”, come l’influenza aviaria).*
- *Di per sé, il bambino extracomunitario pone nuovi problemi di assistenza e di salute (oltre che di approccio comunicativo).*
- *Malattie, già ritenute a prognosi infausta, non sono – in senso assoluto – più tali (oncoematologiche, genetiche) in funzione di continui aggiornamenti delle cure e di nuove terapie di frontiera (trapianti di cellule staminali emopoietiche, possibilmente anche di geni).*
- *Nuove tecniche di terapia intensiva, per esempio, e particolarmente, nel neonato (specie se gravemente pretermine), permettono di mantenerlo in vita.*
- *Terapie con sempre nuovi antibiotici, “rinnovati” protocolli terapeutici per malattie acute e aggressive ne migliorano radicalmente la prognosi non senza rischio, talvolta, di “nuove” resistenze. Altrettanto nuove terapie più razionalizzate (anche il self-management) migliorano la qualità di vita dei malati cronici e la prolungano.*

svolgere nei prossimi anni le reti OMS degli ospedali che fanno, della promozione della salute, la propria *mission* (HPH = Health Promoting Hospitals), dove il termine promozione della salute

assume valenze specifiche, tecniche, in base alle quali l'intero ambiente ospedaliero dovrebbe trasformarsi, per adeguarsi alle esigenze socioculturali e più specificamente biologico-sanitarie degli assistiti e dei loro congiunti. Un esempio pertinente è costituito dai cosiddetti Migrant Friendly Hospitals (MFH) in cui particolarmente curate sono l'accoglienza e la mediazione culturale, di modo che il medico di pronto soccorso e il pediatra, il ginecologo e l'ortopedico, l'infettivologo e lo psicologo siano facilitati nel loro compito. Comunque, quali che siano i modelli di funzione per gli ospedali del futuro (più o meno prossimo) al Gruppo di Studio dell'Accreditamento e il Miglioramento Continuo della Qualità (GSAQ) della Società Italiana di Pediatria va il compito meritevole e il pregio elettivo di potenziare in ogni Ospedale Pediatrico le risorse tecniche e umane che meglio sappiano garantire lo stile della solidarietà sociale e dell'accoglienza²².

BIBLIOGRAFIA E NOTE

1. JACOBI A., *The relations of Pediatrics to general Medicine*. Transaction of the American Pediatrics Society 1889; 1: 15-17 (rif. in: BURGIO G.R. E NOTARANGELO L.D., voce bibliografica 18, pag 11).
2. BURGIO G.R., *Il bambino fra natura e cultura*. Riv. Ital Pediatr 1996; 22: 419-25.
3. GUARNIERI P., *Bambini e Salute in Europa 1750-2000*. Medicina e Storia 2004; IV, 7.
4. LATRONICO N., *Storia della Pediatria*. Torino, Minerva Medica Editore, 1977; 642-44.
5. SIRONI VA. *Bambini e Ospedali. Nascita e sviluppo degli ospedali pediatrici in Italia*. In: SIRONI A.V. E NAPOLI C. (a cura di), *I Piccoli Malati del Gianicolo. Storia dell'Ospedale Bambino Gesù*. Roma-Bari, Laterza Editori, 2000; 26-40.
6. Cfr. op cit. nota 5.
7. Cfr. op. cit. nota 4.

Verso la fondazione dei primi ospedali pediatrici

8. Cfr. op. cit. nota 5.
9. ALLARIA G.B., *La Pediatria in Italia*. Milano, Stampa Medica Italiana, 1937.
10. BURGIO G.R., *La Pediatria in Italia: passato e presente*. In: SIRONI A.V. E NAPOLI C. (a cura di), *I Piccoli Malati del Gianicolo. Storia dell'Ospedale Bambino Gesù*. Roma-Bari, Laterza Editori, 2000; 41-78.
11. MAGGIONI G., *Appunti per una storia della Pediatria Italiana nel XX secolo*. In: *Pediatria Storia e Futuro*. Modena, Aprile 1998 (e rif. nella voce bibl. 10).
12. Cfr. op cit. nota 9.
13. Cfr. op. cit. nota 10.
14. MARTINELLI V., *Dal Tevere al Gianicolo*. Roma, Edizioni Il Ventaglio, 1990.
15. GUARNIERI P., *Piccoli, poveri e malati. Gli ambulatori per l'infanzia a Roma nell'età liberale*. Italia Contemporanea. 2001; 223: 225-57.
16. VERRI A.P., BURGIO G.R., *Solidarietà per il bambino in ospedale*. In: *Funzione Docente*. Bollettino IRRSAE – Sicilia. 1994; 13-27.
17. NESPOLI L., VERRI A.P., BURGIO G.R., *Scuola in Ospedale: problemi organizzativi*. In: FAUTONE G. E CRESPIA M. (a cura di), *Scuola e Ospedale: insieme per il bambino malato*. Roma, Domus Pacis 1993, 28-30 ottobre, pp. 23-6.
18. BURGIO G.R., NOTARANGELO L.D., *Malattie Maestre. Una storia di grandi malattie dei piccoli*. Milano, UTET, 2002, pp.18-19.
19. Cfr. op. cit. nota 18.
20. Cfr. op. cit. note 16 e 17.
21. Cfr. op. cit. note 16 e 17.
22. LONGHI R., ORTISI MT., *Il percorso della qualità in pediatria: l'esperienza del Gruppo di Studio dell'accreditamento e il miglioramento continuo della qualità (GSAQ)*. *Occhio Clinico Pediatria* 2006; 10: 18-22.

Correspondence should be addressed to:

G. Roberto Burgio, Via Colombo, 3 – Pavia, I.