



Atti della Accademia Lancisiana

Anno Accademico 2023-2024

Vol. 68, n° 4, Ottobre - Dicembre 2024

Simposio "La tutela della madre e del fanciullo nell'800 e nel '900"

4 giugno 2024

I bambini e la cura

R. Malandrino

Assicurare la salute e le cure alle madri, prima e durante il parto, nel puerperio e ai neonati fu una delle maggiori difficoltà che i medici furono costretti ad affrontare fino alla metà del XX secolo. La visita del dottore e il costo delle cure erano insostenibili per le fasce sociali più deboli. Solo quando s'interveniva politicamente e furono istituite strutture adeguate e soprattutto gratuite, si poterono ottenere i primi risultati positivi. Istituzioni per i bambini abbandonati erano sorte e gestite grazie alla generosità privata, ma erano insufficienti e anche prive di assistenza sanitaria. Le condizioni dei brefotrofi erano pessime, lo dimostra l'elevata mortalità infantile che raggiunse cifre impressionanti. Negli ultimi anni dell'Ottocento, in quello dell'Annunziata a Napoli, arrivò al 95%, in particolare nel 1895 su 856 lattanti ammessi, solo 3 superarono l'anno di vita. Jessie Jane White (1832-1906), giornalista inglese, fervente sostenitrice del Risorgimento, sposata con il patriota italiano Alberto Mario e autrice di numerose pubblicazioni li aveva definiti "il luogo destinato all'infanticidio legale" e si disse convinta che, se l'amministrazione delle opere pie fosse stata affidata alle donne, in dieci anni, sarebbero scomparsi l'infanticidio e l'abbandono infantile¹. Ci fu anche chi propose di incidere sul loro ingresso il sarcastico motto: "Qui si uccidono bambini a spese dello stato"².

Età	1890	1900	1937
1° anno	192	170	108
2° anno	93	63	34
3° anno	45	28	11
15-20 anni	22	17	13

Tab. 1. Mortalità infantile in Italia negli anni 1890, 1900, 1937 su 1000 nati vivi⁴.

Soltanto alla fine dell'Ottocento, nei brefotrofi, entrarono i medici. Nei primi anni del Novecento le condizioni non erano particolarmente mutate. Al termine della prima guerra mondiale molti istituti furono costretti a respingere un gran numero di bambini che avevano la necessità di essere assistiti. I lattanti morivano soprattutto durante il primo anno di vita, prevalentemente per malattie dell'apparato respiratorio o per gastroenteriti dovute a un'alimentazione non idonea nel periodo in cui avrebbero avuto bisogno di un adeguato allattamento al seno (Tab. 1). Nei brefotrofi, nel 1880, la sifilide fu la causa del 6,15% dei decessi e

questi erano cinque volte più frequenti rispetto a quelli dei bambini allevati in famiglia³. La trasmissione della malattia avveniva soprattutto nei figli abbandonati delle prostitute, i quali infettavano le balie che spesso ne allattavano più di uno nello stesso periodo.

Nel 1917 su 691.207 bambini nati vivi ne morirono 109.307 nel primo anno di vita. La mortalità fu più alta negli illegittimi 304/1000, rispetto ai legittimi 151/1000⁵. Altre cause di mortalità, sia materna sia neonatale, furono i traumi ostetrici, dovuti spesso all'impreparazione delle levatrici che assistevano i parti tra le mura domestiche e richiedevano l'assistenza medica spesso tardivamente. Nelle partorienti, tra il 1922 e 1935 si registrò una mortalità pari a 280 morti su 100.000 parti. Il 93% delle nascite, alla metà degli anni trenta, avveniva in casa e in 900 parti su 1000 era presente la sola levatrice. *“Per un milione di nuovi nati ogni anno muoiono 3.000 e più madri proprio per dare nascita al figlio, nel momento del nascimento del figlio, nella stessa ora: capite, nasce il figlio muore la madre. Doloroso invero! ... circa 2.000 muoiono ancora ogni anno per infezione puerperale su 10.000 che ogni anno ne ammalano. Così son circa 5.000 madri che muoiono ogni anno per la loro maternità od in conseguenza di essa”*⁶.

La malnutrizione e soprattutto le condizioni di vita furono causa di patologie invalidanti. Il rachitismo e l'osteomalacia furono responsabili delle più frequenti alterazioni ossee soprattutto nelle aree più depresse e povere del Paese. Il primo, patologia dell'infanzia sconosciuta nei paesi tropicali, imputabile al deficit della vitamina D nella dieta e alla scarsa esposizione ai raggi solari, insorgeva nei primi sei mesi di vita fino alla caduta dei denti decidui ed era molto diffuso in Italia. La malattia cagionava alterazioni di forma, alterato sviluppo delle ossa e conseguente deformità del bacino. Furono soprattutto gli studi biochimici che permisero di comprendere le alterazioni dei minerali inorganici e portarono alla scoperta nel 1919, da parte di Huldchinsky, del potere antirachitico delle radiazioni ultraviolette dovute alla luce solare, mentre la vitamina D - antirachitica - fu isolata nel 1925, da Windaus. L'incidenza di tale patologia in passato era molto elevata: per Kassowitz nell'Ottocento era colpito il 90% dei bambini delle classi povere. Concetti osservò come 1/3 dei piccoli visitati negli ambulatori della Clinica per Malattie Infettive di Roma nel 1898, ne fosse affetto. Marfan, nel 1923, lo riscontrò nel 40% di quelli tra i tre mesi e i tre anni giunti all'osservazione negli ambulatori ospedalieri⁷.

L'osteomalacia con il miglioramento delle condizioni igieniche e sociali è una patologia in pratica estinta nei paesi occidentali. Fino alla prima metà del Novecento non se ne conosceva chiaramente l'eziopatogenesi e si riteneva che fosse dovuta a una grave alterazione del ricambio del calcio su base endocrina. La sintomatologia era caratterizzata da forti dolori esacerbati dalla pressione e diffusi al bacino che frenavano i movimenti e la stazione eretta e si aggravava a ogni successiva gravidanza. La malattia si manifestava dopo la pubertà, la decalcificazione interessava il rachide, il bacino e gli arti e questi, sottoposti al normale carico, tendevano a incurvarsi e deformarsi. Le alterazioni conseguenti ostacolavano o impedivano la nascita. Poteva insorgere dopo il parto o nel corso della gestazione e per evitarne l'aggravarsi si giunse alla castrazione chirurgica o radiologica per impedire nuovi concepimenti. L'ostetrico Gaetano Casati (1838-1897) ne identificò la causa nelle condizioni miserrime della popolazione. *“Tutte le nostre donne provengono da comuni miserabili, dove è scarso l'alimento, costituito per la massima parte da minestre di riso e più di spesso di pane fatto di zea mais ammuffito e alterato, quasi tutte sono addette ad opifici e specialmente alla lavorazione e tessitura dei filati di cotone, di cui sono frequenti ed estesissime fabbriche in quei circondari, alloggiano assai malamente, raccolte in molte stanze male aerate, mal riparate, cui il vetro delle finestre è quasi sempre rimpiazzato da un sottile foglio di carta, che alla più piccola causa si lacera e non viene né subito né convenientemente riparato e, particolarmente nel circondario di Gallarate, pregne di umidità, sia che questa provenga dal sorgere le case sopra un terreno argilloso, sia dall'essere parecchie di esse inferiori d'assai al livello dei cortili e delle strade, cioè quasi cantine, costruite così a bella posta, onde col loro umidore mantenessero una certa morbidezza dei fili di cotone e ne impedissero il facile spezzarsi... Quasi tutte hanno figliato molte volte, sempre allattato la loro immensa prole e per molti mesi e non contente di ciò porsero il seno ad altro bambino col secondo latte (come dicono comunemente) dopo divezzato il proprio, sono male riparate nell'inverno con abiti logori ed insufficienti, tormentate quasi sempre dal bisogno, dall'inopia (mancanza totale dei mezzi di sussistenza),*



Fig. 3. *Balia.*

La corretta alimentazione, soprattutto nel primo e nel secondo anno di vita, fu uno dei maggiori problemi, nel XIX secolo e nella prima metà del XX, la cui soluzione non fu facile. Una delle difficoltà per allevare i figli che le madri povere dovevano affrontare era la scarsità del latte, dovuta a un'alimentazione insufficiente. La lavoratrice che non aveva la possibilità di allattare spesso non aveva neanche la possibilità di comprare latte vaccino fresco e conservarlo in modo igienicamente sicuro per evitare le gastroenteriti, spesso fatali. L'alternativa era l'affidamento a balia (Fig. 3), largamente praticato in ogni classe sociale, ma con costi e risultati assai diversi. Tra perdere il lavoro per allattare l'ultimo nato o tornare in manifattura, subito dopo il parto, per guadagnare quel poco che serviva per vivere, la scelta era obbligata. Una ricerca condotta nel 1903, dimostrò che

il 68% dei lattanti moriva se la madre lavorava in fabbrica e non poteva garantire al figlio l'allattamento al seno⁹. Molte affidavano il neonato al brefotrofio. Sarebbero tornate a prenderlo dopo che era stato svezzato. In molti casi però non lo avrebbero ritrovato vivo: la mortalità era assai elevata proprio per la mancanza delle cure materne e per l'altissima esposizione a gravi patologie. Per una donna povera il baliatico rappresentava un'opportunità lavorativa, anche se saltuaria. Meno denaro si aveva per pagarla, peggiore era il trattamento. Una nutrice indigente e malnutrita che viveva in pessime condizioni igieniche e spesso allattava più di un bimbo non ne garantiva certo il benessere. Quando non era assunta da una famiglia, offriva i suoi servizi al brefotrofio, ma percepiva un salario inferiore e inoltre era ospitata nell'istituto e obbligata a rispettarne le disposizioni. Tra queste vi era il divieto di allattare il proprio figlio per evitare che questo fosse favorito⁹.

In seguito alle segnalazioni, da parte della Società Italiana d'Igiene, del rischio che le balie potessero essere contagiate dai neonati affetti da sifilide, il ministro dell'Interno Giovanni Nicotera (1831-1894) disponeva nel 1887 che gli esposti fossero accolti negli istituti solo dopo che un medico avesse escluso l'infezione luetica materna¹⁰.

Il Regolamento Sanitario del 1901 prescrisse, per escludere la possibilità che la nutrice l'avesse contratta allattando infanti affetti, che questa fosse munita di certificazione attestante la sua buona salute, ma l'attestazione si basava solo sull'osservazione clinica. Solo dopo che il biologo Friz Schaudinn (1871-1906) e il dermatologo Erich Hoffmann (1868-1959) isolarono nel 1905 il *Treponema pallidum* e grazie soprattutto agli studi di August von Wassermann (1866-1925) che un anno più tardi mise a punto l'esame sierologico fu possibile ottenere una diagnosi di certezza.



Fig. 4. *Cartolina inizi '900 in favore dei ricoveri dei lattanti e slattati, Milano.*

Per salvare i più piccoli era necessario convincere la madre ad allattare. L'alimento materno era allora, come oggi, il migliore nutrimento e la migliore difesa dalle malattie. Dalla metà dell'Ottocento vi fu l'impegno soprattutto da parte dei medici, per istituire strutture finalizzate a tal fine.

Per favorire l'allattamento materno o in alternativa il baliatico o la distribuzione di latte, nacquero i primi centri di assistenza e di aiuto. Essi avevano il fine di fornire il nutrimento ai neonati, le cui madri per indisposizione o in mancanza di mezzi non potevano alimentarli. In Lombardia il primo "Istituto per lattanti e slattati" sorse a Milano nel 1850 (Fig. 4), grazie all'impegno del filantropo Giuseppe Sacchi (1804-1891),

seguace e amico del sacerdote e pedagogista Ferrante Aporti (1791-1858), già fondatore dei primi asili per l'infanzia.

Egli s'ispirò alla *"Maison de crèches"* (Casa della culla) fondata a Parigi nel 1844 da Jean-Baptiste Firmin Marbeau (1798-1875). Questa aveva messo a disposizione, al piano terra di un edificio con un piccolo cortile, tre sale. In una vi erano dodici culle donate da alcune benefattrici, nella seconda una cucina per prepararvi i conforti destinati ai lattanti e asciugarvi la biancheria, la terza era destinata ai bambini slattati, che non avevano ancora l'età per essere ammessi agli asili. Sacchi dopo aver incontrato madame Villarmè, ispettrice delle crèches parigine, in visita a Milano propose, *"Colla scorta dei lumi pratici da questa profferitici e col concorso dei medici..."*, di istituire *"Case di Custodia"* per lattanti e slattati, inferiori a due anni e mezzo, *"figli di madri povere e oneste"*, che lavorassero fuori di casa. La necessità di diffondere questi istituti di assistenza, era improrogabile, bastava osservare la differente morbilità e mortalità tra bambini poveri e quelli appartenenti alle classi agiate. Sacchi, diede alcuni consigli suggeritegli dagli studi e da una lunga pratica nell'amministrazione degli ospizi milanesi:

1. *"si procuri di sollevare da ogni fatica e di circondare delle maggiori cure la donna indigente quando assume la maestà di madre e mette in luce il portato delle sue viscere, ed è meritevole d'imitazione l'esempio riportato nella Memoria dei soccorsi alle puerpere fra le operaje di Mulhouse;*
2. *si aprano piccoli asili di lattanti presso o possibilmente negli opifici dove lavorano madri operaje, il che rende più facile, più comodo, meno dispendioso il beneficio;*
3. *destinare altri locali separati pei bambini divezzati, ai quali basta un minor numero di custodi, e dove le madri non sono obbligate a recarvisi nella giornata;*
4. *sia avviato un sistema educativo di allevamento dei bambini per opera dei medici e delle visitatrici di questi asili, onde distruggere tanti pregiudizi e dannose abitudini"*¹¹.

In Italia erano state adottate altre iniziative, precedenti alle istituzioni francesi, a favore dei lattanti da parte d'imprenditori illuminati, come quella voluta *"dal signor Cairati in Lomellina a sussidio delle povere contadine, quello istituito nel 1840 dal negoziante Michele Bravo nel suo filatoio di seta di Pinerolo per i lattanti delle sue trecento operaie e quello per i figli degli operai delle cartiere Cini a San Marcello in Toscana nel 1842"*¹².

Ernesto Pestalozza, professore di ostetricia, istituì un *"centro di Aiuto Materno"* a Firenze nel 1901. Il pediatra Gaetano Finizio aprì a Bologna, nel 1907, un *"lactarium per ...l'assistenza ai lattanti poveri legittimi..."* dove erano forniti biberon di latte già pronti e indicazioni per l'allevamento del bambino¹³. I risultati ottenuti produssero una prima significativa riduzione della morbilità e della mortalità infantile. Le richieste di assistenza andarono aumentando tanto che fu proposta la creazione di centri simili in altre città.

Dalla metà del XIX secolo iniziarono gli studi per ottenere sostituti al latte materno, attraverso la modifica di quelli animali (vacca, capra, asina) che se non modificati erano assai squilibrati nell'apporto dei vari elementi (grassi, zuccheri, proteine). Ricerche sui primi *"latte umanizzati"*, furono svolte da Cumming¹⁴, da Chalvet¹⁵ e da Marchand¹⁶. Klemm sostenne che il latte d'asina fosse il più idoneo sostituto di quello materno perché la sua composizione vi si avvicinava molto, inoltre quest'animale si ammalava raramente di tubercolosi. Purtroppo la quantità prodotta nei diversi Paesi era insufficiente alle necessità per cui suggerì di aumentare gli allevamenti. Un'altra difficoltà da dover risolvere fu la conservazione del latte vaccino che, privo della necessaria attenzione igienica, provocava severe gastroenteriti. Il metodo della pastorizzazione per sterilizzarlo diluito e darlo ai lattanti in aggiunta o in sostituzione al latte materno grazie al dispositivo ideato nel 1889 da Franz von Soxhlet (1848-1926) sembrò risolvere il problema. L'apparecchio permetteva la chiusura automatica delle bottiglie dopo la sterilizzazione del prodotto che in

tal modo poteva essere conservato per lunghi periodi senza presentare tracce di coaguli, né modificazioni nell'aspetto¹⁷.

Sempre a metà dell'Ottocento, furono sperimentati i latti artificiali. Le prime farine lattee furono introdotte da Justus von Liebig (1803-1873), Henri Nestlé (1814-1890) e Carl Heinrich Theodor Knorr (1800-1875). I primi alimenti per lo svezzamento, che fecero la loro comparsa sul mercato, furono proprio la zuppa di malto del chimico tedesco Justus von Liebig nel 1865 e la farina lattea dell'industriale svizzero Henri Nestlé nel 1867. Anche questo tipo di alimentazione inizialmente causò gravi disturbi gastrointestinali.

L'ostetrico cremonese Pericle Sacchi (1854-1918) e il Capo-chimico dell'Ospedale Maggiore Alessandro Baroschi, dopo aver studiato le caratteristiche e la composizione del latte materno modificarono quello vaccino, in modo tale da conferirgli caratteristiche simili a quello della donna, conservando intera la componente lipidica, diminuendo la caseina e aggiungendo il lattosio. I risultati ottenuti furono soddisfacenti¹⁸.

Per lo svezzamento non tutte le madri avevano la possibilità di acquistare alimenti idonei. *“L'alimentazione del bambino non era nel periodo attuale sempre facile, poiché gli alimenti specializzati erano cari, e perciò bisognava ricorrere alle sostanze alimentari più correnti e di uso più comune. L'alimento meno costoso, di cui si disponeva, era il pane, ed il cosiddetto pancotto era alimento preferito delle classi povere all'epoca del divezzamento”*¹⁹.

BIBLIOGRAFIA

1. White Mario JJ. Le opere pie e l'infanticidio legale. Rovigo: Minelli, 1897.
2. Modigliani F. Un decennio di regime assistenziale fascista agli illegittimi. *Maternità e Infanzia*. 1936; 7: 11.
3. Raseri E. I fanciulli illegittimi e gli esposti in Italia. *Archivio di statistica* 1881; VI: 5-24.
4. Caccia G. Lo sviluppo del bambino e la sua difesa sociale. Firenze: Felice Le Monnier, 1940.
5. Lo Monaco Aprile A. L'assistenza della maternità e dell'infanzia in Italia. Roma: Anonima Romana Editoriale, 1932.
6. Micheli C. I medici condotti e la protezione della madre nell'Opera Nazionale per la protezione della Maternità e dell'Infanzia. *Maternità e Infanzia* (estratto) 1930; 6: 5.
7. Sorrentini E. Rachitismo malattia sociale. *Argomenti di Medicina Sociale* 1958; 8: 5-55.
8. Casati G. Sulla Osteomalacia osservata alla maternità di Milano e sulle alterazioni apportate alla pelvi studiate specialmente sotto il rapporto ostetrico per le indicazioni che presentano in gravidanza ed all'atto del parto. Tesi di concorso presentata dal Dr. Gaetano Casati di Milano medico-chirurgo primario presso l'Ospizio provinciale degli esposti e delle partorienti già 1° assistente alla R. Scuola di Ostetricia di detta città. Milano: Tipografia di G. Pogliani e C, 1871.
9. Schiavi A. La mortalità infantile in Milano. Risultati di un'inchiesta sui nati nel 1903 in rapporto ai modi di allattamento, e alle condizioni economiche dei genitori. Milano: Edizioni l'Ufficio del lavoro, 1908.
10. Sabbatini S. La sifilide e le case di tolleranza, i bambini esposti e le balie. L'Italia e il contagio luetico nell'ottocento. *Le Infezioni in Medicina* 2008; 3: 175-88.
11. Sacchi G. Sulla fondazione di speciali ricoveri per bambini lattanti. *Annali universali di statistica, economia pubblica, geografia, storia, viaggi e commercio* 1848; 18: 123-43.
12. Zucchi C. L'istituzione dei ricoveri pei bambini lattanti e slattati. *Annali universali di medicina*, 1869; CCX: 629-37.
13. Finizio G. L'istituto aiuto materno e di assistenza ai lattanti a Bologna. *Bollettino delle Opere Pie e dei comuni* 1916; 27: 698-702.
14. Cumming GE. Sull'allattamento naturale e artificiale. *Annali di chimica applicata alla medicina cioè alla farmacia, alla tossicologia, all'igiene, alla patologia e alla terapeutica* 1867; 45: 24-8.

15. Chalvet H. Dell'uso del latte vivente, non raffreddato, né bollito, nell'allattamento artificiale. Annali di chimica applicata alla medicina cioè alla farmacia, alla tossicologia, all'igiene, alla patologia e alla terapeutica 1872; 54: 155-7.
16. Marchand C. Norme per l'allattamento artificiale. Annali di chimica applicata alla medicina cioè alla farmacia, alla tossicologia, all'igiene, alla patologia e alla terapeutica 1874; 59: 280-1.
17. Klemm W.K. Über Eselsmilch als Nahrung für Kinder. Jahrbuch für Kinderheilkunde und physische Erziehung. Leipzig: Trubner, 1879.
18. Fischi R. Sulla questione della sterilizzazione del latte per l'alimentazione dei bambini. La Riforma Medica Giornale Internazionale. Quotidiano di medicina, chirurgia, farmacia, veterinaria e scienze affini 1892, VIII: 70.
19. Valagussa F. Consultazioni di clinica, dietetica e terapia infantile. Roma: Pozzi, 1932; 29.

Dott.ssa Raffaella Malandrino, già Ricercatrice Istituto Clinica Pediatrica Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Per la corrispondenza: raffaemat@libero.it