

La tutela della salute materno-infantile in Italia fra Otto e Novecento

LUCIA POZZI

1. Gli anni in esame. L'insieme dei provvedimenti legislativi, delle politiche sanitarie e delle forme di intervento assistenziale introdotti in Italia a tutela della salute delle donne e dei bambini a partire dalla fine dell'Ottocento e nei primi anni del Novecento è stato oggetto di attenzione e di studio da parte di storici, studiosi di storia sociale, storia della medicina, sociologi e pediatri; assai meno frequenti sono state le ricerche dedicate a questi temi da parte dei demografi che, ancora più raramente, hanno cercato di misurare gli effetti di tali provvedimenti sulla salute e sulla sopravvivenza¹.

Non è un caso se Catherine Rollet (2001), in un suo recente articolo, dove sottolinea come per la maggior parte dei paesi europei si abbiano ormai numerosi studi dedicati all'analisi delle istituzioni sociali e mediche nate per combattere la mortalità infantile e per proteggere la salute dei bambini, cita esempi per la Gran Bretagna (Dwork 1987), gli Stati Uniti (Meckel 1990; Preston, Haines 1991; Klaus 1993), la Francia (Rollet 1990), l'Australia (Smith 1988), il Belgio (Masuy Stroobant 1983; Debuissou 1993) e la Spagna (Borras Llop 1996), ma nessuno per l'Italia.

Non sono assenti, in realtà, nemmeno per l'Italia contributi che contengano utili indicazioni e interessanti informazioni a questo riguardo². Manca, tuttavia, a quanto mi risulta, un lavoro organico che affronti il tema dell'assistenza all'infanzia e delle politiche sanitarie in Italia dal punto di vista degli effetti demografici. Notevoli difficoltà per l'analisi derivano dalla molteplicità di situazioni locali, fortemente differenziate fra loro, che caratterizza l'esperienza italiana e che indubbiamente riflette la mancanza di efficaci provvedimenti legislativi nazionali e di una coerente politica sanitaria unitaria del giovane stato italiano.

Gli anni sui quali verrà concentrata l'attenzione in queste pagine sono cruciali nel passaggio dal vecchio al nuovo regime demografico. In essi, infatti, ha inizio una marcata riduzione della mortalità a livello nazionale e, al tempo stesso, si viene configurando una geografia della mortalità dei bambini dai contorni sempre più netti (Pozzi 2000); più evidente sembra diventare, inoltre, il legame fra arretratezza economica e sociale, carenze igieniche ecc. e ritardi nei processi di riduzione della mortalità (Del Panta 1994). Come avremo modo di osservare nelle pagine seguenti, il ruolo dei diversi interventi sanitari e assistenziali attuati nelle varie realtà territoriali potrebbe essere stato di non poco peso nel condizionare la geografia della mortalità dei bambini in Italia nel corso del Novecento.

Negli anni in esame vengono condotte numerose inchieste³ che testimoniano il più delle volte con grande efficacia (anche se non sempre con altrettanto rigore

metodologico) le condizioni di vita della popolazione italiana. Per citare solo alcuni esempi più significativi, si pensi all'inchiesta sulle condizioni degli operai nelle fabbriche del 1877 (MAIC 1877), alla grande inchiesta agraria presieduta da Stefano Jacini (Giunta parlamentare per l'inchiesta agraria 1881-85)⁴, all'inchiesta parlamentare sulle condizioni igieniche e sanitarie dei comuni del Regno (MAIC 1886), alla ricerca diretta da Agostino Bertani sulle condizioni sanitarie dei lavoratori della terra pubblicata, ma solo parzialmente, nel 1890 (Panizza 1890), all'indagine *La donna nell'industria italiana* condotta dall'Ufficio del Lavoro nel 1903 e pubblicata due anni dopo (MAIC, Ufficio del Lavoro 1905). È a partire dal 1887⁵, inoltre, che viene avviata per tutti i comuni del Regno la rilevazione statistica delle cause di morte.

Un'evidente nuova volontà di conoscere le reali condizioni di vita della popolazione anima la parte più impegnata della classe dirigente dell'epoca. Dietro questo intenso sforzo conoscitivo che ebbe, come vedremo, ripercussioni a livello legislativo sia pure molto ritardate, molto imperfette e soprattutto assai variamente efficaci, c'è indubbiamente il ruolo svolto da una parte della classe medica, quella più impegnata che si ispirava, per dirla con le parole di Della Peruta, alla «tradizione di partecipe attenzione ai destini dei ceti subalterni»⁶.

L'influenza delle inchieste parlamentari risulta certamente importante, ma non decisiva, dal momento che la questione sociale continuò ad essere considerata da molti come qualcosa da affrontare soltanto in situazioni di 'emergenza'. Un esempio tipico in questo senso è offerto dall'approvazione del codice sanitario nazionale del 1888 effettuata sull'onda dell'emozione provocata dall'epidemia di colera del 1885, «secondo una prassi di urgenza e di inevitabilità che si riproporrà spesso nella storia delle politiche sanitarie italiane» (Vicarelli 1997, 359).

Il XX secolo viene salutato come 'il secolo dei fanciulli' dal titolo di un libro di un'autrice svedese molto letto e tradotto in italiano nel 1906 (Key 1906). Si manifesta infatti, in tutta Europa, già sul finire del XIX secolo, un interesse sempre più forte nei confronti dell'infanzia da parte della società in generale e della medicina, con il consolidarsi della pediatria come disciplina autonoma (Cerasoli 1999). Si tengono i primi congressi nazionali ed internazionali delle *Gouttes de lait*, i primi convegni nazionali ed internazionali per la protezione dell'infanzia (Rollet 2001), sulle malattie del lavoro nei quali vengono affrontati i problemi sulla salute delle madri lavoratrici e, come vedremo, della loro prole.

Questo nuovo clima nasce nella seconda metà dell'Ottocento sulla scia di fenomeni e motivazioni di natura diversa. Si tratta, certo, di un cambiamento culturale indotto dai mutamenti di ordine economico e sociale. Corsini (1996, 256-257) ha, però, giustamente sottolineato che il maggiore interesse nei confronti dell'infanzia non deriva soltanto da un mutato atteggiamento culturale, ma anche dal «peso» stabile che essa mantiene come gruppo di età nella popolazione. L'infanzia è non solo una costruzione culturale, ma anche un concetto demografico, funzione del regime di fecondità e di mortalità.

In occasione dei primi censimenti nazionali i bambini al di sotto dei 5 anni rappresentano all'incirca il 12-13% della popolazione complessiva. In quegli stessi

anni, però, poco meno del 50% di tutte le morti registrate (nel 1863-65 il 48%) riguarda questa fascia di età e tale percentuale rimane quasi inalterata sino al 1890 (nel 1886-90 il 44,7%) quando inizierà a scendere dapprima molto lentamente sino ad arrivare ad essere dimezzata negli anni 1936-40.

«Valori notevolmente elevati che, nel quadro di un'attenzione sociale e culturale ben diversa da quella che si riscontra all'inizio del secolo, fanno sì che non si possa ignorare la presenza del problema dell'infanzia nell'insieme dei problemi della società. L'aspetto più pressante del problema dell'infanzia era dunque quello della mortalità infantile» (Corsini 1996, 257).

All'indomani dell'unificazione il tasso di mortalità infantile era, infatti, in Italia ancora attorno al 200‰ contro valori del 150‰ di Francia, Inghilterra e Belgio e del 100-120‰ in Norvegia e Svezia. Ancora più evidenti, però, erano le differenze di mortalità negli anni dell'infanzia immediatamente successivi. Alla fine del secolo scorso, infatti, in Italia la probabilità di morire tra il primo e il quinto compleanno era di poco inferiore a 200‰; era, cioè, praticamente il doppio di quella che si riscontrava nell'Europa del Nord e, subito dopo la prima guerra mondiale, era ancora attorno a 120-130‰.

Nelle pagine che seguono vedremo come i contemporanei più accorti e sensibili avessero piena consapevolezza della gravità e complessità del 'problema dell'infanzia' e dell'urgenza di porvi rimedio. Si cercherà di esaminare come l'attenzione nei confronti dell'infanzia venne trasformandosi nel periodo studiato, analizzando i comportamenti dei protagonisti istituzionali di tale cambiamento: lo Stato e la classe medica, che furono in stretta interazione fra loro ed ebbero le madri come primo e diretto interlocutore.

Si descriveranno così le modalità di risposta legislativa a tale problema, ma anche, più in generale, le forme di attenzione e tutela rivolte alla salute di madri e bambini. Verranno poi proposte alcune ipotesi circa l'influenza delle misure legislative e dei provvedimenti sanitari adottati sulla geografia della sopravvivenza dei bambini. Come avremo modo di osservare, le differenze territoriali di mortalità infantile sembrano corrispondere, almeno parzialmente, ad un diversificato evolversi delle politiche sanitarie ed assistenziali nei vari contesti locali.

2. Il 'problema' dell'infanzia. Cosa determinava questa drammatica mortalità dei bambini? E cosa si poteva fare per combatterla? Perché in Italia la mortalità era così 'eccessiva' rispetto a quella degli altri paesi europei?

Per cercare di indagare le cause di questo ritardo italiano e le misure approntate per ridurlo è utile rileggere i testi e gli articoli di quei medici ed osservatori dell'epoca che si mostrarono più attenti e sensibili al tema della mortalità infantile, che non si limitarono cioè ad analizzarne le dimensioni quantitative, ma si sforzarono di approfondirne le cause⁷.

«I nostri bambini muoiono perché non li sappiamo allevare né proteggere; i nostri bambini muoiono, perché la miseria e l'ignoranza purtroppo sono troppo spesso gli unici angeli custodi, che siedono ai lati delle loro culle» (Sormani 1881).

Nell'opinione dei medici dell'epoca, infatti, l'attenzione andava rivolta prima di

tutto all'ambiente nel quale il bambino nasceva e cresceva, all'assistenza ostetrica, alle condizioni nelle quali veniva portata avanti la gravidanza, al tipo di cure rivolte al neonato, alle modalità di allattamento e di svezzamento, alla piaga dell'abbandono e dell'esposizione, dell'allattamento mercenario. A questi temi generali se ne accompagnavano altri che, di volta in volta, evidenziavano peculiarità delle diverse realtà locali; i medici denunciavano così la scarsa istruzione delle levatrici, la gravosità del lavoro e le carenze alimentari delle madri durante la gravidanza, l'ignoranza materna, i pregiudizi e le pratiche popolari pericolose per la salute dei neonati che caratterizzavano la cura dei bambini all'interno delle famiglie (Pasi 1997).

Le trasformazioni delle attività manifatturiere ed il consolidarsi di un sistema di fabbrica, accanto alla larga diffusione di forme di lavoro domiciliari avevano condotto alla fine del XIX secolo ad un crescente utilizzo di forza lavoro femminile. Questa offerta di lavoro femminile era altamente ricercata dagli imprenditori perché era a bassissimo costo ed era, d'altra parte, sostenuta dalle famiglie perché, pur sottopagata, contribuiva a integrare i magri bilanci familiari (Corsini 1996).

Accanto ad un crescente coinvolgimento femminile nell'attività lavorativa, va tenuto presente che l'industrializzazione creò una nuova figura, chiaramente identificabile, di donna lavoratrice a tempo pieno con un proprio salario.

«La donna lavoratrice fu un prodotto della rivoluzione industriale, non tanto perché la meccanizzazione creò per lei posti di lavoro mentre prima non ne esistevano affatto (benché ciò senz'altro si verificò in alcune zone), quanto a causa del fatto che, durante questo processo, divenne una figura tormentata e ben visibile» (Scott 1991, 355).

La 'donna lavoratrice' venne concepita come un problema posto in termini morali e che riguardava il significato stesso della femminilità. Le domande che ne derivavano erano: una donna dovrebbe lavorare per un salario? Qual è l'impatto del lavoro sulla salute della donna e soprattutto sulla sua capacità di procreare e quindi di adempiere al suo ruolo primario, materno e familiare?

Come vedremo, la legislazione sul lavoro non a caso e non soltanto in Italia riguardò essenzialmente il lavoro in fabbrica. Essa venne, inoltre, formulata non in termini di difficoltà che il lavoro presentava, né in riferimento all'iniquità salariale, quanto piuttosto in relazione agli effetti della fatica fisica sulle capacità riproduttive della donna e dell'impatto della sua assenza da casa sull'ordine e sulla pulizia della famiglia⁸.

Tra la fine dell'Ottocento ed i primi decenni del secolo successivo sempre più numerose furono le denunce degli effetti negativi del lavoro (soprattutto nelle industrie) sulla salute delle donne e delle drammatiche conseguenze che ne derivavano per la loro prole. Le ricerche mediche mettevano in relazione l'elevata abortività, natimortalità e mortalità infantile con la massiccia partecipazione delle donne al mercato del lavoro e, soprattutto, con la loro aumentata presenza come operaie nelle fabbriche del paese.

Prima di richiamare brevemente i risultati principali di questi studi che sono stati già oggetto di precedenti ricerche (Breschi, Pozzi 1997; Pozzi, Rosina 2000), dobbiamo chiederci: quante erano le donne che lavoravano nel settore industriale⁹,

quanti anni avevano, quanto guadagnavano, quante erano nubili, quante sposate, come vivevano e cosa sappiamo delle loro condizioni di salute?

Come vedremo, le risposte che saremo in grado di dare a questi semplici quesiti saranno contraddistinte da forti margini di incertezza ed approssimazione.

Per gli anni in esame è molto difficile misurare anche solo l'effettiva partecipazione delle donne al mercato del lavoro per i ben noti e complessi problemi di classificazione della forza lavoro soprattutto femminile; ancora più complesso risulta disporre di informazioni dettagliate sulla composizione per età e stato civile e sulle condizioni di salute delle donne.

Ellena (1880, 32) nella sua *Statistica di alcune industrie italiane* mostrava nelle industrie da lui esaminate una forte presenza femminile: su 382.131 operai censiti, il 49% circa era composto da donne (escludendo dal computo le ragazze al di sotto dei 14 anni); negli anni '90 si contavano nell'industria della seta 120.000 donne e 34.000 fanciulle (Belloc 1894, 14)¹⁰.

Allargando il quadro a tutto il settore industriale, possiamo fare riferimento al censimento del 10 febbraio del 1901. Utilizzando tali dati, Ficola (1982, 700) ha mostrato che, su un totale di lavoratori salariati pari a 2.592.687, le donne erano 726.944, cioè il 28%. Nel settore tessile che occupava in tutto 446.457 lavoratori, le donne erano 354.732 (il 79,45%) e in quello del «vestiario e toeletta», che impiegava complessivamente 559.707 lavoratori, le donne erano 266.428 (il 47,60%).

Quanti anni avevano le operaie di fabbrica? L'inchiesta del 1903 *La donna nell'industria italiana*, svolta dall'Ufficio del lavoro del MAIC (1905)¹¹, ci dice che il 38,5% delle operaie aveva un'età compresa tra i 15 ed i 20 anni e il 44,7% tra i 21 e i 35 anni, ma nei maggiori centri dell'industria tessile la percentuale di operaie tra i 15 ed i 20 anni superava spesso quella di operaie nella classe di 21-35 anni. Solo il 20-30% delle operaie era composto da donne sposate; tale cifra si riferisce, però, esclusivamente alle occupate negli stabilimenti e non tiene conto delle numerosissime lavoranti a domicilio¹².

Resta comunque vero che per molte donne che avevano iniziato a lavorare sin da giovanissime il matrimonio o la nascita del primo figlio spesso segnava l'uscita dal mercato del lavoro, vista la precarietà delle condizioni retributive nell'industria e la centralità delle esigenze familiari e domestiche (Casalini 1981).

«L'età di ammissione dei minorenni nelle fabbriche è uno dei rebus insolubili delle imprese del capitalismo industriale in Italia, che va ad aggiungersi a quelli dell'orario di lavoro, del salario, dell'igiene e della sicurezza sul lavoro» (Merli 1976, 215).

Le statistiche ufficiali parlano di medie comprese fra i 9 ed i 12 anni, tenendo conto delle varie situazioni locali. Si tratta di medie calcolate in base alle risposte di industriali, sindaci, prefetti, società di mutuo soccorso, ecc. ma sono medie che non tengono conto delle numerose e gravi eccezioni spesso dichiarate ed ammesse dalle medesime fonti.

E così non mancano le testimonianze su bambini e bambine addetti alle industrie, «perfino delle bimbe di 4 anni, sole, pallide, tristi, sbigottite dalla rigida disciplina dell'opificio, stanche da morirne, e in piedi e sempre nello stesso posto, vigili e silenziose, per 12, 14 e perfino 15 ore sulle ventiquattro» (Mozzoni 1898)¹³.

E ancora nel 1908, più di vent'anni dopo la prima legge di regolamentazione del lavoro che fissa a 9 l'età minima per l'assunzione in fabbrica, cui seguirà la legge del 1902, come vedremo nel paragrafo successivo, in un'inchiesta sull'industria del guanto a Milano, si sottolineava come non erano «rari i casi di bambine di 6 anni messe alle macchine ed occupate al lavoro degli accessori» (Carozzi 1908, 45). E l'elenco delle eccezioni alla legge potrebbe continuare¹⁴.

L'inchiesta del 1903 fornisce informazioni dettagliate sulle remunerazioni e sugli orari di lavoro. La maggior parte delle operaie percepiva un salario che si aggirava attorno alla lira, mentre gli operai di sesso maschile nel settore tessile percepivano salari molto più alti (in media il doppio)¹⁵ oltre a ricoprire mansioni in genere superiori alle ordinarie.

Gli orari denunciavano una situazione drammatica: le donne lavorano da un minimo di 10 ore fino a 13-14. E tutto questo, nonostante, come vedremo nel paragrafo successivo, una disposizione contenuta nella legge sul lavoro delle donne e dei fanciulli del 1902 avesse già imposto per le donne un orario massimo di 12 ore.

Da un'inchiesta del MAIC del 1907 sugli opifici industriali risultava che su 12.502 opifici denunciati come soggetti alla legge medesima, i 3/4 degli operai lavoravano da 10 a 11 ore massime, mentre le industrie tessili facevano orari più pesanti. In queste ultime, la cui manodopera era costituita nel 78,51% dei casi da donne, si lavorava di norma 11 ore, ma anche di più. Questi erano i dati ufficialmente dichiarati e si può facilmente supporre che la realtà fosse ancora peggiore (Ficola 1982, 701).

Tantissime erano poi le denunce degli effetti nocivi sulla salute femminile del lavoro in fabbrica, cominciato in così giovane età¹⁶; fra queste riporto, semplicemente a titolo d'esempio, una testimonianza contenuta in una relazione 'ufficiale' dell'allora Ministero dell'Agricoltura, Industria e Commercio, relativa alle filande del torinese.

Essere in generale le fanciulle operaie dei filatoi di una mingherlina costituzione, di un abito semi-clorotico, anemico, a sguardo insignificante, e scarsamente mestruate e leucorroiche; nessuna pompeggiare per le tondeggianti forme del sesso; parecchie anzi mostrare a vista nella conformazione dello scheletro, la conseguenza della mala stazione continua del corpo, della sua inclinazione più o meno costante, nello stesso verso, della ripetizione incessante di limitatissimi movimenti e della degenza per sì prolungate ore in cameroni ed in ambiente che non si può sempre a piacimento ripurgare colla ventilazione. Appresero [gli inquirenti] non trovarsi in questi stabilimenti un'operaia che oltrepassi i 50 anni¹⁷, tanto perché sono più facilmente vittime delle malattie ordinarie, quanto perché a cagione della continua fissazione degli occhi sui finissimi filamenti della seta che ricercano, raggruppano e ravvivano, non sempre ad una conveniente luce, vengono colte da precoce cecità, gettate nella miseria, e fatte anzi tempo clienti della pubblica assistenza¹⁸.

Fra le filatrici¹⁹, che costituivano la quota più numerosa della popolazione femminile addetta all'industria, accanto all'anemia ed alla clorosi erano assai diffuse la

tubercolosi (Sorcinelli 1982), una serie di malformazioni dello scheletro, disordini mestruali, forme bronchiali e polmonari, pleuriti.

Le indagini dell'epoca avevano portato alla luce le condizioni di vita delle operaie, ma soprattutto (e questo incise molto nello stimolare interesse per le riforme) il fatto che tali condizioni mettevano in pericolo non solo queste povere donne, ma anche la 'Patria' (Berlinguer 1991, 109).

Va tenuto ben presente, infatti, nei processi che conducono nel corso degli anni Ottanta ad una crescente consapevolezza delle condizioni di vita e di salute della popolazione italiana, il problema dell'elevato numero di riformati alla leva che provocava notevoli preoccupazioni per l'efficienza dell'esercito e per la possibile degenerazione della razza (Vicarelli 1997, 85).

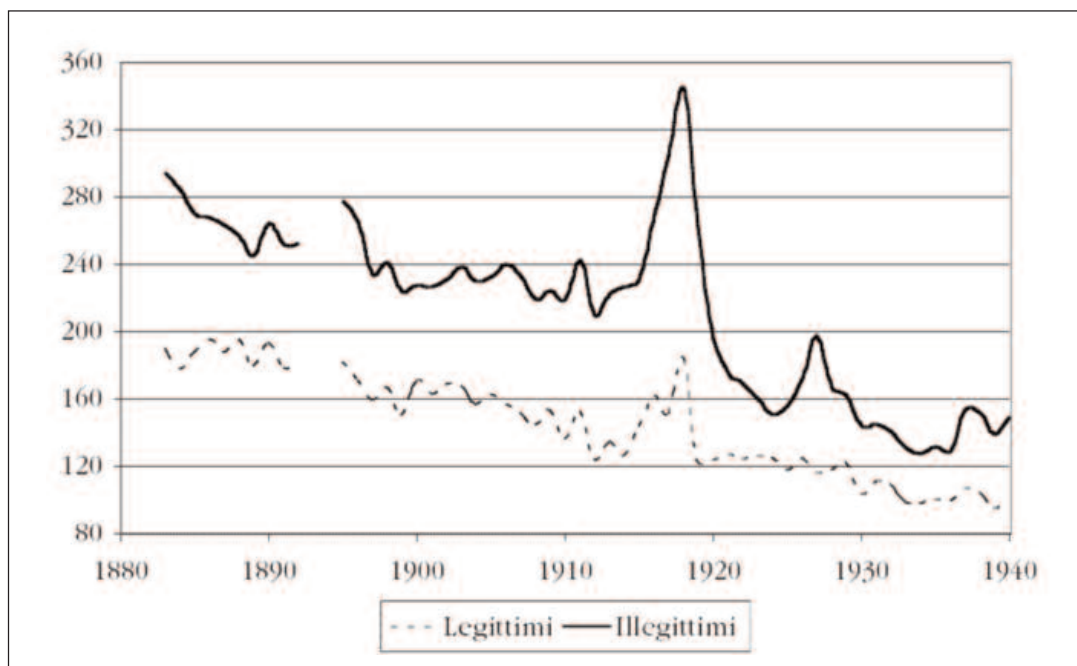
Nelle leve fra il 1866 ed il 1871 le percentuali di riformati sono, per lo più, superiori al 25%, ma salgono al di sopra del 30% e del 40% se calcolate sulla base di coloro che vengono effettivamente misurati e valutati. Tali percentuali non si riducono negli anni successivi se, nel 1884, i riformati per difetto di struttura sono il 9,8% dei visitati e riformati per malattie ed imperfezioni, il 17,7% (Farolfi 1982, 166-167).

Alla Camera, nella discussione per l'approvazione della legge sul lavoro delle donne e dei fanciulli era emerso che, nella leva del 1887, i riformati per malattia erano 47.000. Nel 1896 il loro numero era salito a 56.000, mentre, sempre negli stessi anni, i rivedibili erano passati da 66.000 a 105.000²⁰.

In riferimento alle conseguenze del lavoro femminile sulla salute infantile, le ricerche mediche evidenziavano come la particolare fragilità dei figli delle operaie e, in generale, delle donne lavoratrici si manifestava fin da prima della nascita, nell'elevata mortalità intrauterina e nella natimortalità e, successivamente, nelle minori misure ponderali alla nascita. Le statistiche dei primi anni del Novecento sull'abortività e la natimortalità secondo la professione materna non permettono di arrivare a conclusioni definitive; risulta praticamente impossibile affermare con certezza che un certo gruppo di lavoratrici era sistematicamente caratterizzato da una mortalità intrauterina più alta (Breschi, Pozzi 1997).

Nei primi decenni del Novecento vengono effettuate varie indagini presso le Cliniche di Ostetricia e Ginecologia in diverse città italiane che raccolgono i dati sul peso e sulla lunghezza dei neonati classificati in funzione della professione materna. Pur non essendo prive di limiti e probabili distorsioni, queste ricerche mostrano che i figli delle operaie, non senza eccezioni, presentavano in media al momento della nascita misure ponderali inferiori. La maggiore abortività delle donne operaie sembrerebbe accompagnarsi al minor peso dei loro figli alla nascita. I due risultati, letti insieme, parrebbero confermare una più accentuata fragilità della prole delle donne operaie e quindi una predisposizione ad un successivo maggiore rischio di mortalità, ma la cautela interpretativa rimane d'obbligo (Breschi, Pozzi 1997; Pozzi, Rosina 2000).

Numerose sono, poi, le statistiche sulla mortalità dei figli delle donne lavoratrici. L'analisi di queste indagini porta ad ipotizzare principalmente l'esistenza di un legame fra il livello di mortalità infantile e la proporzione dei bambini dati a balia.

Fig. 1. *Mortalità infantile per filiazione (1880-1940)*

La maggiore mortalità dei figli delle donne lavoratrici sembrerebbe, infatti, dovuta essenzialmente al più frequente ricorso a forme di allattamento mercenario (Pozzi, Rosina 2000)²¹.

Il lavoro materno favoriva un accorciamento della durata dell'allattamento e, assai spesso, il ricorso all'allattamento artificiale, al baliatico mercenario; molti bambini, anche legittimi, venivano collocati inoltre negli ospizi.

Esiste una ricca documentazione che attesta, con dovizie di particolari, l'altissima mortalità dei bambini ricoverati nei brefotrofi diffusi in tutte le regioni italiane. E tutto questo a riprova del fatto che gli istituti che nascevano come un mezzo per prevenire l'infanticidio, finivano con il sostituire all'infanticidio privato una sorta di «infanticidio sociale» (Corsini 1996, 266).

Nella figura 1 possiamo osservare il forte divario fra mortalità legittima ed illegittima. I dati statistici ufficiali disponibili, pur permettendoci un confronto nel lungo periodo, non ci consentono di apprezzare pienamente l'entità delle differenze.

Ad eccezione di alcuni anni in cui furono condotte indagini sull'infanzia abbandonata²², non è infatti, possibile distinguere i bambini classificati come illegittimi, ma che vennero poi riconosciuti da uno o da entrambi i genitori e che quindi furono allevati, di norma, in famiglia. La mortalità di questi ultimi non era molto più elevata di quella dei bambini legittimi. La sopravvivenza dei bambini ammessi alla pubblica assistenza, specie se illegittimi, era invece decisamente più bassa (tab. 1.).

Anche questi ultimi dati contengono un elemento di sottostima: mentre, infatti, la mortalità degli illegittimi veniva calcolata sui 'nati vivi', la percentuale dei morti per gli illegittimi ammessi alla pubblica assistenza veniva calcolata sulla cifra degli

Tab. 1. *Mortalità infantile degli illegittimi per modalità di assistenza*

Anni	Morti su 100 illegittimi ammessi alla pubblica assistenza			Morti su 100 illegittimi nati vivi
	Totale	Brefotrofi	Dati a balia*	
1885-1887	39,1	-	-	26,7
1890-1892	37,3	37,7	36,7	25,3
1893-1896	37,5	39,2	33,5	-
1902-1906	38,5	39,7	29,8	23,4

Note: * Dati a balia direttamente dai Comuni.

Fonti: MAIC Direzione Generale della Statistica 1907 b, 235; Finizio 1912c, 16.

ammessi, con una conseguente perdita nel calcolo di coloro che erano morti fra la nascita e il momento dell'ammissione.

Colpisce la stazionarietà che caratterizza la mortalità degli illegittimi assistiti, in particolare nei brefotrofi, che non conosce negli anni in esame un declino paragonabile a quello che caratterizza la mortalità dei bambini legittimi.

È da avvertire che negli anni 1902-905, per ogni 100 bambini legittimi nati nel Regno, ne morirono nel primo anno d'età 16,6, cioè meno della metà di quanti ne morirono nel gruppo dei bambini assistiti. La mortalità media dei bambini illegittimi assistiti, la quale, come si è detto, fu nel primo anno di età di 38,5 durante il periodo 1902-906 era stata di 37,5²³ nel periodo 1893-96, di 37,7 nel periodo 1890-92 e di 39,1 nel 1887; laonde si può dire che in 20 anni essa non ha subito una variazione sensibile, mentre fra i bambini legittimi allevati nelle rispettive famiglie tale mortalità è venuta gradatamente diminuendo, da 19,0 per 100 nati nel 1883, a 18,8 nel 1887, a 16,2 nel 1905 (MAIC, Direzione Generale della Statistica 1907a, 7).

Se andiamo ad osservare i dati di mortalità per causa (tab. 2), mantenendo la distinzione fra legittimi ed illegittimi, notiamo che l'eccessiva mortalità di questi ultimi è principalmente determinata dalle malattie della prima infanzia, dalle gastroenteriti, dalla sifilide. Si riscontra, in particolare, un forte aumento della mortalità per gastroenteriti nel corso del tempo, aumento che si registra, ma molto più contenuto, anche per i legittimi²⁴. Questi dati evidenziano con chiarezza problemi legati all'igiene alimentare ed alla mancata regolamentazione dell'allattamento mercenario, che verranno affrontati nel paragrafo successivo.

Cosa sappiamo dei comportamenti familiari, materni nella cura dei bambini?

La lettura dei testi che i medici dell'epoca rivolgevano alle madri²⁵ ci informa indirettamente sui comportamenti materni nella cura dei bambini, anche se non va dimenticato che, nella maggior parte dei casi, si tratta di testi divulgativi con chiaro intento pedagogico e che restano testimonianze indirette non prive di retorica, filtrate dalla sensibilità medica e maschile.

Nei numerosi scritti che i medici dell'epoca rivolgevano alle madri, l'atteggiamento prevalente è di critica rispetto ai comportamenti materni; alle donne venivano attribuiti nella cura dei bambini errori, pregiudizi e credenze popolari dannose

Tab. 2. Morti nel primo anno di vita per 1.000 nati vivi, distinti per causa e filiazione

Anni	Legittimi		Illegittimi		Legittimi		Illegittimi											
	Malattie congenite e prima infanzia	Malattie gastro-intestinali	Sifilide	Malattie respiratorie	Tubercolosi	Eclampsia	Malattie infettive acute	Malaria	Anemia									
1887-1889	49,6	78,1	37,4	50,0	0,5	9,0	31,1	31,9	4,5	7,0	16,0	17,3	20,0	17,4	2,5	2,7	2,8	4,5
1896-1905	44,8	73,5	45,9	65,7	0,5	11,2	30,8	31,5	3,2	3,8	11,2	13,0	8,4	7,5	1,6	1,6	2,0	2,8
1906-1908	39,6	67,5	44,7	72,1	0,4	10,0	29,2	29,8	2,5	3,0	9,4	10,8	7,0	6,3	0,5	0,5	4,6	8,6

Fonte: Finizio 1912c, 22-23.

per la salute infantile. Un particolare biasimo veniva rivolto alle madri perché non ricorrevano ai consigli del medico o lo facevano troppo tardi, non ne seguivano le prescrizioni preferendo rivolgersi ad altre donne di nessuna cultura. Biasimare le madri era anche un modo per ribadire la necessità della propria presenza (Guarnieri 1999a, 106)²⁶.

Le madri infatti erano «o donne povere e ignoranti che abbandonavano i bambini o che li facevano patire e morire per cure sbagliate, per aver seguito i “consigli delle donnucole” anziché le prescrizioni dei medici. Oppure erano ricche o almeno benestanti ma sempre ignoranti, e a loro volta apparivano: o troppo preoccupate di sé per occuparsi del bambino, oppure amorose istericamente perché troppo tenere, ossia ansiose, assillanti nei confronti del medico cui non davano comunque retta in fondo incapaci di crescere bene i bambini che vezzeggiavano tutto il dì e tenevano nella bambagia» (Guarnieri 1999a, 107).

Come osservava all'epoca, Elena Majno Bronzini (1895, 7) però «Non è di sua volontà che la donna operaja vegeta nell'ignoranza, che lavora giorno e notte logorandosi la salute, per guadagnarsi un salario derisorio; non è di sua libera volontà che essa trascura i doveri della maternità e abbandona le sue creature per correre al lavoro». Ed ancora scriveva:

La donna operaia è troppo povera per poter essere madre: il lavoro la vuole, la reclama. Il piccolo essere crescerà senza le cure amorose, previdenti, indispensabili perché possa formarsi sano di corpo e di mente. La madre chiusa nell'officina non potrà vegliare su di lui né impedire che il vizio lo corrompa e lo trascini ad una vita di colpe e di ignominia. È la miseria ancora che indurrà la madre a eludere la legge, a mandare il bambino al lavoro prima dell'età richiesta, è sempre la miseria che le strapperà

dalle braccia la sua creatura per darla alle zolfare, alle miniere, alle fabbriche dove *la madre* sa quali fatiche, quali sofferenze ne logoreranno il corpo e l'animo. Per la donna del proletariato la preoccupazione dei doveri della maternità è quasi sempre superata da altre preoccupazioni così prepotenti da spingerla talvolta ad abbandonare i propri figli. Ed in casi estremi, sotto la pressione di pregiudizi inumani, essa arriva ad un parossismo tale di terrore e di dolore da essere tratta a dover sopprimere la sua creatura (Majno Bronzini 1900, 60)²⁷.

I pediatri presto, come vedremo nelle ultime pagine di questo contributo, si resero conto che il rapporto fra madre e bambino era fondamentale ed andava recuperato e tutelato. E questo apparirà evidente soprattutto nei luoghi dell'abbandono «Accanto alla sperimentazione sui metodi di allattamento non materno, accanto al reclutamento e al controllo delle balie, ed alle terapie sui bambini, quello che fecero i dottori degli abbandonati fu andare a cercare le madri [...] Il merito maggiore della pediatria nata nei luoghi dell'abbandono e del bisogno è stato risalire alle origini della necessità di cura del bambino, al bisogno della donna di essere aiutata a fare la madre» (Guarnieri 1999a, 114).

3. L'intervento dello Stato e l'approfondirsi di un divario. Quali furono i provvedimenti legislativi introdotti a tutela della salute materna ed infantile nella legislazione sul lavoro? Quali le misure approntate per la tutela dell'infanzia abbandonata?

Nella tabella 3 sono indicati i principali provvedimenti di legge adottati negli anni in esame in riferimento al lavoro di donne e bambini (1886, 1902 e 1910), e quelli più rilevanti relativi all'infanzia abbandonata (1867, 1901, 1918)²⁸.

Iniziamo con il considerare la legislazione sul lavoro. L'11 febbraio del 1886 fu votata la prima legge sul lavoro dei fanciulli nelle fabbriche, che vietava il lavoro ai bambini di età minore ai 9 anni e che fissava l'orario massimo a 8 ore giornaliere, stabilendo limitazioni per le lavorazioni nocive e per i turni notturni. Niente veniva stabilito in riferimento al lavoro delle donne, ma a partire da quella data ebbe inizio un dibattito sul lavoro di donne e fanciulli.

La legge approvata in Italia era la meno protettiva in ambito europeo: a quella

Tab. 3. *Principali provvedimenti legislativi per la tutela della salute materna ed infantile*

1867	Abolizione delle ruote di esposizione (le ruote esistenti in Italia erano a quella data 1200; l'ultima ruota fu soppressa nel 1923)
1886	Regolamento con il quale si vieta il lavoro industriale ai fanciulli sotto i 9 anni di età e il lavoro in miniera ai fanciulli sotto i 10 anni
1901	Regolamento generale sanitario che prescrive l'obbligo per le balie stipendiate per il servizio agli esposti, dai brefotrofi o dalle amministrazioni comunali, di presentarsi ogni mese presso l'ufficiale sanitario del comune di residenza
1902	Legge di regolamentazione del lavoro di donne e fanciulli
1910	Legge istitutiva della Cassa Nazionale di Maternità
1918	Legge di regolamentazione del baliatico mercenario

data l'età di ammissione al lavoro in Svizzera era di 14 anni, in Austria, Belgio, Francia, Germania, Olanda e Romania era di 12, in Inghilterra e Spagna di 10. Minori tutele erano previste anche rispetto alla durata del lavoro ed al lavoro notturno e festivo (Merli 1976, 337-338; Chassagne 1996, 247).

«Nessun paese d'Europa, nemmeno la Russia, è così indietro per quanto riguarda la legislazione sociale [...] Persino l'India potrebbe insegnare all'Italia come l'integrità e l'umana dignità del lavoratore possano e debbano essere salvaguardate» (Loria 1897, 457)²⁹.

Una testimonianza sulla scarsa applicazione di tale legge pur così poco protettiva è offerta dalla relazione presentata dal Ministro di Agricoltura, Industria e Commercio. In essa, infatti, si legge che i primi tre anni dall'entrata in vigore della legge erano stati «un periodo di transizione e di prova per gli industriali»; l'azione del Ministero era stata «più che altro preventiva ed i suoi ufficiali nella maggior parte dei casi si erano limitati ad ammonire quelli che non erano in regola colla legge» E più avanti si legge: «Non è quindi il caso di rintracciare, sulla scorta della relazione, le gravissime violazioni delle norme legislative più importanti e specialmente di quelle circa la durata del lavoro diurno e notturno, e l'impiego dei fanciulli nei lavori insalubri»³⁰.

In seguito vennero presentati vari disegni di legge sul lavoro di donne e fanciulli, ma dovettero passare 16 anni e varie proposte prima di arrivare all'approvazione della legge del 1902.

Nel frattempo la Conferenza Internazionale di Berlino del marzo del 1890 aveva raccomandato ai paesi europei di fissare a dodici anni l'età legale per l'ammissione al lavoro, di proibire il lavoro notturno prima dei sedici anni³¹.

Con la legge del 19 luglio del 1902, l'Italia fissa il limite dei dodici anni per l'assunzione negli opifici industriali ed edili, a 13 per il lavoro sotterraneo. Il limite viene elevato a 15 nel caso di lavori pericolosi ed insalubri. 15 anni è, inoltre, il limite di età fissato per il lavoro notturno. Vengono però esonerati i bambini già assunti che abbiano compiuto i 10 o gli 11 anni, per salvaguardare gli interessi delle miniere di zolfo (Vicarelli 1997, 191). Ancora una volta, inoltre, ampio spazio fu lasciato alle eccezioni. Il 1° luglio del 1903, il Ministero dell'Agricoltura, Industria e Commercio inviava una circolare a tutti i prefetti nella quale concedeva deroghe di vario genere per diversi settori industriali (Merli 1976).

Ma se questo non fosse bastato, «l'Amministrazione si trovò assediata da queste istanze, talune di carattere generale, richiedenti larghezza di applicazione di tutte le disposizioni, od anche esonero dell'obbligo dell'osservanza, altre di carattere particolare, richiedenti temporanee o parziali deroghe ad una o più delle disposizioni stesse. E poiché spesso tali istanze furono appoggiate dalla dimostrazione della necessità economica e industriale di ottenere le invocate facilitazioni, l'Amministrazione non poté restare indifferente» (MAIC, 1906, 6).

Le ore di lavoro vengono fissate in non più di 8 per i bambini fra i 10 e i 12 anni, in non più di 11 per i fanciulli dai 12 ai 15 anni ed infine in non più di 12 per le donne.

La legge stabiliva, inoltre, per i giovani di meno 15 anni e per le donne minorenni, l'obbligo del libretto del lavoro che doveva essere rilasciato dall'ufficiale

sanitario dopo apposita visita medica, la cui spesa era a carico dei comuni di residenza³².

In riferimento alla maternità, il primo disegno di legge fu proposto dall'allora ministro Lacava nel 1893 ed in esso si prevedeva che le puerpere non potessero essere ammesse al lavoro per 4 settimane dopo il parto, durante le quali non avrebbero usufruito di alcun sussidio economico. Il progetto di legge venne successivamente ripresentato altre cinque volte (Ficola 1982) prima di poter essere discusso alla Camera nel marzo del 1902, nella formulazione dell'onorevole San Giuliano. Esso, inoltre, stabiliva: il riposo di 28 giorni dopo il parto per le madri operaie (art. 6) e l'obbligo per le fabbriche con più di 50 lavoratrici della stanza di allattamento (art. 10).

La proposta socialista sosteneva la necessità di 6 settimane di riposo prima e dopo il parto, dell'istituzione di una cassa di maternità, con il versamento ad ogni lavoratrice di una somma pari al 75% del salario giornaliero e, infine, l'estensione della legge alle lavoratrici di ogni settore. Ma, alla fine, venne approvata la legge nella formulazione più restrittiva dell'onorevole San Giuliano che prevedeva solo 4 settimane di astensione dal lavoro dopo il parto e nessuna forma di sussidio economico per le lavoratrici.

Le settimane di assenza dal lavoro accordate erano 8 in Svizzera e in Francia, 6 in Germania e Svezia e 4 in vari altri paesi europei. La tutela accordata alle lavoratrici era del tutto insufficiente dal momento che le operaie conservavano il loro posto di lavoro, ma non percepivano alcun sussidio economico.

Questa legge implicitamente stabilisce la marginalità delle donne rispetto al lavoro e il principio della priorità del lavoro per la famiglia e delle funzioni riproduttive che dovrà essere solo ripreso e ribadito dal fascismo perché già codificato in questi anni (Vicarelli 1997).

Assai scarse sono le informazioni che possediamo circa l'applicazione della legge. Ficola ha evidenziato come nessuna delle 1.530 multe emesse fra il 1° luglio del 1903 e il 30 giugno del 1905 fu elevata per l'inosservanza dell'articolo 6 della legge, ma questo dipendeva dal fatto che operaie ed industriali si accordavano per rientrare al lavoro prima del tempo stabilito e riuscivano ad eludere la legge³³. Le cose non andavano meglio per le sale di allattamento obbligatorie per gli stabilimenti con più di 50 operaie.

Otto anni ancora dovettero passare perché venisse affrontata la questione di un sussidio economico da garantire alle puerpere nel periodo di assenza dal lavoro. Bisogna, infatti, arrivare alla legge 520 del 17 luglio del 1910 con la quale viene creata la «Cassa di Maternità»³⁴.

La legge riguarda le sole donne lavoratrici nelle cave, miniere ed industrie e prevede un contributo paritario dell'operaia e dell'imprenditore (1 lira per le donne dai 15 ai 20 anni e 2 per le donne dai 20 ai 50) che dà diritto ad un sussidio di 30 lire elevato con il contributo dello stato a lire 40. Tale sussidio era pagabile in occasione di un parto o aborto, purché non procurato, in 2 rate nella prima settimana del puerperio ed alla fine del periodo di riposo.

Nessuna attenzione venne rivolta alle contadine, come pure alle donne che lavo-

ravano a domicilio, che insieme rappresentavano ancora la stragrande maggioranza della popolazione femminile e che non vivevano certo in condizioni igieniche e sanitarie migliori.

Manca un'indagine completa sul primo periodo di applicazione delle legge. L'unica inchiesta di cui si ha notizia riguarda la provincia di Udine; pur non essendo un campione rappresentativo, essa costituisce una testimonianza importante per l'alta incidenza di manodopera femminile (su 27.500 operai dei 920 stabilimenti udinesi, 21.478 erano donne concentrate in 302 opifici). L'inchiesta mise in luce resistenze ad accettare il pagamento del contributo da parte delle donne più anziane e delle giovanissime, una scarsa applicazione della legge e, in alcuni casi, aperte ostilità da parte delle industrie più piccole.

Al II Congresso nazionale delle dottoresse in medicina, tenutosi a Milano nell'ottobre del 1924, la dottoressa Lollini (1924), denunciava così l'evasione dalla legge sulla tutela delle lavoratrici madri nel sud: «Dei 35.000 parti sussidiati dallo Stato nel 1923, 21.000 erano in Lombardia. In alcune province del Sud non è stato sussidiato nessun parto. Anche la legge sul lavoro delle donne e dei fanciulli rimane sconosciuta e viene violata in molte regioni d'Italia, specie nel Sud»³⁵. Questa evasione, tipica del sud di quegli anni, perdurò a lungo sino al secondo dopoguerra.

Ben presto emersero gravi problemi di deficit finanziario della Cassa di maternità che nel 1913 chiuse l'anno con un grave disavanzo. Risultarono, infatti, non corrette le basi tecniche della cassa di maternità a seguito di un'erronea valutazione del tasso di fecondità che era stato fortemente sottostimato (MAIC 1904). La guerra, con il richiamo degli uomini alle armi e la sostituzione progressiva della manodopera maschile con quella femminile, risolse il problema con un aumento dei contributi ed una forte diminuzione dei sussidi pagati per il parto (Ficola 1982, 711-712).

Incertezze, carenze, ritardi, lacune ed assenze almeno altrettanto gravi caratterizzano la legislazione italiana anche in riferimento ai complessi problemi dell'assistenza dell'infanzia abbandonata e povera e del baliatico mercenario.

Quali furono le risposte dello Stato italiano per fronteggiare questa emergenza, per tentare di arginare questa «strage degli innocenti»?

Un nulla di fatto. L'Italia all'inizio del Novecento è l'unico stato europeo privo di una regolamentazione organica sull'infanzia abbandonata (Della Peruta 1980, 719).

In Italia, come del resto anche in Francia, in Spagna, in Svezia ed in Olanda la ricerca della paternità non era consentita, mentre erano ammesse le indagini sulla maternità. Ma mentre negli altri paesi, con la parziale eccezione della Spagna³⁶, l'accettazione negli ospizi avveniva in uffici di consegna aperti nel pieno rispetto dell'anonimato³⁷, in molte province italiane sussisteva il barbaro sistema delle ruote.

«All'epoca in cui in Francia venne chiuso l'ultimo torno, in Italia erano ancora in funzione più di 1200 di questi arnesi. Nel 1867, due anni prima della chiusura del torno di Brest, che fu l'ultima città francese a compiere questo passo, venne chiusa a Ferrara la prima ruota italiana; nell'anno seguente l'esempio fu seguito da Milano e da Como, poco più tardi da Torino, Novara, Roma e da altre città così che all'inizio degli anni ottanta del secolo scorso i torni esistenti in Italia erano ridotti

quasi alla metà e funzionavamo ormai praticamente solo nei piccoli comuni del meridione» (Hunecke 1989, 253).

Nel 1867 viene votata la legge che prevede l'abolizione delle ruote di esposizione, ma 40 anni più tardi sussistono in Italia 464 comuni dove esse funzionavano ancora. La localizzazione delle ruote è quasi esclusivamente meridionale, anche se non mancano casi nei comuni del nord del paese (tab. 4). Nel 1923 scompare, a quanto mi risulti, l'ultima ruota in Italia³⁸.

Per quanto riguarda poi la sorveglianza dei bambini dati a balia, si riscontra un vuoto ancora più profondo se la situazione italiana viene messa a confronto con la realtà degli altri vicini paesi europei che risultano tutti più 'progrediti'.

Molto attenti alle esperienze delle altre nazioni europee erano in quegli anni i medici italiani in prima linea nel denunciare l'assenza di una legislazione organica che regolamentasse la questione dell'infanzia abbandonata e povera. Così scrive, ad esempio, nel 1912 Finizio, primario dell'Opera Pia Hercolani per l'assistenza ai lattanti di Bologna.

Si può dire [...] che in Francia, l'assistenza all'infanzia derelitta raggiunse, in genere, un bastante grado di perfezione, tenuto conto che è ancora mantenuto il divieto della ricerca della paternità. L'ammissione a ufficio aperto evita gli infanticidi, i soccorsi alle madri permettono l'allattamento materno, e prevengono gli abbandoni, i premi di sopravvivenza incoraggiano le buone volontà, le visite mediche e le ispezioni, affi-

Tab. 4. *Comuni nei quali funzionavano le ruote e bambini esposti nelle ruote*

Regioni	Numero dei Comuni nei quali funzionò la ruota				Numero dei bambini trovati esposti nelle ruote (medie annue)							
	1879-81	1890-92	1894-96	1902-06	1879-81		1890-92		1894-96		1902-06	
					vivi	morti	vivi	morti	vivi	vivi	morti	morti
Piemonte	7	0	0	0	336	6	0	0	0	0	0	0
Liguria	1	0	0	0	22	0	0	0	0	0	0	0
Lombardia	1	0	0	3	25	0	0	0	0	2	0	0
Veneto	4	0	0	0	67	7	0	0	0	0	0	0
Emilia R.	15	10	1	13	347	19	200	5	9	23	2	2
Toscana	11	6	2	0	106	48	44	3	8	0	0	0
Marche	15	10	8	18	297	0	178	7	121	71	2	2
Umbria	1	1	0	0	12	0	8	0	0	0	0	0
Lazio	4	2	0	0	42	0	22	1	0	0	0	0
Abruzzo	88	52	60	95	639	21	346	4	473	575	2	2
Campania	103	56	33	69	1426	1	1303	57	396	543	20	20
Puglia	116	93	77	81	1786	28	1335	40	834	845	34	34
Basilicata	30	23	25	5	368	2	259	9	251	15	1	1
Calabria	90	65	53	51	1067	1	646	35	239	431	5	5
Sicilia	159	143	118	126	3966	46	2714	86	2610	2032	33	33
Sardegna	2	1	0	3	12	1	9	0	0	12	0	0
Regno	647	462	377	464	10518	180	7064	247	4941	4549	99	99

Fonte: MAIC, Direzione Generale della Statistica 1907a, 3.

date a funzionari specializzati nel servizio, assicurano il controllo sulla salute del bambino, e vegliano sull'applicazione della legge. Insisto nel mettere in rilievo ancora la parte della legge che riguarda la distribuzione dei sussidi delle madri legittime per prevenire o far cessare gli abbandoni. È la prima volta che in un testo legislativo si trova menzionata questa specificazione di soccorsi, e, a mio avviso, l'esempio meriterebbe fosse imitato; tanto più che la breve esperienza già fatta in Francia dimostra come la legge vada raggiungendo lo scopo. Da un discorso tenuto da Strauss nel 1910 all'assemblea generale della lega contro la mortalità infantile, si rileva che l'abbandono di infanti è diminuito di un quinto (Finizio 1912 b, 13).

Il regolamento generale sanitario italiano del 3 febbraio 1901, nell'articolo 185, si limitava a prescrivere l'obbligo per le balie stipendiate dai brefotrofi o dalle amministrazioni comunali per il servizio agli esposti di presentarsi ogni mese con il bambino ad esse affidato presso l'Ufficio sanitario del comune di residenza.

«Ma quest'articolo, col susseguente 186 circa l'obbligo di accompagnare i bambini inviati alle istituzioni degli esposti col certificato medico della madre, hanno di mira soltanto l'evitare la diffusione della sifilide da baliatico, e non possono assolvere il compito della vigilanza sull'allevamento, la quale richiederebbe, invece, anzitutto visite nel domicilio della balia» (Finizio 1912 b, 16-17).

Pur essendo vero, inoltre, che in molte località il servizio di assistenza agli esposti era nel tempo progressivamente migliorato, soprattutto in riferimento alle condizioni igieniche dei brefotrofi, non mancavano province in cui non si erano registrati miglioramenti significativi.

Nel 1918 viene approvato dal governo italiano il primo regolamento sul baliatico retribuito che prescrive controlli sulla salute delle balie, sulle condizioni igieniche delle loro abitazioni e sul numero dei neonati ad esse affidati. Questo regolamento, allora paragonato alla legge Roussel francese del 1874, è in realtà ancora una volta un intervento diretto essenzialmente alla prevenzione della sifilide e non alla regolamentazione del complesso problema sociale dell'assistenza all'infanzia (Corsini 1996, 264).

La mortalità degli illegittimi e degli esposti, come abbiamo osservato nel paragrafo precedente, non conosce negli anni in esame un declino paragonabile a quello che caratterizza la mortalità dei bambini legittimi ed è caratterizzata da nette differenze territoriali (tab. 5).

In alcune regioni, come il Lazio, l'Umbria, le Marche, la Romagna, le nascite illegittime erano molto frequenti, ma la maggior parte di questi bambini veniva in seguito riconosciuta ed allevata dai genitori in famiglia e non si riscontravano forti differenze di mortalità. Altrove, come in Calabria³⁹, Sicilia, Abruzzo, Campania, Piemonte e Lombardia, la natalità illegittima era meno frequente, ma i riconoscimenti erano quasi assenti. In queste ultime regioni i bambini illegittimi venivano affidati alla carità pubblica e la loro mortalità era assai più elevata.

Difficile è disporre di dati più approfonditi maggiormente disaggregati a livello territoriale; i dati statistici ufficiali distinguono, a livello provinciale, la mortalità secondo la filiazione (legittima o illegittima), ma non riportano le cifre sui bambini assistiti, limitando la significatività di tali informazioni. Va detto comunque che l'analisi di tali dati, che non è possibile affrontare dettagliatamente in questa sede, evi-

Tab. 5. *Bambini ammessi all'assistenza pubblica negli anni 1902-06*

Regioni	Nati vivi 1902-05 medie annue	Bambini di non oltre 1 anno ammessi all'assistenza pubblica (medie annue 1902-06)		Bambini morti di non oltre 1 anno (medie annue)		Per 100 esposti assistiti 1902-06
		Numero	Per 1000 nati	Per 100 nati (1902-05)		
				legittimi	illegittimi	
Piemonte	93.369	1.835	19,6	15,0	35,2	36,0
Liguria	29.752	615	20,7	13,5	23,2	40,6
Lombardia	151.618	2.756	18,0	18,2	27,8	41,2
Veneto	118.916	1.243	10,0	14,8	18,5	37,0
Emilia R.	82.003	2.029	24,7	18,2	19,5	32,7
Toscana	77.498	2.196	28,3	14,2	19,2	32,7
Marche	34.730	668	19,2	16,0	19,5	36,4
Umbria	20.281	955	47,0	13,2	21,8	31,4
Lazio	35.906	1.107	31,0	14,5	14,8	47,5
Abruzzo	46.350	856	18,4	16,0	36,2	42,3
Campania	101.789	2.649	26,0	15,2	27,5	34,3
Puglia	72.907	1.865	25,6	19,2	23,5	28,6
Basilicata	16.711	144	8,6	19,5	23,2	27,5
Calabria	46.941	1.841	39,2	14,5	38,2	50,7
Sicilia	121.241	3.933	32,4	18,8	29,0	39,6
Sardegna	26.266	313	12,0	14,2	17,2	27,4
Regno	1.076.278	25.005	23,0	16,6	23,2	37,5

Fonte: MAIC, Direzione Generale della Statistica 1907 a, 6-7.

denzia nette ed accentuate disparità all'interno delle stesse regioni.

Finizio, in una relazione dedicata alla distribuzione geografica della mortalità dei lattanti, nel sottolineare come l'unico provvedimento legislativo per la tutela dell'infanzia fosse stato l'articolo 299 della legge comunale e provinciale fino a promulgazione di «apposita legge» (mai promulgata) che si limitava a porre a carico delle amministrazioni locali, comunali e provinciali, le spese di mantenimento degli esposti, quando non fossero sufficienti le entrate dei Brevotrofi e delle Opere Pie, denunciava l'ampia libertà di ordinamento lasciata alle amministrazioni locali.

La tentazione di interpretare le disparità di mortalità infantile alla luce delle differenti disposizioni amministrative locali, e delle diverse forme e modalità assistenziali che connotavano le varie realtà territoriali è forte, ma mancano precisi dati quantitativi per supportare adeguatamente un'ipotesi del genere.

«Uno studio molto interessante sarebbe anche quello delle variazioni della mortalità dei lattanti in rapporto alle istituzioni già esistenti per la tutela dei lattanti; ma i dati statistici di queste istituzioni sono scarsamente conosciuti. Non v'ha dubbio però che esse, sebbene in complesso siano ancora ovunque assai scarse, siano anche ripartite con notevole sperequazione a svantaggio soprattutto dell'Italia meridionale, condizione che sicuramente deve contribuire a mantenere superiore alla media

del Regno la mortalità dei lattanti nei compartimenti del mezzogiorno e della Sicilia» (Finizio 1912a, 51).

Il medico presentava i dati statistici disponibili per corroborare questa sua tesi. Iniziava sottolineando come, di fronte ad un numero medio di parti in ospedale nel Regno pari a 18 per mille, nel 1907, si osservavano valori di 12 in Sicilia, 9 in Campania ed Umbria, 8 in Sardegna, 2 in Calabria e Puglia, 1 nelle Marche e in Abruzzo, contrapposti a medie pari a 24-31 in Lombardia, Toscana, Piemonte, Emilia, Liguria e 89 in Lazio. Le sale di maternità erano poi del tutto assenti in Basilicata.

Proseguiva evidenziando come «di asili per i lattanti non v'ha traccia non solo in Basilicata, ma neppure in Calabria, in Sardegna, in Umbria. Del resto tali asili sono ovunque così scarsi che soltanto in Roma e nelle grandi città del Piemonte, della Lombardia e della Liguria possono forse esplicare apprezzabile azione» (Finizio 1912a, 52).

Le altre istituzioni di assistenza ai lattanti ed alle madri mancavano completamente in Abruzzo, Basilicata, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna. Per tutta la Campania esisteva un solo istituto⁴⁰. Esse assumevano una certa importanza soltanto in alcune delle principali città del Piemonte, della Lombardia, del Veneto, dell'Emilia, della Toscana, e soprattutto a Roma.

Fortemente sperequata territorialmente risultava anche la distribuzione dei reparti ospedalieri per lattanti e degli ospedali pediatrici del tutto assenti in Abruzzo, Basilicata, Calabria e Sardegna. Bari aveva un unico ospedale per tutta la Puglia con soli 12 letti, Napoli aveva un ospedale di dimensioni maggiori, ma del tutto inadeguate alle esigenze della sua popolazione. L'assistenza pediatrica ospedaliera risultava decisamente in condizioni migliori ed in via di progresso ulteriore in Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia, Toscana e a Roma. Così pure notevolissime, come si è già accennato, erano le differenze nell'assistenza agli esposti.

Concludendo questa analisi, Finizio così scriveva:

Riassumendo adunque possiamo dire che la mortalità dei lattanti in Italia presenta una notevole sperequazione da una regione all'altra; e che questa sperequazione è maggiore per gli illegittimi e ancora più per gli ammessi all'assistenza pubblica.

La distribuzione geografica della mortalità dei lattanti in Italia non pare in rapporto con i caratteri antropologici della popolazione e neppure con le condizioni climatiche e sanitarie locali, o col dato demografico della natalità. Nelle regioni ove la mortalità dei lattanti è più alta di quanto consentirebbero i fattori appena accennati, pare che ad aggravarla intervengano i nocivi effetti del lavoro delle madri, e la deficienza di istituzioni protettive della salute di queste e dei lattanti (Finizio 1912a, 53).

4. Ma, al di là dell'intervento statale, qualcosa poteva essere fatto? L'analisi delle cifre di mortalità dei bambini esposti ed abbandonati, affiancata alla presentazione degli interventi legislativi realizzati dai governi italiani negli anni in esame, ha permesso di evidenziare un ritardo rilevante nell'affrontare i problemi della salute infantile. Tale ritardo è dell'Italia rispetto ad altre nazioni europee, del Sud rispetto al Nord del paese.

Le differenze territoriali nella sopravvivenza infantile che si riscontrano in Italia possono essere ricondotte, ma solo in maniera molto schematica, ad un dualismo nord-sud; non mancano infatti, numerose eccezioni che sfuggono a questa contrapposizione (soprattutto per quanto riguarda i bambini esposti ed abbandonati) che andrebbero approfondite ed ulteriormente indagate.

In assenza di un intervento statale, furono spesso le amministrazioni locali o l'iniziativa privata a cercare di colmare il vuoto legislativo in molte realtà urbane, principalmente dell'Italia centro-settentrionale, come i dati della relazione di Finizio sopra richiamati hanno già evidenziato.

Antonia Pasi (in stampa)⁴¹ ha recentemente esaminato, a questo riguardo, la situazione milanese, analizzando le iniziative delle istituzioni private rivolte alla tutela del baliatico mercenario, alla assistenza alle madri povere e bisognose, alle consultazioni pediatriche, alle crèches.

La mortalità infantile nel capoluogo lombardo che, com'è noto, si presentava particolarmente elevata negli ultimi due decenni dell'Ottocento, già sul finire del primo decennio del secolo successivo conobbe una bruschissima caduta che Antonia Pasi mette in relazione con l'evoluzione del baliatico mercenario. Anche per quest'ultimo, infatti, si registrò una forte riduzione grazie alle iniziative private volte alla tutela della salute materno-infantile.

A Milano l'azione fu principalmente orientata, da un lato, al controllo sanitario delle condizioni nelle quali avveniva l'allattamento presso le nutrici, dall'altro, al sostegno delle madri lavoratrici affinché potessero allattare i loro bambini.

A quest'ultimo riguardo, va sottolineato che a Milano venne creata una cassa di maternità nel 1905. La Cassa milanese non era limitata alle lavoratrici: qualsiasi donna, della città o dei dintorni, poteva iscriversi pagando una tassa ed ottenere un sussidio in caso di parto o anche di aborto. Nel 1910 più della metà delle associate (in tutto 491) era esclusa dalla previdenza della Cassa nazionale di maternità, appena fondata, perché quest'ultima limitava l'assicurazione obbligatoria alle operaie della grande industria.

Non è possibile esaminare approfonditamente in questa sede le varie iniziative analizzate dall'autrice, ma va sottolineato come nell'esperienza milanese si possa leggere con chiarezza la progressiva modernizzazione delle forme di assistenza ed il passaggio da un sistema di carità tradizionale per i bambini e le madri delle famiglie più povere a nuove forme basate sulla previdenza e sul riconoscimento dei diritti delle madri lavoratrici. L'analisi dell'evoluzione della sopravvivenza infantile, condotta in parallelo sembra, inoltre, confermare che i risultati conseguiti nella lotta contro la mortalità dei bambini furono significativi.

Patrizia Guarnieri (2000) ha studiato l'esperienza fiorentina degli 'Aiuti Materni' e degli Asili Materni, mostrando anche in questo caso l'efficacia di diverse forme di intervento.

A Firenze sorse il primo Aiuto Materno in Italia, sull'esempio delle consultazioni dei lattanti aperte a Parigi tra il 1892 e il 1895; venne istituito da Enrico Pestalozza, direttore della Clinica ostetrica e della Maternità, che ne assunse l'organizzazione e la direzione sanitaria.

Pestalozza era ben consapevole delle difficoltà incontrate dalle madri più povere che non erano spesso in grado di allattare il proprio bambino e che, tante volte, lo abbandonavano agli Innocenti, «da cui la stessa Maternità era stata fondata e che al Brefotrofio rimaneva collegata da una porta [...] tanto consueto e naturale era il passaggio dalla nascita all'esposizione. Da anni dunque egli vedeva nascere bambini candidati ad ammalarsi e anche a morire nel primo anno di vita, perché destinati all'abbandono o al baliatico da cui era risaputo dipendesse il più alto tasso di mortalità infantile» (Guarnieri 2000, 18).

L'assistenza pubblica prevedeva un intervento solo per gli illegittimi portati al brefotrofio e un sussidio finanziario per i legittimi poveri le cui madri presentassero un certificato di 'impotenza ad allattare' sbrigativamente rilasciato dal medico condotto.

Occorrevano rimedi concreti ed efficaci, quali ad esempio buoni pasto ed alimenti per la madre, latte sterilizzato distribuito quotidianamente per garantire un allattamento misto ed eventualmente artificiale sicuro, un controllo regolare della crescita del bambino. La madre era, inoltre, tenuta a portare il proprio bambino una volta alla settimana, pena la perdita dell'assistenza, dal medico responsabile dell'Aiuto che l'avrebbe visitato e pesato, registrandone la crescita e riportando osservazioni su una apposita cartella. Così fino a quando il bambino non avesse compiuto un anno. L'esempio di questo primo Aiuto fu imitato nel giro di pochi anni; altri sorsero in diversi quartieri della città, sotto la responsabilità di pediatri.

L'Aiuto istituito nel 1918 dallo Spedale S. Maria degli Innocenti (il secondo brefotrofio in Italia ad avviare questo servizio) si occupava anche degli illegittimi riconosciuti dalle madri. Le madri, infatti, assunte come balie, venivano pagate e assistite, affidando loro i figli che, in molti casi, esse tenevano con sé invece di abbandonarli. E sempre per aiutare le madri nubili, in un'ottica di prevenzione dell'abbandono e della mortalità infantile, sorsero a partire dal 1910 anche gli Asili materni.

L'efficacia degli interventi effettuati, descritta nelle varie pubblicazioni dai responsabili sanitari, risulta confermata dai registri di ammissione e dalla cartelle sanitarie degli assistiti di alcuni Aiuti, conservate presso gli archivi storici.

I risultati più significativi riguardano la diminuzione degli abbandoni e l'incremento dei riconoscimenti da parte materna per gli illegittimi e in generale l'aumento dell'allattamento materno e misto, con un conseguente declino del tasso di mortalità infantile (tab. 6).

«Non è un caso che i fautori degli Aiuti e degli Asili Materni fossero medici che lavoravano in Maternità, nel brefotrofio – dove la mortalità restava altissima – e nei primi ospedali per bambini. Proprio la loro esperienza nelle istituzioni dell'abbandono e del bisogno li aveva spinti ad affrontare il problema primario dell'assistenza alla prima infanzia a partire dall'assistenza alle madri. Il loro proposito dunque, proprio davanti alle donne più svantaggiate ed alle più fragili che addirittura rifiutavano la maternità, era di aiutare ciascuna a diventare una buona madre: capace di riconoscere, possibilmente di allattare, comunque di allevare e curare il proprio bambino» (Guarnieri 2000, 19).

Tab. 6. *Mortalità nel primo anno di vita in Firenze e negli Aiuti Materni (1914-1928)*

Anni	Mortalità nel primo anno di vita in Firenze e negli Aiuti Materni					
	Nel comune di Firenze			Negli Aiuti Materni		
	Nati vivi	Morti età 0	%	Assistiti	Morti	%
1914	4714	565	12,0	47	2	4,3
1915	4447	569	12,8	183	6	3,3
1916	3551	663	18,7	285	9	3,2
1917	2968	557	18,8	236	8	3,4
1918	3099	719	23,2	240	13	5,4
1919	3333	362	10,9	360	10	2,8
1920	5195	488	9,4	436	25	5,7
1921	4957	373	7,5	242	9	3,7
1922	4483	356	7,9	240	7	2,9
1923	4248	333	7,8	345	7	2,0
1924	3971	302	7,6	219	7	3,2
1925	3952	221	5,6	414	12	2,9
1926	3915	242	6,2	496	20	4,0
1927	3601	234	6,5	593	8	1,3
1928	3893	216	5,5	827	18	2,2

Fonte: Moggi 1929; Pisacane 1996, 61.

Le esperienze milanese e fiorentina⁴², qui brevemente richiamate, testimoniano con chiarezza che, in assenza di un efficace intervento legislativo, qualcosa poteva essere e fu fatto per la tutela della salute materna ed infantile in molte città italiane e che tali iniziative si tradussero in segni tangibili dal punto di vista demografico.

Un bilancio di tali risultati è ancora prematuro; perché sia possibile tentare di tracciarlo, occorre moltiplicare gli studi sulle singole realtà ed esperienze locali, con un lungo, laborioso, ma di certo prezioso lavoro d'archivio.

¹ Carlo Corsini (1996, 260) ha sottolineato l'importanza di un approccio di questo tipo. «Sarebbe veramente importante (in una ricerca sulla mortalità infantile a livello territoriale) cercare di mettere in evidenza il diverso ruolo giocato da una parte dagli interventi di tipo sanitario e pediatrico in particolare, dall'altra dagli interventi a favore della madre e, più in generale, dell'infanzia per comprendere quali strategie abbiano conseguito risultati più sostanziosi sul declino della mortalità infantile».

² Mi riferisco in particolare ad alcuni lavori:

Corsini 1996; Guarnieri 1999, 2000, 2001; Mancini 2000; Pasi 1995, 1998, in stampa.

³ Precise informazioni e accurati riferimenti bibliografici su tale materiale documentario possono essere trovati in Protasi (2000). Sulle inchieste si veda anche Fabiano (1980-81).

⁴ La relazione finale dell'inchiesta fu condotta da Stefano Jacini che era il presidente della Giunta per l'inchiesta.

⁵ Dal 1881 al 1886 la rilevazione venne effettuata per i comuni capoluoghi di provincia e di circondario.

⁶ Mossi dalla volontà di studiare la malattia,

calata all'interno delle strutture sociali ed ambientali, questi medici erano animati da una sincera volontà di conoscere le dolorose condizioni igienico-sanitarie del paese, come si venivano rivelando all'indomani dell'unificazione. E questo sforzo conoscitivo è alla base di una ricca produzione di ricerche, relazioni, 'quadri nosologici', 'memorie storico-statistiche' che si realizzò grazie all'impegno privato di tanti medici – condotti e ospedalieri – che lavorarono al di fuori dei servizi statistici dello Stato, riorganizzati da un medico milanese, Pietro Maestri al servizio dello stato italiano. «E questa consapevolezza di una allarmante degradazione della 'sanità pubblica' [...] si allargò gradatamente – e sia pure a fatica – ad alcune frazioni dei gruppi dirigenti e si estrinsecò nella tormentata vicenda, protrattasi per più di vent'anni, dei tentativi miranti a dotare il paese di un insieme organico di leggi sanitarie, quel 'codice', come lo si chiamò, che nelle intenzioni dei suoi più conseguenti fautori avrebbe dovuto rappresentare non soltanto la razionalizzazione e l'unificazione della normativa vigente ma lo strumento decisivo del 'risorgimento' sanitario italiano» (Della Peruta 1980, 714).

⁷ Mi riferisco ai lavori di Griffini (1868), Sormani (1881), Coletti (1908), Finizio (1912), Guzzoni Degli Ancarani (1913), per citare in ordine cronologico solo alcuni contributi più interessanti e rappresentativi.

⁸ Per una trattazione più approfondita di questi aspetti che non è possibile affrontare in questa sede si veda il bel saggio di Scott 1991.

⁹ In questo saggio l'attenzione sarà rivolta alle donne che lavoravano nel settore industriale in quanto la legislazione sul lavoro in Italia fu ad esse esclusivamente indirizzata; non va tuttavia dimenticato che le operaie costituivano ancora una minoranza della forza lavoratrice femminile italiana principalmente occupata nell'agricoltura, oltre che nel lavoro a domicilio.

¹⁰ Cfr. Merli 1976, 239.

¹¹ Sulle caratteristiche ed i limiti di questa inchiesta si veda Protasi 1991.

¹² L'inchiesta più completa sul lavoro a domicilio fu svolta a Milano per il periodo 1908-10 (Schiavi 1911). Nei 3042 laboratori esaminati i lavoratori a domicilio erano 4.517, di cui 3.155 erano donne. Il settore del vestiario e dell'igiene della persona occupava da solo 3.328 lavoratori, di cui 2.250 donne (il 50% circa di tutti gli intervistati). Cfr. Ficola 1982, 702-703.

¹³ Mozzoni si era occupato dell'indagine governativa di fine Ottocento sulle condizioni degli

operai nelle fabbriche della Lombardia, cfr. Merli 1976, 216.

¹⁴ Si veda le testimonianze a riguardo in Merli (1976) dal quale è stata tratta anche la citazione di Carozzi (1908).

¹⁵ «sovente si verifica anche il caso che il massimo di salario della donna è più basso del minimo del salario dell'uomo», Majno Bronzini, 1900, 47, cfr. Merli 1976, 239.

¹⁶ In alcuni opifici del Lecchese, alcuni sindaci avevano trovato «donne gestanti, le quali (erano) obbligate a rimanere per l'intera giornata al fornello, coll'addome in prossimità ad un continuo ed intenso calore» (Bonomi 1873, 18). La citazione è tratta da Ficola 1982, 702.

¹⁷ Protasi (1991, 912) a questo riguardo ha evidenziato, sulla base di dati statistici comunali, che a Milano nel 1903 «i decessi tra le operaie avvenivano in gran parte tra i 15 e i 35 anni di età (il 52% delle cucitrici, cravattai e bustaie e oltre il 60% delle tessitrici, delle magliaie e delle sartine morte in quell'anno appartenevano infatti a questa fascia di età), mentre nella categoria delle possidenti, delle benestanti e delle agiate e in quella delle casalinghe e delle massaie le punte massime di mortalità venivano raggiunte nelle età avanzate (rispettivamente il 62 e il 49% delle morti si concentravano nelle classi di età dai 61 anni in su)».

¹⁸ Relazione di P. Borselli della Deputazione Provinciale di Torino, in MAIC, Direzione Generale dell'Industria e del Commercio 1880, 102-103, citazione tratta da Merli 1976, 280-281.

¹⁹ Mi riferisco qui, a titolo esemplificativo, alle filatrici che rappresentavano una quota considerevole delle lavoratrici industriali; l'elenco delle complicazioni per la salute femminile potrebbe allungarsi considerando altri settori industriali. Significative ulteriori testimonianze a riguardo possono trovarsi in Merli 1976.

²⁰ Non mancavano forti differenze territoriali: i circondari più industrializzati presentavano, infatti le cifre più elevate di rivedibili per malattie, imperfezioni e gracilità del perimetro toracico, ecc. Merli (1976, 317-318) riporta a questo riguardo diverse testimonianze dell'epoca.

²¹ Di particolare interesse a questo riguardo è l'indagine relativa alla mortalità dei bambini nati nel 1903 a Milano secondo l'alimentazione e le condizioni economiche dei genitori, pubblicata a cura dell'Ufficio del lavoro della Società Umanitaria (1908), realizzata sotto la direzione di Alessandro Schiavi. I risultati fanno riferimento a 8.475 bambini nati nel

1903, cioè al 64,76% dei bambini nati nell'anno. Secondo tale inchiesta, solo un po' più della metà di questi bambini veniva allattato al seno materno. Questo studio mostra che molto più alta era la mortalità infantile tra i figli delle donne lavoratrici, ma questa situazione appare fortemente correlata con l'assenza delle cure materne dovuta alla necessità di lasciare la casa per il lavoro; i figli delle donne lavoratrici che erano allevati dalle madri avevano tassi di mortalità infantile molto più bassi. Un bambino correva un rischio per la salute molto più elevato se era messo in un brefotrofo o allattato in condizioni poco igieniche. Il rischio di morte di un bambino che apparteneva alla classe più alta non allattato dalla madre si avvicinava a quello di un bambino la cui madre apparteneva alla classe lavoratrice e non poteva allattarlo (Pozzi, Rosina 2000).

²² Le inchieste sui bambini abbandonati ed esposti furono coordinate e dirette da Enrico Raseri «che a queste ricerche attese con grande amore e che si spense prima di vedere approvata quella legge per l'assistenza all'infanzia illegittima ed abbandonata, alla preparazione della quale tanto egli aveva contribuito» (Finizio, 1912c, 19).

²³ Nel testo originale è indicato erroneamente 39,2 al posto del valore 37,5. Una verifica su altre fonti statistiche ufficiali ha consentito di verificare il valore corretto del tasso di mortalità dei bambini illegittimi assistiti per gli anni 1893-96.

²⁴ Questo aumento in parte è determinato da un miglioramento delle capacità di diagnosi; in particolare un certo numero di decessi precedentemente attribuiti alle convulsioni ed all'eclampsia (ad un sintomo più che alla causa primaria cioè) vennero in seguito attribuiti correttamente alle gastroenteriti (Pozzi 2000, 45 e sgg.). Un incremento della mortalità determinata dalle gastroenteriti, particolarmente accentuato per gli illegittimi, pare tuttavia certo.

²⁵ Si vedano ad esempio Musatti 1876; Guaita 1892 e s.d. (dopo il 1898). Musatti, medico igienista, aveva fondato nel 1875 la rivista «Igiene infantile» che venne stampata sino al 1882 e fondato un asilo per lattanti a Venezia. Guaita aveva fondato la rivista «Mamma e bambino» nel 1884; tenne varie conferenze di argomento pediatrico e oltre al volume di cui sopra, scrisse numerose opere di divulgazione pediatrica. Per informazioni più approfondite e per ulteriori riferimenti bibliografici a riguardo si veda Pasi 1997.

²⁶ Patrizia Guarnieri ha analizzato con grande

efficacia un tema centrale e fondamentale come la questione del rapporto fra pediatri e madri. Molto interessanti sono, inoltre, le considerazioni che propone sul tema degli atteggiamenti e dei sentimenti materni; per una trattazione approfondita di tali tematiche, che non è possibile affrontare in questa sede, si vedano i due articoli di Guarnieri del 1999.

²⁷ Entrambe le citazioni di Ersilia Majno Bronzini sono tratte da Merli (1976, 254-255).

²⁸ Nella tabella si sono riportati i provvedimenti legislativi più significativi. In realtà esistono altre leggi, relative sia al codice civile sia al codice penale, in cui si trovano tracce di interessamento in favore dell'infanzia «derelitta». Due articoli di legge in particolare (17 luglio 1890 e 18 luglio 1904) relativi alle congregazioni di carità e di assistenza prevedevano, ad esempio, fondi destinati all'infanzia abbandonata, sussidi per l'allattamento naturale ed artificiale, ed anche sussidi economici per figli legittimi di genitori indigenti. Si tratta però di prescrizioni legali «frammentarie, incomplete, sparse in diverse leggi, le quali solo per incidenza e per altri fini si occupano della questione. E quel che più importa, nessuna delle ricordate leggi assicura i mezzi finanziari perché l'assistenza possa sempre e dovunque effettuarsi [...] Sicché l'assistenza pubblica alla infanzia derelitta, quando non si tratti di esposti è in Italia ancora allo stato facoltativo» (Finizio 1912 b, 18).

²⁹ Cfr. Merli 1976, 336.

³⁰ La citazione è tratta da Merli 1976, 353.

³¹ La Francia già nel 1892, con la legge del 1° novembre, portava il limite d'età ai 13 anni. A quella data la sola Svizzera era più progredita (14 anni); l'Inghilterra si adeguava al limite dei 12 anni nel 1901 e l'Italia nel 1902; ma le eccezioni alla norma erano così numerose a tal punto che Chessagne (1996, 247), commentando l'esperienza legislativa italiana, scrive «l'Italia non si adegua affatto».

³² Il libretto e la visita medica erano già previsti dalla legislazione sanitaria italiana, ma le irregolarità nella tenuta erano numerosissime. Merli (1976, 355), richiamando fonti ufficiali riferisce del «sistema seguito da qualche medico delegato alla visita dei fanciulli, di lasciare in bianco la pagina dei libretti destinata a contenere la dichiarazione di visita sanitaria, limitandosi ad apportare la firma» per gli anni che immediatamente precedono la legge del 1902, ma sottolinea che è presumibile che le cose rimasero ancora a lungo invariate anche dopo l'approvazione della legge del 1902.

³³ «Fortunatamente il nostro padrone ci riprende tutte dopo una settimana», così affermava un'operaia lombarda in un articolo, *A proposito della legge sul lavoro delle donne e dei fanciulli*, «Unione Femminile», ottobre 1903, citato in Ficola 1982, 707.

³⁴ Per avere un'idea del ritardo legislativo italiano, basti pensare che, ad esempio, in Francia la legge istitutiva delle Mutualités Maternelles, era stata votata nel 1892.

³⁵ La citazione dalla relazione è ripresa da Berlinguer 1991, 110.

³⁶ La Spagna «condivide coll'Italia la poco invidiabile prerogativa di avere ancora le ruote per l'ammissione degli esposti all'assistenza. Ha numerosi Brefotrofi; e, dove questi mancano, provvedono direttamente le giunte municipali. I risultati dell'assistenza non debbono differire molto da quelli che si hanno tra di noi, se nel 1900 il Brefotrofio di Madrid dal Senato spagnolo meritò di essere denominato l'asilo della morte. È doveroso però qui ricordare che la Spagna negli ultimi tempi, con la legge del 12 agosto 1904, provvede alla protezione fisica e morale di tutti i fanciulli sotto i dieci anni, sia che essi si trovino presso allevatori mercenari, sia che vengano accolti nelle crèches, negli asili, nelle scuole; e col decreto 2 marzo 1909 creò, nel Ministero dell'Interno, un servizio tecnico per la protezione dell'infanzia» (Finizio 1912b, 11-12).

³⁷ In Francia la presentazione avveniva ad ufficio aperto, ma senza testimoni. «Chi è preposto a questo ufficio ha l'obbligo di ricordare alla madre, o a chi per lei, che essa ha il diritto al soccorso pecuniario qualora tenga presso di sé il bambino; e di ricordare ancora che il luogo di collocazione dei pupilli rimane segreto, salvo decisione in contrario del Prefetto» (Finizio 1912b, 12-13).

³⁸ La legge n. 2900 del 10 dicembre del 1923 intervenne a sancire la chiusura delle ruote di

esposizione. Tale legge prevedeva un nuovo regolamento igienico sanitario dei brefotrofi e l'istituzione di premi di legittimazione; l'ammissione ai brefotrofi della prole illegittima era ammessa solo su consegna diretta. Successivamente all'approvazione della legge, venne effettuata un'indagine, grazie all'opera di una commissione speciale per lo studio della riforma del servizio agli esposti, creata dall'ONMI. L'ispezione venne realizzata in 52 brefotrofi e diede risultati 'disastrosi'. Nella maggior parte di questi istituti finanziati dallo Stato non erano rispettate le più elementari norme igieniche; in soli 5 istituti il nuovo regolamento proposto con la legge del 1923 era stato correttamente applicato. Per informazioni su questa legge e, più in generale, sul tema dell'assistenza all'infanzia negli anni del fascismo, non esaminato in queste pagine, si veda l'articolo di Vardeu (1999) che contiene informazioni utili anche sul periodo precedente.

³⁹ In riferimento alla Calabria, Finizio sottolineava come la regione non solo fosse contraddistinta, negli anni 1890-1906 dalla più alta mortalità degli esposti in Italia, ma anche da una supermortalità femminile, nel primo anno di vita, fra i bambini affidati all'assistenza pubblica che non si riscontrava nel complesso del paese.

⁴⁰ L'Istituto Nipiogenico che «offre alle madri un'azione educativa incomparabile, non può disgraziatamente porgere alle madri ed ai lattanti un'assistenza ugualmente larga perché l'Istituto è sprovvisto di mezzi finanziari» (Finizio 1912a, 52).

⁴¹ Colgo l'occasione per ringraziare Antonia Pasi per avermi messo a disposizione il suo contributo prima della pubblicazione.

⁴² Ulteriori conferme dell'esistenza e dell'efficacia di iniziative di questo genere in altre città italiane possono essere trovate nell'articolo di Guarnieri (2001) dedicato all'esperienza degli ambulatori pediatrici romani.

Riferimenti bibliografici

- L. Belloc 1894, *Du travail de femmes et des enfants dans les ateliers, fabriques, et dans les mines en Italie*, «Congrès international des accidents du travail à Milan du 1^{er} au 6 octobre 1894».
- G. Berlinguer 1991, *Storia e politica della salute*, Franco Angeli, Milano.
- G. Bock 1992, *Povert  femmine, maternit  e diritti della madre*, in F. Th baud (a cura di), *Storia delle donne in Occidente. Il Novecento*, Laterza, Roma-Bari, 416-456.
- S. Bonomi 1873, *Intorno alle condizioni igieniche degli operaie e in particolare delle operaie della seta nella provincia di Como*, Fratelli Rechiedei, Milano.
- J.M. Borr s Llop 1996, *Historia de la infancia en la España contemporanea (1934-1936)*, Ministerio de trabajo y asuntos sociales, Fundación German Sanchez Ruiperez, Madrid.
- M. Breschi, L. Pozzi 1997, *Un problema di demografia differenziale: mortalit  infantile e condizione socio-economica*, in *Disuguaglianza: stratificazione e mobilit  sociale nelle popolazioni italiane*, Tomo I, Clueb, Bologna, 285-310.
- L. Carozzi 1908, *L'industria dei guanti in Milano*, Editore l'Ufficio del Lavoro, Milano.
- L. Carozzi 1913, *La mortalit  infantile in rapporto alla professione dei genitori*, in *Atti del IV Congresso Nazionale per le malattie del lavoro (malattie professionali)*, Roma, 8-11 giugno 1913, Tipografia Editrice Nazionale, Roma, 198-235.
- M. Casalini 1981, *Femminismo e socialismo in A. Kulisciuff*, «Italia Contemporanea», 143, 11-43.
- G. Cerasoli 1999, *L'affermazione della Pediatria in Italia: la nascita della Societ  Italiana di Pediatria*, «Giornale di Medicina Militare», 275-279.
- F. Coletti 1908, *La mortalit  nei primi anni d'et  e la vita sociale della Sardegna*, Fratelli Bocca, Torino.
- S. Chassagne 1996, *Il lavoro dei bambini nei secoli XVIII e XIX*, in E. Becchi e D. Julia (a cura di), *Storia dell'infanzia*, Vol. 2, *Dal Settecento ad oggi*, Laterza, Roma-Bari, 207-249.
- C. Corsini 1996, in E. Becchi e D. Julia (a cura di), *Storia dell'infanzia*, Vol. 2, *Dal Settecento ad oggi*, Laterza, Roma-Bari, 250-281.
- M. Debuissou 1994, *Analyse de la baisse de la mortalit  infantile en Belgique au niveau des arrondissements (1886-1924)*, Thèse de maîtrise, Lovanio.
- L. Del Panta 1994, *Mortalit  infantile et post-infantile en Italie du XVIII au XX siècle. Tendances   long t rme et différences régionales*, «Annales de D mographie Historique», 45-60.
- F. Della Peruta 1980, *Sanit  pubblica e legislazione sanitaria dall'Unit  a Crispi*, «Studi Storici», 713-759.
- D. Dwork 1987, *War is Good for Babies and Other Young Children: a History of the Infant and Child Welfare Movement in England 1898-1918*, Tavistock Publications, Londra & New York.
- V. Ellena 1880, *La Statistica di alcune industrie italiane*, «Annali di Statistica», serie II, vol. 13, Roma.
- A. Fabiano 1980-81, *Le inchieste sociali del parlamento italiano tra il 1860 e il 1911*, «Quaderni di Sociologia», 2, 226-266.
- C. Ficola 1982, *Legislazione sociale e tutela della maternit  nell'et  giolittiana*, in M.L. Betri, A. Gigli Marchetti (a cura di), *Salute e classi lavoratrici dall'unit  al fascismo*, Angeli, Milano, 699-711.
- G. Finizio 1912a, *Relazione sulla tutela del lattante. Parte generale. Distribuzione geografica della mortalit  dei lattanti in Italia*, Arti Grafiche F. Prosperini, Padova.
- G. Finizio 1912b, *Relazione sulla tutela del lattante. Parte speciale. Provvedimenti per la tutela del lattante*, Arti Grafiche F. Prosperini, Padova.
- G. Finizio 1912c, *Influenza della Legislazione Sanitaria sulla Mortalit  Infantile in Italia*, «La Pediatria», 3, 1-99.
- Giunta parlamentare per l'inchiesta agraria, 1881-85, *Atti della Giunta per l'inchiesta agraria e sulle condizioni della classe agricola*, Forzani, Roma, 5 voll.
- R. Griffini 1868, *Della mortalit  dei bambini e della profilassi della sifilide infantile e da allattamento; della istituzione dei presepi in Italia*, «Annali Universali di Medicina», volume 206, fascicolo 617, 241-314.
- R. Guaita 1892, *Malattie e morte dei nostri bambini rispetto alla preservazione delle generazioni future. Conferenza tenuta al Circolo filologico Milanese il 31 gennaio 1892*, Tip. Luigi Marchi, Milano.
- R. Guaita 1899, *Il libro delle madri. Scritti vari d'igiene infantile, ad uso delle madri e delle educatrici del bambino*, Tip. Della Casa Edit. Dott. Francesco Vallardi, Milano.
- P. Guarnieri 1995 *I primi passi della pediatria*, «Kos», 114, marzo 1995, 43-45.
- P. Guarnieri 1999a, *E la mamma dov' ? Medici, donne e bambini nell'Ottocento*, «Bollettino

- di Demografia Storica», nn. 30-31, 95-118.
- P. Guarnieri 1999b, *Ninna nanna la malcontenta: atteggiamenti materni e atteggiamenti medici nella cura dell'infanzia tra '800 e '900*, «La storia della Pediatria», 12-18.
- P. Guarnieri 2000, *I progenitori dei consultori a Firenze all'inizio del '900*, «Quaderni acp», gennaio-febbraio, 18-19.
- P. Guarnieri 2001, *Ospedali e ambulatori per l'infanzia tra '800 e '900*, «Rivista Italiana di Pediatria», 182-185.
- A. Guzzoni Degli Ancarani 1913, *Mortalità del Neonato*, estratto da Atti della Società Italiana di Ostetrica e Ginecologia, Congresso di Roma, dicembre 1913.
- V. Hunecke 1989, *I trovatelli di Milano. Bambini esposti e famiglie espositrici dal XVII al XIX secolo*, il Mulino, Bologna.
- E. Key 1906, *Il secolo dei fanciulli. Saggi*. Trad. it autorizz. di Maria Fano, Bocca, Torino.
- L. Lollini 1924, *Protezione delle donne e dei fanciulli nel lavoro*, «Congresso Nazionale delle dottoresse in medicina», Milano.
- A. Loria 1897, *Political Economy in Italy*, «The Economic Journal», settembre.
- MAIC 1877, *Ricerche sopra le condizioni degli operai nelle fabbriche*, «Annali del Ministero di Agricoltura, Industria e Commercio», vol. 103.
- MAIC, Direzione dell'Industria e del Commercio 1880, *Sul lavoro dei fanciulli e delle donne, Risposta alla Circolare n. 45 del 25 luglio 1879*, «Annali dell'industria e del commercio», n. 15.
- MAIC, Direzione Generale della Statistica 1886, *Risultati dell'inchiesta sulle condizioni igieniche e sanitarie nei comuni del Regno*, Tipografia Dell'ospizio di San Michele, Roma, voll. 3.
- MAIC, Direzione Generale della Statistica 1907a, *Statistica dell'assistenza agli esposti nel quinquennio 1902-06*, appendice a *Statistica delle cause di morte nell'anno 1905*, Roma.
- MAIC, Direzione Generale della Statistica 1907b, *Annuario Statistico 1905-07*, Fascicolo primo, Tipografia Bertero, Roma.
- MAIC, Ufficio del Lavoro 1904, *Basi tecniche di una Cassa di maternità. Inchiesta per l'applicazione della legge 19 giugno 1902 sul lavoro delle donne e dei fanciulli*, Tipografia Bertero, Roma.
- MAIC, Ufficio del Lavoro 1905, *La donna nell'industria italiana. Studi di demografia e di economia industriale*, Tipografia Bertero, Roma.
- MAIC, Ufficio del Lavoro 1908, *Operai ed orari negli opifici soggetti alla legge sul lavoro delle donne e dei fanciulli (anno 1907)*, Roma.
- MAIC, Ufficio del Lavoro 1910, *Lavoro dei fanciulli e crescita del corpo, per il prof. G. Loriga*, Officina poligrafica, Roma.
- E. Majno Bronzini 1895, *Norme per regolare il lavoro delle donne. Relazione sul tema IV (Camera del lavoro di Milano. Congresso sugli infortuni in Rapporto all'igiene, al lavoro delle Donne, dei fanciulli e all'istruzione obbligatoria)*, Tip. Degli Operai, Milano.
- E. Majno Bronzini 1900, *Relazione sulla necessità d'una legge regolatrice del lavoro delle donne*, in Lega Nazionale delle Cooperative, *Resoconto del Congresso della Previdenza fra le Società di Mutuo Soccorso d'Italia ecc.*, Como.
- P. Mancini 2000, *Le politiche di welfare per l'infanzia in Italia dall'Unità alla seconda guerra mondiale, breve excursus storico*, in L. Pozzi, E. Tognotti (a cura di), *Salute e malattia fra '800 e '900 in Sardegna e nei paesi dell'Europa mediterranea*, Edes, Sassari, 267-291.
- G. Masuy-Stroobant 1983, *Les déterminants de la mortalité infantile; la Belgique d'hier et d'aujourd'hui*, Ciaco Éditeur, Lovanio.
- R.A. Meckel 1990, *Save the Babies: American Public Health Reform and the Prevention of Infant Mortality 1850-1929*, The John Hopkins University Press, Baltimora.
- S. Merli 1976, *Proletariato di fabbrica e capitalismo industriale. Il caso italiano (1880-1900)*, Ristampa anastatica dell'edizione del 1972, La Nuova Italia, Firenze.
- D. Moggi 1929, *Gli aiuti materni (Consultori per lattanti) di Firenze negli anni 1910-1928*, «Maternità e infanzia», 651-657.
- A.M. Mozzoni 1898, *Legislazione e difesa delle donne lavoratrici*, «Avanti!», 7 marzo 1898.
- C. Musatti 1876, *Occhio ai bambini!*, Treves, Milano.
- M. Panizza 1890, *Risultati dell'inchiesta istruita da A. Bertani sulle condizioni sanitarie dei lavoratori della terra*, Stabilimento Tipografico Italiano, Roma.
- A. Pasi 1995, *Mortalità infantile e cultura medica in Italia nel XIX secolo*, in J.L. Barona (a cura di), *Malattia e cultura*, Seminari d'Estudis Sobre la Ciència, Valencia, 117-151.
- A. Pasi 1997, *Dalle "rozze femmine" al "medico dei bambini"*, in M.L. Betri, A. Pastore (a cura di), *Avvocati Medici Ingegneri. Alle origini delle professioni moderne*, Clueb, Bologna, 117-127.

- A. Pasi 1998, *Come d'autunno cadono le foglie. L'allattamento nei brefotrofi italiani nel XIX secolo*, in A. Capatti, De Bernardi, A. Varni (a cura di), *Storia d'Italia, Annali 13 L'alimentazione*, Einaudi, Torino, 723-750.
- A. Pasi 1999, *Quando il pediatra si avvicinò alla culla*, «Quaderni acp», VI, 19-21.
- A. Pasi, in corso di stampa, *A Milan entre le XIX e le XX siècle: industrialisation, travail des mères et assistance à la petite enfance*, Atti del Convegno *Living in the City (Roma 27-29 settembre 1999)*, Roam Centro Stampa d'Ateneo, Roma.
- A. Pisacane 1996, *Le malattie dei bambini dall'Unità d'Italia a oggi*, «Medico e Bambino», 57-63.
- L. Pozzi 2000, *La lotta per la vita. Evoluzione e geografia della sopravvivenza in Italia fra '800 e '900*, Forum, Udine.
- L. Pozzi, A. Rosina 2000, *Quando la madre lavora industrializzazione e mortalità infantile nelle province lombarde dall'unità alla grande guerra*, in L. Pozzi, E. Tognotti (a cura di), *Salute e malattia fra '800 e '900 in Sardegna e nei paesi dell'Europa mediterranea*, Edes, Sassari, 153-177.
- S.H. Preston, M. Haines 1991, *Fatal Years: Child Mortality in Late Nineteenth Century America*, Princeton University Press, Princeton.
- M.R. Protasi 1991, *Il modello riproduttivo delle operaie italiane tra Otto e Novecento*, «Studi Storici», 4, 911-941.
- M.R. Protasi 2000, *La vita materiale delle classi lavoratrici italiane dall'unità alla prima guerra mondiale. Saggio bibliografico su abitazioni, alimentazione, lavoro femminile e maternità, malattie del lavoro, morbilità e mortalità, mortalità infantile*, Società Geografica Italiana, Roma.
- E. Raseri 1881, *I fanciulli Illegittimi e gli Esposti in Italia*, «Archivio di Statistica», 5-23.
- C. Rollet 2001, *La Santé et la protection de l'enfant vues à travers les congrès internationaux*, «Annales de Démographie Historique», 1, 97-116.
- A. Schiavi 1911, *Saggio di un'inchiesta sul lavoro a domicilio in Milano*, «La Riforma Sociale», maggio.
- J.W. Scott 1991, *La donna lavoratrice nel XIX secolo*, in G. Fraisse, M. Perrot (a cura di), *Storia delle donne in Occidente. Il Novecento*, Laterza, Roma-Bari, 355-385.
- P.M. Smith 1991, *Infant welfare services and infant mortality: a historian's view*, «The Australian Economic Review», 24, 22-34.
- Società Umanitaria, Ufficio del Lavoro (1905), *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*, Tipografia degli operai, Milano.
- P. Sorcinelli 1982, *Il "bacio della morte". Lavoro femminile e tubercolosi nelle filande marchigiane (1900-1930): indicazioni di ricerca e primi risultati*, in M.L. Betri, A. Gigli Marchetti (a cura di), *Salute e classi lavoratrici dall'unità al fascismo*, Angeli, Milano, 147-163.
- G. Sormani 1881, *Sulla mortalità dei bambini in Italia*, «Giornale della R. Società Italiana d'Igiene» III, 7, 481-507.
- F. Vardeu 1999, *L'assistenza all'infanzia nell'Italia degli anni '20*, «La storia della Pediatria», 6-11.
- G. Vicarelli 1997, *Alle radici della politica sanitaria in Italia. Società e Salute da Crispi al Fascismo*, il Mulino, Bologna.

Riassunto

La tutela della salute materno-infantile in Italia fra Otto e Novecento

L'articolo è incentrato sull'analisi dei provvedimenti legislativi e delle forme di intervento assistenziale per la tutela della salute materna ed infantile introdotti in Italia fra la fine dell'Ottocento e l'inizio del Novecento.

Pochissimi sono stati, per l'Italia, gli studi che hanno affrontato queste tematiche dal punto di vista delle ripercussioni demografiche. L'analisi è resa particolarmente difficile dalla molteplicità di situazioni locali assai differenziate fra loro che caratterizza l'esperienza italiana e che, indubbiamente, riflette la mancanza di leggi efficaci e di una coerente politica unitaria.

In questo studio si evidenziano i limiti e le lacune della legislazione sul lavoro delle donne e dei bambini, come anche i drammatici ritardi ed i colpevoli vuoti che caratterizzano la legislazione sull'infanzia abbandonata e sul baliatico mercenario.

Accanto ad un generale ritardo italiano rispetto a molte altre nazioni europee, nei servizi sanitari ed assistenziali per l'infanzia il presente studio evidenzia, a livello locale, forti disparità che si riflettono nelle altrettanto marcate differenze territoriali nella mortalità dei bambini, soprattutto illegittimi ed esposti.

In assenza di un intervento statale efficace furono spesso le amministrazioni locali o l'iniziativa privata in diverse realtà urbane italiane ad intervenire cercando di colmare tali vuoti legislativi, riuscendo a tradursi in segni tangibili positivi per la salute infantile, che recenti ricerche d'archivio hanno iniziato ad esplorare.

Summary

Maternal and infant health protection in Italy between 19th and 20th Century

This article discusses the legislative measures and the various forms of welfare intervention to protect maternal and infant health introduced in Italy between the end of the 19th and the beginning of the 20th Century. For the Italian case, very little research has been done on the demographic effects of these measures and aids.

The analysis is made particularly difficult by the variety of different local situations which undoubtedly reveals the absence of effective laws and the lack of a coherent unitary policy.

This study enlightens, on the one hand, the limits and the deficiencies of women and children labour legislation, and on the other hand, the dramatic delays and the culpable gaps in the laws on foundling children and wet-nursing.

In comparison with other European nations a general legislative delay was found as well as well as strong disparities in the local health services and charitable institutions for children. These inequalities seem to be reflected in the marked territorial differences in infant mortality rates, with particular reference to illegitimate and foundling babies.

An effective state intervention failing, the local administrations or the private initiative intervened to fill the gaps in the legislation with positive consequences on infant health recently explored by recent archival researches.