

Mortalità e stato di salute dalla nascita alla prima adolescenza. Indagini micro in Italia, secoli XIX-XX, a cura di Marco Breschi, Lucia Pozzi, Udine, Forum, 2013, 187 pp.

Il volume raccoglie i lavori svolti nell'ambito del progetto di ricerca '*Filling the gap*'. *Microanalisi della popolazione italiana dall'antico regime demografico alla prima transizione* (PRIN 2009; responsabile professor Marco Breschi). Oltre all'introduzione dei curatori, si trovano sette interventi, cinque dei quali analizzano la mortalità infantile e giovanile, a partire da dati nominativi, con la tecnica della EHA (*Event History Analysis*). Si staccano gli ultimi due: l'uno riporta dati qualitativi su allattamento, cura e alimentazione dei bambini; l'altro tratta invece della diffusione del tracoma infantile nel secolo scorso.

I cinque lavori che utilizzano la EHA coprono varie località italiane in diversi periodi: sono la val di Resia in provincia di Udine (1790-1900), il comune di Granarolo (provincia di Bologna) (1866-1940), due parrocchie del suburbio di Bologna (1820-1900), la parrocchia rurale di Casalguidi (provincia di Pistoia) (1819-1859), e infine il comune di Alghero (provincia di Sassari) (1866-1930). Come si vede, i periodi sono molto vari, comunque compresi tra la fine del Settecento e la metà del Novecento, scelti evidentemente secondo la reperibilità e la disponibilità di dati; il riferimento è a parrocchie o a comuni, in quanto la raccolta dei dati, individuali e nominativi, è avvenuta da registri religiosi o di stato civile (da entrambi per la val di Resia), eventualmente con l'integrazione di altre fonti.

Anche le misure usate nei cinque lavori per la descrizione iniziale della mortalità infantile e giovanile sono diverse: da quella riferite al solo primo mese di vita, alla distinzione entro il primo anno del primo mese e dei rimanenti undici, o dei primi sei e degli altri sei, fino ad età superiori, come i primi due o i primi cinque anni, o i successivi quinquenni, fino ai 15 anni. Più omogenee invece le classi di età nei modelli EHA usati: quattro usano il primo mese (il quinto i primi 10 giorni di vita) e la parte rimanente del primo anno, poi eventualmente varie età fino ai 2, 5, o 15 anni. Maggiore varietà si riscontra nelle variabili indipendenti inserite nei modelli EHA, dal sesso alla stagione o il mese di nascita, dall'età della madre al periodo storico (per chi aveva serie abbastanza lunghe), dalla gemellarità alla struttura o la dimensione della famiglia, fino a caratteristiche socio economiche del padre o a variabili economiche esterne (ad esempio, prezzi, o anni di crisi). È chiaro che mentre la scelta delle misure di mortalità infantile e giovanile dipende dalla sensibilità del singolo ricercatore, in relazione anche alla zona che sta studiando, la scelta delle variabili di cui studiare gli effetti sulla mortalità dipende invece dalla disponibilità dei dati, eventualmente con l'aiuto di altre fonti, oltre ai classici registri dei decessi, da collegare con la mortalità.

Una efficace panoramica di questi problemi si trova nella *Presentazione* dei curatori, i quali riconoscono che la mortalità infantile e giovanile è un problema molto studiato, e d'altronde è un aspetto importante nel panorama della transizione in Italia. Per citare qualche cifra, nel 1861 la mortalità infantile era Italia sul 47%, contro livelli del 20, 25 o 30% nel Nord Europa, in Inghilterra, in Francia.

L'ampia diffusione di questi studi è favorita peraltro dalla relativa disponibilità dei dati necessari sia parrocchiali che dei comuni.

Ci sono anzitutto problemi di misura, che vanno dalla definizione precisa dell'oggetto di studio (fino a Novecento inoltrato è difficile la distinzione tra nati vivi morti prematuramente e nati morti), alla qualità dei dati utilizzabili (ad esempio, la completezza della copertura o meno), alla segmentazione del fenomeno (quali intervalli preferire nell'esame della mortalità precoce? La prima settimana di vita, il primo mese, il primo anno, gli anni successivi fino a due, o tre o cinque, o invece arrivare all'età dello svezzamento?).

Il ricorso a dati nominativi individuali risolve in parte alcuni di questi problemi, come la possibile errata attribuzione delle età presente nei dati aggregati, ma soprattutto permette il collegamento con alcune determinanti della mortalità dei bambini. Il metodo EHA, come è noto, consente di valutare la probabilità di un certo fenomeno in relazione ad altre variabili indipendenti. Tra queste, l'esperienza mostra che nell'esame della mortalità infantile sono stati associati, ad esempio, il tempo storico, fattori bio-demografici del bambino e della madre, la stagione di nascita e/o di svezzamento, la condizioni socio-economiche della famiglia, o ancora la cura e lo stato di salute del bambino (questo, in realtà, con grossi problemi di documentazione).

A queste aggiungiamo due altre considerazioni. La prima è che i modelli EHA portano a risultati di estremo interesse, ma che anche lavori che utilizzano dati aggregati possono contribuire a comprendere talvolta, e in ogni caso a segnalare, situazioni e relazioni tra fenomeni: si vedano gli ultimi due contributi, di cui si dirà tra breve. La seconda è che la mortalità infantile viene studiata collegando i dati individuali su nascite e morti di una zona: ma c'è il rischio concreto che in questo modo ci sia una perdita dei bambini che migrano con la famiglia. Ovvero, in una parrocchia o in un comune si possono trovare decessi di bambini di cui non c'è il battesimo o la nascita: si tratta di bambini appartenenti a famiglie immigrate dopo la nascita del piccolo. Non si trovano invece gli eventuali decessi di bambini nati nella zona e poi emigrati con la famiglia. Ed è difficile una valutazione dei movimenti migratori: forse pochi, si ritiene, a causa della presenza del bambino piccolo, ma non sono certo nascite successive a impedire, quando è necessario, lo spostamento della famiglia. La ricostruzione nominativa può aiutare a capire se c'è stata emigrazione, specie se si segue l'intera storia familiare, almeno per alcuni anni (il problema è evidenziato in alcuni degli interventi, ad esempio quello di Samoggia e Scalone).

Naturalmente, la varietà dei luoghi e delle epoche non consente di generalizzare i risultati ottenuti. In ogni caso, tra i più interessanti sono da segnalare la notevole riduzione della mortalità in età 1-4 anni in val di Resia a partire dal terzo decennio dell'Ottocento, che fa pensare a un grande anticipo nell'avvio della transizione (Fornasin, Mauchigna); e la prevalenza dei fattori bio-demografici (parità, età della madre, distanza dal parto precedente) nella mortalità infantile a Granarolo, solo nella seconda metà dell'Ottocento e non dopo (Scalone, Agati, Angeli, Donno). Nelle due parrocchie rurali alla periferia di Bologna si vedono gli effetti benefici sulla mortalità nel primo mese dell'appartenenza alla classe sociale più elevata (ricavabile dalla professione del capo famiglia) e della maggiore dimensione familiare

(che fa pensare a una migliore assistenza al neonato), ma si osservano anche miglioramenti nei tempi più recenti e peggioramenti legati alla congiuntura economica (aumento del prezzo del grano nell'anno precedente) (Samoggia, Scalone). A Casalguidi, dove l'interesse è rivolto alle differenze tra i sessi, si trova che nel 1819-1859 la mortalità era più bassa, a partire dal secondo anno di vita, per i maschi nelle famiglie complesse che vivevano nel podere e lo coltivavano (Manfredini, Breschi). Ad Alghero (1866-1930), superati i primi dieci giorni di vita, nei quali le variabili bio-demografiche erano maggiormente influenti nella mortalità dei neonati, era la condizione sociale elevata che favoriva, fino ai 5 anni, una minore mortalità dei bambini (Mazzoni).

Un cenno agli ultimi due interventi, diversi, per contenuto e impostazione, dai lavori precedenti. Il primo è di Luisa Salaris e riguarda le pratiche dell'allattamento e dello svezzamento in Sardegna nei secoli XIX-XX. Le informazioni sono tratte da interviste ad alcune donne di Perdasdefogu (provincia di Ogliastra) in età di 80 anni e più, tra cui anche qualche centenaria, le quali hanno raccontato la propria esperienza, in merito all'allattamento, allo svezzamento e alla cura dei figli nei primi di anni vita; le testimonianze relative al confronto con l'esperienza vissuta dalle madri delle intervistate consente di risalire anche alla situazione negli ultimi anni dell'Ottocento.

In Sardegna, la mortalità infantile era relativamente bassa, al punto che si sospettava anche una certa sottoregistrazione: all'inizio del Novecento il livello era di 170 contro 200‰ in Italia; più alta era invece la mortalità dopo i due anni (60, contro 53‰ in Italia). Francesco Coletti, all'inizio del secolo professore ordinario di statistica a Sassari, riteneva che ciò fosse effetto dell'allattamento prima e dello svezzamento poi. Lo stesso autore riferisce che era diffusissimo l'allattamento materno; in mancanza, si ricorreva all'allattamento comunitario, ovvero prestato dalla vicina di casa, o amica, comunque gratuito; eccezionalmente si ricorreva al latte di capra, sempre disponibile. L'allattamento era spesso prolungato, anche fino a 3 anni. Seguiva poi uno svezzamento forse brusco, con cibi non sempre adatti; probabilmente associato anche alla diminuzione delle cure, a causa dell'allontanamento dalla madre, impegnata in altre faccende.

Le intervistate hanno confermato l'uso dell'allattamento al seno, fin dal primo giorno, poi eventualmente anche per altre madri, se necessario; solo riferito è invece l'allattamento alla capra; la durata dell'allattamento era più lunga possibile, anche 2-3 anni (anche per scopo contraccettivo), ma la prevalenza risultava di 12-18 mesi. Grande preoccupazione c'era da parte di tutta la famiglia e la comunità per la cura e il benessere dei bambini, anche se la donna lavorava, in casa o fuori casa; eventualmente, si faceva ricorso alla rete familiare (ad esempio le nonne) per la custodia dei figli, che avveniva quasi sempre in casa. Quando la madre lavorava, il lavoro veniva organizzato in funzione dei tempi di allattamento e cura del nato. Lo svezzamento avveniva poi con gli stessi cibi usati dalla famiglia: zuppe con latte, o con vegetali; più avanti, verso i 3-4 anni, ma più raramente, l'alimentazione del bambino poteva comprendere anche carne e frutta. Sono confermate dunque le valutazioni di Coletti, sia sulla grande cura nell'allattamento, sia nei sistemi di svez-

zamento. Limitate erano sia le conoscenze di igiene sanitaria e alimentare, sia le possibilità economiche che si riflettono sull'alimentazione. Forse c'era il concorso di altre cause non ancora chiarite (nuova gravidanza, atteggiamento verso il bambino di 2 anni come 'piccolo adulto') per l'aumento della mortalità dopo i 2 anni.

L'ultimo intervento è di Paola Maria Melis e Lucia Pozzi sulla diffusione del tracoma infantile in Sardegna dagli inizi del Novecento fino alla metà del secolo e oltre. Il tracoma, malattia degli occhi, definita già nel titolo *malattia della povertà*, era presente alla fine dell'Ottocento in molte regioni italiane, ma la Sardegna era senz'altro la regione più colpita – venivano scartati alla visita di leva per tracoma, ad esempio, il 38% dei giovani nella provincia di Sassari.

Le cause della diffusione del tracoma sono essenzialmente sociali. È una malattia infettiva, frequente in abitazioni piccole e malsane, spesso non curata: ad esempio, risultava da indagini presso le scuole (1939), che in provincia di Sassari ancora il 10% ne era colpito nell'anno scolastico 1936-37, ma la diffusa evasione scolastica fa pensare ad una estensione ancora maggiore. Nel secondo dopoguerra, era ancora largamente presente, specie in popolazioni che abitavano in condizioni malsane (ad esempio, ad Alghero nel 25% dei bambini). Finalmente, si osserva un calo negli anni Sessanta: in Sardegna si riduce al 7,4% nel 1959-60, all'1,7% nel 1966-67.

Per questo lavoro è stata effettuata un'indagine nei registri scolastici di Sassari e di Alghero, conservati presso l'Archivio di Stato: fonte non proprio ideale per conservazione, completezza e accuratezza nella stesura, ma tuttavia preziosa. Fin dall'inizio del Novecento esistevano «classi differenziate per tracomatosi», tenuti separati per evitare contagi e per facilitare visite frequenti ai bambini malati. Tuttavia è immediato constatare, anche attraverso il disagio dei maestri, che si trattava di bambini appartenenti alle classi sociali più povere. Dati, per quanto frammentari e saltuari, su iscritti e affetti da tracoma nei registri scolastici di Alghero mostrano percentuali alte, da 33 a 20-25%, fino agli anni Trenta, che scendono a 8-5% nei primi anni Quaranta. Verso la fine degli anni Sessanta vennero istituite colonie estive per bambini tracomatosi: a conferma che si tratta di malattia della povertà, e che basta una vita sana e alcune semplici precauzioni per evitare il contagio, si trova che dopo 60 giorni di trattamento – a base di igiene personale, uso di antibiotici e sulfamidici, ma anche regime dietetico appropriato – l'80% di essi erano guariti, il 19% erano in via di guarigione.

Fiorenzo Rossi
Università degli Studi di Padova