

Tempi della popolazione e tempi dello sviluppo, fra Veneto, Europa e Africa Sub-Sahariana

Gianpiero Dalla Zuanna

Professore di Demografia, Università di Padova

La modernizzazione è accompagnata dalla riduzione della natalità e della mortalità. Con poche eccezioni, in tutti i paesi del mondo per prima iniziano a diminuire i rischi di morte, poi si riducono anche i nati. Questa sfasatura temporale ha portato e tuttora porta a un formidabile incremento della popolazione, sfociato spesso in grandi movimenti migratori, resi possibili anche da trasporti molto meno costosi e più sicuri rispetto al passato.

Questo grandioso mutamento – definito *transizione demografica* – ha investito tutto il pianeta, ma con tempi diversi: è iniziato in Europa e in Nord America a partire da metà Ottocento, è proseguito in quasi tutta l'Asia, in America Latina e in Africa Settentrionale a partire da metà Novecento, investe oggi l'Africa Sub-Sahariana e i paesi asiatici più poveri, dove tarda però a diffondersi il declino della natalità, con conseguenti alti tassi di incremento della popolazione.

Lo sfasamento temporale fra declino della mortalità e della natalità fu ampio nel Veneto, dove la mortalità iniziò a diminuire a partire dal 1840, ma la natalità solo a partire dal 1920. Di conseguenza nel secolo 1851-1951 la popolazione veneta quasi raddoppiò, ma sarebbe aumentata ancora di più, se centinaia di migliaia di veneti non fossero emigrati.

La rivoluzione demografica va a braccetto con tre altre grandi rivoluzioni: quella *tecnologica*, che ha permesso alle risorse di crescere molto più rapidamente della popolazione, quella *sanitaria*, che ha messo sotto controllo le malattie infettive e parassitarie, e quella *culturale*, agevolata dalla diffusione dell'istruzione. In Veneto la natalità iniziò a diminuire quando l'agricoltura uscì da un secolare stato di arretratezza, l'industria iniziò a decollare, la salute pubblica e l'istruzione di base divennero i due pilastri dell'intervento statale a favore delle classi popolari.

La transizione demografica nell'Africa Sub-Sahariana ha delle affinità con quanto è accaduto nel Veneto. La mortalità è iniziata a declinare in modo consistente verso la metà del Novecento, mentre dopo settant'anni – in molti paesi – la natalità tarda ancora a diminuire, con conseguente rapido e continuo incremento della popolazione, specialmente di quella giovane. Nell'Africa Sub-Sahariana, premesse indispensabili perché le coppie controllino la natalità sono: un sistema produttivo non basato solo sull'agricoltura di sussistenza, sull'economia informale e sulla "rapina" delle materie prime, un sistema sanitario efficace e diffuso, un sistema scolastico in grado non solo di debellare l'analfabetismo, ma anche di garantire quote significative di istruzione superiore.

Molti segnali suggeriscono che anche nell'Africa Sub-Sahariana la natalità potrebbe rapidamente diminuire. Tuttavia – come è accaduto nel Veneto – questo declino potrà essere effettivo e accelerato solo quando le sue tre grandi determinanti (istruzione, salute, sviluppo economico) avanzeranno con maggior decisione sulla strada della modernizzazione.

Indagine sulle cause dell'altissima mortalità neonatale del Veneto nel 1750-1840, e del suo rapido declino nei decenni successivi

Alessandra Minello

Dottore di Ricerca in Sociologia

Nel Veneto tra il 1750 e il 1840 i livelli di mortalità infantile sono stati tra i più alti mai registrati nella storia per una vasta area e per un lungo periodo. Questa caratteristica era principalmente dovuta a una mortalità invernale neonatale eccezionalmente elevata: in alcune parrocchie della Bassa Pianura più di metà dei neonati di gennaio non sopravviveva alla prima settimana. Dopo il 1840, la mortalità infantile comincia gradualmente a diminuire, soprattutto grazie al declino della mortalità neonatale invernale. Comprendere le cause di questo peculiare andamento permette di andare alle radici della transizione demografica del Veneto.

Il Dipartimento di Statistica dell'Università di Padova ha sviluppato il progetto CHILD (Collecting Hasbugical Information on Life and Death), registrando dati nominativi su nascite e morti nell'età di 0-4 anni in 46 parrocchie del Veneto Centrale (province di Venezia, Padova, Treviso, Vicenza e Verona). CHILD è basato sui registri civili compilati dai parroci tra il 1816 e il 1870. La disponibilità di dati su 152.000 nascite e 62.000 morti, collegati usando chiavi nominative, ha permesso di condurre uno studio sulla mortalità nei primi cinque anni di vita, spingere l'analisi differenziale a un livello di dettaglio impensabile per le piccole comunità.

Durante i primi due decenni (1816-1835), la mortalità neonatale rimane alta. L'altissima mortalità neonatale invernale, concentrata soprattutto fra il secondo e il quinto giorno di vita, era probabilmente causata dall'ipotermia neonatale, e più in generale dall'estrema fragilità dei neonati, figli di madri – a loro volta – molto debilitate da condizioni nutrizionali deficitarie, e dalla scarsa o deficitaria attenzione verso la salute del neonato. I deficit nutritivi si sono verosimilmente accentuati con l'impovertimento che ha caratterizzato il Veneto Centrale fra il '700 e i primi decenni dell'800, e della dieta mono-maidica.

Negli anni '40 dell'Ottocento, tuttavia, la sopravvivenza nel primo anno di vita inizia ad aumentare. La mortalità comincia prima a declinare tra le famiglie più ricche e nelle città, per poi diffondersi tra i contadini dei villaggi rurali.

Nei decenni successivi al 1840 le condizioni nutrizionali delle classi popolari del Veneto non migliorano in misura sensibile. Tuttavia, la mortalità neonatale invernale inizia a diminuire. Da un lato si diffondono le prime misure di sanità pubblica (ostetriche patentate, medici condotti...), dall'altro si manifesta un chiaro cambiamento di mentalità, testimoniato anche dal persistente e significativo allungamento del tempo trascorso fra la nascita e il battesimo. Questi indicatori segnalano una crescente attenzione alla salute del bambino nei primissimi giorni di vita, che riesce a ridurre la mortalità anche in presenza di situazioni nutritive ancora molto precarie. Il Veneto inizia a partecipare alla "nascita dell'infanzia", uno degli elementi essenziali del mondo contemporaneo.

Fare di più e meglio in Africa e con l’Africa.

Dott. Giovanni Putoto
Responsabile Programmazione e Ricerca Operativa
Medici con l’Africa CUAMM

Prima riflessione. *Le persone non sono macchine e non si riproducono senza ragione.*

Il messaggio che arriva dalla demografia e dagli studi sulla mortalità neonatale nel Veneto è chiaro: la diminuzione della mortalità infantile e materna è un passaggio necessario per il controllo della fertilità. In Africa, le famiglie numerose sono in qualche modo un’assicurazione sulla vita contro la tragica probabilità di perdere un figlio o una figlia. Questo è tanto più vero quanto più le famiglie africane vivono in uno stato di povertà assoluta e cioè in contesti istituzionali, economici e ambientali molto precari e diseguali. I paesi fragili che soffrono i più alti tassi di mortalità materna e infantile sono anche quelli con i tassi di fertilità più elevati. Si vedano i casi del Sud Sudan, della Sierra Leone, della Repubblica Centro Africana, del Congo e della Somalia (UN, 2018).

Quando i tassi di mortalità delle madri e dei bambini scendono grazie al miglioramento delle condizioni di vita e dei servizi sanitari, **a distanza variabile di tempo**, calano anche le nascite perché le famiglie divengono fiduciose del fatto che i loro figli arriveranno alla vita adulta e per questo investono sempre di più nel loro futuro. Questo sta già accadendo anche nell’Africa sub sahariana, dove ci sono segnali di rallentamento della fertilità che è passata da 6,6 figli per donna nel 1960 a 4,92 figli per donna nel 2015. A questo decremento si associa un aumento della aspettativa di vita delle donne da 41,8 anni (1960) agli attuali 61,6 anni (2015) (WB, 2018).

Seconda considerazione. *“L’aiuto alla salute è un investimento impressionante in sé” (Lancet, 2013)*

Investire in programmi di salute pubblica che rafforzino i sistemi sanitari locali e, in particolare, i servizi materno infantili, è vitale e paga: sia in termini di salute che economici. Nessuna politica sanitaria e nessun programma sanitario sono perfetti, ma interventi ben concepiti ed efficacemente realizzati hanno contribuito a ridurre la mortalità materna nell’Africa sub sahariana che è passata da 990/100.000 nati vivi nel 1960 a 547/100.000 nel 2015. Per quanto riguarda invece la mortalità dei bambini sotto i 5 anni questa si è ridotta da 180/1000 nati vivi nel 1990 a 78,3/1000 (2015). Questi miglioramenti sono avvenuti anche in contesti in cui la crescita dell’economia e del reddito pro-capite è stata lenta, modesta o quasi inesistente. Questo a dire che, anche in situazioni economiche di difficoltà, le misure di welfare e di salute pubblica offrono una rete di assistenza e di protezione cruciali per le prospettive di vita delle persone e per la stabilità sociale. Gli studi di Amartia Sen e di Hans Rosling rimangono emblematici al riguardo.

Terza considerazione. *Fare di più e meglio in Africa e con l’Africa.*

Con queste premesse la posizione di Medici con l’Africa CUAMM è la seguente. **Fare di più.** L’Africa presenta e nasconde immense sacche di povertà e di disuguaglianza tra paesi e all’interno dei paesi stessi. Qui il divario da recuperare è grande, specie – lo ribadiamo con forza – nei *cosiddetti stati fragili*, nelle aree rurali remote, nei quartieri degradati delle città. E questo divario va recuperato a favore dei gruppi sociali più vulnerabili. L’Italia e l’Europa possono e devono fare di più.

Fare meglio. Nessun alibi e nessuna indulgenza verso gli sprechi e le inefficienze che esistono anche all’interno della cooperazione. Formazione del personale locale, cultura del dato e del risultato, innovazione frugale e ricerca operativa con le università e i giovani, partenariato tra settore pubblico e privato sono i capisaldi dei nostri interventi in Africa. Salvare vite non porta alla sovrappopolazione ma anzi, contribuisce a creare i presupposti per una vita dignitosa, dove le persone, le donne e le famiglie si riappropriano del loro destino e ne diventano i protagonisti principali.