



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA



Sintesi del libro

Sweet CHILD of mine*

Gianpiero Dalla Zuanna, Alessandra Minello
e Leonardo Piccione

Ed. CLEUP

* (Mio dolce bambino)

**PERCHÉ PRENDERSI
CURA DI MAMME
E BAMBINI**

**24 MARZO 2018
PADOVA**

**Aula Magna
Palazzo del Bo
Via VIII febbraio, 2**



**MEDICI
CON L'AFRICA
CUAMM**

Nel primo secolo libero dalla peste (1630-1730), la popolazione del Veneto recuperò in fretta le spaventose perdite delle ultime epidemie ed aumentò ulteriormente. Nel secolo successivo, invece, la mortalità infantile crebbe rapidamente, causando una stagnazione della popolazione che contrasta con la contemporanea vivace crescita di molte regioni italiane ed europee. Dopo il 1840, invece, la mortalità infantile iniziò a diminuire, e la popolazione ad aumentare, e il Veneto iniziò ad uscire dall'antico regime demografico. Quindi, i cambiamenti nella mortalità dei bambini stanno alla radice della modernizzazione demografica del Veneto. Questo libro descrive in dettaglio cosa è successo nel corso del XIX secolo, cercando di interpretarne le cause.

CHILD (**C**ollecting **H**asburgical **I**nformation about **L**ife and **D**eath) è il più grande archivio sulla mortalità infantile disponibile per l'Italia preunitaria: si tratta di un data-base individuale e nominativo di 46 parrocchie, per un totale di più di 150 mila nascite, statisticamente rappresentative del Veneto centrale (le province di TV, VE, PD, VI, e due distretti rurali ad est di Verona) per il periodo 1816-1870. A 60 mila di questi record-nascita è stato collegato in modo nominativo il record-morte, quando il decesso è avvenuto prima del quinto compleanno.

Il Veneto dell'800 era un luogo inospitale per i bambini, specialmente se nati in inverno. Inoltre, quando sopravvivevano, era per loro molto rischioso affrontare lo svezzamento durante l'estate. Nel primo caso il problema era il freddo intenso, tanto che in molte parrocchie più della metà dei bambini nati in inverno morivano entro il primo mese di vita; nel secondo caso, con estati calde, molti bambini appena svezzati venivano falcidiati dalle malattie dell'apparato digerente.

Il drammatico aumento della mortalità neonatale invernale in Veneto durante il XVIII secolo e nei primi decenni del XIX è verosimilmente legato al deterioramento delle condizioni nutrizionali delle madri. Questo peggioramento della dieta fu dovuto a una fatale combinazione fra arretratezza economica e crescita demografica, indotta sia dalla fine dei cicli di peste, sia dalla "esplosione" della coltivazione del mais. Da donne malnutrite e debilitate nascevano figli deboli e sottopeso, facile preda – durante l'inverno – dell'ipotermia neonatale e/o di malattie respiratorie precoci, visto anche il cattivo stato delle abitazioni, che erano poco o punto riscaldate.

Rispetto ad altre aree simili per clima atmosferico – come Inghilterra e Toscana – i livelli di mortalità neonatale (primo mese di vita) in alcune parrocchie venete sono stati tre o quattro volte superiori, soprattutto durante l'inverno. L'effetto delle basse temperature era particolarmente forte durante la prima settimana di vita, andando a calare già dopo il primo mese di vita.

Le 46 parrocchie del data-base CHILD ordinate secondo il rischio di morte nella prima settimana di vita



Ad essere determinante per la sopravvivenza era anche la famiglia d'origine, sotto molti punti di vista. Il rischio di morire era correlato tra fratelli, ovvero la morte di un figlio portava con sé, con alta probabilità anche la morte degli altri figli della coppia. Al contrario, invece, la probabilità di sopravvivenza di un bambino (ad esempio nel primo mese di vita) era maggiore se i suoi fratelli più anziani erano sopravvissuti alla stessa età. Le caratteristiche dei genitori e dell'ambiente familiare erano quindi fondamentali per definire le *chance* di sopravvivenza dei bambini.

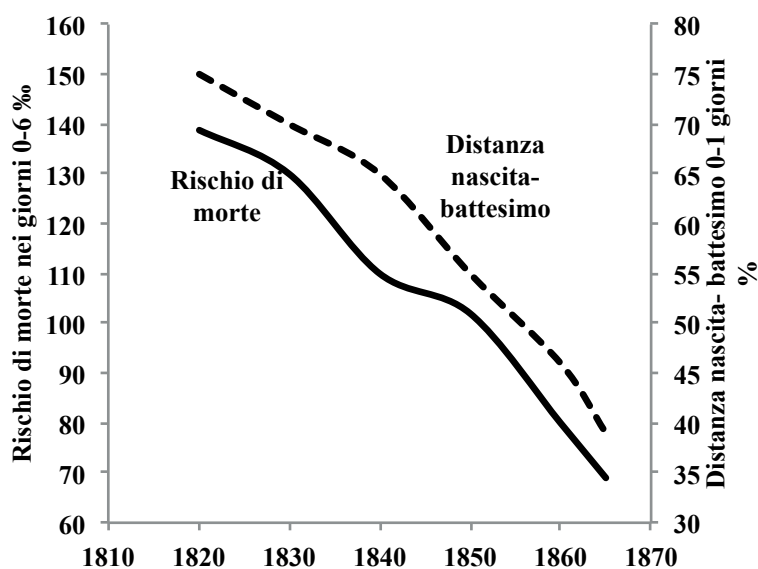
I miglioramenti successivi al 1840 non vanno visti come una sorta di ritorno alle condizioni del XVII secolo, poiché un significativo miglioramento delle condizioni nutrizionali delle masse contadine venete che vivevano in pianura si osserva solo all'inizio del '900, dopo l'alleggerimento malthusiano indotto dalle grandi emigrazioni. Alcuni miglioramenti nutrizionali si osservano solo nelle zone montuose (non studiate in questo libro, ma dove la mortalità infantile era generalmente più contenuta), dove si diffuse l'allevamento del bestiame e la coltivazione della patata.

Cosa sta quindi dietro al declino di mortalità neonatale, successivo al 1840 (con l'eccezione degli anni turbolenti delle "rivolte risorgimentali" del 1848-49)? Dai nostri dati è possibile raccogliere molti indizi, che vanno tutti nella stessa direzione: a partire da quegli anni anche nel Veneto si diffuse e si consolidò una cultura di cura e attenzione verso la salute del bambino fin dal suo primo tratto di vita.

In primo luogo, la mortalità neonatale iniziò a diminuire dapprima tra le famiglie più ricche e nelle città, e solo successivamente tra i contadini dei villaggi rurali. In secondo luogo, la diminuzione della mortalità neonatale andò di pari passo con la dilatazione dei tempi fra la nascita e il battesimo: le parrocchie e i gruppi sociali che per primi ritardarono il battesimo furono gli stessi dove la mortalità neonatale iniziò più precocemente a declinare. Lo stretto legame tra mortalità neonatale e battesimo era riconosciuto già dai medici del tempo, che si scagliavano contro l'abitudine di portare, anche in inverno, i bambini a battezzare poche ore dopo la nascita. Tuttavia, la mortalità neonatale era elevata anche per i bambini portati precocemente al sacro fonte d'estate, probabilmente perché – in quest'ultimo caso – erano proprio le condizioni di salute critiche del neonato a spingere i genitori ad accelerare il battesimo. I risultati di CHILD non escludono un effetto diretto del battesimo precoce sul rischio di morte. Tuttavia, è più verosimile che sia stato un più ampio cambiamento di mentalità verso la cura dei neonati a portare al declino sia della mortalità precoce sia dei battesimi precoci.

Inoltre, l'idea di prestare maggiore attenzione alla cura dei neonati si è verificata in un clima generale di crescente attenzione alla salute delle classi lavoratrici, come mostra anche la sempre più capillare distribuzione territoriale delle ostetriche patentate e dei medici pubblici. Questa ipotesi non è approfonditamente dimostrata in questo libro, ma rimane una proposta solida e meritevole di ulteriori approfondimenti.

Declino parallelo di mortalità nella prima settimana di vita e battesimo precoce nella provincia di Padova 1816-1870



Altro importante risultato è il processo di selezione indotto dalla mortalità neonatale. I bambini che sopravvivevano nei territori e nei periodi dell'anno caratterizzati da una grave mortalità neonatale erano anche quelli con un minor rischio di morire nei mesi e negli anni successivi. Di conseguenza, una parte significativa della sopravvivenza post-neonatale era legata ai livelli di mortalità neonatale: questo effetto selezione faceva sì che a sopravvivere negli anni successivi fossero i bambini più forti, ossia quelli che erano passati indenni ai primi mesi di vita in contesti con alta mortalità.

Le 46 parrocchie studiate condividono molte caratteristiche della mortalità infantile, in particolare la mortalità neonatale invernale molto elevata, ossia l'esposizione dei neonati ai rischi delle basse temperature. Tuttavia, vi sono alcune differenze e regolarità geografiche. La mortalità neonatale era più elevata nelle parrocchie delle basse pianure e dell'alta pianura occidentale e più bassa in quelle cittadine (in particolare a Venezia, Chioggia e Vicenza) e nelle zone rurali lungo il basso Piave.

Le cause delle differenze nella mortalità neonatale, in particolare tra le parrocchie rurali, rimangono tuttavia poco chiare. L'unico aspetto che le nostre analisi mostrano essere rilevante nello spiegare la mortalità è il livello di secolarizzazione (misurato dalle stime dei parroci sulla percentuale di coloro che si sono confessati o hanno frequentato le funzioni religiose a Pasqua, registrate durante le visite pastorali del XIX secolo): le parrocchie meno religiose sono anche quelle in cui la mortalità neonatale è più bassa. Anche in questo caso non si tratta di un effetto causale diretto: è invece verosimile che le modifiche di mentalità verso una maggior cura dei neonati si siano diffuse più rapidamente nelle zone più sensibili anche ai primi processi di secolarizzazione.

Alcune ipotesi che inizialmente sembravano ragionevoli non sono state invece confermate dall'analisi dei dati. Ad esempio, contrariamente alle nostre aspettative, date le vaste differenze regionali nel processo di alfabetizzazione, la mortalità neonatale e post-neonatale non si è ridotta più rapidamente nelle parrocchie in cui l'alfabetizzazione si è diffusa più precocemente.

Percentuale di persone frequentanti regolarmente le funzioni religiose nelle 46 parrocchie, 1816-1870



I cambiamenti di mortalità infantile nel Veneto centrale nel corso del XIX secolo sono stati particolarmente intensi. Lo studio di queste dinamiche porta a risultati ricchi e interessanti. Differenze territoriali persistenti e parzialmente inspiegate, effetto selezione, effetto del freddo nei primi mesi di vita e del caldo dopo lo svezzamento, il ruolo centrale della famiglia, grandi cambiamenti culturali: tutti questi elementi sono profondamente intrecciati con il calo della mortalità neonatale. Studiando ciò che è avvenuto nel Veneto del XIX secolo possiamo comprendere meglio anche ciò che avviene oggi nei paesi dove la salute dei bambini è ancora minacciata dalla povertà, da un sistema sanitario inadeguato, da una scarsa educazione alla salute.



Medici con l'Africa Cuamm
via San Francesco, 126
35121 Padova
tel. 049 8751279
cuamm@cuamm.org
www.mediciconlafrica.org

Puoi contribuire con:
– c/c postale 17101353
– IBAN: IT 32C 0501812101 000011078904 per bonifico bancario presso Banca Popolare Etica, Padova.
– www.mediciconlafrica.org per donazione online