

Prof. LUIGI DE BERARDINIS

Distribuzione territoriale della mortalità infantile in Italia, in relazione ad alcune condizioni sociali

(Estratto da "Le Forze Sanitarie", - N. 17 del 15 settembre 1937-XV)



Acc
B
56
191

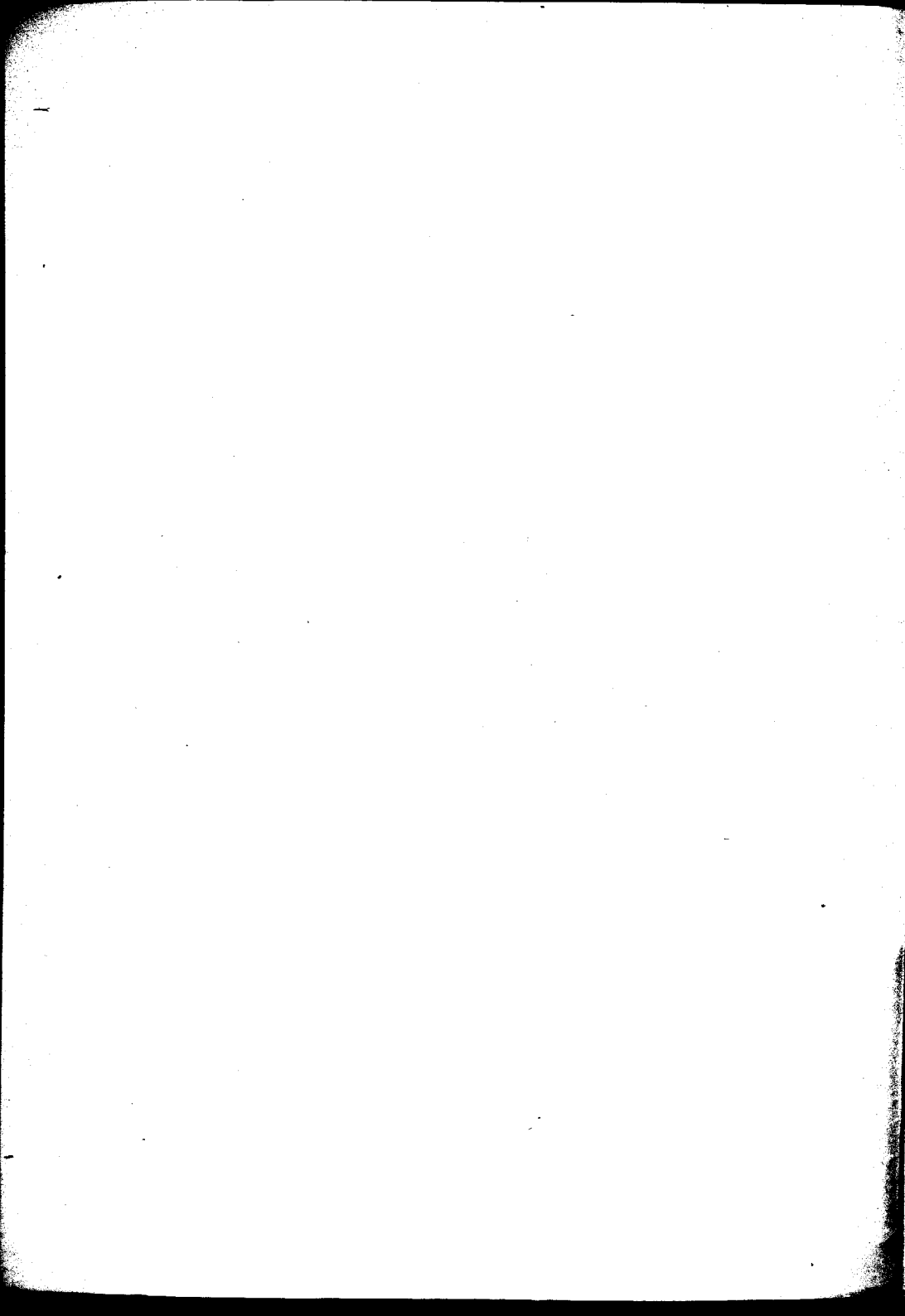


Prof. LUIGI DE BERARDINIS

Distribuzione territoriale della mortalità infantile in Italia, in relazione ad alcune condizioni sociali

(Estratto da "Le Forze Sanitarie", - N. 17 del 15 settembre 1937-XV)





DISTRIBUZIONE TERRITORIALE DELLA MORTALITÀ INFANTILE IN ITALIA, IN RELAZIONE AD ALCUNE CONDIZIONI SOCIALI

L'incarico affidatomi dal prof. SAVORNAN, fu da me accolto con entusiasmo, non solo per senso di dovere, ma perchè mi metteva in grado di estendere le elaborazioni statistiche in un campo di particolare interesse per la campagna demografica voluta dal Regime, e ripresi, sulla traccia magistralmente segnata, gli studi del SAVORNAN.

Nell'elaborazione dei dati mi accadde di osservare che le ricerche sulla mortalità nel 1° anno di vita sarebbero state efficacemente integrate, se si fosse tenuto conto anche della nati-mortalità. E ciò per due ordini di ragioni: l'uno di indole medica, l'altro di indole statistica (1).

D'indole medica, perchè le cause della mortalità nei primi giorni di vita extra-uterina si identificano spesso con quelle della nati-mortalità.

D'indole statistica, perchè era da supporre che non sempre le prescrizioni relative alle rileva-

zioni sui nati morti fossero osservate e non di rado accadesse che i bambini, che morivano nell'intervallo fra la nascita e la dichiarazione di questa all'ufficiale di stato civile, figurassero nella statistica come veri e propri nati-morti.

I quozienti di nati-mortalità e quelli della mortalità nei primi giorni di vita venivano in tal caso ad essere inesatti per eccesso o per difetto (2).

Per ciò proposi di calcolare in luogo degli usuali quozienti di nati-mortalità, di mortalità nella prima settimana e di mortalità infantile, tre quozienti che avrebbero eliminati gli inconvenienti lamentati e che sarebbero stati più aderenti alla realtà, in quanto avrebbero compreso, da un lato, tutte le cause che agiscono durante

(2) Generalmente il quoziente di nati-mortalità si ottiene mettendo in rapporto il numero dei nati-morti col totale delle nascite (nati-vivi e nati-morti); il quoziente di mortalità nella prima settimana si ottiene mettendo in rapporto il numero dei morti in età da 0 a 6 giorni col numero dei nati-vivi.

Qualora fra i nati-morti siano compresi dei bambini che nacquero vivi e morirono prima della denuncia di nascita, il numeratore della frazione aumenta e quindi il quoziente di nati-mortalità è maggiore.

Per la stessa ragione, quando si consideri il rapporto fra morti nella prima settimana e numero dei nati-vivi, accade precisamente il rovescio, e cioè che il numeratore della frazione diminuisce e non nella stessa proporzione in cui diminuisce il denominatore, cosicchè il quoziente di mortalità nella prima settimana è inferiore alla realtà.

Relazione al Congresso organizzato dal Partito Nazionale Fascista, alla Mostra delle Colonie estive e dell'Assistenza all'Infanzia sul tema: « I fattori dell'ambiente fisico e sociale della mortalità infantile » (17-18 luglio 1937-XV).

(1) Cfr. per maggiori particolari: L. DE BERARDINIS, *Alcune caratteristiche della nati-mortalità e della mortalità infantile*, « Compendio statistico italiano », 1932-XI, Roma, Istituto Poligrafico dello Stato. CESARE MICHELLI, *Nati-mortalità*, relazione al XXIX Congresso della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia.

la gestazione, nel parto e nel periodo immediatamente successivo ad esso, e dall'altro, le cause che, per la massima parte, sono indipendenti da quelle ora esposte.

Proposi pertanto:

1) un coefficiente di mortalità ante-neo-natale secondo il rapporto espresso dalla frazione $\frac{M_n + D_{0.6}}{N}$ in cui M_n indica il numero dei nati-morti; $D_{0.6}$ il numero dei decessi in età da 0 a 6 giorni e N il numero delle nascite, compresi i nati-morti;

2) un coefficiente di mortalità feto-infantile, secondo il rapporto espresso dalla frazione $\frac{M_n + D_{0.364}}{N}$ in cui M_n e N hanno lo stesso significato precedente e $D_{0.364}$ indica il numero dei morti da 0 a 364 giorni;

3) un coefficiente di mortalità infantile, secondo il rapporto espresso dalla frazione $\frac{D_{7-364}}{S_7}$ nella quale D_{7-364} indica il numero dei morti da 7 a 364 giorni e S_7 il numero dei sopravvissuti, ottenuto sottraendo dal numero delle nascite (compresi i nati-morti) il totale dei nati-morti e dei morti in età da 0 a 6 giorni.

Ebbi l'onore di proporre questo metodo di calcolo alla XXII Sessione dell'Istituto Internazionale di Statistica tenutasi a Città del Messico nel 1933 e, incaricato dalla Commissione di stu-

dio che fu all'uopo nominata, ne riferii alla XXIII Sessione tenuta in Atene nel 1936 (1).

Questa breve premessa è per spiegare alcuni dei termini che verranno adoperati nella comunicazione.

Non rusciranno nuovi, perchè sono stati pubblicati nei volumi annuali sul « Movimento della popolazione » editi dall'Istituto Centrale di Statistica e perchè su di essi sono più volte ritornato in articoli apparsi nel « Notiziario demografico » dell'Istituto Centrale di Statistica.

Essi, inoltre, sono stati riportati in numerose pubblicazioni, anche se non è stata citata la fonte. Quindi, premetto che non hanno nessun carattere di novità, ma se novità può esservi, essa consisterà solo nel loro ordinamento e nel confronto che verrà istituito fra i dati sulla mortalità e fra altri dati che possono caratterizzare lo stato sociale dei Compartimenti.

Inoltre, si è preferito di considerare solo la mortalità nei legittimi, come quella che ai fini che si intende raggiungere, sembra più adatta, perchè non influenzata dalle diverse condizioni in cui si può svolgere l'assistenza agli illegittimi.

(1) Cfr. XXII^a Sessione de l'Institut International de Statistique, Mexico, 1933; L. DE BERARDINIS, *Alcune considerazioni sul calcolo della nati-mortalità*, La Haye, 1933 e XXIII^a Sessione de l'Institut International de Statistique, Athènes, 1936; LUIGI DE BERARDINIS, *Rapporto sulle statistiche dei nati-morti e sulla nati-mortalità*, La Haye, 1936.

PROSPETTO 1. — Probabilità di morte (moltiplicate per 1000).

1) Ante-neo-natale

Biennio 1929-30

1	Sardegna	43,3	7	Toscana	52,0	13	Marche	55,9
2	Veneto	45,7	8	Venezia Giulia e Zara	52,0	14	Puglie	59,3
3	Lombardia	48,8	9	Calabrie	52,1	15	Umbria	59,3
4	Piemonte	49,5	10	Lazio	53,5	16	Campania	59,8
5	Venezia Tridentina	50,4	11	Emilia	54,1	17	Abruzzi e Molise	62,6
6	Liguria	51,5	12	Sicilia	54,5	18	Lucania	64,7
							REGNO	53,5

Triennio 1933-35

1	Veneto	42,6	7	Piemonte	49,4	13	Sicilia	52,8
2	Sardegna	42,7	8	Toscana	49,7	14	Puglie	57,1
3	Lombardia	45,8	9	Calabria	50,7	15	Campania	58,4
4	Venezia Tridentina	46,0	10	Lazio	50,9	16	Umbria	58,8
5	Venezia Giulia e Zara	48,2	11	Liguria	50,9	17	Abruzzi e Molise	62,8
6	Emilia	49,1	12	Marche	52,0	18	Lucania	66,4
							REGNO	51,4

2) Da 7 a 13 giorni

Biennio 1929-30

1	Venezia Tridentina	4,8	7	Toscana	8,0	13	Puglie	9,7
2	Liguria	6,0	8	Lombardia	8,2	14	Marche	10,0
3	Piemonte	6,3	9	Veneto	8,4	15	Venezia Giulia e Zara	10,2
4	Lazio	7,3	10	Calabrie	9,2	16	Umbria	10,5
5	Sardegna	7,9	11	Campania	9,3	17	Abruzzi e Molise	11,1
6	Sicilia	8,0	12	Emilia	9,6	18	Lucania	12,5
							REGNO	8,6

Triennio 1933-35

1	Venezia Tridentina	4,7	7	Sicilia	6,6	13	Campania	8,4
2	Liguria	5,2	8	Lombardia	6,6	14	Umbria	8,4
3	Piemonte	5,5	9	Veneto	7,1	15	Puglie	8,5
4	Lazio	5,8	10	Marche	7,6	16	Emilia	8,7
5	Toscana	6,3	11	Calabrie	8,1	17	Abruzzi e Molise	9,8
6	Sardegna	6,4	12	Venezia Giulia e Zara	8,1	18	Lucania	11,2
							RECNO	7,3

3) Da 14 a 29 giorni

Biennio 1929-30

1	Liguria	7,9	7	Venezia Tridentina	9,9	13	Abruzzi e Molise	12,3
2	Veneto	8,7	8	Emilia	10,8	14	Calabrie	12,4
3	Lazio	9,1	9	Marche	10,9	15	Sicilia	12,5
4	Piemonte	9,1	10	Sardegna	11,0	16	Lombardia	13,3
5	Toscana	9,7	11	Umbria	11,5	17	Puglie	14,4
6	Venezia Giulia e Zara	9,8	12	Campania	11,7	18	Lucania	14,6
							RECNO	11,4

Triennio 1933-35

1	Liguria	6,5	7	Venezia Giulia e Zara	8,3	13	Calabrie	10,4
2	Piemonte	7,1	8	Marche	8,8	14	Campania	10,7
3	Veneto	7,3	9	Emilia	8,9	15	Sicilia	11,0
4	Lazio	7,8	10	Sardegna	9,1	16	Abruzzi e Molise	11,4
5	Toscana	8,1	11	Umbria	9,2	17	Puglie	13,0
6	Venezia Tridentina	8,1	12	Lombardia	10,3	18	Lucania	14,0
							RECNO	9,7

4) Da 30 a 89 giorni

Biennio 1929-30

1	Liguria	11,4	7	Umbria	14,6	13	Abruzzi e Molise	19,2
2	Toscana	11,8	8	Piemonte	15,3	14	Venezia Tridentina	19,2
3	Marche	12,9	9	Campania	18,2	15	Lombardia	21,8
4	Lazio	13,0	10	Venezia Giulia e Zara	18,4	16	Sicilia	22,0
5	Veneto	13,1	11	Calabrie	18,6	17	Lucania	23,7
6	Emilia	13,3	12	Sardegna	18,9	18	Puglie	24,7
							RECNO	17,8

Triennio 1933-35

1	Liguria	8,9	7	Piemonte	11,4	13	Campania	17,5
2	Toscana	9,5	8	Lazio	12,1	14	Lombardia	17,5
3	Marche	10,3	9	Venezia Giulia e Zara	16,6	15	Calabrie	17,9
4	Emilia	10,5	10	Sardegna	16,7	16	Sicilia	20,9
5	Umbria	10,6	11	Abruzzi e Molise	16,7	17	Puglie	22,0
6	Veneto	10,7	12	Venezia Tridentina	16,8	18	Lucania	23,0
							RECNO	15,6

5) Da 90 a 179 giorni

Biennio 1929-30

1	Liguria	11,6	7	Veneto	17,2	13	Campania	22,3
2	Toscana	11,9	8	Umbria	17,3	14	Venezia Tridentina	24,8
3	Marche	13,6	9	Abruzzi e Molise	19,1	15	Sicilia	26,2
4	Emilia	14,2	10	Sardegna	19,6	16	Puglie	26,9
5	Lazio	15,1	11	Calabrie	20,7	17	Lucania	27,5
6	Piemonte	17,1	12	Venezia Giulia e Zara	22,2	18	Lombardia	28,2
							RECNO	20,7

Triennio 1933-35

1	Toscana	7,7	7	Lazio	13,0	13	Venezia Tridentina	19,1
2	Liguria	9,1	8	Piemonte	14,2	14	Campania	20,7
3	Marche	10,0	9	Sardegna	18,5	15	Lombardia	23,1
4	Umbria	10,3	10	Venezia Giulia e Zara	18,9	16	Sicilia	23,5
5	Emilia	10,4	11	Abruzzi e Molise	19,0	17	Lucania	24,3
6	Veneto	12,4	12	Calabrie	19,1	18	Puglie	24,5
							RECNO	17,6

6) Da 180 a 269 giorni

Biennio 1929-30

1	Liguria	9,0	7	Lazio	15,4	13	Calabrie	21,5
2	Toscana	10,4	8	Veneto	16,3	14	Campania	24,0
3	Marche	12,7	9	Venezia Giulia e Zara	17,4	15	Lombardia	27,1
4	Piemonte	12,9	10	Sardegna	17,9	16	Lucania	29,3
5	Emilia	13,6	11	Abruzzi e Molise	19,6	17	Puglie	29,5
6	Umbria	14,9	12	Venezia Tridentina	19,6	18	Sicilia	30,1
							REGNO	20,7

Triennio 1933-35

1	Toscana	6,7	7	Veneto	11,1	13	Lombardia	20,1
2	Liguria	6,9	8	Lazio	12,4	14	Calabrie	20,3
3	Emilia	9,0	9	Venezia Giulia e Zara	14,1	15	Campania	22,6
4	Umbria	9,2	10	Venezia Tridentina	14,6	16	Puglie	23,9
5	Marche	9,6	11	Sardegna	17,6	17	Lucania	25,1
6	Piemonte	9,8	12	Abruzzi e Molise	19,1	18	Sicilia	25,8
							REGNO	17,0

7) Da 270 a 364 giorni

Biennio 1929-30

1	Liguria	8,0	7	Venezia Tridentina	15,2	13	Calabrie	20,4
2	Toscana	9,4	8	Veneto	16,1	14	Campania	24,5
3	Piemonte	9,5	9	Venezia Giulia e Zara	16,2	15	Lombardia	25,9
4	Marche	12,2	10	Lazio	17,0	16	Sicilia	29,8
5	Emilia	12,3	11	Sardegna	18,6	17	Puglie	30,4
6	Umbria	12,9	12	Abruzzi e Molise	20,1	18	Lucania	32,1
							REGNO	20,2

Triennio 1933-35

1	Liguria	6,0	7	Venezia Tridentina	9,8	13	Abruzzi e Molise	20,4
2	Toscana	6,2	8	Veneto	10,0	14	Calabrie	20,5
3	Piemonte	7,2	9	Venezia Giulia e Zara	10,8	15	Campania	23,1
4	Emilia	7,6	10	Lazio	12,0	16	Puglie	25,0
5	Umbria	8,3	11	Sardegna	16,4	17	Sicilia	26,5
6	Marche	8,8	12	Lombardia	18,8	18	Lucania	29,0
							REGNO	16,5

PROSPETTO 2. — Mortalità ante-neo-natale e mortalità infantile nel primo anno di vita, nel Regno.

Triennio 1933-35

MORTALITÀ	Media del Regno	Mediana	Differenza tra i valori estremi		Differenza interquartile	
			assoluta	%	assoluta	relativa (1)
Ante-neo-natale	51,4	50,8	23,8	35,8	8,9	0,08
da 7 a 13 giorni	7,3	7,4	6,5	58,0	2,1	0,14
» 14 » 29 »	9,7	9,0	7,5	53,6	2,6	0,14
» 30 » 89 »	15,6	16,7	14,1	61,3	6,9	0,25
» 90 » 179 »	17,6	18,7	16,8	68,6	10,3	0,33
» 180 » 269 »	17,0	14,4	19,1	74,0	10,7	0,36
» 270 » 364 »	16,5	11,4	23,0	79,3	12,2	0,42

$$(1) \frac{Q_3 - Q_1}{Q_3 + Q_1}$$

Nel prospetto 1, i Compartimenti sono disposti in ordine crescente di mortalità in ciascuno dei periodi di vita considerati e per il biennio 1929-1930 e per il triennio 1933-35.

Ciò consente, fra l'altro, di esaminare facil-

mente, per il biennio e per il triennio e per ciascuna classe di mortalità, i seguenti valori: differenza assoluta e percentuale fra la massima e la minima mortalità; mediana, differenza interquartile: assoluta, relativa.

La comparazione tra i valori del biennio 1929-1930 e quelli del triennio 1933-35 ci segnalerà le variazioni in meglio o in peggio delle singole mortalità.

Vediamo innanzi tutto alcune caratteristiche della mortalità nei vari periodi del primo anno di vita.

Per semplificare l'osservazione noteremo, innanzi tutto, le variazioni che si osservano fra il biennio 1929-30 e il triennio 1933-35, limitandoci poi a considerare soltanto i valori per quest'ultimo periodo di tempo, tanto più che esso non offre sostanziali differenze col biennio 1929-1930.

La mortalità media del Regno in tutti i periodi del primo anno di vita è diminuita nelle seguenti misure:

La mortalità ante-neo-natale di punti . . .	2,1
» » da 7 a 13 giorni di punti	1,3
» » » 14 » 29 » » » »	1,7
» » » 30 » 89 » » » »	2,2
» » » 90 » 179 » » » »	3,1
» » » 180 » 269 » » » »	3,7
» » » 270 » 364 » » » »	3,7

Le osservazioni condotte sulle statistiche italiane confermano quanto è affermato dal SAVORNAN, che cioè la riduzione della mortalità infantile può soprattutto verificarsi a causa della riduzione della mortalità del tipo B. Occorre notare che nelle nostre statistiche è presa in esame, con la mortalità nella prima settimana, anche la nati-mortalità, e che la mortalità nella prima settimana è la meno comparabile nelle statistiche internazionali (1). Osservando la diminuzione di questa mortalità ante-neo-natale si può affermare che anche essa è suscettibile di ulteriore riduzione.

Premesso ciò, che serve a rilevare anche come le providenze attuate abbiano avuto il loro effetto, si esamini il prospetto 2 in cui sono indicati alcuni valori segnaletici delle mortalità nei vari periodi di vita limitando l'osservazione al triennio 1933-35.

Mortalità ante-neo-natale. — E' la più alta; offre il campo di variabilità assoluta più esteso in quanto il valore massimo (66,4, Lucania) supera il minimo (42,6, Veneto) di punti 23,8 pari al 35,8 %. La differenza interquartile, cioè tra la mortalità del Compartimento che si trova a separare il primo quarto della serie dal secondo e quella del Compartimento che separa il 3° quarto dall'ultimo è di punti 8,9. Il rapporto fra tale differenza e la somma dei valori del 1° e 3° quartile = 0,08, il che indica una minima variabilità del fenomeno.

Mortalità da 7 a 13 giorni. — Il valore medio per il Regno, di tale mortalità, è il più basso. Superato il rischio del nascimento e delle sue im-

mediate conseguenze, non ancora entrati in causa i fattori ambientali e sociali post-natali, sembra aversi l'*optimum* per la vita del nuovo essere. La variabilità assoluta della mortalità fra i vari compartimenti è anch'essa minima: punti 6,5 pari al 58,0 % riferita alla massima. La più alta mortalità si ha nella Lucania (11,2), la più bassa nella Venezia Tridentina (4,7). La differenza interquartile è di punti 2,1 ed essa riferita alla somma dei valori Q_1 (quartile inferiore) e Q_3 (quartile superiore) è pari a 0,14, valore minimo che si avvicina allo 0 e che quindi conferma la scarsa variabilità della mortalità in questo periodo.

Mortalità da 14 a 29 giorni. — Raggiunge il 9,7 nel Regno; è più alta di quella del periodo precedente ed inferiore, sensibilmente, a quella del periodo successivo: sembra che in essa comincino ad agire i fattori post-natali. Il compartimento a massima mortalità è la Lucania (14,9), quello a minima mortalità è la Liguria (6,5): la differenza è di 7,5, di un punto superiore a quella del periodo precedente; riferita tale differenza al valore massimo segna un valore percentuale di 53,6. La differenza fra Q_3 e Q_1 è uguale a 2,6 e il rapporto con la somma dei valori anzidetti è uguale a 0,14, con scarsa variabilità.

Mortalità da 30 a 89 giorni. — E' di 15,6 per mille sopravvissuti, notevolmente superiore a quella del periodo precedentemente considerato, la differenza tra la mortalità massima della Lucania e quella minima della Liguria è di punti 14,1 (61,3 %); la differenza fra Q_3 e Q_1 è di punti 6,9 che, messa in rapporto con la somma di essi, dà un quoziente di 0,25, sempre superiore a quello del periodo precedente.

Mortalità da 90 a 179 giorni. — Nel Regno è di 17,6 per mille sopravvissuti (inferiore di punti 3,1 a quella del 1929-30). La mortalità massima delle Puglie (24,5), differisce di punti 16,3 dalla minima della Toscana (7,7), cioè del 68,6 %: la differenza interquartile è di 10,3 ed il consueto rapporto è di 0,33 superiore a tutti quelli precedenti. Se non vogliamo rigettare l'ipotesi della influenza dei fattori post-natali dobbiamo dire che essi cominciano ad influire sensibilmente nel determinare le differenze.

Mortalità da 180 a 269 giorni. — E' del 17,0 per mille sopravvissuti nel Regno, con diminuzione di punti 3,7 in confronto di quella del biennio 1929-30. Tra la mortalità massima della Sicilia (25,8) e quella minima della Toscana (6,7) vi sono 19,1 punti di differenza (74 %), fra Q_3 e Q_1 ve ne sono 10,7 e il rapporto consueto è pari a 0,36. Tutti i valori sulla variabilità ci dicono che essa tende ad aumentare.

Mortalità da 270 a 364 giorni. — Pari a 16,5 per il Regno con una diminuzione di punti 3,7 dal 1929-30, oscilla fra un massimo di 29,0 nella

(1) V. nota I a pag. 3.

Lucania e un minimo di 6,0 nella Liguria, con una differenza di ben 23 punti, pari al 79,3 %: anche la differenza interquartile di punti 12,2 è la massima, e il rapporto fra tale differenza e la somma di $Q_1 + Q_3$ è = 0,42.

Concludendo, la mortalità massima nel periodo ante-neo-natale, si riduce rapidamente fino a toccare un minimo nella seconda settimana di vita, risale nuovamente fino a raggiungere un se-

condo massimo molto inferiore a quello della mortalità ante-neo-natale, nel secondo trimestre di vita, dopo di che ridiscende nuovamente e lentamente.

La variabilità fra Compartimento e Compartimento è minima nella mortalità ante-neo-natale e va ascendendo nei periodi successivi fino a raggiungere il massimo nella mortalità da 270 a 364 giorni.

PROSPETTO 3.

COMPARTIMENTI	Analfabeti su 1000 censiti di anni 6 e più	Numeri indici Regno = 100	COMPARTIMENTI	Analfabeti su 1000 censiti di 6 anni e più	Numeri indici Regno = 100
Venezia Tridentina	18	6	Umbria	260	90
Piemonte	42	14	Abruzzi e Molise	339	117
Lombardia	48	17	Campania	349	120
Liguria	71	24	Sardegna	359	124
Veneto	111	38	Puglie	391	135
Venezia Giulia e Zara	124	43	Sicilia	397	137
Emilia	153	53	Lucania	461	159
Toscana	182	63	Calabrie	480	166
Lazio	194	67	REGNO	290	100
Marche	260	90			

PROSPETTO 4.

SU 1000 FEMMINE CENSITE DI 10 ANNI E PIÙ appartenevano all'					
Agricoltura			Industria, artigianato, ecc		
Compartimenti	Numeri indici Regno = 100		Compartimenti	Numeri indici Regno = 100	
Lombardia	133	34	Lucania	66	19
Venezia Giulia e Zara	180	46	Abruzzi e Molise	80	23
Sicilia	182	46	Calabrie	132	39
Sardegna	183	46	Venezia Tridentina	156	46
Liguria	239	61	Sardegna	172	50
Piemonte	329	83	Umbria	175	51
Puglie	351	89	Marche	175	51
Lazio	358	91	Lazio	181	53
Venezia Tridentina	390	99	Emilia	209	61
Toscana	411	104	Campania	216	63
Veneto	471	119	Sicilia	218	64
Campania	542	137	Liguria	282	82
Emilia	571	145	Veneto	289	85
Umbria	577	146	Toscana	306	89
Marche	677	171	Venezia Giulia e Zara	343	100
Calabrie	710	180	Puglie	419	123
Abruzzi e Molise	779	197	Piemonte	423	124
Lucania	807	204	Lombardia	597	017
REGNO	395	100	REGNO	342	150

La esposizione dei dati della mortalità nella forma adottata nel prospetto 1 ci consente di distribuire i Compartimenti in 6 classi di 3 compartimenti ciascuna che sono caratterizzate come segue: a mortalità notevolmente superiore alla mediana (+++), discretamente superiore (+ +), di poco superiore (+); di poco inferiore (—), discretamente inferiore (— —), notevolmente inferiore (— — —).

Questa classificazione e questa notazione consentono di costruire una tabella grafica (vedi Tab. 1) che pone sott'occhio, in maniera evidente, quali siano i compartimenti in cui la mortalità ante-neo-natale e infantile nei vari periodi considerati e la mortalità complessiva feto-infantile sia massima, intermedia e minima.

Poche parole di commento per ciascun compartimento per ordine geografico.

Piemonte. — Salvo che per la mortalità da 30 a 89 giorni nel biennio e nel triennio, da 90 a 179 giorni e quella ante-neo-natale per il trien-

nio 1933-35, si trova in condizioni molto favorevoli rispetto agli altri compartimenti. La mortalità feto-infantile è notevolmente inferiore alla mediana per il biennio 1929-30 e discretamente inferiore per il triennio 1933-35.

Liguria. — Ha il minimo della mortalità infantile in tutti i periodi, eccetto quello ante-neo-natale: si può considerare il compartimento in cui esistono le migliori condizioni per la vita del bambino. Anch'essa è fra i compartimenti con mortalità feto infantile notevolmente inferiore alla mediana.

Lombardia. — Nei due periodi, sia pure con diversa intensità, mantiene le stesse caratteristiche: bassissima mortalità ante-neo-natale, poco al disotto della mediana in quella da 7 a 13 giorni, passaggio improvviso con scarto sensibile in quella dal 14° al 29° giorno (meno accentuata nel triennio 1933-35) e permanenza al disopra della mediana in tutte le mortalità dei periodi successivi.

PROSPETTO 5. — Numeri indici del reddito medio di fabbricati e di ricchezza mobile per abitante (1).

COMPARTIMENTI		Reddito medio di fabbricati per abitante = (media 1928-29) Numeri indici	COMPARTIMENTI		Reddito medio di ricchezza mobile per abitante (media 1928-30) Numeri indici
1	Calabrie	23,7	1	Calabrie	23,9
2	Lucania	27,2	2	Sardegna	24,2
3	Abruzzi e Molise	33,6	3	Lucania	27,2
4	Umbria	37,0	4	Abruzzi e Molise	27,7
5	Sardegna	37,9	5	Puglie	36,7
6	Marche	46,6	6	Sicilia	37,2
7	Sicilia	56,9	7	Umbria	40,6
8	Veneto	62,5	8	Marche	50,3
9	Venezia Tridentina	69,6	9	Campania	55,2
10	Emilia	77,7	10	Veneto	64,6
11	Puglie	79,4	11	Venezia Tridentina	70,8
12	Toscana	100,0	12	Toscana	95,8
13	Campania	113,0	13	Emilia	101,7
14	Piemonte	139,5	14	Venezia Giulia e Zara	123,8
15	Lombardia	149,8	15	Piemonte	157,4
16	Venezia Giulia e Zara	150,3	16	Lazio	164,3
17	Liguria	186,8	17	Lombardia	214,2
18	Lazio	199,6	18	Liguria	225,6
	REGNO	100,0		REGNO	100,0

(1) Cfr. MARIO DE VERGOTTINI: *Concentrazione individuale e distribuzione territoriale del reddito e della ricchezza*, in «Trattato elementare di statistica» diretta da CORRADO GINI, Milano, Antonio Giuffrè editore.

PROSPETTO 6. — Distribuzione di 422 Comuni secondo la percentuale delle abitazioni sovraffollate:
Su 100 abitazioni di ciascun Comune erano affollate:

COMPARTIMENTI	0-5	5-10	10-15	15-20	20-25	25-30	30-35	35-40	40-45	45-50	50-55	55-60	60-65	65-70	70-75	Totale dei Comuni conabitanti
Piemonte	—	10	9	4	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	24
Liguria	4	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7
Lombardia	—	9	9	4	5	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	29
Venezia Tridentina	—	9	4	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	14
Veneto	1	7	6	3	1	1	1	—	1	1	—	—	—	—	—	22
Venezia Giulia e Zara	—	2	3	5	1	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	13
Emilia	—	1	7	8	8	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	28
Toscana	6	9	4	3	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	26
Marche	—	5	3	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	11
Umbria	—	—	2	2	2	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	7
Lazio	—	—	—	1	1	3	3	2	—	1	—	—	—	—	—	11
Abruzzi e Molise	—	—	—	1	3	6	—	—	2	—	—	—	—	—	—	12
Campania	—	—	—	—	—	3	5	3	5	2	8	4	6	—	—	36
Puglie	—	—	—	—	—	1	3	4	5	12	10	8	6	5	3	57
Lucania	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	3	2	—	—	—	7
Calabrie	—	—	—	—	—	—	—	1	4	3	4	1	1	—	—	14
Sicilia	—	—	—	1	5	6	7	18	22	19	9	7	1	—	—	95
Sardegna	—	—	1	1	1	1	2	—	2	—	—	1	—	—	—	9

PROSPETTO 7. — Comuni con ospedali su 100 Comuni in complesso, nei Compartimenti.

1	Sardegna	4,0	7	Veneto	13,7	13	Toscana	29,3
2	Lucania	5,8	8	Venezia Giulia e Zara	14,2	14	Puglie	29,9
3	Abruzzi e Molise	6,6	9	Lombardia	14,4	15	Sicilia	31,3
4	Calabrie	7,3	10	Piemonte	18,2	16	Umbria	31,5
5	Campania	10,7	11	Liguria	21,4	17	Emilia	32,8
6	Venezia Tridentina	12,7	12	Lazio	22,7	18	Marche	49,8

PROSPETTO 8. — Letti (esclusi i letti degli ospedali psichiatrici, per cronici e per tubercolotici) per 10.000 abitanti.

COMPARTIMENTI		Letti nel complesso del Comparti- mento (a)	COMPARTIMENTI		Letti nei comuni cap. luoghi del Compartimento (b)
1	Lucania	5	1	Abruzzi e Molise	28
2	Calabrie	8	2	Calabrie	33
3	Abruzzi e Molise	9	3	Umbria	37
4	Sardegna	13	4	Lucania	37
5	Puglie	15	5	Puglie	38
6	Campania	15	6	Campania	39
7	Sicilia	18	7	Sicilia	43
8	Umbria	26	8	Marche	50
9	Marche	32	9	Lazio	56
10	Emilia	34	10	Sardegna	57
11	Lazio	35	11	Liguria	61
12	Veneto	38	12	Emilia	64
13	Venezia Tridentina	39	13	Lombardia	76
14	Piemonte	39	14	Piemonte	80
15	Lombardia	40	15	Toscana	88
16	Toscana	45	16	Veneto	92
17	Liguria	45	17	Venezia Giulia e Zara	93
18	Venezia Giulia e Zara	53	18	Venezia Tridentina	112

(a) Per 10.000 abitanti del Compartimento.

(b) Per 10.000 abitanti dei Comuni capoluoghi.

TABELLA 1. - *Graduatoria dei Compartimenti per mortalità ante-neo-natale, nei vari periodi del primo anno di vita e feto-infantile.*

COMPARTIMENTI	Ante neo- natale	da 7 a 13 giorni	da 14 a 29 giorni	da 30 a 89 giorni	da 90 a 179 giorni	da 180 a 269 giorni	da 270 a 361 giorni	feto infantile
Piemonte	a) - b) -	-	-	-	-	-	-	-
Liguria	a) - b) -	-	-	-	-	-	-	-
Lombardia	a) - b) -	-	+ +	+ +	+ +	+ +	+ +	+ +
Venezia Tridentina	a) - b) -	-	-	-	+ +	+ +	-	-
Veneto	a) - b) -	-	-	-	-	-	-	-
Venezia Giulia e Zara	a) - b) -	+ +	-	-	+ +	-	-	+ +
Emilia	a) + b) -	-	-	-	-	-	-	-
Toscana	a) - b) -	-	-	-	-	-	-	-
Marche	a) + + b) + +	+ +	-	-	-	-	-	-
Umbria	a) + + b) + +	+ +	-	-	-	-	-	-
Lazio	a) + b) -	-	-	-	-	-	-	-
Abruzzi e Molise	a) + + + b) + + +	+ + +	+ +	+ +	-	-	+ +	+ +
Campania	a) + + + b) + + +	+ + +	-	-	+ +	+ +	+ +	+ +
Puglie	a) + + + b) + + +	+ + +	-	-	+ +	+ +	+ +	+ +
Lucania	a) + + + b) + + +	+ + +	-	-	+ +	+ +	+ +	+ +
Calabrie	a) - b) -	+ +	+ +	+ +	+ +	+ +	+ +	+ +
Sicilia	a) + + b) + +	-	+ +	+ +	+ +	+ +	+ +	+ +
Sardegna	a) - b) -	-	+ +	+ +	+ +	+ +	+ +	+ +

a) Biennio 1929-30.

b) Triennio 1933-35.

Complessivamente la Lombardia appare fra i Compartimenti a mortalità discretamente superiore alla mediana nel 1929-30 e di poco superiore a questa nel 1933-35.

Venezia Tridentina. — La mortalità ante-neo-natale e quella della 2ª settimana sono fra le più basse; nella 2ª quindicina del 1º mese di vita siamo ancora al di sotto della mediana, con

diverse intensità fra il biennio e il triennio considerati; a partire dal periodo 30-89 giorni la mortalità passa sensibilmente al di sopra della mediana per ridiscendere al di sotto di essa solo nell'ultimo trimestre del primo anno di vita.

La mortalità feto-infantile si colloca nella zona centrale poco al di sopra della mediana nel 1929-30, poco al di sotto nel 1933-35.

Veneto. — Mortalità notevolmente inferiore alla mediana nel periodo ante-neo-natale e da 14 a 29 giorni; discretamente inferiore da 30 a 89 giorni e generalmente di poco inferiore negli altri periodi.

La mortalità feto-infantile nel biennio è discretamente inferiore alla mediana, nel triennio è notevolmente inferiore.

Venezia Giulia e Zara. — Di poco inferiore o discretamente inferiore la mortalità ante-neo-natale e quella da 14 a 29 giorni; di poco superiore o discretamente superiore quella da 7 a 13 giorni; di poco superiore o di poco inferiore quella da 30 a 89 giorni; di poco superiore quella del 2° trimestre di vita; di poco inferiore quella del 2° semestre. La mortalità feto-infantile è di poco superiore alla mediana.

Emilia. — La mortalità ante-neo-natale nel 1929-30 è di poco superiore alla mediana; viceversa è discretamente inferiore nel 1933-35: rispettivamente agli ora detti periodi di tempo, la mortalità da 7 a 13 giorni è di poco o notevolmente superiore; mentre nei periodi di vita successivi, con varia intensità, resta sempre al di sotto della mediana. La mortalità feto-infantile è discretamente inferiore.

Toscana. — Se si eccettua la mortalità ante-neo-natale e quella del restante periodo del 1° mese di vita, quella degli altri periodi è sempre notevolmente inferiore alla mediana.

Si ripetono, a un di presso, le condizioni della Liguria: anche nei riguardi della mortalità feto-infantile si colloca come la Liguria fra le notevolmente inferiori.

Marche. — Mortalità ante-neo-natale e nella 2ª settimana di vita, di poco o discretamente superiori alla mediana; di poco inferiori quella da 14 a 29 giorni; notevolmente inferiore quella dei periodi da 30 a 269 giorni (salvo un'eccezione per il 1933-35) e discretamente inferiore quella dell'ultimo trimestre di vita. Mortalità feto-infantile discretamente inferiore alla mediana.

Umbria. — L'andamento della mortalità nei vari periodi del 1° anno di vita è analogo a quello descritto per le Marche: pessime o cattive condizioni nel periodo ante-neo-natale e nella 2ª settimana, meno cattive nella 2ª quindicina del primo mese di vita, miglioramento nei periodi successivi. Le condizioni, però, in complesso appaiono meno buone che per le Marche ed infatti la mortalità feto-infantile è di poco inferiore alla mediana.

Lazio. — La mortalità è di poco superiore alla mediana nei periodi estremi di osservazione, solo una volta è notevolmente inferiore, ma generalmente discretamente inferiore negli altri perio-

di. Le condizioni che, salvo per la mortalità ante-neo-natale, possono considerarsi buone, finiscono per peggiorare nell'ultimo trimestre di vita e fanno sì che come l'Umbria essa trovi posto per la mortalità feto-infantile tra i compartimenti con mortalità di poco inferiore.

Abruzzi e Molise. — Con questo compartimento si entra in una zona in cui i segni negativi, unici, doppi, tripli si può dire che scompaiono per essere sostituiti dai positivi. Superiori alla mediana, salvo un caso, sono le mortalità ante-neo-natali e quelle del restante periodo del primo anno di vita e, specialmente, la mortalità ante-neo-natale e nel primo mese di vita: le condizioni migliorano nel periodo 30-89 giorni e 90-179, poi tornano a peggiorare, sia pure non raggiungendo i massimi.

La mortalità feto-infantile, è discretamente superiore alla mediana.

Campania. — Nel biennio 1929-30 la mortalità diminuisce dal periodo ante-neo-natale fino alla fine del primo trimestre di vita, poi si stabilizza come discretamente superiore alla mediana; nel triennio 1933-35 in tutti i periodi si mantiene tale. Il segno — compare una volta sola. Anche la mortalità feto-infantile è discretamente superiore.

Puglie. — Il segno — è completamente scomparso per questo Compartimento: le mortalità ante-neo-natale e nella seconda settimana di vita sono discretamente superiori alla mediana, negli altri periodi, costantemente e notevolmente superiori. Così pure lo è la mortalità feto-infantile.

Lucania. — Non vi si nota nessuna eccezione anche minimamente favorevole; la mortalità è notevolmente superiore alla mediana in tutti i periodi: s'intende che la stessa caratteristica ha la mortalità feto-infantile.

Calabria. — Condizioni abbastanza buone per la mortalità ante-neo-natale e nella seconda settimana di vita: alquanto peggiori per la mortalità dei successivi periodi di vita tra i quali, sia nel biennio 1929-30, sia nel triennio 1933-35 appare come meno funesto il 2° trimestre. La mortalità feto-infantile, di poco superiore nel 1929-1930, lo è discretamente nel 1933-35.

Sicilia. — E' poco superiore o discretamente superiore alla mediana, la mortalità ante-neo-natale: poco o discretamente inferiore quella della 2ª settimana: discretamente superiore quella da 14 a 29 giorni e, salvo un'eccezione per il biennio 1929-30, notevolmente superiore quella nei restanti periodi di vita.

La mortalità feto-infantile è notevolmente superiore alla mediana come per le Puglie e la Lucania.

PROSPETTO 9. — Quozienti di mortalità feto-infantile, per Compartimenti, nei periodi 1929-30 e 1933-35.
(‰₁₀₀₀ nascite)

COMPARTIMENTI		Biennio 1929 - 30	COMPARTIMENTI		Triennio 1933 - 35
1	Liguria	101,6	1	Liguria	90,6
2	Toscana	108,5	2	Toscana	91,3
3	Piemonte	114,4	3	Veneto	97,4
4	Veneto	119,4	4	Emilia	100,2
5	Emilia	121,8	5	Piemonte	100,7
6	Marche	122,1	6	Marche	103,1
7	Lazio	124,1	7	Lazio	109,3
8	Sardegna	129,6	8	Umbria	110,2
9	Umbria	133,5	9	Venezia Tridentina	113,6
10	Venezia Tridentina	136,0	10	Venezia Giulia e Zara	119,2
11	Venezia Giulia e Zara	138,0	11	Sardegna	121,0
12	Calabrie	145,6	12	Lombardia	134,2
13	Abruzzi e Molise	153,9	13	Calabrie	138,6
14	Campania	158,7	14	Abruzzi e Molise	149,6
15	Lombardia	161,4	15	Campania	151,4
16	Sicilia	169,9	16	Sicilia	156,2
17	Puglie	180,1	17	Puglie	162,3
18	Lucania	190,4	18	Lucania	178,7

Sardegna. — La mortalità che è notevolmente inferiore alla mediana nel periodo ante-neo-natale sale a discretamente inferiore per divenire di poco superiore negli altri periodi del primo anno di vita (salvo una eccezione per il triennio 1933-35).

La mortalità feto-infantile resta nella zona intermedia una volta poco al di sotto, una volta poco al di sopra.

Ricapitolando e tenendo conto solo delle mortalità notevolmente o discretamente superiori alla mediana e tralasciando qualche variazione tra il 1929-30 e il 1933-35, si può dire, che per la mortalità ante-neo-natale e nella prima settimana i fattori ambientali e sociali siano particolarmente sfavorevoli nella Lucania, Puglie, Abruzzi e Molise, Campania e Umbria e favorevoli, invece, nel Piemonte, Liguria, Venezia Tridentina, Veneto e Lombardia.

I fattori, invece, che agiscono dalla terza settimana in poi sono particolarmente sfavorevoli nella Sicilia, nella Lucania, nelle Puglie, nella Campania, nelle Calabrie e, salvo qualche eccezione, nella Lombardia. Questo compartimento offre particolarità differenziali dai compartimenti che lo circondano e da quelli dell'Italia Centrale, Meridionale e Insulare.

Si potrebbe dire che le ottime condizioni in cui esso si trova per la mortalità ante-neo-natale vadano rapidamente scomparendo e diventino qualche volta pessime, qualche volta discretamente cattive.

Prima di passare all'esame delle relazioni che possono sussistere tra i fattori sociali più sopra indicati, si dia uno sguardo alla graduatoria che assumono i vari compartimenti per la mortalità feto-infantile nel periodo 1929-30 e nel 1933-35 (prospetto 9).

Le graduatorie sono simili. Si ha un sensibile miglioramento per la Lombardia che passa dal 15° posto (+ +) al 12° posto (+), per la Venezia Giulia e Zara, per la Venezia Tridentina, per l'Umbria, per l'Emilia, per il Veneto, che passano ad un posto immediatamente inferiore: vi è un peggioramento per la Sardegna che dall'8° posto sale all'11°, per il Piemonte che dal 3° sale al 5° e per la Campania, Abruzzi e Molise e Calabrie che retrocedono di un posto. E' da notare che questo spostamento di rango, non vuol dire un peggioramento della mortalità, che anzi l'esame comparativo dei quozienti di mortalità dimostra per tutti i compartimenti una diminuzione, in qualche caso veramente sensibile.

TABELLA 2. — Graduatoria della mortalità feto-infantile e di alcune caratteristiche demografiche-sociali nei Compartimenti.

COMPARTIMENTI	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)	(h)	(i)
Piemonte	--	--	--	+ + +	--	+ +	--	+ +	+ +
Liguria	--	--	--	+ +	--	+ + +	+ +	+ + +	+ +
Lombardia	+ +	--	--	+ + +	--	+ + +	--	+ +	+ +
Venezia Tridentina ..	--	--	--	--	--	+ +	--	+ +	+ + +
Veneto	--	--	+ +	--	--	+ +	--	+ +	+ + +
Venezia G. e Zara ..	+ +	--	--	+ +	--	+ +	--	+ + +	+ + +
Emilia	--	--	+ +	+ +	--	+ +	+ +	+ +	+ +
Toscana	--	--	+ +	+ +	--	--	+ + +	+ + +	+ +
Marche	--	+ +	+ + +	--	--	--	+ + +	--	--
Umbria	--	+ +	+ +	--	--	--	+ + +	--	--
Lazio	--	--	--	--	+ + +	+ +	+ +	+ +	--
Abruzzi e Molise ..	+ +	+ +	+ + +	--	--	--	--	--	--
Campania	+ +	+ +	+ +	+ +	+ +	--	--	--	--
Puglie	+ + +	+ +	+ +	+ + +	+ +	--	+ +	--	--
Lucania	+ + +	+ + +	+ + +	--	--	--	--	--	--
Calabrie	+ +	+ + +	+ + +	--	--	--	--	--	--
Sicilia	+ + +	+ + +	--	+ +	--	--	+ +	--	--
Sardegna	+ +	+ +	--	--	--	--	--	--	+ +

a = Mortalità feto infantile nel 1933-35.

b = Analfabetismo.

c = Percentuale delle femmine addette all'agricoltura su 1000 femmine censite di 10 anni ed oltre.

d = Percentuale delle femmine addette all'industria, artigianato, ecc., su 1000 femmine censite di 10 anni ed oltre.

e = Numero indice del reddito medio di fabbricati per abitante.

f = Numero indice del reddito medio di ricchezza mobile per abitante.

g = Percentuale dei comuni con ospedali.

h = Letti per 10.000 abitanti del compartimento.

i = Letti per 10.000 abitanti dei Capoluoghi.

A quali ragioni attribuire questa variabilità e a quali fattori sociali?

E' quello che cercheremo di trovare studiando il variare di alcune caratteristiche nei vari compartimenti.

Ho scelto tra le molte che avrebbero potuto scegliersi le seguenti, per le ragioni di seguito a ciascuna indicate:

Analfabetismo: è indice di una arretrata coltura, di un vivere primitivo, di ignoranza delle più elementari regole igieniche, spesso di condizioni disagiatissime dell'ambiente (fonti: ISTITUTO CENTRALE DI STATISTICA, VII Censimento generale della popolazione, 21 aprile 1931-IX, vol. IV, Relazione generale, parte I, testo. Roma, tip. I. Failli, 1935-XIII, v. prospetto 3).

Femmine da 10 anni in su, addette all'agricoltura: le occupazioni agricole specie nei paesi in

cui il lavoro dei campi è particolarmente penoso quali la montagna o le zone scarse di viabilità possono influire, evidentemente, in modo sfavorevole sul decorso della gravidanza, del parto e dell'allevamento del bambino (fonti: idem c. s., v. prospetto 4).

Femmine addette all'industria: valgono per il criterio che ha guidato nella scelta di questa caratteristica, le stesse ragioni dette or ora per le femmine addette all'agricoltura, con l'aggiunta della presunzione che là ove l'industria non ha attuate speciali provvidenze in favore delle gestanti e delle madri allattanti, può essere più diffuso che altrove il balatico o l'allattamento artificiale del bambino, che consentono una maggiore libertà alle madri di tornare al proprio lavoro e di riprendere l'ordinario guadagno (fonti: c. s., v. prospetto 4).

Reddito medio per abitante dei fabbricati e di ricchezza mobile: sono indici economici di cui è ovvio il significato (fonti: MARIO DE VERGOTTINI, *Concentrazione individuale e distribuzione territoriale del reddito e della ricchezza*, in « Trattato elementare di statistica » diretto da CORRADO GINI, Milano, Antonino Giuffrè editore: v. prospetto 5).

Stato delle case rurali: anche il significato di questo indice è ovvio quando si pensi all'importanza che ha l'ambiente in cui si svolge la gestazione, il parto e la vita del bambino, non solo per la diretta influenza che l'ambiente può avere sulla salute della madre e del bambino, ma anche perchè esso riflette nella maggior parte dei casi lo stato economico della famiglia stessa (fonti: ISTITUTO CENTRALE DI STATISTICA, *Indagini sulle case rurali in Italia*, Roma, Istituto Poligrafico dello Stato, 1934-XII; vedi note a pag. 34 e segg.).

Stato dell'abitazione: il criterio che ha determinato la scelta di questa rilevazione è analogo al precedente: mentre lo stato della case rurali ci offre elementi di giudizio per quella parte di popolazione che vive più o meno sparsa nelle campagne; questo ci offre elementi simili per quella parte di popolazione che vive in comuni aventi un certo volume di popolazione accentrata e che, a seconda dei compartimenti, può essere a carattere prevalentemente agricolo o industriale (fonti: ISTITUTO CENTRALE DI STATISTICA, *Indagini sulle abitazioni al 21 aprile 1931*, anno IX, parte I, testo. Relazione del prof. ALFREDO NICCFORO, Firenze, Stabilimenti grafici A. Vallecchi, 1936-XIV, v. prospetto 6).

Assistenza ospitaliera: non credo possa sfuggire l'importanza di questa caratteristica a designare lo stato di progresso sociale di un dato territorio (fonte: ISTITUTO CENTRALE DI STATISTICA, *Statistica degli ospedali e degli altri Istituti pubblici e privati di assistenza sanitaria ospitaliera nell'anno 1932-XI*, Roma, Istituto Poligrafico dello Stato, Libreria, 1934-XII; v. prospetti 7 e 8).

Si dispongono ora con lo stesso sistema adottato per la graduatoria della mortalità i valori inerenti ai fattori sociali. Ciò darà modo di vedere come essi concordino o discordinino con le graduatorie della mortalità.

Per alcuni di essi quali lo stato delle case rurali e delle abitazioni, per i quali non si hanno valori quantitativi ben definiti, ci si dovrà accontentare di definizioni qualitative che si adattino allo scopo.

Nella tabella 2, per semplificare, è dato che la graduatoria della mortalità feto-infantile, come si è visto, non è sostanzialmente modificata, si è tenuto conto solo della mortalità per il triennio 1933-35.

L'esame della tabella dimostra quanto segue:

In corrispondenza dei compartimenti a mortalità feto-infantile notevolmente superiore alla mediana (+ + +) si ha:

Per la *Lucania*: analfabetismo (+ + +); percentuale delle donne addette all'agricoltura (+ + +); percentuale delle donne addette all'industria (— —); reddito di fabbricati (— —); reddito di ricchezza mobile (— —); case rurali pessime condizioni (1) [v. nota 15].

Case urbane: su 7 comuni 2 avevano una percentuale di abitazioni sovraffollate dal 35 al 40%; 3 dal 50 al 55%; 2 dal 55 al 60%.

Assistenza ospitaliera: percentuale dei comuni con ospedale (— —); la disponibilità dei letti per 10.000 abitanti, nel compartimento (— —); per 10.000 abitanti, nei capoluoghi (— —). Ad una notevole mortalità feto-infantile corrispondono nel massimo grado quasi tutti i fattori presi in esame e che dimostrano uno stato economico notevolmente disagioato, condizioni sociali primitive.

Per le *Puglie*: analfabetismo (+ +); percentuale delle donne addette all'agricoltura (—), all'industria (+ + +); reddito di fabbricati (+ +); di ricchezza mobile (— —); case rurali si potrebbero in complesso definire pessime (vedi nota 14); case urbane: per quanto è dato rilevare dal prospetto 6, non offrono migliori condizioni delle rurali: su 57 comuni solo 4 hanno una percentuale di abitazioni sovraffollate che va dal 25 al 35%; e ben 14 comuni hanno una percentuale che supera il 60%; assistenza ospitaliera: percentuale dei comuni per ospedali (+ +); disponibilità dei letti per 10.000 abitanti del compartimento (— —); per 10.000 abitanti dei capoluoghi (— —).

Anche qui come per la Lucania i fattori sfavorevoli ad una bassa mortalità raggiungono il massimo o ad essi si avvicinano: le migliori condizioni dei redditi di fabbricati sono forse compensate dalle disgraziate condizioni delle abitazioni.

Per la *Sicilia*: analfabetismo (+ + +); scarsissima occupazione delle donne nell'agricoltura (— —); lieve nell'industria (+); scarso reddito di fabbricati (—), ancora più scarso (— —) quello di ricchezza mobile. Case rurali: certamente non buone (vedi nota 17). Case urbane per più della metà con abitazioni sovraffollate, in misura superiore al 40%; assistenza ospitaliera: percentuale dei comuni con ospedali (+ +), letti per 10.000 abitanti del compartimento (—), per 10.000 abitanti dei capoluoghi (—).

(1) L'indagine sulle case rurali contiene oltre ai prospetti numerici sulle case da demolire, abitabili con riparazioni, ecc., le relazioni delle Prefetture dalle quali sono desunte le informazioni riportate nelle note. Le provincie non nominate, non hanno inviato relazione.

In complesso le condizioni non si differenziano notevolmente da quelle delle Puglie.

Passando ai Compartimenti che giacciono all'altro estremo, cioè a quelli con mortalità fetale infantile notevolmente inferiore alla mediana (— — —) si nota:

Per la *Liguria*: analfabetismo (— —); donne addette all'agricoltura (— —), all'industria (+); reddito di fabbricati (++++), di ricchezza mobile (++++). Case rurali in discrete condizioni (vedi nota 2); case urbane; in nessuno dei 7 comuni considerati che racchiudono il 60,3 % della popolazione, le abitazioni sovraffollate superavano il 10 % delle abitazioni; assistenza ospitaliera: percentuale dei comuni con ospedali (+); letti per 10.000 abitanti del Compartimento massimo (++++), per 10.000 abitanti dei capoluoghi di poco (+).

Scarsa ignoranza, adunque, scarso impiego delle donne in agricoltura e appena superiore alla mediana nell'industria, notevole il reddito dei fabbricati e di ricchezza mobile: discrete le condizioni igieniche delle case rurali, ottime quelle delle case urbane, buona l'assistenza ospitaliera.

Per la *Toscana*: analfabetismo (—); donne addette all'agricoltura (+), all'industria (++) , redditi (+). Case rurali generalmente buone (vedi nota 8). Case urbane: un solo comune raggiunge la percentuale massima di case sovraffollate dal 25 al 30%. Assistenza ospitaliera: percentuale dei comuni con ospedali (++++); letti per 10.000 abitanti del compartimento (++++); per 10.000 abitanti dei capoluoghi (++++).

Per il *Veneto*: analfabetismo (— —); donne addette all'agricoltura (+), all'industria (++) ; reddito dei fabbricati (—), di ricchezza mobile (+). Case rurali, complessivamente discrete (vedi nota 5). Case urbane: su 22 comuni, solo 2 avevano una percentuale di case sovraffollate tra il 40 e il 50%.

Assistenza ospitaliera: percentuale dei comuni con ospedali (—); letti per 10.000 abitanti del compartimento (+); per 10.000 abitanti dei capoluoghi (++++).

Passando ad esaminare il gruppo dei Compartimenti con mortalità fetale-infantile discretamente superiore o discretamente inferiore alla mediana (++) si nota come segue:

Per gli *Abruzzi e Molise*: analfabetismo (+); donne addette all'agricoltura (++++); all'industria (— — —); reddito di fabbricati (— — —), di ricchezza mobile (— —); case rurali generalmente in cattive condizioni (vedi nota 12). Case urbane: solo 2 comuni su 12 hanno abitazioni sovraffollate in ragione del 40-45%, gli altri si mantengono fra il 15 e il 30%.

Assistenza ospitaliera: percentuale comuni

con ospedali (— — —); letti per 10.000 abitanti del Compartimento (— — —); per 10.000 abitanti dei capoluoghi (— — —).

Questo stato di cose spiega abbastanza bene la graduatoria del compartimento.

Per la *Campania*: analfabetismo (++) ; percentuale delle donne nell'agricoltura e nell'industria (+); reddito fabbricati (++) , reddito di ricchezza mobile (—).

Case rurali, generalmente in pessime condizioni (vedi nota 13). Case urbane in condizioni non molto diverse.

Assistenza ospitaliera: percentuale comuni con ospedale (— —); letti per 10.000 abitanti del compartimento (— —); per 10.000 abitanti dei capoluoghi (— —).

Dato questo stato di cose può meravigliare il fatto che la Campania non occupi nella graduatoria un posto peggiore.

Per le *Calabrie*: analfabetismo (++++), percentuale delle donne addette all'agricoltura (++++); all'industria (— — —); redditi (— — —). Case rurali in condizioni certamente non buone (vedi nota 16). Case urbane: tutti i comuni hanno una percentuale di abitazioni sovraffollate superiore al 35%.

Assistenza ospitaliera: percentuale comuni con ospedali (— —); letti per 10.000 abitanti del compartimento (— —); per 10.000 abitanti dei capoluoghi (— — —).

Si possono ripetere le considerazioni fatte a proposito della Campania.

Passando ai Compartimenti che hanno una mortalità fetale-infantile discretamente inferiore alla mediana (— —) si nota quanto segue:

Per l'*Emilia*: analfabetismo (—); donne addette all'agricoltura (++) , all'industria (—); reddito fabbricati (+); ricchezza mobile (++) . Case rurali: buone nella pianura e collina, cattive nella zona montana (vedi nota 7). Case urbane: nessun comune ha una percentuale di case sovraffollate superiore al 35%. Assistenza ospitaliera: percentuale comuni con ospedali (++++); letti per 10.000 abitanti del compartimento (+), per 10.000 abitanti dei capoluoghi (+).

Condizioni, adunque, discrete di istruzione, di occupazione delle donne, di reddito, di abitazione.

Per le *Marche*: analfabetismo (+); donne nell'agricoltura (++) , nell'industria (—); reddito fabbricati (— —), di ricchezza mobile (—). Case rurali in condizioni spesso non buone (vedi nota 9). Case urbane: nessun comune ha una percentuale di case sovraffollate superiore al 25%.

Assistenza ospitaliera: percentuale comuni con ospedale (++++); letti per 10.000 abitanti

del compartimento (—); per 10.000 abitanti dei capoluoghi (—).

Le condizioni rilevabili dal grado delle diverse caratteristiche non giustificerebbero la posizione discretamente favorevole delle Marche per la mortalità feto infantile: forse le zone in cattive condizioni igieniche specie nei riguardi delle abitazioni comprendono una parte non molto notevole di popolazione.

Per il *Piemonte*: analfabetismo (— — —); scarsa la percentuale delle donne addette all'agricoltura (— —); notevole quella delle addette all'industria (+ + +); discreti i redditi (+ +). Case rurali in condizioni scadenti nelle zone montane, discrete in pianura (vedi nota 1).

Case urbane: nessun comune supera il 25% delle abitazioni sovraffollate.

Assistenza ospitaliera: percentuale comuni con ospedali (+); letti per 10.000 abitanti del compartimento (+ +); letti per 10.000 abitanti dei capoluoghi (+ +).

L'analfabetismo, le buone condizioni economiche, lo stato delle abitazioni spiega a sufficienza il posto che il Piemonte occupa nella graduatoria: ci sarebbe anzi da attendere che esso ne occupasse uno migliore: può ciò dipendere dall'alta percentuale delle donne addette all'industria? E' una risposta difficile a darsi.

Trascuriamo per brevità l'esame dei Compartimenti che si trovano nella zona intermedia. Sia consentito di fare una eccezione per la Lombardia.

Nei riguardi della mortalità infantile le provincie della Lombardia si possono distinguere in 4 gruppi: a mortalità infantile bassa: Pavia (74,9 per 1000 nati vivi), Varese (93,7), Mantova (94,3); media: Cremona (117,6), Sondrio (121,3), Milano (126,4); alta: Brescia (145,5), Como (149,0); altissima mortalità: Bergamo (206,0).

Distribuzione percentuale della popolazione nelle regioni agrarie:

PROVINCIE	REGIONI AGRARIE		
	montagna	collina	pianura
Pavia	4,6	16,0	79,4
Varese	15,0	44,1	40,9
Mantova	—	6,0	94,0
Cremona	—	—	100,0
Sondrio	100,0	—	—
Milano	—	2,7	97,3
Brescia	23,5	38,5	38,0
Como	35,8	7,9	56,3
Bergamo	27,5	35,0	37,5

Nei riguardi della distribuzione della popolazione nelle regioni agrarie, si nota che le provincie a bassa mortalità infantile hanno una scarsa quota di popolazione vivente nella regione di montagna. Tale caratteristica appartiene anche

alle provincie a media mortalità infantile, eccettuata Sondrio che al contrario si estende per la sua totalità in regione di montagna.

Le provincie ad alta mortalità hanno una distribuzione di popolazione nella regione di montagna piuttosto elevata, massima per Como che però ha una scarsa quota di popolazione nella regione di collina.

Bergamo ad altissima mortalità infantile ha più di un quarto della popolazione in montagna ed il resto distribuita pressoché in parti uguali fra la collina e la pianura.

Nei riguardi delle attività prevalenti delle provincie a bassa mortalità infantile, Pavia e Mantova sono a carattere prevalentemente agricolo. Varese, invece, industriale; di quelle a media mortalità infantile: Sondrio, Cremona, Milano si possono considerare a carattere prevalentemente agricolo, escludendo, sintende, il comune di Milano; di quelle ad alta mortalità infantile — Brescia e Como — l'una è a carattere prevalentemente industriale, l'altra agricolo, infine, Bergamo è prevalentemente industriale.

Non sembra che le caratteristiche: distribuzione territoriale della popolazione nelle regioni di montagna, collina e pianura e prevalenza delle occupazioni agricole o industriali possano, prese da sole, illuminare sulle cause della mortalità infantile, ma se ad esse si unisce qualche altra notizia di carattere economico e se si terrà conto di quanto risulta nelle note circa le case rurali, forse qualche maggiore elemento di giudizio potrà formarsi.

Nei fascicoli provinciali del Catasto agrario sono contenute altre notizie che possono illuminarci. Si è detto che le provincie a bassa ed a media mortalità infantile hanno una scarsa quota di popolazione nella regione di montagna: fa eccezione Sondrio. Per questa però è detto che l'economia agraria è prevalentemente silvo-pastorale, con notevole esportazione di capi bovini, con fiorente industria del latte, con produzione di pregiati formaggi e burro. Per le case rurali è detto: l'indagine statistica sull'abitabilità delle case rurali ha sufficientemente messo in rilievo le migliorate condizioni di vita dell'alpignano, nell'ultimo decennio. Alle primitive case di montagna (baite) costruite in legno o scavate nella roccia, si sono sostituite, negli ultimi anni, le case in muratura aventi più spazio, più aria, più luce. Queste ultime però sorgono a valle e sono dovute appunto all'esodo della popolazione dalla montagna, spinta al basso dal desiderio di un più facile lavoro e di un maggior guadagno.

Economicamente parlando, adunque, sembra che l'eccezione abbia il suo motivo di essere, tanto più che per le tre provincie con quote notevoli di popolazione nella regione di montagna, Brescia, Como e Bergamo, ad alta ed altissima mor-

talità infantile, nessuna simile notizia si riscontra nè nel Catasto agrario nè nella indagine sulle case rurali, anzi si nota, per Brescia, un certo affollamento nelle abitazioni delle zone montane che devono essere considerate, in linea generale, le più povere; per Como, una notevole partecipazione delle donne all'agricoltura, un estremo frazionamento della proprietà terriera, un abbandono dell'attività agricola per l'industria; per Bergamo, le brevi note che sono riportate sulle case rurali di questa provincia e che rappresentano solo una parte di quanto è detto nella relazione, possono spiegare le non liete condizioni di vita di gran parte della popolazione.

In contrapposto a queste, si veda qualche notizia per le condizioni delle provincie a bassa e media mortalità. Pavia: è fra le provincie che vantano l'economia agraria più progredita; condizioni generali delle case rurali abbastanza buone; Varese: fisionomia prevalentemente industriale, case da demolire in numero scarso. Costruzioni di acquedotti che fanno diminuire gli inconvenienti igienici; Mantova: agricoltura assai progredita: case rurali, tranne qualche lieve eccezione, in condizioni igieniche discrete; di Sondrio si è già parlato; Cremona: unica regione di pianura, con carattere prevalentemente agricolo, e molto progredito, case rurali tutte in muratura, per le quali i maggiori appunti sono quelli riportati nelle note; Milano, escluso il capoluogo, prevalentemente agricola, patrimonio zootecnico ingente, agricoltura notevolmente progredita.

A questo commento destinato a portare qual-

che luce sulla posizione eccezionale della Lombardia in fatto di mortalità infantile, posizione eccezionale già notata da altri, per altri indici vitali (cfr. LIVIO LIVI, *La vita media, la vita probabile e la vita normale secondo le ultime tavole di mortalità della popolazione italiana*, «Economia», n. 5, maggio 1932), sia lecito aggiungere un altro dato statistico con valore puramente indicativo e di grande approssimazione.

Per gli anni dal 1927 al 1930 sono state pubblicate nei volumi sul movimento della popolazione dell'Istituto Centrale di Statistica dati sui morti nel primo anno di vita e sul genere di allattamento dei bambini.

Nessun quoziente specifico di mortalità è possibile stabilire fra il numero dei morti in relazione al sistema di allattamento, perchè è ignoto il numero dei viventi che erano allevati con quel dato sistema, però è lecito pensare che se si classificano le schede di morte secondo le notizie sull'allattamento, la frequenza con la quale risultano i diversi modi di allattamento può essere un indice della diversa frequenza con la quale i bambini sono allevati. Se, ad esempio, su 100 casi di morte risulta per il Compartimento A una percentuale di allattati artificialmente superiore a quella del Compartimento B è lecito pensare, sia pure con ogni riserva, che nel Compartimento A l'allattamento artificiale è più diffuso che in B.

La graduatoria dei Compartimenti in base alla percentuale dei bambini morti nel primo anno di vita, nel 1927, e che erano stati allevati al seno *non materno* o artificialmente è la seguente:

1	Piemonte	17,1	7	Umbria	9,9	13	Abruzzi e Molise	5,4
2	Lombardia	15,9	8	Liguria	9,9	14	Puglie	4,7
3	Venezia Tridentina	14,8	9	Lazio	8,7	15	Calabrie	4,3
4	Veneto	14,4	10	Venezia Giulia e Zara	8,0	16	Sardegna	4,3
5	Emilia	10,6	11	Marche	7,6	17	Lucania	4,1
6	Toscana	10,5	12	Campania	6,7	18	Sicilia	3,2
							REGNO	9,1

In questa graduatoria la Lombardia è al secondo posto.

E' difficile poter dimostrare che il rovesciamento della situazione nella mortalità nei vari periodi di vita, che è stato già notato per la Lombardia (che cioè da una minima mortalità antenatale si passa gradatamente ad un peggioramento di essa nei periodi successivi) possa dipendere dall'alta frequenza degli allattati artificialmente o al seno non materno, ma è lecito presumerlo tanto più che un simile fenomeno si

nota in misura molto meno accentuata anche nel Piemonte, nella Venezia Tridentina e nel Veneto.

Il breve tempo concessomi per lo studio di un problema di così grande importanza mi ha consentito solo di dare uno sguardo d'insieme ad alcuni aspetti di esso. Da questo sguardo d'insieme sembra, tuttavia possano trarsi tre conclusioni principali:

1) la mortalità infantile è tanto più alta quanto più alto è il disagio economico della po-

polazione, quanto più primitive sono le condizioni di istruzione, di lavoro, di abitazione, di assistenza sociale;

2) che tali condizioni si riflettono più sulla mortalità successiva alla ante-neo-natale che su questa;

3) che sovente uno sguardo d'insieme ha un valore segnaletico; sovente, invece, nasconde al ricercatore quello che può costituire la caratteristica del fenomeno, perchè, in uno sguardo d'insieme, molte punte e molti avvallamenti si livellano. Sembrerebbe, per ciò, logico concludere anche sulla necessità di estendere in tutti i punti d'Italia le provvidenze che in questa Mostra luminosamente risplendono, ricercandoli anche a mezzo di indagini territoriali sempre più circoscritte, così come, assennatamente, dice il Giusti (1), insistendo sulla necessità di discendere nello studio dei fatti demografici fino alle minori unità statistiche, ed affermando che questa analisi minuta, quando non si perdano di vista le concrete circostanze nelle quali i fenomeni avvengano, non menoma affatto il valore d'ordine generale delle eventuali connessioni che potessero apparire fra fenomeni di differente natura.

NOTE

(1) **PIEMONTE.** — *Alessandria*: Nei comuni alpstri si presentano spesso il fenomeno dell'affollamento e della promiscuità: complessivamente le abitazioni del contadino presentano qualche deficienza. — *Aosta*: L'abbondanza dell'acqua e la salubrità del clima sono ottimi correttivi alle condizioni igienico-edilizie non buone. Lo stato delle case rurali in pianura è prevalentemente buono. — *Cuneo*: Nelle zone montane e nell'interno delle valli le condizioni di abitabilità delle case rurali lasciano abbastanza a desiderare per poco meno della metà di esse. — *Novara*: Stato relativamente buono di abitabilità nei centri rurali. — *Torino*: Soddisfacente lo stato delle abitazioni di pianura e della collina e nella montagna condizioni di abitabilità scadenti. Interi borghi sono in completo abbandono.

(2) **LIGURIA.** — *Genova*: Condizioni generali per molti Comuni della Provincia soddisfacenti; solo in pochi comuni, eccessivo affollamento delle abitazioni. — *Imperia*: La percentuale di case rurali abitabili senza riparazioni è di circa il 70%. Condizioni scadenti nelle zone montane.

(3) **LOMBARDIA.** — *Bergamo*: Condizioni molto disagiate in confronto dell'eccessivo affollamento degli abitanti, anche dovuto al fatto che i lavoratori dell'industria preferiscono, per ragioni economiche, di restare nelle cascine di campagna anziché abitare in prossimità degli stabilimenti. Ne risulta un affollamento negli ambienti, promiscuità di sesso, di condizioni sociali e di abitudini. — *Brescia*: Un certo affollamento si ha solo nelle abitazioni delle zone montane della Provincia che devono essere considerate in linea generale le più povere. — *Como*: Conclusioni abbastanza soddisfacenti circa il quadro generale della abitabilità e delle condizioni delle

case rurali. — *Cremona*: I maggiori appunti si riferiscono ad un'insufficiente quantità e capacità delle case rurali, all'umidità dei pianterreni e cattive condizioni dei pavimenti e deficiente aereazione degli ambienti. — *Mantova*: Tranne qualche lieve eccezione le condizioni generali di abitabilità delle case rurali sono discrete. Le case presentano quasi tutti ambienti sufficienti a consentire la separazione di sesso e di età fra gli abitanti. Deficienti l'approvvigionamento idrico e le fognature. — *Milano*: Le case rurali si trovano in condizioni igieniche discrete. In pochissimi Comuni si rileva eccessivo agglomeramento nelle case. L'alta percentuale delle case abitabili senza riparazioni trova la sua spiegazione essenziale nelle condizioni di relativa prosperità economica. — *Pavia*: Le condizioni generali possono dirsi abbastanza buone. Le case di condizioni peggiori si trovano nei piccoli Comuni di montagna, ma non sono in numero rilevante. — *Sondrio*: Le disagiate condizioni finanziarie degli agricoltori e dei piccoli proprietari di montagna fanno sì che i vani costruiti o presi in affitto siano sfruttati al massimo nello spazio: è perciò frequente il caso di più persone che dormono in una stessa camera e non è raro la promiscuità di uomini, donne e fanciulli. — *Varese*: Le case da demolire sono in numero scarso. In molte case vi sono latrine non rispondenti alle norme igieniche. Con le costruzioni di acquedotti nella maggior parte dei Comuni della Provincia, tali inconvenienti igienici vanno notevolmente diminuendo.

(4) **VENEZIA TRIDENTINA.** — *Bolzano*: Le case rurali sono nella quasi totalità abitabili ben tenute e pulite. — *Trento*: Le case rurali sono in grande maggioranza abitabili, le condizioni più sfavorevoli di abitabilità si riscontrano nelle case dei piccoli centri rurali abitati dalla parte più indigente della popolazione costituita da famiglie spesso assai numerose, con affollamento e promiscuità di persone nei singoli locali. L'80% dei Comuni sono forniti di buona e abbondante acqua potabile con acquedotti. Negli altri Comuni si sta provvedendo.

(5) **VENETO.** — *Belluno*: Le case non abitabili non sono molte in confronto al totale, ma le altre lasciano molto a desiderare sia per la promiscuità con immediato contatto dei locali ad uso di abitazione con la stalla sia per altre deficienze igieniche. — *Padova*: La massima parte delle case sono piccole e inadeguate al numero dei rurali, ciò che determina un eccessivo affollamento. I pavimenti sono in terra battuta; l'acqua è scarsa e in genere di cattiva qualità. — *Rovigo*: Prevalentemente abitazioni senza bisogno di riparazioni. Generalmente insufficienti in confronto al numero delle persone che ospitano; eccessivo affollamento dei fabbricati rurali che è dovuto alle attuali angustie economiche. In qualche zona vi sono case costruite in canna che non offrono alcuna garanzia per la salute degli abitanti. — *Treviso*: In questa popolazione sono sufficientemente sviluppati il criterio igienico e il sentimento morale. — *Udine*: In 60 Comuni non vi sono case insabitabili ed altri 52 ne hanno da 1 ad un massimo di 9. In complesso l'abitato rurale risulta costituito da case in muratura in buone condizioni. — *Venezia*: Il numero delle case è inadeguato alla popolazione rurale, quindi affollamento, molte case coloniche sono state rinnovate e sono in buone condizioni. Una forte percentuale di case rurali si trova in cattive condizioni igienico-edilizie. — *Verona*: Nella massima parte delle case rurali non sono frequenti gli affollamenti. Mancano spesso gli impianti igienici e l'acqua potabile. — *Vicenza*: Condizioni molto buone.

(6) **VENEZIA GIULIA e ZARA.** — *Fiume*: Il numero dei vani non è sufficiente al numero delle persone che vi abitano. Dal lato igienico le case dei rurali lasciano molto a desiderare. — *Gorizia*: Le condizioni di abitabilità delle case rurali si mantengono ad un livello relativamente alto. — *Pola*: Generalmente non buone. —

(1) Cfr. Uco Giusti, *Aspetti territoriali del movimento demografico italiano dal 1930 al 1936*, in «Giornale degli Economisti e Rivista di statistica», aprile 1937-XV.

Trieste: Condizioni buone. — **Zara:** Condizioni deplorabili.

(7) **EMILIA.** — **Bologna:** Non poche case con eccessivo affollamento delle camere da letto. — **Ferrara:** In parecchie abitazioni specialmente di operai terrieri vi è promiscuità di persone. Dall'insieme dei dati la maggior parte delle case è in discrete condizioni igienico-statiche. — **Forlì:** In tutti i comuni si lamentano gli inconvenienti dell'affollamento. — **Modena:** Condizioni non buone nella regione montana, di gran lunga migliore in pianura. Promiscuità nelle case abitate dai braccianti agricoli. — **Parma:** Le condizioni economiche e sociali in pianura sono più floride di quelle della montagna e ciò si riflette sullo stato delle abitazioni. Solo nelle case da demolire notasi promiscuità. — **Piacenza:** Condizioni igieniche in genere mediocri; quasi generalmente le case sono affollate. — **Ravenna:** L'affollamento delle abitazioni in ogni ambiente si verifica in pochi Comuni. — **Reggio nell'Emilia:** La percentuale delle case rurali abitabili senza riparazioni è all'incirca del 70 % in pianura e in collina, mentre nella zona montana si aggira intorno al 30 %. Le abitazioni nei Comuni di montagna sono antigieniche. Più persone abitano in un medesimo locale senza distinzione di sesso e di età.

(8) **TOSCANA.** — **Arezzo:** Le condizioni igienico-edilizie e tecnico-edilizie in linea di massima e per la maggior parte delle case rurali sono discrete. — **Firenze:** Condizioni di abitabilità delle case soddisfacenti. Non vi è da lamentarsi dell'eccessivo affollamento. — **Grosseto:** Nelle case dei coloni notasi affollamento. — **Livorno:** Le abitazioni rurali sono in discrete condizioni igieniche ed edilizie. — **Lucca:** Il numero delle case da demolire risulta assai basso. — **Pisa:** Le case dichiarate non abitabili appartengono a piccoli aggregati edilizi abitati da famiglie di operai agricoli e braccianti. In molti casi esiste promiscuità ed affollamento. — **Pistoia:** In alcuni comuni eccessivo affollamento.

(9) **MARCHE.** — **Ancona:** Non si hanno a lamentare degli inconvenienti relativi alla promiscuità della convivenza nello stesso letto di uomini e donne. — **Ascoli Piceno:** Affollamento in molti Comuni specialmente della montagna. — **Macerata:** In più della metà delle case rurali si verifica affollamento di persone. — **Pesaro Urbino:** Le case degli alti colli e della montagna sono deficitarie dal punto di vista igienico nella grande maggioranza.

(10) **UMBRIA.** — **Perugia:** Deficiente l'approvvigionamento idrico; la grande maggioranza delle case è in buone condizioni di abitabilità. — **Terni:** Le condizioni generali di abitabilità sono discrete. In qualche caso promiscuità.

(11) **LAZIO.** — **Frosinone:** E' frequente l'insufficienza degli ambienti rispetto al numero delle persone. Le case rurali sparse in campagna sono in condizioni migliori di quelle dei centri abitati. — **Rieti:** La capienza dei locali in rapporto alle persone è assolutamente insufficiente. Generalmente le case sono malsane, poco ampie, con finestre piccole ed ambienti assai ridotti. — **Roma:** Condizioni buone. — **Viterbo:** La maggior parte della popolazione rurale vive in miserevoli catapecchie di costruzione antichissima. In molti casi eccessivo affollamento.

(12) **ABRUZZI E MOLISE.** — **Aquila degli Abruzzi:** Le case sono quasi tutte anguste e sovraffollate. Lo stato di pulizia generale è deficientissimo. — **Chieti:** Le case della montagna si trovano in condizioni anti-gieniche allarmanti, quelle in campagna sono in migliori condizioni. — **Pescara:** Frequenti affollamenti. Le case rurali presentano notevoli deficienze igieniche ed edilizie. — **Teramo:** Quasi tutte le case rurali sono molto affollate.

(13) **CAMPANIA.** — **Avellino:** La maggior parte della popolazione rurale abita in centri urbani. Le case rurali

sono insufficienti per numero. Le case coloniche nella misura del 60 % non rispondono alle norme dell'edilizia, dell'igiene e della moralità. — **Benevento:** Le case rurali prese in considerazione sono quelle situate in campagna ed offrono un eccessivo affollamento e deficienza del rifornimento idrico. — **Napoli:** In moltissimi casi si riscontrano tutti gli inconvenienti provocati dalla ristrettezza degli ambienti. — **Salerno:** La maggior parte dei centri abitati dato il prevalente carattere agricolo di essi è costituita da case le quali, dal punto di vista igienico-edilizio e tecnico-edilizio, sono inabitabili.

(14) **PUGLIE.** — **Bari:** I contadini hanno quasi tutti la loro abitazione nei centri urbani. Sulle Murge vi sono grotte che si presentano inabitabili per quanto in gran parte abitate. — **Brindisi:** Alla ristrettezza dei locali si aggiunge il fatto che nella Provincia le famiglie rurali sono tutte numerose donde eccessivo agglomeramento di persone. Deficienza dell'approvvigionamento idrico. — **Foggia:** Le case abitate dai contadini sono in massima parte anti-gieniche. — **Lecce:** La massima parte delle case rurali sono nel centro abitato. Le case sparse nella campagna sono in condizioni anti-gieniche gravi.

(15) **LUCANIA.** — **Matera:** Le case rurali sono per la maggior parte nei centri abitati e non rispondono affatto ai necessari requisiti igienico-edilizi. — **Potenza:** La popolazione rurale è quasi tutta raccolta nei centri abitati. Il fenomeno più accentuato nel Capoluogo in cui l'abitazione dei contadini è fra le peggiori della Provincia e ove qualche volta le stesse case composte di un solo ambiente ospitano due famiglie estranee.

(16) **CALABRIE.** — **Catanzaro:** Generalmente è notevole l'addensamento delle persone nelle case rurali. Condizioni igieniche non buone. Il numero delle case inabitabili da demolire è rilevante. — **Cosenza:** Appare notevole il numero delle case bisognose di spese e grandi riparazioni. Però non vi è acceno delle condizioni igieniche. — **Reggio di Calabria:** Eccessivo affollamento. Le case rurali lasciano molto a desiderare, sia dal punto di vista tecnico che da quello igienico e sociale.

(17) **SICILIA.** — **Agrigento:** Le case rurali sono quasi tutte nel centro urbano. — **Caltanissetta:** Le case coloniche spesso nella campagna sono rare e in cattive condizioni. — **Catania:** Affollamento degli abitanti nella quasi generalità dei Comuni. Promiscuità dei locali ad uso abitazione e servizi rurali. — **Enna:** La maggior parte dei rurali vive in aggregati di case. E' frequentissima la coabitazione di uomini ed animali da lavoro. Nei riguardi igienici lasciano molto a desiderare. — **Messina:** La massima parte dei rurali abita casette anguste e lasciano assai a desiderare dal punto di vista igienico-edilizio. — **Palermo:** Le condizioni generali dal punto di vista igienico-edilizio sono discrete. In qualche caso promiscuità di persone e di animali. — **Ragusa:** Limitato eccessivo affollamento degli abitanti e deficienza dell'approvvigionamento idrico. Le case rurali rispondono scarsamente alle esigenze igieniche. — **Siracusa:** Discrete condizioni dal punto di vista tecnico-edilizio. Analogamente non può dirsi nei riguardi igienico-edilizi, con promiscuità degli abitanti. In discrete condizioni dal punto di vista igienico-edilizio sono le case rurali site nel territorio dei Comuni a più elevata popolazione. — **Trapani:** La popolazione rurale vive nei centri urbani. Dal punto di vista igienico-sanitario si nota promiscuità degli ambienti ed affollamento del vano o dei vani durante i periodi del raccolto.

(18) **SARDEGNA.** — **Cagliari:** Le condizioni igieniche delle case abitate dai rurali lasciano molto a desiderare. — **Nuoro:** I rurali abitano accentrati e nei vari Comuni esiste la depauperante e desolante necessità di recarsi dal paese al lavoro in campagna. — **Sassari:** Le famiglie contadine vivono per lo più in un unico ambiente o al massimo in due e ciò si verifica anche nei centri urbani.



