

Mortalità per genere e salute riproduttiva: il percorso italiano tra Ottocento e Novecento

AURORA ANGELI, SILVANA SALVINI

1. Introduzione: differenze di mortalità per sesso nell'Europa dei secoli passati. Nella totalità dei paesi industrializzati e nella maggior parte dei paesi in via di sviluppo una delle caratteristiche di fondo della mortalità riguarda il vantaggio della popolazione femminile, in termini sia di speranza di vita alla nascita, sia di minori rischi di morte per età. Ma non è stato sempre così, come è noto. Se nel corso del XVIII e del XIX secolo la durata della vita risulta più o meno la stessa per i due sessi, pur nella grande varietà presentata dai diversi stati europei, si tratta di una media che vede le adolescenti e le giovani donne generalmente sfavorite nei confronti dei loro coetanei maschi (Vallin 1991; Houdaille 1992). Infatti la supermortalità femminile, tipica di alcune fasce di età fino ai primi decenni di questo secolo, è stata rilevata per molte popolazioni dei paesi occidentali e le sue cause a lungo dibattute.

Se si considerano solo i livelli complessivi della speranza di vita dell'Inghilterra nel XVIII secolo emergono differenze di sopravvivenza a favore delle donne; in realtà dal momento in cui la registrazione degli atti di Stato Civile dei decessi nel XIX secolo consente il calcolo dei tassi di mortalità specifici per età, si rileva che in alcune classi – quelle giovanili e centrali – la mortalità femminile supera quella maschile. Così è emerso anche in Francia, dove nell'Ottocento si è riscontrato un eccesso di mortalità femminile fra i 5 e i 45 anni, attribuito alle condizioni sfavorevoli in cui versavano le donne in particolare nell'adolescenza e nel periodo fecondo. Al migliorare delle condizioni di vita e di quelle sanitarie, infatti, gli svantaggi paiono diminuire. Inoltre, nel periodo dell'industrializzazione, la mortalità maschile tende a essere sempre più influenzata da uno stile di vita che comporta maggiori fattori di rischio per gli uomini: consumo di alcool e di tabacco, incidenti sul lavoro, ecc. Il vero e proprio trend dell'inversione da supermortalità femminile a supermortalità maschile in età adulta si accentua negli anni della prima guerra mondiale, ma il fenomeno è avvertibile già a partire dal 1877-81 (Tabutin, Willems 1994; Vallin 1991). Analisi recenti riferite al Canada (Andreev 2000) hanno evidenziato, nelle età tra 20 e 40 anni, livelli dei rischi di morte più elevati per la popolazione femminile per il periodo antecedente al 1940.

In Italia, per tutto il XIX secolo¹ e ancora nella prima parte del XX, si assiste al perdurare di modelli diversificati della mortalità per sesso, spesso con l'evidenza di rischi di morte più alti per le donne in età giovanile e riproduttiva, ma con grandi diversificazioni a livello territoriale oltre che per età. Il rapporto tra i tassi di mortalità maschili e femminili varia dunque con il tempo e con l'età: ad esempio, mentre per il primo anno di vita il rapporto si mantiene costantemente al di sopra di 100

con una lieve tendenza crescente, manifestando un chiaro svantaggio dei bambini rispetto alle bambine, le variazioni nelle età successive sono più marcate: nel periodo 1887-1940, da un eccesso di mortalità femminile si passa ad un evidente svantaggio maschile (Perrenoud 1998; Pinnelli, Mancini 1997).

La spiegazione delle disuguaglianze di fronte alla morte coinvolge fattori sia biologici sia culturali (Federici 1950). Un primo approccio teorico sostiene che, poiché l'aumento del reddito pro-capite e la diffusione di condizioni di benessere conducono a migliori standard nutritivi, anche le classi sociali meno favorite divengono più resistenti alle malattie. Una teoria alternativa afferma che il fattore chiave è invece rappresentato dal crescere degli investimenti nel campo della sanità pubblica, che fanno aumentare la durata della vita attraverso la riduzione dei livelli di esposizione ai rischi di malattia e di morte (Johansson 1991). Queste spiegazioni non paiono tuttavia adattarsi al problema della evoluzione delle differenze di mortalità per genere: dal momento che i bambini e gli uomini non sono certo nutriti e assistiti in modo peggiore rispetto alle bambine e alle donne, e che entrambi i sessi traggono pari beneficio dalla diffusione delle misure di sanità pubblica, non sorprende che nessuna delle due teorie riesca a rendere conto del fatto che nel mondo occidentale le donne abbiano accumulato, nel corso del XX secolo, un vantaggio di longevità sempre maggiore, pur essendo la loro situazione ancora nei primi decenni del Novecento assai svantaggiata almeno per certe classi di età.

Sulla base delle due teorie ('biologica' e 'culturale') sopra accennate, le spiegazioni di tipo biologico della supermortalità femminile si rifanno agli elevatissimi livelli della mortalità materna, legata alle gravidanze e al parto, ma non riescono a spiegare il rialzo che precede l'età riproduttiva. Le spiegazioni di tipo ambientale e socio-economico invece attribuiscono l'eccesso di mortalità femminile ad alcune cause di morte, quali la tubercolosi, che colpiscono maggiormente il sesso femminile nelle età giovani-adulte. Di fatto, a causa di una qualità della vita peggiore, le donne risultavano più esposte, e/o meno resistenti, a certe forme di rischi ambientali (case anguste e mal aerate, lavori pesanti in fabbrica ecc.) che favorivano la tubercolosi (Sori 1984), fra le malattie infettive quella con il più alto quoziente di mortalità fino a metà del XX secolo. L'eccesso di mortalità femminile nel XIX secolo potrebbe essere interpretato come una conseguenza naturale del fatto che la maggior parte delle donne aveva una minore istruzione, minori opportunità di lavoro, minor reddito, minore sicurezza e, di conseguenza, minore protezione rispetto a questa malattia che quindi andava aggiungendosi, interagendo, alla mortalità materna nel determinare la supermortalità femminile.

La mortalità materna viene ancora ricordata, seppure indirettamente, quando fra le cause della supermortalità femminile si fa riferimento alla diffusione del rachitismo², che implica problemi durante il travaglio e il parto. Questa deformazione è principalmente dovuta a pratiche tradizionali di puericultura, quali la mancanza di vita all'aria aperta e al sole per paura del freddo e delle 'correnti d'aria' e all'abitudine di fasciare strettamente i neonati per i primi sei mesi di vita (Shorter 1982). Nel XIX secolo, quando vengono abbandonate le pratiche più antiquate nell'allevamento dei figli, il rachitismo diventa una malattia tipica dell'ambiente urbano, conseguenza delle giornate passate in fabbrica, a scuola e in città in cui fumo e

fuliggine impediscono il passaggio dei raggi del sole (Bock 1992; Scott 1991). Ancora agli inizi del Novecento, quote variabili dal 40 all'80% dei bambini visitati a Berlino, Londra e Dortmund risultano affetti da rachitismo. A Firenze, su 8.000 parti verificatisi tra il 1883 e il 1895, il 18% presentavano problemi legati a deformità pelviche della donna. È evidente che le condizioni di vita particolarmente severe presso i ceti meno abbienti ne favorivano la diffusione differenziale (Corsini, Viazzo 1997; Shorter 1982).

2. Maternità e salute nella cultura italiana e europea. Nell'ambito delle teorie interpretative della supermortalità femminile, quindi, sia la spiegazione biologica (mortalità per parto) sia quella socio-culturale (tubercolosi, rachitismo e, come vedremo più avanti, pellagra) sono verosimili e le due componenti interagiscono fra loro, nel senso che quanto più l'organismo può essere debilitato dalle cattive condizioni ambientali, tanto più appare soggetto a gravidanze difficoltose, a loro volta causa di un maggior rischio di contrarre la malattia. Gli uomini appaiono così due volte favoriti: dal fatto biologico, perché la gravidanza e il parto nei tempi passati rappresentano un fattore di rischio di per sé, e da quello ambientale, perché quello maschile è il genere favorito in termini di benessere e questo rende gli uomini più protetti dal rischio di quelle malattie, come la tubercolosi, che invece aggrediscono maggiormente il gruppo svantaggiato (le donne). D'altra parte, altre patologie, come la malaria, sembrano invece colpire maggiormente gli uomini e possono spiegare, almeno in parte, la supermortalità maschile osservabile in certi contesti.

Nei secoli passati il ricorso al medico avviene quasi sempre con molta riluttanza se non addirittura dopo che si sono tentate altre strade, anche per malattie molto diffuse e gravi, comprese il colera, la polmonite e la tubercolosi (Sorcinelli 1986). In questo quadro, l'indifferenza verso le malattie tipicamente femminili e dell'infanzia ha a lungo caratterizzato sia le relazioni sociali sia le relazioni all'interno della coppia e della famiglia (Lynch, Lee 1998). Il disinteresse degli uomini per la salute fisica delle donne è particolarmente evidente al momento del parto. Il parto era un avvenimento specifico delle donne, da relegare alla cultura femminile; la principale preoccupazione del marito era spesso quella di vedere nascere un erede maschio vivo (Shorter 1982). Secondo i commentatori dei secoli scorsi, negli strati più poveri della popolazione l'atteggiamento di disinteresse verso le donne incinte e anche verso i neonati rappresentava la norma comportamentale dominante e nelle classi popolari era diffusa l'opinione che per le donne e i fanciulli bastassero i consigli delle comari (Cosmacini 1988).

Questi atteggiamenti sono durati a lungo, anche se già dalla seconda metà del Settecento si assiste ad un progressivo mutamento dell'importanza della maternità. Sul piano sociale la funzione materna risulta enfatizzata dalla rilevanza pubblica che acquista il 'non nato': il feto diventa persona e cittadino. Ne derivano una nuova rappresentazione del feto, gli interventi a difesa della vita fetale e materna, la definizione di una nuova deontologia medica e la promozione di nuove pratiche ostetriche. Sono anche gli anni in cui, per così dire, 'nascono le professioni', causa ed effetto stesso dei mutamenti sociali in atto, ed in particolare si afferma la professione del medico (Carpanetto 1997; Detti 1993; Musi 1997). Fra le prime iniziative

conseguenti a questi mutamenti, si può ricordare l'insieme delle leggi che impongono il taglio cesareo delle donne incinte defunte. Nel 1749 viene promulgata in Sicilia la *Nuova Prammatica del taglio cesareo e dell'aborto* e questo esempio viene seguito negli anni successivi da numerosi paesi. In questo contesto la repressione dell'aborto volontario si fa più forte (Triolo 1995).

Alle misure punitive si affiancano tuttavia iniziative di prevenzione che influenzano profondamente le circostanze sanitarie nelle quali si verificano i parti, come la creazione degli ospizi per partorienti che vengono aperti fra la fine del Settecento e l'inizio dell'Ottocento e che hanno avuto il merito di addestrare levatrici e ostetriche con la promozione di pratiche mediche che vanno a modificare profondamente la scena del parto (Schiavoni 1995). Nel quadro di numerose strutture, un esempio tipico è rappresentato dal Conservatorio di Orbatello, istituito alla metà del Settecento a Firenze. Questa struttura rappresenta un'esperienza importante a favore delle madri illegittime che possono così partorire segretamente, protette da una rigida struttura assistenziale femminile, come d'altra parte l'etica del tempo impone. I neonati vengono quindi trasferiti agli Innocenti dove poi possono essere accolte anche le madri come balie. Proprio in Orbatello nel 1763 fu fondata la prima scuola fiorentina di ostetricia, solo in seguito spostata all'ospedale di S. Maria Nuova (Carrara 1999).

Non sempre gli interventi in materia di salute hanno avuto risvolti positivi. Alla fine del XVIII secolo vengono messe in pratica due tecniche innovative: il parto prematuro provocato e il taglio cesareo. Le conseguenze sono del tutto nefaste: se la pratica del parto prematuro provocato si dimostra ben presto largamente letale per il bambino, quella del taglio cesareo risulta tale per la donna, con indici di mortalità materna molto elevati. I livelli complessivi della mortalità rivelano il problema implicito nelle due operazioni: quello della scelta tra la vita della madre e del bambino e delle priorità da assegnare all'una o all'altro nei casi di maggior rischio. Negli anni successivi il dilemma si risolve e la scelta si farà a favore del bambino. Le motivazioni che inducono i medici a privilegiare il taglio cesareo (e quindi il figlio a danno della madre) sono di diversa natura ma tutte hanno per risultato quello di aumentare i rischi della mortalità materna.

Nonostante queste innovazioni introdotte dalla classe medica, nelle famiglie più povere, nelle quali il lavoro delle gestanti non può essere interrotto nemmeno dal parto e dal puerperio e la salute dei neonati viene trattata con indifferenza, la scarsa assistenza ostetrica contribuisce al permanere, ancora a metà dell'Ottocento, di una elevata mortalità per parto (Cosmacini 1988). Solo per poche realtà è possibile ricostruire un andamento temporale affidabile per la mortalità legata alla gravidanza e al parto, ma i riferimenti riportati in letteratura e le stime derivanti da fonti, realtà e tempi diversi (tab. 1) ci suggeriscono solo la considerazione che l'esperienza del parto, frequente e ravvicinato, rappresentava per tutte le donne, anche per quelle delle classi più agiate, un peso ed un importante fattore di rischio. Per molte donne fino alla fine del XVIII secolo, e in diverse realtà anche dopo, un parto difficile significava la morte (King 1991). Nella prima metà del XVIII secolo, le stime per Francia, Inghilterra e Svezia indicano livelli vicini di mortalità materna, di 11-12 decessi per 1.000 nascite. Un tasso analogo si ritrova in Germania per alcuni villaggi studiati da Knodel e van de

Walle (1979). In seguito, il tasso di mortalità materna sembra diminuire, più rapidamente in Inghilterra e Svezia che in Francia: tra il 1790 e il 1820, il tasso assume livelli del 10‰ in Francia e di 8,6‰ in Svezia; nella prima metà del XIX secolo scende al 5,5‰ in Inghilterra. Ma successivamente il tasso aumenta nuovamente: in Germania, a metà dell'Ottocento passa dal 5,2 a oltre l'11‰. In alcuni periodi anteriori al Settecento si toccano punte ancora più elevate (tab. 1).

Tab. 1. *La mortalità materna in Europa nei secoli XVII-XIX: alcuni dati di confronto*

Periodo	Località	Rapporti (per 1000 nati)
XVII-XVIII sec.	Europa (regnanti)	20
1611-1851	Fiandre	23-11,8
1650-1792	Rouen	11,5-10,4
1700-1850	Vexin	11,8
1625-1810	Ginevra	17,9-12,3
1700-1829	Francia rurale	12,9-10,5
1746-1807	Villaggi – Normandia	6,3-10
1780-1899	Villaggi tedeschi	12,2
1660-1814	Mogneneins	28,6-15,1
1776-1850	Svezia	9,0-6,5
1650-1849	Inghilterra rurale	15,7-5,5

Fonte: Gatti 1999.

Dalla metà del secolo XIX in poi, si assiste ad un comune andamento decrescente della mortalità materna che si sviluppa fino agli inizi del XX secolo, per poi arrestarsi fin quasi alla seconda guerra mondiale. Nel 1920 il tasso riferito all'Italia è di 3,7 decessi di madri per 1.000 nati vivi, occupando una posizione intermedia nella graduatoria dei paesi europei, fra i valori più contenuti dei paesi scandinavi e quelli più elevati della Francia (6,6), Germania (5,2), Spagna (5,0), Inghilterra e Galles (4,3) (Loudon 1992).

Il declino relativo agli anni a cavallo del XIX e del XX secolo si avvantaggia dei successi conseguiti nella lotta alle malattie infettive, prima di tutte la tubercolosi, oltre che naturalmente dell'introduzione degli antisettici (Loudon 1992). Come già accennato, nei venticinque-trenta anni successivi non si verificano miglioramenti. Il livello del tasso di mortalità materna si mantiene stazionario e occorre arrivare al 1935-40 perché la mortalità materna inizi la fase decrescente che poi prosegue ininterrottamente fino ai nostri giorni. La riduzione che si verifica tra il 1880 ed il 1910 si accompagna ad una trasformazione della mortalità ospedaliera, associata all'introduzione delle misure di antisepsi in ostetricia³. Prima del 1880 la mortalità materna negli ospedali di tutto il mondo era elevatissima, con livelli che raggiungevano talvolta i 40 decessi di madri per 1.000 nati, ovvero dieci volte il tasso riferito ai parti domestici (Loudon 1992). La causa della terribile mortalità prima degli anni Ottanta del XIX secolo era la febbre puerperale, e in quegli anni si parlò addirittura di chiudere tutti i reparti ospedalieri di maternità.

Anche per l'Italia la gravidanza e il parto rappresentavano, si è detto, gravi rischi per le donne e certo partorire in ospedale esponeva a maggiori rischi, viste le situazioni igieniche in cui le strutture versavano. Storicamente inoltre, recarsi a partorire in ospedale era considerato un'abdicazione alla propria dignità, poiché per accedervi occorreva ottenere prima un attestato di povertà. Si deve infatti ricordare che queste strutture non erano nate per l'assistenza alla gravidanza o al parto, ma per assistere le madri illegittime e il 'frutto del peccato' (Carrara 1999). Le maternità pubbliche raccoglievano le donne più misere, abbandonate o cacciate di casa da mariti brutali, le vedove, le giovani contadine, le domestiche (Filippini 1992).

Gli andamenti della mortalità materna si possono anche collegare al fatto che il XIX secolo è un periodo di riassetto anche per gli ospedali per partorienti, sotto la spinta della classe medica che mostra una nuova mentalità nei confronti di questo momento della vita delle donne: ad esempio il medico incaricato di riorganizzare la maternità di Ferrara, asserisce che «occorre ricordarsi che la gravidanza non è una malattia». Nel 1910 i tassi di mortalità ospedaliera erano scesi un po' ovunque a livelli inferiori a quelli dei parti domestici, anche se gli ospedali accoglievano casi complicati e ricoveri per emergenze. Questo declino fu così incoraggiante che in ambiente medico c'era la quasi certezza che la mortalità materna sarebbe stata presto debellata agendo sui parti domestici. A questa euforia seguì una grande delusione quando in seguito si verificò un incredibile aumento dei decessi per parto. Nel periodo 1910-30 si ricorse allora a tutte le possibili misure per contenere questo flagello, ma non si verificò alcun reale miglioramento.

Dalla metà del XIX secolo fino agli anni trenta del Novecento, le cause di morte materna più comuni erano quindi l'infezione puerperale – l'antico nome per l'infezione post-partum – e l'emorragia, che contribuivano rispettivamente con il 40% e il 20% al tasso totale di mortalità. La distribuzione dei decessi materni per causa era notevolmente simile in tutti i paesi occidentali, indipendentemente dal livello di mortalità generale. Nel periodo tra le due guerre le due cause di morte che preoccupavano di più erano la febbre puerperale e l'aborto infetto. Per motivi diversi (Loudon 1992) entrambe le cause di morte sono ritenute probabilmente sotto-stimate. Nondimeno appare chiaro che la mortalità dovuta a infezione post-partum è rimasta alta o è addirittura aumentata in molti paesi occidentali nel periodo compreso tra il 1900 ed il 1934 (Johansson 1991). Inoltre anche l'incidenza dell'abortività illegale nel determinare i tassi di mortalità materna, che stava già salendo all'inizio del secolo, è aumentata a livelli spesso allarmanti.

Le notizie riportate finora, sia pure sporadiche e riferite spesso a piccoli territori sommariamente, mettono in rilievo come i rischi legati (direttamente o indirettamente) al momento riproduttivo abbiano rappresentato per le donne europee (e fra queste le donne italiane) un problema di grande portata. Queste premesse inducono a prendere in considerazione e cercare di analizzare più a fondo i livelli della sopravvivenza della popolazione italiana nelle età giovani-adulte (Angeli, Salvini 1999).

3. Differenze territoriali e per genere della mortalità adulta tra Ottocento e Novecento in Italia. Anche se nell'Europa pre-industriale le differenze nel livello della speranza di vita alla nascita secondo il sesso non apparivano mai molto marcate

(Vallin 1991) la qualità dei dati, talvolta incerta, può rendere il confronto poco significativo. Con il tempo la situazione si diversifica. Ad esempio la Francia di fine secolo evidenzia una differenza tra i livelli della speranza di vita femminile e maschile di oltre 2 anni e mezzo (rispettivamente 43,4 e 40,8 anni), che nel 1913 passa a un po' più di 4 anni (53,4 anni e 49,3 per femmine e maschi rispettivamente). Questa supermortalità maschile piuttosto netta non trova riscontro nell'Italia degli stessi anni, che presenta peraltro livelli medi di sopravvivenza meno favorevoli della Francia, e una transizione sanitaria più tarda (Caselli, Egidi 1991).

In questo lavoro concentreremo la nostra attenzione sul periodo 1871-1911 e le tavole di mortalità alle quali da ora in poi faremo riferimento⁴ indicano che negli anni considerati le differenze a favore del sesso femminile non superano mai l'anno (tab. 2) e il divario pare anzi diminuire con le tavole di inizio secolo.

Tab. 2. *Speranza di vita alla nascita secondo il sesso e indice di confronto degli anni vissuti in età 20-44. Italia, 1871, 1911-12*

Indici di mortalità	1871	1881	1901	1911
$q_0^{a,M}$	31,8	35,2	42,4	46,6
$q_0^{a,F}$	33,0	36,7	42,8	47,3
Anni vissuti (M/F)*	1,00	0,88	1,00	1,00
Anni vissuti (M-F)**	-1 mese	-6 mesi	+2 mesi	+1 mese

* L'indice è così calcolato: $\frac{L_{20-44}^M}{L_{20}^M} : \frac{L_{20-44}^F}{L_{20}^F}$, ossia come il rapporto fra gli anni vissuti fra i 20 e i 44 anni dai maschi rapportati ai relativi sopravvissuti a 20 anni e gli anni vissuti dalle femmine fra i 20 e i 44 anni rapportati ai sopravvissuti femmine a 20 anni.

** L'indice è così calcolato: $\frac{L_{20-44}^M}{L_{20}^M} - \frac{L_{20-44}^F}{L_{20}^F}$, ossia come la differenza in mesi fra gli anni vissuti fra i 20 e i 44 anni dai maschi rapportati ai relativi sopravvissuti a 20 anni e gli anni vissuti dalle femmine fra i 20 e i 44 anni rapportati ai sopravvissuti femmine a 20 anni. La differenza è stata espressa in mesi.

Nelle tavole del 1929/30 permangono probabilità di morte più elevate per le donne solo nelle età immediatamente successive alla pubertà e nell'intervallo 20-28 anni; nelle tavole di dieci anni dopo anche l'Italia presenterà, in tutte le età, quel vantaggio della popolazione femminile tipico del processo di modernizzazione demografica (Gini, Galvani 1931; Ventisette 1997).

Quando concentriamo la nostra attenzione sulle differenze di mortalità nelle età 'feconde' ed invece della vita media confrontiamo il tempo vissuto fra le età 20 e 44⁵, il quadro complessivo nazionale rimane di sostanziale uniformità fra i sessi, salvo nel caso della tavole del 1881, quando le donne appaiono decisamente favorite (6 mesi di tempo mediamente vissuti in più). Gli indicatori aggregati nascondono in realtà forti differenze per quanto riguarda sia le cause di morte sia gli andamenti territoriali; se si considera nel dettaglio la diffusione di alcune malattie che han-

no profondamente segnato la vita dei secoli passati, si colgono rilevanti differenze secondo il genere. Per alcune malattie i risultati sono contrastanti, come ad esempio per il colera⁶ la cui diffusione e letalità dipendono soprattutto da fattori esterni e dagli stili di vita. In linea di massima, comunque, le femmine sembrano meno colpite e più resistenti dei maschi (Forti Messina 1992).

Nelle analisi sulle condizioni di vita della popolazione italiana dell'Ottocento viene dedicata una particolare attenzione alle malattie infettive e fra queste alla tubercolosi (tab. 3). Secondo gli estensori dell'Inchiesta sulle Condizioni Igieniche e Sanitarie nei Comuni del Regno del 1885: «la maggiore mortalità delle femmine per tubercolosi si può spiegare in parte col fatto che esse sono in gran numero distolte dalle loro occupazioni domestiche ed impiegate nelle fabbriche, in industrie poco adatte alla loro fisica costituzione. Nell'ultimo censimento si trovarono nei comuni capoluoghi di provincia e di circondario 32.715 maschi e 138.365 femmine occupate nelle industrie tessili, di cui 1.943 maschi e 11.257 femmine erano in età da 9 a 15 anni. Inoltre, per spiegare questa maggiore mortalità delle donne conviene tenere conto della cattiva abitudine che esse hanno, soprattutto nella città, di stringere il petto entro busti poco cedevoli, diminuendo così la resistenza dell'organismo al fermento tubercolare, una volta che sia entrato nel circolo. Per ultimo le donne sono più spesso degli uomini esposte a contrarre una malattia tubercolare nell'assistere infermi in etisia [...]» (Direzione Generale della Statistica 1886a). Le spiegazioni adottate per giustificare la diversa incidenza della malattia nei due sessi fanno quindi riferimento sia a fattori comportamentali sia ai processi evolutivi della società.

La tubercolosi rimane per molti decenni una malattia predominante nel quadro nosologico italiano ed è causa di un maggior numero di morti nel sesso femminile, almeno fino al 50° anno di età, dopo il quale i rapporti si invertono. Ancora agli inizi del secolo infatti, come anche dimostra un'indagine condotta nel milanese nel 1910, emerge con chiarezza questa ineguaglianza: gli operai, soprattutto femmine, patiscono il massimo rischio di affezione tubercolare e di conseguente morte (Sori 1984). I tassi di mortalità per questa malattia risultano più ele-

Tab. 3. *Morti per affezioni tubercolari nei comuni capoluoghi nel 1883-84 secondo l'età (per 10.000 viventi)*

Età	Maschi	Femmine	Età	Maschi	Femmine
Dalla nascita a 1 anno	115	101	Da 35 anni a 40 anni	32	38
Da 1 anno a 5 anni	66	69	" 40 " a 50 "	28	29
" 5 " a 10 "	16	21	" 50 " a 60 "	25	20
" 10 " a 15 "	9	22	" 60 " a 70 "	21	18
" 15 " a 20 "	24	40	" 70 " a 80 "	15	15
" 20 " a 25 "	40	51	" 80 in su	18	14
" 25 " a 30 "	37	48			
" 30 " a 35 "	34	43	Totale	31	37

Fonte: Direzione Generale della Statistica 1886a, clxxv.

vati per il sesso femminile nelle età fra 5 e 45 anni praticamente fino alla seconda guerra mondiale. Dati riferiti alla prima metà del XX secolo, che mettono a confronto gli andamenti della mortalità per causa riferiti ai periodi 1899-1902 e 1954-57, mostrano che a cavallo del secolo i tassi di mortalità maschili e femminili (per mille) sono rispettivamente 1,95 e 2,59 nell'età 15-25; 2,28 e 2,72 nella classe 25-35; 1,66 e 1,94 in 35-45. Dopo i 45 anni i quozienti sono più elevati per i maschi. A metà del XX secolo la mortalità femminile è ancora superiore a quella maschile solo nelle età 0-5 e 15-25 (Istituto Centrale di Statistica 1965). L'alta fecondità che ancora si registrava alla fine del secolo scorso poteva aggravare, indebolendo le donne soprattutto se lavoratrici, il rischio di contrarre la malattia tubercolare; in sintesi, tubercolosi e mortalità legata ai momenti della funzione riproduttiva risultano quindi importanti cause dello svantaggio che il sesso femminile ha a lungo subito fino almeno a metà di questo secolo.

Anche altre malattie che colpiscono la popolazione italiana nell'Ottocento concorrono nel determinare rischi di morte differenziati tra i due sessi in età giovane-adulta. Tra queste si possono ricordare la pellagra e, ovviamente, tutte le malattie collegate direttamente al processo riproduttivo. Infatti tra i differenziali comportamentali secondo il genere che possono influenzare e quindi aggravare la supermortalità femminile in età feconda risulta di particolare interesse il comportamento nei confronti dell'alimentazione che porta spesso con sé un aumento nell'incidenza della tubercolosi, come abbiamo già visto, e della pellagra, per la quale in letteratura esiste una generale concordanza su una maggiore vulnerabilità della donna in età fertile (Finzi 1992). Sebbene anche per questa malattia i dati siano scarsi e spesso non del tutto affidabili, il quadro generale è chiaro. Nel periodo 1885-1910, quando la pellagra è ancora diffusa anche se la sua incidenza appare in diminuzione almeno al Nord, per ogni maschio deceduto nella classe di età tra i 30 e 35 anni e di 35-40 muoiono più di 2 donne. La connessione con la minore fecondità delle zone dove la malattia appare più diffusa è messa in luce anche da Livi Bacci (1986), che rileva come nelle età riproduttive la popolazione femminile presenti rischi di morte da 2 a 3 volte superiori a quelli della popolazione maschile.

Le malattie dell'apparato riproduttivo appaiono colpire particolarmente le donne affette da pellagra che risultano così più vulnerabili alle cause legate alla gravidanza e al parto. Inoltre è da notare che nel periodo della gravidanza e dell'allattamento aumenta il fabbisogno nutritivo, in particolare quello di proteine e di vitamine la cui carenza favorisce la pellagra. Ancora tra il 1910 e il 1923, a fronte di una complessiva supermortalità maschile di pellagra del 10% circa, particolarmente evidente alle età anziane, le donne in età 21-40 muoiono in una proporzione di oltre 2 volte e mezza superiore a quella degli uomini della stessa età. La differenza biologica s'interseca doppiamente con la differenza sociale: dapprima con quella di classe e quindi con quella fra i sessi all'interno della classe d'appartenenza. È infatti abbastanza noto dalla letteratura sull'argomento che la pellagra era malattia della miseria e oggi, per quanto sia contenuta la sua diffusione, del sottosviluppo. All'interno delle famiglie povere, toccano spesso alle donne il maggior lavoro e la peggiore alimentazione. Le malattie legate alle privazioni intera-

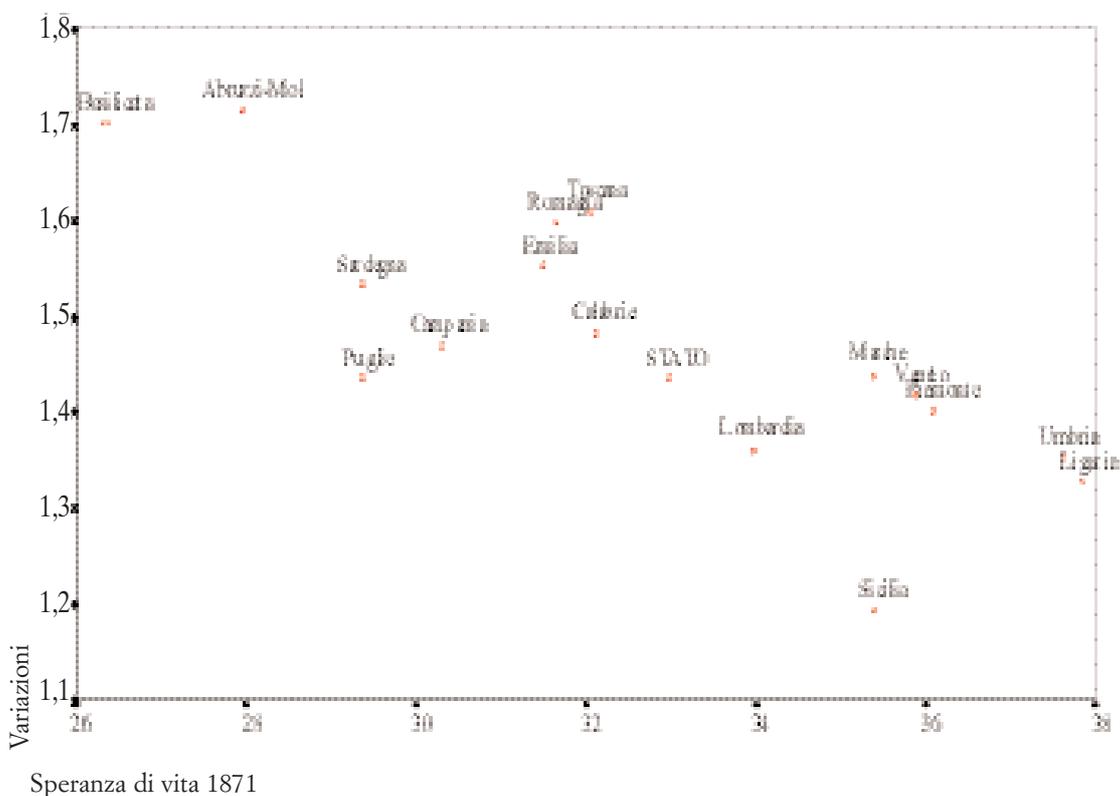
giscono pertanto con una fecondità troppo elevata conducendo alla supermortalità femminile osservata.

È difficile avere dati statistici – in particolare a livello territoriale disaggregato – che possano portare luce sulle relazioni fra fattori comportamentali, fattori ambientali (malaria), malattie delle privazioni (tisi, pellagra...), alta fecondità, alta mortalità infantile, lavoro della donna nei campi e nelle fabbriche, supermortalità femminile nelle età feconde. Sono le testimonianze raccolte dalle donne vissute ancora all’inizio del nostro secolo che suggeriscono ipotesi di interrelazione fra svariati fattori, che dipendono soprattutto dai diversi contesti (Revelli 1985).

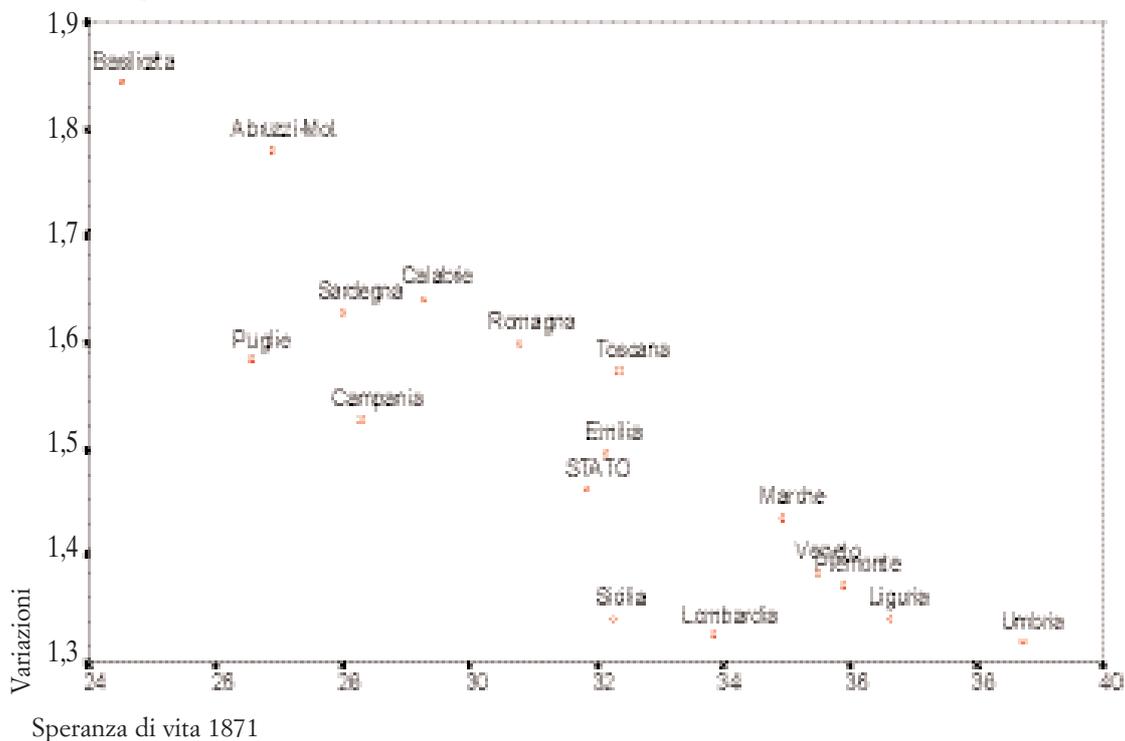
3.1 Le differenze regionali nella mortalità adulta. Il quadro finora delineato si modifica diventando estremamente variegato quando si confrontano le diverse regioni, anche attraverso le variazioni temporali relative ai 40 anni considerati (1871-1911) che emergono dalle tavole regionali ricostruite da Lorenzo Del Panta (1998) (tab. 4, graff. 1-4).

Dall’esame congiunto del livello complessivo della mortalità espresso dalla speranza di vita alla nascita e dell’indice relativo agli anni mediamente vissuti in età feconda emerge una considerazione generale. All’inizio del periodo considerato quasi tutte le regioni del Nord presentano mediamente una mortalità più bassa rispetto al Sud e sono queste le regioni dove le donne risultano, in media, più sfavorite rispetto agli uomini.

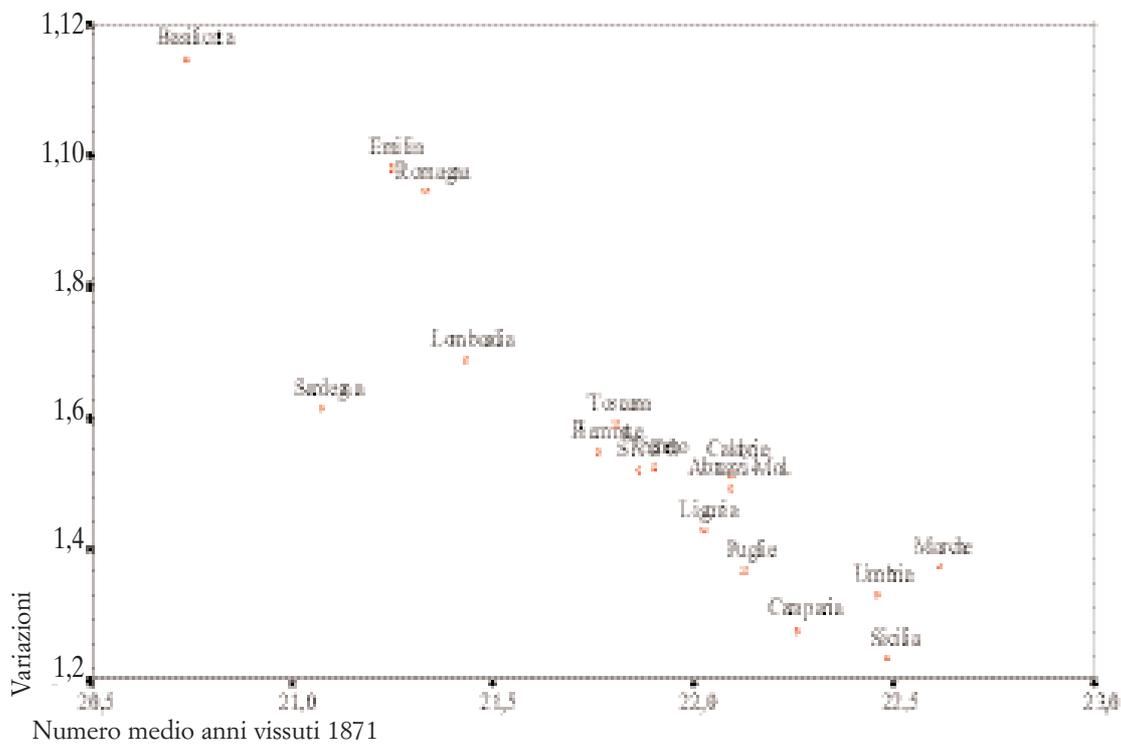
Graf. 1. *Speranza di vita alla nascita 1871 e variazioni 1871-1911/12. Femmine*



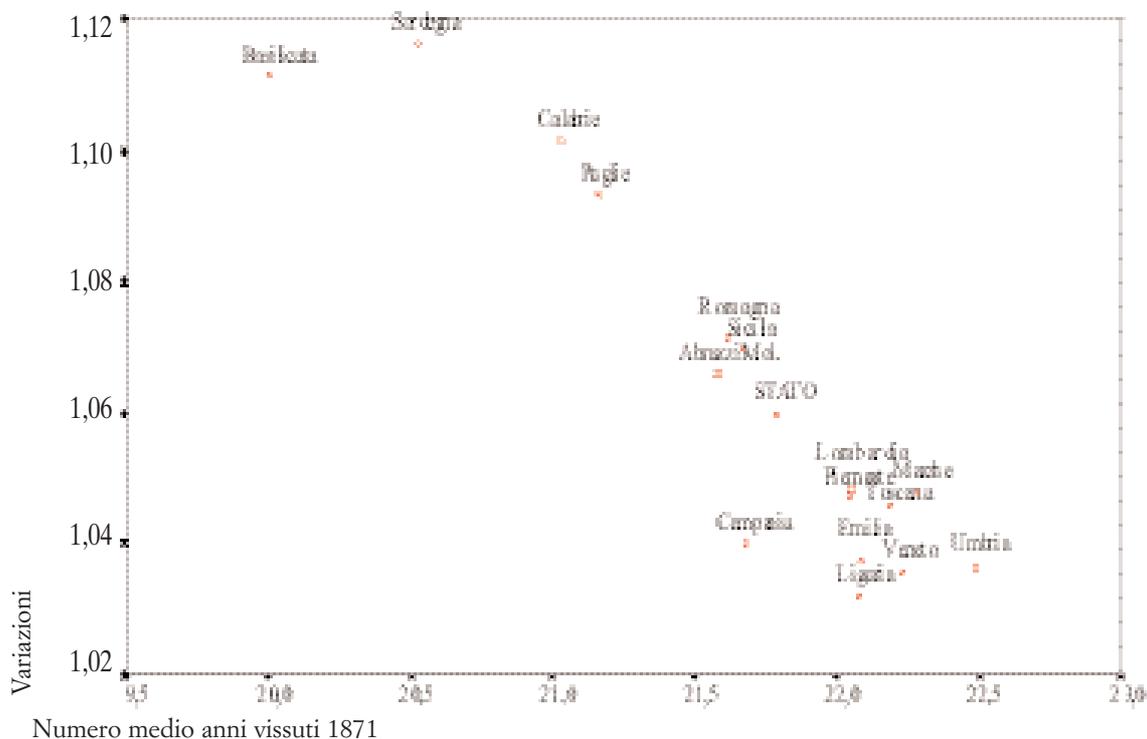
Graf. 2. Speranza di vita alla nascita 1871 e variazioni 1871-1911/12. Maschi



Graf. 3. Anni vissuti 20-44: 1871 e variazioni 1871-1911/12. Femmine



Graf. 4. Anni vissuti 20-44: 1871 e variazioni 1871-1911/12. Maschi



Tab. 4. Indicatori di sopravvivenza secondo il sesso, per regione, negli anni indicati

Regioni	1871						
	e_0^M	e_0^F	e_0^M/e_0^F	$L_{20-44}/L_{20}(M)$ col. 1	$L_{20-44}/L_{20}(F)$ col. 2	(M)/(F) col. 1/col. 2	(M)-(F) col.1 -col.2
Abruzzi-Molise	26,89	27,95	0,962	21,58	22,09	0,977	-6,08
Basilicata	24,50	26,35	0,930	20,00	20,74	0,965	-8,77
Calabria	29,28	32,11	0,912	21,03	22,09	0,952	-12,77
Campania	28,29	30,28	0,934	21,68	22,26	0,974	-6,90
Emilia	32,12	31,50	1,020	22,09	21,25	1,039	10,07
Romagna	30,77	31,65	0,972	21,62	21,33	1,013	3,44
Liguria	36,61	37,84	0,967	22,08	22,02	1,002	0,65
Lombardia	33,84	33,97	0,996	22,06	21,43	1,029	7,48
Marche	34,92	35,38	0,987	22,28	22,61	0,985	-4,00
Piemonte	35,89	36,11	0,994	22,05	21,77	1,013	3,38
Puglie	26,56	29,37	0,904	21,16	22,13	0,956	-11,60
Sardegna	28,03	29,37	0,954	20,53	21,07	0,974	-6,53
Sicilia	32,25	35,39	0,911	21,67	22,48	0,964	-9,77
Toscana	32,36	32,05	1,010	22,19	21,80	1,018	4,64
Umbria	38,72	37,61	1,030	22,48	22,46	1,001	0,30
Veneto	35,48	35,89	0,989	22,23	21,90	1,015	3,95
STATO	31,85	32,97	0,966	21,79	21,87	0,996	-0,96

Mortalità per genere e salute riproduttiva

1881							
Regioni	e_0^M	e_0^F	e_0^M/e_0^F	$L_{20-44}/l_{20}(M)$ col. 1	$L_{20-44}/l_{20}(F)$ col. 2	(M)/(F) col. 1/col.2	(M)-(F) col.1 -col.2
Abruzzi-Molise	34,41	35,51	0,969	22,53	22,68	0,993	-1,81
Basilicata	29,67	31,69	0,936	22,17	22,77	0,974	-7,24
Calabrie	32,74	33,84	0,967	21,76	22,29	0,976	-6,40
Campania	31,96	33,41	0,957	22,31	22,58	0,988	-3,32
Emilia	36,45	36,22	1,006	22,57	21,81	1,035	9,19
Romagna	34,58	34,36	1,006	22,59	21,97	1,028	7,38
Liguria	37,6	37,67	0,998	22,51	22,00	1,023	6,14
Lombardia	36,32	35,72	1,017	22,68	21,84	1,038	10,07
Marche	36,49	36,25	1,007	22,64	22,64	1,000	-0,02
Piemonte	37,65	37,80	0,996	22,45	21,96	1,023	5,96
Puglie	32,72	33,66	0,972	22,64	22,85	0,991	-2,53
Sardegna	37,05	38,23	0,969	22,73	22,61	1,005	1,36
Sicilia	34,64	35,25	0,983	22,58	22,76	0,992	-2,11
Toscana	36,74	36,24	1,014	22,55	21,99	1,025	6,70
Umbria	37,77	37,04	1,020	22,60	22,41	1,008	2,28
Veneto	38,63	39,17	0,986	22,70	22,36	1,015	4,07
STATO	35,18	35,69	0,986	22,13	22,62	0,978	-5,89

1901							
Regioni	e_0^M	e_0^F	e_0^M/e_0^F	$L_{20-44}/l_{20}(M)$ col. 1	$L_{20-44}/l_{20}(F)$ col. 2	(M)/(F) col. 1/col.2	(M)-(F) col.1 -col.2
Abruzzi-Molise	44,25	43,62	1,014	23,06	23,13	0,997	-0,85
Basilicata	37,70	39,17	0,962	22,52	22,85	0,985	-4,02
Calabrie	40,98	40,63	1,009	22,65	22,84	0,992	-2,32
Campania	40,59	41,79	0,971	22,65	22,89	0,990	-2,87
Emilia	44,12	43,75	1,008	23,08	22,43	1,029	7,80
Romagna	43,38	44,15	0,983	23,18	22,92	1,011	3,10
Lazio	40,86	41,96	0,974	22,92	22,90	1,001	0,19
Liguria	44,97	46,17	0,974	22,78	22,58	1,009	2,40
Lombardia	41,35	41,51	0,996	23,00	22,42	1,026	7,02
Marche	45,41	45,64	0,995	23,07	23,22	0,994	-1,78
Piemonte	44,75	45,54	0,983	22,88	22,58	1,014	3,66
Puglie	37,22	38,56	0,965	22,60	22,79	0,992	-2,29
Sardegna	39,85	40,26	0,990	22,59	22,23	1,017	4,40
Sicilia	39,24	39,01	1,006	23,03	22,94	1,004	1,09
Toscana	45,58	45,85	0,994	23,05	22,73	1,014	3,82
Umbria	45,28	43,67	1,037	23,20	22,83	1,016	4,46
Veneto	46,91	47,72	0,983	23,13	22,87	1,011	3,10
STATO	42,36	42,80	0,990	22,93	22,75	1,008	2,10

1911-12							
Regioni	e_0^M	e_0^F	e_0^M/e_0^F	$L_{20-44}/L_{20}(M)$ col. 1	$L_{20-44}/L_{20}(F)$ col. 2	(M)/(F) col. 1/col.2	(M)-(F) col.1 -col.2
Abruzzi-Molise	47,87	47,95	0,998	23,01	23,18	0,993	-2,04
Basilicata	45,2	44,87	1,007	22,24	23,11	0,962	-10,54
Calabrie	48,07	47,61	1,010	23,16	23,24	0,997	-0,94
Campania	43,23	44,55	0,970	22,55	22,87	0,986	-3,92
Emilia	48,07	48,92	0,983	22,92	23,33	0,982	-4,94
Romagna	49,21	50,55	0,973	23,16	23,35	0,992	-2,26
Lazio	46,42	47,67	0,974	23,10	23,16	0,998	-0,65
Liguria	49,08	50,27	0,976	22,79	22,97	0,992	-2,22
Lombardia	44,86	46,26	0,970	23,12	22,91	1,009	2,58
Marche	50,13	50,94	0,984	23,35	23,46	0,995	-1,32
Piemonte	49,23	50,65	0,972	23,09	22,96	1,006	1,55
Puglie	42,09	42,19	0,998	23,14	22,94	1,009	2,40
Sardegna	45,65	45,05	1,013	22,91	22,36	1,025	6,61
Sicilia	43,24	42,26	1,023	23,18	23,00	1,008	2,12
Toscana	50,94	51,59	0,987	23,21	23,09	1,005	1,45
Umbria	51,08	50,92	1,003	23,31	23,20	1,005	1,28
Veneto	49,11	50,9	0,965	23,02	23,05	0,999	-0,34
STATO	46,58	47,34	0,984	23,09	23,00	1,004	1,04

Tanto per fare un esempio, Veneto e Piemonte evidenziano un livello di speranza di vita relativamente più alto rispetto alle altre regioni e una condizione relativamente più svantaggiata per le donne nell'arco di età feconda. Viceversa, Campania e Basilicata presentano una mortalità più elevata rispetto alla media nazionale, ma relativamente meno aggressiva per le donne. In questo 'cammino' delle regioni nel periodo 1871 e 1911 ci sono poi situazioni che si modificano profondamente, come è il caso della Sardegna, che dal 'modello sud' nel 1871 passa al 'modello nord' 40 anni dopo, mostrando un incremento nel tempo vissuto tra le età 20-44 anni dai maschi del 12% e dalle femmine del 6%. Anche l'evoluzione della Lombardia e dell'Emilia è notevole: gli anni vissuti dalla popolazione femminile presentano un aumento del 7 e del 10% (contro un valore inferiore al 4% per la popolazione maschile; si confrontino ancora i grafici 3 e 4). Le regioni in cui lo svantaggio femminile è maggiore, e in cui il valore di partenza è più basso, realizzano gli incrementi maggiori negli anni vissuti, e questo andamento conduce ad un livellamento nella sopravvivenza dei due sessi al termine del periodo considerato.

Come si possono interpretare queste differenze regionali? Dopo l'Unità, l'Italia appare in un certo qual modo spaccata in due anche dal punto di vista sanitario e demografico. Per quanto riguarda le strutture sanitarie (tab. 5), alcune regioni – specialmente nella parte meridionale del paese – appaiono decisamente penalizzate, a causa essenzialmente della pesante eredità ricevuta dai vecchi stati pre-unitari.

Tab. 5. Indicatori sanitari relativi alle strutture esistenti nelle diverse regioni. Inchiesta sulle condizioni igieniche e sanitarie dei Comuni del Regno del 1884-1885

Compartimenti	Comuni con osped. (%)	Ospizi di maternità		Medici per 10.000 abitanti		Abitanti (%) esposti ad influenza malarica		Morti di malaria (per 10.000 ab.)
		N.	Nati su 10.000 nascite	Comuni capoluoghi provincia	Altri comuni	Grave	Mite	
Piemonte	11	5	88	9,5	4,3	23	38	2,3
Liguria	18	2	52	8,6	5,5	...	26	0,3
Lombardia	7	9	65	11,2	4,1	30	36	1,6
Veneto	9	13	33	10,4	3,9	34	33	2,4
Emilia	27	9	62	8,4	4,9	27	35	1,8
Toscana	24	7	77	8,6	4,7	17	29	2,1
Marche	40	1	4	5,8	6,0	13	35	0,7
Umbria	22	1	14	8,2	5,3	28	40	2,5
Lazio	42	2	331	12,5	5,9	78	10	16,6
Abr. e Molise	5	1	2	9,8	6,2	45	21	8,4
Campania	9	2	53	22,6	6,2	38	39	2,7
Puglie	29	...	...	7,7	6,7	77	13	10,1
Basilicata	8	...	...	7,4	7,2	63	18	15,5
Calabrie	5	...	...	8,4	7,1	68	13	22,5
Sicilia	29	2	43	7,7	5,7	78	17	8,0
Sardegna	3	1	3	10,8	5,6	69	23	17,2
Regno	13	55	53	11,1	5,3	41	29	4,9

Fonte: Direzione Generale della Statistica 1886a.

La situazione appare ulteriormente differenziata all'interno delle singole regioni: la concentrazione nei comuni capoluogo non solo delle strutture ospedaliere ma anche degli stessi medici fa sì che in alcune regioni la situazione sanitaria risulti particolarmente carente per le popolazioni dei comuni più piccoli e delle zone rurali.

Parallelamente, la mortalità generale è decisamente più elevata nelle regioni meridionali e la situazione permane, anzi si consolida, nei decenni successivi. Occorre non sottovalutare il ruolo che ha avuto la malaria nella determinazione della supermortalità degli uomini del sud (Del Panta, Rosina 2000). In effetti, tra la fine dell'Ottocento e la prima guerra mondiale in Italia la malaria si concentra soprattutto – come per il passato – nelle regioni meridionali, nel Lazio, nella Maremma toscana e nelle isole. Già nel 1879 l'indagine della Commissione parlamentare di inchiesta sulle strade ferrate mette in luce le 'due Italie malariche': una comprendente le regioni del Nord e il Centro, di malaria 'lieve' e l'altra, comprendente la Maremma, il Lazio, il Sud e le isole, con malaria 'grave'. Alla fine del XIX secolo le condizioni igieniche delle regioni meridionali risultano più allarmanti anche di quelle delle regioni risicole settentrionali e delle Maremme, dove si concentravano altrettanti numerosi focolai d'infezione (Corti 1984).

I dati dell'Inchiesta Sanitaria del 1884-85 (tab. 5) mettono in luce l'eccezionale

diffusione della malaria in alcune regioni, dove la percentuale di residenti sottoposti a «influenza malarica grave» oscilla tra il 70% e l'80% circa: Lazio, Puglie, Sicilia, Sardegna, Calabrie.

La stessa Inchiesta evidenzia come la diffusione del colera interessi soprattutto le regioni meridionali e come le epidemie di colera siano ancora frequenti alla fine del XIX secolo in queste aree: negli anni immediatamente precedenti la rilevazione risultano migliaia di morti a Palermo (2.568 decessi nel 1885), Napoli (6.933 morti per colera del 21 agosto al 13 novembre 1884) e Catania dove si erano verificati oltre 3.000 morti nel 1867 (Direzione Generale della Statistica 1886b). Negli anni di calendario cui si riferiscono le tavole di mortalità non sono comunque segnalate epidemie di colera che possano consentire di leggere le variazioni intervenute come differenze nella mortalità per genere legata a questa patologia.

Il quadro generale di maggiore mortalità al Sud si modifica solo dopo la seconda guerra mondiale; quando il maggior livello di invecchiamento delle regioni del Nord e il progressivo affermarsi delle patologie degenerative muteranno il quadro complessivo della mortalità per causa in Italia, le regioni del Sud si caratterizzeranno per migliori condizioni di sopravvivenza. D'altro canto, anche se per gli anni di fine Ottocento non si hanno informazioni dettagliate sulle cause di morte, molti spunti tratti dall'Inchiesta sulle condizioni igieniche e sanitarie dei Comuni del Regno del 1884-85 ci confermano – all'interno della situazione sfavorevole delle regioni meridionali – la relativamente maggiore sopravvivenza nelle età giovani-adulte delle donne del Sud nei confronti dei loro coetanei, situazione opposta al Nord.

3.2 Tra le cause delle differenze di genere: la mortalità materna. Molto probabilmente i fattori delle condizioni meno disagiate delle donne meridionali sono da ritrovarsi nella maggior mortalità per cause legate alla gravidanza e al parto nelle regioni settentrionali favorita dalla più accentuata industrializzazione di queste zone, dove alcune cause di morte, che colpiscono in particolare il sesso femminile, quali la tisi e la pellagra, sembrano avere una maggiore incidenza.

Tab. 6. *Mortalità delle madri per complicazioni della gravidanza, parto e puerperio. Tassi medi annui su 1.000 parti*

Regioni	1889-92	Regioni	1889-92
Piemonte	4,674	Lazio	4,707
Liguria	4,600	Campania	3,585
Lombardia	4,123	Abruzzi-Molise	4,399
Trentino	...	Puglia	3,634
Veneto	3,395	Basilicata	4,334
Friuli-Venezia Giulia	...	Calabria	4,573
Emilia Romagna	4,307	Sicilia	3,091
Marche	3,835	Sardegna	5,343
Toscana	3,798		
Umbria	4,891	Italia	3,945

Fonte: Istituto Centrale di Statistica 1965, 561.

La mortalità per cause legate alla gravidanza, parto e puerperio al 1889-92 (Istituto Centrale di Statistica 1965) mostra livelli che vanno dal 5,3‰ della Sardegna al 3,1‰ della Sicilia (tab. 6). C'è tuttavia da osservare che i dati territoriali mostrano a questo proposito connotati assai contraddittori, forse in parte legati alla qualità delle informazioni.

Sulla base delle fonti da noi consultate, gli «Annali di Statistica» che raccolgono le informazioni ricavate dal Movimento dello Stato Civile⁷ e l'*Inchiesta* del 1884-85⁸, si evidenziano realtà discordanti. Infatti i dati raccolti negli Annali ci rivelano che alla fine del XIX secolo il valore più elevato era quello della Sardegna, ed anche Calabria e Basilicata sembrano presentare un'alta mortalità: «Per setticemia ed infezioni puerperali la mortalità è più elevata, sia pure in misura ristretta, nel Meridione, fornito meno del Settentrione di attrezzature nosocomiali. Bisogna anche tenere conto che le donne meridionali, per la loro maggiore fecondità, sono più esposte al rischio di ammalarsi di queste malattie».

I dati derivanti dall'*Inchiesta* del 1884-85 – che raccoglie le informazioni dei decessi avvenuti nei comuni capoluogo – danno invece una graduatoria ben diversa, con le regioni meridionali decisamente favorite (tab. 7).

Come interpretare questi dati che conducono a graduatorie regionali così diverse? Una possibile spiegazione può risiedere nella diversa copertura delle due rile-

Tab. 7. *Indicatori di mortalità materna*

Regioni	Morti durante il quadriennio 1881-84		Numero delle donne morte per 1000 nati e nati-morti	
	Febbre puerperale	Altre malattie di gravidanza, parto e puerperio	Febbre puerperale	Altre malattie di gravidanza, parto e puerperio
Piemonte	250	451	3,04	5,49
Liguria	93	168	2,56	4,62
Lombardia	320	749	2,98	6,98
Veneto	237	464	1,97	3,86
Emilia	225	446	2,24	4,44
Toscana	177	276	2,30	3,59
Marche	35	66	1,65	3,10
Umbria	36	86	1,85	4,43
Lazio	100	194	2,29	4,44
Abruzzi Molise	22	101	0,90	4,11
Campania	90	423	0,79	3,70
Puglie	80	160	1,81	3,61
Basilicata	6	28	0,65	3,04
Calabrie	30	95	1,04	3,28
Sicilia	176	418	1,21	2,86
Sardegna	29	64	1,60	3,53
Regno	1906	4.189	1,92	4,22

Fonte: *Inchiesta sulle condizioni igieniche e sanitarie dei Comuni del Regno del 1884-1885*.

vazioni, e poiché nei comuni capoluogo (spesso sede di ospedale) dove è svolta l'Inchiesta risulta relativamente più aggressiva la febbre puerperale, la graduatoria che è generata da questa fonte potrebbe descrivere l'andamento territoriale di questa particolare causa di morte e non il complesso delle cause legate alla gravidanza e al parto. Viceversa i dati degli Annali, che rilevano le informazioni sull'intero territorio, potrebbero differire in maniera marcata dal quadro disegnato dall'Inchiesta del 1884-85, proprio perché terrebbero maggiormente conto del complesso delle cause dovute alla gravidanza e al parto. Di fatto i dati dell'Inchiesta che si riferiscono a cause diverse dalla febbre puerperale appaiono maggiormente conformi ai dati degli Annali (si veda, ad esempio, il caso della Sardegna, con un tasso più alto per queste cause e più contenuto per febbre puerperale).

Di fronte a questi andamenti si mescolano però comportamenti di preoccupazione e di disinteresse allo stesso tempo. Le condizioni disagiate delle donne, soprattutto di quelle inserite in fabbrica, emergono chiaramente dalle numerose inchieste svolte in Italia a partire dagli ultimi decenni del XIX secolo. Fino agli anni '90 manca però una distinzione, anche per quanto riguarda le condizioni lavorative delle donne, tra malattie di origine ambientale e malattie professionali, e quindi tra i danni determinati dall'eccessivo sfruttamento e quelli dovuti alla qualità del lavoro (Tore 1982). Nei decenni successivi l'attenzione per la 'questione sociale' va rafforzandosi, con un nuovo interesse verso i rischi di singoli gruppi, esposti a rischi professionali derivanti dallo svolgimento di specifici mestieri, quali ad esempio gli addetti all'agricoltura, al settore tessile e i lavoratori delle miniere.

È infatti interessante notare che anche in Italia tra la fine dell'Ottocento e l'inizio del Novecento si diffonde una particolare attenzione ai problemi della donna lavoratrice, attenzione crescente soprattutto per i rischi che i diversi lavori rivestono per la capacità riproduttiva femminile. Le inchieste sul lavoro femminile svolte alla fine dell'Ottocento sono a questo proposito illuminanti. Si indaga sulle ripercussioni che certe occupazioni potevano avere sull'età al menarca, sui disturbi mestruali e sulle malattie dell'utero, sui maggiori rischi di aborto per le operaie costrette a lavorare in piedi, e l'interesse deriva più dalla crescente preoccupazione per il ruolo materno messo in pericolo dal ruolo di lavoratrice, piuttosto che dalla crescente sensibilizzazione dei diritti delle donne. Tuttavia questi atteggiamenti ebbero come conseguenza, come vedremo, tutta una serie di interventi legislativi principalmente a favore delle operaie nelle fabbriche del Nord-Italia, ed in seguito i benefici si proiettarono anche in ambiti diversi, quali la vasta area dei lavori a domicilio (Ballestrero 1979; Pescarolo 1996). Anche tra le gravidanze e i parti a rischio, l'incidenza delle malattie professionali, legate alle misere condizioni di vita e di lavoro, era elevata: a Milano un contingente numeroso di donne che partorivano all'interno dell'ospedale e presentavano problemi legati alla gravidanza e al parto era fornito dalla valle dell'Olona, dove la diffusione delle manifatture tessili aveva visto aumentare i casi di osteomalacia, con esiti estremamente gravi durante il parto (Filippini 1992).

Un'inchiesta sulla donna nell'industria, svolta nel 1903 dall'Ufficio del lavoro, mette chiaramente in luce che il salario delle donne era mediamente la metà di quello degli operai di sesso maschile. La prima legge che stabilisce dei criteri di protezione per le lavoratrici è del 1902, e fissa un massimo di 10 ore giornaliere di lavoro.

ro nell'industria tessile, ma viene largamente disattesa⁹: ad esempio, nelle filande della Lombardia e del Veneto le condizioni di lavoro erano particolarmente negative e spesso il lavoro a domicilio era svolto in condizioni anche peggiori, con 15-16 ore di impegno giornaliero (Ficola 1982). Le stesse situazioni caratterizzavano le industrie laniere del Piemonte, che impiegavano soprattutto donne. Anche dopo l'approvazione della legge citata, il settore tessile continua a prevedere una giornata lavorativa più lunga (anche superiore alle 11 ore) rispetto ai settori industriali a caratterizzazione prevalentemente maschile come quello minerario, delle costruzioni, meccanico (Bettio 1988).

L'operaia madre sentiva più delle altre le conseguenze di queste dure condizioni di lavoro, anche se l'attenzione era concentrata non tanto sulle condizioni in cui era costretta a portare avanti la gravidanza, ma piuttosto sugli effetti che questa situazione produceva sul nascituro. Le denunce sulle conseguenze del lavoro materno erano anzitutto dei medici, che ponevano l'accento sulla mortalità infantile e sulla decadenza fisica delle nuove generazioni, con la diminuzione tra l'altro degli abili alle leve militari. Diverse denunce negli anni Settanta e Ottanta del XIX secolo riguardano in particolare le condizioni di lavoro delle donne gravide negli opifici di Lecco, Como, e in generale in Lombardia e Veneto. I medici denunciavano che «se una quinta parte dei nati muore prima dell'anno, nelle classi lavoratrici la cifra sale al 35 per cento, e se si tratta di bambini dati a balia fino al 50 per cento» (Ficola 1982). Anche l'inchiesta della Società Umanitaria svolta a Milano nel 1903 conferma che la mortalità infantile aumentava man mano che si passava dalle classi più agiate a quelle più povere, ma che erano soprattutto rilevanti le condizioni di vita della madre e il tipo di allattamento. Contro una mortalità generale del 22,5 per cento circa, per i figli di madre operaia saliva al 29 per cento; per le madri operaie occupate fuori casa raggiungeva il 31,7 per cento (Ficola 1982). Se poi il bambino di madre operaia che lavorava fuori era allattato al poppatoio, il livello raggiungeva il 68 per cento. La situazione si protrae fino ai primi decenni del XX secolo: nel congresso nazionale per le malattie del lavoro, in previsione della fondazione di una Cassa di Maternità, vengono presentati dati che denunciano ancora una volta la situazione del lavoro nell'industria tessile: su 3.043 madri esaminate, si riscontrano ben 622 aborti spontanei, 3.926 figli nati morti, 3.918 nati vivi. Il disegno di legge sul lavoro delle donne e dei fanciulli viene presentata ben cinque volte dal 1894 al 1900 prima di essere discusso e finalmente approvato nel 1902 (Ficola 1982; Corsini 1996).

3.3 La geografia della mortalità provinciale secondo il genere. Le regioni non sono entità omogenee e uno sguardo ai dati delle tavole di mortalità provinciali lo conferma. Nella tabella 8 sono riportati gli indicatori di sintesi della tavole di mortalità e gli indicatori relativi alle età riproduttive calcolati per il 1871 e per il 1881. Su questi indici si sono poi applicate tecniche di cluster analysis al fine di verificare omogeneità e dissomiglianze che potessero aiutare a interpretare in particolare le disuguaglianze di genere. Uno sguardo agli indici della tavola consente di puntualizzare quanto già detto in occasione dell'esame degli indicatori regionali. Consideriamo il 1871. All'interno della generale contrapposizione fra province meridionali (ad alta mortalità e relativa situazione meno disagiata della popolazione femminile) e pro-

vince settentrionali (caratterizzate da mortalità meno aggressiva e ‘vantaggio’ maschile), emergono situazioni molto particolari, spesso fortemente differenziate all’interno delle singole realtà regionali¹⁰.

Fra tutte le situazioni per così dire ‘anomale’, emergono quei casi di province che, pur essendo molto vicine e talvolta limitrofe, presentano livelli di mortalità molto diversi. Si guardi ad esempio al caso di Bari e di Foggia, per le quali la speranza di vita alla nascita differisce rispettivamente di 7 anni per le donne e di 9 anni per gli uomini; oppure alle province siciliane, dove i maschi presentano una speranza di vita alla nascita di 28,6 anni a Catania e di 35,5 anni a Palermo. Anche la Toscana mostra differenze interne molto marcate: le tavole suggeriscono una differenza di 10 anni fra la speranza di vita alla nascita di Pisa e quella di Grosseto (una delle zone del litorale tirrenico in cui la malaria rappresenta un vero e proprio flagello), rispettivamente superiore ai 36 e 26 anni per la popolazione maschile. Anche la provincia di Ferrara, allo stesso modo colpita pesantemente dalla malaria, presenta – per entrambi i sessi – livelli notevolmente più bassi di speranza di vita alla nascita.

Se dall’indicatore sintetico che esprime il modello complessivo della sopravvivenza, si passa a considerare gli andamenti nelle età centrali della vita, tra 20 e 44 anni, si ottengono conferme ma anche andamenti parzialmente difformi. I dati provinciali relativi alle differenze per genere confermano la grande eterogeneità delle condizioni della mortalità già rilevate, anche se le differenze fra anni vissuti in età riproduttiva hanno quasi sempre lo stesso segno all’interno delle regioni. Se nella stragrande maggioranza delle regioni del Nord, sono i maschi a vivere di più, talvolta l’intensità delle differenze è diversa anche all’interno della stessa regione, come nel caso della Lombardia dove si va dai 2 mesi di Pavia vissuti mediamente in meno dalle donne sopravvissute a venti anni rispetto agli uomini, agli oltre 11 di Como e Cremona, oppure dell’Emilia dove la differenza è di soli 2 mesi a Ferrara e oltre 12 a Parma). Nelle regioni del Sud si osserva una forte supermortalità maschile nelle età considerate, e ancora una volta le informazioni sulla diffusione della malaria, collegate alla maggiore esposizione dei maschi a causa dell’attività lavorativa, possono aiutare a spiegare le differenze. Le province che dalle inchieste di fine Ottocento risultano particolarmente esposte quali Trapani, Catania, Caltanissetta, le province sarde (Corti 1984), presentano andamenti dello stesso segno. In Sicilia le donne trapanesi vivono 1 anno e mezzo di più in media degli uomini e anche le donne catanesi e di Caltanissetta evidenziano situazioni relativamente più favorevoli.

Con il 1881 rimangono i ‘segni’ delle differenze, ma in genere diminuiscono i divari. Si assiste in generale cioè ad un processo di omogeneizzazione sia per quanto riguarda l’indice complessivo di mortalità sia in relazione alle differenze di genere nelle età riproduttive. Proprio in numerose province del Sud il rapporto dell’indice di sopravvivenza nelle età giovani-adulte si inverte a favore degli uomini. Questo andamento può essere coerente – nel contesto di una interpretazione di quelle differenze di genere legate alla malaria – con una attenuazione dell’endemia malarica, non necessariamente legata agli interventi di bonifica del territorio o a progressi terapeutici, di cui godono in maniera particolare i giovani adulti maschi.

Senza attribuire ai risultati ottenuti un forte significato esplicativo, si è sviluppato un ‘esercizio’ di classificazione delle province utilizzando tecniche di cluster

Tab. 8. Indicatori di sopravvivenza secondo il sesso e la provincia, 1871 e 1881

1871	e_0^M	e_0^F	e_0^M/e_0^F	$L_{20-44}/l_{20}(M)$	$L_{20-44}/l_{20}(F)$	(M)/(F)	(M)-(F)
<i>Province</i>				col. 1	col. 2	col. 1/col. 2	col. 1 -col. 2
<i>Piemonte</i>							
Alessandria	36,40	36,01	1,01	22,29	21,88	1,019	4,92
Cuneo	36,01	35,36	1,02	22,15	21,43	1,033	8,64
Novara	34,91	36,11	0,97	21,89	21,76	1,006	1,56
Torino	35,85	36,26	0,99	21,81	21,63	1,009	2,16
<i>Lombardia</i>							
Bergamo	33,48	33,06	1,01	22,24	21,63	1,028	7,32
Brescia	34,97	35,33	0,99	22,26	21,57	1,032	8,28
Como	38,19	36,57	1,04	22,55	21,59	1,044	11,52
Cremona	32,76	33,17	0,99	22,49	21,57	1,042	11,04
Milano	31,66	32,07	0,99	21,61	21,12	1,023	5,88
Mantova	34,53	34,62	1,00	22,05	21,31	1,034	8,88
Pavia	33,92	34,44	0,98	21,79	21,62	1,008	2,04
Sondrio	35,91	35,97	1,00	22,31	21,88	1,019	5,16
<i>Veneto</i>							
Belluno	39,08	40,01	0,98	22,46	22,47	0,999	-0,12
Padova	32,84	34,08	0,96	22,03	21,85	1,008	2,16
Rovigo	30,88	32,17	0,96	22,08	21,73	1,016	4,20
Treviso	38,07	36,88	1,03	22,56	22,07	1,022	5,88
Udine	38,00	38,17	1,00	22,45	22,14	1,014	3,72
Venezia	32,73	33,41	0,98	21,79	21,53	1,012	3,12
Verona	35,66	36,52	0,98	21,92	21,61	1,014	3,72
Vicenza	36,28	35,74	1,02	22,55	21,94	1,028	7,32
<i>Liguria</i>							
Genova	36,95	38,13	0,97	22,08	21,97	1,005	1,32
Porto Maurizio	34,65	36,24	0,96	22,08	22,34	0,988	-3,16
<i>Emilia Ducati</i>							
Modena	30,69	29,98	1,02	21,99	21,28	1,034	8,52
Parma	33,93	33,02	1,03	22,05	21,02	1,049	12,36
Piacenza	30,57	30,56	1,00	21,92	20,93	1,047	11,88
Reggio E.	33,44	32,71	1,02	22,41	21,79	1,028	7,44
<i>Emilia Romagna</i>							
Bologna	33,39	34,64	0,96	21,75	21,33	1,019	5,04
Ferrara	25,01	26,57	0,94	20,88	20,69	1,010	2,28
Forlì	30,49	29,61	1,03	22,14	21,66	1,022	5,76
Ravenna	32,36	33,56	0,96	21,86	20,99	1,041	10,44
<i>Toscana</i>							
Arezzo	33,19	32,18	1,03	22,78	22,32	1,021	5,52
Firenze	30,67	29,70	1,03	22,27	21,57	1,033	8,40
Grosseto	26,59	28,55	0,93	20,42	20,54	0,994	-1,44
Livorno	32,12	33,20	0,97	21,59	21,84	0,989	-3,00

1871 <i>Province</i>	e_0^M	e_0^F	e_0^M/e_0^F	$L_{20-44}/L_{20}(M)$ col. 1	$L_{20-44}/L_{20}(F)$ col. 2	(M)/(F) col. 1/col. 2	(M)-(F) col. 1 -col. 2
Lucca	35,13	34,81	1,01	22,37	22,38	0,999	-0,12
Massa C.	32,41	32,86	0,99	21,96	22,16	0,991	-2,40
Pisa	36,59	36,21	1,01	22,54	21,85	1,031	8,28
Siena	33,50	32,86	1,02	22,13	21,54	1,027	7,08
<i>Umbria</i>							
Perugia	38,74	37,63	1,03	22,48	22,46	1,001	0,24
<i>Marche</i>							
Ancona	33,24	34,27	0,97	21,99	22,22	0,989	-2,76
Ascoli Piceno	35,67	34,83	1,02	22,45	22,85	0,983	-4,80
Macerata	36,51	38,65	0,94	22,51	23,13	0,973	-7,44
Pesaro U.	34,91	34,02	1,03	22,23	22,29	0,997	-0,72
<i>Abruzzi</i>							
Aquila	33,14	34,53	0,96	21,94	22,47	0,976	-6,36
Campobasso	21,34	22,90	0,93	21,29	21,98	0,968	-8,28
Chieti	24,69	24,89	0,99	21,22	21,73	0,976	-6,12
Teramo	32,29	32,52	0,99	22,08	22,23	0,990	-1,80
<i>Campania</i>							
Avellino	27,86	29,35	0,95	22,09	22,29	0,991	-2,40
Benevento	27,88	28,43	0,98	22,17	22,08	1,001	1,08
Caserta	29,79	32,14	0,93	21,86	22,63	0,966	-9,24
Napoli	27,82	30,19	0,92	21,28	22,05	0,965	-9,24
Salerno	27,93	29,72	0,94	21,64	22,19	0,975	-6,60
Cosenza	29,45	32,90	0,90	20,77	22,01	0,944	-14,88
Reggio C.	30,61	32,07	0,95	21,56	22,27	0,968	-8,52
<i>Basilicata</i>							
Potenza	24,51	26,36	0,93	20,01	20,74	0,965	-8,76
<i>Puglia</i>							
Bari	30,01	32,29	0,93	22,18	22,63	0,981	-5,40
Foggia	21,70	25,68	0,85	19,38	21,36	0,907	-23,76
Lecce	26,01	28,72	0,91	21,16	22,04	0,961	-10,56
<i>Sicilia</i>							
Agrigento	34,82	38,29	0,91	21,74	22,71	0,957	-11,64
Caltanissetta	30,25	33,52	0,90	21,54	22,53	0,956	-11,88
Catania	28,61	32,22	0,89	20,97	22,17	0,946	-14,40
Messina	34,83	37,22	0,94	21,82	22,49	0,971	-8,04
Palermo	35,47	38,61	0,92	22,11	22,51	0,982	-4,80
Siracusa	31,59	33,77	0,94	22,23	22,58	0,984	-4,20
Trapani	28,51	32,80	0,87	21,09	22,64	0,932	-18,60
<i>Sardegna</i>							
Cagliari	27,24	28,78	0,95	20,51	21,21	0,967	-8,40
Sassari	29,36	30,36	0,97	20,56	20,85	0,986	-3,48
Regno	31,85	32,97	0,97	21,78	21,86	0,996	-0,96

1881	e_0^M	e_0^F	e_0^M/e_0^F	$L_{20-44}/l_{20}(M)$	$L_{20-44}/l_{20}(F)$	(M)/(F)	(M)-(F)
<i>Province</i>				col. 1	col. 2	col. 1/col. 2	col. 1 - col. 2
<i>Piemonte</i>							
Alessandria	38,42	37,70	1,02	22,80	22,05	1,034	9,00
Cuneo	39,70	38,67	1,03	22,69	22,64	1,035	0,60
Novara	36,53	38,27	0,95	22,36	22,03	1,015	3,96
Torino	36,63	37,01	0,99	22,15	21,89	1,012	3,12
<i>Lombardia</i>							
Bergamo	36,03	35,67	1,01	22,62	21,72	1,041	10,80
Brescia	36,36	35,57	1,02	22,43	21,53	1,042	10,80
Como	38,13	36,61	1,04	22,76	21,77	1,045	11,88
Cremona	36,57	36,66	1,00	22,89	21,97	1,042	11,04
Milano	34,54	33,78	1,02	22,59	21,64	1,044	11,40
Mantova	39,85	39,46	1,01	22,73	22,24	1,022	5,88
Pavia	37,02	36,90	1,00	22,95	22,31	1,029	7,68
Sondrio	38,57	38,38	1,00	22,77	22,68	1,004	1,08
<i>Veneto</i>							
Belluno	40,59	41,35	0,98	22,58	22,82	0,989	-2,88
Padova	36,05	36,77	0,98	22,52	22,37	1,007	1,80
Rovigo	33,47	35,43	0,94	22,72	22,39	1,015	3,96
Treviso	40,35	41,24	0,98	22,85	22,49	1,016	4,32
Udine	40,14	39,88	1,01	22,74	22,40	1,015	4,08
Venezia	36,04	37,22	0,97	22,31	22,12	1,001	2,28
Verona	42,38	42,53	1,00	22,76	22,23	1,024	6,36
Vicenza	39,62	39,11	1,01	23,06	22,33	1,033	8,76
<i>Liguria</i>							
Genova	37,69	37,46	1,01	22,58	21,98	1,027	7,20
Porto Maurizio	38,01	39,40	0,96	22,09	22,15	0,997	-0,72
<i>Emilia Ducati</i>							
Modena	34,67	34,06	1,02	22,52	21,64	1,041	10,56
Parma	38,48	38,86	0,99	22,51	21,90	1,028	7,32
Piacenza	37,28	36,84	1,01	22,68	21,93	1,034	9,00
Reggio E.	35,81	35,54	1,01	22,58	21,79	1,036	9,48
<i>Emilia Romagna</i>							
Bologna	35,20	35,63	0,99	22,33	21,79	1,025	6,48
Ferrara	30,55	30,42	1,00	22,41	21,87	1,025	6,48
Forlì	34,89	33,81	1,03	23,03	22,33	1,031	8,40
Ravenna	38,58	37,75	1,02	22,79	22,04	1,034	9,00
<i>Toscana</i>							
Arezzo	35,58	35,05	1,02	22,75	22,25	1,022	6,00
Firenze	36,47	35,15	1,04	22,60	21,71	1,041	10,68
Grosseto	32,68	33,68	0,97	21,45	21,49	0,998	-0,48
Livorno	39,48	39,72	0,99	22,27	22,23	1,002	0,48
Lucca	37,22	37,59	0,99	22,54	22,48	1,003	0,72
Massa C.	35,39	35,83	0,99	23,00	22,89	1,005	1,32
Pisa	39,63	39,78	1,00	22,78	22,00	1,035	9,36
Siena	37,73	36,04	1,05	22,84	21,92	1,042	11,04

1881 <i>Province</i>	e_0^M	e_0^F	e_0^M/e_0^F	$L_{20-44}/I_{20}(M)$ col. 1	$L_{20-44}/I_{20}(F)$ col. 2	(M)/(F) col. 1/col. 2	(M)-(F) col. 1 -col. 2
<i>Umbria</i>							
Perugia	37,78	37,04	1,02	22,6	22,41	1,008	2,28
<i>Marche</i>							
Ancona	34,62	34,87	0,99	22,37	22,65	0,988	-3,36
Ascoli Piceno	39,29	39,11	1,00	22,74	22,71	1,001	0,36
Macerata	39,03	38,39	1,02	23,00	22,89	1,001	1,32
Pesaro U.	34,14	33,77	1,01	22,52	22,30	1,010	2,64
<i>Abruzzi</i>							
Aquila	35,06	36,09	0,97	22,41	22,62	0,991	-2,52
Campobasso	29,80	32,29	0,92	22,23	22,66	0,981	-5,16
Chieti	35,47	35,80	0,99	22,68	22,77	0,996	-1,08
Teramo	40,15	39,75	1,01	22,91	22,69	1,001	2,64
<i>Lazio</i>							
Roma	28,80	31,05	0,93	21,20	21,70	0,977	-6,00
<i>Campania</i>							
Avellino	32,38	33,09	0,98	22,91	22,89	1,001	0,24
Benevento	31,76	33,41	0,95	22,85	22,74	1,005	1,32
Caserta	29,53	31,79	0,93	21,88	22,38	0,978	-6,00
Napoli	32,36	33,42	0,97	22,02	22,35	0,985	-3,96
Salerno	35,00	36,04	0,97	22,83	23,00	0,993	-2,04
<i>Calabria</i>							
Catanzaro	31,54	32,80	0,96	21,62	22,28	0,970	-7,92
Cosenza	33,69	34,53	0,98	21,59	22,41	0,963	-9,84
Reggio C.	33,06	34,25	0,97	22,10	22,15	0,998	-0,60
<i>Basilicata</i>							
Potenza	29,68	31,70	0,94	22,17	22,77	0,974	-7,20
<i>Puglia</i>							
Bari	33,71	33,80	1,00	23,05	22,91	1,006	1,68
Foggia	29,89	32,58	0,92	21,66	22,55	0,961	-10,68
Lecce	33,83	34,35	0,98	22,81	22,92	0,995	-1,32
<i>Sicilia</i>							
Agrigento	35,07	35,07	1,00	22,53	22,76	0,990	-2,76
Caltanissetta	31,34	32,31	0,97	22,61	22,69	0,996	-0,96
Catania	31,51	33,73	0,93	22,37	22,88	0,978	-6,12
Messina	36,51	36,66	1,00	22,54	22,64	0,996	-1,20
Palermo	36,14	36,42	0,99	22,69	22,68	1,000	0,12
Siracusa	32,46	31,64	1,03	22,35	22,57	0,990	-2,64
Trapani	38,45	39,78	0,97	23,07	23,10	0,999	-0,36
<i>Sardegna</i>							
Cagliari	36,84	38,44	0,96	23,17	23,09	1,003	0,96
Sassari	37,55	38,19	0,98	22,03	21,84	1,009	2,28
Regno	35,19	35,69	0,99	22,46	22,28	1,008	2,16

analysis sulla base delle variabili relative alla misura della mortalità complessiva e quelle che si riferiscono alle età riproduttive. L'applicazione è stata condotta utilizzando indicatori relativizzati al valore del Regno. I gruppi ottenuti sono, in tutti i casi, estremamente diversi. Ai nostri fini interessa mettere in luce in particolare la tipologia dei gruppi che deriva dall'aggregazione secondo i valori degli anni vissuti dagli uomini e dalle donne in età riproduttiva e dalla loro differenza, perché questo consente di descrivere al meglio il processo di aggregazione secondo le variabili di genere¹¹. È evidente che così facendo 'mescoliamo' province ad alta mortalità e a bassa mortalità. Nel tentativo di tenere conto sia delle differenze di genere in età feconda sia del livello complessivo della mortalità, abbiamo raggruppato le province considerando anche il livello della speranza di vita maschile e femminile. Questo indice è apparso subito 'dominante' nel processo di aggregazione, condizionando pesantemente i gruppi, e l'indice che misura le differenze di anni vissuti in età riproduttiva appare meno incisivo nel determinare le aggregazioni¹².

Abbiamo quindi preferito tenere separati i due modelli, ottenendo così due tipologie di gruppi, una relativa al raggruppamento determinato sulla base della speranza di vita alla nascita e l'altra con l'indice delle differenze di anni vissuti in età 20-44¹³. Nelle tavole 1/APP. e 2/APP. si sono riportati i risultati della cluster analysis per il 1871 e il 1881 (le aggregazioni sono quelle ottenute con un numero di gruppi pari a 9, 8... fino a 2), che suggeriscono alcune considerazioni aggiuntive a quanto già messo in luce in precedenza. Per il 1871 è interessante osservare quali sono i gruppi 'stabili', cioè quelli formati dalle province che anche ad un livello di maggiore disaggregazione rimangono insieme, evidenziando similarità nel modello di mortalità per genere. I gruppi risultano di più facile interpretazione quando le province sono contigue o comunque vicine geograficamente, come nel caso delle province piemontesi o lombarde di Alessandria, Cuneo, Sondrio, Brescia, Como, Bergamo e Cremona. Nello stesso grosso cluster (quando si opta per il massimo livello di disaggregazione proposto, i 9 gruppi) però si trovano anche molte province toscane, venete o friulane. Ci sono poi province che a tale livello di disaggregazione si 'isolano' in piccoli gruppi; si hanno in questo modo cluster di province della stessa regione o di regioni limitrofe (è il caso ad esempio di province lombarde o emiliane) ma anche province molto lontane, la cui 'prossimità' è messa in luce dal modello di cluster applicato alle variabili di mortalità per genere scelte.

Il raggruppamento diventa interpretabile solo indagando sulle cause di morte predominanti. È questo il caso, ad esempio, del gruppo formato da Grosseto, Cagliari, Sassari, Ferrara e Potenza che, assieme a Foggia, rimane 'isolato' anche quando i gruppi considerati sono solo tre, numero di gruppi che statisticamente rappresenta la 'migliore partizione' del nostro insieme. Questo piccolo gruppo è contrassegnato da un lieve vantaggio femminile in un contesto, tuttavia, caratterizzato da altissima mortalità, in particolare legata alla malaria. In queste province, infatti, la speranza di vita alla nascita non arriva ai 30 anni, salvo che per le donne di Sassari. Aggiungiamo che anche utilizzando gli altri indicatori proposti (ad esempio la speranza di vita e i sopravvissuti a 20 anni), queste province tendono a aggregarsi, ad evidenziare cioè un modello di sopravvivenza che le accomuna al di là della non contiguità territoriale¹⁴.

Gli altri due gruppi, molto più ampi, accorpano province molto diverse quanto

a livello di speranza di vita, anche se generalmente – come abbiamo già ricordato – il gruppo contraddistinto dalla supermortalità femminile riunisce aree a mortalità generale meno aggressiva (più spesso province del Nord) e quello dove le donne godono di una relativamente maggiore sopravvivenza nelle età feconde (in genere le province del Sud) presentano livelli di mortalità superiori.

I dati provinciali riferiti alle due date censuarie 1871 e 1881 consentono di fare alcune riflessioni sugli andamenti della sopravvivenza in età giovane-adulta nel decennio considerato.

Per il sesso maschile (cfr. ancora tab. 8) la sola provincia che presenta una diminuzione nel numero medio di anni vissuti tra 25 e 44 anni è Arezzo; per il sesso femminile il gruppo è più numeroso e, oltre ad Arezzo, comprende province delle regioni settentrionali e centrali (Brescia, Porto Maurizio, Perugia) e meridionali (Ascoli Piceno, Reggio Calabria, Macerata, Siracusa, Caserta). Le variazioni sono di lieve entità, con l'eccezione di Caserta e Macerata con tre mesi circa vissuti mediamente in meno.

In tutte le altre province gli andamenti sono positivi e in generale le variazioni sono più accentuate per il sesso maschile, specialmente nelle zone che al 1871 lo vedevano svantaggiato: tra le 14 province che presentano una variazione superiore all'anno per i maschi si collocano infatti quelle che al 1871 presentavano un modello di sopravvivenza più precario: Grosseto, Sassari, Ferrara, Trapani, Potenza, Foggia (quest'ultima con un guadagno di 27,36 mesi in media per i sopravvissuti a 20 anni), Cagliari (con il guadagno più elevato per i maschi: 31,92 mesi). Per le femmine, sono 8 le province che presentano un guadagno medio in termini di anni vissuti nelle età considerate superiore a 12 mesi: i valori più elevati a Cagliari (22,56 mesi) e Potenza (24,36 mesi). Le province che presentano le maggiori variazioni negli anni vissuti per le femmine sono 12 e, a parte Ancona e Pescara, appartengono tutte a regioni del Nord: Veneto, Emilia e Lombardia.

Considerando congiuntamente sia le variazioni che i due sessi separatamente hanno realizzato nel decennio 1871-81, sia la differenza (M-F) nei guadagni realizzati, si possono quindi identificare tre gruppi di province.

Al primo gruppo appartengono 9 province¹⁵ che realizzano elevati guadagni nel numero di anni vissuti tra 25 e 44 anni sia per i maschi sia per le femmine, ma con un rapporto di grandezza favorevole ai maschi. All'interno del gruppo Foggia e Trapani presentano una differenza a favore dei maschi superiore all'anno: 13,08 e 18,24 mesi rispettivamente.

Un secondo gruppo è costituito da 36 province (di cui 30 nelle regioni settentrionali o centrali) caratterizzate da variazioni positive nel numero di anni vissuti realizzate da entrambi i sessi, con differenze modeste tra maschi e femmine, o da variazioni relativamente più favorevoli al sesso femminile¹⁶. A questo gruppo appartiene anche la provincia di Grosseto, che vede aumentare la sopravvivenza tra 25 e 44 anni di 12,36 mesi e 11,4 mesi rispettivamente per maschi e femmine. Infine, un terzo gruppo è costituito da 22 province caratterizzate da andamenti tra il 1871 e il 1881 che comportano guadagni non molto elevati (o variazioni negative¹⁷) nel numero medio di anni vissuti per entrambi i sessi, ma con differenze accentuate tra maschi e femmine.

Dati questi andamenti nel decennio considerato, il 1881 presenta un quadro di-

verso, pur contraddistinto ancora da una generale dicotomia nord-sud.

Alcune province del Nord risultano particolarmente svantaggiate per le donne se si considerano ancora gli stessi indicatori: tra queste le zone di più elevata industrializzazione tessile come Como e Brescia, poi Milano, Cremona, Modena, Reggio Emilia, Firenze, Siena.

Le province in cui le donne appaiono più avvantaggiate risultano Foggia (che pure nel decennio considerato ha visto realizzare un vistoso guadagno in termini di anni vissuti per i maschi) Campobasso, Potenza, Caserta, Catania.

Appendice

Tab. 1/APP. *Processo di raggruppamento delle provincie italiane al 1871 secondo il metodo di Ward.* °

Variabili di aggregazione: Differenza fra gli anni vissuti nelle età 20-44 dalla popolazione maschile rapportati ai sopravvissuti a 20 anni e gli anni vissuti nelle età 20-44 dalla popolazione femminile rapportati alle sopravvissute a 20 anni.

A)	Numero di gruppi									
	Provincia	N.	9	8	7	6	5	4	3	2
Alessandria	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Sondrio	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Vicenza	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Pisa	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Reggio Emilia	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Padova	6	2	2	2	2	1	1	1	1	1
Treviso	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Udine	8	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Genova	9	2	2	2	2	1	1	1	1	1
Belluno	10	3	3	3	3	2	2	2	2	2
Perugia	11	3	3	3	3	2	2	2	2	2
Benevento	12	2	2	2	2	1	1	1	1	1
Avellino	13	3	3	3	3	2	2	2	2	2
Porto Maurizio	14	3	3	3	3	2	2	2	2	2
Lucca	15	3	3	3	3	2	2	2	2	2
Massacarrara	16	3	3	3	3	2	2	2	2	2
Ancona	17	3	3	3	3	2	2	2	2	2
Ascoli piceno	18	4	4	4	3	2	2	2	2	2
Macerata	19	4	4	4	3	2	2	2	2	2
Pesaro Urbino	20	3	3	3	3	2	2	2	2	2
Aquila	21	4	4	4	3	2	2	2	2	2
Agrigento	22	4	4	4	3	2	2	2	2	2
Messina	23	4	4	4	3	2	2	2	2	2
Palermo	24	4	4	4	3	2	2	2	2	2
Arezzo	25	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Teramo	26	3	3	3	3	2	2	2	2	2
Bari	27	4	4	4	3	2	2	2	2	2
Siracusa	28	4	4	4	3	2	2	2	2	2

A) Provincia	N.	Numero di gruppi							
		9	8	7	6	5	4	3	2
Caserta	29	4	4	4	3	2	2	2	2
Reggio Calabria	30	5	5	5	4	3	3	2	2
Caltanissetta	31	4	4	4	3	2	2	2	2
Salerno	32	5	5	5	4	3	3	2	2
Cuneo	33	1	1	1	1	1	1	1	1
Novara	34	2	2	2	2	1	1	1	1
Torino	35	2	2	2	2	1	1	1	1
Brescia	36	1	1	1	1	1	1	1	1
Como	37	1	1	1	1	1	1	1	1
Verona	38	2	2	2	2	1	1	1	1
Bergamo	39	1	1	1	1	1	1	1	1
Cremona	40	1	1	1	1	1	1	1	1
Milano	41	6	6	6	5	4	1	1	1
Mantova	42	6	6	6	5	4	1	1	1
Pavia	43	2	2	2	2	1	1	1	1
Venezia	44	2	2	2	2	1	1	1	1
Parma	45	6	6	6	5	4	1	1	1
Bologna	46	6	6	6	5	4	1	1	1
Ravenna	47	6	6	6	5	4	1	1	1
Siena	48	1	1	1	1	1	1	1	1
Rovigo	49	1	1	1	1	1	1	1	1
Modena	50	6	6	6	5	4	1	1	1
Piacenza	51	6	6	6	5	4	1	1	1
Forlì	52	1	1	1	1	1	1	1	1
Firenze	53	1	1	1	1	1	1	1	1
Livorno	54	5	5	5	4	3	3	2	2
Napoli	55	5	5	5	4	3	3	2	2
Cosenza	56	7	5	5	4	3	3	2	2
Catania	57	7	5	5	4	3	3	2	2
Trapani	58	7	5	5	4	3	3	2	2
Grosseto	59	8	7	7	6	5	4	3	2
Cagliari	60	8	7	7	6	5	4	3	2
Sassari	61	8	7	7	6	5	4	3	2
Campobasso	62	5	5	5	4	3	3	2	2
Chieti	63	5	5	5	4	3	3	2	2
Lecce	64	5	5	5	4	3	3	2	2
Ferrara	65	8	7	7	6	5	4	3	2
Potenza	66	8	7	7	6	5	4	3	2
Foggia	67	9	8	7	6	5	4	3	2

° Come è noto, il metodo individua i gruppi con la minore variabilità all'interno (minore devianza 'entro') e fonde i gruppi con la minore devianza 'tra'.

B) Composizione dei gruppi di province con un numero di cluster pari a 3

1° Gruppo: Province a supermortalità femminile nelle età riproduttive AL,AR,BG,BN,BO,BS,CO,CR,CU,FI,FO,GE,MI,MN,MO,NO,PC,PD,PI,PR,PV,RA,RE,RO,SI,SO,TO,TV,UD,VE,VI,VR

2° Gruppo: Province a supermortalità maschile nelle età riproduttive AG,AN,APAQ,AV,BA,BL,CB,CE,CH,CL,CS,CT,IM,LE,LI,LU,MC,ME,NA,PA,PG,PS,RC,SA,SR,TE,TP

3° Gruppo: Province a supermortalità maschile nelle età riproduttive e a speranza di vita molto bassa CA,FE,FG,GR,PZ,SS

Tab. 2/APP. *Processo di raggruppamento delle province italiane al 1881 secondo il metodo di Ward.* °

Variabili di aggregazione: Differenza fra gli anni vissuti nelle età 20-44 dalla popolazione maschile rapportati ai sopravvissuti a 20 anni e gli anni vissuti nelle età 20-44 dalla popolazione femminile rapportati alle sopravvissute a 20 anni.

A)	Numero di gruppi									
	Provincia	N.	9	8	7	6	5	4	3	2
Alessandria	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Bergamo	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1
Brescia	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1
Como	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Cremona	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Milano	6	2	1	1	1	1	1	1	1	1
Genova	7	2	1	1	1	1	1	1	1	1
Modena	8	2	1	1	1	1	1	1	1	1
Parma	9	2	1	1	1	1	1	1	1	1
Piacenza	10	2	1	1	1	1	1	1	1	1
Reggio Emilia	11	2	1	1	1	1	1	1	1	1
Bologna	12	2	1	1	1	1	1	1	1	1
Ravenna	13	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Firenze	14	2	1	1	1	1	1	1	1	1
Siena	15	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Ferrara	16	2	1	1	1	1	1	1	1	1
Pisa	17	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Novara	18	3	2	2	2	2	2	2	2	2
Torino	19	3	2	2	2	2	2	2	2	2
Venezia	20	3	2	2	2	2	2	2	2	2
Porto Maurizio	21	3	2	2	2	2	2	2	2	2
Livorno	22	3	2	2	2	2	2	2	2	2
Sassari	23	3	2	2	2	2	2	2	2	2
Grosseto	24	4	3	3	3	3	2	2	2	2
Roma	25	4	3	3	3	3	2	2	2	2

A) Provincia	N.	Numero di gruppi							
		9	8	7	6	5	4	3	2
Caserta	26	5	4	3	3	3	2	2	2
Napoli	27	5	4	3	3	3	2	2	2
Catanzaro	28	5	4	3	3	3	2	2	2
Cosenza	29	5	4	3	3	3	2	2	2
Reggio Calabria	30	3	2	2	2	2	2	2	2
Foggia	31	5	4	3	3	3	2	2	2
Cuneo	32	6	5	4	4	4	3	3	2
Mantova	33	7	6	5	5	5	4	1	1
Pavia	34	7	6	5	5	5	4	1	1
Sondrio	35	6	5	4	4	4	3	3	2
Belluno	36	6	5	4	4	4	3	3	2
Padova	37	6	5	4	4	4	3	3	2
Rovigo	38	7	6	5	5	5	4	1	1
Treviso	39	7	6	5	5	5	4	1	1
Udine	40	7	6	5	5	5	4	1	1
Verona	41	7	6	5	5	5	4	1	1
Vicenza	42	7	6	5	5	5	4	1	1
Forlì	43	7	6	5	5	5	4	1	1
Arezzo	44	7	6	5	5	5	4	1	1
Lucca	45	6	5	4	4	4	3	3	2
Massacarrara	46	8	7	6	6	4	3	3	2
Perugia	47	6	5	4	4	4	3	3	2
Ancona	48	9	8	7	4	4	3	3	2
Ascoli Piceno	49	6	5	4	4	4	3	3	2
Macerata	50	8	7	6	6	4	3	3	2
Pesaro Urbino	51	6	5	4	4	4	3	3	2
Aquila	52	9	8	7	4	4	3	3	2
Chieti	53	6	5	4	4	4	3	3	2
Teramo	54	6	5	4	4	4	3	3	2
Avellino	55	8	7	6	6	4	3	3	2
Benevento	56	6	5	4	4	4	3	3	2
Salerno	57	8	7	6	6	4	3	3	2
Bari	58	8	7	6	6	4	3	3	2
Lecce	59	8	7	6	6	4	3	3	2
Agrigento	60	6	5	4	4	4	3	3	2
Messina	61	6	5	4	4	4	3	3	2
Palermo	62	6	5	4	4	4	3	3	2
Trapani	63	8	7	6	6	4	3	3	2
Cagliari	64	8	7	6	6	4	3	3	2
Campobasso	65	9	8	7	4	4	3	3	2
Potenza	66	9	8	7	4	4	3	3	2
Caltanissetta	67	6	5	4	4	4	3	3	2
Catania	68	9	8	7	4	4	3	3	2
Siracusa	69	9	8	7	4	4	3	3	2

° Come è noto, il metodo individua i gruppi con la minore variabilità all'interno (minore devianza 'entro') e fonde i gruppi con la minore devianza 'tra'.

B) Composizione dei gruppi di province con un numero di cluster pari a 3

1° Gruppo: Province a supermortalità femminile nelle età riproduttive AL,AR,BG,BO,BS,CO,CR,FE,FI,FO,GE,MI,MN,MO,PC,PI,PR,PV,RA,RE,RO,SI,TV,UD,VI,VR

2° Gruppo: Province a supermortalità maschile nelle età riproduttive Roma,CE,CS,CZ,FG,GR,IM,LI,NA,NO,RC,SS,TO,VE

3° Gruppo: Province a mortalità uguale fra i sessi nelle età riproduttive AG,AN,APAQ,AV,BA,BL,BN,CA,CB,CH,CL,CT,CU,LE,LU,MC,ME,PA,PD,PG,PS,PZ,SA,SO,SR,T,TP

¹ Nel corso dell'Ottocento si sviluppa una nuova sensibilità nei confronti della conoscenza statistica dei fenomeni, tra cui la morbosità e la mortalità. Durante gli anni Ottanta del XIX secolo anche tra i ceti più conservatori emerge un nuovo interesse per la 'questione sociale': vengono rafforzandosi nel paese sia quelle tendenze scientifico-divulgative volte a migliorare la situazione dei singoli attraverso l'igiene e l'istruzione, sia un nuovo interesse verso i rischi di singoli gruppi, esposti a particolari cause di morte derivanti dallo svolgimento di specifici mestieri.

Un interesse molto forte viene convogliato verso i problemi del lavoro in miniera (Tore 1982), nelle tessiture, e verso le condizioni di vita delle classi agricole. Da queste premesse nasce in questo secolo un filone di letteratura medica all'interno della quale si inserisce anche la statistica sanitaria, su cui si fondano le grandi inchieste sanitarie degli ultimi decenni del XIX secolo, che prendono in esame diversi aspetti della vita individuale: non solo la diffusione delle malattie e le cause di morte, bensì anche alimentazione, caratteristiche ambientali, rapporti sociali. Nelle relazioni mediche di questi anni inoltre molto spesso vengono criticate le condizioni degli ospedali: tipologia di costruzione, ubicazione, dimensione degli stessi (Pancino 1992). Fino agli anni Novanta manca però una distinzione tra malattie di origine ambientale e malattie professionali, fra i danni determinati dall'eccessivo sfruttamento e quelli dovuti alla qualità del lavoro.

² Più che a motivi ambientali e a problemi di sottoalimentazione, il rachitismo è legato quindi ad abitudini comportamentali. La paura delle conseguenze delle deformazioni era talmente forte che portava ad atteggiamenti estremi come avveniva, per esempio, per le donne irlandesi di ceto sociale più basso, che arrivavano a spezzare le ossa pelviche delle neonate immediatamente dopo la nascita in modo che poi potessero partorire più facilmente (Shorter 1982).

³ Peraltro, già nel 1846 il medico ungherese Semmelweis nota le grosse differenze esistenti nella mortalità delle puerpere ricoverate in due diverse sezioni delle cliniche ostetriche viennesi (11,4% contro 2,7%) e collega questi riscontri al fatto che fra gli operatori sanitari della prima vi sono studenti che si esercitano anche nell'Istituto di Anatomia Patologica, mentre nella seconda si esercitano solo le levatrici (Cosmacini 1988). Seppure in maniera non chiara, Semmelweis ipotizza che sia l'intossicazione da contatto la causa prevalente dei diversi livelli di mortalità (Premuda 1998; Almaviva 1999).

⁴ Le tavole, non ancora edite e in fase di ulteriore controllo, sono state costruite e rese disponibili da Lorenzo Del Pantà.

⁵ In questo lavoro si è individuato nella classe di età 20-44 l'intervallo nel quale confrontare le differenze di mortalità per genere. La definizione 'età feconde' è usata in alternativa a 'giovani-adulte' facendo riferimento alle età in cui si esplicita il processo riproduttivo femminile in anni di fecondità ancora elevata.

⁶ Nell'Ottocento tifo, vaiolo e, soprattutto, colera sono diventati i nuovi capisaldi della mortalità eccezionale. Dalla metà del secolo, per merito delle campagne di vaccinazione, le epidemie di vaiolo si rarefanno e la diffusione del colera assume particolare importanza (Sori 1984). Un'altra patologia, la malaria, ha condizionato la vita della popolazione italiana nei secoli passati e ancora nel XIX secolo mostra una diffusione su gran parte del territorio italiano,

con particolare gravità nelle regioni meridionali (Corti 1984). La diffusione della malaria ha condizionato pesantemente la sopravvivenza nelle età adulte e contribuito a determinare rischi di morte differenziati (a sfavore del sesso maschile) in numerose aree del paese.

⁷ Nel saggio di Geddes da Filicaia (2000) è riportata un'ampia ed articolata descrizione delle informazioni relative alla mortalità e alle condizioni di salute contenute negli *Annali* nel periodo 1871-1997.

⁸ Non è possibile costruire un quadro esauriente della diffusione della febbre puerperale per l'Italia data la scarsità dei dati statistici (Almaviva 1999); poche informazioni si possono desumere da diverse inchieste realizzate tra la seconda metà del XIX e i primi decenni del XX secolo (Breschi, Pozzi 1997). In particolare nell'*Inchiesta sulle condizioni igieniche e sanitarie nei comuni del Regno* (Direzione Generale della Statistica 1886a) si mette in risalto che negli anni 1884-85 soltanto 5.880 parti (5.977 nati, su oltre un milione in totale) si verificano in ospedale; vengono operate 860 donne (pari al 14,6% delle ricoverate), e 146 donne muoiono (il 2,5% delle ricoverate), 79 per malattie puerperali e 67 in seguito ad operazione ostetrica. Queste scarse informazioni non consentono di approfondire l'analisi sui comportamenti delle donne rispetto al luogo del parto. La quota di parti avvenuta in ospedale è particolarmente bassa, e non è indicato nella fonte per quale motivo le 5.880 donne si recano a partorire in un ospedale, se per una scelta individuale o perché costrette da particolari patologie. Gran parte dei decessi indotti da cause legate alla gravidanza e al parto erano dovuti alla febbre puerperale, che trovava modo di diffondersi in particolare in strutture ospedaliere. Nei quattro anni 1881-84 morirono nei comuni capoluoghi di provincia, di circondario e di distretto, 6.095 donne per malattie di gravidanza, parto e puerperio (comprese 1.906 morte per febbre puerperale); e si registrarono 2.769 bambini morti dopo poche ore di vita, per asfissia o per apoplezia nell'atto del parto. Nello stesso periodo di tempo nei capoluoghi suddetti persero la vita 6 madri e 3 neonati ogni 1.000 parti. Su 9.479 donne che partorirono negli ospizi di maternità durante il biennio 1883-84, 1.077 dovettero subire operazioni ostetriche (Almaviva 1999). La morbilità e la mortalità all'interno dell'ospedale erano altissime, e lo sviluppo della febbre puerperale toccava punte ragguardevoli, pur senza raggiungere i livelli di altre maternità europee.

⁹ Le statistiche industriali prodotte tra il 1876 e il 1885 evidenziano la netta prevalenza del settore tessile, e al suo interno del comparto della seta, strettamente legato al mondo rurale che dà lavoro soprattutto a donne e a minori. Anche i dati sulla struttura professionale della popolazione censita al 1881 mettono in luce sia l'elevata partecipazione delle donne al lavoro nell'industria tessile, sia la presenza di giovanissime impiegate in queste attività: in Lombardia il 19% circa delle operaie tessili ha un'età compresa tra 9 e 15 anni (MAIC 1885).

¹⁰ Occorre premettere che, scendendo a livello territoriale disaggregato, possono 'pesare' maggiormente sia la diversa numerosità della popolazione (che per talune province può comportare un numero estremamente basso di eventi) sia errori che conducono a sottostime o a sovrastime del livello complessivo di mortalità.

¹¹ Il numero di gruppi su cui è più opportuno fermare l'attenzione è stato identificato attraverso la procedura di SPSS. Per i due anni considerati e per tutte le prove effettuate con diverse batterie di indicatori il numero 'ideale' di indicatori è risultato essere tre e talvolta quattro gruppi. Dato il numero delle province e per una migliore comparabilità dei risultati si è preferito fermare l'attenzione su tre gruppi.

¹² Ricordiamo che si tratta di indici ottenuti rapportando gli anni vissuti tra i 20 e i 44 anni ai sopravvissuti a 20 anni.

¹³ I risultati delle diverse prove sono disponibili e solo per motivi di spazio non sono stati riportati integralmente.

¹⁴ In particolare Grosseto è la provincia che nel 1882-84 presenta, a livello nazionale, i tassi di mortalità più elevati per febbre tifoide (2,7% contro una media nazionale di 0,9) e per malaria (6,5% contro 0,3 a livello nazionale). Seguono, per i decessi conseguenti a febbre tifoide, Cagliari (2,5%), Brescia e Massa C. (2,4%), Sondrio, Cagliari, Agrigento, Catania, Trapani (1,8-2%). Le province che presentano i tassi più elevati di mortalità per malaria dopo Grosseto sono Roma, Cosenza, Catanzaro, Agrigento, con valori oscillanti tra 1,5 e 2,5%. (Direzione Generale della Statistica 1886b, 180-181). La graduatoria per la malaria cambia se si utilizzano dati riferiti ad anni vicini, quando si fa riferimento a misure standardizzate per età: al 1888-91 i tassi più elevati risultano in corrispondenza di Cagliari e Sassari; Grosseto presenta un tasso inferiore pur essendo nella parte alta della graduatoria (Pozzi 1990). Occorre però precisare che le due serie si riferiscono ad ambiti territoriali differenti: considerare solo il capo-

luogo di provincia o l'intero territorio provinciale può falsare i confronti in quanto i comuni capoluogo possono avere una diversa estensione territoriale (e quindi 'pesare' diversamente nel determinare il quadro provinciale) ed avere un rapporto diverso tra area urbana ed area rurale.¹⁵ Cagliari, Chieti, Catania, Ferrara, Foggia, Lecce, Potenza, Sassari, Trapani.

¹⁶ Come a Cuneo, Parma, Sondrio, Mantova, Pescara, Belluno, Treviso, Ravenna, Venezia, Ancona, Padova, Rovigo.

¹⁷ Fra queste provincie, distribuite in tutte le ripartizioni territoriali, ricordiamo Bergamo, Brescia e Genova al Nord; Arezzo, Firenze e Perugia al Centro; Messina, Reggio Calabria, Palermo al Sud.

Riferimenti bibliografici

- M. Almaviva 1999, *Storia di un 'morbo femminile': il dibattito europeo sulla febbre puerperale tra XVIII e XX secolo*, «Bollettino di Demografia Storica», 30/31, 11-34
- K. Andreev 2000, *Sex differentials in survival in the Canadian population, 1921-1997: a descriptive analysis with focus on age-specific structure*, «Demographic Research», 3, article 12 (web site: www.demographic-research.org/volumes/vol3/12).
- A. Angeli, S. Salvini 1999, *La salute riproduttiva come indice di benessere individuale e collettivo*, «QualitàEquità. Rivista del welfare futuro», 14, 108-132.
- M.V. Ballestrero 1979, *Dalla tutela alla parità. La legislazione italiana sul lavoro delle donne*, Il Mulino, Bologna.
- F. Bettio 1988, *The sexual Division of labour. The Italian case*, Clarendon Press, Oxford.
- G. Bock 1992, *Povert  femmine, maternit  e diritti della madre*, in G. Duby, M. Perrot (a cura di), *Storia delle donne in Occidente*, F. Thebaud (a cura di), *Il Novecento*, Laterza, Roma-Bari.
- M. Breschi, L. Pozzi 1997, *Un problema di demografia differenziale: mortalit  infantile e condizione socio-economica*, in SIDES, *Disuguaglianze: stratificazione e mobilit  sociale nelle popolazioni italiane (dal sec. XIV agli inizi del secolo XX)*, CLUEB, Bologna, 285-310.
- D. Carpanetto 1997, *La professione medica a Torino alla fine del Settecento*, in A. Pastore, M.L. Betri (a cura di), *Avvocati medici ingegneri. Alle origini delle professioni moderne (secoli XVI XIX)*, CLEUB, Bologna.
- F. Carrara 1998, *I luoghi della maternit  a Firenze (secoli XVII-XX)*, «Bollettino di Demografia Storica», 30/31, 57-67.
- G. Caselli, V. Egidi 1991, *A new insight into morbidity and mortality transition in Italy*, «Genus», 47, 3/4, 1-29.
- C.A. Corsini 1996, *Infanzia e famiglia nel XIX secolo*, in E. Becchi, D. Julia (a cura di), *Storia dell'infanzia*, 2, *Dal Settecento a oggi*, Laterza, Roma-Bari, 250-281.
- C.A. Corsini, P.P. Viazzo 1997, *Recent advances and some open questions in long term study of infant and child mortality*, in C.A. Corsini, P.P. Viazzo (a cura di), *The decline of infant and child mortality*, Martinus Nijhoff, The Hague, London, XIII-XXXI.
- P. Corti 1984, *Malaria e societ  contadina nel Mezzogiorno*, in F. Della Peruta (a cura di), *Storia d'Italia, Annali*, 7, *Malattia e medicina*, Einaudi, Torino, 431-496.
- G. Cosmacini 1988, *L'igiene e il medico di famiglia*, in P. Melograni (a cura di), *La famiglia italiana dall'Ottocento a oggi*, Laterza, Roma-Bari, 589-628.
- L. Del Panta 1998, *Costruzione di tavole di mortalit  provinciali abbreviate 1881/82*, «Bollettino di Demografia Storica», 29, 61-69.
- L. Del Panta, A. Rosina 2000, *Sulla mortalit  adulta per genere in Italia prima di Pasteur: differenze territoriali ed ipotesi interpretative*, in corso di pubblicazione.
- T. Detti 1997, *Salute, societ  e stato nell'Italia liberale*, Angeli, Milano.
- Direzione generale della Statistica 1886a, *Risultati dell'inchiesta sulle condizioni igieniche e sanitarie dei comuni del Regno. Relazione generale*, Tipografia Reggiani, Roma.
- Direzione generale della Statistica 1886b, *Risultati dell'inchiesta sulle condizioni igieniche e sanitarie dei comuni del Regno. Parte prima. Notizie relative ai comuni capoluoghi di provincia*, Tipografia Reggiani, Roma.
- N. Federici 1950, *La mortalit  differenziale dei due sessi e le sue possibili cause*, «Statistica», 10, 3, 274-320, ripubblicato in *Nora Federici: Scritti scelti, Studi e ricerche*, Dipartimento di Scienze demografiche, Universit  degli Studi di Roma, La Sapienza 1992.
- C. Ficola 1982, *Legislazione sociale e tutela della maternit  nell'et  Giolittiana*, in M.L. Betri, A. Gli Marchetti (a cura di), *Salute e classi lavoro*

- ratrici in Italia dall'Unità al Fascismo, Angeli, Milano, 699-712.
- N.M. Filippini 1992, *Ospizi per partorienti e cliniche ostetriche tra Sette e Ottocento*, in M. L. Betri, E. Bressan, *Gli ospedali in area padana fra Settecento e Novecento*, Angeli, Milano, 395-412.
- R. Finzi 1982, *Quando e perché fu sconfitta la pellagra in Italia*, in M.L. Betri, A. Gigli Marchetti, *Salute e classi lavoratrici in Italia dall'Unità al Fascismo*, Angeli, Milano, 391-430.
- A. Forti Messina 1984, *L'Italia di fronte al colera*, in F. Della Peruta (a cura di), *Storia d'Italia, Annali*, 7, *Malattia e medicina*, Einaudi, Torino, 431-496.
- A.M. Gatti 1999, *Nascita dell'ostetricia e mortalità materna in Sardegna (XVII-XIX secolo)*, «*Bollettino di Demografia Storica*», 30/31, 79-94.
- M. Geddes da Filicaia 2000, *Le statistiche della salute: dalla 'normalità' ai servizi*, «*Annali di Statistica*», s. X, 21, 176-199.
- C. Gini, L. Galvani 1931, *Tavole di mortalità della popolazione italiana*, «*Annali di Statistica*», s. 6, 7.
- J. Houdaille 1992, *L'inégalité devant la mort au XIX^e siècle*, in AIDELF, *Démographie et différences*, 4, Presses Universitaires de France, Paris, 13-24.
- Istituto Centrale di Statistica 1965, *Sviluppo della popolazione italiana dal 1861 al 1961*, «*Annali di Statistica*», s. 8, 17.
- S.R. Johansson 1991, *Welfare, mortality, and gender. Continuity and change in explanations for male/female mortality differences over three centuries*, «*Continuity and Change*», 6 (2), 135-177.
- M.L. King 1991, *Le donne nel Rinascimento*, Laterza, Roma-Bari.
- J.E. Knodel, E. van de Walle 1979, *Lessons from the Past: Policy Implications of Historical Fertility Studies*, «*Population and Development Review*», 5, 2, 217-245.
- M. Livi Bacci 1986, *Fertility, nutrition and pellagra: Italy during the vital revolution*, «*Journal of interdisciplinary history*», 16, 3.
- I. Loudon 1992, *Some international features of maternal mortality 1880-1950*, in V. Fildes, L. Marks, H. Marland (eds.), *Women and children first. International maternal and infant welfare 1870-1945*, Routledge, London, 5-28.
- K.A. Lynch, W.R. Lee 1998, *Permanence et changements de la vie familiale*, in J.-P. Bardet, J. Dupaquier (éds.), *Histoire des populations de l'Europe*, 2, *La révolution démographique 1750-1914*, Paris, 103-130.
- MAIC 1885, *Censimento della popolazione del regno d'Italia al 31 dicembre 1881. Relazione generale e confronti internazionali*, Tipografia Eredi Botta, Roma.
- A. Musi 1997, *La professione medica nel Mezzogiorno moderno*, in A. Pastore, M.L. Betri (a cura di), *Avvocati medici ingegneri. Alle origini delle professioni moderne (secoli XVI XIX)*, Cleub, Bologna.
- C. Pancino 1992, *Questione ospedaliera e igiene nella seconda metà dell'Ottocento*, in M.L. Berti, E. Bressan, (a cura di), *Gli ospedali in area padana fra Settecento e Novecento*, Angeli, Milano, 343-352.
- A. Perrenoud 1998, *La mortalité*, in J.-P. Bardet, J. Dupaquier (éds.), *Histoire des populations de l'Europe*, 1, *Des origines aux prémices de la révolution démographique*, Paris, 287-315.
- A. Pescarolo 1996, *Il lavoro delle donne in età contemporanea*, in A. Groppi (a cura di), *Storia delle donne in Italia. Il lavoro delle donne*, Laterza, Roma-Bari.
- A. Pinnelli, P. Mancini 1997, *Gender mortality differences from birth to puberty in Italy 1887-1940*, in C.A. Corsini, P.P. Viazzo (eds.), *The decline of infant and child mortality. The European experience: 1750-1990*, Martinus Nijhoff, The Hague.
- L. Pozzi 1990, *La mortalità per cause nelle province italiane dal 1890 al 1965: differenziazioni geografiche e fattori esplicativi*, tesi di dottorato in Demografia, Università di Firenze.
- L. Premuda 1998, *La costituzione delle specialità*, in M.D. Germek (a cura di), *Storia del pensiero medico occidentale*, 3, *Dall'età romantica alla medicina moderna*, Laterza, Roma-Bari, 389-416.
- N. Revelli 1985, *L'anello forte. La donna: storie di vita contadina*, Einaudi, Torino.
- C. Schiavoni 1995, *L'arte del levatricio a Roma dopo la restaurazione: un tentativo di modernizzazione. Lo stato dei feti*, «*Bollettino di Demografia Storica*», 23, 119-132.
- J.W. Scott 1991, *La donna lavoratrice nel XIX secolo*, in F. Duby, M. Perrot (a cura di), *Storia delle donne in Occidente*, G. Fraisse, M. Perrot (a cura di), *L'Ottocento*, Laterza, Roma-Bari.
- E. Shorter 1982, *Storia del corpo femminile*, ed. italiana Feltrinelli (1984), Milano.
- P. Sorcinelli 1986, *Nuove epidemie antiche paure. Uomini e colera nell'ottocento*, Angeli, Milano.
- E. Sori 1984, *Malattia e demografia*, in F. Della Peruta (a cura di), *Storia d'Italia, Annali*, 7, *Malattia e medicina*, Einaudi, Torino, 541-588.
- D. Tabutin, M. Willems 1994, *Les différences de mortalité entre les sexes de la naissance à la pu-*

- berté: l'expérience historique de l'Occident (1750-1930)*, Comunicazione presentata al convegno Chaire Quetelet 1994, *Santé et mortalité des enfants en Europe: inégalités sociale d'hier et d'aujourd'hui*, Louvain-la-Neuve, 12-14 settembre.
- G. Tore 1982, *Miniere, lavoro e malattie nell'Italia postunitaria (1860-1915)*, in M.L. Betri, A. Gigli Marchetti (a cura di), *Salute e classi lavoratrici in Italia dall'Unità al Fascismo*, Angeli, Milano, 75-100.
- N. Triolo 1995, *Famiglia, aborto e ostetriche in Sicilia (1920-1940)*, in G. Fiume (a cura di), *Madri. Storia di un ruolo sociale*, Marsilio, Venezia, 247-266.
- J. Vallin 1991, *Mortality in Europe from 1720 to 1914. Long-Term Trends and Changes in Patterns by Age and Sex* in R. Schofield, D. Reher, A. Bideau (eds.), *The decline of mortality in Europe*, Clarendon Press, Oxford.
- M. Ventisette 1997, *Tavole di mortalità della popolazione italiana aggregate per generazioni (1863-1928) e per contemporanei (1929-1981)*, Centro Stampa 2 P, Firenze.

Riassunto

Mortalità per genere e salute riproduttiva: il percorso italiano tra Ottocento e Novecento

Nel corso del XVIII e del XIX secolo la durata della vita in Europa risulta più o meno la stessa per i due sessi, ma si tratta di una media che vede le adolescenti e le giovani donne generalmente sfavorite nei confronti dei loro coetanei maschi. La supermortalità femminile, tipica di alcune fasce di età fino ai primi decenni di questo secolo, è rilevata anche per la popolazione italiana, e si è discusso a lungo circa le cause del fenomeno, se di natura biologica o culturale.

Nel periodo esaminato in questo articolo (1871-1911), accanto ad un modello di sopravvivenza nelle età feconde pressoché uguale nei due sessi a livello complessivo, emerge in Italia una profonda variabilità territoriale. Dopo l'Unità, l'Italia appare in un certo qual modo spaccata in due, anche dal punto di vista sanitario e demografico. Per quanto riguarda le strutture sanitarie, alcune regioni – specialmente nella parte meridionale del paese – appaiono decisamente penalizzate, a causa essenzialmente della pesante eredità ricevuta dai vecchi stati pre-unitari.

L'analisi condotta sulla base delle tavole regionali e provinciali sottolinea, all'interno della generale contrapposizione fra province meridionali (ad alta mortalità e relativa situazione meno disagiata della popolazione femminile) e province settentrionali (caratterizzate da mortalità meno aggressiva e 'vantaggio' maschile), situazioni molto particolari, spesso fortemente differenziate all'interno delle singole realtà regionali. L'analisi di cluster condotta sulla mortalità adulta del 1871 e del 1881 e sulle variazioni intervenute nel periodo suggerisce l'esistenza di gruppi di province dove la relativa situazione di vantaggio femminile si accompagna ad una minore sopravvivenza complessiva che permane nel decennio considerato, e di altri gruppi dove la realizzazione di guadagni elevati nel numero di anni vissuti tra i 25 e i 44 anni risulta favorevole ai maschi. I raggruppamenti diventano interpretabili solo indagando sulle cause di morte predominanti: la mortalità per malattie legate alla gravidanza e al parto, la tubercolosi che con esse interagisce e la malaria, che può colpire in maniera differenziata i sessi, si collocano fra i fattori di rischio differenziale su cui costruire il modello interpretativo della supermortalità femminile nelle età riproduttive.

Summary

Gender mortality and reproductive health: Italy between 1800 and 1900

During the 17th and 18th centuries male and female expectation of life at birth in Europe was more or less the same, but the age pattern of mortality by sex was different: girls and adult women seem to present higher risk of mortality with respect to their male counterparts. Female over-mortality in young and adult ages is found also in Italian experience and since a long time this characteristic has represented a key aspect in mortality studies. The cultural and biological causes of this phenomenon have been analysed in detail in population studies.

In the period considered in this study (1871-1911), differences in mortality by sex present in Italy

a large geographical heterogeneity. After Unity, Italy seems subdivided in two wide regions as it concerns sanitary and demographic characteristics. Some regions – especially those in the southern part of the country – seem particularly disadvantaged due to the heavy heritage of the old pre-unitary states.

The analysis based on the regional and on the provincial life tables underlines, on the one hand, a general contrast between southern provinces (characterised by a higher general mortality and a favourable female situation) and northern provinces (with a lower mortality level and a better male situation); on the other hand, we find a very large variability within each region. Cluster analysis carried out at the provincial level and concerning surviving persons at reproductive ages across 1871 and 1881 suggests some considerations. There are both groups of provinces characterised by a relative positive difference in female survival compared to male survival accompanied by a worsening mortality situation in the decade, and groups of provinces with an improvement in whole survival, accompanied by a reinforcement of male favourable situation. Clustering suggest a synthetic descriptive picture. It is possible to interpret geographical differences in gender mortality only considering causes of death. Mortality due to pregnancy and delivery, to tuberculosis and to malaria may represent the key factors to include in the explicative model of female over-mortality during adult ages.