

I dannati del primo sole.
Ipotesi sulla mortalità di genere in Italia meridionale
tra XVII e XX secolo*

di Francesco Benigno

1. *Il problema.*

Una notevole differenza tra uomini e donne rispetto all'età alla morte è evidente nella grande maggioranza delle società contemporanee. In una sintesi del rapporto sullo stato della salute pubblica francese pubblicato qualche anno fa su «Le Monde» si sottolineava ad esempio come, nel quadro della generale tendenza all'innalzamento dell'età media del popolo francese, le speranze di vita rimanessero marcatamente divaricate per sesso: 71 anni per gli uomini a fronte di ben 81 anni per le donne¹. L'interpretazione di un *gap* tanto notevole faceva essenzialmente riferimento ad abitudini di vita maschili meno salubri, tra cui soprattutto un maggior consumo di tabacco².

Le statistiche demografiche degli altri paesi industrializzati indicano concordemente che nel corso di questo secolo le donne si sono avvantaggiate più degli uomini del generale declino della mortalità. Ne-

* Questo articolo riprende, con alcune varianti, il testo di un *paper* presentato ad un seminario dell'Istituto Universitario Europeo di Firenze il 12 febbraio 1991. Ringrazio gli organizzatori, specialmente Franco Angiolini e Robert Rowland, e i partecipanti a quell'incontro, che mi ha dato l'occasione di mettere a punto le mie idee su questo tema. Sono inoltre grato a tutti coloro che hanno voluto discutere con me queste ipotesi di ricerca: e in particolare Maria Carmela Agodi, Gustavo De Santis, Lorenzo Del Panta, Massimo Livi-Bacci, Paolo Viazzo e Chris Wilson; lo spirito di accoglienza degli amici del Cambridge Group for the History of Population and Social Structure è stato per me uno stimolo e un insegnamento. Va da sé che la responsabilità delle idee qui espresse e di eventuali errori appartiene esclusivamente a chi scrive.

¹ «Le Monde», domenica 10-lunedì 11 settembre 1989, *Compte-rendu de la santé en France. Faits majeurs, grandes tendances*, pubblicato dalla Documentation Française (SEST), supplemento, pp. 1-7.

² Cfr. S. H. Preston, *Older male mortality and cigarette smoking*, Westport 1970; ma cfr. anche M. Alderson, *International Mortality Statistics*, London 1981; I. Waldron, *The contribution of smoking to sex differences in mortality*, in «Public Health Reports», 101, 1986, 2, pp. 163-73.

gli Stati Uniti, ad esempio, mentre la speranza di vita maschile cresceva da 48,5 anni nel 1910 a 66,9 anni nel 1965, quella femminile passava nello stesso periodo da 52,0 a 73,9 anni, aumentando da tre a sette anni il divario nelle aspettative di vita tra i due sessi³.

Malgrado l'evidente rilevanza sociale del fenomeno, il dibattito internazionale sul tema si è tuttavia sviluppato in modo frammentario. Nel secondo dopoguerra, in particolare, il *trend* dominante degli studi ha teso a porre in evidenza la maggiore longevità biologica del sesso femminile, rintracciabile sia in molte specie animali sia tra gli umani. L'attenzione degli studiosi si è cioè a lungo soffermata sulle possibili ragioni genetiche di quella che appariva come una maggiore resistenza vitale del sesso cosiddetto «debole»⁴, lasciando in ombra la dimensione storica del problema.

Come sottolineato da G. Stolnitz in un lavoro pionieristico della metà degli anni cinquanta, il fulcro della discussione era il carattere universale di più elevati livelli di mortalità maschile⁵; nuovi dati venivano invece indicando come la sovramortalità maschile, pur generalmente prevalente, non andasse considerata come un dato scontato né in tutte le società né in tutte le classi di età⁶. Al contrario, l'abituale maggiore mortalità maschile poteva in certi contesti ridursi fino ad annullarsi o perfino – come nel caso dell'India nord-orientale⁷ o dell'Africa settentrionale⁸ – cedere il posto ad una netta sovramortalità

³ R. D. Retherford, *The changing sex differentials in mortality*, Westport 1975, p. 3.

⁴ F. C. Madigan, *Are sex mortality differentials biologically caused?*, in «Mildbank Memorial Fund Quarterly», 35, april 1957, pp. 202-23; più recentemente A. Oakley, *Sex gender and society*, New York 1972; I. Waldron, *Sex differences in human mortality: the role of genetic factors*, in «Social science and medicine», 1983, 17, 6, pp. 321-33.

⁵ G. Stolnitz, *A century of international mortality trends*, in «Population studies», 1955, 9, pp. 24-55 e 1956, 10, pp. 17-42: «malgrado sin dai tempi di Graunt sia venuto emergendo un notevole interesse per il differenziale di mortalità fra i sessi, poco o nulla si sa circa le cause determinanti del fenomeno. Ciò non deve sorprendere, considerata la difficoltà di distinguere nettamente i fattori biologici da quelli ambientali. Colpisce tuttavia che si sia fatto un così scarso uso della documentazione esistente e ciò tanto relativamente ai valori di grandezza che alle linee di tendenza; un'occhiata ai dati avrebbe mostrato come diverse generalizzazioni rintracciabili nella letteratura scientifica sul tema siano sovrastimate e come viceversa siano stati trascurati taluni interessanti problemi di ordine generale» (p. 22).

⁶ «Stolnitz ha dimostrato che la sovramortalità maschile non era così pervasiva come si riteneva e che le fasce di età in cui poteva darsi una sovramortalità femminile non si restringevano a quelle fertili»: S. H. Preston, *Mortality patterns in national populations*, New York 1976, p. 121.

⁷ M. A. El Badry, *Higher female than male mortality in some country of South Asia*, in «Journal of the American Statistical Association», 1969, 15, pp. 146-71; S. D'Souza-I. C. Chen, *Sex differentials in mortality in rural Bangladesh*, in «Population Development Review», 1980, 6, pp. 257-70; L. C. Chen, E. Huq, S. D'Souza, *Sex bias in the family allocation of food and health care in rural Bangladesh*, ivi, 1981, 7, pp. 55-70; B. Miller, *The endangered sex: neglect of female children in rural North India*, New York 1981.

⁸ D. Tabutin, *La surmortalité féminine in Afrique du Nord de 1965 à nos jours: aspects descriptifs*, in «Population», 1991, 46, pp. 833-53.

femminile, e queste osservazioni aprivano la strada a differenti linee di indagine.

Veniva così emergendo – sia pur lentamente – una nuova considerazione per la diversità dei contesti ambientali e culturali e ciò consentiva di affrontare finalmente il fenomeno in una prospettiva diacronica. Il recente interesse storiografico per la condizione femminile ha poi rafforzato talè tendenza, contribuendo a stimolare, a partire dagli anni settanta, una ricca messe di studi⁹. Le ricerche si sono tuttavia quasi esclusivamente concentrate su quelle particolari epoche, quei determinati luoghi, quelle specifiche fasce di età in cui fosse rintracciabile una sovramortalità femminile¹⁰.

Si è così, ad esempio, analizzata la diffusione della tubercolosi presso le adolescenti nell'Inghilterra vittoriana¹¹, oppure la maggiore incidenza delle malattie infettive tra le fanciulle rispetto ai loro coetanei maschi in varie regioni europee durante l'Ottocento, ovvero ancora la rilevanza, assoluta e relativa, della mortalità da parto¹². Tali studi hanno inteso dimostrare come in Europa si sia verificato lungo il XIX secolo un progressivo degrado dei valori della mortalità femminile rispetto a quella maschile: una tendenza fatta a sua volta discendere dal deterioramento delle condizioni di vita della donna

⁹ Id., *La surmortalité féminine en Europe avant 1940*, Working paper n. 40 del Département de Demographie, Università cattolica di Louvain, settembre 1977, poi edito in «Population», 1978, 33, pp. 121-48.

¹⁰ A. Perrenoud, *Surmortalité féminine et condition de la femme (XVII^e-XIX^e siècles) une vérification empirique*, in «Annales de Demographie Historique», 1981, pp. 89-104; ma l'intero fascicolo è dedicato al tema.

¹¹ S. R. Johansson, *Sex and death in victorian England: an examination of age and sex specific death rates 1840-1910*, in *A widening sphere. Changing roles of victorian women*, a cura di M. Vicinius, London 1977; ma si veda anche la ristampa di W. Farr, *Vital statistics of health, sickness and disease and death*, il primo a studiare (1837) la sovramortalità femminile come legata alla tubercolosi; il saggio di Farr è stato ristampato a cura di R. Wall, *Mortality in mid-19th century Britain*, Farnboroughs 1974, p. 569.

¹² Tabutin, *La surmortalité féminine en Europe avant 1940* cit., pp. 121-48; A. E. Imhof, *Women family and death: excess mortality of women in childbearing age in four communities in nineteenth century*, in R. J. Evans-W. R. Lee, *The German family*, London 1981, pp. 148-74; C. A. Ginsberg, *Excess female mortality in history. Evidence from the Connecticut River Valley*, paper presentato al convegno annuale della Social Science History Association, 28 ottobre 1983; S. R. Johansson, *Deferred infanticide*, New York 1983; C. A. Ginsberg-A. C. Swedlung, *Sex-specific mortality and economic opportunities: Massachusetts 1860-1899*, in «Continuity and Change», 1, 1986, 3, pp. 415-45; G. Fridlitzius, *Sex differentials mortality and socio economic change. Sweden 1750-1910*, in *Society, health and population during the demographic transition*, a cura di A. Brändström e L. G. Tedebran, Stockholm 1988, pp. 237-72; T. Eggerickx-D. Tabutin, *La surmortalité des filles en Belgique vers 1890: une approche régionale*, in «Population», 1994, 49, 3, pp. 657-83; per l'Italia cfr. A. Pinnelli-P. Mancini, *Différences de mortalité par sexe de la naissance à la puberté en Italie: un siècle d'évolution*, ivi, 1991, 6, pp. 1651-76.

causato dall'avvento dell'industrializzazione e dal trionfo della *cash economy*¹³.

In altre parole, una volta posto in una dimensione storica il problema dei differenziali di mortalità tra i sessi, l'orientamento generale degli studi – tenendo fermo il presupposto comune di una maggiore vitalità biologica femminile – è stato quello di indagare l'assenza di sovrarmortalità maschile, o la presenza in certe fasce di età di un'elevata mortalità femminile, come segni di una condizione socialmente oppressiva nei confronti delle donne¹⁴.

Varie obiezioni possono essere mosse a tale indirizzo di indagine. Prima di tutto l'esistenza di cause biologiche come determinanti decisive per l'interpretazione di differenziali di mortalità tra i sessi è lungi dall'essere dimostrata¹⁵. D'altra parte, la documentazione finora emersa indica come la sovrarmortalità femminile nell'adolescenza o nell'età da parto vada circoscritta a determinate regioni e a certi specifici periodi storici. Come ha recentemente osservato Louis Henry, durante l'epoca moderna e anche nella seconda metà dell'Ottocento, su scala europea «non è affatto certo che le fanciulle e le adolescenti abbiano sofferto ovunque e sempre di una mortalità superiore a quella dei giovani della loro età»¹⁶. Sarebbe del resto azzardato, *a contrario*, dedurre una migliore considerazione sociale del ruolo della donna in quelle zone o in quei periodi in cui incontriamo una mortalità maschile più elevata di quella femminile¹⁷.

¹³ Ma cfr. i dati sulla sovrarmortalità femminile nelle campagne del Vivarais in A. Molière, *Stagnations et croissance. Le Vivarais aux XVII^e-XVIII^e siècles*, Paris 1985.

¹⁴ «L'interpretazione dei differenziali per sesso della mortalità è varia: l'opinione più diffusa è che le donne sono maggiormente resistenti degli uomini nella maggior parte delle condizioni ambientali. Una sovrarmortalità femminile in età diverse da quella del parto tende perciò in fondo ad essere vista come spia di differenze ambientali o di stili di vita tra i sessi sfavorevoli alle donne, e ciò è interpretato da molti studiosi come l'evidenza di una condizione di emarginazione»: R. Pressat, *The Dictionary of Demography*, Glasgow 1985, p. 206. Ma cfr. A. E. Imhof, *Biologie des Menschen in der Geschichte*, Stuttgart-Bad Cannstatt 1978.

¹⁵ I. Waldron, *What do we know about the causes of sex differences in mortality? A review of the literature*, in «Population Bulletin of the United Nations», 1985, 18, pp. 59-76; Id., *Sex differences in human mortality* cit., pp. 321-33.

¹⁶ L. Henry, *Mortalité des hommes et des femmes dans le passé*, in «Annales de Demographie Historique», 1987, p. 94. Si veda anche Y. Blayo, *La mortalité en France de 1740 à 1860*, in «Population», 1975, 30, p. 133: «Una sovrarmortalità femminile derivante dai rischi da parto non appare con chiarezza»; R. Schofield, *Did the mothers really die? Three centuries of maternal mortality in «The world we have lost»*, in *The world we have gained*, a cura di L. Bonfield, R. M. Smith e K. Wrightson, Oxford 1986, pp. 231-60.

¹⁷ S. R. Johansson, *Welfare, mortality and gender. Continuity and change in explanations for male/female differences over three centuries*, in «Continuity and Change», 1991, 6, 2, pp. 135-77.

Per tali ragioni occorre allora affrontare preliminarmente il problema degli obiettivi, delle motivazioni di fondo, di un'indagine sulla mortalità differenziale per sesso. Se infatti ciò che ci proponiamo è soprattutto determinare quale dei due generi, il maschile o il femminile, sia geneticamente più resistente alla mortalità, «depurando» per così dire il dato biologico dalla variabilità delle condizioni storiche, è perfettamente logico continuare a studiare quelle rare comunità monastiche in cui i costumi di vita maschili e femminili appaiono relativamente simili¹⁸; ovvero costruire modelli in cui, «sottraendo» la mortalità maschile da lavoro e quella femminile da parto, si deduca un ipotetico livello «basilare» di mortalità per ciascun sesso¹⁹.

È possibile tuttavia guardare al problema da un'altra prospettiva, e cioè assumere le differenze di mortalità tra i sessi come un fenomeno storico, che va spiegato in relazione a contesti più generali. In questo senso «l'assenza di una spiegazione biologica decisiva per l'esistenza di differenze nella mortalità tra i sessi, unita alla dimostrabile variabilità spaziale e temporale nell'ampiezza di tali differenze, conclude fortemente per una spiegazione ambientale»²⁰. Emerge, in altre parole, la possibilità di indagare la mortalità differenziale come una spia di specifiche condizioni ecologiche e socio-economiche mediate dalla divisione sessuale del lavoro²¹.

È ciò che si tenterà di mettere in luce in queste pagine, attraverso un esercizio di *histoire à rebours*. Utilizzando come base di indagine le regioni all'indomani dell'Unità d'Italia, si avanzerà l'ipotesi che un particolare modello di mortalità di genere abbia a lungo prevalso nel Mezzogiorno d'Italia, influenzando per qualche secolo in modo non trascurabile la struttura sociale e le vicende delle popolazioni meridionali.

¹⁸ J. Berkel e F. de Waard hanno studiato la comunità degli Avventisti del settimo Giorno in Olanda in cui uomini e donne dividono le medesime condizioni di vita, con il risultato di aspettative di vita praticamente identiche: *Mortality patterns and life expectancy of Seventh-Day Adventists in the Netherlands*, in «International Journal of Epidemiology», 1983, 12, pp. 455-9.

¹⁹ Henry, *Mortalité des hommes et des femmes dans le passé* cit., p. 100.

²⁰ C. A. Nathanson, *Sex differences in mortality*, in «Annual Review of Sociology», 1984, 10, p. 209.

²¹ Per le nuove prospettive di indagine nel campo della mortalità differenziale cfr. L. Ruzicka, G. Wunsch, P. Kane, *Differential mortality. Methodological issues and biosocial factors*, Oxford 1989. Ma cfr. anche i concetti di *biological synergy* e di *social synergy* introdotti per superare le spiegazioni monocausali: H. W. Mosley, *Will primary wealth can reduce infant and child mortality? A critique of some current strategies with special reference to Africa and Asia*, in *Health policy, social policy and mortality prospects*, a cura di J. Vollen e A. Lopez, Liège 1985; S. H. Preston, *Biological and social aspects of mortality and the length of life*, Liège 1982.

2. Mortalità e regioni.

Le prime statistiche nazionali mostrano, per gli anni sessanta dell'Ottocento, un paese diviso in aree caratterizzate da livelli significativamente differenti di mortalità (cfr. tab. 1)¹. Rispetto al tasso generico di mortalità del Regno – pari a 30,3 morti per mille abitanti – lo spettro delle variazioni regionali è abbastanza largo². Un gruppo di regioni centro-settentrionali, come il Piemonte, la Liguria, il Veneto, l'Umbria e le Marche presentano tassi relativamente moderati, attorno al 27/29 per mille; viceversa, talune regioni meridionali – e in particolare la Sicilia, la Puglia e la Basilicata – si segnalano per livelli di mortalità considerevolmente più elevati, con tassi attorno al 33/36 per mille.

Ma le variazioni sono molto più accentuate se si prendono in considerazione solo i tassi di mortalità maschile, che spaziano dal 28,5 per mille dell'Umbria al 39,0 della Basilicata. È evidente che, per converso,

¹ Ministero d'Agricoltura Industria e Commercio, d'ora in avanti M.A.I.C., *Statistica del Regno d'Italia. Popolazione, 1869*, Firenze 1871.

² L'importanza del tema delle variazioni regionali della mortalità è sottolineato nel volume a cura di R. Schofield, D. Reher e A. Bideau, *The decline of mortality in Europe*, Oxford 1991; per un'analisi del caso spagnolo negli stessi anni cfr. F. Dopico, *Regional mortality tables for Spain in the 1860's*, in «Historical methods», 1987, 20, 4, pp. 173-9.

Tabella 1. Tassi generici di mortalità per regioni nel settennio 1863-69.

Regioni	Tassi di mortalità	Maschi	Femmine	+/-
Piemonte	28,9	29,4	28,2	+1,2
Liguria	27,1	28,7	25,6	+3,1
Lombardia	31,4	31,9	30,8	+1,1
Veneto	28,9	29,8	28,0	+1,8
Emilia	29,7	29,8	29,6	+0,2
Umbria	27,6	28,5	27,7	+0,8
Marche	28,6	29,0	28,1	+0,9
Toscana	30,7	30,7	30,7	-
Abruzzi	30,0	31,4	28,6	+2,8
Campania	30,6	32,4	29,8	+2,6
Puglia	35,6	37,4	33,9	+3,5
Basilicata	36,1	39,0	34,0	+5,0
Calabria	31,7	33,7	30,0	+3,7
Sicilia	33,6	35,4	31,9	+3,5
Sardegna	32,6	33,8	31,2	+2,6
Regno	30,3	31,2	29,4	+1,8

Fonte: elaborazioni da M.A.I.C., *Statistica del Regno d'Italia. Popolazione, 1869*, Firenze 1871.

i tassi di mortalità femminile sono relativamente più omogenei, con differenze meno marcate. La variazione regionale dei tassi di mortalità è perciò determinata sostanzialmente da differenze nei tassi di mortalità del versante maschile della popolazione. Vi è inoltre una correlazione di segno positivo tra il livello assoluto della mortalità e l'ampiezza del differenziale tra i sessi; esso appare infatti notevolmente pronunciato nelle regioni meridionali – caratterizzate da più elevati tassi di mortalità – mentre è quasi inesistente nell'Italia centrale, dove spesso risulta inferiore ad un punto³. La Toscana, addirittura, presenta il medesimo tasso di mortalità per i due sessi, 30,7 per mille. Già il compilatore del *Movimento della popolazione dello stato civile*, commentando i dati del periodo 1863-70, notava come «il sesso maschile, rispetto al femminile, più che in qualunque altra parte del regno è gravemente colpito nell'Italia meridionale e insulare e che è mediamente risparmiato nella superiore e più che dovunque nella centrale»⁴. I casi pugliese e siciliano per un verso e toscano e marchigiano per un altro gli apparivano gli estremi di questa divaricazione.

È interessante osservare come, passando da tassi generici di mortalità a tassi di mortalità ad età specifiche, tali differenze regionali trascinino con sé una altrettanto differenziata distribuzione della mortalità dei due sessi nelle varie fasce di età. Mettiamo a confronto, per gli anni 1863-68, la media del Regno e i dati di due regioni particolarmente rappresentative di casi opposti, la Puglia e la Toscana (cfr. tab. 2).

I valori della media nazionale si distaccano poco da quelli considerati comunemente come livelli standard: ad una sovramortalità maschile nell'infanzia, dipendente essenzialmente dal normale surplus di nascite di sesso maschile, si contrappone nella prima giovinezza una leggera prevalenza di morti femminili. L'età tra i 20 e i 25 anni è caratterizzata da un brusco innalzamento dei valori della mortalità maschile⁵

³ Preston, *Mortality patterns* cit., p. 121, osserva in generale che una maggiore mortalità femminile si riscontra soprattutto a bassi livelli di mortalità e che essa scompare quando i valori della mortalità crescono.

⁴ M.A.I.C., *Statistica del Regno d'Italia. Popolazione, movimento dello stato civile nell'anno 1870*, Milano 1872, p. XXXVI.

⁵ Il fenomeno è stato a suo tempo analizzato dai lavori di Nora Federici: utilizzando dati nazionali per il tardo Ottocento e primo Novecento essi mostrano come una simile crescita si noti in molte popolazioni europee. Malgrado la quantità di dati raccolti, il fenomeno è lungi dall'essere chiaramente spiegato. L'interpretazione della Federici, per la quale esso andrebbe letto come il prezzo pagato dall'esuberanza vitale maschile in anni cruciali di apprendistato alla vita, non persuade per intero. Resta da verificare se una soluzione dei dati aggregati quinquennali e nazionali conduca o meno ad un'evidenza del fenomeno. N. Federici, *Osservazioni sull'evoluzione temporale di alcune caratteristiche della mortalità e sul problema della sovramortalità maschile*, in 28ª sessione dell'Istituto Internazionale di Statistica, Roma 1954; ma cfr. anche G. Mortara, *La mortalità secondo l'età e la durata di vita*

mentre nella fascia tra 25 e 35 si segnala una leggera sovramortalità femminile, dipendente dall'esposizione ai rischi da parto. Tra i 40 e i 60, l'età classica della mortalità da lavoro, ritorna infine a prevalere una certa sovramortalità maschile, mentre oltre i 60 l'eccesso di morti femminili testimonia della superiorità numerica delle donne tra gli anziani.

Abbandonato il quadro nazionale e prese in esame le variabili regionali, risulta evidente come la media nazionale emerga dalla composizione di situazioni locali fortemente differenziate⁶. Nel caso pugliese

economicamente produttiva, Roma 1908. Cfr. L. Livi, *Trattato di demografia*, Padova 1974, 2 voll. (rist. anast. dell'edizione del 1940), II, p. 322.

⁶ Questo dato era ben presente ai compilatori delle prime statistiche nazionali. Riferendosi alla distribuzione dei sessi nelle piramidi per età, L. Rameri nota che quello «che può ritenersi ben vero per il complesso di una grande popolazione non lo sarà per la popolazione di una città, e non lo è nemmeno per ciascun comportamento del regno»; cfr. *La popolazione italiana distinta per sesso e classificata per età in ognuno dei comportamenti territoriali del Regno*, in «Annali di statistica», s. II, I, 1878, p. 43.

Tabella 2. Rapporto di mascolinità dei tassi di mortalità ad età specifiche per il periodo 1863-68.

Età	Regno	Puglia	Toscana
<5	1,08	1,04	1,08
5-10	1,00	0,99	0,92
10-15	0,96	1,13	0,83
15-20	1,01	1,20	1,00
20-25	1,28	1,38	1,07
25-30	1,00	1,19	0,81
30-35	0,92	1,18	0,72
35-40	0,93	1,18	0,78
40-45	1,06	1,22	0,87
45-50	0,95	1,26	0,95
50-55	1,13	1,19	0,94
55-60	1,00	1,07	0,91
60-65	0,98	0,94	0,87
65-70	0,84	0,90	0,81
70-75	0,89	0,90	0,85
75-80	0,85	0,86	0,81
>80	1,02	0,95	0,99

Fonte: elaborazioni da M.A.I.C., *Statistica del Regno d'Italia. Popolazione, movimento dello stato civile nell'anno 1868*, Firenze 1869; i tassi ad età specifiche sono stati calcolati sulla base della popolazione censita al 31 dicembre 1871: M.A.I.C., *Censimento generale della popolazione del Regno*, Roma 1874, II, tav. I.

siamo ad esempio di fronte ad una continua, monotona prevalenza della mortalità maschile dalla prima infanzia ad età avanzate. Al contrario, in Toscana si segnala una sovrarmortalità femminile nella prima giovinezza e poi, ininterrottamente, a partire dai 25 anni (cfr. fig. 1).

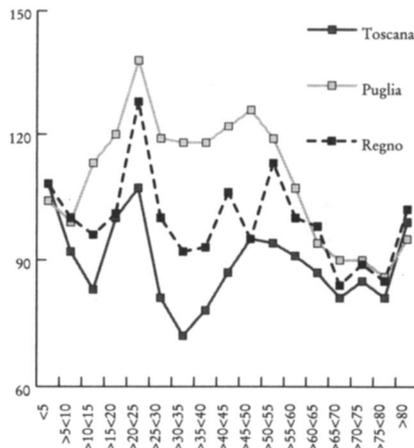
Utilizzando come base per la costruzione dei tassi la popolazione residente al 1861 piuttosto che quella censita al 1871, si ottengono risultati molto simili⁷.

Si osservi (cfr. tab. 3), sempre per gli stessi anni 1863-68, la divaricazione tra l'andamento differenziale della mortalità ad età specifiche per l'Umbria da un lato e per la Basilicata dall'altro.

Ancora una volta si profila un'opposizione marcata fra due modelli di mortalità nettamente differenziati: da una parte, nel caso umbro, una lieve sovrarmortalità femminile si fa strada in talune fasce di età per affermarsi definitivamente oltre i 50 anni; in Basilicata viceversa una netta sovrarmortalità maschile si impone dall'infanzia fin verso i 60-65 anni (cfr. fig. 2).

⁷ Non si registrano significative variazioni utilizzando come base i dati del censimento del 1861, quelli del 1871 o la media tra i due; allo stesso modo appare ininfluente per l'orientamento dei dati la differenza tra popolazione residente e popolazione presente.

Figura 1. Mortalità ad età specifiche: rapporto di mascolinità (1863-68)*.



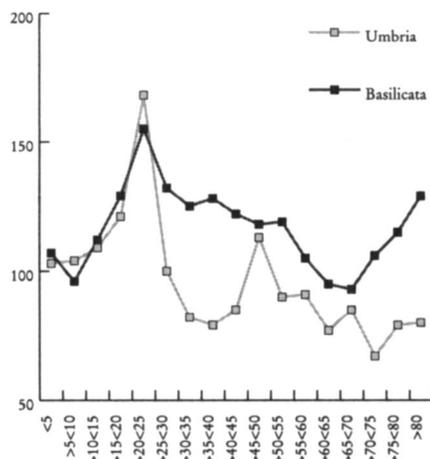
* Per i dati cfr. tab. 2.

Tabella 3. Rapporti di mascolinità dei tassi di mortalità ad età specifiche per il periodo 1863-68.

Età	Umbria	Basilicata	Sicilia
<5	1,03	1,07	1,06
5-10	1,04	0,96	1,10
10-15	1,09	1,12	1,17
15-20	1,21	1,29	1,28
20-25	1,68	1,55	1,23
25-30	1,00	1,32	1,24
30-35	0,82	1,25	1,16
35-40	0,79	1,28	1,21
40-45	0,85	1,22	1,20
45-50	1,13	1,18	1,38
50-55	0,90	1,19	1,24
55-60	0,91	1,05	1,22
60-65	0,77	0,95	0,84
65-70	0,85	0,93	1,02
70-75	0,67	1,06	1,35
75-80	0,79	1,15	1,01
>80	0,80	1,29	0,90

Fonte: elaborazioni da M.A.I.C., *Statistica del Regno d'Italia. Popolazione, movimento dello stato civile nell'anno 1868*, Firenze 1869; i tassi ad età specifiche sono stati calcolati sulla base della popolazione censita al 31 dicembre 1861: *Statistica d'Italia, Parte I, Censimento generale 31 dicembre 1861*, Firenze 1867.

Figura 2. Mortalità ad età specifiche: rapporto di mascolinità (1863-68)*.



* Per i dati cfr. tab. 3.

3. Una demografia meridionale?

Nei primi anni dopo l'unificazione un particolare tipo di mortalità di genere sembra dunque caratterizzare il Mezzogiorno. Nelle regioni meridionali, segnate da quello che si può ben definire un sistema ad «alta pressione demografica» o «a rapido ricambio», è soprattutto il versante maschile della popolazione, quello che sostiene il peso del lavoro nei campi, a portare il fardello del surplus di mortalità. L'impietosa «demografia del grano» descritta da Gerard Delille¹ non comporta così soltanto elevati valori assoluti di natalità, fecondità e mortalità ma anche – attraverso una distribuzione ineguale della mortalità per genere – una struttura sbilanciata della piramide delle età. Da qui il richiamo a forza-lavoro maschile d'immigrazione pronta a rimpiazzare sulla terra e sul mercato matrimoniale i vuoti lasciati dalla dura selezione del lavoro nei campi. E tuttavia, diversamente che nell'originaria tesi di Delille (essenzialmente basata sul nesso tra più elevata mortalità e una supposta maggiore richiesta di lavoro propria delle aree granarie)², l'ipotesi qui avanzata è che la strutturale scarsa intensità di lavoro tipica del seminativo arido, producendo uno stato di endemica sottoccupazione del bracciantato maschile, spinga la forza-lavoro femminile in ruoli economici sussidiari, e indirettamente la protegga in misura maggiore dai rischi della mortalità da lavoro.

Nell'Italia centrale, viceversa, nel quadro dei valori complessivamente più moderati propri di un sistema «a bassa pressione demografica» o «a più lento ricambio», il peso della mortalità sembra ripartirsi in modo meno selettivo tra i sessi, fino a far combaciare le speranze di vita³. In particolare, nelle aree di mezzadria appoderata, la distribuzione della mortalità risulta singolarmente penalizzante per il versante femminile della popolazione: un carico di mortalità da

¹ G. Delille, *Agricoltura e demografia nel Regno di Napoli nei secoli XVIII e XIX*, Napoli 1977; ma si veda anche l'intervento critico di A. Schiaffino, *Un «modello» interpretativo delle strutture demografiche del Regno di Napoli nel XVIII e XIX secolo: intervento di un demografo*, in «Società e storia», 1979, 5, pp. 521-60 e la successiva replica di Delille.

² Cfr. soprattutto *Un problema di demografia storica: uomini e donne di fronte alla morte*, in *Demografia storica*, a cura di E. Sori, Bologna 1976, pp. 257-84; *Crise et productivité agricole: l'exemple du Royaume de Naples*, in Aa.Vv., *Typologie des crises dans les pays méditerranéens (XVI-XX^e siècles)*, Université de Nice 1977, pp. 115-31; ma cfr. anche *Famille et propriété dans le Royaume de Naples: XVI-XIX siècle*, Roma 1985.

³ Cfr. le osservazioni di M. Breschi, L. Del Panta, G. De Santis, *Linee di ricerca per una storia della popolazione italiana: dai problemi ai metodi*, in Aa.Vv., *Per una storia della popolazione italiana: problemi di metodo*, Università degli Studi di Bologna 1993, p. 8.

lavoro non inferiore a quello maschile, determinato da una divisione sostanzialmente egualitaria del lavoro all'interno del podere, si somma infatti al tradizionale fardello della mortalità da parto. La sovramortalità di genere sembra così strettamente legata alla divisione sessuale del lavoro e non alla supremazia culturale o sociale maschile in quanto tale.

Se il dato nazionale oscura le varianti regionali, a sua volta un modello regionale può presentare sfumature diverse, zonalmente connotate⁴. Prendiamo ad esempio il caso della Sicilia. L'analisi dei dati per il 1868-70 del rapporto di mascolinità dei tassi di mortalità mostra significative differenze tra la provincia di Messina, da una parte, e quelle di Catania e Agrigento, dall'altra (cfr. tab. 4). In tutte e tre le province il

⁴ Cfr. R. Rettaroli, *Età al matrimonio e celibato nell'Italia del XX secolo: un'analisi regionale*, paper presentato al *Primo congresso hispano-luso-italiano di demografia storica*, Barcellona, 22-25 aprile 1987, e pubblicato nell'edizione *offprint* degli atti, pp. 640-8; cfr. in particolare la tav. 7 alla p. 646.

Tabella 4. Rapporto di mascolinità dei tassi di mortalità ad età specifiche per il triennio 1868-70.

Età	Catania	Agrigento	Messina (provincia)
<5	1,11	1,01	1,05
5-10	1,16	1,06	1,12
10-15	1,14	1,42	1,39
15-20	1,35	1,26	1,15
20-25	1,55	1,53	1,17
25-30	1,65	1,36	1,21
30-35	1,66	1,75	1,37
35-40	1,62	1,60	1,33
40-45	1,68	1,68	1,40
45-50	1,92	1,49	1,52
50-55	1,68	1,70	1,50
55-60	1,24	1,06	1,25
60-65	1,27	1,23	1,13
65-70	1,00	0,89	0,90
70-75	1,06	1,23	0,97
75-80	0,91	0,99	0,81
>80	0,98	1,58	1,02

Fonte: elaborazioni da M.A.I.C., *Statistica del Regno d'Italia. Popolazione, movimento dello stato civile nell'anno 1870*, Milano 1872; i tassi ad età specifiche sono stati calcolati sulla base della popolazione censita al 31 dicembre 1871: M.A.I.C., *Censimento generale della popolazione del Regno*, Roma 1874.

gap di mortalità tra i sessi si fa pronunciato dai 25 anni in poi. Mentre tuttavia a Catania e Agrigento esso si innalza bruscamente, nel Messinese tende a crescere in modo relativamente più moderato: da un 21 per cento in più nella fascia di età 25-30 anni si sale fino ad un 50 per cento in più nelle età centrali (45-55 anni). A Catania e Agrigento, viceversa, siamo già oltre un più 60 per cento nell'età 30-35 per raggiungere poi nelle fasce di età successive punte di 70-90 per cento di sovrarmortalità maschile.

La provincia di Messina, che include gran parte del montuoso nord-est della Sicilia, è com'è noto un'area che presenta una conformazione ecologica e socio-produttiva unica nell'isola. La prevalenza di centri abitati di piccola taglia qui si accompagna infatti alla presenza di una proprietà contadina relativamente diffusa, ad una percentuale insolitamente elevata di popolazione residente in campagna e ad una netta prevalenza delle colture arbustive, soprattutto oliveti, gelseti, vigneti e agrumeti⁵.

Al contrario, le province di Catania e Agrigento possono ben rappresentare il paesaggio agrario dominante nell'isola, quello caratterizzato dallo strapotere della monocultura granaria e della grande proprietà agraria. Tanto la piana del Simeto quanto le colline che circondano le valli dei fiumi Salso e Platani sono segnate in profondità dall'impianto del latifondo cerealicolo. La popolazione si raggruppa perciò nelle città o in grossi centri abitati arroccati sui rilievi o sui primi contrafforti in vista del mare, mentre tutt'intorno le distese assolate del seminativo arido sono abitate dalla forza-lavoro solo in brevi periodi dell'anno, quelli della preparazione del terreno, della semina e – soprattutto – del raccolto.

L'opposizione tra una «demografia dell'albero» caratterizzante le regioni appenniniche a mezzadria appoderata e una «demografia del grano», tipica delle regioni dominate dal latifondo cerealicolo, sembra così riproporsi, su una scala più ridotta e con scarti meno marcati, in un'opposizione infraregionale tra il Messinese e altre province siciliane⁶. In entrambi i casi la sovrarmortalità maschile è tanto più evidente

⁵ I dati ufficiali del 1882 danno l'estensione della cultura cerealicola in provincia di Messina pari al 10,43 della superficie territoriale: a fronte del 18,55 per cento della provincia di Palermo; del 25,88 di quella di Trapani; del 28,90 di Catania; del 36,52 di Siracusa; del 42,95 di Caltanissetta; e, infine, del 45,06 di Agrigento. Allo stesso modo, la percentuale di popolazione vivente in case sparse, che nell'isola varia tra l'1 e il 6 per cento, nella provincia di Messina raggiunge il 16 per cento.

⁶ È interessante osservare come secondo i calcoli di M. Livi Bacci il livello di fertilità negli anni 1832-40 della provincia di Messina, 35 per mille, fosse il più basso nell'isola. In provincia di Caltanissetta, ad esempio, si toccava il 44,1 per mille: *Donne, fecondità e figli. Due secoli di storia demografica italiana*, Bologna 1980.

quanto più alti sono i livelli generali di mortalità⁷. Come si è già osservato, un andamento così differenziato della mortalità di genere deve alla lunga riflettersi in una struttura sbilanciata del rapporto fra i sessi in determinate coorti⁸. Un confronto tra i rapporti di mascolinità ad età specifiche della popolazione censita al 1871 relativamente all'insieme del Regno, alla Sicilia, alla sola provincia di Messina e all'Umbria (cfr. tab. 5) evidenzia significative differenze che richiamano gli elementi precedentemente sottolineati.

Gli effetti cumulativi della mortalità di genere sul rapporto di mascolinità diventano sensibili nelle fasce di età più avanzate, quelle oltre i 40 anni. Se nel caso siciliano osserviamo a partire da quell'età

⁷ Ciò sembra corrispondere ad un *trend* generale nella società europeo-occidentale: «La frequenza di una mortalità femminile sistematicamente più alta è maggiore in popolazioni che presentano più bassi livelli di mortalità e declina regolarmente non appena tali livelli si innalzano»: Preston, *Mortality patterns* cit., p. 121.

⁸ M.A.I.C., *Censimento generale della popolazione al 31 dicembre 1871*, Roma 1874-76, 3 voll.

Tabella 5. Rapporti di mascolinità ad età specifiche della popolazione censita al 1871.

Età	Regno	Sicilia	Messina (provincia)	Umbria
<5	1,00	1,01	1,00	1,03
5-10	1,03	1,04	1,02	1,05
10-15	1,03	1,02	1,00	1,08
15-20	0,95	0,93	0,98	0,98
20-25	0,99	0,97	0,94	1,06
25-30	0,98	1,02	0,95	1,00
30-35	0,99	1,01	0,92	0,98
35-40	1,03	1,01	0,99	1,04
40-45	1,00	0,96	0,98	1,03
45-50	1,02	0,96	0,98	1,08
50-55	1,02	0,95	0,97	1,11
55-60	1,04	1,00	0,95	1,11
60-65	1,00	0,88	0,97	1,12
65-70	1,09	1,01	1,03	1,20
70-75	1,21	0,99	0,94	1,03
75-80	1,11	0,97	1,07	1,21
>80	0,96	0,75	0,87	1,30

Fonte: elaborazioni da M.A.I.C., *Censimento generale della popolazione del Regno, 31 dicembre 1871*, Roma 1874, II.

lo stabilizzarsi di un surplus femminile, in quello umbro viceversa la piramide delle età mostra un marcato esubero di popolazione maschile. La provincia di Messina, coerentemente con quanto sopra ipotizzato, si distacca dalla media siciliana avvicinandosi a quella del Regno.

È interessante osservare la persistenza nel tempo di queste variazioni infraregionali. Nel censimento del 1861 il rapporto di mascolinità per la popolazione di età superiore ai 55 anni era pari a 0,97 in provincia di Messina e a 0,82 in quella di Catania. In provincia di Caltanissetta e Agrigento, dove alla fatica del lavoro dei campi si accompagnava l'impatto del lavoro in miniera, tale rapporto era ancora più sfavorevole al genere maschile: 0,79 e 0,76 rispettivamente.

Ci si potrebbe chiedere se una tale struttura sbilanciata della piramide delle età non derivi essenzialmente dagli effetti del saldo migratorio piuttosto che da quelli della mortalità differenziale. Si tratta del resto del tipo di spiegazione comunemente avanzata ogni qual volta ci si è trovati di fronte – come ad esempio nel caso pugliese, caratterizzato da correnti d'immigrazione bracciantile provenienti dalle colline e dalle montagne abruzzesi, lucane e calabresi – all'evidenza di una consistente sovramortalità maschile⁹. La struttura squilibrata della mortalità si spiegherebbe semplicemente con la presenza di un maggior numero di uomini al lavoro sulla terra e col conseguente, proporzionale, maggior numero di morti maschili. E tuttavia, una volta accertato un effetto selettivo delle condizioni di lavoro sulla mortalità, allora l'idea che l'immigrazione maschile «produca» la sovramortalità di uomini appare unilaterale. Per ogni bracciante che scompare, infatti, un altro verrà inesorabilmente attratto a lavorare la stessa terra, sicché se per un verso è vero che l'immigrazione «crea» la sovramortalità maschile, il contrario può dirsi altrettanto vero: la sovramortalità maschile «induce» a sua volta nuova immigrazione.

A rafforzare un simile punto di vista contribuiscono sia il livello numerico di grandezza sia la scala geografica dei dati utilizzati, che rendono ben difficile – in casi ad esempio come quello siciliano – l'individuazione di flussi migratori capaci di spiegare allo stesso tempo

⁹ L'emigrazione stagionale in Puglia è un fenomeno ben documentato, sia dalle testimonianze dei viaggiatori (cfr. ad esempio le osservazioni di G. Quattromani, *Itinerario delle due Sicilie*, Napoli 1827, p. 59) sia da studi come quello di F. Assante, *Città e campagna nella Puglia del secolo XIX*, Genève 1974; per un inquadramento generale cfr. l'eccellente saggio di B. Salvemini, *Prima della Puglia. Terra di Bari e il sistema regionale in età moderna*, nel volume dedicato a *La Puglia della Storia d'Italia. Le regioni dall'Unità ad oggi*, a cura di L. Masella e B. Salvemini, Torino 1989, pp. 3-219.

tanto il modello dominante di mortalità differenziale quanto le sue varianti infraregionali. Un decisivo elemento di riflessione è offerto poi dall'osservazione diacronica dell'andamento della mortalità in anni «normali» e negli anni in cui sono presenti forti crisi di mortalità.

Osserviamo il rapporto generico di mascolinità alla morte in tre regioni meridionali nel cuore degli anni sessanta:

Rapporti di mascolinità alla morte:

<i>Anni</i>	<i>Puglia</i>	<i>Basilicata</i>	<i>Sicilia</i>
1863	1,11	1,07	1,11
1864	1,14	1,08	1,07
1865	1,06	1,08	1,08
1866	1,10	1,10	1,09
1867	1,00	1,01	1,03
1868	1,08	1,11	1,11

Come è facile vedere, siamo in presenza di una continua eccedenza di morti maschili. Solo in un anno, il 1867, il rapporto di mascolinità alla morte scende al di sotto del valore standard di mascolinità alla nascita. In pratica in quell'anno molte più femmine che maschi morirono nelle tre regioni meridionali.

Ma il dato mostra un notevole interesse anche in ragione dell'andamento dei valori assoluti della mortalità. Prendiamo in considerazione il caso della Sicilia: fatto pari a 100 il numero dei morti per ognuno dei due sessi del 1866 abbiamo per l'anno successivo un numero di morti pari a 179 per i maschi e ben 189 per le femmine. Questo brusco innalzamento dei valori della mortalità segnala la diffusione nell'isola, durante il 1867, della ben nota epidemia di colera¹⁰.

Ciò che qui preme sottolineare è che l'incremento delle morti, invece che comportare un aumento dell'abituale differenziale di mortalità tra i sessi, lo fa scomparire fino ad invertirne il segno. La diffusione dell'epidemia sovverte cioè i fattori selettivi di mortalità che ho cercato di enucleare e ne impone di nuovi, molto più svantaggiosi per il versante femminile della popolazione: quell'esubero di popolazione femminile in età adulta che gli effetti cumulativi della mortalità differenziale tendono a produrre viene così ad essere duramente colpito.

¹⁰ Indicazioni in F. Maggiore Perna, *La popolazione di Sicilia e di Palermo nel secolo XIX*, Palermo 1897; ma cfr. Statistica del Regno d'Italia. Sanità pubblica, *Il cholera morbus nel 1866 e 1867*, Firenze 1870.

È probabile che le vie del contagio abbiano finito per trasformare la minore mobilità delle donne in uno svantaggio. A ciò si unisce la debolezza, in ragione soprattutto delle condizioni di indigenza, di una fascia precisa di popolazione: le vedove. I provvedimenti di restrizione al commercio e le difficoltà di approvvigionamento che seguirono all'imposizione dei cordoni sanitari – comportando vistosi aumenti dei prezzi dei generi di prima necessità – ne aggravarono ulteriormente la già precaria condizione. Osserviamo infatti come la mortalità si distribuisce per fasce di età nel 1867 facendo sempre pari a 100 il numero dei morti del precedente anno 1866:

Incremento della mortalità nel 1867 rispetto al 1866 (1866 = 100):

	<i>Maschi</i>	<i>Femmine</i>
<5	150,5	147,0
15-30	221,1	263,1
30-45	241,1	319,1
45-60	223,3	278,9
>60	184,6	188,7

Come è facile osservare, la mortalità infantile e giovanile, pur subendo un incremento di circa il 50 per cento, non si discosta dalla distribuzione per genere dell'anno precedente. Nei successivi scaglioni di età, invece, si nota un forte innalzamento della mortalità femminile rispetto a quella maschile. Nel quadro di un numero di decessi molto più elevato, pari a due o tre volte quello dell'anno precedente, sono le donne adesso a subire il maggior peso della mortalità.

Passando dal dato regionale a quello delle singole province dovremmo a questo punto aspettarci che, in quelle zone dove il differenziale di mortalità è stato maggiore, più significativo sia il recupero in senso inverso nell'anno di crisi. Ed effettivamente, mettendo a confronto il rapporto di mascolinità dei tassi di mortalità ad età specifiche del 1867 costruiti sui dati del censimento del 1861, osserviamo un andamento divergente nelle tre province di Caltanissetta, Agrigento e Messina (cfr. tab. 6).

Nelle province di Caltanissetta e Agrigento, sicuramente tra quelle che presentano abitualmente una maggiore sovrarmortalità maschile, il 1867 segna una sorta di riequilibrio della piramide delle età, con forti perdite femminili in età adulta e soprattutto oltre i 60 anni. In provincia di Messina, viceversa, la distribuzione della mortalità appare seguire l'andamento consueto, con una prevalenza di morti maschili nella maturità e femminili oltre i 60 anni.

Le statistiche del 1867 sembrano offrire dunque una conferma, rovesciata, di tutti i precedenti dati raccolti per gli anni sessanta: nel primo decennio del Regno le regioni meridionali appaiono caratterizzate da un particolare modello di mortalità di genere che la crisi inverte di segno, ma da cui, in fondo, dipende.

I dati degli anni settanta confermano la tendenza sin qui delineata. I tassi di mortalità ad età specifiche calcolati per il quinquennio 1872-77 sulla media della popolazione dei censimenti del 1871 e 1881, delineano un quadro ormai noto (cfr. tab. 7). Mentre regioni come la Sicilia o la Calabria rappresentano casi estremi di sovramortalità maschile, Umbria e Toscana mostrano un sensibile svantaggio del versante femminile della popolazione.

Solo verso la fine degli anni settanta, in concomitanza con un abbassamento sensibile dei livelli di mortalità, si assiste nelle regioni meridionali ad un mutamento della distribuzione della mortalità tra i sessi nel senso di un ridimensionamento della sovramortalità maschile¹¹.

¹¹ Cfr. in generale l'agile sintesi di R. S. Schofield e D. S. Reher, *El descenso de la mortalidad en Europa*, in «Boletín de la Asociación de demografía histórica», XII, 1994, 1,

Tabella 6. Rapporto di mascolinità dei tassi di mortalità ad età specifiche: anno 1867.

Età	Caltanissetta	Agrigento	Messina
<5	1,00	1,03	1,15
5-10	1,17	1,14	1,30
10-15	1,30	1,16	1,04
15-20	0,90	1,23	1,26
20-25	0,91	0,94	1,04
25-30	0,84	1,05	1,18
30-35	0,81	0,94	0,92
35-40	0,96	1,12	0,89
40-45	0,80	0,97	1,11
45-50	0,99	1,05	1,21
50-55	1,03	0,87	1,27
55-60	1,12	1,10	1,09
60-65	0,77	0,74	0,87
65-70	0,94	0,87	1,08
70-75	0,76	0,76	0,80
75-80	1,13	1,03	0,98
>80	1,26	1,08	0,93

Fonte: elaborazioni da M.A.I.C., *Statistica del Regno d'Italia. Popolazione, movimento dello stato civile nell'anno 1867*, Firenze 1868. I tassi ad età specifiche sono calcolati sulla base dei dati del censimento del 1861: *Statistica d'Italia, Parte 1, Censimento generale 31 dicembre 1861*, Firenze 1867.

La Sicilia, che rappresenta una sorta di esempio estremo del modello, mostra un calo della tradizionale sovramortalità maschile alle età adulte nel quinquennio 1879-84 (cfr. tab. 8). Ancora qualche anno e il calo si farà sensibile: la mancanza del censimento del 1891 rende difficile la costruzione di tassi di mortalità ad età specifiche, ma agli inizi del nuovo secolo la distribuzione della mortalità tra i sessi nell'isola ha ormai quasi del tutto perduto quell'esasperato sbilanciamento che la connotava e si avvicina a quella della media del Regno (cfr. tab. 9).

4. *La divisione sessuale del lavoro.*

L'ipotesi è dunque che in Sicilia, così come in tutto il Meridione, abbia operato fino alle soglie del mondo contemporaneo un particolare sistema demografico, caratterizzato da uno specifico modello di mortalità di genere e connesso con il prevalente insediamento del latifondo. La distanza fra i grossi borghi e le città dove la popolazione si addensa e la terra coltivabile ricade pesantemente sulle spalle di contadini, costretti a percorrere – nelle torride estati come nei gelidi inverni – molte miglia per raggiungere i campi. Le donne, viceversa, rimaste per lo più in paese a curare la casa e a tessere, subiscono meno il logorio della vita

pp. 11-32; per l'Italia, cfr. Livi Bacci, *Donne, fecondità e figli*, cit.; per i dati siciliani cfr. G. Longhitano, *La dinamica demografica*, in *La Sicilia*, a cura di M. Aymard e G. Giarrizzo, in *Storia d'Italia. Le regioni dall'Unità ad oggi*, Torino 1987, pp. 983-1020.

Tabella 7. Rapporto di mascolinità dei tassi di mortalità ad età specifiche: quinquennio 1872-77.

Età	Umbria	Toscana	Regno	Sicilia	Calabrie
0-10	0,96	1,04	1,05	1,02	1,01
10-20	0,95	0,83	0,91	1,11	1,12
20-30	0,94	0,90	1,02	1,22	1,33
30-40	0,97	0,80	0,90	1,22	1,29
40-50	0,95	1,03	1,13	1,37	1,45
50-60	0,91	1,02	1,12	1,26	1,26
60-70	0,86	0,90	0,98	1,07	0,96
70-80	0,81	0,87	0,93	0,89	0,96
>80	0,77	1,01	1,00	0,77	0,94

Fonte: elaborazioni da M.A.I.C., *Statistica del Regno d'Italia. Popolazione, movimento dello stato civile nell'anno 1878*, Roma 1879; i tassi ad età specifiche sono stati calcolati sulla media della popolazione censita nel 1871 e 1881.

lavorativa. Data una struttura della divisione del lavoro a preminenza maschile, laddove, come nelle aree siciliane a seminativo arido, non v'è abbastanza offerta di lavoro – al punto che anche gli uomini rimango-

Tabella 8. Rapporto di mascolinità dei tassi di mortalità ad età specifiche: sessennio 1879-84.

Età	Toscana	Regno	Sicilia
0-10	1,05	1,05	0,99
10-20	0,91	0,86	0,93
20-30	0,83	0,94	1,05
30-40	0,73	0,83	1,13
40-50	1,02	1,10	1,37
50-60	1,12	1,14	1,20
60-70	1,08	1,00	0,95
70-80	1,09	0,99	0,83
>80	1,03	1,00	0,92

Fonte: elaborazioni da M.A.I.C., *Statistica del Regno d'Italia. Popolazione, movimento dello stato civile nell'anno 1884*, Roma 1885; i tassi ad età specifiche sono stati calcolati sulla popolazione censita nel 1881, M.A.I.C., *Direzione Generale della Statistica. Censimento generale della popolazione del Regno d'Italia al 31 dicembre 1881*, Roma 1883, II.

Tabella 9. Rapporto di mascolinità dei tassi di mortalità ad età specifiche: anno 1902.

Età	Toscana	Regno	Sicilia
0-10	1,06	1,04	0,95
10-20	0,86	0,82	0,75
20-30	0,83	0,90	0,89
30-40	0,82	0,86	0,90
40-50	0,96	1,10	1,11
50-60	1,12	1,22	1,22
60-70	1,06	1,06	1,02
70-80	0,97	0,97	0,93
>80	0,91	0,99	1,02

Fonte: elaborazioni da M.A.I.C., *Direzione Generale della Statistica, movimento della popolazione secondo gli atti dello stato civile nell'anno 1902*, Roma 1904; i tassi ad età specifiche sono stati calcolati sulla popolazione censita nel 1901, M.A.I.C., *Direzione Generale della Statistica. Censimento generale della popolazione del Regno d'Italia al 31 dicembre 1901*.

no disoccupati per buona parte dell'anno – il lavoro femminile è tradizionalmente confinato ad un ruolo residuale e sussidiario.

È necessario perciò attendere le trasformazioni colturali del tardo Ottocento, con la diffusione del vigneto e dell'agrumeto, e le modificazioni degli assetti sociali indotte dall'avvio del processo di emigrazione, per vedere crescere l'occupazione agricola femminile: le donne vanno allora ad occupare alcuni settori del lavoro agricolo, impiegate come raccogliatrici d'uva o incartatrici di arance. Si giunge così alla fine di un particolare modello di mortalità di genere che per un largo tratto di tempo ha influenzato la vita delle popolazioni siciliane e di gran parte del Meridione d'Italia. Una fine parallela all'incrinarsi dell'egemonia di un sistema produttivo caratterizzato dalla prevalenza della cerealicoltura estensiva, dallo strapotere della grande proprietà latifondistica e dal concentrarsi della popolazione in grossi borghi rurali.

Le pagine dell'inchiesta agraria relative alla Sicilia, stilate da Abele Damiani¹, sono molto attente alla divisione sessuale del lavoro a causa della costante preoccupazione per la salute fisica ma soprattutto «morale» della popolazione (e cioè per la rilassatezza dei costumi e per l'allentamento dei vincoli familiari)²; esse offrono perciò un'importante conferma indiretta dell'ipotesi che si è cercato di disegnare.

Ad Agrigento, ad esempio, l'inchiesta osserva che «la donna prende parte di rado ai lavori campestri» e laddove viene invece impegnata in qualche lavoro artigianale, come a Menfi nella costruzione delle sporte o a Carlentini nella filatura di lino e cotone, tuttavia «il lavoro delle donne e dei fanciulli non è superiore alle loro forze e la salute non ne risente quindi documento alcuno»³. Allo stesso modo, nel distretto di Cefalù, «le donne rimangono in casa, ove si dedicano alle cure domestiche ed alla filatura e tessitura di panni per uso della famiglia [mentre] gli uomini stanno tutto il giorno in campagna»; non diversamente che in provincia di Caltanissetta, dove «il campo è molto lontano dalla casa di abitazione: il che affatica enormemente il contadino». Da Alcamo a Nicosia, da Niscemi a Caltagirone, da Siracusa

¹ A. Damiani, *Atti della giunta per la inchiesta agraria*, vol. XIII, t. I, Roma 1884; ma sulla figura del Damiani cfr. G. Astuto, *Abele Damiani e la Sicilia postunitaria*, Catania 1986.

² Nella provincia di Caltanissetta, ad esempio, «il campo è molto lontano dalle case di abitazione: il che affatica estremamente il contadino, nuoce al migliore andamento delle colture agricole ed è causa di rilassatezza nei vincoli di famiglia»; in particolare a Pietraperzia «i vincoli di famiglia sono ancora vigorosi ma la lontananza del campo spesso li rilassa» mentre a Butera e Barrafranca «la lontananza del campo dall'abitato rallenta i vincoli di famiglia al punto che su cento mogli ottanta sono apertamente infedeli»: Damiani, *Atti della giunta per la inchiesta agraria* cit., p. 375.

³ *Ibid.*, p. 117.

a Castrogiovanni⁴ il quadro delle testimonianze è il medesimo: «gli uomini si recano al lavoro prima dell'alba, le donne attendono nelle faccende domestiche, filano e preparano rozzi tessuti pei bisogni della famiglia»⁵.

Il tempo di assenza degli uomini varia: se a Vizzini «il contadino ordinariamente non pernotta in campagna», a Misterbianco i braccianti partono il lunedì mattina e tornano il mercoledì per ripartire il giovedì e tornare il sabato. Altrove la situazione è ancora peggiore: a Biancavilla i lavoratori agricoli sono assenti 6 giorni la settimana; a Militello le campagne «spesso trovasi lontane dal paese» e gli uomini «sono costretti a star lontani dalla casa per intiere settimane e forse più»; a Ramacca addirittura il contadino «se ne sta assente per mesi intieri» finendo per trascorrere la maggior parte dell'anno lontano dalla famiglia.

Quella che viene definita come la «cattiva abitudine del contadino di abitare in città» è considerata una ragione fondamentale dell'arretratezza agricola. A causa della distanza dal luogo di lavoro, infatti, «l'agricoltore non è concentrato nel suo lavoro campestre e la donna rendesi a poco o niente utile»⁶. Inoltre il contadino «nell'inverno deve soffrire i disagi delle sere e mattinate fredde e gelate. D'onde le polmoniti più violente, le quali decimano la popolazione»⁷.

Solo nel Messinese il panorama appare diverso: mentre i braccianti conducono anche qui vita grama, «i moltissimi coloni parziari, o mezzadri dei terreni non molto sterili, si trovano in condizioni press'a poco eguali a quelle dei mezzadri di Toscana»⁸. Già Sidney Sonnino, nella sua inchiesta, aveva scritto che «in tutta la zona a culture arboree della provincia di Messina vediamo le donne lavorare pure in campagna, e non solo alla raccolta delle olive e della frutta, e alla vendemmia, ma anche nei lavori minori dei campi. Esse aiutano in genere gli uomini di casa nella coltivazione del podere e s'impiegano pure fuori a giornata»⁹. Inoltre, come si osserva nell'inchiesta

⁴ Il pretore di Castrogiovanni dichiara che «l'operaio agricoltore è costretto ad abbandonare la casa coniugale per settimane onde recarsi e trattenersi nel luogo del lavoro alle distanze medie più vicine di 5 o 6 chilometri e di 15 o 20 le più lontane, per cui le produzioni agricole sono scarse. Si fa notare che la donna nell'agricoltura non sussidia in niuna guisa la produzione agricola, ma sebbene se ne rimane oziosa nell'abitato»: *ibid.*, p. 375.

⁵ *Ibid.*, p. 94.

⁶ *Ibid.*, p. 392.

⁷ *Ibid.*, p. 375. Ma per l'incidenza differenziale della polmonite cfr. i dati in M.A.I.C., *Direzione generale della statistica. Statistica delle cause di morte 1887*, Roma 1890.

⁸ Damiani, *Atti della giunta* cit., p. 185.

⁹ L. Franchetti-S. Sonnino, *La Sicilia nel 1876*, Firenze 1877, 2 voll.; cito dalla II edizione Vallecchi, *I contadini in Sicilia*, Firenze 1974, II, p. 82.

Damiani, qui la donna non solo «accudisce alle faccende domestiche, fila e tesse rozzi panni per i bisogni della famiglia [ma] alle volte prende parte ai lavori campestri»¹⁰. Di conseguenza in alcune aree della provincia, come ad esempio il circondario di Mistretta, «appare che il lavoro al quale vengono adibiti, alcune volte i fanciulli e le donne, sia piuttosto gravoso e nuoccia alla loro salute».

L'evidenza di testi come questi fornisce dunque un quadro del tutto coerente con l'ipotesi di una sovramortalità maschile determinata dalla divisione sessuale del lavoro nel quadro di un particolare sistema ecologico, giuridico e produttivo. E tuttavia si tratta anche di una sovramortalità derivante – per una parte che non è possibile determinare con esattezza ma che è sicuramente rilevante – da una causa diretta, più specifica. Il caso della Sicilia può servire ancora ad analizzarla da vicino.

5. I dannati del primo sole.

Vicino Catania, alcuni chilometri lontano dalla città, un ponte sul fiume Simeto – detto *ponte del primo sole* – apre il cammino che dalla città conduce alla *piana*, la più importante pianura di Sicilia. La gente dice che questo nome deriva dal fatto che i contadini dovevano arrivare in quel punto all'alba per avviarsi a coltivare i campi. Ma proprio al comparire dei primi raggi del sole, coloro che attraversavano quelle contrade correvano un rischio terribile: la malaria¹.

Già Sonnino aveva notato come la

triste dote della vasta e ferace pianura di Catania è quella di essere il luogo dove in Sicilia maggiormente predomina la malaria e fanno stragi le febbri intermittenti e le perniciose. In tutta l'Isola troviamo pur troppo nel basso delle valli questa terribile piaga della malaria durante tre o quattro mesi dell'anno: e ciò si deve attribuire specialmente alla pochissima cura con cui sono regolati il corso e gli scoli delle acque, che dappertutto ristagnano in piccole fosse².

Descrivendo quella stessa *piana* che va «da Agnone al Mongibello» Giovanni Verga notava i paesi arroccati sulle alture: «Laggiù Lentini e Francofonte, e Paternò cercano di arrampicarsi come pecore sbrancate

¹⁰ Damiani, *Atti della giunta* cit., p. 163.

¹ Per le caratteristiche generali della malaria cfr. L. J. Bruce Chwatt-J. Zuleta, *The rise and fall of malaria in Europe*, Oxford 1980; L. J. Bruce Chwatt, *Essential malariology*, London 1985².

² Franchetti-Sonnino, *I contadini in Sicilia* cit., II, p. 33.

sulle prime colline che scappano dalla pianura». Da quei paesi i contadini scendevano a coltivare il frumento nelle terre basse e alluvionali: «È che la malaria v'entra nelle ossa col pane che mangiate [...] allora bisogna pure che chi semina e chi raccoglie caschi come una spiga matura»³.

La malaria, si sa, colpisce coloro che viaggiano attraverso le aree paludose, o che dormono all'aperto, mentre risparmia gli abitanti dei villaggi siti in luoghi elevati⁴: «per evitarla le popolazioni rurali, invece di espandersi nelle terre a coltura, si agglomerano in località troppo alte, e i contadini sono obbligati percorrere ogni giorno lunghe distanze»⁵.

In un'inchiesta della fine dell'Ottocento sulla diffusione della malaria in provincia di Trapani si osserva infatti che in genere «vengono colpiti solo quelli che vanno a lavorare nelle campagne restandone immuni le altre persone della famiglia che restano a casa»⁶. Solo in paesi disposti in aree endemicamente malariche, come Paceco, o comunque in terre basse, come Marsala e Mazzara, si ammalano anche donne e bambini, «a preferenza però gli uomini che vanno a lavorare in campagna perché esposti ad infettarsi anche in questi luoghi dormendovi all'aperto»⁷. In paesi edificati su colline o alture come Santa Ninfa o Monte San Giuliano, vengono di preferenza colpiti gli uomini, «poi bambini e donne quando tutti vanno in campagna [...] il che avviene specialmente per la mietitura e trebbiatura del grano». Analogamente, anche in Sardegna – secondo gli osservatori ottocenteschi – ad essere colpita dalla malaria è la popolazione rurale, e in particolare coloro «che intenti ai lavori dell'aia esposti ai cocenti raggi del sole, sono obbligati a pernottare nello stesso luogo per custodire le messi»⁸.

Anche in Sardegna, come in Sicilia o in Basilicata, molto spesso perciò le aree di diffusione malarica non corrispondevano alle zone di effettiva presenza della malattia, poiché «molti comuni sono assolutamente

³ G. Verga, *Novelle rusticane*, Roma 1920, *Malaria*, pp. 40-1.

⁴ Sulla distribuzione dei comuni siciliani in luoghi sopraelevati cfr. le annotazioni contenute nel *Prospetto topografico statistico del regno di Sicilia dedicato a Sua Real Maestà D. Maria Luisa Reggente di Etruria*, ms. della Biblioteca Apostolica Vaticana, Borg. Lat. 90.

⁵ F. Maggiore Perni, *Delle condizioni economiche, morali e politiche della Sicilia dopo il 1860*, Palermo 1896, p. 37.

⁶ Si veda il caso parallelo del Lazio studiato da A. Celli, *Malaria e colonizzazione nell'agro romano dai più antichi tempi ai giorni nostri*, Firenze 1925; ma cfr. ora G. Rossi, *L'agro di Roma tra '500 e '800*, Roma 1985 e le importanti osservazioni di Y. M. Bercè, *Influence de la malaria sur l'histoire évènementielle du Latium. XVI-XIX siècles*, paper presentato alla conferenza *Krankheit und Gesellschaft 13-18 Jahrhundert*, 21-23 novembre 1986.

⁷ V. Ambrosoli, *La malaria nella provincia di Trapani*, Parma 1902.

⁸ G. Tore, *Malaria e società nella Sardegna moderna e contemporanea*, in *Aspetti storici e sociali delle infezioni malariche in Italia*, Atti del 11 seminario di studi (Palermo 27-29 novembre 1986), a cura di C. Valenti, Palermo 1987, pp. 237-68.

liberi da malaria autoctona eppure per ragioni di mestiere presentano una forte morbosità malarica, perché gli abitanti vanno ad esercitare l'agricoltura e la pastorizia nelle vallate o nelle spiagge malariche»⁹.

Oggi sappiamo che la diffusione della malaria non è un «accidente naturale» ma l'effetto del mutamento ambientale prodotto dall'estensione della monocoltura cerealicola. Il processo secolare di distruzione delle foreste e la loro sostituzione col grano è giunto al punto che, all'inizio del XX secolo la Sicilia – nota in epoca araba con l'appellativo di Isola verde – era la regione italiana con la minore estensione boschiva¹⁰. Il disboscamento aveva provocato a sua volta un completo dissesto idrogeologico: l'acqua piovana, non più trattenuta da colline spoglie, defluiva nelle terre basse, dove – nelle ampie aree di terreni argillosi – ristagnava creando l'ambiente ideale per la riproduzione della zanzara¹¹. I villaggi più esposti dovevano così essere abbandonati a favore di centri abitati siti in luoghi più elevati, più lontani:

la malaria opera, all'interno delle regioni meridionali, come un tipico fattore cumulativo: ogni ulteriore sua diffusione induceva le popolazioni a rifugiarsi nelle zone salubri, collinari e montane, condannando queste zone al superfruttamento e al disboscamento. Il conseguente aggravamento del regime delle acque e la fuga delle popolazioni determinavano al piano un ulteriore estendersi della palude e quindi anche della malaria¹².

È merito di Franco Bonelli l'aver sottolineato in pagine di rara efficacia il ruolo decisivo della malaria come componente della mortalità delle regioni meridionali¹³ e l'importanza del suo debellamento (insieme alla sconfitta della pellagra nelle regioni settentrionali del paese) per la discesa dei tassi di mortalità. I suoi dati indicano come negli anni ottanta l'incidenza della malaria sulla mortalità generale può essere valutata nell'ordine

⁹ B. Gosso, *Un trentennio di lotta antimalarica nella Calabria e Basilicata. Studi e proposte*, Roma 1908, p. 65; per una descrizione degli effetti della malattia sugli individui colpiti cfr. G. Baccelli, *La malaria di Roma*, in M.A.I.C., Direzione della statistica generale, *Monografia della città di Roma e della campagna romana*, Roma 1881, I, pp. 171-81.

¹⁰ *Inchiesta parlamentare sulle condizioni dei contadini nelle province meridionali e nella Sicilia, Relazione del delegato tecnico prof. Giovanni Lorenzoni*, Roma 1910.

¹¹ C. Delano Smith, *Western Mediterranean Europe*, London 1979, p. 387.

¹² F. Bonelli, *Pour l'histoire de la mortalité en Europe: la malarie en Italie*, in *Problemes de mortalité*, Université de Liège 1965, p. 428; Id., *La malaria nella storia demografica ed economica d'Italia: primi lineamenti di una ricerca*, in «Studi storici», VII, 1966, 4, pp. 659-87. Ma si veda, per un confronto sul ruolo della malaria nell'Asia meridionale, T. Dyson, *On the Demography of South Asian Famines*, in «Population Studies», 1991, 45, pp. 5-25 e 279-97.

¹³ «Nella graduatoria delle malattie la cui larga e perdurante diffusione spiega il ritardo della caduta dei tassi di mortalità la malaria occupa nella media nazionale uno dei primi posti, e, in alcune regioni si può dire che determini il movimento di fondo delle curve della mortalità e il livello, assai basso, della vita media». Bonelli, *Pour l'histoire* cit., pp. 427-8. Durante il quadriennio 1887-91 il 74,1 per cento dei morti di malaria si concentrava nelle regioni meridionali (con il Lazio l'80 per cento) che ascende all'88,7 per cento (93 per cento

del 20-30 per cento. Al di là di una stima come questa che si presta certamente a possibili obiezioni, Bonelli sottolinea giustamente il carattere cruciale della mortalità malarica per l'andamento generale della mortalità¹⁴. Non si può non concordare sull'affermazione che poche malattie come la malaria determinano effetti così difficilmente quantificabili: intanto perché «per ogni morto classificato come morto per malaria ce ne sono diversi morti per altre ragioni ma a causa di organismi debilitati dalla malaria»¹⁵; e poi perché gli effetti più decisivi della malaria sono di natura sociale: il numero dei morti non ci dà il numero dei colpiti, quello delle genti costrette ad addensarsi nelle zone salubri e a chiudersi nei borghi,

a vivere lontano dai luoghi di lavoro agricolo, a impegnare le energie fisiche nelle lunghe marce per andare e venire dai campi, a rinserirsi nei villaggi al calare del sole. Nel Mezzogiorno d'Italia i modi di vivere di intere comunità si sono venuti forgiando attraverso il tempo sulla base della necessità di sfuggire alle conseguenze di un fattore ambientale che nella psicologia collettiva risulta nell'ordine naturale delle cose¹⁶.

Malgrado gli effetti del declino generale della sovramortalità maschile, tra i casi denunciati di malaria si osserva – ancora agli inizi del Novecento – un evidente sbilanciamento tra i sessi¹⁷. Nel semestre giugno-ottobre 1908, ad esempio, la distribuzione della malaria in Calabria per circondari si caratterizza ancora per una forte prevalenza della morbilità maschile:

Mortalità da malaria in Calabria (giugno-ottobre 1908):

<i>Circondari</i>	<i>Numero denunce</i>	<i>Maschi</i>	<i>Femmine</i>	<i>m/f</i>
Catanzaro	2150	1311	839	1,56
Crotone	3278	2019	1259	1,60
Monteleone	5545	3318	2227	1,48
Nicastro	2632	1648	984	1,67
Cosenza	1028	623	405	1,53
Rossano	5806	3626	2180	1,66
Paola	3871	2003	1868	1,46

col Lazio) nel 1910-14. Sull'influenza della malaria nell'abbassare le aspettative di vita cfr. D. Blake Smith, *Mortality and family in the colonial Chesapeake*, in «The Journal of Interdisciplinary History», VIII, 1977, pp. 403-27.

¹⁴ «Sembra che si possa affermare con una certa sicurezza che allorché la percentuale dei morti per malaria si avvicina o supera il 10% del totale dei morti, l'andamento della mortalità a causa della malattia in esame sia quello che dà il tono all'andamento della curva della mortalità generale». Bonelli, *Pour l'histoire* cit., p. 431.

¹⁵ Sugli effetti immunodepressivi della malaria cfr. ora J. A. McFalls Jr-M. Harvey Mc Falls, *Disease and fertility*, Orlando 1984, p. 113; ma cfr. anche, in generale, G. Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità in Italia. Dalla peste europea alla guerra mondiale (1348-1918)*, Bari 1987.

¹⁶ Bonelli, *Pour l'histoire* cit., pp. 437-8.

¹⁷ Gosso, *Un trentennio di lotta antimalarica nella Calabria e Basilicata* cit.

6. *Uno sguardo all'indietro.*

L'ipotesi sin qui presentata, e cioè la prevalenza nelle regioni meridionali di un modello demografico a marcata sovramortalità maschile, evidente nel primo ventennio post-unitario e poi via via meno caratterizzato, pone ovviamente la questione della sua profondità diacronica. Occorre chiedersi cioè se il fenomeno messo in evidenza dalla rilevazione statistica nazionale si sia manifestato in precedenza e per quanto tempo. Ovviamente, la diversa natura e qualità delle statistiche preunitarie o delle registrazioni parrocchiali non consentono di presentare – come sin qui si è tentato – riflessioni basate sui differenziali per sesso tra tassi di mortalità ad età specifica. I dati disponibili si riferiscono infatti solo a rilevamenti del numero dei defunti ovvero a tassi generici di mortalità. Essi inoltre, in mancanza di serie generali, fanno riferimento solo ad una delle regioni in cui il fenomeno si è mostrato con maggiore forza: la Sicilia. Si tratta dunque di materiali non conclusivi ai fini della dimostrazione dell'ipotesi presentata in queste pagine e tuttavia, come si vedrà, singolarmente congrui.

Una prima considerazione attiene al nesso già evidenziato tra valore assoluto della mortalità e ampiezza dello scarto tra i sessi. Nel decennio 1846-55 i valori dei tassi generici di mortalità maschile delle sette province siciliane si situavano in un *range* compreso tra i 41,19 per mille della provincia di Caltanissetta e i 31,06 di quella di Messina¹. Pur in un quadro di generale divaricazione tra i tassi di mortalità per sesso, va notato come la differenza, che raggiunge il 3,84 per mille a Caltanisset-

¹ Dati tratti dal «Giornale di statistica», VII, Palermo 1853, 21.

Tabella 10. Tassi generici di mortalità per province (Sicilia, 1832-35).

Province	Tasso m	Tasso f	m/f	m +/-f
Palermo	32,0	29,2	1,09	+2,80
Messina	27,6	26,0	1,06	+1,59
Catania	38,9	32,7	1,18	+6,18
Agrigento	40,9	35,6	1,14	+5,26
Siracusa	45,8	42,1	1,08	+3,67
Trapani	36,4	31,4	1,15	+5,00
Caltanissetta	46,0	40,2	1,14	+5,84

Fonte: elaborazioni da dati del «Giornale di statistica», VII, Palermo 1853, 21.

ta, sia solo del 2,33 in provincia di Messina². Ancora più chiaramente i tassi generici di mortalità del 1833-35 calcolati sulla base della popolazione del 1832 vedono la provincia di Caltanissetta presentare il più elevato tasso di mortalità maschile (46,07 per mille) e la provincia di Messina il più basso (27,62); nella provincia peloritana il tasso femminile segue quello maschile con uno scarto di poco più che un punto e mezzo rispetto ai quasi sei di quello dell'area nissena³.

Può essere interessante confrontare questi tassi (cfr. tab. 10) con quelli del 1837, anno in cui tutta l'isola fu colpita da un'epidemia di colera (cfr. tab. 11). Si ripete la tendenza che era emersa dai dati del colera del 1867: ancora una volta cioè l'epidemia colpisce maggiormente il versante femminile della popolazione. La spiegazione sembra dunque poter essere la stessa: il colera interviene su una struttura della popolazione che la mortalità ordinaria ha squilibrato, gonfiando la parte alta dell'emipiramide femminile delle età.

Tutti i dati di cui siamo in possesso sembrano dunque indicare, per la prima metà del XIX secolo, non solo la presenza del modello di mortalità che le statistiche unitarie hanno poi rivelato, ma il suo manifestarsi con un particolare rilievo⁴. Anche taluni dati settecenteschi, ri-

² Le statistiche sanitarie dell'amministrazione borbonica sono state messe in luce da G. Casarrubea, *Geografia della malaria nella Sicilia del primo Ottocento: aspetti sincronici e diacronici nella storia di una patologia di massa*, in Valenti, *Aspetti storici e sociali delle infezioni malariche* cit., pp. 69-96.

³ Piuttosto tenue la sovramortalità maschile ad età adulte registrata in Sardegna, nella diocesi di Ales: cfr. A. Gatti, *Livelli e caratteristiche della mortalità nella diocesi di Ales in Sardegna*, in G. Bottazzi, *Omaggio a Danilo Giori*, Milano 1990, pp. 83-104.

⁴ Alcuni dati per la Puglia, messi in luce dall'indagine di Assante, *Città e campagne nella Puglia del secolo XIX* cit., pp. 287-8 e 307-8, indicano un rapporto di mascolinità della po-

Tabella 11. Tassi generici di mortalità da colera (Sicilia, 1837).

Province	Tasso m	Tasso f	m/f	m +/-f
Palermo	80,3	88,8	0,90	-8,5
Catania	17,2	19,3	0,89	-2,1
Agrigento	35,5	40,1	0,88	-4,6
Siracusa	25,9	33,7	0,76	-7,8
Trapani	23,1	27,5	0,84	-4,4
Caltanissetta	12,7	13,4	0,94	-0,7

Fonte: elaborazioni da dati del «Giornale di statistica», Palermo 1840, 5, p. 492. I tassi sono calcolati sulla base della popolazione censita alla fine del 1836. La provincia di Messina fu, nel corso del 1837, appena sfiorata dall'epidemia, registrandosi in quell'anno solo 43 casi.

feriti a un gruppo di comuni della Sicilia orientale (cfr. tab. 12), fanno ritenere che siamo in presenza di un dato strutturale di lungo periodo. Degli otto paesi presi in esame, sette presentano notevoli differenziali di mortalità alle età adulte, variabili tra 130 e 185 morti maschili per ogni 100 femminili. Pur nella loro frammentarietà questi dati sono significativi: si tratta infatti di centri di notevoli dimensioni, tutti di diverse migliaia di abitanti, che nel loro insieme costituiscono un campione di più di 150 000 sepolture⁵. L'unico paese che mostra una distribuzione della mortalità equilibrata tra i due sessi è Tortorici, centro di montagna del Messinese.

Il ruolo svolto dalla malaria nella determinazione di questa struttura della mortalità va ancora indagato; e certo non basta a definirlo l'attenzione della tradizione medica alle febbri intermittenti: tuttavia, dalle osservazioni di Ingrassia sulle febbri malariche del 1558⁶ alle annotazioni di

polazione tra il 1819 e il 1849 oscillante tra 0,92 e 0,97; malgrado ciò in dodici anni su tredici di cui esistono i dati si registra una sovramortalità maschile; alcuni dati relativi all'intero Regno di Napoli per il periodo 1813-15 sembrano mostrare la stessa struttura sbilanciata della piramide delle età: cfr. S. Martuscelli, *La popolazione del Mezzogiorno nella statistica di re Murat*, Napoli 1979.

⁵ Valori di gran lunga inferiori e su campioni molto meno significativi hanno fatto scrivere di *singuliere faiblesse* e di *fragilité du sexe fort*: cfr. C. Brunnell, *La mortalité dans les campagnes: le duché de Brabant aux XVII^e et XVIII^e siècles*, Louvain 1977, p. 417.

⁶ G. F. Ingrassia, *Trattato assai bello et utile di doi mostri nati in Palermo in diversi tempi...*, Palermo 1560.

Tabella 12. Rapporti di mascolinità alla morte (Sicilia, sec. XVIII).

Paesi	Età				Tutti
	0/10	10/30	30/50	>50	
Leonforte	1,08	1,34	1,76	0,89	1,12
Melilli	1,11	1,86	1,85	0,60	1,10
Sortino	1,10	1,54	1,75	0,79	1,11
Pietraperzia	1,02	1,34	1,60	0,86	1,07
Vittoria	1,06	1,32	1,58	0,83	1,10
Taormina	1,04	1,38	1,60	0,91	1,10
Bronte	1,08	1,30	1,34	0,89	1,06
Tortorici	0,99	1,14	1,04	0,98	1,04

Fonti: i dati su Leonforte, Melilli, Sortino, Pietraperzia e Bronte sono tratti da *Studi di storia demografica siciliana (sec. XVIII)*, a cura di G. Longhitano, Catania 1979; quelli relativi a Taormina, Vittoria e Tortorici da dissertazioni di laurea condotte sotto la mia direzione da V. Sparta, G. E. De Caro e C. Armeli Iapichino.

Borrelli sulle febbri del 1647-48⁷, agli scritti di Fallica⁸ e di De Giacomo⁹, il nesso tra la *pluvia immodica*, il ristagno delle acque e il diffondersi delle febbri tra la popolazione che lavora i campi è accertato¹⁰.

In particolare l'espansione cerealicola registratasi a partire dalla seconda metà del Cinquecento e sostanziatasi nel Sei e Settecento nella edificazione di decine di villaggi di nuova fondazione potrebbe avere allargato il fenomeno, avvicinando la popolazione a terre di nuovo disodamento infestate dalla malaria¹¹.

Le poche indagini esistenti per il XVII secolo confermano ancora le indicazioni emerse: a Pietraperzia, nel periodo 1640-1700, un rapporto generico di mascolinità alla morte di 109 morti maschili per 100 femminili si distribuisce secondo il modello ormai noto¹², con in più – in questo caso – un rapporto di mascolinità alla morte nelle prime età (1/10 anni) singolarmente svantaggioso per le bambine. Il dato, che non trova conferme più generali, è tuttavia integrabile nell'ipotesi qui presentata. In una società che pone al suo centro il valore del lavoro maschile come essenziale strumento di sostentamento, forme di trattamento differenziale tra i bambini dei due sessi, e specialmente di sottotutrizione, possono condurre ad una sovramortalità femminile nelle prime fasce di età¹³.

7. Conclusione: nuovi temi di demografia storica.

Si è cercato in queste pagine di illuminare – attraverso una ricerca demografica – un problema storico, formulando l'ipotesi della lunga persistenza nel Meridione d'Italia di un particolare modello di morta-

⁷ G. A. Borrelli, *Delle cagioni delle febbri maligne della Sicilia negli anni 1647 e 1648*, Cosenza 1649.

⁸ S. Fallica, *Descrizione delle febbri epidemiche*, Catania 1794.

⁹ A. De Giacomo, *De febre per varias Siciliae plagas*, Catania 1833.

¹⁰ M. Aymard, *Epidemies et medecins en Sicile a l'epoque moderne*, in «Annales Cisalpinnes d'histoire sociale», s. I, 1973, 4, pp. 9-37; per la diffusione cinquecentesca cfr. le pp. 20-1.

¹¹ In Sardegna l'attrazione della pianura coltivabile e l'incremento di popolazione sembrano avvicinare la popolazione ai luoghi malarici; così G. Tore, *Dalle epidemie alle vaccinazioni di massa, in Sanità e società. Sicilia e Sardegna, secoli XVI-XX*, a cura di C. Valenti e G. Tore, pp. 306-30.

¹² I dati in S. Raffaele, *Dinamiche demografiche e struttura della famiglia nella Sicilia del Sei-Settecento*, Catania 1984.

¹³ A Paceco, viceversa – paese a forte mobilità situato in un'area malarica – i dati seicenteschi indicano una mortalità elevata ed equamente ripartita tra i due sessi. Cfr. F. Benigno, *Una casa, una terra. Ricerche su Paceco, paese nuovo nella Sicilia del Sei e Settecento*, Catania 1985, tab. xv, p. 132.

lità differenziale per genere, e i complessi rapporti che lo legano ad uno specifico ambiente, e cioè alla prevalenza di un determinato sistema ecologico, sociale e produttivo. Evidente nel primo ventennio dopo l'Unità, questo modello appare presente nel XVII e XVIII secolo, mentre a partire dagli anni ottanta dell'Ottocento, parallelamente al declino dei valori assoluti della mortalità, esso tende a sfumare sino a scomparire gradatamente nel corso del XX secolo¹.

Non si possono tuttavia nascondere, su un piano più strettamente demografico, alcune conseguenze implicite in questo approccio. La prima fra esse è una rinnovata attenzione alla mortalità differenziale. Gli osservatori sei-settecenteschi, primi cultori della demografia, possedevano una precisa percezione di quella che è stata definita l'ecologia della mortalità e di conseguenza mostravano una particolare sensibilità al fenomeno².

Graunt, nelle sue osservazioni sulle sepolture a Londra, si chiedeva se i dati su cui lavorava, e che segnalavano un'accentuata sovramortalità maschile nella Capitale, fossero generalizzabili; egli non escludeva *trends* differenti in altre situazioni, «essendo Londra il grande teatro e negozio degli affari, di cui il sesso maschile porta la gran parte [...]». Desidereremmo che i viaggiatori indagassero se lo stesso accade in altri paesi³. Non diversamente, nella Francia del Settecento, mentre Des Pommelles o Expilly raccoglievano nei loro *Tableaux* i primi dati sulla mortalità di genere⁴, Moheau osservava che «in Francia esiste un maggior numero di donne che d'uomini: si ritrovano 17 donne contro 16 uomini. Tale proporzione non è però la stessa negli altri paesi e varia secondo il clima»⁵.

¹ Non è possibile affrontare in questa sede il problema del dibattito attorno al declino della fertilità e alle sue cause; ma cfr. le interessanti osservazioni di J. Schneider e P. Schneider, *Going forward in reverse gear: culture, economy and political economy in the demographic transition of a sicilian rural town*, paper presentato alla conferenza *The historical context and consequences of declining fertility in Europe*, Cambridge 1989.

² A. Blum-A. Brugué, *Mortalité locale et générale en France 1670-1829*, paper presentato al seminario sulla *Reconstitution des populations du passé*, Paris, Juin 1989.

³ J. Graunt, *Natural and political observations mentioned in a followed index, and made upon the bills of mortality*, London 1662. Ma si veda anche G. King, *Natural and political observation and conclusion upon the state and condition in England*, London 1696, p. 39; e il suo «Burns journal», ristampato da P. Laslett, Westmead 1973, pp. 108 e 278-9. Il tema è ripreso da T. Short, *New observations on city, town and country bills of mortality*, London 1750.

⁴ Nel *Tableau de la population de toutes les provinces de France* di Des Pommelles sono esposti i rapporti generici di mortalità per tutte le *generalités*: i valori spaziano dall'1,12 di Perpignan allo 0,89 di Caen. Il *Tableau de la population de la France par l'abé Expilly* (1780) è stato ristampato, Paris 1973. Ma si veda in generale J. Dupâquier-M. Dupâquier, *Histoire de la démographie*, Paris 1985, pp. 175-82.

⁵ *Recherches et considérations sur la population de la France*, Paris 1778, p. 71; secondo Moheau le professioni e le passioni degli uomini sono più distruttive di quelle delle donne

La distanza tra questa vivida percezione del problema e la scarsa attenzione mostrata dalla ricerca demografica di questo secolo è impressionante⁶. È sufficiente aprire uno qualsiasi dei grandi libri della demografia storica inglese o francese per notare l'assenza di qualunque riferimento alla mortalità di genere; e ciò sia che si tratti di classiche monografie regionali⁷ o di celebrati studi parrocchiali⁸, di importanti ricerche sulla mortalità epidemica⁹ o di fondamentali volumi di ricostruzione della popolazione¹⁰.

La ragione profonda di tale disattenzione sta nell'orientamento degli studi di demografia storica prevalente negli ultimi decenni. Tutta una tradizione di ricerche ha puntato sull'analisi dei grandi stock di popolazione e sul rapporto tra le oscillazioni demografiche e l'andamento ciclico dell'economia. Al cuore della riflessione di tale orientamento di studi stava la mortalità da crisi¹¹, quella che, in un quadro teorico malthusiano, ristabilisce le compatibilità sistemiche e, più recentemente, i *mécanismes autorégulateurs*¹², cioè soprattutto il tasso di nuzialità e

poiché li sospingono alle intemperie e li espongono alla variabilità delle stagioni mentre le donne sono rinchiusi nelle loro case (pp. 83 e 207).

⁶ Si noti come R. Mols, *Introduction a la démographie historique des villes d'Europe du XIV^e au XVIII^e siècle*, tome II, *Les résultats*, Louvain 1955, p. 311, partendo dall'idea di una generale sovramortalità maschile nell'infanzia e nell'età adulta osserva che vi sono delle località per cui gli autori antichi (cita Süsmilch e Mohau) constatano in certi periodi una sovramortalità femminile. La sua conclusione è che in questo caso bisogna verificare che non ci siano stati *défauts dans l'enregistrement*.

⁷ Si veda ad esempio P. Goubert, *Beauvais et le Beauvaisis de 1600 à 1730*, Paris 1960; J. Dupâquier, *La population rurale du Bassin parisienne à l'époque de Louis XIV*, Paris 1979.

⁸ Cfr. ad esempio M. Lachiver, *La population de Meulan du XVII^e aux XIX^e siècle*, Paris 1969.

⁹ Si veda ad esempio J. D. Post, *Food shortage, climatic variability and epidemic disease in preindustrial Europe*, Ithaca-London 1985.

¹⁰ Il metodo della «back projection» su cui è basata la monumentale ricostruzione della popolazione inglese di Schofield e Wrigley non considera la mortalità di genere come una variabile. Ciò malgrado che un recente studio sulla parrocchia di Whickham mostri aspettative di vita per i due sessi significativamente diverse da quelle rintracciate a Colyton, la famosa parrocchia oggetto di uno dei primi studi del gruppo di Cambridge; mentre a Colyton si registravano aspettative di vita migliori per gli uomini, a Whickham avveniva il contrario: cfr. K. Wrightson-D. Levine, *Death in Wickham*, in *Famine disease and the social order in early modern society*, a cura di J. Walker e R. Schofield, Cambridge 1989, p. 149; ma si vedano anche i dati di S. Sogner, *Aspects of the demographic situation in seventeenth parishes in Shropshire 1711-60*, in «Population studies», XVII, 1963-64, pp. 127-46. Interessante il confronto con i dati (per il periodo 1774-89) della parrocchia di Colne, Lancashire, che mostrano per il periodo 1774-89 un rapporto generico di mascolinità alla morte pari a 86,9: cfr. *Parochial Chapelry of Colne. Register of Baptisms and Burials 1774-1789*, Colne 1969.

¹¹ La letteratura su questo tema è sterminata. Un buon esempio di disattenzione per la mortalità differenziale è quello offerto da *Problèmes de mortalité. Methodes, sources et bibliographie en démographie historique. Colloque internationale. Liège 18-20 avril 1963*, Liège 1965.

¹² J. Dupâquier, *De l'animal à l'homme: le mécanisme autorégulateur des populations traditionnelles*, in «Revue de l'institut de sociologie», 1972, 2, pp. 177-211; A. Bideau, *Les*

l'età al matrimonio¹³. Al contrario, l'analisi della mortalità differenziale per genere richiede uno studio della mortalità «ordinaria» e un'attenzione rivolta piuttosto alla fluttuazione dei tassi di celibato.

Un discorso analogo potrebbe farsi rispetto alle ricerche condotte sul versante microanalitico. È noto come il cosiddetto metodo Henry-Fleury di ricostruzione delle famiglie non ci fornisce la proporzione della gente che si sposa, la mortalità adulta e la misura dei flussi migratori¹⁴, elementi indispensabili per una corretta valutazione della mortalità di genere in età adulta. Com'è stato osservato¹⁵, la ricostruzione delle famiglie *Crulai style*¹⁶ disegna il sistema di coloro che si sposano e fissano la propria residenza in modo stabile, trascurando quel versante della popolazione fluttuante e mobile costituito da emigranti, vagabondi, celibi.

La più interessante prospettiva aperta da tale tipo di studi potrebbe tuttavia venire da una riconsiderazione del mercato matrimoniale in prospettiva storica¹⁷. L'importanza della mortalità di genere per il secondo matrimonio è evidente¹⁸, ma potrebbe risultare molto più interessante analizzare gli effetti del diverso rapporto di mascolinità nelle varie coorti – il cosiddetto *marriage squeeze* – in un mercato matrimoniale, quello di antico regime, segmentato da ben definiti confini geografici, sociali e di età¹⁹. Se esistono precisi limiti al matrimonio, se

mécanismes autorégulateurs des populations traditionnelles, in «Annales E.S.C.», 1983, 38, 5, pp. 1040-57. Il punto di vista tradizionale è ben rappresentato da T. McKeown, *Fertility, mortality and cause of death*, in «Population studies», 1978, pp. 535-42. Ma cfr. anche il prudente scetticismo di M. Livi Bacci, *La société italienne devant les crises de mortalité*, Firenze 1978, specie alle pp. 134-5.

¹³ Cfr. la rassegna di E. Crenshaw, *The demographic regime of western Europe in the early modern period: a review of literature*, in «The Journal of Family History», 1989, 14, 2, pp. 177-89.

¹⁴ M. W. Flinn, *The European Demographic System 1500-1820*, Brighton 1981, p. 3; ma cfr. anche J. E. Knodel, *Demographic behaviour in the past*, Cambridge 1988.

¹⁵ M. Livi Bacci, *New dimensions for historical demography*, in Aa.Vv., *Historiens et populations. Liber amicorum Etienne Hélin*, Louvain-la neuve 1991, p. 18.

¹⁶ Dal nome della parrocchia, Crulai, studiata da Louis Henry.

¹⁷ Per una visione generale delle conseguenze sull'organizzazione familiare di differenziali di mortalità per sesso cfr. G. F. Sutton, *Mortality differences by race and sex: consequences for families*, in F. D. Bean-W. Parker Frisbie, *The demography of racial and ethnic groups*, New York 1974, pp. 301-13. Ma cfr. anche *Selectivity of marriage and mortality: notes for future researches*, in *Population and biology*, a cura di N. Keyfett, Liège 1984.

¹⁸ G. Cabourdin, *Le remariage*, in «Annales de Demographie Historique», 1978, pp. 305-36. B. J. Todd, *Demographic determinism and female agency: the remarrying widow reconsidered...again*, in «Continuity and Change», 1994, 9, 3, pp. 421-50.

¹⁹ Sul concetto di *marriage squeeze* cfr. J. A. Veevers, *The «Real» Marriage Squeeze. Mate Selection, Mortality and the Mating Gradient*, in «Sociological perspectives», 1988, 31, 2, pp. 168-9.

cioè la scelta matrimoniale può avvenire solo tra un ristretto numero di possibili partner, allora la morte di taluni fra loro diviene un elemento cruciale del sistema demografico, producendo importanti conseguenze sull'età al matrimonio, sui tassi di celibato e, indirettamente, sulla fecondità.