

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE,
GIURIDICHE E
STUDI INTERNAZIONALI

Corso di laurea *Triennale* in
Scienze politiche, relazioni internazionali e diritti umani



Il diritto alla vita nell'infanzia in India: uno sguardo al
fenomeno del *Sex ratio* dal 1950 a oggi

Relatore: Prof. Irene Barbiera

Laureando:

Emma Sferrazzo

matricola N. 2045381

A.A. 2023/2024

*A Nonna Miranda
e a Zia Fiammetta,
i miei angeli custodi*

Indice

Introduzione	1
Capitolo I – La mortalità infantile e neonatale in India	5
1.1 La mortalità infantile e neonatale e le differenze di genere	5
1.2 Malattie infettive, diarroiche e altre cause biologiche.....	10
1.3 <i>Sex ratio</i>	14
Capitolo II – Il ruolo della società nel <i>Sex ratio</i> e il valore della donna.....	19
2.1 L’influenza della ricchezza e dell’educazione sul <i>Sex ratio</i>	19
2.2 La struttura familiare e i legami di parentela	24
2.3 Disparità di genere e rapporto madre-figlio	26
Capitolo III – Le differenze regionali nel rapporto tra i sessi	31
3.1 L’India settentrionale: il caso del Punjab	31
3.2 L’India meridionale: il caso del Kerala.....	36
3.3 India settentrionale e meridionale a confronto	40
Conclusioni	43
Bibliografia	45
Sitografia.....	47
Ringraziamenti.....	49

Introduzione

Tra i 17 Obiettivi di Sviluppo Sostenibile dell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite si evidenziano delle priorità fondamentali, tra le quali il miglioramento della salute e del benessere per adulti e bambini, l'accesso a un'istruzione di qualità e la riduzione delle disuguaglianze con un focus particolare sul raggiungimento della parità di genere.

Tuttavia, il perseguimento di tali obiettivi e la progressiva costruzione di una società inclusiva e sostenibile non avvengono in maniera omogenea tra tutti i Paesi, in particolare laddove vi siano culture e tradizioni profondamente radicate, che ostacolano la prosperità in questi ambiti.

Un esempio emblematico è l'India, l'oggetto di questa analisi, dove la disparità di genere è ben consolidata con conseguenze evidenti nel fenomeno della mortalità neonatale e infantile.

Nel primo capitolo di questa tesi viene illustrato il *gap* tra i due generi attraverso evidenze scientifiche e biologiche, come le malattie infettive, la polmonite e altre patologie mortali e congenite, che mettono a rischio la vita dei neonati e dei bambini, ma al contempo attraverso motivazioni sociali, visibili in particolar modo dai dati relativi al *Sex ratio*. Infatti, soprattutto nella seconda metà del Novecento, la persistenza di un *Sex ratio* distorto è il risultato di profonde radici culturali e sociali che favoriscono la preferenza per il figlio maschio. Questo pregiudizio di genere si traduce in una serie di pratiche volte alla riduzione del numero di figlie femmine nelle famiglie; tra le pratiche più comuni vi sono aborti selettivi o infanticidi entro il primo anno di vita delle bambine, oppure l'incuria verso le bambine ("*death by neglect*") negli anni successivi alla nascita, che comprende una carenza di risorse nutrizionali e vitali, di investimenti per la loro salute, educazione e formazione. In particolare, dalla seconda metà del Novecento a oggi c'è stato un cambio di paradigma: negli anni Settanta la mortalità delle bambine era più alta di quella dei maschi nella fascia d'età 1-4 anni. Poi, con la successiva diffusione delle ecografie che permettevano di identificare il sesso del nascituro, le donne hanno iniziato a praticare con maggior frequenza l'aborto selettivo e si è così abbassata la probabilità di morte entro il primo anno di vita, diventando la medesima per maschi e femmine. Pertanto, mentre con le pratiche volte alla

discriminazione delle bambine, queste avevano più probabilità di morte rispetto ai maschi, in seguito con l'aborto selettivo nascono meno bambine, quindi si crea un rapporto distorto dalla nascita. In particolare, questo aspetto è ben evidente nei diversi contesti regionali, analizzati nei capitoli successivi.

Nel capitolo successivo, l'analisi si concentra sulle pratiche della società indiana del XX secolo, influenzate da una visione patriarcale e discriminatoria del ruolo della donna nella società e nella famiglia. La ricchezza delle famiglie ha un impatto importante nelle pratiche discriminatorie verso le figlie femmine: nei ranghi più alti si tende a discriminare di più, il tasso di fecondità si comprime e aumenta l'asimmetria dei sessi alla nascita. Ciò è dovuto proprio alla preferenza per il figlio maschio, visto come una fonte di ricchezza economica e garanzia finanziaria, motivi per cui egli riceve un'educazione migliore, un'alimentazione ricca e adeguata e ha accesso alle cure mediche.

Non solo nella società in generale, ma anche nel nucleo più ristretto della famiglia queste differenze sono ben radicate. La disparità di genere, infatti, è qui mantenuta attraverso l'associazione degli uomini con il lavoro 'produttivo' e nella sfera pubblica e delle donne con il lavoro 'riproduttivo' o nella sfera privata. Esse, infatti, acquisiscono il ruolo di «*vessels of procreation*», collaboratrici nello spazio domestico e soprattutto di mogli e il loro valore dipende fortemente dai figli maschi che riescono a procreare.

In realtà, queste dinamiche variano a livello territoriale con differenze significative tra le regioni settentrionali, in cui prevale il sistema esogamico, e le regioni meridionali, dove dominate il sistema endogamico. Nel primo caso, strettamente patrilocale e patrilineare, la donna è costretta a uno stile di vita isolato e ha scarse possibilità di sviluppare una propria autonomia economica e lavorativa. Invece, nel secondo caso le donne godono di una maggiore autonomia sociale e con ciò vi è una minore radicalizzazione degli stereotipi di genere con pratiche culturali che valorizzano di più il ruolo delle donne nella società.

Pertanto, il capitolo finale esamina due casi rappresentativi di queste differenze regionali: il Punjab e il Kerala. Questi due esempi dimostrano che il *gap* tra i due generi non è uniforme in tutto il Paese. Le differenze non sono solamente variazioni statistiche, registrate nei NFHS-3 (2005-06) e NFHS-4 (2015-16), ma riflettono

profonde divergenze socioeconomiche e culturali radicate nelle specificità regionali, che impattano profondamente sul modo in cui le famiglie e le comunità trattano le bambine e le donne, con conseguenze dirette sulla loro salute, istruzione e benessere generale. Nello specifico, i NFHS (“*National Family Health Surveys*”) sono dei cicli di indagini, condotte in un campione rappresentativo di famiglie in tutta l’India, che forniscono informazioni e dati su fecondità, mortalità infantile e neonatale, pratica della pianificazione familiare, salute materna e infantile, riproduzione, nutrizione, utilizzo e qualità dei servizi sanitari e altri. Questi dati sono importanti soprattutto per il Ministero della Salute al fine di pianificare programmi politici di miglioramento dei servizi.

In conclusione, questa analisi offre una prospettiva statistica e sociologica rispetto al fenomeno della mortalità neonatale e infantile in India e di come esso sia fortemente influenzato da rapporti sproporzionati tra i sessi alla nascita e negli anni immediatamente successivi. Lo studio si apre a riflessioni riguardanti le differenze geografiche e territoriali tra le regioni in India dal punto di vista sociale e familiare, per capire i fattori determinanti della discriminazione verso le figlie femmine, le modalità di costruzione della struttura familiare e, infine, se nel corso dei decenni il *gap* sia stato o meno colmato, promuovendo un futuro più equo e sostenibile per tutte le cittadine indiane.

Capitolo primo

La mortalità infantile e neonatale in India

La Convenzione sui diritti del fanciullo del 1989 stabilisce un impegno globale per garantire i diritti fondamentali dei bambini e delle bambine. In particolare, l'art. 6 della medesima sottolinea due aspetti principali: da un lato il diritto innato alla vita e dall'altro l'obbligo degli Stati membri di proteggere e promuovere la sopravvivenza e lo sviluppo dei bambini in ogni ambito¹.

Questa base giuridica internazionale risulta estremamente utile per iniziare a riflettere su come la società indiana non sia sempre stata promotrice di tali valori essenziali, come la vita, la dignità umana e l'uguaglianza, costruendo anzi una radice socioculturale basata su forti discriminazioni di genere che si leggono nel fenomeno della mortalità infantile e neonatale, che colpisce in maniera particolare neonate e bambine e presenta differenze tra esse e i loro coetanei maschi.

1.1 La mortalità infantile e neonatale e le differenze di genere

La mortalità nei primi anni di vita è un fenomeno alquanto ampio e diffuso particolarmente nelle aree di Africa, Sud America e Asia meridionale. Questo problema è una delle principali sfide sanitarie e sociali a livello globale, con implicazioni profonde sullo sviluppo.

Per affrontare adeguatamente questo argomento assai vasto, è necessario e utile operare una distinzione tra due categorie principali: la mortalità infantile e la mortalità neonatale. Parliamo di mortalità neonatale in riferimento ai decessi che si verificano nei bambini di età inferiore a un anno; questo periodo è particolarmente critico, poiché i neonati sono estremamente vulnerabili a varie condizioni mediche e a fattori ambientali che possono influenzare la loro sopravvivenza.

¹ Organizzazione delle Nazioni Unite, 1989, *Convenzione sui diritti del fanciullo*, Risoluzione n. 44/25 (20 novembre 1989)

La mortalità infantile, invece, fa riferimento ai decessi dei bambini nella fascia d'età da 1 a 5 anni.

Le cause di mortalità sono molteplici e possono variare a seconda della regione e del contesto socioeconomico. La mortalità entro il primo anno di vita è fortemente influenzata da fattori biologici e genetici; tra le principali cause si annoverano malnutrizione, malattie infettive come la malaria e la polmonite, e mancanza di accesso a cure mediche adeguate. La mortalità negli anni successivi, invece, è molto condizionata dal contesto culturale ed economico e dalle modalità di cura dei bambini e delle bambine.

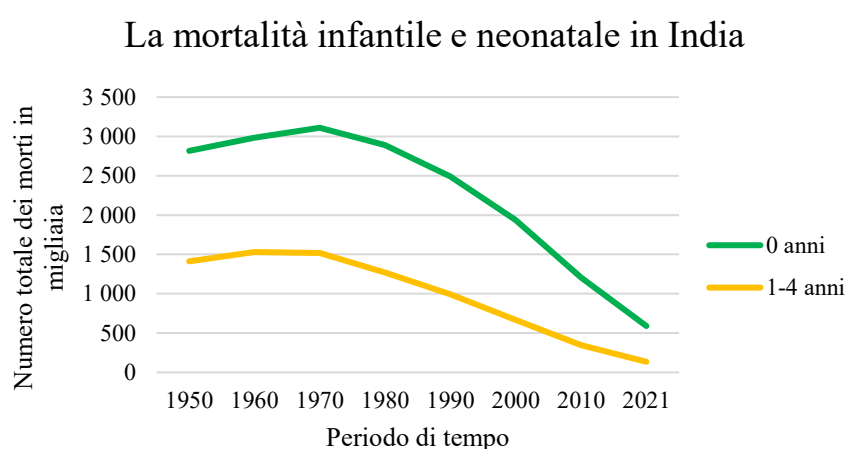


Figura 1: La mortalità infantile e neonatale in India

Fonte: Organizzazione delle Nazioni Unite, Dipartimento di Affari Economici e Sociali, *World Population Prospects, Population Division*, 2022, Edizione online (elaborati da me) (ultima consultazione: aprile 2024)

Nella Figura 1 si analizza l'andamento del fenomeno dal 1950 al 2021 in India distinguendo tra bambini maschi e femmine entro il primo anno di vita e quelli nella fascia d'età 1-4 anni. Per entrambe le classi di età considerate, dal 1950 si osserva un forte aumento della mortalità che trova un picco significativo proprio nel 1970: i dati, infatti, mostrano che in quell'anno più di 3 milioni i bambini di età inferiore a un anno e più di un milione i bambini tra 1 e 4 anni sono deceduti. Nel 1970 il tasso di mortalità era di 141,7 bambini morti ogni 1000 nati².

² Organizzazione delle Nazioni Unite, Dipartimento di Affari Economici e Sociali, *World Population Prospects, Population Division*, 2022, Edizione online (disponibile al seguente link: <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Mortality/>) (ultima consultazione: aprile 2024)

Successivamente, le curve subiscono un calo progressivo, tanto che negli anni più recenti si registrano numeri relativamente bassi (infatti, nel 2021 sono stati riportati 589 mila bambini di età inferiore a un anno e 135 mila da 1 e 4 anni)³. Questa tendenza discendente è il risultato di numerosi interventi e miglioramenti nelle condizioni di vita, tra cui l'introduzione di programmi di vaccinazione di massa, l'ampliamento dell'accesso ai servizi sanitari di base, e il miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie; nonché l'introduzione di politiche di sviluppo, favorite anche dalle lotte per l'emancipazione femminile da parte delle giovani donne.

Partendo dai dati appena analizzati è possibile mettere in evidenza il *gap* tra i due sessi nel fenomeno della mortalità infantile e neonatale (Figure 2 e 3). Dal 1950 al 1970 l'aumento dei casi di mortalità sia neonatale sia infantile si è registrato per entrambi i sessi; tuttavia, le differenze si notano in fasce d'età più specifiche: mentre per i neonati maschi è più comune la morte entro il primo anno di vita, tra le bambine è più diffusa la morte tra 1 e 5 anni⁴.

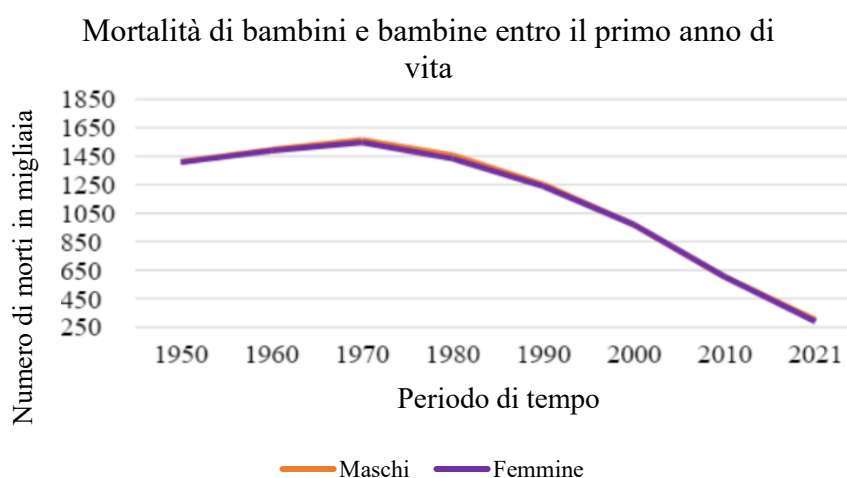


Figura 2: Mortalità di bambini e bambine entro il primo anno di vita

Fonte: Organizzazione delle Nazioni Unite, Dipartimento di Affari Economici e Sociali, *World Population Prospects 2022, Population Division*, Edizione online (elaborati da me) (ultima consultazione: aprile 2024)

³ Organizzazione delle Nazioni Unite, Dipartimento di Affari Economici e Sociali, *World Population Prospects 2022, Population Division*, Edizione online (elaborati da me) Online (disponibile al seguente link: <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Mortality/>) (ultima consultazione: aprile 2024)

⁴ Organizzazione delle Nazioni Unite, Dipartimento di Affari Economici e Sociali, *World Population Prospects 2022, Population Division*, Edizione online (elaborati da me) Online (disponibile al seguente link: <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Mortality/>) (ultima consultazione: aprile 2024)

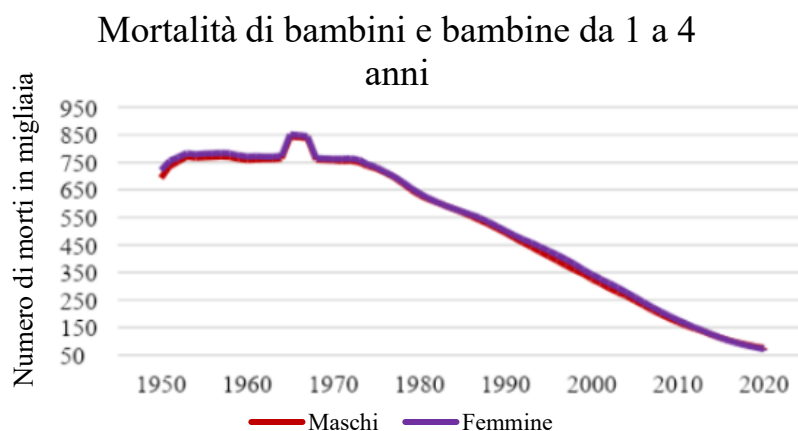


Figura 3: Mortalità di bambini e bambine da 1 a 4 anni

Organizzazione delle Nazioni Unite, Dipartimento di Affari Economici e Sociali, *World Population Prospects 2022, Population division*, Edizione online (elaborati da me) (ultima consultazione: aprile 2024)

Più nello specifico, a partire dagli anni Settanta la probabilità di morte tra il primo e il quarto anno è più alta per le bambine piuttosto che per i bambini, mentre resta pressoché la medesima per entrambi entro il primo anno di vita⁵, come si può vedere dalle seguenti figure (figure 4 e 5).

Estimates of infant, child and under-five mortality by sex, by decade

Decade	Infant mortality (deaths under age 1 per 1,000 live births)			Child mortality (probability of dying at ages 1-4, per 1,000)			Under-five mortality (deaths under age 5 per 1,000 live births)			Ratio of male to female mortality (per 100)		
	Male	Female	Both sexes	Male	Female	Both sexes	Male	Female	Both sexes	Infant	Child	Under-five
										Infant	Child	Under-five
1970s	113	115	114	56	74	64	162	180	171	98	75	90
1980s	93	93	93	34	50	42	124	138	131	100	69	89
1990s	74	74	74	27	42	34	99	113	106	100	63	87
2000s	57	59	58	21	38	29	77	95	86	97	56	81

Figura 4: Stime sulla mortalità infantile e neonatale e sotto i 5 anni divisa per sesso e decennio

Fonte: Organizzazione delle Nazioni Unite, Dipartimento di Affari Economici e Sociali, *Population Division (2011). Sex Differentials in Childhood Mortality* (Pubblicazione delle Nazioni Unite, ST/ESA/SER.A/314)

Le stime dimostrano come nel primo anno di vita per maschi e femmine la mortalità non presenta forti differenze; è però nella fascia 1-4 anni che la probabilità di morte si alza per le bambine, a causa dell'incuria nei loro confronti, che prende comunemente il nome di "death by neglect", ossia l'insieme di pratiche di

⁵ Organizzazione delle Nazioni Unite, Dipartimento di Affari Economici e Sociali, *Population Division (2011). Sex Differentials in Childhood Mortality* (Pubblicazione delle Nazioni Unite, ST/ESA/SER.A/314)

malnutrizione, assenza di cure medico-sanitarie, di investimenti per l'educazione, per l'abbigliamento nei confronti delle figlie femmine, che diminuiscono il loro stato di salute e benessere.

I dati possono essere esemplificati nella seguente figura, dove si può notare come nel primo anno di vita i bambini e le bambine abbiano la medesima probabilità di morte, che aumenta invece per le bambine (segnate dalla linea rosa) nel corso degli anni successivi.

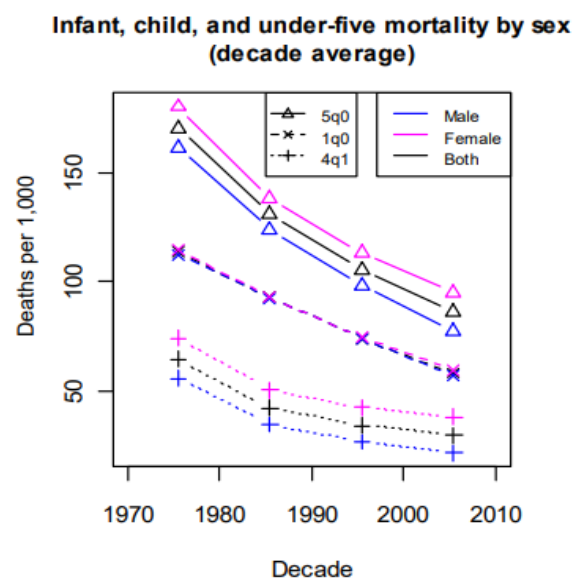


Figura 5: Mortalità infantile, neonatale e sotto i 5 anni per sesso

Organizzazione delle Nazioni Unite, Dipartimento di Affari Economici e Sociali, *Population Division (2011). Sex Differentials in Childhood Mortality* (Pubblicazione delle Nazioni Unite, ST/ESA/SER.A/314)

Notiamo come vi sia un cambio di paradigma dagli anni Settanta agli anni Duemila: la mortalità delle bambine tra 1 e 4 anni diminuisce e aumenta, invece, la mortalità entro il primo anno, a causa della diffusione di tecnologie per il riconoscimento del sesso del nascituro e la conseguente diffusione di aborti e infanticidi nei confronti delle figlie femmine.

Le ragioni di questo divario vanno ricercate nelle cause biologiche e sociali che permeano il sistema patriarcale indiano da secoli. In generale, biologicamente i neonati hanno maggiori probabilità di morire durante il primo mese di vita (o comunque nel corso dell'infanzia) rispetto alle neonate, essendo più esposti al rischio di complicanze alla nascita e a malattie infettive. Questa è una tendenza osservata nella maggior parte dei paesi, dove i tassi di mortalità infantile e neonatale sono generalmente più alti per i maschi.

Ciononostante, il numero complessivo di femmine è inferiore rispetto a quello dei maschi in India. Secondo i dati dell'UNFPA⁶, nel 2023 la popolazione indiana si aggirava intorno a 1,43 miliardi di abitanti, con il 25% nella fascia d'età 0-14 anni. In questa fascia d'età, si contavano circa 16,9 milioni femmine rispetto ai 17,8 milioni di maschi tra 0 e 14 anni.⁷ Questi dati confermano un andamento storico delle differenze di genere nelle nascite sin dalla metà del Novecento, quando, per esempio, a 4,1 milioni di ragazze tra 0 e 14 anni corrispondevano 4,3 milioni di ragazzi⁸.

Le bambine, infatti, sono vittime di un sistema basato sulla preferenza per il figlio maschio, un pregiudizio radicato che porta a pratiche discriminatorie, come selezione di genere, infanticidio femminile, alla diminuzione di investimenti per le cure e l'istruzione delle bambine. Questo contesto socioculturale ha gravi conseguenze sulla loro sopravvivenza e qualità della vita.

1.2 Malattie infettive, diarroiche e altre cause biologiche

La mortalità infantile in India è più comunemente causata da disturbi neonatali e parti pretermine, infezioni delle basse vie respiratorie (LRI), asfissia neonatale e traumi, e ancora difetti congeniti alla nascita, malattie diarroiche, infezioni, malnutrizione, malaria, infine da altre malattie trasmissibili e non. Perciò osserviamo la diffusione e l'incidenza di queste gravi problematiche nell'età infantile.

La polmonite è l'infezione delle basse vie respiratorie più diffusa e la principale causa di morte per i bambini di età inferiore ai 5 anni, in particolare nelle aree dell'Africa Subsahariana e dell'Asia Meridionale, tra cui l'India e il Pakistan, laddove le strutture sanitarie sono carenti e le persone hanno meno risorse per accedere alle cure.

⁶ *United Nations Population Fund* (1969)

⁷ UNFPA, *World Population Dashboard India*, 2023 (disponibile al seguente link Online (disponibile al seguente link: <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Mortality/>) (ultima consultazione aprile 2024)

⁸ UNFPA, *World Population Dashboard India*, 2023 (disponibile al seguente link Online (disponibile al seguente link: <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Mortality/>) (ultima consultazione: aprile 2024)

Tra i principali fattori che contribuiscono a questa infezione individuiamo: denutrizione (in particolare il deperimento infantile, definito come uno stato di peso troppo basso in rapporto all'altezza), inquinamento, fumo passivo, malattie infettive già contratte (come HIV e AIDS), infine il sovraffollamento. Il vaccino PCV (Vaccino Pneumococcico Coniugato) viene somministrato ai bambini di età inferiore ai 24 mesi per contrastare i batteri responsabili della polmonite ed è diventato disponibile per la prima volta negli anni Duemila: l'ultima versione di questo tipo di vaccino, la PCV3, è stata introdotta in India solo nel 2017 e oggi è diffusa in tutto il paese⁹; basti pensare che il 25% dei bambini nel primo anno di vita nel 2021 era stato sottoposto alla somministrazione della terza dose di vaccino¹⁰. Sarebbe quindi conveniente per la salute della popolazione che lo Stato continuasse a investire sull'ampliamento della copertura vaccinale e sulla ricerca per migliorare le prestazioni del sistema di salute pubblica e anche le condizioni di benessere fisico dei bambini.

Estremamente diffusa è anche la mortalità neonatale (entro i primi 28 giorni di vita completa), rispetto alla quale possiamo distinguere quella precoce, nella prima settimana di vita, da quella tardiva, tra la prima e la quarta settimana.

La mortalità neonatale è spesso collegata al parto prematuro (che avviene entro la trentasettesima settimana di gestazione), in quanto potrebbe causare complicanze rilevanti, tra cui lesioni, organi sottosviluppati e contrazione di malattie infettive. Durante i primi mesi di vita i neonati sono più esposti a questo genere di rischi, dovendo affrontare l'adattamento al nuovo ambiente circostante; ciononostante la gravità delle complicanze diminuisce con i mesi: è molto alta nelle prime ore di vita e subisce un declino man mano che gli organi vitali si sviluppano.

Secondo i dati IGME, il tasso di mortalità neonatale è diminuito dal 1969 con 85,6% di decessi ogni 1000 nati vivi al 2021 con il 19,12%¹¹.

⁹ WHO e UNICEF, 2021, "*Vaccination schedule for pneumococcal conjugate vaccine*", rielaborati da Our World in Data

¹⁰ WHO e UNICEF, 2021, "*PCV3 (% of one-year-olds immunized)*", rielaborati da Our World in Data

¹¹ Gruppo interagenzie delle Nazioni Unite per la stima della mortalità infantile, 2023 (WHO e UNICEF, 2021, "*PCV3 (% of one-year-olds immunized)*", rielaborati da Our World in Data) (ultima consultazione: aprile 2024)

Le malattie diarroiche sono tra le cause più comuni di morte, soprattutto tra i bambini. Si tratta di infezioni da rotavirus, colera, shigellosi e altre malattie infettive che provocano decessi per diarrea; questi agenti patogeni si trasmettono attraverso acqua e cibo contaminati, vie aeree o contatti ravvicinati.

Sono diffuse principalmente nei paesi più poveri: infatti il rapporto tra il tasso di mortalità per malattie diarroiche rispetto al Pil pro-capite¹² denota una diminuzione dal 1990 con 308.99 decessi al 2019 con 47.24¹³.

L'OMS ritiene che si tratti, in generale, di malattie curabili e prevenibili, adottando soluzioni come l'accesso facilitato ad acqua pulita e potabile e anche ai servizi igienico-sanitari, alla vaccinazione e a trattamenti di reidratazione orale.

Tuttavia, in molti paesi del mondo l'accesso ai servizi igienico-sanitari¹⁴ è limitato, soprattutto durante conflitti interni, guerre o in seguito a disastri naturali: nel caso dell'India, dal 2000 a oggi, la percentuale di popolazione che usufruisce di servizi di questo tipo si è alzata fino al 52%¹⁵.

Tra le misure di salute pubblica volte a ridurre l'incidenza di queste malattie vi è un semplice trattamento di reidratazione, ossia una soluzione di acqua, sali e zucchero, che reintegra i liquidi persi permettendo ai bambini di continuare a nutrirsi e riducendo il pericolo di morte; il problema è che solo in pochi paesi i bambini possono accedere a questa cura: nel caso dell'India la percentuale di bambini sotto i cinque anni si alza dal 21% nel 1985 al 60,6% nel 2021¹⁶. Ciò dipende da un lato dalla mancanza di conoscenza dei benefici di questo trattamento dall'altro dalla scarsa diffusione del medesimo. Il vaccino contro il rotavirus è stato introdotto per la prima volta nel 2021 negli Stati Uniti, ma ancora in molti paesi una

¹² Si tratta del numero annuo stimato di decessi per malattie diarroiche nei bambini sotto i cinque anni per 100000 individui nella stessa fascia d'età. Il Pil pro capite serve a tener conto dell'inflazione e delle differenze nei costi di vita tra i paesi

¹³ *Istituto per metriche e valutazione della salute, Global Burden of Disease, 2019*, rielaborati da World in Data

¹⁴ Parliamo di servizi igienico-sanitari gestiti in modo sicuro per indicare strutture non condivise con altre famiglie e in cui gli escrementi vengono smaltiti in modo adeguato o trasportati fuori dalla sede in questione.

¹⁵ WHO e UNICEF, *Joint Monitoring Programme (JMP) for Water Supply and Sanitation*, rielaborati da Our World in Data

¹⁶ *Demographic and Health Surveys (DHS) e UNICEF (via World Bank)*, rielaborati da Our World in Data

quota elevata di bambini risulta non vaccinata: in India nel 2021 la percentuale di bambini vaccinati si aggirava tra l'80 e il 90%¹⁷.

Un'alta percentuale di morti è dovuta anche alle malattie infettive.

L'infezione da HIV viene trasmessa ai bambini di età inferiore ai cinque anni da parte della madre durante la gravidanza e l'allattamento al seno: nel 2003 l'India ha registrato un picco nei decessi dei bambini nella fascia d'età 0-5 anni con un tasso del 6.86%¹⁸. Nel 2021 bambini e ragazzi nella fascia d'età 0-14 anni affetti da HIV erano 70 000¹⁹.

Oggi il trattamento e la prevenzione da HIV sono possibili grazie alla terapia medica antiretrovirale, usata anche per impedire la trasmissione dell'infezione dalla madre al figlio. A tal proposito, si è visto che nel 2021 il 64% delle donne in gravidanza affette da HIV era sottoposta alla terapia antiretrovirale²⁰.

Per ridurre l'incidenza del virus si dovrebbe partire dall'educazione, favorendo una maggiore e migliore divulgazione in materia, soprattutto tra i giovani, e poi organizzare interventi economici con finanziamenti più ingenti e mirati alla prevenzione e alla cura: in India nel 2022 sono stati investiti circa 258.2 milioni di dollari per una parziale risoluzione di questo problema²¹.

Pertanto, nonostante le malattie infettive siano tra le principali cause di mortalità infantile in quest'area, gli investimenti in antibiotici e vaccinazioni stanno contribuendo nella diminuzione della diffusione di esse. Infine persiste il problema della malnutrizione, che impedisce crescita, sviluppo e salute ottimali, favorendo dall'altro lato l'insorgenza di infezioni con danni a lungo termine, dal momento che durante i primi anni di vita può arrestare la crescita e incidere sulle capacità cognitive e fisiche. Secondo gli studi dell'OMS è necessario che gli stati promuovano e proteggano dapprima l'allattamento al seno e in seguito pratiche di alimentazione complementare appropriate, anche vigilando sulla composizione degli alimenti in commercio.

¹⁷ WHO/UNICEF, rielaborati da Our World in Data

¹⁸ *Istituto per metriche e valutazione della salute, Global Burden of Disease, 2019, rielaborati da World in Data*

¹⁹ UNAIDS (via World Bank), rielaborati da Our World in Data

²⁰ UNAIDS (via World Bank), rielaborati da Our World in Data

²¹ Programma congiunto delle Nazioni Unite su HIV/AIDS, 2023, rielaborati da Our World in Data

Secondo OMS e FAO ci sono due evidenze critiche rispetto alla malnutrizione dei bambini: l'arresto della crescita, ossia un'altezza troppo inferiore alla media rispetto all'età, e lo spreco di tessuto muscolare e adiposo, cioè un peso troppo inferiore alla media rispetto all'età. In India nel 1991 il 61,9% dei bambini di età inferiore ai 5 anni era denutrito e rachitico; questo dato diminuisce nel corso degli anni fino al 2017 in cui si registra il 34,7%²².

Pertanto, le cause biologiche e fisiche della mortalità infantile variano notevolmente e di solito sono collegate a un sostrato sociale ed economico sottosviluppato: nei paesi più poveri dell'Africa e dell'Asia la salute è vincolata all'assenza di acqua potabile, di sistemi igienico-sanitari sviluppati, all'impossibilità di accedere all'assistenza sanitaria per i costi troppo elevati, condizioni che impediscono il pieno godimento del diritto alla vita e alla salute nel lungo termine.

1.3 Sex Ratio

La mortalità infantile legata a cause fisiche e virali è statisticamente più diffusa tra i maschi piuttosto che nelle femmine. Tuttavia, nel contesto indiano è essenziale riflettere sul profondo impatto del sistema patriarcale e patrilineare sull'intera società, dando spazio a pratiche come la selezione del sesso, che comprende l'identificazione del sesso del feto e l'eventuale feticidio nel caso in cui non sia il sesso desiderato. Questo fenomeno, noto come feticidio femminile, evidenzia una tragica discriminazione contro le bambine, che contribuisce a una sproporzione tra il numero di maschi e di femmine nella popolazione.

Definiamo *Sex ratio* il rapporto tra il numero di maschi e di femmine in una popolazione, che è influenzato da fattori biologici, sociali, tecnologici, economici e culturali e ha un impatto significativo sulla demografia dei paesi. In particolare, in Cina e in India si osserva che la percentuale femminile risulta inferiore a quella maschile, soprattutto alla nascita (indice primario di mascolinità) e durante l'infanzia (indice secondario di mascolinità).

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) il rapporto atteso tra i sessi alla nascita, cioè la proporzione tra i due sessi in assenza di discriminazione

²² UNICEF; Organizzazione Mondiale della Salute; Banca Mondiale, rielaborati da Our World in Data

o interferenza di genere, è circa 105 maschi nati ogni 100 femmine.

Nel 1950 questo rapporto si attestava sui valori attesi, aggirandosi su un valore di 105 maschi nati ogni 100 femmine; nel 2010 c'è stato un picco di 109.6 neonati, per poi ridursi leggermente nel 2021 con 107.7 maschi ogni 100 femmine²³.

Come si può osservare dalla seguente figura, questi valori si riflettono sia nel primo anno di vita sia nella fascia d'età 0-4 anni, sebbene quest'ultima presenti un indice di poco superiore²⁴.

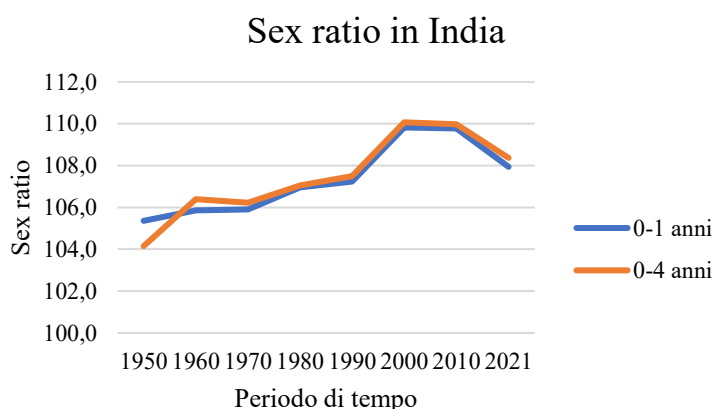


Figura 6: Sex ratio in India

Fonte: Organizzazione delle Nazioni Unite, Dipartimento di Affari Economici e Sociali, *World Population Prospects, Population Division, 2022*, Edizione Online (elaborati da me)

Infatti, la mortalità neonatale e infantile colpisce i maschi nella maggior parte dei paesi, in quanto la loro salute è generalmente più cagionevole e vulnerabile. I neonati maschi sono infatti più esposti a complicanze alla nascita o malattie infettive rispetto alle femmine.

Tuttavia, la sproporzione tra il numero di maschi e di femmine nella popolazione non può essere attribuita solo a queste vulnerabilità biologiche, ma è profondamente radicata nei pregiudizi dell'ordine sociale dominante. In molte società, compresa l'India, esiste una preferenza culturale e sociale per i figli maschi. Questo pregiudizio si manifesta nella pratica di selezione del sesso prenatale a favore dei

²³ Organizzazione delle Nazioni Unite, 2022, *World Population Prospects*, rielaborati da *Our World in Data*

²⁴ Organizzazione delle Nazioni Unite, Dipartimento di Affari Economici e Sociali, *World Population Prospects, Population Division, 2022*, Edizione online (disponibile al seguente link: <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Mortality/>)

maschi, che avviene attraverso atti discriminatori verso le neonate, come pratiche di aborto selettivo o infanticidio contro le bambine.

In India la diagnosi prenatale è diventata disponibile a partire dagli anni Settanta e contemporaneamente fu legalizzato anche l'aborto medico. Sebbene la diagnosi fosse stata introdotta con l'obiettivo di prevenire eventuali anomalie o disfunzioni fetali, fu spesso utilizzata per la determinazione del sesso dei feti; alcuni ginecologi ritenevano, infatti, che questo fosse un intervento importante per controllare la popolazione, contribuendo involontariamente alla perpetuazione della discriminazione di genere. Nel caso dell'India i genitori sono più propensi a continuare ad avere figli quando la primogenita è femmina e a smettere di procreare quando il primogenito è maschio. Questa preferenza sociale per il sesso maschile ha portato a una significativa disparità nei trattamenti tra bambini e bambine: esse ricevono una nutrizione più povera, minore allattamento al seno, hanno scarso accesso all'assistenza sanitaria, anche durante la gravidanza della madre (al contrario, la madre sarebbe esposta a più visite se si trattasse di un nascituro). Ovviamente questa combinazione tra scarsa nutrizione e accesso inferiore alle cure comporta problemi a lungo termine per le donne nelle varie fasi della vita. Questa preferenza deriva da una forte logica di patrilinearità, in base alla quale i beni delle famiglie si spostano seguendo la linea maschile dell'albero genealogico; in altre parole, la nascita di un maschio produce benefici economici e sociali maggiori. Per esempio, un figlio maschio conferisce continuità al cognome di famiglia, sostiene i genitori durante la loro vecchiaia, ha maggiori opportunità economiche e lavorative; inoltre, in alcune culture si crede che solo un figlio possa compiere i riti necessari alla salvezza dopo la morte.

Dal canto delle donne ci sono sicuramente conseguenze negative. Il valore di una donna è spesso valutato in funzione del suo ruolo di moglie e madre, il che comporta una crescente pressione sul matrimonio e sulla gravidanza, limitando le diverse opportunità lavorative e personali. Inoltre, le donne sono costantemente esposte a rischi di violenza emotiva, sessuale o fisica.

Per contrastare questo fenomeno l'India ha introdotto il *Pre-Conception and Prenatal Techniques Act* nel 1994, che proibiva le pratiche di selezione del sesso e le visite di controllo per determinare il sesso di un feto. In particolare, questo divieto

era rivolto ai laboratori, alle cliniche e a tutti i centri che eseguissero diagnosi prenatali o interventi di aborto selettivo e feticidi. Tuttavia, nonostante i principali obiettivi della legge mirassero alla prevenzione delle selezioni prenatali, nel decennio successivo l'iniziativa politica non ebbe il successo sperato, evidenziando anzi la persistenza della discriminazione di genere.

Pertanto, la mortalità infantile in India non può essere esaminata solo con un occhio scientifico, bensì è necessario andare oltre le barriere mediche e adottare una prospettiva di genere, mettendo in luce disuguaglianze e pregiudizi che colpiscono le bambine ancor prima della loro nascita, limitando le possibilità di cambiamento per lo status sociale delle donne del paese. Solo così sarà possibile creare un cambiamento significativo nello status sociale delle donne e migliorare le loro condizioni di vita.

Capitolo secondo

Il ruolo della società nel Sex ratio e il valore della donna

Le pratiche sociali da secoli riflettono gli ideali, le concezioni condivise e le tradizioni delle comunità, incarnando i segni tangibili di radici culturali profonde attraverso cui si perpetuano norme sociali e ruoli di genere specifici. Nel caso del *Sex ratio* tali pratiche sono spesso influenzate da una visione patriarcale, che privilegia una struttura patrilineare e patrilocale. Questo tipo di organizzazione sociale, tipica di molte società tradizionali, porta a svalutare il ruolo delle donne e delle bambine, tanto che diventa quasi consuetudine ricorrere a pratiche di selezione del sesso prima o di maltrattamento poi, anche in quei contesti caratterizzati dallo sviluppo economico ed educativo. Paradossalmente, infatti, sono questi i fattori che più influenzano le scelte delle famiglie: nei ranghi più alti si tende a discriminare di più, il tasso di fecondità si comprime e aumenta l'asimmetria dei sessi alla nascita. La lotta contro queste pratiche discriminatorie richiede non solo interventi economici e legali, ma anche una trasformazione profonda delle norme culturali e dei valori sociali che le sostengono.

2.1 L'influenza della ricchezza e dell'educazione sul *Sex ratio*

Lo sviluppo economico e un'educazione efficace non rappresentano necessariamente soluzioni al problema dell'elevato rapporto tra sessi alla nascita; anzi, difficilmente è possibile dissociare questi due fattori dagli atti discriminatori nei confronti delle figlie femmine. Difatti, l'andamento del *Sex ratio* dipende da elementi intrinseci proprio alla struttura sociale indiana, tra cui la progressiva estensione della classe media emergente, iniziata con l'indipendenza dell'India: essa contribuirebbe alla compressione della fecondità e alla perdita di valore del ruolo delle donne e, di conseguenza, delle bambine²⁵.

Esaminare la mobilità sociale consente di mettere in luce il rapporto tra la crescita economica e la preferenza di genere.

²⁵ Kaur R., Bhalla S., Agarwal M., Ramakrishnan P. (a cura di), 2017, *Sex Ratio at Birth. The Role of Gender, Class and Education*, Aspire Design, New Delhi

In generale, la popolazione indiana si classifica in quattro gruppi in base al reddito: i poveri, la classe media emergente, la classe media stabile e i ricchi.

La classe media emergente include quella porzione di popolazione a cavallo tra i poveri e la classe media stabile, il cui reddito pro-capite non è ancora elevato e, pertanto, vive in una condizione economicamente e socialmente precaria. I valori della classe si basano su occupazione, reddito, istruzione, spingendo i membri ad adottare una serie di strategie in questi ambiti per raggiungere i livelli di prestigio economico e sociale delle classi più elevate.

Tuttavia, questa crescita si ottiene a scapito di un elevato rapporto tra i sessi, come vedremo qui di seguito, in quanto la classe media emergente regola le dimensioni della famiglia e la sua composizione, seguendo la logica di preferenza per il figlio maschio e ricorrendo anche alle tecnologie per la determinazione del sesso del feto o, in alcuni casi, ad aborti selettivi e infanticidi.

La preferenza per il figlio maschio si collega direttamente alla volontà dei membri della classe di migliorare il loro status fino al raggiungimento della stabilità economica o addirittura della ricchezza. I figli, infatti, ricevono un'educazione orientata alla sicurezza economica, a massimizzare i vantaggi della dote, a raggiungere anche posti di lavoro nell'ambito finanziario e politico. Al contrario, alle figlie femmine viene offerta un'educazione inferiore, più focalizzata sui ruoli matrimoniali e domestici, e la mancanza di opportunità di lavoro tende a ridurre il loro ruolo e status all'interno della famiglia.

Un figlio rappresenta una garanzia di scalata sociale e ricchezza per quelle famiglie che cercano di uscire dalla povertà e questo dimostra come la selezione del sesso aumenti con il miglioramento delle condizioni socioeconomiche: quando i poveri cominciano a salire nella scala sociale, sono disposti anche a eliminare le figlie femmine alla nascita piuttosto che rischiare di abbassare il loro rango²⁶. A tal proposito, è importante notare che con l'aumento del reddito diventa più facile accedere alle tecnologie di identificazione del sesso e anche di aborto, mentre le famiglie più povere hanno meno accesso a questi mezzi.

²⁶ Kaur R., Bhalla S., Agarwal M., Ramakrishnan P. (a cura di), 2017, *Sex Ratio at Birth. The Role of Gender, Class and Education*, Aspire Design, New Delhi

La seguente tabella (figura 7) illustra come il fenomeno sia andato aumentando nel tempo per il ceto medio emergente, in particolare nell'anno 2011.

Year	Sex Ratio at Birth		Class (%)		Population with >= 11 Years of Education	
	SRS	Adjusted	EMC	MC	Male	Female
1984		105.0	29.1	1.6	19.4	7.8
1998	111.2	105.7	51.5	4.1	19.5	10.6
2004	113.6	111.0	50.8	7.6	24.4	14.6
2011	110.1	107.6	61.1	19.4	28.8	20.8
<i>Overall Change</i>						
1984-1998		0.7	22.4	2.5	0.1	2.8
1998-2004	2.4	5.3	-0.7	3.6	4.9	4.0
2004-2011	-3.5	-3.4	10.3	11.8	4.4	6.1
1984-2011		2.6	32.0	17.9	9.4	13.0
1998-2011	-1.1	1.9	9.6	15.4	9.4	10.2
<i>Per Year Change</i>						
1984-1998		0.05	1.5	0.2	0.0	0.2
1998-2004	0.3	0.8	-0.1	0.5	0.7	0.6
2004-2011	-0.4	-0.4	1.3	1.5	0.6	0.8
1984-2011		0.1	1.1	0.6	0.3	0.5
1998-2011	-0.1	0.1	0.7	1.1	0.7	0.7

Figura 7: Kaur R., Bhalla S., Agarwal M., Ramakrishnan P. (a cura di), 2017, *Sex Ratio at Birth. The Role of Gender, Class and Education*, Aspire Design, New Delhi

State	Sex Ratio at Birth, SRS Data				Share of Middle Class (%)			
	1998	2004	2011	2025*	1998	2004	2011	2025*
North	114.7	115.1	112.7	108.8	2.3	4.4	10.7	38.6
Haryana	124.4	120.6	116.7	109.9	9.3	17.7	36.5	78.3
Madhya Pradesh	108.5	108.7	106.9	102.0	1.0	2.9	8.7	44.3
Punjab	124.5	124.8	115.9	109.5	11.5	15.1	32.5	76.7
Uttar Pradesh	115.1	116.0	114.4	111.8	0.8	2.0	5.6	25.8
South	105.4	108.6	107.1	103.8	5.4	11.0	32.4	71.9
Andhra Pradesh	103.7	109.1	109.4	107.1	2.5	8.2	30.9	72.6
Karnataka	105.7	110.5	105.3	102.0	5.1	8.8	24.4	65.5
Kerala	107.3	109.6	103.5	102.0	6.9	18.4	33.7	69.8
Tamil Nadu	106.1	106.0	107.8	102.0	8.3	12.5	40.4	77.6
East	108.7	111.4	107.8	109.4	1.4	3.4	8.0	34.4
Assam	105.2	110.3	108.5	103.8	0.9	3.6	6.1	28.0
Bihar	112.5	115.3	109.7	114.4	0.5	0.9	2.7	17.6
Orissa	107.7	107.3	105.5	102.0	0.9	3.9	12.3	52.6
West Bengal	105.3	108.0	105.9	107.7	2.9	6.7	14.0	52.1

Figura 8: Kaur R., Bhalla S., Agarwal M., Ramakrishnan P. (a cura di), 2017, *Sex Ratio at Birth. The Role of Gender, Class and Education*, Aspire Design, New Delhi

State	Sex Ratio at Birth, SRS Data				Share of Middle Class (%)			
	1998	2004	2011	2025*	1998	2004	2011	2025*
West	112.3	116.9	111.3	109.2	8.5	13.9	32.9	74.7
Gujarat	115.7	118.5	110.0	111.8	9.7	18.3	43.7	84.6
Maharashtra	109.5	114.7	111.6	108.5	11.7	17.2	37.4	79.0
Rajasthan	114.4	119.2	112.0	108.2	2.0	4.4	15.8	58.8
Deficit States	116.5	117.8	114.2	110.7	2.6	4.8	12.4	41.0
Non-Deficit States	108.2	111.2	108.2	106.8	4.6	8.7	22.3	57.0
India	110.5	113.1	109.9	105.3	4.1	7.6	19.4	52.4

Fonte: Kaur R., Bhalla S., Agarwal M., Ramakrishnan P. (a cura di), 2017, *Sex Ratio at Birth. The Role of Gender, Class and Education*, Aspire Design, New Delhi

Questa tabella (figura 8), invece, rappresenta i valori del *Sex ratio* rispetto alla classe media in ogni regione dell'India. In generale, gli stati settentrionali di Punjab, Haryana, Madhya Pradesh e Uttar Pradesh sono quelli che registrano i valori più alti di *Sex ratio* alla nascita, soprattutto in Punjab, dove si superano i 120 bambini nati ogni 100 femmine.

Non è solo il fattore economico ad impattare sulla composizione delle famiglie e sul rapporto tra i sessi, bensì anche l'istruzione, in particolare quella delle ragazze. Il divario di genere nell'istruzione è stato progressivamente colmato dal 1950 a oggi, permettendo alle giovani bambine di proseguire nei loro studi fino ai livelli più alti di specializzazione e carriera accademica (istruzione terziaria): se nel 1950 le ragazze più istruite costituivano lo 0,2% della popolazione, nel 2020 la percentuale arriva al 32.6%²⁷.

L'istruzione ha due effetti contrastanti: se da un lato aiuta a colmare le differenze di genere, dall'altro contribuisce a ridurre il numero di figli e, di conseguenza, a sviluppare preferenze di sesso. Infatti, secondo uno studio di M. Das Gupta del 1987²⁸ una migliore educazione riduce il tasso di mortalità infantile, ma rafforza il *Sex ratio* alla nascita, poiché in nuclei familiari più ristretti la probabilità di avere figli maschi si abbassa e le pratiche di selezione del sesso, quindi, aumentano.

Nei contesti in cui le opportunità educative ed economiche per le donne sono maggiori, il matrimonio viene ritardato e, di conseguenza, anche il periodo di

²⁷ Risorse multiple raccolte dalla Banca Mondiale, 2023; “Girls in tertiary education; Lee and Lee”, “Human Capital in the Long Run”, 2016, UNESCO, “World Development Indicators” rielaborati da Our World in Data

²⁸ Das Gupta M., 1987, *Selective Discrimination against Female Children in Rural Punjab, India*, Population and Development Review, Vol. 13, No. 1, pp. 77-100, Population Council

gravidanza; vengono messi al mondo meno figli e il tasso di fecondità si restringe²⁹: infatti, se nella prima metà del Novecento il tasso medio di fecondità era di circa 6 figli per donna, nel XXI secolo è sceso a 2³⁰.

Questi livelli di discriminazione non sono altrettanto presenti nella classe media stabile, dove addirittura si possono trovare anche delle famiglie con un solo figlio o una sola figlia. Anche qui incide il livello di istruzione: uno studio del 2010, infatti, ha rilevato che il 28% delle donne con una sola figlia aveva conseguito livelli elevati di educazione scolastica³¹. Infatti, il sogno di ricevere un'educazione migliore viene trasmesso anche alle figlie: le madri sperano per loro un'istruzione completa, l'indipendenza economica e un futuro migliore.

Dunque, il rapporto tra sviluppo economico ed educazione può incidere in maniera diversa: nella classe media emergente, si osserva che le conseguenze non sono positive per le figlie, anzi aumenta la discriminazione; nel caso della classe media stabile, invece, la prosperità si accompagna a una migliore educazione, le possibilità di parità ed emancipazione sono maggiori.

Nel XX secolo il desiderio di cambiamento è emerso soprattutto da parte delle vittime di questo sistema³², le donne e le giovani generazioni. Grazie ai movimenti di indipendenza e alla diffusione di ideali di libertà e uguaglianza si iniziò a parlare di parità di genere; la facilità di divulgazione dei mass media ha avuto un ruolo cruciale in questo processo, diffondendo immagini di vita e informazioni sui diritti umani (e delle donne). In un sistema che affonda radici molto profonde nel patriarcato e nella patrilinearità, un'esposizione maggiore ai mass media, la partecipazione alle organizzazioni femministe, un'istruzione elevata possono

²⁹ Kaur R., Bhalla S., Agarwal M., Ramakrishnan P. (a cura di), 2017, *Sex Ratio at Birth. The Role of Gender, Class and Education*, Aspire Design, New Delhi

³⁰ Organizzazione delle Nazioni Unite, Dipartimento di Affari Economici e Sociali, *World Population Prospects, Fertility rate, 2022*, rielaborati da Our World in Data

³¹ Basu A., Desai S., 2001, *Middle class dreams: India's one child families, presentato agli incontri annuali della Population Association of America*, Dallas, rielaborato da Kaur R., Bhalla S., Agarwal M., Ramakrishnan P. (a cura di), *Sex Ratio at Birth. The Role of Gender, Class and Education*, 2017, Aspire Design, New Delhi

³² Das Gupta M., Zhenghua J., Bohua L., Zheming X., Chung W., Hwa-Ok B. (a cura di), 2003, *Why is son preference so persistent in East and South Asia? A cross-country study of China, India and the Republic of Korea*, Londra, *The Journal of Development Studies*, Vol. 40, No. 2, pp. 153-187

contribuire a prendere consapevolezza dei problemi e a contribuire alla loro risoluzione.

2.2 La struttura familiare e i legami di parentela

La famiglia rappresenta il primo riflesso delle disuguaglianze sociali: in questo microcosmo si concentrano differenze di genere e di potere, che influenzano ogni tipo di legame, da quello tra padre e madre, moglie e marito, a quello tra fratello e sorella.

In India il contesto familiare è variabile, dal momento che esistono vari modelli che si distinguono principalmente per il numero dei componenti e per il tipo di legame tra essi³³.

Alla base vi è la tipologia di famiglia composta da un singolo individuo, che può essere uomo o donna. Seguono le famiglie nucleari, che comprendono una coppia di sposi, con o senza figli ancora nubili. Queste possono essere ulteriormente classificate come supplementari in tre casi: se sono composte da una coppia di sposi con o senza figli ancora nubili, ma impegnati in altri tipi di relazioni non coniugali; se il componente è un uomo impegnato in relazioni non ancora coniugali (in questo caso sono chiamate “famiglie nucleari estese rotte”); se, infine, il membro è un uomo coinvolto in separazione, divorzio o vedovanza. Infine, la famiglia congiunta (“*joint family*”) consiste nell’unione e nella convivenza di più coppie sposate con eventuali figli, i cui membri maschi sono tutti consanguinei. Numerosi studi rilevano che la *joint family*, tradizionalmente la struttura familiare più diffusa in India tra le classi più alte e con proprietà, si sta gradualmente riducendo al tipo di famiglia nucleare a causa degli effetti di urbanizzazione e industrializzazione³⁴; infatti, la famiglia estesa è molto più diffusa nelle aree rurali piuttosto che in quelle urbane.

Al di là della tipologia formale delle famiglie, all’interno di questi contesti assume un ruolo fondamentale la costruzione della parentela, che varia tra regioni settentrionali e meridionali dell’India.

³³ Chakrabarti V., Singh A. K., *Household structures in India*. Census of India, Paper No. 1, India

³⁴ Cohen R. D., 1981, *Education and social change in nineteenth-century Massachusetts*, 234–237, citato da Purkayastha, N., Dhillon, P., Ali. B. et al. *Cambiamento dei modelli di famiglie composte da una sola persona e da una sola coppia in India. Invecchiamento della popolazione*, 2024, 17, 51-59

Nel sistema familiare delle regioni settentrionali prevale il modello esogamico: i coniugi non devono essere consanguinei né provenire dallo stesso luogo di nascita. Il sistema è patriarcale e patrilineare: gli uomini, essendo imparentati, cooperano nella gestione delle faccende economiche, mentre le donne non posseggono beni e non hanno potere decisionale. Inoltre, il fatto che il legame matrimoniale avvenga tra due gruppi distinti rende la donna oggetto di un patto, il cui guadagno sta nella dote; infatti, i cosiddetti “*wife-takers*” sono considerati socialmente superiori ai “*wife-givers*”³⁵. Le donne sono qui costrette alla castità e isolate dai loro mariti, tanto che spesso sviluppano metodi strategici di comunicazione inaccessibili agli uomini. Esse, inoltre, sono impegnate in lavori socialmente accettati e stereotipati per la figura femminile, che implicano sempre una dimensione di isolamento, come insegnanti o infermiere in ambienti riservati a sole donne. In queste zone le mogli sono costrette a sposarsi in fasce d’età molto giovani per favorire il legame tra le famiglie e, di conseguenza, a iniziare presto a riprodursi: infatti, la fecondità nelle regioni del Nord è più alta rispetto a quelle del Sud.

Uno dei motivi per cui si è instaurato questo sistema di preferenza per il figlio maschio sta proprio nella dote, ossia il complesso di beni per la famiglia della sposa dona al marito al momento del matrimonio.

A volte una piccola spesa per un aborto oggi previene una grande spesa per una dote più tardi. (Das Gupta M., Zhenghua J., Bohua L., Zheming X., Chung W., Hwa-Ok B.)³⁶

Infatti, i costi della dote disincentivano la nascita delle figlie femmine e favoriscono quella dei figli maschi, per i quali i genitori sarebbero pronti a compiere spese ingenti per il matrimonio, poiché sono gli unici eredi in grado di custodire la ricchezza familiare. Secondo uno studio di J. C. Bhatia, alla fine degli anni Ottanta vi erano indici molto alti di preferenza per il figlio maschio. Bhatia raccolse i dati nelle diverse regioni indiane e, ponendo l’indice zero come valore di uguaglianza

³⁵ Dyson T, Moore M. (a cura di), *On Kinship Structure, Female Autonomy, and Demographic Behavior in India*, 1983, Population and Development Review, Vol. 9, No. 1, pp. 35-60, Population Council

³⁶ Das Gupta M., Zhenghua J., Bohua L., Zheming X., Chung W., Hwa-Ok B. (a cura di), 2003, *Why is son preference so persistent in East and South Asia? A cross-country study of China, India and the Republic of Korea*, Londra, *The Journal of Development Studies*, Vol. 40, No. 2, pp. 153-187

tra figli e figlie, evidenziò come nella maggior parte delle regioni l'indice si aggirasse tra 10 e 20. Ad esempio, il valore più basso si registrò in Andhra Pradesh con 8.9, mentre quello più alto fu di 31.3 in Madhya Pradesh³⁷.

La struttura familiare cambia, invece, nelle regioni meridionali dell'India, dove prevale un sistema endogamico: il legame matrimoniale preferito è quello tra cugini. In questo contesto le donne possono ereditare e trasmettere proprietà e sono meno isolate socialmente e sessualmente rispetto alle regioni settentrionali. Poiché questo modello si basa su matrimoni tra consanguinei, la dote non ha la stessa importanza che assume nei legami esogamici, favorendo la creazione di uno spazio di comunicazione e di supporto tra la figlia e la famiglia d'origine. Di conseguenza, le donne godono di una maggiore autonomia sociale.

Pertanto, è evidente che il germe del patriarcato si radica già nei contesti più essenziali: i legami familiari, i primi spazi di interazione sociale e di apprendimento dei valori, sono spesso i primi a limitare la possibilità di uno spazio per l'uguaglianza e la sorellanza.

2.3 Disparità di genere e rapporto madre-figlio

Gli uomini sono i punti fermi dell'ordine sociale e le donne sono i punti mobili, perché i lignaggi sono strettamente esogamici. (M. Das Gupta, J. Zhenghua, L. Bohua, X. Zheming, W. Chung, B. Hwa-Ok)³⁸

Alcune ricerche di Monica Das Gupta mettono in luce i vari aspetti demografici e antropologici dell'India novecentesca, con particolare attenzione alle tendenze discriminatorie verso bambine e donne all'interno delle famiglie e, in generale, nelle società. C'è infatti una stretta relazione tra la svalutazione del ruolo della donna e il rapporto tra i sessi in India.

In India, infatti, alla fine del Novecento, il sistema di valori attribuito alle donne era profondamente diverso da quello occidentale: esse avevano acquisito il ruolo di

³⁷ Bhatia J. C., "Ideal number and sex preference of children in India", *Journal of Family Welfare (Bombay)* 24, no. 4

³⁸ Das Gupta M., Zhenghua J., Bohua L., Zheming X., Chung W., Hwa-Ok B. (a cura di), 2003, *Why is son preference so persistent in East and South Asia? A cross-country study of China, India and the Republic of Korea*, Londra, *The Journal of Development Studies*, Vol. 40, No. 2, pp. 153-187

«*vessels of procreation*³⁹», collaboratrici nello spazio domestico e soprattutto di mogli. Questa concezione sta alla base del sistema esogamico indiano, per cui le donne sono obbligate ad abbandonare definitivamente la casa dei loro genitori dopo il matrimonio per dedicarsi a una vita legata al marito e spesso in una posizione sociale subordinata.

Non solo si radica una visione tradizionale, ma è altresì necessario che, per accrescere la sua autonomia sociale e familiare, la moglie dia alla luce figli maschi. Il figlio nutre il valore della madre, accresce lo status del padre, garantisce continuità al cognome e sarà in grado di perpetuare lo stesso sistema.

Insomma, è noto che le donne hanno meno autonomia e potere degli uomini, però, in uno studio triangolare di Monica Das Gupta, in cui vengono paragonate India, Cina e Corea del Sud alla fine del Novecento, si riflette su come nel corso della loro vita le donne subiscono una doppia impotenza: da un lato vittime della disparità di genere, dall'altro subordinate alle altre donne delle caste più elevate⁴⁰; la loro emancipazione può variare in base alla relazione tra status sociale ed età.

A tal proposito sono stati individuati due modelli di società.

Un primo modello, che fa riferimento principalmente a Cina e Corea del Sud, le donne perdono autonomia dalla giovane età alla vecchiaia, soprattutto nelle società rurali, contadine, nelle quali il capofamiglia mantiene il controllo della proprietà e delle spese fino al matrimonio del figlio, suo erede. Questo sistema genera un conflitto intergenerazionale tra padre e figlio, con un'ascesa economica per chi acquisisce le proprietà e una perdita di potere per chi la cede. È simbolo della natura patrilocale e patrilineare della società⁴¹.

Nel secondo modello, rappresentato dalle zone rurali settentrionali dell'India, dove è diffuso il sistema della *joint family*, il potere economico e le proprietà vengono acquisite dai figli con l'età e soprattutto dopo la morte del padre. In questo contesto si riduce il conflitto intergenerazionale e, anzi, si rafforzano i legami tra genitori e

³⁹ Das Gupta M., Zhenghua J., Bohua L., Zheming X., Chung W., Hwa-Ok B. (a cura di), 2003, *Why is son preference so persistent in East and South Asia? A cross-country study of China, India and the Republic of Korea*, Londra, *The Journal of Development Studies*, Vol. 40, No. 2, pp. 153-187

⁴⁰ Das Gupta M., 1995, *Life course perspectives on Women's autonomy and health outcomes*, *American Anthropologist*, New series, Vol. 97, No. 3, pp. 481-491

⁴¹ Das Gupta M., 1995, *Life course perspectives on Women's autonomy and health outcomes*, *American Anthropologist*, New series, Vol. 97, No. 3, pp. 481-491

figli, ma anche tra fratelli. Anche qui prevale la preferenza per il figlio maschio, su cui si basa la continuità genealogica ed economica della famiglia. La figura femminile, invece, gode di scarsa autonomia e subisce discriminazioni sia volontarie, come maltrattamenti, sia involontarie, come trattamenti educativi e affettivi preferenziali riservati al fratello. Tuttavia, il potere della donna aumenta con l'avanzare dell'età e con la maternità, soprattutto se riesce a dare alla luce figli maschi. Infatti, il potere di una donna dipende dal numero di figli e dal loro supporto (in particolare, nel caso in cui si dovesse trovare vedova: una donna senza marito e senza figli è considerata in maniera estremamente negativa). Di conseguenza, è un sistema in cui anche una madre è costretta a preferire un figlio maschio.

La donna è attenta a creare un legame con i suoi figli attraverso varie strategie. Può essere premurosa verso i loro bisogni, la nutrice gentile che gli prepara i cibi che gli piacciono. Può permettergli di vedere quando soffre a causa dei suoceri e anche del merito. Può permettergli di vedere quanto lavora duramente. Può essere attenta a comunicare che tutti i suoi sacrifici saranno ricompensati se i suoi figli avranno avuto successo nelle loro vite, dicendo velatamente che si aspetta fedeltà indiscussa da loro in cambio dei suoi sacrifici. (Das Gupta M., 1995, *Life course perspectives on Women's autonomy and health outcomes*, *American Anthropologist*, New series, Vol. 97, No. 3, pp. 481-491)

L'autonomia della madre incide notevolmente anche sulla sopravvivenza del figlio: se ha la possibilità di partorire presso i suoi genitori, ella è in grado di ricevere l'aiuto senza giudizi. In queste condizioni il neonato ha meno probabilità di morire⁴². A tal proposito esiste una differenza regioni settentrionali e meridionali dell'India. Le madri che vivono sotto il sistema esogamico settentrionale sono meno preparate e istruite sulla cura dei figli e hanno anche meno accesso alle cure mediche. Al contrario, nel sistema di parentela meridionale le donne possono esercitare maggiore indulgenza verso i loro figli e sono libere di usufruire di trattamenti medici tradizionali. Su queste differenze incide anche l'occupazione

⁴² Das Gupta M., 1995, *Death clustering, mother's education and the determinants of child mortality in Rural Punjab*, India, *Population studies* 44:489-405, citato da Das Gupta M., *Life course perspectives on Women's autonomy and health outcomes*, *American Anthropologist*, New series, Vol. 97, No. 3, pp. 481-491

femminile, in quanto laddove, nelle regioni meridionali, le madri hanno accesso a un proprio reddito, è più probabile che lo usino a beneficio dei suoi figli⁴³.

In conclusione, la struttura familiare indiana dimostra che la posizione e il valore delle donne sono strettamente legati alla loro capacità di procreare, soprattutto figli maschi. La perpetuazione del sistema patriarcale limita l'autonomia femminile e accresce la discriminazione tra i due sessi sin dall'età infantile. Pertanto, un cambiamento nei valori culturali e nelle strutture sociali e familiari potrebbe essere un passo fondamentale per l'emancipazione.

⁴³ Dyson T., Moore M. (a cura di), 1983, *On Kinship Structure, Female Autonomy, and Demographic Behavior in India*, *Population and Development Review*, Vol. 9, No. 1, pp. 35-60, Population Council

Capitolo terzo

Le differenze regionali nel rapporto tra i sessi

In India il *Sex ratio* non è omogeneo tra le diverse regioni, anzi presenta notevoli disparità territoriali dal punto di vista sociale e demografico, che emergono quando si confrontano le zone settentrionali e quelle meridionali del paese, in quanto esistono profonde divergenze socioeconomiche e culturali radicate nelle specificità regionali. Il divario è profondamente marcato. Nel Nord, che include stati come Gujarat, Rajasthan, Uttar Pradesh, Madhya Pradesh, Punjab, Haryana, l'autonomia femminile è spesso limitata, con conseguenze sulle possibilità educative e lavorative per le ragazze; queste condizioni contribuiscono a tassi di mortalità femminile più elevati e a un *Sex ratio* squilibrato a favore dei maschi⁴⁴. Al contrario, le regioni meridionali, che comprendono Kerala, Tamil Nadu, Andhra Pradesh, Karnataka, Maharashtra mostrano generalmente livelli più elevati di autonomia femminile: le donne godono di maggiori diritti e opportunità anche educative e lavorative. Questo ambiente più favorevole si traduce in un *Sex ratio* più equilibrato e in indicatori demografici positivi, come una maggiore speranza di vita per le donne e tassi di natalità più bilanciati tra i sessi⁴⁵.

3.1 L'India settentrionale: il caso del Punjab

Le regioni settentrionali dell'India, comprendenti stati come Punjab, Haryana, Gujarat, Delhi, Chandigarh e Uttar Pradesh, sono caratterizzate da un *Sex ratio* fortemente sbilanciata a favore dei maschi. Questo squilibrio demografico è il risultato di una complessa interazione di fattori socioculturali ed economici che modellano le preferenze di genere e le dinamiche familiari.

In queste aree le discriminazioni di genere contro le bambine non sono generalizzate e distribuite uniformemente, ma variano significativamente in base

⁴⁴ Dyson T., Moore M. (a cura di), 1983, *On Kinship Structure, Female Autonomy, and Demographic Behavior in India*, *Population and Development Review*, Vol. 9, No. 1, pp. 35-60, Population Council

⁴⁵ Dyson T., Moore M. (a cura di), 1983, *On Kinship Structure, Female Autonomy, and Demographic Behavior in India*, *Population and Development Review*, Vol. 9, No. 1, pp. 35-60, Population Council

alla struttura familiare e ai sistemi di parentela che influenzano molto il grado di autonomia femminile. Le caste più elevate, in particolare, tendono a manifestare livelli più elevati di discriminazione sessuale rispetto alle caste inferiori.

Il Punjab, in particolare, offre un contesto illuminante per lo studio delle discriminazioni di genere legate alla preferenza per i figli maschi. Nonostante la regione sia una delle più prospere dell'India, con infrastrutture ben sviluppate, strade e trasporti efficienti, servizi sanitari di qualità, presenta valori di *Sex ratio* tra i più squilibrati del paese. Questa regione è un fulgido esempio di come lo sviluppo economico non garantisca automaticamente l'eliminazione delle disuguaglianze di genere. Si è osservato, infatti, che le famiglie più agiate, paradossalmente, tendono a mostrare una preferenza ancora più marcata per i maschi. Questo potrebbe essere dovuto al desiderio di garantire che le risorse e il patrimonio accumulato vengano ereditati dai figli maschi, in grado di mantenere e accrescere la fortuna della famiglia. Inoltre, la disponibilità di risorse finanziarie permette a queste famiglie di accedere più facilmente a tecnologie e pratiche mediche che facilitano la selezione del sesso, come l'aborto selettivo.

Sex ratio alla nascita per bambini e bambine (numero femmine ogni 1000 maschi)

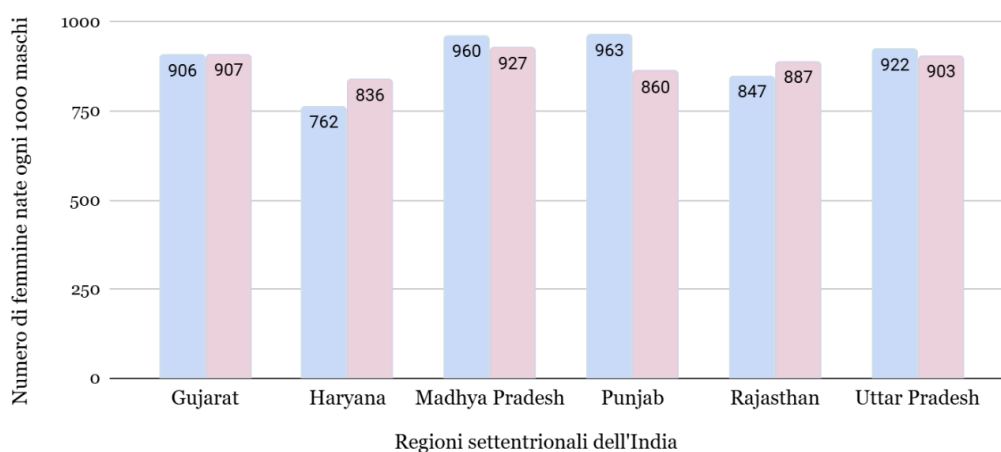


Figura 9: Sex ratio alla nascita per bambini e bambine (numero femmine ogni 1000 maschi)

Fonte: *National Family Health Survey (NFHS-3 e NFHS-4)*, International Institute for Population Sciences, 2005-06, Mumbai, India

La colonna azzurra rappresenta i dati riportati nell'indagine del NFHS-3 (2005-06), la colonna lilla rappresenta i dati riportati nell'indagine del NFHS-4 (2015-16).

Storicamente il Punjab ha mostrato un'ampia disparità nel *Sex ratio*. Infatti, nel 1961 si contavano appena 850 femmine ogni 1000 maschi⁴⁶. Nonostante gli sforzi per migliorare l'equilibrio, il rapporto tra i sessi nel corso dei decenni resta più o meno stabile, tanto che secondo i dati dei NFHS-3 (2005-06) e NFSH-4 (2015-16), esposti nel grafico, erano circa 963 le femmine nate ogni 1000 maschi nel 2005-06⁴⁷ e 860 nel 2015-16⁴⁸. Questo andamento indica una persistenza delle pratiche culturali che favoriscono la nascita dei maschi.

Parallelamente, si registra, però, un certo miglioramento nelle regioni limitrofe di Haryana e Rajasthan, suggerendo che le dinamiche socioculturali e le politiche locali possono influenzare positivamente l'equilibrio tra i sessi.

Una delle principali cause della disparità nel *Sex ratio* nel Punjab è l'elevata mortalità infantile tra le femmine, legata a pratiche discriminatorie nella distribuzione del cibo e delle cure mediche. Addirittura, nel 1982 il Punjab fu coinvolto in uno scandalo riguardante il ricorso all'amniocentesi per identificare e abortire i feti femminili⁴⁹.

Questa discriminazione, infatti, si manifesta in vari aspetti della vita quotidiana. Per esempio, la maggior parte delle spese per l'abbigliamento è destinata ai figli maschi e ciò può influire sulla mortalità delle bambine, in quanto nel caso di inverni molto rigidi esse sono più vulnerabili e esposte agli effetti del freddo. Inoltre, anche l'apporto calorico e nutrizionale è differente: ai maschi si riservano pasti più ricchi e completi, inclusi di cereali e grassi (come il latte), mentre alle femmine sono serviti piatti a base di soli cereali, quindi sono alimentate con diete più semplici. Una scarsa nutrizione può influire negativamente sullo stato di salute delle bambine, contribuendo all'insorgenza di malattie e infezioni e aggravando ulteriormente le disparità nella sopravvivenza infantile.

⁴⁶ Mukherjee S. B., *The Age Distribution of the Indian Population*, 1976, Honolulu: East-West Center, citato da T. Dyson, M. Moore (a cura di), *On Kinship Structure, Female Autonomy, and Demographic Behavior in India*, *Population and Development Review*, 1983, Vol. 9, No. 1, pp. 35-60, Population Council

⁴⁷ National Family Health Survey (NFHS-3), International Institute for Population Sciences, 2005-06, Mumbai, India

⁴⁸ National Family Health Survey (NFHS-4), International Institute for Population Sciences, 2015-16, Mumbai, India

⁴⁹ Das Gupta M., 1987, *Selective Discrimination against Female Children in Rural Punjab, India*, *Population and Development Review*, Vol. 13, No. 1, pp. 77-100, Population Council

Il rapporto tra i sessi è fortemente influenzato dalla composizione delle caste e dalle strutture sociali, in particolare le zone rurali del Punjab sono dominate da un gruppo di proprietari terrieri, i Jats, il cui sistema familiare, economico e politico è prevalentemente patrilineare e patriarcale.

In questa struttura sociale le donne sono concepite come componenti transitorie, i vasi per cui gli uomini della stirpe si riproducono. Ciò è evidente perché mentre gli uomini sono menzionati nelle genealogie per diverse generazioni, le donne non lo sono affatto. (Das Gupta M.)⁵⁰

La visione dei Jats, in cui le donne non sono menzionate nelle genealogie mentre gli uomini lo sono, evidenzia il ruolo subordinato delle donne nella società. Questo sistema perpetua la preferenza per i figli maschi, che sono percepiti come i custodi della stabilità e della continuità familiare, rispetto alla "transitorietà" delle figlie femmine.

Il sistema economico dei Jats attribuisce grande importanza al potere decisionale e alle proprietà; è una cultura che favorisce i maschi, visti come garanti della sicurezza economica e sociale, e contemporaneamente promuove la discriminazione delle figlie femmine, percepite spesso come un onore piuttosto che come una risorsa.

Ciononostante, in Punjab ci sono due fattori positivi nella crescita delle bambine e delle ragazze: l'accesso all'educazione e l'età al matrimonio.

Secondo i dati dell'Istituto Internazionale per le Scienze Demografiche (IIPS)⁵¹, la percentuale di bambine fino a 6 anni d'età che avevano frequentato la scuola è aumentata dal 70% nel 2005-06⁵² al 76% nel 2015-16⁵³. Inoltre, il tasso di alfabetizzazione femminile è cresciuto dal 68.7% nel 2005-06⁵⁴

⁵⁰ Das Gupta M., 1987, *Selective Discrimination against Female Children in Rural Punjab, India*, Population and Development Review, Vol. 13, No. 1, pp. 77-100, Population Council

⁵¹ International Institute for Population Sciences, Mumbai, India

⁵² National Family Health Survey (NFHS-3), International Institute for Population Sciences, 2005-06, Mumbai, India

⁵³ National Family Health Survey (NFHS-4), International Institute for Population Sciences, 2015-16, Mumbai, India

⁵⁴ National Family Health Survey (NFHS-3), International Institute for Population Sciences, 2005-06, Mumbai, India

all'80% circa nel 2015-16⁵⁵. Questo miglioramento nell'educazione è fondamentale, poiché una buona istruzione non solo aumenta lo status sociale delle donne, ma facilita anche il loro matrimonio con uomini di ranghi più alti. Per quanto riguarda, invece, l'età al matrimonio le percentuali delle donne che si sposano prima dei 18 anni sono in calo: infatti, nel 2005-06 il 19.7%⁵⁶ delle donne tra i 20 e i 24 anni si era sposato prima dei 18 anni, una cifra che è scesa al 7.6% nel 2015-16⁵⁷. Questo cambiamento è significativo, poiché il matrimonio tardivo è associato a migliori opportunità educative e professionali per le donne, oltre a una riduzione della mortalità materna e infantile.

Nonostante nella regione del Punjab le donne godano di questi due aspetti considerati innovativi, una grande proporzione di madri continua a non volere figlie. Questo atteggiamento è particolarmente evidente tra le donne educate: chi riceve un'educazione è più probabile che preferisca costruire famiglie con pochi membri, i cui figli siano preferibilmente maschi, o almeno la maggior parte. Ciò dimostra che le norme culturali e sociali profondamente radicate sono difficili da cambiare.

Così si spiega il divario nel fenomeno della mortalità infantile per i bambini e per le bambine: se da un lato i bambini sono più esposti al rischio di morti neonatali per fattori prevalentemente biologici o congeniti, dall'altro lato la mortalità delle bambine raddoppia nelle fasi successive, post-neonatali, influenzate da fattori sociali e discriminazioni nelle cure; pratiche come gli aborti e gli infanticidi femminili sono ancora prevalenti, aggravando ulteriormente la disparità nella sopravvivenza infantile.

Tuttavia, le donne con un'educazione hanno una maggiore consapevolezza e conoscenza sulle pratiche di mantenimento e cura dei figli. Promuovere l'istruzione femminile può quindi migliorare la qualità delle cure per tutti i bambini, indipendentemente dal loro sesso.

⁵⁵ National Family Health Survey (NFHS-4), International Institute for Population Sciences, 2015-16, Mumbai, India

⁵⁶ National Family Health Survey (NFHS-3), International Institute for Population Sciences, 2005-06, Mumbai, India

⁵⁷ National Family Health Survey (NFHS-4), International Institute for Population Sciences, 2015-16, Mumbai, India

Pertanto, è evidente come il rapporto tra i sessi sia qui molto influenzato da fattori socioculturali ed economici che favoriscono la preferenza per i figli maschi. Le disparità nella nutrizione, nelle cure e nelle risorse economiche aggravano ulteriormente lo squilibrio nel rapporto tra i sessi e gli altri effetti di questi pregiudizi. In particolare, la mortalità delle bambine in precedenza era più elevata proprio a causa dell'incuria nei loro confronti (*"death by neglect"*) e ciò con conseguenze nei valori del *Sex ratio*. In tempi più recenti, invece, con l'aumento delle possibilità di accesso alle ecografie e alle pratiche di identificazione del sesso dei neonati, nascono meno femmine. Difatti, laddove i diritti si basano sul potere economico e sulla capacità di sostenere le proprie famiglie, i fratelli e i figli sono considerati migliori delle sorelle e delle figlie.

3.2 L'India meridionale: il caso del Kerala

Nelle regioni meridionali dell'India le donne godono di uno status sociale più elevato e di una maggiore autonomia rispetto a quelle delle regioni settentrionali. Questa relativa parità di genere è attribuibile a una minore radicalizzazione degli stereotipi di genere, alle diverse forme di matrimonio ed eredità e a pratiche culturali che valorizzano maggiormente il ruolo delle donne nella società.

Storicamente, il Tamil Nadu è stato uno dei primi stati meridionali a mostrare forme di discriminazione contro le ragazze e le donne, sebbene in forma minore rispetto alle regioni settentrionali⁵⁸. Nel 1981 nell'analisi del rapporto tra sessi tra i bambini e le bambine di età compresa tra 0 e 6 anni si contavano 967 femmine ogni 1000 maschi e nel 1991 sono diminuite a 948⁵⁹, indicando un peggioramento delle condizioni delle bambine. Negli anni successivi, grazie a una serie di iniziative governative e sociali, il Tamil Nadu ha fatto progressi significativi nel migliorare la situazione delle bambine. Secondo le ultime indagini del National Family Health Survey (NFHS), nel 2005-06 il rapporto tra

⁵⁸ Das Gupta M. e Mari Bhat P. N., 1997, *Fertility Decline and Increased Manifestation of Sex Bias in India*, Population Studies, Vol. 51, No. 3, pp. 307-315

⁵⁹ Das Gupta M. e Mari Bhat P. N., 1997, *Fertility Decline and Increased Manifestation of Sex Bias in India*, Population Studies, Vol. 51, No. 3, pp. 307-315

i sessi alla nascita era di 896 femmine ogni 1000 maschi⁶⁰, mentre nel 2015-16 di 954 femmine ogni 1000 maschi⁶¹, segnalando un incremento delle nascite femminili e una riduzione delle discriminazioni di genere.

Il Kerala si distingue come un esempio di notevole progresso nella parità di genere, evidenziando come l'istruzione e la struttura socioculturale della famiglia abbiano contribuito a migliorare il rapporto tra i sessi e ad eliminare le pratiche discriminatorie nei confronti delle bambine.

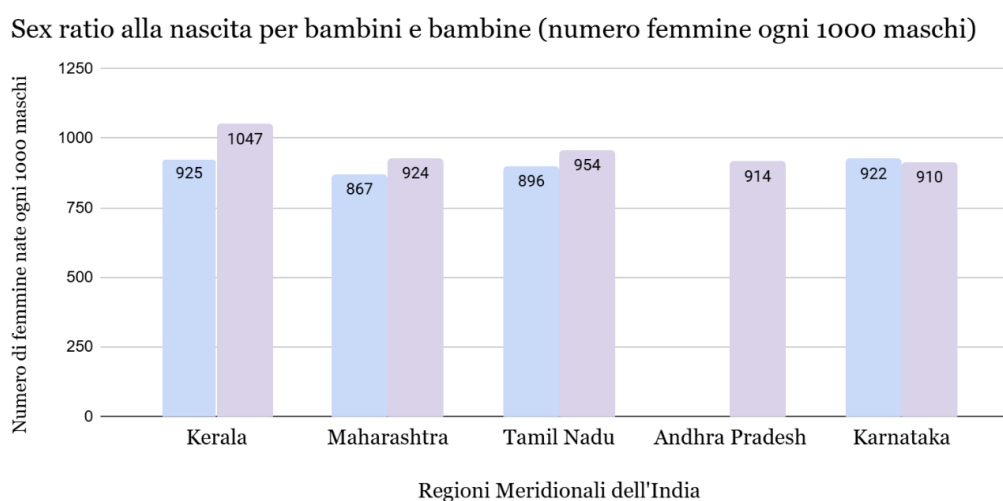


Figura 10: Sex ratio alla nascita per bambini e bambine (numero femmine ogni 1000 maschi)

Fonte: National Family Health Survey (NFHS-3 e NFHS-4), International Institute for Population Sciences, 2005-06, Mumbai, India.

La colonna azzurra rappresenta i dati riportati nell'indagine del NFHS-3 (2005-06), la colonna lilla rappresenta i dati riportati nell'indagine del NFHS-4 (2015-16).

In questi ultimi decenni, il Kerala ha mostrato un significativo miglioramento nel *Sex ratio* e nella condizione delle donne. Nel 1981 il rapporto tra sessi tra i bambini e le bambine di età compresa tra 0 e 6 anni era di 970 femmine ogni

⁶⁰ National Family Health Survey (NFHS-3), International Institute for Population Sciences, 2005-06, Mumbai, India

⁶¹ National Family Health Survey (NFHS-4), International Institute for Population Sciences, 2015-16, Mumbai, India

1000 maschi⁶², mentre nel 1991 era di 958 femmine ogni 1000 maschi⁶³. Tuttavia, grazie a iniziative educative e di empowerment femminile, il rapporto è notevolmente migliorato. Secondo gli ultimi censimenti nel 2005-06 il rapporto tra i sessi alla nascita era di 925 neonate ogni 1000 neonati⁶⁴, mentre nel 2015-16 di 1047 neonate ogni 1000 neonati⁶⁵. Questo notevole aumento delle nascite femminili è attribuibile principalmente all'ampia diffusione dell'istruzione nel Kerala.

Nel caso specifico del Kerala il rapporto tra *Sex ratio* e istruzione è diverso rispetto alla regione del Punjab, in quanto l'aumento dell'istruzione non ha conseguenze negative e discriminatorie nei confronti delle nascite; al contrario, la regione del Kerala ha un alto tasso di alfabetizzazione e un'ampia diffusione dell'istruzione e le donne istruite tendono a essere più consapevoli dei loro diritti e delle opportunità di salute, contribuendo a un miglioramento del *Sex ratio*.

Secondo gli ultimi censimenti, nel 2005-06 l'89.8% delle bambine entro i 6 anni frequentava la scuola⁶⁶ e nel 2015-16 la percentuale si è alzata al 95.4%⁶⁷. Nel complesso il 93% delle donne nel 2005-06⁶⁸ e il 98% nel 2015-16 era alfabetizzato⁶⁹.

Pertanto, è evidente come il miglioramento dell'istruzione abbia in questo territorio migliorato anche il rapporto tra i sessi, contribuendo a una quasi totale eliminazione delle pratiche selettive dei sessi dei nascituri.

⁶² Das Gupta M. e Mari Bhat P. N., 1997, *Fertility Decline and Increased Manifestation of Sex Bias in India*, Population Studies, Vol. 51, No. 3, pp. 307-315

⁶³ Das Gupta M. e Mari Bhat P. N., 1997, *Fertility Decline and Increased Manifestation of Sex Bias in India*, Population Studies, Vol. 51, No. 3, pp. 307-315

⁶⁴ National Family Health Survey (NFHS-3), International Institute for Population Sciences, 2005-06, Mumbai, India

⁶⁵ National Family Health Survey (NFHS-4), International Institute for Population Sciences, 2015-16, Mumbai, India

⁶⁶ National Family Health Survey (NFHS-3), International Institute for Population Sciences, 2005-06, Mumbai, India

⁶⁷ National Family Health Survey (NFHS-4), International Institute for Population Sciences, 2015-16, Mumbai, India

⁶⁸ National Family Health Survey (NFHS-3), International Institute for Population Sciences, 2005-06, Mumbai, India

⁶⁹ National Family Health Survey (NFHS-4), International Institute for Population Sciences, 2015-16, Mumbai, India

In realtà, però, in questa zona è stato un altro il fattore particolarmente influente sul rapporto tra i sessi e, più in generale, sulle discriminazioni: l'istituzione socioculturale della famiglia e della parentela. In Kerala, infatti, le donne godono di una maggior autonomia e di un certo potere decisionale non trascurabile, tanto che in alcune zone sono diffusi sistemi di parentela a prevalenza matrilineare. La nascita di una bambina era un evento benvenuto nelle famiglie matrilineari e questo eliminava almeno le forme più estreme di discriminazione di genere.

Nonostante i progressi, il Kerala affronta ancora sfide nel campo dell'uguaglianza di genere, specialmente negli ambiti lavorativi. Infatti, le donne sono spesso educate a ruoli socialmente "adatti" al genere femminile, specialmente alla stenografia, alla sartoria, al lavoro domestico e alla cura dei figli e della casa. Nelle zone meridionali, infatti, le donne sono più preparate alla cura dei figli, in ragione della loro maggiore autonomia e della possibilità di mantenere legami con la propria famiglia d'origine, e possono accedere anche con più facilità alle cure mediche. Per esempio, il 49% dei bambini e delle bambine nel 2015-16 ha ricevuto nei giorni successivi alla nascita un controllo medico della salute da parte del personale medico e sanitario formato⁷⁰. Questo deriva dal fatto che laddove le madri possono godere di propri redditi, questi verranno usati probabilmente a beneficio dei figli e delle figlie.

Se l'istruzione non ha un impatto discriminatorio nei confronti delle bambine, ugualmente l'età al matrimonio avanzata non aumenta le pratiche di selezione. In questa regione, infatti, così come nel Punjab, la percentuale di donne che si sposano prima dei 18 anni risulta abbastanza bassa: nel 2005-06 era pari al 15% circa delle donne⁷¹, mentre nel 2015-16 al 7.6%⁷². Ciò non implica pratiche di selezione sessuale, di aborto o infanticidio, anzi le nasciture vengono accolte allo stesso modo dei loro fratelli.

⁷⁰ National Family Health Survey (NFHS-4), International Institute for Population Sciences, 2015-16, Mumbai, India

⁷¹ National Family Health Survey (NFHS-3), International Institute for Population Sciences, 2005-06, Mumbai, India

⁷² National Family Health Survey (NFHS-4), International Institute for Population Sciences, 2015-16, Mumbai, India

Pertanto, la regione del Kerala rappresenta un andamento ricorrente nelle zone meridionali, che differisce dal sistema settentrionale. Qui, infatti, la combinazione di vari elementi favorisce un bilanciamento del rapporto fra i sessi a dimostrazione di una minore discriminazione nei confronti delle donne e delle nasciture: la preferenza meno marcata per i figli maschi è favorita dal sistema familiare e di parentela endogamico; da un alto tasso di istruzione che rende le donne più consapevoli dei loro diritti; da un accesso più ampio a servizi medici tradizionali per madri e bambini, che accresce le possibilità di sopravvivenza per entrambi.

3.3 India settentrionale e meridionale a confronto

In conclusione, le disparità di genere nella mortalità infantile e neonatale sono molto più accentuate nell'India settentrionale rispetto all'India meridionale, in ragione soprattutto delle differenze nei sistemi di parentela, nei livelli di istruzione e nella partecipazione alla vita culturale e lavorativa, che impattano sulle possibilità di autonomia e sul potere decisionale delle donne. Questo evidenzia come la percezione e il ruolo della donna siano cruciali nel determinare il grado di discriminazione di genere in una società.

In sintesi, la svalutazione del ruolo della donna porta a elevate forme di discriminazione, mentre il suo riconoscimento e valorizzazione possono contribuire all'instaurazione di un regime di uguaglianza sociale e familiare.

Queste due prospettive sono ben esemplificate dai due casi di Punjab e Kerala, che dimostrano come sviluppo e educazione abbiano risvolti diversi sul fenomeno del *Sex ratio*.

Attraverso l'analisi delle più recenti raccolte di dati dei National Family Health Survey (NFHS) si osserva un miglioramento significativo nel rapporto tra sessi alla nascita in Kerala (regione rappresentata dalla colonna viola nel grafico), in

cui addirittura il numero di femmine supera quello dei maschi⁷³, indicando una tendenza positiva verso una maggiore parità di genere.

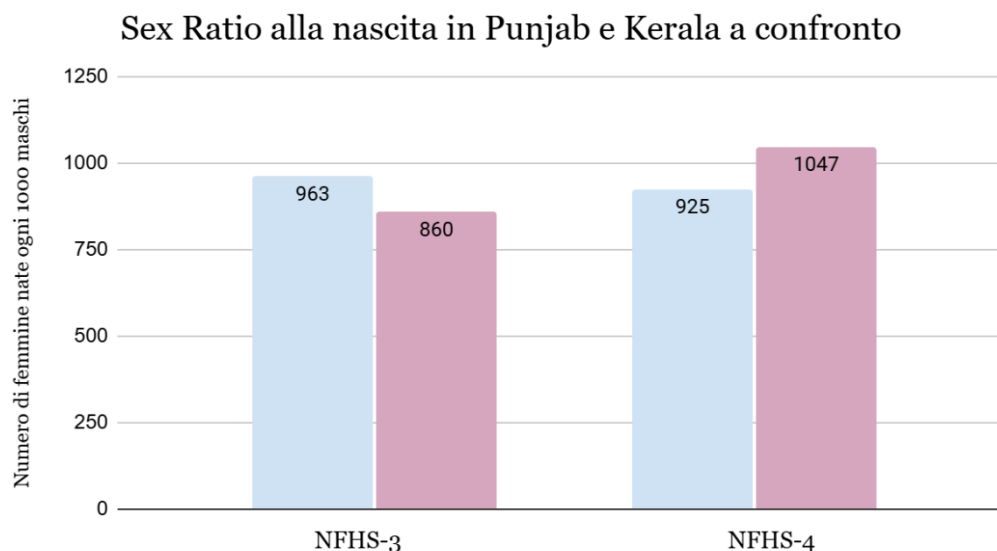


Figura 11: Sex ratio alla nascita in Punjab e Kerala a confronto

Fonte: *National Family Health Survey (NFHS-3 e NFHS-4), International Institute for Population Sciences, 2005-06, Mumbai, India.*

La colonna azzurra rappresenta la regione del Punjab, la colonna viola rappresenta la regione del Kerala.

Nelle regioni meridionali, infatti, l'incremento dell'istruzione ha favorito una diminuzione delle discriminazioni di genere, a differenza di quanto avviene nelle regioni settentrionali, dove l'accesso più ampio delle donne all'istruzione ha accentuato il regime di preferenza per il figlio maschio. Ciò è dovuto al fatto che donne più istruite sono più propense a ridurre i membri del nucleo familiare e, di conseguenza, sono inclini a desiderare figli maschi come fonti di sostegno economico e sicurezza finanziaria.

La riflessione sulle particolarità insiste nei diversi sistemi regionali dimostra che la complessità delle differenze regionali nel *Sex ratio* dell'India non può essere compresa appieno senza considerare i fattori economici e sociali che le

⁷³ National Family Health Survey (NFHS-3), International Institute for Population Sciences, 2005-06, Mumbai, India; National Family Health Survey (NFHS-4), International Institute for Population Sciences, 2015-16, Mumbai, India

influenzano. La diversità economica tra le regioni, infatti, gioca un ruolo significativo per l'autonomia, l'istruzione e l'attività lavorativa per le donne. Inoltre, la dimensione culturale e sociale è fondamentale. Le pratiche e le norme culturali, come la preferenza per i figli maschi, i ruoli di genere tradizionali e le aspettative riguardanti il matrimonio e la famiglia, variano notevolmente tra le diverse regioni dell'India. Queste pratiche influenzano profondamente il modo in cui le famiglie e le comunità trattano le bambine e le donne, con conseguenze dirette sulla loro salute, istruzione e benessere generale.

Conclusioni

Alla luce di queste riflessioni, la disparità di genere è un ostacolo significativo al benessere e alla salute delle bambine, che permea vari ambiti della vita socioeconomica e culturale del paese.

La preferenza culturale per i figli maschi e le pratiche discriminatorie contro le figlie femmine sono profondamente radicate nelle tradizioni sociali indiane e questi fenomeni non solo hanno influenzato negativamente il *Sex ratio* nel corso dei decenni passati, ma hanno avuto anche un impatto devastante sulla salute, l'istruzione e il benessere delle bambine e delle donne in India.

Infatti, attraverso i dati formati dalle Nazioni Unite si può notare che, nonostante la mortalità infantile abbia subito in India una generale diminuzione, la probabilità di morte tra il primo e il quarto anno è più alta per le bambine verso la fine del Novecento, mentre entro il primo anno di vita la probabilità è quasi uguale per maschi e femmine. Questa tendenza è legata all'incuria verso di esse ("*death by neglect*"), più ricorrente negli anni successivi alla nascita. Le neonate, in genere, hanno un vantaggio biologico nella sopravvivenza neonati e hanno meno esposizione alle condizioni perinatali, motivo per cui i figli maschi hanno maggiori probabilità di morte nei primi mesi. Tuttavia, con la diffusione di tecnologie per l'identificazione del sesso del nascituro, negli ultimi decenni la mortalità delle bambine tra 1 e 4 anni diminuisce, il *Sex ratio* alla nascita risulta distorto a favore dei maschi per il ricorso da parte delle madri ad aborti e infanticidi nei confronti delle figlie femmine.

Ciononostante, la generale diminuzione della mortalità infantile e neonatale può essere vista come il risultato di interventi e miglioramenti nel benessere dei bambini, che comprendono l'ampliamento dell'accesso ai programmi di vaccinazione e ai servizi sanitari di base, il miglioramento generale delle condizioni igienico-sanitarie, nonché l'introduzione di politiche di sviluppo, favorite anche dalle lotte per l'emancipazione femminile; inoltre, nel 2015 è stata promossa una campagna dal governo dell'India, chiamata "*Beti Bachao Beti Padhao Yojana*", che mira ad eliminare l'aborto selettivo di genere, garantire la sopravvivenza e la protezione delle bambine e garantire l'istruzione e la partecipazione di tutte alla vita sociale, educativa e culturale del paese.

Ad avere un impatto sul *Sex ratio* sono anche le condizioni economiche e i livelli d'istruzione. La ricchezza familiare, infatti, può paradossalmente accentuare le pratiche discriminatorie, come avviene nel caso della classe media emergente: le famiglie più ricche tendono a preferire i figli maschi come garanzia economica e dello status sociale e hanno maggiore accesso alle tecnologie per la selezione del sesso. Qui, inoltre, l'educazione contribuisce alla riduzione del tasso di fecondità e aumenta la discriminazione alla nascita. Al contrario, nei casi della classe media stabile la prosperità economica si accompagna a una migliore educazione e contribuiscono insieme ad ampliare le possibilità di emancipazione.

Infine, emerge come il *Sex ratio* non sia uniforme nel territorio indiano, ma anzi vi siano differenze tra zone settentrionali e meridionali. I casi del Punjab e del Kerala evidenziano proprio questo aspetto: mentre il Punjab rappresenta un esempio di forti disuguaglianze radicate nelle norme patriarcali, il Kerala offre un modello più equo, con minori disparità di genere. Queste differenze regionali evidenziano la necessità di soluzioni personalizzate che tengano conto delle specificità socioculturali locali.

Pertanto, è *in primis* essenziale che il governo indiano promuova iniziative legislative e concrete volte a rafforzare le politiche per la realizzazione dell'uguaglianza di genere, utilizzando un approccio integrato che coinvolga l'educazione, la sensibilizzazione comunitaria e la partecipazione delle donne ai processi decisionali. Infatti, solo attraverso interventi mirati e politiche inclusive sarà possibile superare le barriere culturali e sociali che ostacolano il pieno sviluppo delle ragazze e garantire un futuro più equo e sostenibile per tutte le persone.

È altresì importante che il cambiamento provenga dai nuclei più ristretti di socializzazione, ossia le famiglie: cambiare la percezione del valore delle figlie è fondamentale per alterare le dinamiche familiari e sociali a lungo termine.

L'interruzione di tale sistema patriarcale è possibile attraverso un impegno globale che promuova l'uguaglianza di genere, combattendo la discriminazione, e realizzi un clima sostenibile per il pieno rispetto dei diritti delle donne e delle bambine.

Bibliografia

Basu A., Desai S., 2001, *Middle class dreams: India's one child families*, presentato agli incontri annuali della *Population Association of America*, Dallas, rielaborato da Kaur R., Bhalla S., Agarwal M., Ramakrishnan P. (a cura di), *Sex Ratio at Birth. The Role of Gender, Class and Education*, 2017, Aspire Design, New Delhi

Bhatia J. C., "Ideal number and sex preference of children in India", *Journal of Family Welfare (Bombay)* 24, no. 4

Chakrabarti V., Singh A. K., *Household structures in India. Census of India*, Paper No. 1, India

Cohen R. D., 1981, *Education and social change in nineteenth-century Massachusetts*, 234–237, citato da Purkayastha, N., Dhillon, P., Ali. B. et al. *Cambiamento dei modelli di famiglie composte da una sola persona e da una sola coppia in India. Invecchiamento della popolazione*, 2024, 17, 51-69

Das Gupta M., 1995, *Death clustering, mother's education and the determinants of child mortality in Rural Punjab*, India, *Population studies* 44:489-405, citato da Das Gupta M, *Life course perspectives on Women's autonomy and health outcomes*, *American Anthropologist*, New series, Vol. 97, No. 3, pp. 481-491

Das Gupta M., 1995, *Life course perspectives on Women's autonomy and health outcomes*, *American Anthropologist*, New series, Vol. 97, No. 3, pp. 481-491

Das Gupta M. e Mari Bhat P. N., 1997, *Fertility Decline and Increased Manifestation of Sex Bias in India*, *Population Studies*, Vol. 51, No. 3, PP. 307-315

Das Gupta M., 1987, *Selective Discrimination against Female Children in Rural Punjab, India*, *Population and Development Review*, Vol. 13, No. 1, pp. 77-100, Population Council

Das Gupta M., Zhenghua J., Bohua L., Zheming X., Chung W., Hwa-Ok B. (a cura di), 2003, *Why is son preference so persistent in East and South Asia? A cross-*

country study of China, India and the Republic of Korea, Londra, *The Journal of Development Studies*, Vol. 40, No. 2, pp. 153-187

Dyson T, Moore M. (a cura di), *On Kinship Structure, Female Autonomy, and Demographic Behavior in India*, 1983, *Population and Development Review*, Vol. 9, No. 1, pp. 35-60, Population Council

Kaur R., Bhalla S., Agarwal M., Ramakrishnan P. (a cura di), 2017, *Sex Ratio at Birth. The Role of Gender, Class and Education*, Aspire Design, New Delhi

Mukherjee S. B., *The Age Distribution of the Indian Population*, 1976, Honolulu: East-West Center, citato da T. Dyson, M. Moore (a cura di), *On Kinship Structure, Female Autonomy, and Demographic Behavior in India*, *Population and Development Review*, 1983, Vol. 9, No. 1, pp. 35-60, Population Council

Organizzazione delle Nazioni Unite, 1989, *Convenzione sui diritti del fanciullo*, *Risoluzione n. 44/25* (20 novembre 1989)

Sitografia

Demographic and Health Surveys (DHS) e UNICEF (via World Bank), rielaborati da Our World in Data

Istituto per metriche e valutazione della salute, *Global Burden of Disease*, 2019, rielaborati da World in Data

Organizzazione delle Nazioni Unite, Dipartimento di Affari Economici e Sociali, *World Population Prospects, Population Division*, 2022, Edizione Online (disponibile al seguente link: <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Mortality/>)

Organizzazione delle Nazioni Unite, Dipartimento di Affari Economici e Sociali, *Population Division (2011). Sex Differentials in Childhood Mortality* (Pubblicazione delle Nazioni Unite, ST/ESA/SER.A/314)

Organizzazione delle Nazioni Unite, Dipartimento di Affari Economici e Sociali, *World Population Prospects, Fertility rate*, 2022, rielaborati da Our World in Data

Organizzazione delle Nazioni Unite, Gruppo Interagenzie delle Nazioni Unite per la stima della mortalità infantile, 2023

National Family Health Survey (NFHS-3), 2005- 06, International Institute for Population Sciences, Mumbai, India

National Family Health Survey (NFHS-4), 2015- 16, International Institute for Population Sciences, Mumbai, India

Programma congiunto delle Nazioni Unite su HIV/AIDS, 2023, rielaborati da Our World in Data

Risorse multiple raccolte dalla Banca Mondiale, 2023; “*Girls in tertiary education; Lee and Lee*”, “*Human Capital in the Long Run*”, 2016, UNESCO, “*World Development Indicators*” rielaborati da Our World in Data

UNFPA, *World Population Dashboard India*, 2023 (disponibile al seguente link

Online (disponibile al seguente link:
<https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Mortality>)

WHO e UNICEF, 2021, “*Vaccination schedule for pneumococcal conjugate vaccine*”, rielaborati da Our World in Data

WHO e UNICEF, 2021, “*PCV3 (% of one-year-olds immunized)*”, rielaborati da Our World in Data

WHO e UNICEF, *Joint Monitoring Programme (JMP) for Water Supply and Sanitation*, rielaborati da Our World in Data

UNAIDS (via World Bank), rielaborati da Our World in Data

UNICEF; Organizzazione Mondiale della Salute; Banca Mondiale, rielaborati da Our World in Data

Ringraziamenti

Alla mia Relatrice, la Prof. ssa Barbiera, per avermi seguita in questo mio percorso, incoraggiando i miei interessi e aiutandomi fino alla fine con disponibilità, tranquillità e comprensione.

Grazie alla mia famiglia, alle mie radici.

Ai miei genitori.

Alla mamma, per esserci stata anche quando ero intrattabile perché dovevo studiare; quando non la chiamavo per giorni perché non avevo tempo; quando mi sembrava che tutto stesse crollando davanti a me e mi sembrava di non riuscire a stare in piedi.

Al papà, per avermi supportata in silenzio, senza mai osare, senza mai invadere i miei spazi. Sai essere tanto paziente e tollerante. Te ne sono grata. Sei una spalla su cui posso sempre contare.

A mia sorella, che cerca di coltivare la mia *mens sana* da quando studiavo Francesco D'Assisi o cercavo di imparare a memoria A Silvia. Sei il mio più grande esempio, il dono più bello che la vita potesse darmi, il braccio teso ogni volta che sento di affogare. Mi hai sempre insegnato a contare su me stessa, a lottare, a faticare senza mai demordere. Resti la metà più bella di me.

A Carlo, un fratello acquisito, un mentore. Grazie per avermi sempre coccolata e amata come una sorellina, per essere stato paziente, saggio, presente. Porterò nel cuore i tuoi consigli così accurati e tutti i momenti che abbiamo vissuto insieme.

A Brando, la mia luce. Sei una creatura così pura e leggera, porti sorrisi in ogni momento e spero di essere per te ciò che le mie Zie sono state per me.

Ai miei zii, la Zia Fiore e lo Zio Mario. Non so nemmeno quantificare l'amore che mi avete trasmesso in questi anni. Siete stati casa, rifugio, calore, tutto ciò di cui avevo bisogno. Mi avete coccolata e amata senza farmi mai mancare nulla, dalle merende preparate da Mario ai pranzi cucinati dalla Zia. Vi voglio un mondo di bene.

Ai miei cugini: Francesco, Riccardo e Chiara, che ho sempre guardato con ammirazione. Avete segnato il percorso prima di me nella maniera più esemplare che si potesse avere. Vi seguo con attenzione. Grazie, perché siete stati i miei angeli custodi, dei porti sicuri.

Un ringraziamento speciale va a chi non vedo davanti a me ma sono sicura mi stia sorridendo da lassù. Avrei sempre voluto che queste due donne mi mettessero la corona, ma sarò io a portare loro un paio di fiori. Grazie Nonna Miranda e Zia Fiammetta, perché mi avete davvero resa quello che sono oggi. Sono cresciuta con due Donne incredibili. Sento la vostra protezione, i vostri rimproveri, i vostri consigli. Ora bisogna davvero tenere “gli oci sempre verti”. Vi amo infinitamente.

Alla prof. ssa Berto, la quale ha segnato per sempre la mia mente, la mia coscienza e la mia conoscenza. Se sono qui, è probabilmente grazie alle sue lezioni, più di vita che di storia.

Alla mia psicologa, per aver curato la mia mente. Vivo un po' più in pace.

Alla parte migliore della mia intera esistenza: I MIEI FAVOLOSI AMICI E COINQUILINI.

A Sara e Ele, il fantastico TRIO. Non so neanche come descrivervi a parole. Un'amicizia simile esiste solo nei film. Grazie per aver tifato per me, terrò sempre un posto per voi nel cuore, per le nostre foto sul muro, e per voi nella mia nuova casetta. Siete le migliori amiche che si possano desiderare.

Ai Sempre Noi, che come dice il nome, ci sono da tempo immemore. Gli amici di una vita. Grazie per esserci sempre nonostante la distanza e le strade diverse. Siete una carezza sul cuore.

Alle Paggiasche, quel gruppo delle superiori che porto nel cuore nonostante le strade di vita siano totalmente diverse e separate. Il nostro legame si erge su un amore immenso. A Gaia, Lisi, Nicole e Bambi, per avermi sempre aspettata, rispettata e amata.

A Marghe, Cami e Laura, senza le quali probabilmente non avrei passato neanche un esame. Parlano tutti delle amicizie nate alle elementari, ma nessuno parla mai delle amiche che ti riempiono il cuore a 20 anni. Le migliori. Siete state e sarete le mie spalle forti, quelle su cui contare quando l'ansia è talmente grande da non riuscire a pensare. Mi mancherà tutto di questi tre anni, li avete resi indimenticabili.

Tutti i miei coinquilini richiedono un ringraziamento speciale, perché quando mi sono trasferita qui avevo una paura folle che andasse tutto male, invece la mia vita con loro è stata meravigliosa e non sarebbe andata allo stesso modo se avessi conosciuto altre persone.

A Samuele, che ha il mio cuore in ogni sua parte. Non so cosa voglia dire una vita senza di te ormai e sono grata di non saperlo. Vorrei che tutti potessero conoscerti e sapere quanto sono cambiata da quando vivo con te. L'amicizia non si spiega, tantomeno la nostra. Nata da un aperitivo in Botte e finita con te che mi metti la corona. Ti ringrazio di esistere Samuele, sei l'anima più bella e pura che possa esistere, probabilmente la tua ha la forma di un *pain au chocolat*.

A Matteo, l'essere più pazzo che esista. Grazie, per avermi ricordato che non bisogna ammazzarsi di studio per arrivare dove si vuole, ma a volte basta uscire dalla camera, trovarti, ridere e tutto torna al suo posto. Mi hai rasserenata, alleggerita, mi hai regalato tante di quelle perle che non basterebbe un libro per raccogliere (nemmeno quello che scriverà Martina). Non dici mai a qualcuno che gli vuoi bene, ma sono sicura che un po' ci mancheremo, anzi, tantissimo.

A Virginia, la sorella che ho ritrovato in un'altra città nel letto accanto al mio. Grazie per aver sempre creduto che potessi essere chiunque io volessi. Hai da subito visto in me più di quello che vedo io. Sei la sorella di cui avevo bisogno, arrivata al momento giusto con la tua spensieratezza e la tua infinita voglia di vivere. Mi hai regalato tanto, tantissimo amore. Sei stata calma, tollerante, leggera nei momenti più bui e difficili di questi anni. Grazie Virginia, ti voglio bene.

A Gloria, arrivata al mio ultimo anno di università portando tantissima gioia e serenità. Sei stata pace nei periodi più stressanti e ansiosi. Grazie per aver cercato

di indirizzare ogni mia scelta stupida con la tua santa razionalità e per aver rallegtrato le nostre serate con il tuo vino Cunial.

Alle mie vecchie coinquiline: Jennifer, Mati, Sara, Raffa, perché con loro è iniziata questa mia pazza avventura.

A Marti, Vale e Fabri, quegli amici che spero di trovare in una città nuova e che ti cambiano la vita per sempre. Grazie per esserci stati sempre, ma non per modo di dire. Per aver aperto la vostra porta ogni volta stessi male e avessi bisogno di un di una mano tesa e di un abbraccio forte.

A Fede, la mia ala di protezione, per aver visto nel nostro legame un potenziale unico e irripetibile. Sei un'anima così bella che vorrei portarti sempre con me. Hai un cuore grande e sai prenderti cura di chi ami con tutta te stessa. Ti proteggerò per sempre come tu fai con me. Siamo due amiche perfettamente complementari. Ti voglio bene.

A Francesco, che ha davvero rispettato ogni mio silenzio e ha fatto il tifo per me nel modo più leale possibile. Ti penso sempre e ti voglio un mondo di bene.

Alla famiglia di Pull&Bear, a tutte e a tutti, perché quel negozio è stato la mia seconda casa per due anni. Ho vissuto con voi un'evoluzione personale senza eguali, abbiamo condiviso una miriade di ricordi e di emozioni. Soprattutto, con voi ho imparato l'arte della pazienza, e ancor di più che le colleghe possono diventare vere amiche.

Last but not least, grazie a me. Grazie alla mia tenacia, al mio coraggio, alla mia forza. Sin da piccola mi immagino questo come il giorno migliore della mia vita (“anche meglio del matrimonio” osavo dire), ed è proprio così. Sono fiera di me e di tutta la fatica impiegata per arrivare qui, tra notti insonni, caffè e pianti perché “non ce la farò mai”. Cara Emma, non mollare mai. Sei in gamba, coraggiosa, testarda, arrivi dove vuoi. Ti auguro una vita di meraviglie e di piacevoli sorprese.

Keep on moving, keep climbing, keep the faith.