



lo stato della popolazione nel mondo 2019

# QUESTIONI IN SOSPESO

diritti e libertà di scelta **PER TUTTE LE PERSONE**

## Lo stato della popolazione nel mondo 2019

Questo rapporto è stato realizzato sotto gli auspici della Divisione per la Comunicazione e le Partnership strategiche di UNFPA

### CAPOREDATTORE

Arthur Erken, Direttore della Divisione per la Comunicazione e le Partnership strategiche di UNFPA

### TEAM EDITORIALE

**Redattore:** Richard Kollodge

**Redattrice associata:** Katie Madonia

**Responsabile per l'edizione digitale:** Katie Madonia

**Consulenti per l'edizione digitale:** Hanno Ranck, Katheline Ruiz

**Pubblicazione e web design:** Prographics, Inc.

### CONSULENTE E AUTORE PER LA RICERCA

Stan Bernstein

### CONSULENTI TECNICI UNFPA

Elizabeth Benomar

Daniel Schensul

### RICERCATRICE E AUTRICE PRINCIPALE

Kathleen Mogelgaard

### RICERCATORI/RICI E AUTORI/RICI DEI CAPITOLI

Jeffrey Edmeades

Gretchen Luchsinger

William A. Ryan

Ann M. Starrs

### AUTRICI DEGLI ARTICOLI DI APPROFONDIMENTO

Janet Jensen

Gretchen Luchsinger

© UNFPA 2019

### RINGRAZIAMENTI

UNFPA ringrazia queste donne per aver condiviso scorcio di vita per questo rapporto:

*Tefta Shakaj*, ALBANIA

*Mediha Besic*, BOSNIA ED ERZEGOVINA

*Tsitsina Xavante*, BRASILE

*Say Yang*, CAMBOGIA

*Dahab Elsayed and Um Ahmed*, EGITTO

*Alma Odette Chacón*, GUATEMALA

*Marta Paula Sanca*, GUINEA-BISSAU

*Fanie Derismé*, HAITI

*Rajeshwari Mahalingam*, INDIA

*Shara Ranasinghe*, SRI LANKA

*Rasamee*, TAILANDIA

*Josephine Kasya*, UGANDA

I redattori del rapporto ringraziano William McGreevey per la ricerca sugli ostacoli istituzionali e finanziari per la salute sessuale e riproduttiva e Christopher Hook per l'assistenza in altre ricerche. La Divisione per la Popolazione e lo Sviluppo di UNFPA ha aggregato i dati regionali nella sezione degli indicatori di questo rapporto. Le fonti dei dati per gli indicatori del rapporto sono state fornite dalla Divisione per la Popolazione del Dipartimento per gli affari economici e sociali delle Nazioni Unite, dall'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'Educazione, la Scienza e la Cultura e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Rachel Snow, Sara Reis e Marielle Sander-Lindstrom di UNFPA hanno contribuito alla creazione di questo rapporto. Erin Anastasi, Emilie Filmer-Wilson, Anneka Knutsson e Leyla Sharafi hanno rivisto e inserito commenti nelle bozze.

### MAPPE E DEFINIZIONI

Le definizioni utilizzate e la presentazione del contenuto nelle mappe di questo rapporto non implicano in nessun modo l'espressione di qualsivoglia opinione da parte di UNFPA per quanto riguarda lo status giuridico di ogni paese, territorio, città o area e le autorità preposte, o per quanto riguarda la delimitazione di frontiere o confini. Una linea tratteggiata rappresenta la "Linea di controllo" dello Stato del Jammu e Kashmir concordata da India e Pakistan. Lo stato definitivo di Jammu e Kashmir non è stato concordato dalle parti.

### FOTOGRAFIA

**Foto di copertina:** © Steve McCurry/Magnum Photos

**Cronologia:** © Alamy Stock Photos, Getty Images,

Jangbu Sherpa, Warren K. Leffler, NASA,

UN/UNFPA

# UNFPA

Garantire diritti  
e libertà di scelta  
per tutte le persone  
dal 1969



**Edizione italiana a cura di** AIDOS,  
Associazione italiana donne per lo sviluppo

**Editing:** Giovanna Ermini e Serena Fiorletta

**Traduzione a cura di** Anna Tagliavini

**Impaginazione:** Simona Ferri

**Stampa:** Litostampa 3B

**Ufficio stampa:** [press@aidos.it](mailto:press@aidos.it)



lo stato della popolazione nel mondo 2019

# QUESTIONI IN SOSPESO

diritti e libertà di scelta **PER TUTTE LE PERSONE**

- 1** La lotta per diritti e libertà di scelta non è finita pagina 7

---
- 2** Sei donne, sei decenni, sei percorsi pagina 23

---
- 3** Diritti a rischio quando la popolazione cresce pagina 37

---
- 4** Disponibile ma inaccessibile pagina 53

---
- 5** L'ostacolo alla base di tutti gli altri pagina 73

---
- 6** Se crollano i servizi pagina 87

---
- 7** Istituzioni e finanziamenti per garantire diritti e libertà di scelta pagina 101

---
- 8** Attuare diritti e libertà di scelta per tutti: se non ora, quando? pagina 117

---
- 9** Più di mia madre, meno di mia figlia pagina 137

Dal 1969, quando fu fondata UNFPA, sono state fatte grandi conquiste nel campo della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi. Malgrado questi progressi, però, centinaia di milioni di donne ancora oggi devono affrontare barriere economiche, sociali, istituzionali e di altro genere che impediscono loro di decidere liberamente se, quando e quanti figli avere.

**La battaglia per i diritti e le scelte continua: ogni giorno emergono nuove sfide**



# Diritti e libertà di scelta: una realtà per tutte le persone

Era il 1969. La popolazione mondiale aveva raggiunto i 3,6 miliardi, un miliardo in più rispetto ad appena 17 anni prima. I tassi di fecondità a livello globale erano circa il doppio di quelli attuali. Nei paesi meno sviluppati la fecondità era di circa sei nati per donna.

L'anno prima il libro di Paul Ehrlich, *The Population Bomb*, aveva scatenato in tutto il mondo un'ondata di panico sulla "sovrappopolazione" che, nelle previsioni dell'autore, avrebbe provocato inedia e denutrizione di massa in un "pianeta morente".

Era questo il contesto in cui fu fondata UNFPA, per informare i paesi in via di sviluppo sulle conseguenze sociali ed economiche della crescita demografica e per sostenere programmi nazionali sulla popolazione che iniziarono a distribuire contraccettivi su una scala senza precedenti.

Attraverso tali programmi la possibilità di scelta in materia di riproduzione divenne realtà per un numero sempre crescente di donne nei paesi in via di sviluppo. Il risultato fu che iniziarono ad avere meno figli. Milioni di loro avevano finalmente il potere di controllare la propria fecondità.

Malgrado la *disponibilità* della contraccezione sia costantemente aumentata nel corso degli anni, ancora oggi centinaia di milioni di donne non possono accedere ai contraccettivi – e alle scelte riproduttive che ne derivano. Senza accessibilità, non hanno il potere di prendere decisioni che riguardano il loro corpo, compresa quella di iniziare o meno una gravidanza.

La mancanza di potere – che influenza tanti altri aspetti della vita, dall'istruzione al reddito alla sicurezza – impedisce alle donne di costruirsi un futuro. Fin dalla sua creazione, nel 1969, UNFPA è stata alla

guida di uno sforzo multilaterale per aiutare le donne dei paesi in via di sviluppo ad avanzare su un terreno pieno di barriere che cambiano continuamente, ostacolando i loro diritti riproduttivi. Questo impegno ha ricevuto nuovo impulso e ispirazione nel 1994, quando 179 governi riuniti al Cairo per la Conferenza Internazionale su Popolazione e Sviluppo elaborarono un progetto per lo sviluppo sostenibile, fondato sulla libertà di scelta e sui diritti individuali per il conseguimento della salute sessuale e riproduttiva di tutte le persone. Questo progetto, concretizzatosi in un Programma d'Azione, non solo ha dato nuove energie al movimento globale per i diritti riproduttivi, ma ha anche conferito a UNFPA il ruolo di guida di tale movimento.

Nel corso di questi 50 anni l'azione concertata di società civile, governi nazionali, organizzazioni per lo sviluppo e UNFPA ha dischiuso nuove opportunità e possibilità per donne e bambine di tutto il mondo. Ma c'è ancora molta strada da fare perché tutte abbiano la possibilità e i mezzi per controllare il proprio corpo e prendere decisioni informate sulla salute sessuale e riproduttiva.

Allo stesso tempo, dobbiamo anche lavorare per respingere quelle forze che vorrebbero vederci tornare ai tempi in cui le donne non avevano voce in capitolo sulle decisioni in ambito riproduttivo e, in realtà, in qualsiasi altro ambito della loro vita.

La battaglia per i diritti e la libertà di scelta deve continuare, finché non sarà una realtà per tutte le persone.

## **Dr. Natalia Kanem**

Sottosegretaria Generale delle Nazioni Unite e Direttrice Esecutiva di UNFPA, Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione



**1969**

1970

1971

1972

1973

1974

1975

1976

1977

1978

1979

1980

1981

1982

1983

1984

1985

1986

1987

1988

1989

1990

1991

1992

1993

**1994**

1995

1996

1997

1998

1999

2000

2001

2002

2003

2004

2005

2006

2007

2008

2009

2010

2011

2012

2013

2014

2015

2016

2017

2018

**2019**





# LA LOTTA PER DIRITTI E LIBERTÀ DI SCELTA NON È FINITA

Il 2019 celebra due pietre miliari fondamentali nel campo della salute riproduttiva: 50 anni di attività di UNFPA e 25 anni dalla storica Conferenza Internazionale del Cairo su Popolazione e Sviluppo (ICPD).

Questi due eventi – il lancio della prima agenzia delle Nazioni Unite dedicata al problema della crescita demografica e alle esigenze di salute riproduttiva delle persone in tutto il mondo, e la proclamazione di un impegno globale sulla salute e i diritti sessuali e riproduttivi – hanno modificato profondamente la vita delle donne e delle famiglie, oltre che delle società in cui vivono, in

modi che sono al tempo stesso misurabili e non, profondi e banali, permanenti ed effimeri.

Attiviste e attivisti, sostenitrici e sostenitori, specialiste e specialisti della salute pubblica e molte altre persone si sono dimostrate instancabili nell'impegno per attuare quei cambiamenti che oggi registriamo ovunque. Ma resta ancora molto da fare. I futuri sviluppi della crescita

demografica, l'uso dei contraccettivi, la tutela della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi, nonché la capacità di donne e bambine di realizzare appieno il loro potenziale nelle società a cui appartengono, sono tutti elementi in rapporto di reciproca dipendenza. Quello che il futuro ci riserva sarà determinato, in misura non trascurabile, dal modo in cui si porteranno avanti i risultati

ottenuti e si affronteranno i punti della ICPD non ancora concretizzati.

### Il mondo nel 1969

Cinquant'anni fa la media mondiale era di 4,9 figli per donna, solo il 35 per cento delle donne sposate faceva ricorso a qualche metodo

contraccettivo per rimandare o evitare una gravidanza; le donne nei paesi meno sviluppati avevano in media 6,7 figli a testa e solo il 2 per cento utilizzava un metodo contraccettivo. Quasi ovunque nel mondo l'aborto era un reato e il movimento di liberazione delle donne lottava per l'uguaglianza e

le pari opportunità nell'istruzione, nell'occupazione e nella retribuzione, nel matrimonio e nel divorzio, nella proprietà privata e in molti altri ambiti. Nel 1969 i moti di Stonewall, a New York, segnarono la nascita del movimento globale per i diritti delle persone gay; l'agenzia degli Stati Uniti per lo

# 1969-2019



**RAFAEL SALAS NOMINATO DIRETTORE ESECUTIVO DI UNFPA IL FONDO DELLE NAZIONI UNITE PER LA POPOLAZIONE DIVENTA OPERATIVO**

Entra in vigore il Trattato per la Non Proliferazione Nucleare



**L'ASSEMBLEA GENERALE DESIGNA UNFPA COME REFERENTE DEI PROGRAMMI PER LA POPOLAZIONE**

**EVENTI FONDAMENTALI PER L'ONU**  
e per il mondo

1969

I moti di Stonewall, a New York, segnano l'inizio del moderno movimento per i diritti delle persone gay negli Stati Uniti

Primo messaggio inviato con ARPANET, precursore di Internet

Neil Armstrong compie il primo e storico passo sulla luna

Il biologo Robert Geoffrey Edwards dichiara, per la prima volta, di aver fecondato ovociti umani in una piastra di Petri

Viene istituito l'Ufficio per la Popolazione dell'USAID

1970

Il Consiglio per la Popolazione istituisce la Commissione Internazionale per la Ricerca sulla Contraccezione

1971

Viene immesso sul mercato il dispositivo intrauterino Dalkon Shield

In Sierra Leone è proclamata la Repubblica



Sviluppo Internazionale istituì un Ufficio per la Popolazione; il Ghana varò una riforma per la Pianificazione Demografica per il Progresso e la Prosperità Nazionale. L'anno precedente a Teheran, nel corso della prima Conferenza Internazionale sui Diritti Umani delle Nazioni Unite, i delegati convenuti avevano procla-

mato, per la prima volta all'interno di una dichiarazione planetaria, il diritto fondamentale dei genitori "a decidere liberamente e responsabilmente il numero e l'intervallo tra le nascite dei figli" (United Nations, 1968).

Nel 1969, in conseguenza degli interventi sulla salute pubblica per

la riduzione della mortalità infantile e neonatale e l'aumento dell'aspettativa di vita, i tassi di natalità avevano superato quelli di mortalità in quasi tutto il mondo in via di sviluppo. Il timore che la crescita demografica potesse danneggiare il progresso economico e l'ambiente, fu lo stimolo per studiare e imparare



▲ **CONFERENZA MONDIALE SULLA POPOLAZIONE, BUCAREST**



▲ **LE NAZIONI UNITE INAUGURANO IL DECENNIO PER LE DONNE**

Stati Uniti e Unione Sovietica si uniscono ad altri 70 paesi per firmare un accordo che vieta l'uso di armi biologiche a scopo bellico

A Istanbul viene ultimato il ponte sul Bosforo che collega l'Europa all'Asia

1972

Il Club di Roma pubblica *I limiti dello sviluppo*

**LE NAZIONI UNITE PROCLAMANO L'8 DICEMBRE GIORNATA INTERNAZIONALE DEI DIRITTI UMANI**

1973

L'associazione degli psichiatri americani elimina l'omosessualità dall'elenco delle malattie mentali (DSM-II)

Gli Stati Uniti legalizzano l'interruzione volontaria della gravidanza

1974

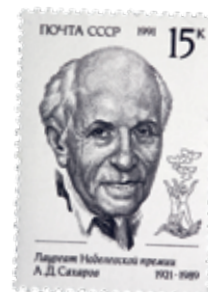
**POPOLAZIONE MONDIALE**  
**4**  
**MILIARDI**

L'India effettua un test nucleare sotterraneo

1975

Mozambico e Suriname proclamano l'indipendenza

Lo scienziato Andrej Sakharov, creatore della bomba all'idrogeno sovietica, riceve il premio Nobel per la Pace



a gestire meglio la fecondità umana. La creazione del Fondo delle Nazioni Unite per le Attività in materia di Popolazione, ribattezzato nel 1987 Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione, rifletteva il crescente interesse per la comprensione delle dinamiche demografiche e il modo in cui incidono sullo sviluppo socia-

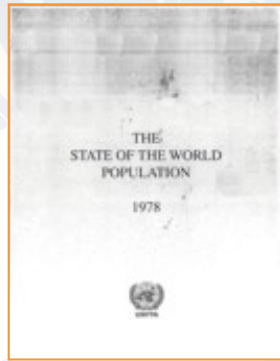
le ed economico, nonché il desiderio delle Nazioni Unite di sostenere programmi d'azione mirati a stabilizzare la popolazione mondiale.

La crescente disponibilità, negli anni Sessanta, di metodi contraccettivi relativamente nuovi e più efficaci, rappresentò per le donne un cambiamento epocale: per la prima

volta c'erano mezzi affidabili per evitare una gravidanza indesiderata e nuove opzioni per controllare la vita riproduttiva. Ma la comprensione dell'impatto che la contraccezione e i metodi per regolare la fecondità producevano sulla salute, sul benessere e sulla vita economica e sociale di donne e bambine era



Prima epidemia conosciuta del virus Ebola



UNFPA PUBBLICA IL PRIMO RAPPORTO SULLO STATO DELLA POPOLAZIONE NEL MONDO



VIENE ADOTTATA LA CONVENZIONE SULL'ELIMINAZIONE DI TUTTE LE FORME DI DISCRIMINAZIONE CONTRO LE DONNE (CEDAW)

1976

1977

1978

1979

Il Presidente egiziano Anwar Sadat compie una visita ufficiale in Israele



Nasce il primo bambino concepito in provetta



Primo Anno Internazionale dell'Infanzia



solo all'inizio. Per coglierne appieno il significato bisognava attendere ancora.

### Il mondo nel 1994

Venticinque anni fa, quando si tenne al Cairo la ICPD, il tasso medio globale di fecondità era di circa tre nati per donna, e il 58,8 per cento

delle donne del mondo ricorreva alla contraccezione. Nei paesi meno sviluppati la fecondità era di circa 5,6 e il 20,2 per cento delle donne sposate usava qualche contraccettivo. In Sudafrica si tennero le prime elezioni multirazziali e Nelson Mandela fu eletto presidente; il genocidio in corso in Ruanda causò la morte di oltre

800mila persone tra uomini, donne, bambini e bambine; in Svezia furono legalizzate le unioni civili tra partner dello stesso sesso; il lancio di America Online, meglio nota come AOL, segnava l'inizio dell'accesso semplificato a Internet.

Negli anni che precedettero la Conferenza si era assistito a uno



### LE NAZIONI UNITE ISTITUISCONO IL POPULATION AWARD



Sally Ride è la prima donna nello spazio, a bordo dello Space Shuttle Challenger

1980

L'OMS certifica che il vaiolo è stato debellato



1981

Sandra Day O'Connor è la prima donna giudice di Corte Suprema degli Stati Uniti

La Cina raggiunge il miliardo di abitanti

IBM immette sul mercato il primo personal computer, lanciando il sistema operativo Microsoft



1982

Primo impianto in un essere umano di un cuore artificiale permanente, progettato da Robert Jarvik

Per la prima volta, l'Uomo dell'Anno della rivista Time non è una persona ma il computer

1983

Scoperto il retrovirus responsabile dell'AIDS



Gravissima carestia in Etiopia



spostamento, graduale ma sempre più netto, dei temi al centro dell'attenzione: dalle questioni sulla popolazione e riduzione della fecondità, all'affermazione del diritto di individui e coppie a evitare o rinviare le gravidanze, alla tutela della salute sessuale e riproduttiva di tutte le persone. Questo spostamento era

dovuto in gran parte ai movimenti femministi e a chi sosteneva i diritti sessuali e riproduttivi, rispondendo in parte agli abusi di politiche del passato, che perseguivano traguardi prefissati che miravano al "controllo delle nascite". Negli anni Settanta e Ottanta, grazie ai finanziamenti e all'incoraggiamento di paesi ricchi

donatori e di varie fondazioni, alcuni Stati avevano avviato programmi che imponevano alle coppie, con metodi forzosi o coercitivi, il ricorso alla contraccezione o comunque davano un limite alle dimensioni delle famiglie, o gli fornivano, per convincerle, incentivi economici o di altra natura.



**NAFIS SADIK È LA NUOVA DIRETTRICE ESECUTIVA DI UNFPA**

**IL NOME UFFICIALE DI UNFPA DIVENTA FONDO DELLE NAZIONI UNITE PER LA POPOLAZIONE**

**CONFERENZA INTERNAZIONALE SULLA POPOLAZIONE, CITTÀ DEL MESSICO**

Cinque Stati membri della Comunità Economica Europea firmano l'accordo di Schengen

Lo Space Shuttle Challenger si disintegra, morti i sette membri dell'equipaggio

1984

Primo nato vivo in seguito a trasferimento di embrione da una donna a un'altra



1985

La Food and Drug Administration degli USA approva il primo test per l'HIV

In Sudafrica non sono più vietati i matrimoni misti



1986

Corazon Aquino è la prima donna presidente delle Filippine

Primo nato da madre surrogata non parente

1987

Lunedì nero - la borsa di Wall Street crolla, trascinando con sé il mercato azionario mondiale

**POPOLAZIONE MONDIALE**

**5 MILIARDI**

Varo dell'iniziativa Safe Motherhood



Il Programma d'Azione della ICPD, adottato da 179 governi, invitava esplicitamente ad abbandonare gli obiettivi prefissati in ambito demografico e di controllo della fecondità, escludendoli dai programmi nazionali per la popolazione e per la pianificazione familiare. Pur riconoscendo che le di-

namiche demografiche meritavano un'attenta considerazione nell'adozione di nuove misure politiche, il Programma d'Azione faceva appello a mettere al centro delle politiche per la popolazione e per lo sviluppo le esigenze e i diritti delle donne. Quello di cui il mondo aveva bisogno, convennero i governi, era

fornire a donne, coppie e famiglie l'accesso a una vasta gamma di interventi per la salute sessuale e riproduttiva, realizzare riforme sociali ed economiche capaci di assicurare l'empowerment delle donne e il rispetto dei diritti, contribuire al progresso mondiale verso l'uguaglianza di genere.



1 dicembre: prima Giornata mondiale dell'AIDS

Nelson Mandela è rilasciato dal carcere di Victor Verster



La Repubblica Democratica Popolare di Corea e le Repubbliche di Corea, Estonia, Lettonia, Lituania, Isole Marshall e Micronesia entrano a far parte delle Nazioni Unite

1988

1989

1990

1991

1992

Il muro di Berlino è aperto

La Namibia proclama l'indipendenza

Croazia e Slovenia proclamano l'indipendenza dalla Jugoslavia; inizia la guerra dei Balcani

Accordo di pace in Mozambico

Inizia la distruzione del muro di Berlino

Dissoluzione dell'Unione Sovietica



## Passi avanti e indietro rispetto al 1994

Il comune sentire espresso nell'ICPD fu un punto di svolta, una vittoria epocale per il movimento in favore dei diritti riproduttivi.

Ponendo al centro dell'agenda per la salute riproduttiva il benessere e i diritti individuali, sono stati messi in moto una serie di cambiamenti:

nella ricerca, per esplorare i fattori che influenzano il comportamento e le scelte individuali in rapporto alla fecondità e all'uso, o all'assenza, dei contraccettivi; nella comunicazione, per informare ed educare donne, uomini e classi dirigenti sui benefici che società, economia e salute traggono dalla riduzione della fecondità e dalla prevenzione delle gravidanze

indesiderate; nell'erogazione dei servizi, sottolineando l'importanza di offrire la gamma completa di metodi contraccettivi e assicurare libertà di scelta a tutte le donne.

L'ICPD ha inoltre riconosciuto come parti integranti del benessere e della salute sessuale e riproduttiva di ogni donna non solo la possibilità di accedere alla contraccezione



▲  
**CONFERENZA DELLE NAZIONI UNITE SUI DIRITTI UMANI**



▲  
**CONFERENZA INTERNAZIONALE SU POPOLAZIONE E SVILUPPO, IL CAIRO**



▲  
**QUARTA CONFERENZA MONDIALE DELLE NAZIONI UNITE SULLE DONNE**

Il diplomatico ghanese Kofi Annan viene eletto Segretario Generale delle Nazioni Unite

1993

L'OMS dichiara la tubercolosi emergenza globale

1994

Genocidio in Ruanda  
Nelson Mandela è il nuovo Presidente del Sudafrica

1995

Oltre 170 nazioni sottoscrivono l'accordo per la proroga illimitata e incondizionata del Trattato sulla non proliferazione nucleare

1996

Il governo bosniaco dichiara la fine dell'assedio di Sarajevo

Nasce la pecora Dolly, il primo mammifero clonato a partire da una cellula adulta



A Parigi si firma l'Accordo di Dayton per mettere fine alla guerra in Bosnia

Il virus Ebola miete 244 vittime in Zaire





e utilizzarla, ma anche altri fattori: la possibilità di prevenire e curare le complicazioni derivanti da un aborto volontario a rischio; la capacità di evitare o di curare infezioni a trasmissione sessuale, compreso l'HIV; l'assistenza ricevuta durante la gravidanza e al momento del parto. Anche la prevenzione e la gestione dell'infertilità e dei tumori

dell'apparato riproduttivo rientrano nella sfera della salute sessuale e riproduttiva.

Le esigenze di salute riproduttiva delle/degli adolescenti, riconosceva ancora il Programma d'Azione, erano state finora sostanzialmente ignorate dai servizi competenti, mentre il documento della ICPD invitava a approfondire un particolare impegno

nell'affrontarle; contrasti sulla necessità di impartire una educazione sessuale completa e di erogare alle/agli adolescenti i servizi per la salute riproduttiva, unitamente alla questione controversa del consenso genitoriale, portarono a formulazioni in un linguaggio non limpido e, in alcuni casi, all'attuazione sul campo di misure altrettanto poco chiare.



Il divorzio diventa legale nella Repubblica d'Irlanda

Cathy O'Dowd, alpinista sudafricana, è la prima donna a scalare le pareti nord e sud dell'Everest



ADOZIONE DEGLI OBIETTIVI DI SVILUPPO DEL MILLENNIO



THORAYA AHMED OBAID NUOVA DIRETTRICE ESECUTIVA DI UNFPA

1997

1998

1999

2000

2001

La Camera dei Rappresentanti degli Stati Uniti approva e inoltra al Senato due atti d'accusa contro Bill Clinton, chiedendo l'impeachment del Presidente

POPOLAZIONE MONDIALE  
6 MILIARDI

Storico summit dei leader della Repubblica di Corea e della Repubblica Democratica Popolare di Corea

Robert Tools è il primo uomo con un cuore artificiale autonomo, impiantato negli Stati Uniti

11 settembre: attacco contro il World Trade Center di New York



L'ICPD venne a coincidere con il culmine di un'altra crisi per la salute pubblica e per i diritti personali: l'epidemia di HIV/AIDS. Mentre esplodevano la preoccupazione e l'attivismo intorno alle enormi implicazioni di tale dramma, alcuni donatori aumentarono la loro attenzione e i finanziamenti

espressamente rivolti ad affrontare l'epidemia e il suo impatto su persone, comunità e paesi, mentre gli stanziamenti per altri aspetti della salute sessuale e riproduttiva restavano largamente stagnanti.

Alcuni osservatori temevano che l'enfasi posta sulla scelta individuale e sull'empowerment delle donne

non avrebbe incontrato l'approvazione di alcuni donatori e governi: allontanandosi dalla crescita demografica come fulcro dell'interesse, si diceva, la comunità rischiava di compromettere la propria capacità di mobilitare risorse e impegno politico. Malgrado tali preoccupazioni, la struttura portante della



▲  
Si scioglie l'Organizzazione dell'Unità Africana, sostituita dall'Unione Africana



▲  
**SI APPROVA  
L'INCLUSIONE NEGLI  
OBIETTIVI DI SVILUPPO  
DEL MILLENNIO DEL TARGET  
PER L'ACCESSO UNIVERSALE  
ALLA SALUTE RIPRODUTTIVA**

Il Brasile lancia il suo primo razzo nello spazio

2002

Nei paesi dell'Eurozona entra ufficialmente in vigore l'euro



SUMMIT  
DELLA  
TERRA  
2002

2003

Viene completato il Progetto del genoma umano: il 99 per cento del genoma umano è sequenziato con un'accuratezza del 99,9 per cento



2004

I capi di stato europei firmano il Trattato di Adozione della prima Costituzione Europea



2005

Angela Merkel, 51 anni è la prima donna, e la più giovane in assoluto, a diventare cancelliera della Germania

In Liberia, Ellen Johnson Sirleaf è il primo capo di stato democraticamente eletto di una nazione africana

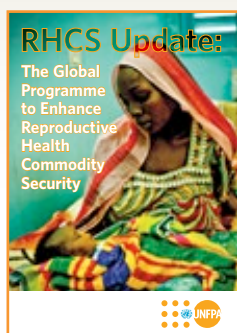


ICPD resse. L'impegno verso l'accesso universale alla salute sessuale e riproduttiva fu ribadito nel 1999, durante il vertice di revisione quinquennale della ICPD, dove i sostenitori portarono a casa – a dispetto di un'accesa opposizione – progressi su alcuni punti chiave tra cui la salute sessuale e riproduttiva delle/

degli adolescenti e la possibilità di abortire in condizioni di sicurezza dove questo era consentito dalla legge.

Nel 2000 però, quando le Nazioni Unite adottarono gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (Millennium Development Goals, MDGs) che stabilivano obiettivi e traguardi

globali per i successivi 15 anni, la salute riproduttiva non figurava da nessuna parte. Forse, in reazione al protrarsi degli accesi dibattiti durante la IV Conferenza Mondiale sulle Donne del 1995 e nella già citata revisione della ICPD del 1999, i funzionari incaricati di stilare gli MDGs optarono per l'obiettivo



**L'ASSEMBLEA GENERALE DELL'ONU VOTA PER ISTITUIRE IL CONSIGLIO DELLE NAZIONI UNITE PER I DIRITTI UMANI**

**UNFPA LANCIA IL PROGRAMMA GLOBALE PER MIGLIORARE LA SICUREZZA DEGLI STRUMENTI PER LA SALUTE RIPRODUTTIVA**

Al Moorfields Eye Hospital di Londra si esegue il primo intervento riuscito di impianto di occhi bionici in due pazienti non vedenti



La Bolivia proclama il diritto all'autogoverno delle popolazioni indigene

2006

2007

2008

2009

Michelle Bachelet presta giuramento come prima donna Presidente del Cile

Il parlamento sudafricano approva la legge che consente il matrimonio tra persone dello stesso sesso

**L'ASSEMBLEA GENERALE DELL'ONU ADOTTA LA DICHIARAZIONE SUI DIRITTI DELLE POPOLAZIONI INDIGENE**



La Food and Drug Administration americana approva l'uso della pillola del giorno dopo per le ragazze a partire dai 17 anni

“migliorare la salute materna.” Solo nel 2005 sostenitrici e sostenitori della salute sessuale e riproduttiva riuscirono a far inserire, come target compreso nell’obiettivo della salute materna, l’accesso universale alla salute sessuale e riproduttiva.

L’iniziale estromissione contribuì a dare l’impressione che la salu-

te sessuale e riproduttiva fosse un argomento contenzioso e problematico, pertanto facile da ignorare almeno nelle discussioni e nei negoziati a livello globale. Malgrado la pianificazione familiare sia stata spesso trascurata dalla comunità internazionale, non ha perso visibilità e i finanziamenti in suo favore

sono continuati e, in alcune fasi, addirittura aumentati: in particolare, nel luglio 2012, hanno ricevuto un forte impulso dal Summit per la Pianificazione Familiare che ha mobilitato donatori e impegno politico, infondendo nuove energie nella comunità che lavora per la sua promozione.



**BABATUNDE OSOTIMEHIN È IL NUOVO DIRETTORE ESECUTIVO DI UNFPA**



**L'ASSEMBLEA GENERALE ADOTTA LA RISOLUZIONE SULLA PREVENZIONE DELLE MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI**



**LA COMMISSIONE SULLA CONDIZIONE DELLE DONNE ESORTA GLI STATI A METTERE FINE ALLA PRATICA DEI MATRIMONI INFANTILI, PRECOCI E FORZATI**

2010

L'OMS dichiara conclusa la pandemia di influenza H1N1 (febbre suina)

2011

POPOLAZIONE MONDIALE

7 MILIARDI

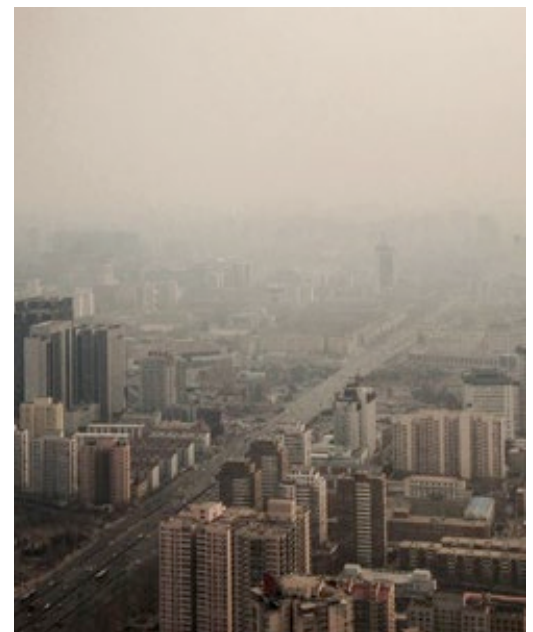
Inizio della guerra civile in Siria

2012

Il tifone Bopha devasta le Filippine

2013

Il livello dell'inquinamento dell'aria a Pechino è dichiarato pericoloso per la salute umana



## Un nuovo paradigma: il 2015 e gli Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile

Nel settembre 2015, 193 governi hanno adottato un nuovo quadro di riferimento mondiale per dare seguito agli MDGs. A riflettere la maggiore portata dell'agenda e la crescente complessità delle sfide da

affrontare, l'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile comprende 17 Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (Sustainable Development Goals, SDGs), con 169 target. Per quanto tra il 2000 e il 2015 il numero delle persone in condizioni di povertà sia diminuito, in termini assoluti e percentuali, l'eliminazione della po-

vertà resta l'obiettivo primo e principale della nuova agenda globale.

Ma esistono nuove sfide e nuovi aspetti che gli SDGs esplicitano e puntano a risolvere. Tra questi, i cambiamenti climatici e la precarietà ambientale; il numero crescente di crisi umanitarie e politiche di difficilissima soluzione, con il con-



▲  
**REVISIONE VENTENNALE DEI PROGRESSI NELL'ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA D'AZIONE DELLA ICPD**



▲  
**ADOZIONE DEGLI OBIETTIVI PER LO SVILUPPO SOSTENIBILE, COMPRESO L'ACCESSO UNIVERSALE AI TRATTAMENTI E AI SERVIZI PER LA SALUTE SESSUALE E RIPRODUTTIVA**



▲  
L'OMS annuncia il diffondersi del virus Zika

2014

Epidemia di ebola in Africa occidentale: almeno 28,616 contagiati e almeno 11.310 vittime

.....  
276 bambine e giovani donne sono rapite e tenute in ostaggio in Nigeria



2015

I leader mondiali si riuniscono a Parigi per uno storico vertice sui cambiamenti climatici



2016

seguinte aumento delle persone che vivono in condizioni di fragilità e instabilità; una sempre maggiore enfasi sulla necessità di finanziamenti statali e di aiuti allo sviluppo per il consolidamento della resilienza, l'aumento delle capacità e la possibilità di porre le basi per un sviluppo sostenibile sul piano economico e sociale.

A differenza degli MDGs, gli SDGs riconoscono esplicitamente la salute sessuale e riproduttiva come essenziale per uno sviluppo equo e per l'empowerment delle donne. Riferimenti espliciti si trovano nell'Obiettivo 3 per la salute e nel 5 per l'uguaglianza di genere, che rimanda anche ai diritti riproduttivi. Come

già accaduto con la ICPD e con gli MDGs, tuttavia, nemmeno gli Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile riconoscono i diritti sessuali. Altri elementi centrali per la salute sessuale e riproduttiva, come la mortalità materna e neonatale e l'HIV, sono affrontati come target dell'Obiettivo 3 e la violenza di genere e le pratiche



**NATALIA KANEM**  
NOMINATA DIRETTRICE  
ESECUTIVA DI UNFPA



**UNFPA COMPIE 50 ANNI**

**2017**

In 168 paesi, milioni di persone si uniscono alla Marcia delle Donne

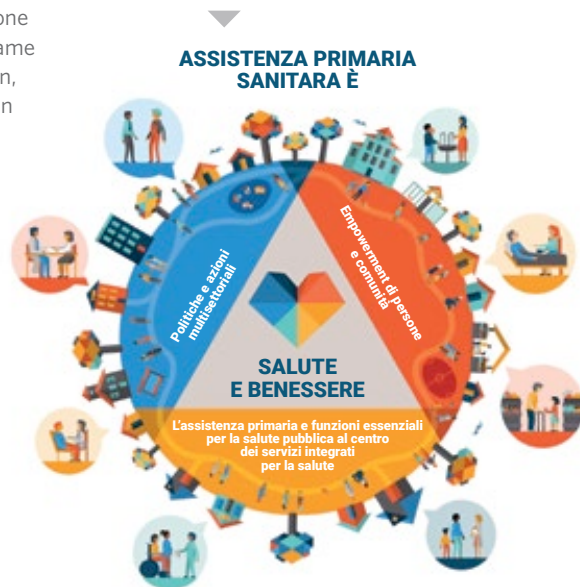
L'ONU avverte che 20 milioni di persone sono a rischio di fame e carestia in Yemen, Somalia, Sud Sudan e Nigeria

**2018**

La Conferenza mondiale sull'assistenza sanitaria di base proclama il ruolo centrale della salute sessuale e riproduttiva

**2019**

**25ESIMO ANNIVERSARIO DELLA ICPD**



**ICPD25**  
Conferenza Internazionale  
su Popolazione e Sviluppo

dannose come target dell'Obiettivo 5. Gli SDGs invitano anche a raggiungere la copertura sanitaria universale garantendo, si precisa, l'accessibilità di servizi essenziali e qualitativamente validi per la tutela della salute e di farmaci e vaccini a prezzi accessibili per tutti. Nel complesso gli SDGs propongono un'agenda per tutte le persone, come continua a fare l'ICPD, sottolineando l'importanza dell'uguaglianza e affrontando le esigenze delle persone più vulnerabili.

Negli ultimi 25 anni, nel corso di diversi vertici e processi di revisione legati alla ICPD, alcune regioni del mondo hanno chiesto il riconoscimento dei diritti sessuali. Molte delle definizioni correnti, comprese quelle presentate nel rapporto 2018 della Gutmacher-Lancet Commission sulla salute e sui diritti sessuali e riproduttivi, nonché dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), comprendono il diritto di ogni persona a esprimere la propria sessualità; il diritto delle/degli adolescenti a ricevere una educazione completa alla sessualità e ad accedere ai servizi per la salute sessuale e riproduttiva; il diritto di donne e bambine a essere libere da violenze e coercizioni basate sul genere. Questi diritti sono stati riconosciuti e approvati dalle organizzazioni della società civile di tutto il mondo e proclamati in documenti regionali elaborati e approvati da molti governi nazionali. Tuttavia, a livello globale, nessun documento al riguardo è riuscito finora a raccogliere il consenso unanime degli Stati Membri delle Nazioni Unite.

## 2019 e oltre

Il 50esimo anniversario di UNFPA e il 25esimo della ICPD costituiscono un'occasione unica per la comunità internazionale per compiere nuovi passi avanti nel quadro di riferimento della Conferenza del Cairo impegnandosi al massimo per realizzare un'agenda lungimirante che promuova la salute e i diritti sessuali e riproduttivi e per raggiungere tutte le persone lasciate indietro. Tale agenda dovrà prestare particolare attenzione alle dinamiche demografiche, riconoscere le molteplici difficoltà che ogni paese deve affrontare nelle varie fasi dello sviluppo, basare le proprie politiche e i programmi sul rispetto e sull'attuazione dei diritti umani e della dignità della persona.

Oggi c'è grande attenzione agli sforzi per conseguire gli SDGs, compreso il rinnovato impegno sulla "sa-

lute per tutti" che riconosce esplicitamente a ciascun essere umano, senza distinzioni, il diritto fondamentale di godere del più alto livello possibile di salute. Il movimento Every Woman Every Child, lanciato dall'ex Segretario Generale delle Nazioni Unite Ban Ki-moon nel 2010 e guidato oggi dall'attuale Segretario Generale António Guterres, che ha tra i suoi principali obiettivi la salute e i diritti sessuali e riproduttivi, convoglia nuova attenzione e impegno sugli SDGs e sulla copertura sanitaria universale, in particolare per donne, bambine e adolescenti.

Il perseguimento dei diritti e della libertà di scelta per tutte le persone prosegue con nuove sfide che emergono di continuo. Nel corso degli anni sono forse cambiate la natura e la portata degli ostacoli, ma l'impegno della comunità internazionale nel superarli resta saldo.



Milioni di donne in India si uniscono a formare un muro di oltre 600 chilometri per protestare contro la disuguaglianza, 2019. © Babus Panachmoodu





# SEI **DONNE**, SEI DECENNI, SEI PERCORSI

Sei donne che avevano 10 anni nel 1969, quando venne fondata UNFPA, 35 all'epoca della Conferenza del Cairo, riflettono su matrimonio, lavoro e famiglia. Avevano la libertà di scegliere la strada da percorrere e il futuro da costruire?



© UNFPA/R. Anis

### Scelte limitate

Dahab Elsayed, 60 anni, vive in un quartiere periferico del Cairo. Ricorda vagamente il trambusto in città quando si svolse la Conferenza Internazionale su Popolazione e Sviluppo. Ma a quell'epoca era troppo impegnata con il lavoro e la cura della famiglia per poter seguire nei dettagli la Conferenza e le sue conseguenze.

Tuttavia, alcuni dei cambiamenti nell'atteggiamento verso donne e bambine a cui ha assistito in seguito si possono far risalire alla ICPD, che ha riconosciuto come centrale per lo sviluppo il rispetto dei diritti di donne e bambine, soprattutto

*“Non c'erano altre opportunità che il matrimonio – era l'unico futuro che fossi in grado di immaginare.”*

### Dahab

nell'ambito delle scelte sessuali e riproduttive.

Da bambina cresciuta in una famiglia contadina povera, composta da 15 persone, le scelte di Dahab erano molto limitate, persino l'istruzione era fuori dalla sua portata. “Non c'erano altre opportunità che il matrimonio – era l'unico futuro

che fossi in grado di immaginare” dice.

Dahab ricorda il giorno in cui una donna è arrivata a casa sua per tagliarle i genitali. Lei non aveva idea di cosa significasse, ma ricorda il dolore, il sangue e la polverina con cui avevano fermato l'emorragia. Ricorda di essere rimasta a letto

15 giorni prima di rimettersi. Da adulta, quando ha avuto una famiglia, ha fatto tagliare i genitali anche alle figlie. Le mutilazioni genitali femminili “erano un dovere”, ricorda ora. I suoceri avevano insistito. Ne andava delle prospettive matrimoniali. Tutte le ragazze, all’epoca, erano mutilate.

Oggi ritiene che la pratica sia sbagliata e le sue nipoti non sono state sottoposte alla pratica. “Oggi *non* è preferibile” dice Dahab, che grazie a una campagna televisiva ha scoperto quali danni provochi la procedura che adesso è illegale.

Subito dopo il matrimonio, Dahab ha avuto quattro figli in rapida successione. Afflitta dalla povertà e dalla salute malferma del marito, la coppia decise che quattro bastavano. Dahab aveva sempre fatto lavori precari e informali – pulizie, lavanderia, assistenza infanzia o anziani – perciò non ha mai avuto un’assi-

curazione sanitaria che le rimborsasse i contraccettivi. Ricorse invece a un dispositivo intrauterino perché questi erano a carico dello Stato.

Suo marito, che faceva il tappezziere, è morto 20 anni fa. Da allora per lei è stato ancora più difficile arrivare alla fine del mese. Tre dei suoi figli sono invalidi e non sono in grado di lavorare. Per mantenere loro e se stessa svolge due lavori durante il giorno e la notte assiste una persona anziana. A casa non ci va quasi mai. Per quanto affermi che le piacerebbe moltissimo imparare a leggere e scrivere, è molto probabile che, se ne avesse il tempo, lo userebbe per cercare di guadagnare di più. Tra poco riceverà una piccola pensione statale, ma non sarà sufficiente per il suo mantenimento e dovrà continuare a lavorare. “Le donne sono quelle che lavorano e rimediano i soldi per la famiglia” dice, come se fosse perfettamente logico.

Quando Dahab e tante altre sessantenni raccontano qualche frammento della loro vita, dei loro sogni e delle lotte sostenute, balza subito agli occhi come le circostanze politiche ed economiche in cui si sono trovate alla nascita abbiano profondamente segnato il corso della loro vita. Ma per quanto limitate fossero le vere opportunità di scelta e le possibili opzioni, la maggior parte di loro ha trovato il modo di cavarsela e di costruirsi una vita densa di significato.

La vita e le esperienze di queste donne sono comunque risultate molto diverse da quelle che ciascuna di loro si era immaginata quando aveva dieci anni. A volte a condizionare le loro scelte sono stati i ruoli limitati accessibili alle donne di allora. Altre volte, a frenarle sono stati i tumulti sociali. A volte la loro vita ha assunto una piega

© UNFPA/R. Anis



inaspettata, ottenendo successi in ambiti che a dieci anni non potevano immaginare.

Ma anche nella diversità dei loro percorsi emergono dei fili conduttori comuni, molti dei quali sono direttamente collegati al mandato e al lavoro di UNFPA.

### Un mondo dagli orizzonti limitati

Rajeshwari Mahalingam conserva un piacevole ricordo di quando andava a scuola nello Stato indiano del Tamil Nadu, dove tutti la conoscevano per i magnifici capelli lunghi e ricci e per le sue esibizioni di danza. Ma nessuno le chiedeva mai quali fossero i suoi sogni o cosa avrebbe voluto fare da grande. Quando ci pensava, lei aveva l'impressione che le possibilità a sua disposizione fossero molto poche: casalinga, infermiera, insegnante.

A 25 anni fece un matrimonio combinato: aveva prima dovuto aspettare che si sposassero i sette fratelli e sorelle maggiori e che i suoi genitori riuscissero a trovare la persona giusta, cioè un uomo che non pretendesse una dote esorbitante.

Dopo aver dato alla luce due figli con il parto cesareo, le dissero che in futuro avrebbe dovuto ricorrere



sempre al cesareo, a un costo che la famiglia non poteva permettersi. Decise quindi di farsi legare le tube. Aveva già dovuto vendere alcuni dei suoi gioielli d'oro per pagare la nascita della seconda figlia.

A quell'epoca quasi tutte le sue amiche decidevano di avere fami-

glie meno numerose, soprattutto per l'influenza delle campagne in favore della pianificazione familiare. Rajeshwari ricorda ancora uno slogan molto popolare: "Una famiglia programmata è una famiglia felice."

Rajeshwari ha dedicato quasi tutta la vita alla cura della famiglia e nei



© UNFPA/Stormy Clicks

*“Essere madre  
era il massimo,  
per me”*

**Rajeshwari**

momenti più difficili rimediava qualche soldo in più accudendo altri bambini. Gran parte delle sue energie e dei suoi sogni sono stati investiti nei due figli, che hanno ricevuto entrambi un’istruzione superiore e oggi hanno un buon lavoro. “Raccontavo loro storie e leggevo libri che mettevano l’accento sull’importanza di prestare servizio ed essere persone per bene. Volevo solo che crescessero e si facessero strada nel mondo” dichiara.

“Essere madre era il massimo, per me. La donna è la luce della casa” dice ancora Rajeshwari “e in questo modo contribuisce al bene della famiglia, della comunità, del paese e del mondo intero.”

Nell’arco della vita Rajeshwari ha visto grandi cambiamenti nelle

aspettative e nelle possibilità aperte alle giovani donne. Prima di sposarsi aveva paura di fare qualsiasi cosa fuori di casa – i genitori disapprovavano. Ma sua sorella, che ha solo cinque anni meno di lei, ha goduto di molta più libertà personale, il che le ha permesso di diventare un’attivista sociale, conseguire un dottorato e impegnarsi a livello professionale nelle questioni di genere.

### **Dalla miseria all’azione politica**

All’età di dieci anni l’ugandese Josephine Kasya ammirava i suoi insegnanti. “Erano le persone più intelligenti di tutte – così ho deciso di fare l’insegnante. E poi, anche mio padre insegnava e io gli volevo molto bene. Così dicevo, ‘Voglio essere come il mio papà’.”

© UNFPA/Stormy Clicks



Ma quando Josephine aveva dodici anni nel suo paese salì al potere Idi Amin: seguirono molti anni di instabilità, miseria e violenze. Il suo sogno di diventare insegnante non riuscì a concretizzarsi.

Al termine della guerra civile, nel 1986, la comunità in cui viveva era distrutta o dispersa, così appena sposati lei e il marito, assistente sociale, si trasferirono in una zona piuttosto isolata, in una verdeggiante regione del sud. Per quanto meno colpita dalla guerra, la nuova comunità era in gran parte priva delle infrastrutture sociali a cui lei era abituata. “La vita era molto diversa e molto difficile” ricorda a proposito dei primi anni di matrimonio, nei quali ha cresciuto sei figli: per prendere l’acqua doveva fare un chilometro e mezzo a piedi, fino alla sorgente e si dedicava anche a un piccolo allevamento di mucche. “Con i pochi soldi che riesco a rimediare vendendo il latte, potevo comprare qualche cosa che serviva in casa.”

Ma Josephine non rimpiange quelle fatiche, dice, perché le hanno dato l’energia necessaria ad agire. “È stato vivendo in quell’ambiente rurale che ho iniziato a convincere le donne a unirsi e mettere in comune le risorse.” Ha inoltre imparato a collaborare con altre associa-

zioni, per ottenere che si facesse qualcosa.

Le sue capacità di leadership non passarono inosservate: fu eletta nelle amministrazioni locali e poi, nel 2001, presidente del suo distretto che conta circa 250mila abitanti. Nel corso della sua carriera politica si è attivata per lo sviluppo della sua comunità, in favore dell’istruzione femminile e dell’uguaglianza di genere e ha sempre cercato di dare voce alle donne che vivono negli ambienti



© UNFPA/M. Mugisha

rurali. È stata la prima donna in Uganda a essere eletta presidente di un distretto.

“Ho smitizzato l’idea che fosse un ruolo esclusivamente maschile,

*“Ho smitizzato l’idea che fosse un ruolo esclusivamente maschile e così ho aperto la strada alle donne che oggi, in altri distretti, occupano la stessa carica.”*

### Josephine

© UNFPA/M. Mugisha



aprendo così la strada alle donne che oggi, in altri distretti, occupano la stessa carica” dice con orgoglio, aggiungendo che nel suo distretto molte donne rivestono ruoli decisionali.

### Quando la guerra scombina le scelte

Say Yang sognava di frequentare una buona scuola e di impegnarsi nello studio per realizzare il suo desiderio: diventare insegnante. Ma il suo sogno svanì quando aveva 16 anni: nella sua comunità fecero irruzione i soldati, urlando e sparando in aria. Yang fu separata dalla famiglia e costretta a svolgere lavori estremamente faticosi. “La guerra ha distrutto tutto” dice “anche i miei sogni. Anzi, non osavo nemmeno sognare. Durante la guerra la gente non aveva nessuna possibilità di scegliere. Si cercava solo di sopravvivere.”

In Cambogia, quando le libertà individuali furono soffocate dal regime dei Khmer Rossi, Yang fu costretta a sposare una persona di cui non sapeva neanche il nome, nel corso di una grande cerimonia collettiva. Mano a mano che si sentivano chiamare, le coppie si facevano avanti, si prendevano per mano e promettevano di vivere come marito e moglie. All’inizio, per diversi mesi, lei e suo



© UNFPA/M. Kasztelan

*“Durante la guerra la gente non aveva nessuna possibilità di scegliere. Si cercava solo di sopravvivere.”*

### Yang

marito erano così timidi che solo di rado osavano guardarsi in faccia o rivolgersi la parola.

Crollato il regime, Yang e suo marito tornarono nella città di origine

di lei, per vivere con la madre di Yang. Tra il 1981 e il 1988 partorì cinque figli, di cui uno morì piccolissimo e un altro a 13 anni. Dopo aver saputo da una vicina di casa che l’ospedale della città più



© UNFPA/M. Kasztelan

vicina praticava la legatura delle tube, intraprese un viaggio difficile e alquanto pericoloso per sottoporvisi.

Un giorno, in Cambogia, seppe di essere stata invitata a seguire un corso di formazione per insegnanti. “Ma io proprio non potevo farcela. Avevo un bambino da accudire e la casa da mandare avanti. Ho lasciato che mio marito andasse al mio posto. Dovevamo trovare un equilibrio tra famiglia e società.”

### **Difendere i diritti delle donne**

Fino all'età di 14 anni Alma Odette Chacón ha vissuto una vita relativamente monotona ma felice, da primogenita di sei figli, in una famiglia della Città di Guatemala. I suoi genitori davano molta importanza all'istruzione e mandarono i figli a studiare dai gesuiti. Quando pensava al proprio futuro, Alma si immaginava insegnante come sua madre, o contabile come il padre. Quello di cui era certa era che voleva aiutare gli altri.

La sua vita cambiò di colpo la notte in cui sua madre entrò in ospedale per la nascita del settimo figlio. Non tornò più a casa. Benché tutti i parti precedenti fossero stati normali, quella volta qualcosa era andato male.

Ad Alma crollò il mondo addosso. “È stata molto dura,” dice “all'improvviso ti viene a mancare l'elemento chiave della famiglia e siamo andati alla deriva, ognuno per conto suo.” Fino alla morte della madre era stata la prima della classe, mentre dopo non riusciva più a prendere buoni voti. Suo padre non c'era quasi mai e col tempo la seconda moglie la cacciò di casa.

Un anno dopo la morte della madre, un terremoto di magnitudo 7,5 sconvolse una vasta area intorno alla Città del Guatemala, uccidendo o ferendo gravemente circa 100.000 persone e lasciando oltre un milione di senzatetto. Colpita dalla condizione degli sfollati, Alma si diede da fare per aiutare le vittime.

Poco dopo, la sua scuola le propose di andare per un mese a insegnare in una comunità di indigeni Quiché. Queste due esperienze in cui ebbe a che fare con persone – in particolare donne



indigene – sofferenti ed emarginate hanno avuto un'importanza centrale, racconta, nella sua decisione di dedicare tutta la vita a lavorare per la giustizia sociale.

Prima di compiere i trent'anni, temendo di essere arrestata per il suo

impegno politico, lasciò il Guatemala per il Messico, dove seguì dei corsi di formazione nel campo delle comunicazioni. Qui ebbe modo di conoscere uno stile di vita più libero, venire in contatto con il femminismo. Per mantenersi svolse una quantità di lavori diversi: tra

gli altri, fece le pulizie, lavorò come assistente di produzione e nella segreteria di un centro per i diritti umani.

A metà degli anni Novanta, viaggiando per tutta l'America Centrale, collaborò all'organizzazione di un vertice regionale sui diritti delle donne. Questo lavoro diede nuovo impulso al suo impegno per il movimento delle donne e le consentì di approfondire il tema della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi come elemento centrale su cui far leva per raggiungere un livello di sviluppo più diffuso.

Oggi è tornata a vivere in Guatemala e ormai da qualche decennio

*“Oggi le donne sanno benissimo di avere dei diritti, sanno che spetta a loro decidere sul proprio corpo.”*

**Alma**

© UNFPA/Rizzo Producciones



collabora con Terra Viva, un'organizzazione non-profit che si dedica proprio a questi temi. Il suo lavoro è come una lente attraverso cui osserva gli enormi cambiamenti intervenuti negli atteggiamenti delle donne, specie all'interno delle comunità indigene: "Oggi le donne sanno benissimo di avere dei diritti, sanno che spetta a loro decidere sul proprio corpo."

### Una vita ad aiutare gli altri

Tefta Shakaj aveva sempre desiderato andare all'università e diventare medico, ma in Albania quando era adolescente non era un'opzione possibile. "Eravamo obbligati a fare quello che ci veniva detto" ricorda. Eppure, alla fine degli studi superiori, le si presentò un'opportunità che doveva cambiare l'intero corso

della sua vita: un programma annuale di studio per diventare infermiera ostetrica.

Dopo il diploma fu assegnata a un villaggio isolato, in cui non c'erano strutture per la salute, né personale, né farmaci o attrezzature. La vita era durissima da molti punti di vista. Ma a lei piaceva occuparsi dei neonati e delle madri e lo fece con passione: far nascere bambine e bambini, fornire assistenza prenatale, seguire il reparto pediatrico. "Ho potuto aiutare molto, perché la maggioranza dei parti avveniva in casa – i centri erano pochissimi. Sono felice di aver aiutato tante donne."

Nei primi anni novanta, in seguito alla caduta del regime comunista albanese, Tefta racconta di essere



© UNFPA/G. Banaj

riuscita a cavarsela nonostante il caos e malgrado mancasse tutto. Si sposò ed ebbe due figli, ne avrebbe voluti altri se all'epoca l'incertezza economica non fosse stata così pressante. Inoltre, poco dopo suo marito si ammalò e c'era bisogno di molti soldi per le cure mediche. Non riuscendo ad accedere ai contraccettivi, rimase incinta e, come tante donne di allora nell'Europa dell'Est, ricorse all'aborto volontario.

Il rivolgimento dei primi anni Novanta ebbe anche un aspetto positivo, ricorda: innescò un eso-

© UNFPA/Rizzo Producciones





*“Sono felice  
di aver aiutato  
tante donne.”*

**Tefta**

do di albanesi in Italia e in Grecia, grazie a cui la gente venne in contatto con nuove idee e con modi diversi di fare le cose. “Abbiamo cominciato a vedere un altro mondo e altre prospettive” dice. “Prima ci avevano detto che tutto quello che c’era fuori dall’Albania era male.”

Adesso la vita in Albania sta migliorando, dice Tefta. È convinta che le sue figlie e i suoi nipoti avranno più possibilità di scelta e più opportunità di quelle che ha avuto lei. Per esempio, oggi i contraccettivi sono distribuiti gra-

tuitamente ovunque. E la sua figlia minore ha deciso di diventare funzionario di polizia – segno che le vecchie idee sull’uguaglianza di genere stanno cambiando.

### **Le loro vite**

Tutte e sei queste donne hanno prodotto un notevole impatto su altre persone, nell’ambito familiare o in una sfera più vasta. Ma

© UNFPA/G. Banaj





© UNFPA/R. Anis



© UNFPA/M. Kasztelan

quando si osserva una vita in un arco di tempo di sei decenni, risulta ancora più evidente che su queste donne, molte delle quali importanti agenti del cambiamento per le famiglie e per le comunità, hanno profondamente inciso anche forze più ampie, sociali, politiche ed economiche. Si sono trovate a dover accettare dei compromessi; molte

delle loro ambizioni sono state ostacolate.

Dahab continua a faticare facendo tre lavori ma dice di aver accettato la sua vita e di essere contenta.

Il primo amore di Rajeshwari, la danza, si è trasformato nella pratica di una rigorosa forma di yoga.

Il suo sogno infranto di dedicarsi all'istruzione si realizza attraverso i suoi figli.

Sebbene Yang affermi che i suoi sogni sono morti con la violenza sofferta durante la guerra, l'unità della famiglia occupa un posto centrale nella sua vita. Oltre ad occuparsi dei quattro nipoti e saltua-

© UNFPA/Stormy Clicks





© UNFPA/G. Banaj

riamente della madre anziana, di recente ha messo in piedi una lavanderia a conduzione familiare.

Alma continua a trovare un senso e uno scopo nel suo lavoro per l'empowerment delle donne e non prevede di mettersi in pensione a breve. "C'è ancora da fare" dice.

Tefta, che sta lottando contro il cancro, è decisa a vedere sua nipote diventare adulta e farsi strada nella vita. "Non lascerò che il tumore abbia la meglio" dice. "Intendo continuare a dare una mano finché avrò le energie per farlo."

E Josephine in Uganda pensa di presentarsi per un altro mandato

– il quinto – prima di ritirarsi dall'attività pubblica. Ma non ha intenzione di smettere di fare quello che ama. "Gli anni passano e io non sono più forte come prima. Ma ho una grande passione per i prodotti da forno, mi piacerebbe insegnare alle donne a fare il pane per poterlo vendere."

© UNFPA/M. Mugisha

© UNFPA/Rizzo Producciones





# DIRITTI A RISCHIO

## QUANDO LA

# POPOLAZIONE CRESCE

Fu un momento di straordinari progressi tecnologici.

Nel 1969 Neil A. Armstrong e Edwin Aldrin, Jr. mossero i primi passi sulla luna. Nello stesso anno i medici sostituirono il cuore di un uomo in fin di vita con un organo artificiale. E un ovulo umano fu fecondato in provetta (Edwards *et al.*, 1969).

Nel 1969, i precedenti progressi nella tecnologia medica, insieme a sistemi di sanità pubblica più forti, una migliore alimentazione e servizi igienico-sanitari, nonché un impegno globale per porre fine al flagello della mortalità infantile, avevano iniziato a dare i loro frutti. La mortalità infantile a livello mondiale si abbassò drasticamente, passando dalle 215 morti ogni 1.000 nati vivi del 1950 alle 160 solo 19 anni più tardi (United Nations, 2017).

Altri passi avanti della medicina aiutavano le persone a vivere più a

lungo. L'aspettativa di vita nel mondo era di circa 55 anni nel 1969, un netto progresso rispetto ai 47 del 1950.

Il miglioramento dei tassi di sopravvivenza infantile e della durata della vita trasformarono le condizioni generali dell'umanità. Ma combinandosi con un tasso globale di fecondità di circa cinque nati per donna, cambiarono anche la traiettoria demografica del pianeta.

Nel 1969 la popolazione mondiale cresceva a un ritmo di circa il 2 per cento l'anno. Continuando

così, si sarebbe raddoppiata in appena 35 anni. Non era mai accaduto prima che la popolazione crescesse tanto rapidamente.

### Dai festeggiamenti alle preoccupazioni

Il festeggiamento globale per i successi nella salute pubblica lasciò presto il posto ai timori di un futuro distopico, in cui troppe persone entravano in competizione per risorse sempre più esigue. Cosa avrebbe comportato, una tale crescita, per sfide globali come quella della fame?

Cosa avrebbe significato per quelle aree che erano lacerate dai conflitti? In che modo gli sforzi compiuti per far crescere le economie e far uscire le persone dalla povertà avrebbero potuto tenere il passo di fronte a dati demografici in così straordinaria espansione? E soprattutto, che cosa si poteva fare?

Alcuni videro nella crescita della popolazione non un sintomo di progresso bensì una minaccia per l'umanità, un problema che richiedeva una soluzione urgente.

Il timore delle conseguenze di un aumento demografico troppo rapido cominciò a diffondersi tra gli addetti ai lavori fin dai primi anni Cinquanta. Negli Stati Uniti il presidente Dwight D. Eisenhower incaricò il generale in pensione William H. Draper di presiedere una commissione per individuare strategie concertate per l'aiuto allo sviluppo. La commissione Draper evidenziò quelle che riteneva le principali fonti di preoccupazione per la crescita demografica in aree del mondo in via di sviluppo, collegate essenzialmente alla produzione di cibo. “Dei molti problemi che le giovani generazioni di oggi si troveranno ad affrontare, quelli connessi alla crescita mondiale della popolazione saranno tra i più gravi,” si leggeva nel resoconto della commissione, nel 1959. “Se non si invertirà il rapporto tra le attuali tendenze di crescita e la produzione dei generi alimentari, il già difficile compito dello sviluppo economico diventerà di fatto impossibile.” (Draper *et al.*, 1959).

Per affrontare questa sfida, la commissione raccomandava agli

**Nel mondo, i tassi di mortalità infantile sono crollati, da 215 morti ogni 1.000 nati vivi nel 1950 a meno di 160 per 1.000 solo 19 anni dopo**



---

*“I problemi collegati alla crescita demografica mondiale saranno tra i più gravi che le attuali giovani generazioni dovranno affrontare”*

**Commissione Draper**

---

Stati Uniti e alle altre economie più avanzate di assicurare informazioni e assistenza tecnica ai paesi in via di sviluppo che ne facevano richiesta, per assisterli “nella formulazione dei loro programmi volti ad affrontare il problema della rapida crescita della popolazione.” Raccomandava inoltre agli Stati Uniti di “incrementare l'aiuto ai programmi locali correlati al benessere infantile e materno.”

Diversi anni dopo Paul Ehrlich in *The Population Bomb* affermava: “Qualunque sia il problema che si vuole affrontare, non sarà possibile risolverlo se non si risolve prima quello della popolazione. Quale che





© Mark Tuschman

sia la vostra causa, senza un controllo della crescita demografica sarà una causa persa” (Ehrlich, 1968). Ehrlich fu intervistato più volte da Johnny Carson, conduttore del popolare talk-show americano *The Tonight Show*. Il libro divenne un best-seller e in breve nei salotti, nelle sale da conferenza e nei gabinetti di governo di tutto il mondo si iniziò a parlare di “sovrappopolazione” e a chiedersi se fosse possibile fare qualcosa al riguardo, e se sì, che cosa.

Una ricerca del 1972 commissionata dalla think tank internazionale *Club di Roma* portata avanti dai ricercatori del Massachusetts Institute

of Technology non fece che accrescere le preoccupazioni su quello che poteva comportare il protrarsi di una rapida crescita demografica. In *The Limits to Growth*, gli studiosi elaborarono modelli di futuri scenari basandosi su diversi presupposti relativi alla crescita della popolazione, alla produzione agro-alimentare, all’industrializzazione e al consumo di risorse naturali non rinnovabili (Meadows *et al.*, 1972). Il modello “*standard run*”, basato sulla prosecuzione delle tendenze storiche dal 1900 al 1970, portava a “sforamento e collasso” derivanti dall’esaurimento delle risorse, dal crollo del

tessuto industriale (che portava con sé quello dei sistemi agricoli, ormai dipendenti dalla produzione industriale) e da una crescita demografica destinata alla fine a invertirsi a causa dell’aumento della mortalità per mancanza di cibo e di servizi per la salute. Altri scenari, basati su presupposti che correggevano una o più variabili, portavano comunque anch’essi a sfioramento e collasso. Un unico modello, in cui i tassi di crescita della popolazione e del capitale industriale si stabilizzavano, i progressi tecnologici contribuivano al controllo dell’inquinamento e a una migliorata efficienza della pro-

duzione alimentare, raggiungeva una condizione di equilibrio che dava luogo a una “stabilità mondiale.”

“Se le attuali tendenze di crescita nella popolazione mondiale, nell’industrializzazione, nell’inquinamento, nella produzione agro-alimentare e nello sfruttamento delle risorse proseguono indisturbate,” concludevano i ricercatori, “i limiti di crescita del pianeta saranno raggiunti entro i prossimi 100 anni. Il risultato più probabile sarà un declino piuttosto improvviso e incontrollabile, sia nella popolazione che nella capacità

industriale.” I metodi e i risultati di quello studio furono ampiamente diffusi e discussi, facendo crescere l’interesse attorno alle interazioni tra crescita della popolazione e altri sistemi umani e naturali (Nørgård *et al.*, 2010).

### Dalla preoccupazione al controllo

Nel timore che una rapida crescita della popolazione potesse vanificare, o peggio, le conquiste dello sviluppo e facesse dilagare le carestie, le organizzazioni internazionali e

non-governative e alcuni governi iniziarono ad agire.

In molte aree tale azione assunse la forma di uno studio delle tendenze demografiche, nel tentativo di comprenderne le conseguenze per gli altri obiettivi sociali. In altre, si cominciò a lanciare programmi di pianificazione familiare. In alcune situazioni si adottarono misure per incoraggiare – o addirittura costringere – le coppie e i singoli ad avere meno figli, o a non averne affatto, a volte con metodi lesivi dei diritti e della libertà di scelta di ciascuno.

Un murales sulla pianificazione familiare: “Il secondo figlio dopo 3 anni,” India, 1988. © Raghu Rai/Magnum Photos



Per tutti gli anni Settanta e Ottanta molti Stati adottarono politiche demografiche o di pianificazione familiare, che spesso contenevano obiettivi e risultati da raggiungere – per esempio, una data prestabilita in cui raggiungere la stabilizzazione della popolazione, o traguardi collegati alla riduzione dei tassi di fecondità o all'aumento della percentuale di persone che ricorrevano a un moderno metodo contraccettivo.

Purtroppo gli obiettivi demografici a volte avevano la precedenza rispetto ai diritti delle singole persone e alle loro scelte. I programmi di pianificazione familiare basati sulla volontarietà, che consentivano di decidere in modo autonomo sulla contraccezione, erano a volte considerati inadeguati per ridurre la fecondità. “Le condizioni che portano a desiderare o meno un figlio sfuggono al controllo della pianificazione familiare, dunque al controllo di qualsiasi nazione che voglia basare le proprie politiche demografiche unicamente sulla pianificazione familiare,” scriveva il sociologo americano Kingsley Davis in un articolo del 1967 che fece scuola (Davis, 1967). Nel suo testo, Davis affermava che se l'intento delle politiche demografiche era il controllo della crescita della popolazione, allora bisognava studiare nuove direzioni di riforme e misure politiche.

Tra le raccomandazioni di Davis figuravano l'innalzamento dell'età matrimoniale e l'adozione di misure per incoraggiare la limitazione delle nascite all'interno del matrimonio. Il rischio potenziale di tali interventi era che limitassero la tutela e la promozione dei diritti della persona. Per



Servizio gratuito di assistenza sanitaria pediatrica offerto da un programma per la pianificazione familiare. India, 1972. © UN Photo/ILO

esempio, alcune misure per il controllo della popolazione prevedevano incentivi economici – come i pagamenti in contanti, in generi alimentari o in forniture per la casa – come strategia per convincere le coppie ad adottare determinati metodi di pianificazione familiare o per limitare il numero delle nascite (Heil *et al.*, 2012); alcune politiche demografiche offrivano alloggi o prestiti privilegiati solo alle famiglie con meno figli e figlie (Ross e Isaacs, 1988).

Ridurre la fecondità e rallentare la crescita demografica erano obiettivi che spesso contrastavano con i diritti e la libertà di scelta delle persone, esplicitati nel Programma d'Azione della ICPD. Per esempio, in Cina la politica di pianificazione familiare in genere consentiva alle coppie di avere un solo figlio e venne attuata, tra il 1979 e il 2015, mediante una serie di penalizzazioni e tramite l'imposizione di contraccettivi, aborti e sterilizzazioni.



### **Ampliare le informazioni sulle tendenze, moltiplicare le opzioni per le singole persone**

Se i timori per la crescita demografica indussero in alcuni casi all'adozione di politiche e programmi che limitavano o addirittura calpestavano diritti e libertà di scelta, i mutamenti demografici del ventesimo secolo ispirarono anche nuove tendenze nella ricerca accademica e un dibattito a livello mondiale sulla reciproca influenza tra le dinamiche della popolazione e le tendenze socio-economiche, oltre che sull'impatto di tali tendenze rispetto all'agenda dei diritti umani che andava emergendo in quel periodo.

Nacquero nuove istituzioni per indagare le conseguenze della crescita demografica, nonché le potenzialità di risposta politica e programmatica. Nel 1952 John D. Rockefeller III organizzò un vertice, sotto gli auspici dell'Accademia Nazionale delle Scienze degli Stati Uniti, per approfondire le questioni sulle tendenze demografiche e le loro conseguenze. Non molto tempo dopo istituì anche un Consiglio della Popolazione che andasse avanti in questo compito. Fin dalla sua fondazione il Consiglio della Popolazione si impegnò per migliorare la comprensione delle tendenze demografiche e del loro rapporto con il progresso sociale: uno dei primi programmi mirava ad aiutare gli/le studenti laureati/e che intendevano specializzarsi nelle scienze demografiche.

Tuttavia le prime attività del Consiglio della Popolazione non vertevano esclusivamente sulla de-

Una giovane donna esamina una "spirale" in un centro per la pianificazione familiare. Africa dell'Est, 1973. © UN Photo/FAO

Tra gli anni Cinquanta e Sessanta le preoccupazioni di ordine demografico diedero impulso a innovative ricerche tecnologiche nel campo della contraccezione, che portarono allo sviluppo di molti metodi moderni tra cui la contraccezione orale, i dispositivi intrauterini e i contraccettivi iniettabili. A volte l'intento politico di controllare la popolazione condusse ad adottare approcci che limitavano la qualità dell'assistenza sanitaria e mettevano a repentaglio la salute e i diritti delle singole persone.

Il primo test su larga scala dei contraccettivi orali, per esempio, fu effettuato nel 1956 tra 200 donne

che abitavano in un complesso di alloggi popolari di Portorico. Alle partecipanti furono fornite pochissime informazioni sulla sicurezza d'uso e sui possibili effetti collaterali, che peraltro all'epoca erano poco conosciuti (Liao e Dollin, 2012). Nel corso degli anni sono state sollevate diverse preoccupazioni circa le prassi adottate da agenzie, imprese private e governi responsabili dello sviluppo e della valutazione delle tecnologie contraccettive – tra cui la mancanza di un consenso informato, di adeguate attività di counselling e di follow-up medico (United Nations, 2014).

---

## Crescita demografica e crescita economica

Dopo un iniziale stallo sui dibattiti ideologici, si è iniziato a produrre prove e ricerche – non più condizionate da potere e sostegno politico – del rapporto tra crescita economica e demografica. Un importante studio di Coale e Hoover (1958) dimostrava come nei paesi con una crescita della popolazione molto elevata, la crescita economica ristagnava. Si trattava di una correlazione che non dimostrava un rapporto di causa-effetto, ma venne ugualmente utilizzata per fomentare il timore di un impatto negativo sulle economie nazionali di alti tassi di crescita demografica.

Ricerche successive, tuttavia, smentirono questa tesi. Per esempio nel 1984, poco prima della Conferenza Internazionale per la Popolazione di Città del Messico, uno studio commissionato dall'Accademia Nazionale delle Scienze degli Stati Uniti concludeva che la crescita della popolazione era un fattore neutro per la crescita economica. Tale conclusione emergeva da un raffronto tra tassi di crescita demografica e tassi di crescita economica (non tra i livelli dei due dati), tra i quali non sembrava esserci alcun rapporto (National Research Council, 1986). Questa conclusione incerta, unita ad altri studi, rafforzarono la resistenza a misure di pianificazione familiare, sia nel corso della Conferenza del 1984 che in seguito.

Dalla fine degli anni Novanta c'è stato un crescente riconoscimento del fatto che i livelli complessivi della popolazione e il loro cambiamento non forniscono una spiegazione della relazione. Ciò che è fondamentale è il cambiamento nella struttura per età delle popolazioni in quanto le nascite sono di meno, avvengono più tardi nel corso della vita di una donna e sono più sicure (Bloom et al., 2000 and 2007; Bloom e Canning, 2004) – in rapporto con altri fattori e con le opportunità offerte alla popolazione, specialmente negli ambiti dell'istruzione (Lutz et al., 2008), della salute e dell'occupazione (Joshi e Schultz, 2007). Con il diminuire della fecondità, la percen-

tuale di popolazione in età attiva aumenta rispetto a quella molto anziana o molto giovane. Se questo periodo coincide con un significativo investimento a largo raggio sul capitale umano, compreso tra la giovinezza e l'età adulta, unito alle opportunità offerte dal mercato del lavoro, ne risulta una forte accelerazione della crescita economica e del benessere della popolazione. Questo effetto, detto "dividendo demografico" o "bonus demografico", non dura all'infinito. Poiché la mortalità continua a diminuire, anche nelle età più avanzate, la popolazione anziana a carico diventa una percentuale crescente della popolazione e le opportunità di riscuotere il dividendo si attenuano.

**Questo  
effetto, detto  
"dividendo  
demografico"  
o "bonus  
demografico"  
non dura  
all'infinito**

Con il crescere degli studi relativi al dividendo demografico, le dinamiche della popolazione sono tornate ad occupare un posto di rilievo nei dibattiti di politica economica. Questo ritorno alla ribalta è tuttavia accompagnato da ulteriori moniti e incomprensioni. Il fenomeno del dividendo è associato a una popolazione in crescita di persone giovani e adulte rispetto a bambini e anziani, non a una generica crescita della popolazione attiva – è quindi necessaria una diminuzione della fecondità per ridurre le dimensioni delle coorti successive. È anche necessario tenere conto delle questioni di genere. La popo-

lazione attiva cresce quando le donne possono entrare in modo produttivo nel mercato del lavoro (lo stesso vale per le popolazioni emarginate o escluse). Inoltre, l'invecchiamento non sempre si associa a opportunità perse. Le persone nascono senza risorse ma spesso raggiungono la "dipendenza" della vecchiaia avendone accumulate, a meno che non siano state povere per tutta la vita. Spesso si ritiene, sbagliando, che la finestra di opportunità si richiuda rapidamente quando la dipendenza tocca il minimo, mentre invece si manterrà ancora favorevole per anni rispetto al punto di partenza iniziale. Quest'ultimo dato rafforza la necessità di investimenti di supporto nel lungo periodo, per agevolare prima e mantenere poi il dividendo.

mografia, ma riflettevano la consapevolezza che alla base delle tendenze demografiche ci sono le vite umane. I programmi del Consiglio nel campo della ricerca sociale e biomedica puntavano a far luce sul contesto in cui ogni persona prende determinate decisioni sulla propria vita riproduttiva, per studiare nuove tecnologie contraccettive che ampliassero le possibilità di scelta nell'ambito dei rapporti sessuali e della procreazione. Si trattava di temi centrali per chi si impegnava a moltiplicare le opzioni e le possibilità di scelta per le donne all'interno di quello che, all'epoca, era noto come "movimento per il controllo delle nascite": proprio in quello stesso anno fu istituita la *International Planned Parenthood Federation* (Federazione Internazionale per la Pianificazione Familiare) sotto la presidenza congiunta dell'americana Margaret Santer, pioniera del controllo del-

le nascite, e dell'indiana Lady Rama Rau (Claeys, 2010).

Il rapporto della Commissione Draper del 1959 finì per condurre, dieci anni dopo, alla nascita dell'Ufficio per la Popolazione all'interno dell'Agenzia degli Stati Uniti per lo Sviluppo Internazionale. Nello stesso periodo altri paesi tra i più industrializzati cominciarono a dare vita, all'interno delle loro strategie di aiuti per l'estero, a programmi che mettevano al centro l'erogazione di informazioni e servizi per la pianificazione familiare. Stati Uniti e Svezia divennero in breve i principali donatori bilaterali per i programmi di pianificazione familiare in tutto il mondo in via di sviluppo (Robinson e Ross, 2007).

Le preoccupazioni per la rapida crescita demografica trovarono posto anche nell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, che approvò nel 1966 la Risoluzione 2211 (XXI) intitolata *Crescita della popolazione e sviluppo economico*, con cui si invitavano le Nazioni Unite "a contribuire, ove richiesto, allo sviluppo e al consolidamento delle strutture nazionali e regionali per la formazione, la ricerca, le informazioni e i servizi di consulenza nel settore della popolazione, tenendo sempre presente le varie caratteristiche del problema demografico in ciascun paese, in ciascuna regione e le esigenze che ne derivano" (Singh, 2002). L'anno successivo il Segretario Generale dell'Onu U Thant istituì un fondo fiduciario con un ampio mandato per sostenere in tutto il mondo lo sviluppo di politiche demografiche nazionali. Nel 1969 tale fondo fiduciario si

trasformò nell'UNFPA, il cui primo Direttore Esecutivo fu Rafael Salas.

Insieme ad altre istituzioni analoghe dell'epoca, UNFPA contribuì ad avviare indagini più approfondite sulle cause e sulle conseguenze delle tendenze demografiche. Grazie a una partnership con l'Agenzia degli Stati Uniti per lo Sviluppo Internazionale lanciò il *World Fertility Survey* (Indagine sulla Fertilità nel Mondo) per la raccolta e l'analisi di dati sempre più completi sulla popolazione. Questa indagine contribuì a far luce, per la prima volta, su alcune questioni fondamentali collegate alla vita delle donne – comprese le loro preferenze, scelte e necessità correlate alla fecondità e alla procreazione.

Consiglio della popolazione, Federazione Internazionale per la Pianificazione Familiare, Agenzia degli Stati Uniti per lo Sviluppo Internazionale e altre istituzioni furono i membri fondatori di un nuovo movimento per la popolazione che infuse nuove energie, volontà politica e risorse allo studio delle questioni relative. Questo favorì il moltiplicarsi di programmi di pianificazione familiare nel mondo in via di sviluppo che contribuirono a mettere le singole persone in condizione di decidere liberamente della vita riproduttiva. All'interno del movimento, tuttavia, emersero tensioni crescenti: si cominciava a chiedersi se davvero, alla radice, la crescita della popolazione fosse un problema reale; e, ammesso che lo fosse, se i programmi di pianificazione familiare costituissero una soluzione adeguata o sufficiente.

Tali tensioni vennero allo scoperto nel corso della Conferenza Mon-



Margaret Sanger

© Pictorial Press Ltd/Alamy Stock Photo

## CAMPIONI DEL CAMBIAMENTO

# Rafael Salas

Affettuosamente noto come “Mr. Population,” Rafael Salas ha presieduto alla nascita dell’UNFPA, di cui è stato il primo Direttore Esecutivo, nel 1969. Sotto la sua guida UNFPA è cresciuta fino a diventare, da organismo di importanza secondaria, il primo fornitore multilaterale mondiale di aiuti

alla popolazione. In questo cammino, è andato emergendo un consenso globale attorno ai legami che integrano popolazione, sviluppo e diritti e salute sessuale e riproduttiva delle persone, consenso culminato nel Programma d’Azione della Conferenza Internazionale su Popolazione e Sviluppo.

“I genitori hanno il diritto umano fondamentale di decidere liberamente e responsabilmente il numero dei figli e l’intervallo tra le nascite” disse ai partecipanti della Conferenza Internazionale sui Diritti Umani del 1968. Una dichiarazione clamorosa per l’epoca, soprattutto considerato il ruolo di Salas, che era il vice-presidente della Conferenza.

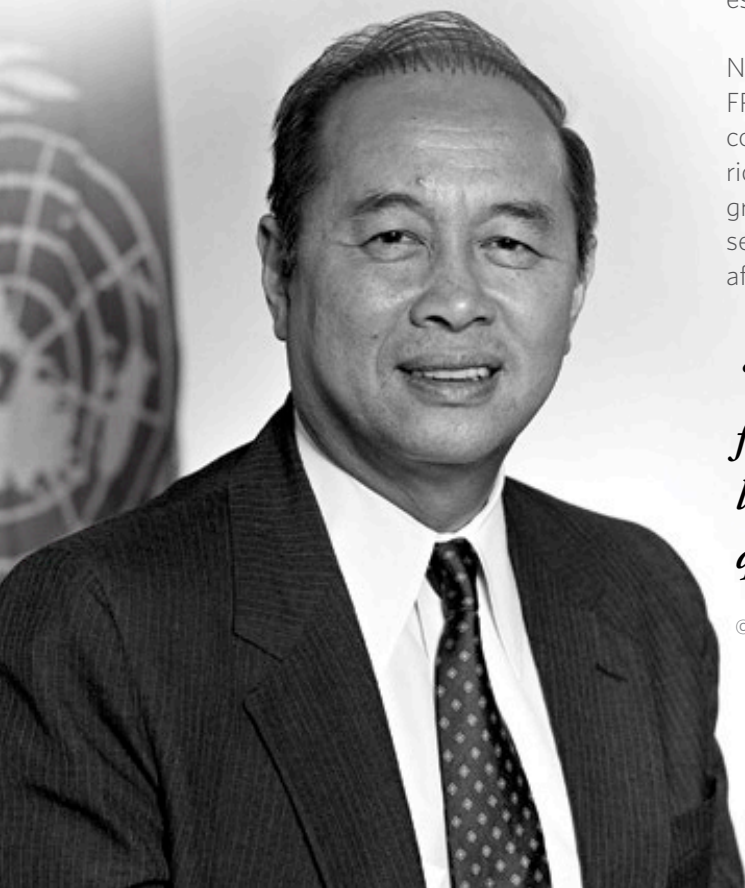
Salas era già famoso per aver riunito persone che senza di lui sarebbero rimaste divise e distanti, aiutandole a superare posizioni ideologicamente prefissate e a concordare sulle preoccupazioni comuni. Il punto centrale era sempre la realizzazione del maggior bene comune. Fu lui a guidare la Conferenza Internazionale della Popolazione a Città del Messico, e aprì la strada al lavoro delle Nazioni Unite con parlamentari e leader religiosi. Seppe convincere persone a ogni livello di responsabilità governativa a inserire nei piani di sviluppo il legame tra popolazione e povertà.

Uomo dalle molte doti, Salas è stato anche, nelle diverse fasi della sua vita, professore e poeta, Direttore Esecutivo del Consiglio Economico Nazionale delle Filippine, suo paese d’origine, nonché direttore generale del Manila Chronicle. Nella sua qualità di coordinatore del Programma Nazionale delle Filippine per l’Autosufficienza nel Riso e nel Mais, contribuì a lanciare quella “rivoluzione verde” che consentì al paese, per la prima volta nella sua storia, di essere autosufficiente nella produzione del riso.

Nel 1987, quando il suo mandato come Direttore Esecutivo di UNFPA fu tragicamente interrotto dalla sua morte prematura, amici e colleghi si raccolsero da ogni angolo del mondo per l’ultimo saluto, ricordando i suoi molti successi e concordando di aver perso un grande uomo che però si era sempre comportato come un umile servitore del bene pubblico. Lo ricorderemo sempre con enorme affetto, per la sua umanità e per gli anni spesi al servizio di tutti.

*“I genitori hanno il diritto umano fondamentale di determinare liberamente e responsabilmente quanti figli avere, e quando.”*

© UN Photo/Milton Grant



diale sulla Popolazione di Bucarest, nel 1974. All'epoca i paesi più industrializzati già finanziavano iniziative per la pianificazione familiare nei paesi in via di sviluppo e sostenevano i governi nell'implementazione delle politiche demografiche.

Tuttavia, non tutti i paesi in via di sviluppo gradivano tale sostegno; anzi, alcuni di essi non consideravano la crescita della popolazione come un problema per il loro paese e non nascosero la loro irritazione nei confronti del mondo più industrializzato che, a loro avviso,

si faceva indebitamente distrarre dalla questione. Per alcuni, secondo la teoria marxista sul valore del lavoro, una popolazione più numerosa significava più lavoratori e lavoratrici, di conseguenza capaci di generare maggiore ricchezza: ogni tentativo di ridurre tale crescita era dunque guardato con sospetto e accolto con resistenza. Altri ritenevano invece che l'aumento della manodopera potesse migliorare le condizioni generali se il mercato avesse creato maggiore occupazione. Poiché i tassi di crescita demo-

grafica superavano spesso quelli di crescita economica, il divario tra i due avrebbe portato a disoccupazione e sotto-occupazione, producendo di conseguenza forti attriti sociali.

“È colpa della sovrappopolazione se tanti paesi del mondo sono oggi afflitti da disoccupazione e povertà? No, assolutamente no. La colpa è principalmente dell'aggressione, dei saccheggi e dello sfruttamento degli imperialisti, soprattutto delle superpotenze” disse Huang Shu-tse, capo della delega-

## CAMPIONI DEL CAMBIAMENTO

### Judith Bruce

Da adolescente con uno spiccato spirito di osservazione, Judith Bruce si rese conto che, convenzionalmente, “diventare donna” non implicava solo una trasformazione fisica ma anche una perdita di libertà. Le scelte delle ragazze in materia di sessualità e di fecondità erano limitate non solo dalla mancanza di sensibilità nei servizi per la salute ma anche, e almeno in pari misura, dal non avere una “voce” e un reddito indipendenti.

Anche se la sua generazione accoglieva i contraccettivi moderni, Bruce ne sottolineava l'eccessiva tecnicizzazione. A poco più di vent'anni partecipò a una azione collettiva per sostenere il diritto di scelta delle donne, e si interessò a come l'adolescenza delle ragazze determina la loro possibilità di condurre una vita dignitosa liberamente scelta.

Il suo cammino intellettuale seguiva l'esperienza vissuta: pubblicò quasi in contemporanea un testo sul potere contrattuale delle donne in famiglia, sul piano sociale ed economico, e uno sull'assistenza e la necessità di mettere al centro le utenti. Il suo

concetto di “qualità dell'assistenza” fu alla base di un fondamentale cambiamento di prospettiva, a livello globale, dei programmi di pianificazione familiare: dall'accento sugli obiettivi numerici come misura del successo, alla promozione di un uso sostenibile e responsabile dei contraccettivi che risponda alle priorità di donne e ragazze. La struttura fondamentale di una “assistenza di qualità” è composta da sei elementi: assicurare che le utenti possano scegliere in una gamma di metodi contraccettivi adeguati alle loro esigenze; scambio di informazioni con le utenti, per garantire una scelta informata; competenza tecnica degli operatori; relazioni interpersonali che siano rispettose e solidali; meccanismi di follow-up e di continuità, per combattere i tassi di abbandono; appropriato insieme di servizi per assicurare alle utenti la possibilità di ricevere l'intera gamma di servizi necessari per affrontare ogni esigenza di salute, anche nel più ampio contesto sociale.

Questo quadro concettuale ha costituito la base di quel Progetto Qualità, sostenuto dal Consiglio per la pianificazione familiare della Repubblica cinese, che impose un cambiamento di prospettiva al programma nazionale di pianificazione familiare e che aprì la strada all'abbandono della cosiddetta politica del figlio unico. Fu anche grazie a Bruce se la Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo del 1994



zione cinese a Bucarest (Potts *et al.*, 2018). Karan Singh, Ministro indiano per la Salute e la Pianificazione Familiare, sostenne che la responsabilità di un alto tasso di fecondità andava cercata nelle condizioni sociali ed economiche generali: la priorità era quindi incrementare gli aiuti allo sviluppo, non l'assistenza per la pianificazione familiare. "Lo sviluppo," dichiarò, "è il migliore dei contraccettivi" (Potts, 1992).

Questi dibattiti contribuirono a una diffusa impressione di ambivalenza riguardo all'efficacia dei

nascenti programmi di pianificazione familiare e al rapporto tra crescita demografica e crescita economica generale. Molti misero in discussione i fattori che contribuiscono alla diminuzione della fecondità e che accelerano la transizione demografica nei paesi in via di sviluppo.

Nel 1974, a Bucarest, John D. Rockefeller III espresse la propria "delusione per i risultati dell'approccio della pianificazione familiare" ed esortò a riconsiderare le misure adottate per superare la semplice fornitura di metodi per la pianificazione

familiare. "A mio parere, se vogliamo compiere autentici progressi nello sviluppo sociale ed economico, se intendiamo progredire verso il conseguimento degli obiettivi demografici, le donne devono avere sempre più libertà di scelta nel determinare il loro ruolo nella società" (Rockefeller, 1978).

## Il rifiuto delle definizioni restrittive nelle politiche demografiche

Per tutti gli anni Ottanta, mentre i governi continuavano ad attuare mi-

riconobbe che i servizi per la salute riproduttiva basati sulle esigenze delle utenti e le strategie per l'empowerment delle donne erano obiettivi che andavano di pari passo e non erano in competizione tra loro.

Oggi il suo invito è che gli Obiettivi per lo sviluppo sostenibile siano incanalati soprattutto in quelle aree "calde" in cui si sovrappongono matrimoni precoci, coercizione sessuale, esigenze non soddisfatte, scarsità di risorse e povertà inter-generazionale. «Le ragazze più a rischio di andare incontro agli esiti peggiori sono quelle che hanno più probabilità di diventare madri singole, e di essere l'unico sostentamento economico della loro famiglia», spiega. Queste ragazze diventano così ancora più emarginate, perché le responsabilità familiari impediscono loro di cogliere le opportunità di studiare, di trovare un lavoro e di partecipare alla vita sociale della comunità. Nel frattempo i loro omologhi maschi sono in grado di approfittare delle nuove economie basate sulle tecnologie più aggiornate.

«Senza investimenti ambiziosi sulle bambine tra i 10 e i 14 anni, nessun paese può contare di raccogliere i frutti del dividendo demografico», dice. Non fare questi investimenti, continua, equivale a pianificare la povertà. E anche, nelle sue previsioni, a «incrementare le pressioni sulle donne giovani perché offrano rapporti sessuali e fecondità in cambio di una possibilità di

sopravvivenza, di fronte al moltiplicarsi di emergenze climatiche, conflitti, migrazioni e sfollamenti, penuria di risorse e stress.»

Bruce invita a invertire questa programmazione della povertà e i problemi di salute riproduttiva che l'accompagnano attuando programmi specifici in base all'età, al genere e alla situazione del territorio, per tutte le persone che più rischiano di essere lasciate indietro. Il punto di partenza del cambiamento? I 50 milioni di bambine di 10 anni che vivono oggi nei paesi più poveri.

© Nadia Todres



sure di politica demografica, crescevano i timori e la diffidenza verso chi spingeva per il conseguimento degli obiettivi. Un sempre più folto movimento internazionale per la salute delle donne cominciò a fare pressioni in favore di programmi che non si limitassero a garantire l'accessibilità ai metodi di pianificazione familiare, ma adottassero un approccio più olistico verso la salute riproduttiva, che comprendesse anche l'attenzione alle tematiche della sessualità e dei rapporti di genere.

Pur diversificandosi sotto molti punti di vista, a unire il movimento era un messaggio fondamentale: la progettazione, attuazione e valutazione dei programmi per la salute delle donne dovevano essere informate non dai traguardi demografici bensì dalla preoccupazione per la salute e i diritti riproduttivi. Associazioni femminili di tutto il mondo invocavano con sempre maggiore decisione l'adozione di politiche e programmi che considerassero le donne come soggetti con i loro bisogni e diritti e non semplicemente come oggetti per raggiungere obiettivi sociali più ampi.

Sempre più voci si alzavano a chiedere nuove ricerche e nuovi dati sulle esigenze e sulle preferenze delle donne nell'ambito della fecondità e della pianificazione familiare, molte sostennero che a guidare l'ideazione delle politiche demografiche e dei programmi di pianificazione familiare dovevano essere proprio quelle esigenze e preferenze e non i traguardi demografici. Una ricerca fondamentale elaborata da Sinding e altri (1994) dimostrò che nella maggioranza dei paesi analizzati l'attuale domanda di

pianificazione familiare superava gli obiettivi nazionali stabiliti dai governi riguardo ai tassi di diffusione dei contraccettivi; dunque, sostenevano studiosi e studiosi, era opportuno sostituire le politiche basate sui target demografici con obiettivi espressi in funzione dei desideri dichiarati dalle persone interessate.

### **Piantare i paletti fondamentali: verso la ICPD**

Gli obiettivi individuali e collettivi si possono riconciliare sotto il più vasto ombrello delle politiche per la popolazione: questo messaggio divenne l'appello globale dominante nei preparativi della ICPD che doveva svolgersi al Cairo nel 1994.

Nel suo ruolo di istituzione centrale nell'organizzazione della Conferenza – insieme alla Divisione Popolazione delle Nazioni Unite – UNFPA si adoperò per costruire ponti all'interno di un movimento che si mostrava sempre più diviso. Basandosi sui fondamenti all'origine del movimento globale per la popolazione, queste istituzioni riconoscevano la comprensione delle tendenze demografiche come elemento fondamentale per conseguire esiti duraturi per lo sviluppo, al tempo stesso riconoscevano la centralità della vita delle donne – della promozione dei loro diritti e delle loro scelte – come punto essenziale di ogni politica demografica.

Guidata dalla Direttrice esecutiva di UNFPA, Dr. Nafis Sadik, la Segreteria della ICPD avviò un processo che portò al consenso intorno a un Programma d'Azione che trasfor-

mava radicalmente l'ottica con cui si guardava alle future modalità di sviluppo e di attuazione delle politiche per la popolazione.

La via verso il Cairo fu lunga e ponderata. Il primo vertice preparatorio, nel 1991, introdusse per la prima volta la parola "Sviluppo" nel titolo di una conferenza internazionale sulla popolazione; nel corso dei successivi incontri del "comitato preparatore" gli Stati si impegnarono a rivedere, discutere e infine approvare una bozza di programma d'azione.

Oltre alle riunioni preparatorie, la Segreteria organizzò anche incontri di gruppi di esperte ed esperti che affrontassero le questioni più spinose, quali la crescita demografica, le migrazioni, la pianificazione familiare in rapporto a salute, popolazione e ambiente. Furono organizzati cinque vertici regionali per assicurare la massima estensione geografica di input e *buy-in*, oltre a numerosi e cruciali incontri – a livello formale e informale – con le organizzazioni non governative, così da assicurare una partecipazione più ampia e decisa possibile, a partire da un vasto panorama di aree di interesse.

Consultazioni, incontri multilaterali, azioni di *advocacy* strategica e coinvolgimento di tutte le parti interessate diedero il loro frutto. Sottoscrivendo il Programma d'Azione definitivo i governi convenivano per la prima volta che le politiche demografiche dovevano comprendere un'ampia gamma di considerazioni sullo sviluppo sociale. Si raggiunse il consenso sulla necessità di erogare i servizi di pianificazione familiare nel contesto di una più complessiva

## CAMPIONI DEL CAMBIAMENTO

# Nafis Sadik

Nata nel 1929, Nafis Sadik è cresciuta in un periodo storico tumultuoso, che nel 1947 vide la nascita del suo paese, il Pakistan. Non era un'epoca particolarmente favorevole per una giovane donna. Ma Sadik sognava di riuscire a cambiare il mondo e a renderlo migliore. E lo fece, nel

1994, mobilitando tante persone attorno a una concezione completamente nuova di popolazione e sviluppo.

Fin dall'inizio sfidò le convenzioni. Conseguì la laurea in medicina ostetrica, oltre ad assistere donne e uomini in condizioni di povertà e in ambiente rurale, contribuì a definire la prima strategia politica nazionale per la popolazione del Pakistan.

La sua rapida carriera in UNFPA la portò a diventare, nel 1987, Direttrice esecutiva: la prima donna a capo di uno dei principali programmi delle Nazioni Unite finanziato da contributi volontari. Difese con passione la necessità di dare alle donne tutti gli strumenti, dalle informazioni ai materiali per la contraccezione, perché ognuna potesse gestire la propria vita riproduttiva. Viaggiando per il mondo ebbe modo di ascoltare la storia di tante donne e di trasformare quelle vicende in un'instancabile crociata in difesa del loro diritto alla salute e a vivere libere dalla violenza.

All'inizio degli anni Novanta il Segretario Generale delle Nazioni Unite scelse Sadik per guidare i preparativi della Conferenza Internazionale su Popolazione e Sviluppo, un evento che divenne il più grande vertice a livello governativo sull'argomento, e che rivoluzionò l'approccio alla salute e ai diritti sessuali e riproduttivi. Sotto l'influenza persuasiva di Sadik, le organizzazioni della società civile salirono alla ribalta con ruoli di

primo piano, a tutti gli stadi del processo, stabilendo una nuova norma per l'attivismo sociale nei colloqui politici internazionali.

*“Al cuore del processo ci sono le persone, in quanto agenti e in quanto beneficiari”*

All'inizio della Conferenza, Sadik si alzò davanti ai delegati per dire, con la sua tipica schiettezza, “Qualsiasi forma di coercizione nelle politiche e nei programmi per la popolazione, è inaccettabile. Le donne e gli uomini hanno il diritto di scegliere quanti figli avere, e quando averli, e di ricevere le informazioni e gli strumenti per poterlo fare.”

“Al cuore del processo ci sono le persone, in quanto agenti e in quanto beneficiari” ebbe a dichiarare “abbiamo il potere di alleggerire il loro carico, di rimuovere gli ostacoli sul loro cammino, di permettere la piena fioritura del loro potenziale di esseri umani.”

© ZUMA Press, Inc./Alamy Stock Photo





© Mark Tuschman

preoccupazione per la salute riproduttiva che contemplasse anche l'impegno a garantire la salute e la sicurezza nella procreazione. L'empowerment delle donne e l'uguaglianza di genere furono iscritti tra gli elementi fondamentali di ogni politica per la popolazione e lo sviluppo.

Alla base di tale enfasi c'era la convinzione comune che migliorare la salute e i diritti delle singole avrebbe contribuito a far diminuire la fecondità e a rallentare la crescita della popolazione. Situando cause ed effetti della rapida crescita demografica nel contesto dello sviluppo umano e del progresso sociale, governi e società

civile potevano collaborare a partire da molti e diversi punti di vista politici, culturali e scientifici per attuare le raccomandazioni (Ashford, 2001).

A differenza di quanto accaduto nei documenti finali delle precedenti conferenze internazionali sulla popolazione, il Programma d'Azione affrontava con apertura mentale e sensibilità i temi collegati alla sessualità, alla riproduzione e ai rapporti tra i sessi, sottolineando il legame cruciale tra salute e diritti sessuali e riproduttivi e quasi tutti gli altri aspetti inerenti popolazione e sviluppo: urbanizzazione, migrazione, invecchiamento, modifica delle

strutture familiari, diritti delle/dei giovani. Per fare un paragone, né il Piano d'Azione sulla Popolazione Mondiale emerso dalla conferenza di Bucarest del 1974, né le raccomandazioni della Conferenza di Città del Messico dieci anni dopo contenevano il termine "sessuale" o "sessualità" (United Nations, 1995).

### Portare avanti le lezioni apprese

I risultati del consenso raccolto dalla ICPD furono profondi e duraturi. Scomparsi i traguardi demografici prefissati e imposti dall'alto, le attuali nozioni di "politica per la popolazione" riflettono la vasta approva-

zione sull'importanza fondamentale dell'istruzione, dell'empowerment e dell'uguaglianza di genere. La necessità di assicurare servizi di pianificazione familiare nel contesto di una complessiva cura per la salute sessuale e riproduttiva è ormai pienamente accettata.

Detto questo, molti continuano ad attirare l'attenzione sul modo in cui le tendenze demografiche possono ostacolare gli esiti dello sviluppo. Per esempio, i tassi di crescita della popolazione sono ancora molto elevati in diverse regioni devastate da povertà e conflitti, o vulnerabili ai cambiamenti climatici e alle cata-

strofi naturali. All'estremo opposto, il persistere di una bassissima fecondità e dell'invecchiamento della popolazione suscita preoccupazioni circa la salute economica e la capacità di tali società nell'assicurare adeguate reti di sicurezza sociale.

È innegabile che le dinamiche della popolazione subiscano l'influenza delle condizioni sociali. Si tratta di rapporti complessi, con molte variabili e molte direzioni diverse. Le lezioni del passato hanno dimostrato l'inutilità dei tentativi sponsorizzati dai governi e imposti per innescare o alterare determinate tendenze demografiche: sono strumenti trop-

po rudimentali per i risultati voluti, pongono limiti ingiusti alle scelte personali e rischiano di violare in modo esplicito i diritti umani.

È però necessario approfondire la comprensione delle tendenze demografiche anche nel loro rapporto con gli obiettivi di sviluppo. La comunità internazionale ha la responsabilità di raccogliere e di comunicare dati in grado di chiarire tali rapporti, pur continuando a sottolineare il primato dei diritti e della libertà di scelta, in tutti gli ambiti dell'esistenza ma, in particolare, nella possibilità di accedere a informazioni e servizi per la salute sessuale e riproduttiva.

---

## I PUNTI DEL CAPITOLO

- Le Nazioni Unite hanno fondato UNFPA nel 1969, in un'epoca di rapida crescita della popolazione, per aiutare i paesi ad analizzare le tendenze demografiche e il loro rapporto con lo sviluppo economico e sociale.
- Negli anni Settanta governi, ONG e istituzioni per lo sviluppo hanno messo a disposizione una quantità sempre maggiore di contraccettivi moderni e affidabili, per consentire alle donne di gestire in autonomia la propria fecondità.
- Alcuni dei primi programmi di pianificazione familiare avevano come obiettivo primario il raggiungimento di alcuni traguardi demografici, con il risultato di compromettere a volte la qualità dei servizi per la salute riproduttiva.
- Nel 1994, quando si è svolta la ICPD, è emerso un consenso generale sul diritto delle donne a decidere liberamente se, quando e quanti figli avere. Il Programma d'Azione della ICPD ha dimostrato che diritti riproduttivi e sviluppo sostenibile si rafforzano a vicenda.
- Il rispetto dei diritti e della libertà di scelta di tutte le persone dipende dalla continua collaborazione tra società civile, governi, ricerca scientifica e istituzioni internazionali.
- Il successo degli Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile delle Nazioni Unite dipende anche dal conseguimento dell'accesso universale alla salute sessuale e riproduttiva.



# DISPONIBILE MA INACCESSIBILE

L'aumento dei programmi per la popolazione e dei finanziamenti dei donatori, ha generato, a partire dagli anni Settanta, una crescita esponenziale nella disponibilità dei contraccettivi nei paesi in via di sviluppo.

Anche la *International Planned Parenthood Federation* iniziava a dar voce alle donne di tutto il mondo che chiedevano informazioni e servizi per controllare la fecondità. Tra gli obiettivi della Federazione, il primo era ampliare le opzioni per evitare le gravidanze. Negli anni Cinquanta i metodi contraccettivi più diffusi erano in gran parte controllati dagli uomini: il preservativo maschile, il *coitus interruptus* e l'astinenza periodica. Margaret Sanger, una delle fondatrici della Federazione, si interessò in particolare alla produzione di una pillola, facile da assumere come un'aspirina, che consentisse alle donne di evitare il concepimento. Nel 1953 presentò la filantropa

femminista americana Katharine Dexter McCormick al dottor Gregory Pincus. McCormick finanziò la ricerca di Pincus per lo sviluppo di un contraccettivo ormonale orale e già nel 1960 la "pillola" fu immessa sul mercato.

Nel 1970 il Consiglio per la Popolazione istituì la Commissione Internazionale per la Ricerca sulla Contraccezione, allo scopo di ampliare la disponibilità delle possibilità contraccettive, comprese quelle ad azione prolungata come i dispositivi intra-uterini e gli anticoncezionali iniettabili.

Nel 1976 erano già più di cento i governi che distribuivano informazioni e servizi, direttamente negli

ambulatori del servizio sanitario nazionale o attraverso organizzazioni non-governative. Il numero di paesi che mettevano a disposizione metodi di contraccezione moderni era salito a quasi 140 nel 1986 e 160 nel 1996 (United Nations, 2013). Nel 2015 soltanto il 6 per cento dei paesi non offriva alcun supporto alla pianificazione familiare: tuttavia anche questi governi consentivano al settore privato di distribuire servizi di pianificazione familiare, sia pure senza offrire loro alcun genere di aiuto, economico o materiale (United Nations, 2017a).

Con il crescere del sostegno governativo alla pianificazione familiare e con l'aumento dei metodi

disponibili, è cresciuto anche il numero delle persone che scelgono di ricorrere alla contraccezione. In tutto il mondo la percentuale di donne, sposate o conviventi, che dichiaravano di utilizzare un metodo anticoncezionale era quasi raddoppiata nel periodo 1970-2015, passando dal 36 al 64 per cento (United Nations, 2015).

Negli ultimi cinquant'anni i governi e la comunità internazionale dei donatori hanno ampliato ovunque la gamma dei metodi a disposizione, fino a raggiungere il vasto assortimento che conosciamo oggi.

## Oltre la pianificazione familiare

Mentre in tutto il mondo si moltiplicavano gli sforzi per ampliare i programmi di pianificazione familiare, saliva alla ribalta anche la questione femminile. Nel 1975, per esempio, le Nazioni Unite proclamarono l'apertura del Decennio delle Donne: un gran numero di conferenze internazionali e di vertici a livello regionale permisero alle donne di tutto il mondo di incontrarsi, condividere informazioni e sollecitare riforme. Sempre di più furono quelle che chiedevano di gestire in modo autonomo la vita riproduttiva, un'autonomia che andava oltre la semplice disponibilità dei metodi per la pianificazione familiare. Nel 1987, per esempio, reagendo ai nuovi, terribili dati sulle centinaia di migliaia di donne che ogni anno morivano durante la gravidanza o il parto, il movimento per la salute femminile promosse il lancio a livello mondiale della *Safe*

*Motherhood Initiative* (Iniziativa per la Maternità Sicura). L'iniziativa mirava a ridurre del 50 per cento la mortalità materna entro il 2000, mediante il potenziamento a livello locale dei servizi per la salute e lo sviluppo di sistemi di emergenza e di trasporto che consentissero alle donne incinte, e a rischio, di raggiungere i servizi salvavita per la maternità.

Nello stesso periodo altre organizzazioni della società civile chiedevano la sostituzione dei programmi rigorosamente limitati alla pianificazione familiare, la cui priorità era la distribuzione dei contraccettivi, con servizi più completi per la salute riproduttiva. La disponibilità degli anticoncezionali, sostenevano, era soltanto una parte del quadro complessivo: per garantire i diritti e la libertà di scelta di ciascuno, ogni persona aveva l'esigenza e il diritto a un complesso di informazioni e servizi correlati alla sessualità e alla salute riproduttiva.

## Così vicini, eppure così lontani

Nel 1994 il Programma d'Azione non solo riconobbe il rapporto di interdipendenza tra pianificazione familiare, salute sessuale e riproduttiva e diritti riproduttivi, ma invitò gli Stati ad assicurare *l'accessibilità* all'assistenza medica ante-natale; al parto assistito in condizioni di sicurezza e a cure mediche post-partum; a trattamenti e cure per l'infertilità; all'aborto sicuro laddove legale e alla gestione delle conseguenze in caso di aborto clandestino e quindi a rischio; alle terapie per le patolo-

gie dell'apparato riproduttivo e per le infezioni a trasmissione sessuale; alle informazioni, formazioni e supporto psicologico su sessualità, salute riproduttiva e genitorialità responsabile.

Si affermava inoltre la necessità di poter sempre ricorrere all'assistenza medica e terapeutica relativa ai servizi citati e anche in caso di tumori della mammella e dell'apparato riproduttivo, nonché di la necessità di integrare in tutti i servizi per la salute di base gli strumenti volti a scoraggiare le pratiche dannose, come le mutilazioni genitali femminili (United Nations, 2014a).

Il termine "accesso" era un concetto chiave: rendere *disponibili* i servizi per la salute riproduttiva non era sufficiente per assicurare a chiunque il godimento dei propri diritti riproduttivi. Tali diritti sono universali, il che significa che sono di tutte le persone. Per esempio, a una donna che non sia in grado di ricorrere ai servizi per la pianificazione familiare, anche quando questi sono disponibili, è negato il diritto a pianificare la sua famiglia. Pertanto, perché quei diritti siano rispettati, è necessario rimuovere tutte le barriere sociali, economiche o di altra natura che impediscono l'accesso ad alcune persone.

Una delle definizioni più semplici e basilari di "accesso" è la prossimità geografica ai punti di erogazione dei servizi. Le grandi distanze possono ostacolare tale accesso o perché esistono limitate scelte di trasporto, o perché sono troppo elevati i costi che le donne povere devono sostenere per lasciare la casa o la loro





© Patrick Zachmann/Magnum Photos

fonte di reddito. La distanza è solo una delle difficoltà. A volte quei servizi sono disponibili proprio sotto casa ma restano inaccessibili.

Si può dare il caso di un ambulatorio per la pianificazione familiare molto vicino, che ha i servizi richiesti, in cui l'atteggiamento giudicante degli operatori/operatorici porta al rifiuto di dare contraccettivi alle persone giovani o alle donne non sposate. Lo stesso ambulatorio, inoltre, potrebbe offrire soltanto uno o due metodi di contraccezione moderna ma non quello preferito da alcune donne. Ancora, la fornitura dei con-

traccettivi può non essere affidabile. Possono essere in vigore leggi che impediscono l'accesso a taluni gruppi di persone, o ancora i mariti possono vietare alle mogli il ricorso a qualsiasi forma di contraccezione.

Nel corso degli anni ricerca e medicina hanno contribuito a elaborare un concetto multidimensionale di accessibilità, riconoscendo l'influenza di fattori legati alla situazione individuale, alle comunità di provenienza, al personale sanitario e ai punti di distribuzione. Questi concetti più comprensivi riconoscono le molteplici barriere che possono

ostacolare la capacità delle persone di avvalersi di informazioni e servizi per la tutela della salute, del benessere, del godimento dei diritti e della libertà di scelta nella vita sessuale e riproduttiva.

### **Superare gli ostacoli all'accesso**

Negli ultimi cinquant'anni si sono fatti ovunque grandi passi avanti nell'ampliare l'accesso a informazioni e servizi per la salute sessuale e riproduttiva. Tuttavia tali progressi sono stati diseguali e tuttora persistono diverse situazioni di disparità,

sia tra un paese e l'altro che all'interno di uno stesso paese – e questo vale non soltanto per le consuete preoccupazioni che circondano la pianificazione familiare e la salute materna, ma anche per quei servizi che consentono il pieno godimento della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi.

Sono in gioco molti elementi a livello sociale, istituzionale, politico, geografico ed economico. Le disuguaglianze nella salute sessuale e riproduttiva sono profondamente influenzate dalle disuguaglianze di reddito, della qualità e accessibilità dei sistemi sanitari nazionali, di leggi e misure politiche, di norme sociali e culturali, di possibilità di ricevere un'educazione sessuale.

### **Disuguaglianza di reddito**

Oggi nella maggioranza dei paesi in via di sviluppo l'accesso ai servizi essenziali per la salute sessuale e ripro-

duttiva è minima per il 20 per cento di famiglie più povere, massima per il 20 per cento più ricco (UNFPA, 2017). Il rapporto tra povertà e inaccessibilità è complesso: i costi per i servizi e l'approvvigionamento possono rappresentare in alcuni casi un ostacolo importante, ma il reddito è legato anche a numerosi fattori sociali, istituzionali, politici, geografici ed economici, i quali possono a loro volta incidere sulla possibilità di accedere ai servizi.

L'accesso ai servizi per la salute riproduttiva è spesso limitato o negato alle donne delle famiglie più povere: questo porta a gravidanze indesiderate, a un incremento del rischio di malattia o mortalità connesso alla gravidanza e al parto, a partorire senza l'assistenza di personale medico, infermieristico o ostetrico.

Le carenze nella salute sessuale e riproduttiva possono impedire a queste donne di accedere a oppor-

tunità di lavoro e di realizzare il loro potenziale, consolidando la loro posizione negli ultimi posti della scala sociale ed economica. Gli indicatori presentano un quadro di enormi disparità tra diversi quintili di ricchezza, per quanto riguarda molti aspetti cruciali dei servizi per la salute sessuale e riproduttiva (UNFPA, 2017). Per esempio, nella maggioranza dei paesi in via di sviluppo le percentuali relative al fabbisogno di pianificazione familiare soddisfatto con metodi contraccettivi moderni, l'accesso a un'adeguata assistenza ante-natale e la probabilità di partorire con assistenza professionale è drammaticamente più bassa nelle famiglie più povere (Figure 4.1, 4.2, 4.3).

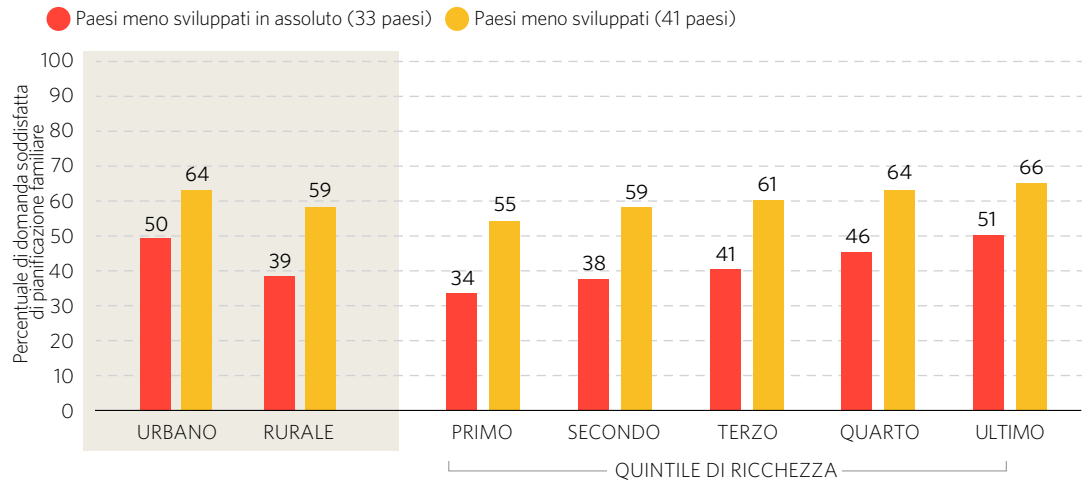
Negli ultimi cinquant'anni sono stati compiuti grandi passi avanti nel raggiungere nuovi gruppi di popolazione erogando informazioni e servizi per la salute sessuale e riproduttiva. La figura 4.4 mostra come

© Giacomo Pirozzi/Panos Pictures



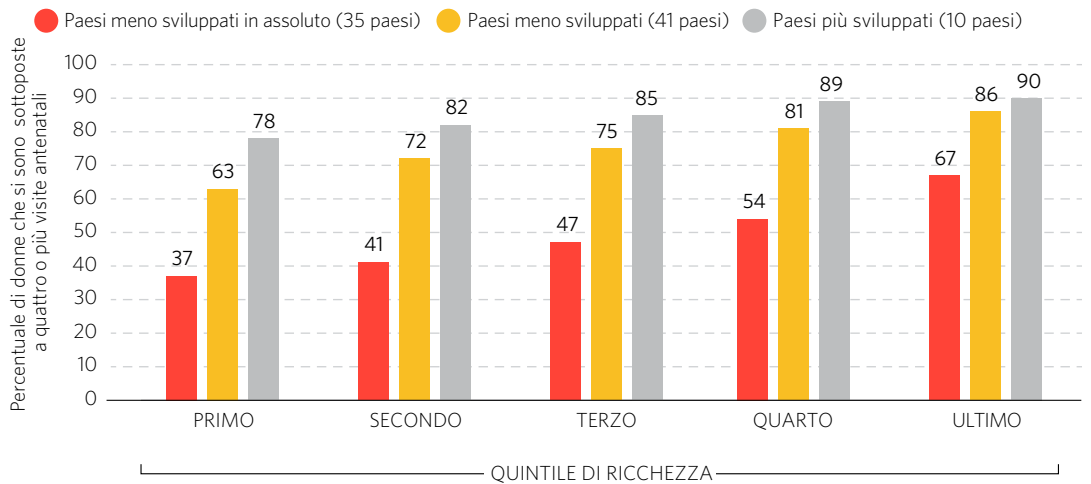
**FIGURA 4.1**

Percentuale di domanda di pianificazione familiare soddisfatta con metodi contraccettivi moderni, per livello di sviluppo, luogo di residenza e quintile di ricchezza. Anno più recente disponibile



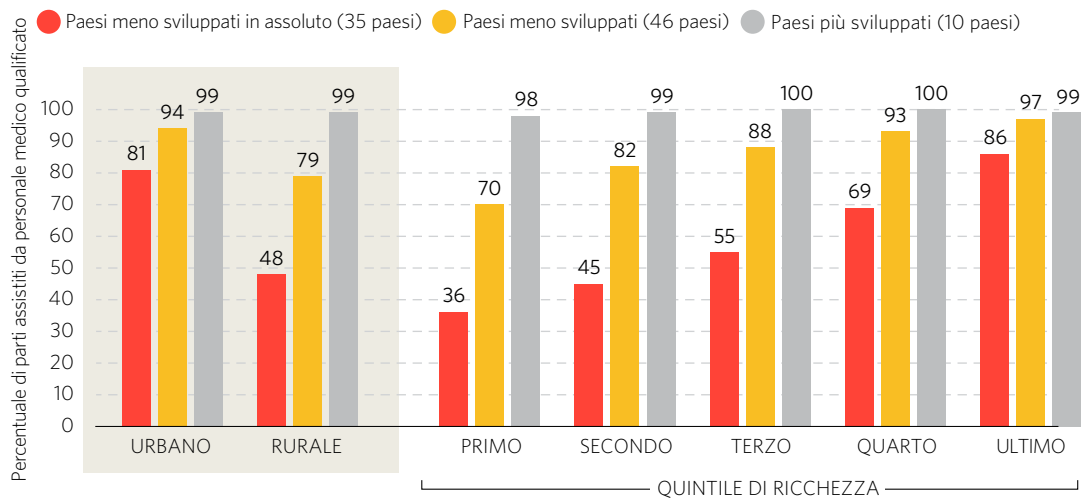
**FIGURA 4.2**

Percentuale di donne che si sono sottoposte a quattro o più visite antenatali, per livello di sviluppo e quintile di ricchezza. Anno più recente disponibile



**FIGURA 4.3**

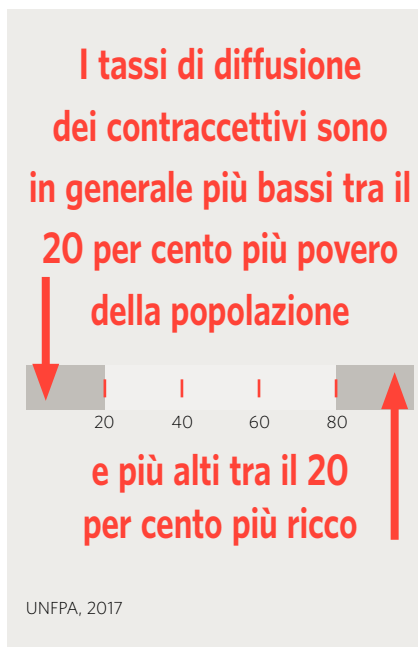
Percentuale di parti assistiti da personale medico qualificato, per livello di sviluppo, luogo di residenza e quintile di ricchezza. Anno più recente disponibile



in molti paesi si sono fatti notevoli progressi nell'ampliare l'accesso ai servizi, il che ha comportato una straordinaria diminuzione della mortalità materna: a livello globale la percentuale è scesa di quasi il 44 per cento, con progressi evidenti in tutte le regioni del mondo (Alkema *et al.*, 2016).

In molti altri posti però gli strati più poveri della popolazione non hanno potuto godere di tali progressi nella stessa misura. La grande maggioranza delle morti materne, per esempio, si verifica dove ci sono minori risorse, e le donne povere che hanno un accesso limitato ad assistenza antenatale, parto con assistenza qualificata e cure ostetriche d'emergenza hanno maggiori probabilità di conseguenze debilitanti sulla salute e di riportare lesioni e patologie correlate alla gravidanza, come la fistola ostetrica. È necessario compiere ulteriori sforzi per migliorare le informazioni e i servizi volti a dare priorità alle persone più povere e più difficili da raggiungere.

Ci sono esempi di sforzi in questo senso che fanno ben sperare. Per esempio in Bangladesh, Bhutan, Cambogia e Thailandia la percentuale di diffusione dei contraccettivi è più elevata tra il 20 per cento più povero della popolazione che non tra il 20 per cento più ricco. In questi e in altri paesi gli sforzi concertati per ampliare la copertura della pianificazione familiare fino alle persone più difficili da raggiungere hanno portato a un accesso quasi universale alla contraccezione moderna e a percentuali quasi paritarie nella diffusione dei contraccettivi, tra le fa-



miglie più povere e quelle più ricche (UNFPA, 2017).

Modelli innovativi di servizi sono serviti a migliorare l'accessibilità anche per le popolazioni più povere. Alcuni sistemi di distribuzione a livello locale avviati negli anni Settanta hanno per esempio contribuito a estendere l'accessibilità anche alle comunità locali più povere e a quelle rurali, grazie a corsi di formazione seguiti da diversi membri di varie comunità. Se solitamente gli impegni si concentravano sull'ampliamento dell'accesso ai contraccettivi, come pillola e preservativi, sono stati compiuti notevoli sforzi per allargare la gamma dei servizi fino a includere la contraccezione d'emergenza, i kit per il parto e il misoprostolo per la prevenzione delle emorragie *post-partum* (Bongaarts *et al.*, 2012).

Più recente è l'adozione di alcune strategie di finanziamento basate

sulla domanda, per esempio i voucher, come strumento per incrementare le capacità decisionali delle utenti più povere. In base a questo modello, le donne possono acquistare a un prezzo calmierato, perché co-finanziato, voucher validi per specifici prodotti correlati alla salute riproduttiva. Questi possono essere presentati nelle strutture qualificate, per ricevere in cambio informazioni e servizi anche molto diversi, come quelli relativi alla pianificazione familiare a lungo termine, al parto professionalmente assistito, o anche per ricevere aiuto in seguito a violenze di genere (Bongaarts *et al.*, 2012). Sono inoltre stati introdotti versamenti in contanti condizionati, come strategia per incentivare le azioni e i comportamenti che più contribuiscono a ottenere risultati importanti per la salute, come le visite antenatali, il prolungamento della frequenza scolastica per le ragazze, l'innalzamento dell'età al momento del matrimonio (Bongaarts *et al.*, 2012).

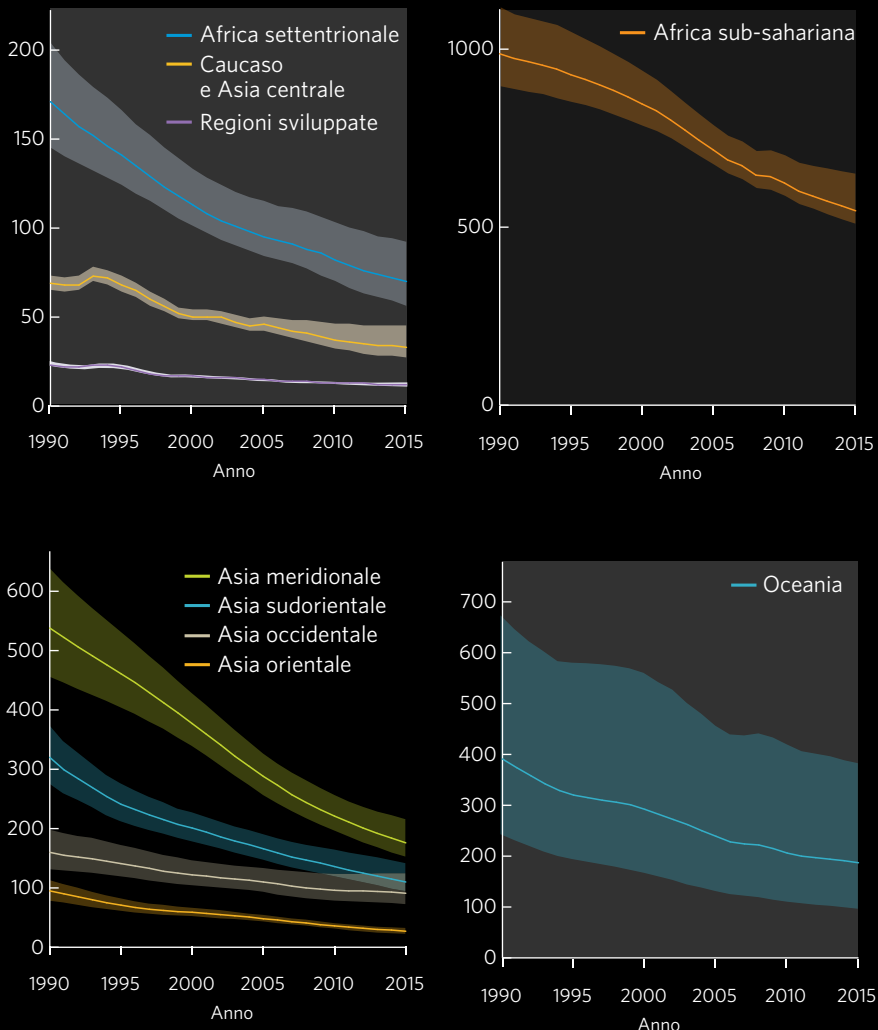
### **Inadeguatezza di strutture, personale e forniture**

Una donna che desideri ricevere informazioni e servizi per la salute sessuale e riproduttiva a volte non trova, nella sua comunità di riferimento, chi li eroghi. Se ha la possibilità di pagare il trasporto fino all'ambulatorio più vicino a volte scopre, al suo arrivo, che lì non ci sono le attrezzature o le forniture necessarie per ciò di cui ha bisogno. Può succedere che manchi il personale, o che sia insufficiente per servire tutte le persone che si so-

**FIGURA 4.4**

Stime dell'andamento della mortalità materna, globali e regionali, 1990-2015

Morti materne ogni 100.000 nati vivi. Le aree ombreggiate rappresentano intervalli di incertezza dell'80 per cento. Le aree ombreggiate sullo sfondo sono raffrontabili.



A livello mondiale



Fonte: Alkema and others, 2016

## L'importanza della qualità

La qualità è una dimensione cruciale dell'accesso ai servizi. L'opera esemplare di Judith Bruce che definisce il quadro complessivo della qualità nell'assistenza, individua sei elementi che meritano particolare attenzione dal punto di vista dell'utenza della pianificazione familiare: la scelta dei metodi; le informazioni fornite; la competenza tecnica; la capacità di relazioni interpersonali; i meccanismi di follow-up e di continuità; un adeguato ventaglio di servizi (Bruce, 1990).

Riconoscendo che troppe donne ancora non beneficiano delle azioni per migliorare la salute riproduttiva, le agenzie internazionali hanno lanciato, nel 2017, in collaborazione con nove paesi, il Network for Improving Quality of Care for Maternal, Newborn and Child Health, o "Quality of Care Network". I membri del Network hanno convenuto sulla necessità che ogni donna incinta e ogni neonato/a ricevano un'assistenza di alta qualità durante la gravidanza, il parto e il periodo post-natale, una visione sostenuta dai valori fondamentali della qualità, dell'uguaglianza e della dignità (OMS, 2018).

L'elemento della qualità in tutte le dimensioni della salute sessuale e riproduttiva è sostenuto da uno standard generale di assistenza sanitaria noto come AAAQ, che sta per *availability, access, acceptability and quality* (disponibilità, accessibilità, accettabilità e qualità) proposto come componente chiave dei diritti all'assistenza sanitaria dal Comitato delle Nazioni Unite per i Diritti Economici, Sociali e Culturali (UNCESCR, 2000).

Nel 1992 la International Planned Parenthood Federation ha proposto una "Carta dei Diritti" che indicava che cosa le persone che ricorrevano alla pianificazione familiare potevano richiedere per ricevere assistenza di buona qualità. Tra questi, il diritto all'informazione, l'accesso ai servizi e alla possibilità di scegliere, la sicurezza e il diritto alla privacy, il rispetto della dignità, di condizioni confortevoli, della continuità e della possibilità di esprimere le proprie opinioni.

Se le responsabilità della qualità nell'assistenza ricadono, in linea di principio, su tutto il programma di pianificazione familiare nel suo complesso, le persone a contatto

diretto con le/gli utenti sono maggiormente responsabili nell'assicurare questi diritti: operatori e operatrici e chi eroga i servizi. Pertanto le strategie per migliorare la qualità dell'assistenza devono anche riconoscere le esigenze proprie del personale, che deve pretendere attività di formazione, qualità delle forniture, orientamento, sostegno, rispetto, incoraggiamento, feedback e libertà di espressione (Huezo e Diaz, 1993).

Il rapporto tra i diritti delle/degli utenti e le esigenze di operatori e operatrici è essenziale per qualsiasi sforzo volto a rimuovere gli ostacoli che impediscono la qualità nell'assistenza. Gli interventi più proficui sono quelli che agevolano i rapporti tra utenza e personale mediante strumenti come la formazione nella comunicazione interpersonale. In questa dimensione qualitativa è possibile ottenere importanti miglioramenti senza bisogno di ricorrere a enormi investimenti nel personale, nelle attrezzature o nelle forniture (RamaRao e Mohanam, 2003).

**"troppo poco, troppo tardi" o "troppo, troppo presto"**

Le carenze nella qualità dell'assistenza producono conseguenze altrettanto significative sulla salute materna. Mentre sono sempre di più le donne che partoriscono in strutture sanitarie anziché a casa, la mancanza di personale qualificato, di infrastrutture e di servizi possono produrre un'assistenza di scarsa qualità, detta TLTL, "too little, too late" (troppo poco, troppo tardi).

Non mancano i problemi anche in caso contrario: vi sono regioni in cui il rapido incremento nell'uso dei servizi per il parto si è accompagnato a una diffusa iper-medicalizzazione della nascita che ha portato, per esempio, a un ricorso eccessivo o non necessario ai parti cesarei, o cesarei eseguiti in condizioni non perfettamente sicure o qualitativamente inadeguate, con il rischio di gravi conseguenze per le madri e la prole. Gli effetti di questo fenomeno, noto come TMTS, "too much, too soon" (troppo, troppo presto) rischiano di annullare le conquiste nel campo della salute materna e peri-natale. Sia per quanto riguarda il TLTL, sia per il TMTS, una formazione di operatori e operatrici mirata al rispetto nell'assistenza e all'adesione alle migliori pratiche contribuisce a consolidare i risultati positivi per la salute materna e peri-natale, a evitare danni e a ridurre i costi e le disparità di trattamento (Miller et al., 2016).

no presentate quel giorno. A volte operatori e operatrici non hanno la formazione professionale adeguata per dare informazioni o servizi, o possono non essere in grado di garantire la privacy e altre misure che consentono alle donne di sentirsi sicure e rispettate.

Ricerche, testimonianze e rapporti della società civile confermano da lungo tempo le deficienze di alcuni servizi. Per esempio, una recente valutazione delle strutture sanitarie in 10 paesi africani ha riscontrato livelli complessivamente molto bassi nella disponibilità di forniture e servizi essenziali, come le linee guida per la pianificazione familiare, un persona-

le con una formazione adeguata, le apparecchiature per la misurazione della pressione, i contraccettivi orali combinati, gli anticoncezionali iniettabili e i preservativi maschili (Ali *et al.*, 2018).

Tentativi più sistematici di quantificare e monitorare la disponibilità complessiva sono ancora in corso di sviluppo. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), in partnership con altre organizzazioni, pubblica regolarmente le linee guida relative agli standard delle buone prassi per molti interventi di salute riproduttiva.

Una valutazione condotta in 24 paesi, nel 2017, ha messo in evi-

denza che in circa tre quarti dei casi l'utente si sente dire che il servizio per la pianificazione familiare ha esaurito le scorte di alcuni contraccettivi. Su tutte le strutture primarie che offrono tre o più metodi di contraccezione, il 78 per cento li aveva a disposizione nel giorno della valutazione, così come il 79 per cento delle strutture secondarie o terziarie (servizi regionali e grandi ospedali) che offrono almeno cinque metodi diversi (FP2020, 2018). Ma dietro a queste medie si nascondono enormi variazioni tra paesi, nonché all'interno di uno stesso paese.

La "sicurezza dell'approvvigionamento dei prodotti per la salute ri-





© UNFPA/M. Bradley

produttiva” si ottiene quando ogni persona può accedere a prodotti di qualità a prezzi accessibili, che comprendano il metodo prescelto, ogni volta che se ne ha bisogno. Per raggiungere questo traguardo la *Bill & Melinda Gates Foundation*, in partnership con il Ministero per lo Sviluppo Internazionale del Regno Unito, punta ad accelerare nei paesi interessati la consegna dei prodotti essenziali per la salute riproduttiva, con l'intento di evitare l'esaurimento delle scorte (UNFPA, 2018).

Ci sono poi molte situazioni in cui il personale non ha una formazione professionale adeguata a garantire l'accessibilità alla gamma completa di informazioni e servizi per la salute sessuale e riproduttiva. La *Global Health Workforce Alliance* ha sottolineato la necessità di aumentare, nei paesi in via di sviluppo, il numero di operatori e operatrici sanitarie, soprattutto il personale qualificato per

l'assistenza alle partorienti (Campbell *et al.*, 2013). Considerando tutte le categorie del personale sanitario, si calcola che all'inizio dell'ultimo decennio mancassero, a livello globale, circa 7,2 milioni di lavoratrici e lavoratori del settore. Particolarmente acuto è il fabbisogno di personale qualificato in grado di erogare servizi essenziali per la salute sessuale e riproduttiva. Una recente analisi condotta in 73 paesi a medio e basso reddito ha evidenziato che, malgrado vi si verificano più del 92 per cento di tutte le morti materne, neonatali e perinatali del mondo, c'è solo il 42 per cento del personale medico, ostetrico e infermieristico (UNFPA, 2014).

Le stime sui costi per il personale necessario per raggiungere la copertura universale degli interventi essenziali per la salute riproduttiva, materna, neonatale e infantile suggeriscono la necessità di aumenti

sostanziali. Per raggiungere livelli tali da rispondere a tutte le esigenze inevase nei settori indicati, in tutto il mondo, si calcola occorra un incremento di spesa – rispetto ai livelli attuali – del 37 per cento per il personale addetto alla distribuzione dei contraccettivi e del 20 per cento per la salute materna e neonatale (Guttmacher Institute, 2017).

Anche qui le medie globali nascondono significative disparità a livello regionale. Nei paesi meno sviluppati, per esempio, i soli costi del personale per rispondere alle esigenze inevase di contraccezione dovrebbero aumentare del 96 per cento, mentre garantire la copertura totale dei servizi per la salute materna e neonatale costerebbe l'84 per cento in più. Tali investimenti assicurerebbero un ritorno altissimo: le stime suggeriscono che un'adeguata presenza di personale, forniture, attrezzature e manutenzione dei sistemi sanitari, consentirebbe di ridurre di tre quarti la mortalità materna e il ricorso all'aborto (Guttmacher Institute, 2017).

La preparazione professionale di operatori e operatrici in grado di offrire un'assistenza adeguata è da tempo considerata essenziale per la pianificazione familiare. Una consulenza insufficiente (ovvero che non sa rispondere alle domande sulle corrette modalità d'uso; non offre consigli sulle controindicazioni, gli effetti collaterali e l'appropriato *follow-up*, nonché sul passaggio da un metodo a un altro; non dà aiuto nei problemi legati al contesto, comprese le preoccupazioni del partner) può risultare di ostacolo all'acces-



sibilità dei contraccettivi, alla loro adozione o al loro uso continuato.

Le ricerche che analizzano i motivi per cui sussiste un fabbisogno insoddisfatto di pianificazione familiare permettono di ritenere che la fornitura di un'ampia gamma di metodi e informazioni, consulenze per aiutare le donne a scegliere e utilizzare il metodo più appropriato, possono risultare cruciali per superare gli ostacoli nel ricorso alla contraccezione. Le ragioni del mancato utilizzo addotte più spesso sono la scarsa frequenza dei rapporti sessuali e il timore di effetti collaterali o di rischi per la salute (Sedgh e Hussain, 2014).

Nel contesto del fabbisogno insoddisfatto, una dimensione spesso affrontata poco e male è quella della discontinuità nel ricorso alla contraccezione. Una recente analisi condotta in 32 paesi indica che, in

media, oltre un quinto degli utenti di metodi a breve termine (preservativi e pillola) interrompe l'uso entro i primi dodici mesi, benché la persona ancora desideri evitare una gravidanza (FP2020, 2018). I tassi di abbandono entro l'anno sono più bassi per i metodi di lunga durata: il 12 per cento per i dispositivi intrauterini e l'8 per cento per gli impianti.

### Barriere legali

Anche in presenza di personale qualificato e forniture adeguate, a volte le persone si trovano ad affrontare ostacoli legali che limitano l'accesso a informazioni e servizi. Ci sono paesi in cui la legge richiede l'autorizzazione di terzi per le donne o le/gli adolescenti che vogliono accedere ai servizi per la salute, altri con leggi che criminalizzano i rapporti tra persone dello stesso sesso, la prostituzione e l'u-

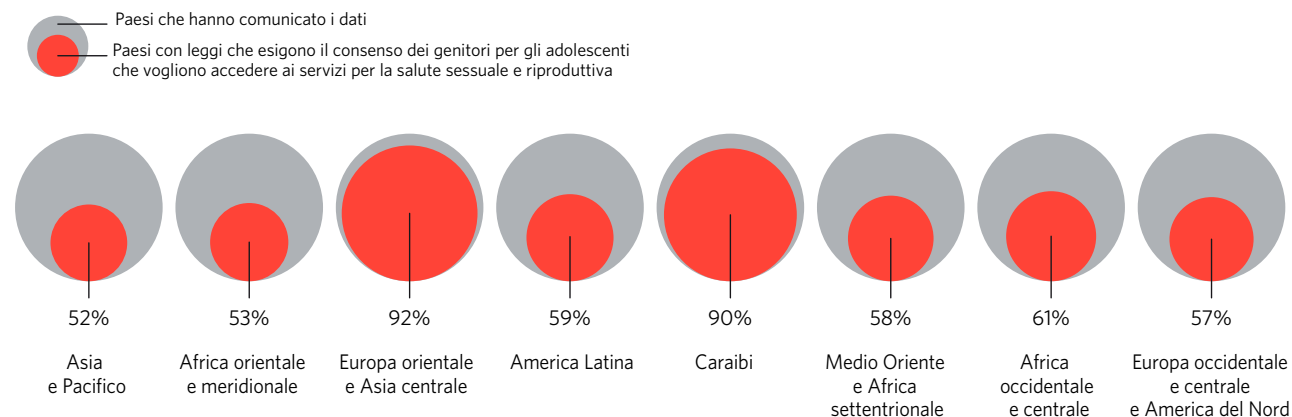
so di droghe sovente costringono le/gli utenti a nascondersi e impediscono di chiedere e ricevere ciò di cui hanno bisogno.

Pur tutelando chi è minorenne, le leggi che stabiliscono l'età minima per il ricorso ai servizi sanitari spesso scoraggiano le/gli adolescenti nell'accesso ai servizi necessari per la salute sessuale e riproduttiva. Questo nuoce soprattutto alle ragazze, che vivono in misura sproporzionata le conseguenze fisiche e sociali delle gravidanze indesiderate.

Nel 2017, dei 108 paesi che hanno fornito dati al Programma Congiunto delle Nazioni Unite su HIV/AIDS (UNAIDS) 68 esigevano il consenso dei genitori per consentire alle/ai minori di 18 anni di accedere ai servizi per la salute sessuale e riproduttiva (Figura 4.5; UNAIDS, 2018). In alcuni ambienti il personale sanitario per legge deve segna-

**FIGURA 4.5** Scoraggiare le/gli adolescenti dall'accesso ai servizi

*Paesi con leggi che richiedono il consenso dei genitori per l'accesso ai servizi di salute sessuale e riproduttiva, 2018*



Fonte: UNAIDS, 2018



© Giacomo Pirozzi/Panos Pictures

## Norme, comportamenti e prassi

Nelle diverse società, ovunque nel mondo, le aspettative sociali impongono restrizioni all'attività sessuale e alla procreazione, che dovrebbero avvenire solo tra gruppi con determinate caratteristiche – il più delle volte tra persone eterosessuali, sposate, monogame, non disabili, non troppo giovani e non troppo anziane. In molte zone le prassi che riguardano la procreazione non sono pensate per corrispondere agli interessi dei singoli e delle singole bensì alle norme prevalenti, delle comunità e delle famiglie.

Tali aspettative possono essere il risultato di consolidati comportamenti e usanze o di convinzioni religiose dominanti. Quando le attività sessuali e riproduttive di una persona non rientrano nelle aspettative, sarà probabilmente più difficile accedere alle informazioni e ai servizi di cui si ha bisogno.

Le/gli adolescenti devono poi affrontare specifiche difficoltà. Malgrado l'evidenza diffusa della vita sessuale di molti e molte adolescenti non sposati (Starrs *et al.*, 2018), le norme sociali condizionano o addirittura vietano espressamente anche il confronto in materia di salute sessuale e riproduttiva e di sessualità. Oltre alle barriere legali, spesso altri ostacoli all'accesso sono rappresentati da un'adeguata educazione sessuale nelle scuole o dai comportamenti e dalle convinzioni di operatori e operatrici sull'opportunità di prestare servizi a minori o a persone non sposate.

lare alle autorità i rapporti sessuali tra minorenni o altre attività illegali delle/degli adolescenti (Delany-Moretwe *et al.*, 2015).

Le leggi che vietano i rapporti intimi tra adulti consenzienti dello stesso sesso rischiano di interferire con gli sforzi compiuti per assicurare l'accessibilità dei servizi ed evitare o curare le infezioni a trasmissione sessuale, compreso l'HIV. Nel 2017 oltre 40 paesi, tra quelle che hanno fatto rapporto a UNAIDS, hanno una legislazione che criminalizza specificamente i rapporti sessuali tra persone dello stesso sesso. Alcuni prevedono la pena di morte, altri possono condannare le/i colpevoli all'ergastolo (UNAIDS, 2018). Di conseguenza, molte persone hanno paura di richiedere servizi fondamentali come i test per l'HIV.

Le leggi sull'aborto possono andare dalla proibizione assoluta fino all'assenza di ogni restrizione. Nel 2017, il 42 per cento delle donne in età riproduttiva viveva in uno dei 125 paesi in cui l'accesso all'aborto sicuro è estremamente limitato. Di

tutti gli aborti praticati nel mondo, solo il 55 per cento avviene in condizioni di sicurezza, con un metodo raccomandato, praticato da chi ha la qualifica per farlo (Singh *et al.*, 2018).

I dati suggeriscono che la frequenza del ricorso all'aborto non ha una relazione significativa con le restrizioni legali: i tassi di abortività nei paesi con le leggi più restrittive sono all'incirca gli stessi dei paesi con le legislazioni meno restrittive. Tuttavia, quanto più la legge lo impedisce, tanto più elevate sono le percentuali degli aborti a rischio (clandestini): inferiori all'1 per cento nei paesi con poche limitazioni, 31 per cento dove la legislazione pone più limitazioni (Singh *et al.*, 2018).

Nell'insieme delle regioni in via di sviluppo, eccettuata l'Asia orientale, si calcola che 6,9 milioni di donne ricevano ogni anno cure mediche per le complicazioni derivanti da un aborto. Ma molte di più sono quelle che, pur necessitando di assistenza medica, non sono in grado di accedervi (Singh *et al.*, 2018).

## CAMPIONI DEL CAMBIAMENTO

# Mechai Viravaidya

Mechai Viravaidya ha mobilitato in Thailandia una rivoluzione “senza esclusione di colpi”, mosso dalla convinzione che ognuno dovrebbe sapere come poter pianificare la famiglia e tutelare la propria salute.

Mago della comunicazione, fin dagli anni Sessanta Mechai ha saputo raggiungere la gente con messaggi sull'uso del preservativo, diffusi nelle scuole e nelle stazioni di servizio, negli uffici e nei villaggi, nelle sagre del maiale, nei tè delle signore che vendevano i prodotti Avon, nelle cerimonie guidate dai monaci buddhisti. Tutto all'insegna della volontà di rendere la contraccezione un elemento normale della vita quotidiana, da accettare senza imbarazzo.

“Dite la parola ‘preservativo’. Metteteli a disposizione. Parlatene” dice Mechai “di fatto, quello che insegniamo è questo: hai il diritto di scegliere il numero di figli che vuoi.”

Se i preservativi offrivano un punto d'accesso concreto e spesso divertente all'educazione, l'obiettivo di Mechai è sempre stato quello di poter trovare un'ampia varietà di contraccettivi con la stessa facilità con cui si trovano “le verdure in un villaggio.” Nel giro di pochi decenni la Thailandia aveva fatto moltissimi passi avanti verso quel traguardo, e le dimensioni della famiglia thailandese erano crollate da una media di 7 figli a 1,6.

Nei primi anni Novanta, in previsione dell'impennata dei contagi da HIV, Mechai convinse il governo a incrementare di 50 volte la spesa per la prevenzione, coinvolgendo il personale di tutti i settori dell'amministrazione pubblica, dell'industria e delle comunicazioni perché si parlasse il più possibile di protezione e dell'uso del preservativo. Grazie a questi sforzi la Thailandia riuscì a prevenire, secondo le stime, circa 3 milioni di contagi da HIV, e Viravaidya divenne noto come “Il re del condom”. Ancora oggi “mechai” in thailandese significa preservativo.

Viravaidya è tuttora alla guida della più grande ONG della Thailandia, l'Associazione Popolazione e Sviluppo Sociale, che dal 1973 è impegnata nella difesa dello sviluppo e della tutela della salute nelle campagne. Tra le sue attività, le scuole

Mechai Pattana abbracciano i principi dell'uguaglianza e della giustizia consentendo a comunità per il resto emarginate di ricevere un'istruzione di alto livello qualitativo,

compresa l'educazione completa alla sessualità. L'uguaglianza di genere è integrata nei programmi scolastici. “Le donne sono molto, molto importanti nel processo per lo sviluppo” dice Mechai aggiungendo, con l'efficacia comunicativa che lo contraddistingue: “Se hai due braccia valide, perché usarne uno solo?”

***“Dite la parola  
'preservativo'. Metteteli  
a disposizione. Parlatene”***



## CAMPIONI DEL CAMBIAMENTO

# Lebogang Motsumi

giovani donne e bambine a continuare a studiare, proteggere la propria salute e fare scelte positive.

Uno dei suoi tipici, vivaci post su Facebook: "Buongiorno, mi chiamo Lebogang Brenda Motsumi alias African Queen. Io non SONO HIV, io HO l'HIV. Io non sono il virus, è il virus che vive dentro di me. Io non sono definita dall'HIV, sono io a definire l'HIV."

È passato quasi un decennio da quando Motsumi ha appreso di essere positiva all'HIV. Aveva solo 17 anni quando è stata contagiata dal suo ragazzo, un cantante piuttosto famoso che poi è morto. Motsumi non si è sottoposta al test finché il ragazzo che aveva allora non ha insistito. Pochi giorni dopo aver saputo di essere positiva ha tentato il suicidio. Un mese dopo, avendo scoperto di essere incinta, ha iniziato a prendere farmaci per proteggere il figlio.

In quel periodo iniziò anche un percorso straordinario sui social media, come speaker motivazionale, rivolgendosi soprattutto ai giovani per promuovere l'attivismo e la formazione sull'HIV. "Il contagio dell'HIV mi ha aiutato a trovare una ragione di vita. Mi sono accorta che potevo trasformare il mio dramma in un messaggio, e usare le mie sofferenze per infondere forza negli altri."

L'Unione Africana l'ha salutata con l'appellativo di eroina dei giovani, e oggi fa parte del gruppo di consulenti per i giovani sia dell'Unione che di UNFPA. Tra le sue attività di mobilitazione e sensibilizzazione è anche ambasciatrice di Zazi, una campagna che si rivolge a donne e bambine sudafricane con il motto: "Imparate a conoscere la vostra forza."

"Si troverà una cura per l'HIV" dichiara Motsumi "ma, nell'attesa, la nostra terapia consiste nell'educazione e nell'empowerment delle persone che hanno l'HIV. E la prevenzione per chi è HIV-negativo."

***"Io non sono definita dall'HIV,  
sono io a definire l'HIV"***



Le minoranze etniche, le popolazioni indigene, le lavoratrici sessuali, le persone disabili, le donne e le ragazze povere, oltre alle persone LGBTI (lesbiche, gay, bisessuali, transgender e intersex), affrontano forme di emarginazione e di stigma sociale che possono impedire in misura significativa l'accesso alla salute sessuale e riproduttiva e la realizzazione dei diritti e delle scelte di ciascuno. Per esempio, alle ragazze e giovani donne con disabilità viene spesso negato il diritto di prendere decisioni autonome sulla loro salute sessuale e riproduttiva, con il risultato di moltiplicare il rischio di violenze sessuali, gravidanze non pianificate e infezioni a trasmissione sessuale. Spesso non si considera che possano aver bi-

sogno di ricevere informazioni sulla loro salute e sui diritti sessuali e riproduttivi, di conseguenza hanno scarse conoscenze in merito, il che finisce per limitare ulteriormente le loro scelte ed esasperare la loro emarginazione. Una ricerca condotta in Etiopia ha per esempio rivelato che soltanto il 35 per cento delle persone giovani con disabilità aveva usato un contraccettivo durante la prima esperienza sessuale e che il 63 per cento delle ragazze ha avuto una gravidanza indesiderata (UNFPA, 2018a).

La disapprovazione sociale impedisce alle persone di chiedere i servizi di cui hanno bisogno e a cui hanno diritto. Per esempio, le donne nubili spesso esitano a richiedere servizi per la salute sessuale e riproduttiva,

in particolare contraccezione e aborto sicuro. A causa di questo stigma, i livelli di domanda inevasa di contraccezione moderna sono molto più elevati tra le donne sessualmente attive che non sono sposate rispetto alle coniugate (Singh *et al.*, 2018).

Lo stigma sociale non incide solo sulle scelte e sulle decisioni delle persone che hanno bisogno di informazioni e di servizi, può anche influenzare il comportamento del personale sanitario. Per esempio, dove l'aborto è legale, il persistere della condanna sociale influisce sulla disponibilità di fornire consulenza o addirittura impedisce di praticare l'aborto. Uno studio recente ha constatato che il personale addetto conserva un atteggiamento negativo verso l'aborto nella maggior

## Accesso ai servizi per giovani con disabilità

L'associazione Women Enabled International ha contribuito allo sviluppo di linee guida per aiutare governi, fornitori di servizi e altre parti interessate a rispondere alle esigenze di salute sessuale e riproduttiva delle/dei giovani con disabilità. Di queste linee guida fanno parte le azioni per assicurare disponibilità, accessibilità, accettabilità e qualità nei servizi, oltre che tutti i servizi utili a prevenire o ad affrontare le conseguenze della violenza di genere:

- stabilire protocolli specifici per le disabilità e linee guida per visite di follow-up con personale sanitario, gestione degli effetti collaterali di farmaci e terapie, linee guida per il ricovero o il rinvio ad altre strutture di assistenza, ove necessario
- produrre materiali informativi accessibili e specifici per le persone giovani con vari tipi di disabilità e appropriati per le diverse età, che trattino dei contraccettivi e dei servizi per la salute sessuale e riproduttiva a loro disposizione, studiare la possibilità di sovvenzionare tali servizi per le/i giovani meno abbienti e con disabilità
- progettare campagne di sensibilizzazione e materiali educativi per le persone che assistono le/i giovani con disabilità e loro familiari, sul tema della sessualità, dell'uso dei contraccettivi e dei servizi disponibili
- garantire le informazioni su contraccettivi, beni e servizi a disposizione delle/dei giovani con disabilità. Uomini e ragazzi dovrebbero inoltre ricevere informazioni per comprendere il diritto delle donne, delle giovani e delle adolescenti a usare i contraccettivi.

## Salute sessuale e riproduttiva e avvento dell'assistenza sanitaria universale

La salute sessuale e riproduttiva in generale e la pianificazione familiare in particolare, sono state lasciate per decenni ai margini dai vertici mondiali che si sono occupati di questioni inerenti l'assistenza sanitaria primaria.

Nel 1978, per esempio, rappresentanti di diversi governi si sono riuniti in Kazakistan per la Conferenza Internazionale sull'Assistenza Sanitaria Primaria; l'evento si è concluso con la Dichiarazione di Alma-Ata che identifica l'assistenza sanitaria primaria come fattore chiave per l'accesso alla salute per tutti e tutte nel mondo. Tuttavia, alcuni dei governi partecipanti dissero che gli obiettivi delineati erano troppo ampi e quindi irraggiungibili.

Un anno dopo, nel corso di un summit di esperti di sanità e politica, si è convenuto sulla necessità di concentrarsi su interventi di assistenza sanitaria primaria semplici ma ad alto impatto per salvare vite nei paesi in via di sviluppo.

Ma nemmeno questi, noti con l'acronimo di GOBI (growth monitoring of children, oral rehydration, breastfeeding and immunizations) ovvero monitoraggio della crescita di bambini e bambine, reidratazione orale, allattamento al seno e vaccinazioni, affrontavano questioni fondamentali di salute sessuale e riproduttiva come parte integrante dell'assistenza sanitaria primaria. Tuttavia, la comunità internazionale sui problemi della salute, riconobbe l'importanza di altri interventi essenziali e convenne che la pianificazione familiare doveva essere una priorità (insieme all'istruzione di bambine e ragazze e alle risorse alimentari).

L'aggiunta della pianificazione familiare all'agenda della salute primaria globale prefigurava gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio che avevano l'obiettivo di ridurre la mortalità materna nel mondo del 75 per cento tra il 2000 e il 2015. Nel 2005, cinque anni dopo, le Nazioni Unite hanno concordato di aggiungere un target specifico sull'accesso universale alla salute riproduttiva.

I target sulla salute erano presenti in quattro degli otto MDGs. Dal 2015 con la nuova Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile e i relativi 17 SDGs, tutti i target relativi alla salute, compresa quella sessuale e riproduttiva, sono

racchiusi in un unico Obiettivo. Questo ha rinforzato l'idea di continuità nella cura che comprende anche la salute sessuale e riproduttiva – prevenzione delle gravidanze, gravidanza, parto, prima infanzia, assistenza post-natale e infanzia – compresi fattori critici quali le risorse idriche e le strutture igienico-sanitarie.



Sotto l'Obiettivo 3 — assicurare la salute e il benessere per tutte e tutti a ogni età, entro il 2030 — il target 3.7 mira a garantire l'accesso universale ai servizi di assistenza sanitaria sessuale e riproduttiva, inclusa la pianificazione familiare, l'informazione, l'educazione e l'integrazione della salute riproduttiva nelle strategie e nei programmi nazionali.

La figura 4.6, che illustra la copertura degli interventi per la salute nel continuum dell'assistenza nei paesi del mondo più poveri e che hanno maggiori bisogni, rivela la disparità dei progressi nei diversi aspetti della salute sessuale e riproduttiva. Pur

essendo tutt'altro che ottimale, la copertura è maggiore per l'assistenza al parto e per le vaccinazioni pianificabili (UNICEF e OMS, 2017). I periodi che precedono la gravidanza e seguono immediatamente una nascita — momenti fondamentali per decidere eventuali gravidanze future — sono trascurati.

Nell'ottobre 2018, a quarant'anni dalla Dichiarazione di Alma-Ata, i delegati partecipanti all'ultima Conferenza Globale sull'Assistenza Sanitaria Primaria hanno infine riconosciuto la centralità della salute sessuale e riproduttiva nell'assistenza sanitaria primaria. La dichiarazione emanata dal summit afferma che l'assistenza sanitaria primaria deve “fornire una gamma completa di servizi e assistenza, inclusi ma non limitati ai... servizi che promuovono, tutelano e migliorano la salute di madri, neonati, bambini e adolescenti, nonché la salute mentale e la salute sessuale e riproduttiva.”

Il target SDGs della copertura sanitaria universale prevede la pianificazione familiare come indicatore centrale insieme all'assistenza ante-natale e durante il parto e lo screening per il cancro della cervice. In anni recenti la salute sessuale e riproduttiva è stata costantemente inserita tra gli indicatori nelle strategie politiche per la salute globale.

## FIGURA 4.6 Principali divari nella copertura

Copertura nazionale media degli interventi nel continuum dell'assistenza, nei paesi con dati disponibili a partire dal 2012, ottenuti dall'iniziativa "Countdown 2030", che registra i progressi negli 81 paesi che rappresentano oltre il 90 per cento delle morti infantili - fino a cinque anni - e materne nel mondo.



a Si riferisce alla prevenzione e pianificazione delle gravidanze, e include il periodo precedente la prima gravidanza e gli intervalli tra le gravidanze, oltre alle decisioni sull'intenzione o meno di avviare una gravidanza.

b Gli indicatori sulla nutrizione di neonati e bambini piccoli funge da proxy per la copertura dei programmi laddove non vi sono dati disponibili.

**Nota:** Include solo gli interventi rilevanti per tutti i paesi del Countdown. Gli indicatori sulla malaria registrati dal Countdown non sono riportati.

**Fonte:** Per i tassi di immunizzazione, OMS e Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia (UNICEF); per le percentuali di popolazione che dispongono di servizi di base per l'acqua potabile e per gli impianti igienici, WHO e UNICEF Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation; per la terapia con antiretrovirali su donne incinte positive all'HIV, database globale dell'UNICEF, luglio 2017, basato su stime per il 2017 dal Programma Congiunto delle Nazioni Unite per HIV/AIDS; per tutti gli altri indicatori, database globale UNICEF, luglio 2017, basato su Demographic and Health Surveys, Multiple Indicator Cluster Surveys e altri strumenti di indagine statistica a livello nazionale.



© UNFPA

parte dei paesi del sudest Asiatico e dell’Africa sub-sahariana; alcuni operatori e operatrici sanitarie riferiscono di essere stati stigmatizzati da famiglie, comunità, colleghi e colleghe e politici per aver praticato aborti (Rehnström Loi *et al.*, 2015).

### **Educazione sessuale insufficiente**

La mancanza di conoscenze può rappresentare un serio impedimento per l’accesso ai servizi sanitari. Percezioni errate, ignoranza su alcuni aspetti della sessualità, del corpo umano e del suo sviluppo, sui diritti e sull’i-

dentità sessuale, nonché sui rapporti di potere nelle relazioni possono ostacolare i diritti e la libertà di scelta delle persone.

L’educazione sessuale è una materia di insegnamento e apprendimento sugli aspetti cognitivi, emotivi, fisici e sociali della sessualità. Obiettivo è fornire, durante l’infanzia e l’adolescenza, conoscenze, capacità, atteggiamenti e valori per essere nelle condizioni di: proteggere e valorizzare la salute, il benessere e la dignità; sviluppare rapporti sociali e sessuali all’insegna del reciproco rispetto; comprendere che le loro scelte pos-

sono incidere sul benessere proprio e su quello altrui; comprendere e rivendicare la tutela dei propri diritti per tutta la vita (UNESCO, 2018).

Ricevere un’educazione sessuale completa e adeguata all’età, fin dalla scuola primaria, offre numerosi vantaggi, tra cui aiutare studenti e studentesse a riconoscere e denunciare comportamenti inappropriati come gli abusi, oltre a contribuire allo sviluppo di un sano atteggiamento nei riguardi del proprio corpo e dei rapporti con gli altri e le altre. L’educazione sessuale dovrebbe essere disponibile anche per chi non frequenta la scuola.



I dati confermano che l'educazione sessuale non porta ad anticipare l'inizio dell'attività sessuale ma sortisce un impatto positivo favorendo comportamenti sessuali più sicuri, spesso portando a posticipare l'inizio della vita sessuale. Una valutazione dell'UNESCO, in vista dell'elaborazione di linee guida tecniche sull'educazione sessuale completa, ha constatato che i programmi curriculari contribuiscono a un inizio più tardivo nei rapporti sessuali, a una minore frequenza degli stessi, a un minor numero di partner sessuali, a una riduzione dei comportamenti a rischio e a un uso più frequente di preservativi e altre forme di contraccezione

(UNESCO, 2018). Come per tutte le materie scolastiche, l'educazione sessuale dovrebbe essere impartita in accordo con le leggi e le politiche dello Stato (UNFPA, 2016a).

Circa l'80 per cento dei 48 paesi oggetto di una recente ricerca hanno adottato politiche o strategie che sostengono un'educazione sessuale completa (UNESCO, 2015).

### Verso l'accesso per tutte e tutti

Assicurare l'accesso a informazioni e servizi è una priorità per la comunità internazionale. Nel corso degli anni il mondo della politica, il personale medico e gruppi di pressione hanno contribuito a rispondere ad

alcuni interrogativi fondamentali: "accesso a che cosa?", "accesso per chi?" e "che cosa significa, nella pratica, accessibilità?"

Oggi si conviene su un obiettivo: ogni persona, in ogni parte del pianeta, deve poter accedere a informazioni e servizi qualificati, per rispondere all'intera gamma delle esigenze di salute sessuale e riproduttiva, nell'arco di tutta la vita. Per quanto siano evidenti i notevoli progressi compiuti verso tale obiettivo, la sua piena attuazione ancora non è alla portata di molte persone, a causa di una scarsa sensibilizzazione, risorse inadeguate, insufficiente volontà politica o per una fondamentale disuguaglianza di genere.

---

## I PUNTI DEL CAPITOLO

- Perché siano garantiti i diritti e la libertà di scelta per ogni persona, lungo il corso dell'intera vita, chiunque deve disporre di un insieme completo di informazioni e servizi relativi alla salute sessuale e riproduttiva.
- I primi programmi si concentravano sull'ampliamento della disponibilità di contraccettivi per tutte le donne del mondo; con il tempo il concetto di accesso si è modificato. Gruppi di pressione, personale medico e mondo politico hanno contribuito a dare risposte a domande fondamentali: "accesso a che cosa?", "accesso per chi?" e "che cosa significa, nella pratica, accesso?". Quanto più si approfondisce lo studio degli ostacoli all'accesso, quanto più insorgono nuove barriere, tanto più è pressante la necessità di sollevare questi interrogativi.
- Lo sviluppo del concetto di accesso ha portato a riconoscere cosa impedisce alle singole persone di usufruire di informazioni e servizi che assicurano la salute, il benessere e il rispetto di diritti e della libertà di scelta nella vita sessuale e riproduttiva di ciascuno.
- Nonostante i significativi progressi fatti per ampliare l'accessibilità di servizi e informazioni che consentono la completa realizzazione della salute e dei diritti riproduttivi, il progresso è disuguale e persistono molte disparità. Sulle disuguaglianze nella salute sessuale e riproduttiva incidono profondamente altre disuguaglianze, quali il reddito, la qualità e l'accessibilità dei sistemi sanitari, le leggi e le normative vigenti, le norme sociali e culturali, nonché la possibilità di ricevere un'adeguata educazione sessuale.



# L'OSTACOLO ALLA BASE DI TUTTI GLI ALTRI

Nei paesi più ricchi era già in corso, negli anni Sessanta, la rivoluzione sessuale, alimentata soprattutto dall'avvento di metodi contraccettivi affidabili e sicuri. Nello stesso periodo i paesi in via di sviluppo affrontavano enormi cambiamenti di tipo economico e sociale che hanno profondamente trasformato le loro società.

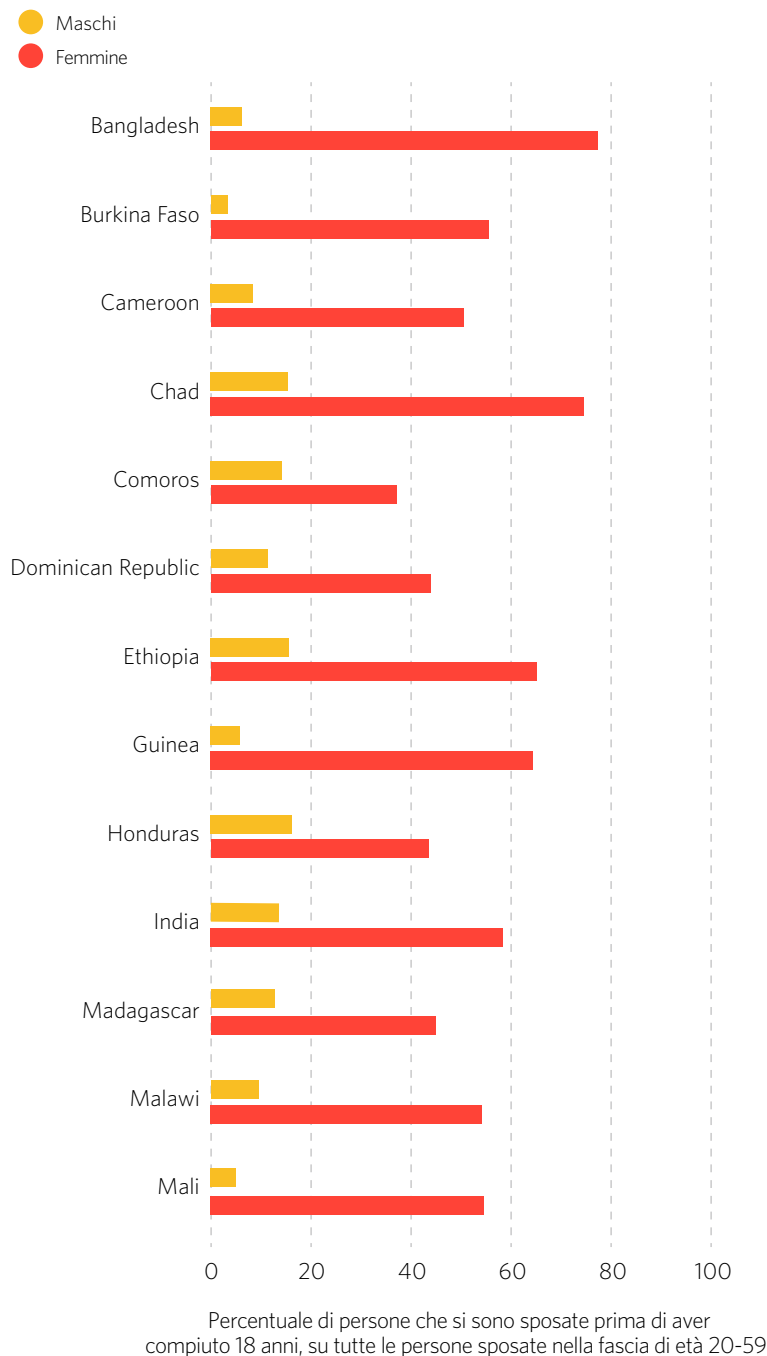
Rientrano in tali trasformazioni i nuovi atteggiamenti nei confronti di quello che uomini e donne possono e devono fare nella vita.

In quegli stessi anni Ela Bhatt, Sonia Montaño, Gloria Steinem e altre femministe in tutto il mondo promuovevano il riconoscimento della disuguaglianza di genere e della sua connessione con la sessualità, con la disparità nei rapporti familiari, con i diritti riproduttivi e con le violenze sessuali. Questa visione più ampia della disuguaglianza di genere gioca ancora oggi un ruolo centrale nel dibattito sui diritti riproduttivi.

Di tutti gli ostacoli al conseguimento e all'esercizio dei diritti umani, compresi quelli riproduttivi, pochi si sono dimostrati così difficili da superare come quelli basati sul genere. Il genere, inteso come la rete di aspettative e di norme interne a una determinata società che definiscono, nel loro insieme, quali sono per uomini e donne i comportamenti appropriati, i ruoli e le caratteristiche principali, viene appreso, interiorizzato e consolidato tramite le interazioni sociali con gli altri, ed esercita quindi un'influenza profonda su tutti gli ambiti dell'esistenza.

Se è vero che il modo in cui si esprime il genere varia con il variare dei contesti, in quasi tutte le società è però stato definito in modo tale da subordinare le donne (e le soggettività non binarie) agli uomini, caratterizzando le definizioni di mascolinità e femminilità livelli diversi di potere e di autorevolezza sociale. Tali differenze hanno portato, nella maggior parte delle società, alla sistematica privazione dell'autonomia decisionale per le donne e per le soggettività non binarie in quasi tutti i campi. Le norme di genere esercitano un'influenza particolar-

**FIGURA 5.1** Il peso sproporzionato sulle bambine dei matrimoni precoci



mente pesante nelle questioni riproduttive.

### Il genere e i diritti riproduttivi si influenzano a vicenda

La disuguaglianza di genere limita la capacità delle donne di prendere liberamente le decisioni fondamentali su quando e con chi avere rapporti sessuali, sull'uso della contraccezione e dell'assistenza sanitaria, sull'intenzione o meno di inserirsi nel mondo del lavoro e sulla volontà o meno di raggiungere un livello di istruzione superiore. Le norme e le aspettative basate sulla disuguaglianza di genere amplificano gli effetti negativi degli altri fattori avversi ai diritti e alla libertà di scelta. Un esempio tipico sono i matrimoni precoci, infinitamente più comuni per le bambine che per i bambini (Figura 5.1). Quando una ragazza si sposa troppo presto, ha meno probabilità di frequentare la scuola o completare gli studi, o di spostarsi liberamente fuori casa; andrà più facilmente incontro a violenze di genere; ha meno probabilità di conoscere il proprio corpo e i propri diritti. La sua limitata possibilità di movimento, di istruzione e di conoscenze rafforza e perpetua a sua volta la disuguaglianza di genere.

### Il potere di scegliere

Nel complesso, il controllo che oggi le donne possono esercitare sulla loro vita riproduttiva è maggiore che in qualsiasi altro momento della storia dell'umanità, e ha profonde implicazioni per individui e società. In particolare per le donne, essere in

Fonte: MacQuarrie e Edmeades, 2015.

grado di scegliere quanti figli avere e quando averli, ha reso possibili esistenze non più dominate dalla procreazione e dalla cura dei figli e ha contribuito a ridurre le disuguaglianze di genere.

Con l'ampliarsi, nel tempo e in tutto il mondo, delle possibilità di scelta in ambito riproduttivo, quasi ovunque le donne hanno iniziato ad avere meno figli. Questa tendenza ha prodotto molti benefici soprattutto per le donne, incluse migliori condizioni di salute per loro stesse e per i loro figli, l'innalzamento del livello di istruzione, l'incrementata partecipazione al mercato del lavoro retribuito, il miglioramento del modo in cui donne e bambine vedono se stesse e sono valorizzate nella società e in famiglia (Stoebe-*et al.*, 2013). In molti ambienti tutto questo ha formato un circolo virtuoso di empowerment, dove la maggiore accessibilità a metodi affidabili per il controllo della fecondità ha consentito un maggiore esercizio dei diritti in altri settori, cosa che a sua volta ha ulteriormente contribuito al pieno esercizio dei diritti riproduttivi.

Il diritto di donne e uomini a decidere liberamente se, quando e quanti figli avere è ormai riconosciuto quasi universalmente. In ultima analisi quasi tutti i 4,3 miliardi di persone in età fertile in tutto il mondo si scontrano o si sono scontrati, in qualche fase della vita, con una inadeguata accessibilità dei servizi per la salute sessuale e riproduttiva (Starrs *et al.*, 2018). E tale accesso dipende fortemente dalle norme di genere dominanti.

## Potere, voce e libertà di scelta

In tutte le società la riproduzione è intrisa di un profondo significato sociale e culturale, che svolge un ruolo cruciale nel segnare la transizione tra i diversi stadi della vita e nel costruire la posizione sociale e l'identità di ognuno. Di conseguenza i comportamenti associati alla riproduzione, compreso il modo in cui si formano le famiglie e il comportamento sessuale, sono regolati da norme sociali molto spesso correlate al genere. Queste norme di genere costruiscono e rafforzano i sistemi sociali, legali ed economici.

Le società patriarcali si caratterizzano spesso per la forte e diffusa presenza di un duplice standard (Heise *et al.*, di prossima pubblicazione) in cui i criteri premianti per la mascolinità sono le prodezze sessuali, mentre per la femminilità sono purezza e castità. A tali norme e atteggiamenti improntati alla disuguaglianza di genere si ricorre spesso per razionalizzare il controllo sulla sessualità e sulla fecondità delle donne. La preoccupazione di tutelare la purezza sessuale delle donne è alla base di un'ampia gamma di pratiche dannose, come il matrimonio precoce e le mutilazioni



Una regista, montaggista e futura madre controlla il suo filmato nella sede delle Nazioni Unite. Sullo sfondo e sull'altoparlante di destra si vede il simbolo dell'Anno Internazionale della Donna. New York, 1974. © UN Photo/M. Faust

genitali femminili, ed è spesso usata dagli uomini come giustificazione della violenza di genere.

Le pratiche dannose che derivano da norme dettate dalla disuguaglianza di genere possono ulteriormente ostacolare l'accesso ai servizi per la salute sessuale e riproduttiva, e limitare i diritti e le possibilità di scelta in tutti gli ambiti dell'esistenza delle donne.

*Violenza di genere:* in tutti i paesi del mondo gli atti di violenza contro donne e bambine costituiscono una violazione dei diritti umani e una preoccupazione per la salute pubblica. Una donna su tre nel mondo subirà o ha subito, in qualche momento della sua esistenza, atti di violenza fisica o sessuale (García-Moreno *et al.*, 2013). L'esistenza – o anche solo la minaccia – di violenze crea un ambiente in cui le donne sono sottoposte agli uomini nelle questioni relative alla salute sessuale e riproduttiva, oltre a renderle maggiormente a rischio di contrarre infezioni trasmesse sessualmente o di avere gravidanze indesiderate.

*Matrimonio precoce:* si calcola che oggi ci siano nel mondo circa 800 milioni di donne che si sono sposate quand'erano ancora bambine. Il matrimonio precoce nega alla bambina la capacità decisionale e l'autonomia in famiglia e nelle decisioni sulla sessualità e la riproduzione, riduce le sue possibilità di ricevere un'istruzione, mina il suo futuro e le impedisce di realizzare appieno il proprio potenziale. Le bambine sposate hanno meno probabilità, rispetto alle donne adulte, di ricevere un'adeguata assistenza medica

durante la gravidanza; la mancata assistenza, aggravata dal fatto che molte bambine sposate non sono ancora fisicamente pronte ad avere figli, comporta gravi rischi per le madri e per i neonati. La mancanza di autonomia delle spose bambine quando si tratta di prendere decisioni sulla vita riproduttiva, abbinata spesso a restrizioni sulle loro possibilità di movimento, limita la loro capacità di fare liberamente delle scelte in materia di salute riproduttiva e di agire in base a tali scelte ricorrendo agli operatori sanitari.

*Pressioni sulla fecondità e preferenze per i figli maschi:* poiché la riproduzione è considerata parte fondamentale degli ideali sociali, di mascolinità e femminilità, sia gli uomini che le donne si trovano spesso sottoposti a pressioni considerevoli perché dimostrino la loro fecondità fin dall'inizio del rapporto coniugale. Un modello analogo si ripropone anche in quei contesti in cui esiste una forte preferenza per i figli maschi, a sua volta riflesso di una visione radicata e diseguale circa l'intrinseco valore di uomini e donne. In tali contesti si esercitano sulle donne fortissime pressioni perché partoriscono figli maschi, e la nascita di una bambina può provocare atti di violenza, abbandono o stigma sociale. In tali circostanze le donne hanno pochissime possibilità di decidere, di far sentire la loro voce o di scegliere, e dunque la loro autonomia è molto limitata.

*Disuguaglianze di genere nella legge e nelle prassi:* leggi e normative riflettono spesso i valori generali della

società riguardo al genere, e possono interferire con le decisioni autonome relative alle questioni di salute sessuale e riproduttiva. Può accadere per esempio che si vieti ai fornitori di servizi per la salute di distribuire contraccettivi alle adolescenti o alle donne nubili, o che si criminalizzino i rapporti tra persone dello stesso sesso inducendo le persone lesbiche, gay, bisessuali, transgender e intersex (LGBTI) a evitare il ricorso ai servizi per la salute sessuale e riproduttiva.

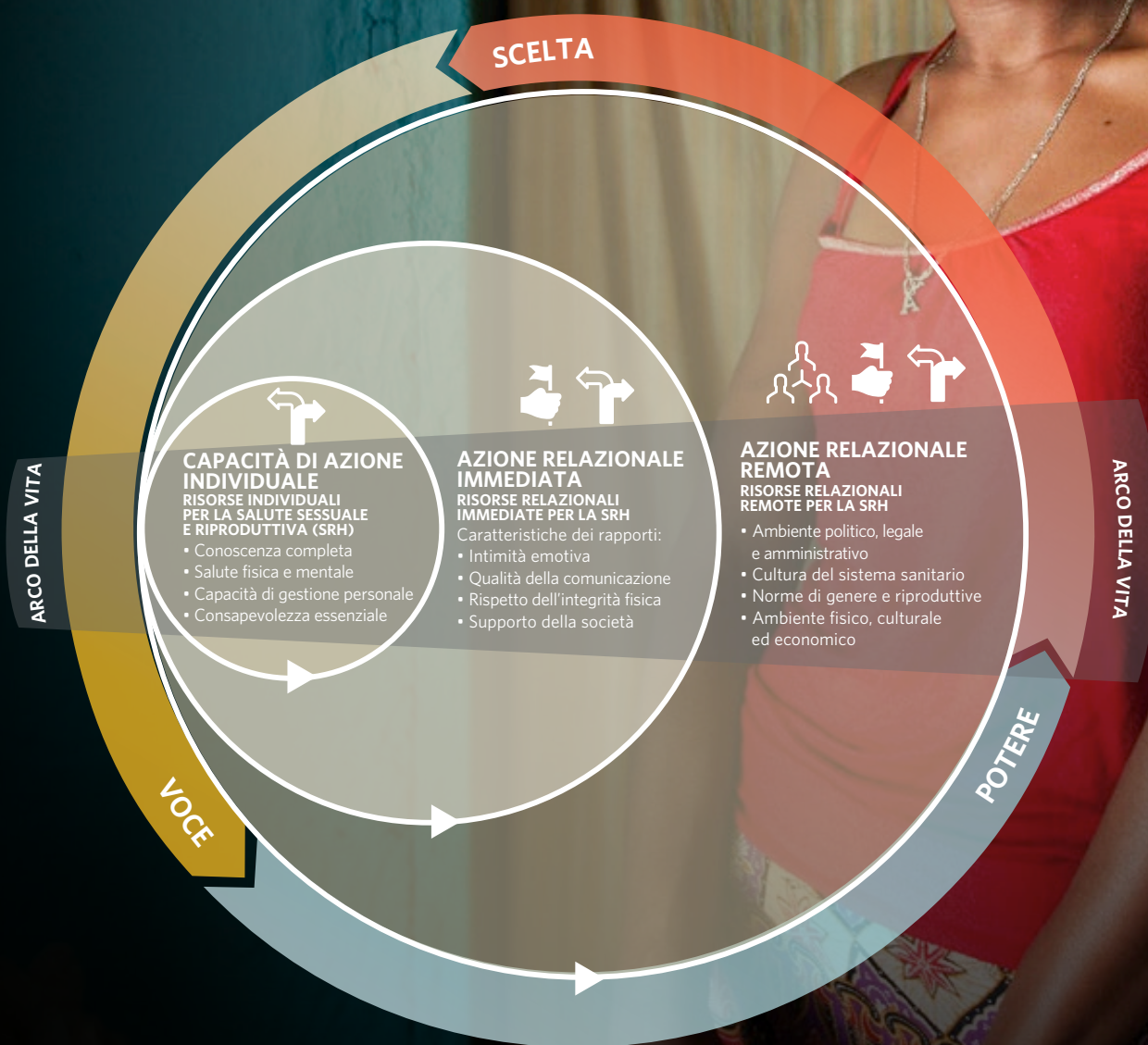
## Una questione di relazioni

Le decisioni in ambito sessuale e riproduttivo e il ruolo che riveste il genere al momento in cui vengono prese sono intrinsecamente relazionali, ovvero implicano le interazioni con gli altri, soprattutto con i partner sessuali o affettivi ma anche con i familiari, i membri delle comunità di appartenenza e le istituzioni come ambulatori e ospedali. Il modo in cui gli individui agiscono è sempre vissuto all'interno di tali rapporti (Figura 5.2).

Particolarmente importanti per le decisioni su sessualità e procreazione sono tre aspetti influenzati dal genere: il *potere* della persona; la sua *voce*, ovvero la misura in cui è in grado di esplicitare e difendere le proprie esigenze e i propri desideri; le effettive *possibilità di scelta*. Potere, voce e scelta condizionano la capacità di agire di ciascuno all'interno di un rapporto, che si tratti di una relazione interpersonale, del rapporto con una istituzione o con la società in generale. Per esempio,

**FIGURA 5.2**

La capacità di azione dipende dai rapporti con singoli, comunità e istituzioni



Fonte: Edmeades et al., 2018



© Michele Crowe

## L'evoluzione del genere nella pianificazione familiare

Il senso di urgenza con cui politici e donatori hanno affrontato la questione della crescita demografica alla fine degli anni Sessanta ha fatto sì che molti dei primi programmi di pianificazione familiare vertessero soprattutto sulla riduzione della fecondità, e non sulla necessità di mettere le donne in grado di decidere liberamente quando iniziare una gravidanza o quanto distanziarla dalla precedente.

I programmi degli anni Sessanta e Settanta si sono quindi concentrati soprattutto sulla distribuzione dei contraccettivi alle donne, prestando scarsa attenzione ai desideri di donne e uomini che potevano utilizzarli, o ai contesti sociali e di genere entro cui si assumono le decisioni in ambito riproduttivo.

Alcuni di questi primi programmi, nel migliore dei casi, ignoravano del tutto le questioni di genere e, nel peggiore, si rendevano parzialmente responsabili della perpetuazione delle disuguaglianze di genere, al fine di incrementare l'uso della contraccezione e far diminuire la fecondità. Concentrarsi sulle donne, e soprattutto sulle donne sposate, come target principale dei programmi di pianificazione familiare ha portato a rafforzare le norme di genere già esistenti, che evidenziavano quello di moglie e madre come ruolo primario della donna.

Tali programmi riflettevano di solito le società patriarcali in cui operavano, prestando pochissima attenzione non solo alle dinamiche

una donna può avere una considerevole capacità di agire nel rapporto immediato con il marito, ma essere molto più limitata nei rapporti con l'operatore sanitario o, magari, con la suocera.

Il potere di agire all'interno di una relazione non è lo stesso a tutti i livelli. Per esempio, a livello individuale, la capacità di agire è influenzata da fattori quali le conoscenze in materia di salute e diritti sessuali e riproduttivi, conoscenze che possono consentire alla persona di difendersi in modo più efficace e assumere decisioni informate. A un altro livello, la capacità di agire dipende da fattori come il rispetto di ciascun partner per l'integrità fisica dell'altro, o la libertà con cui ognuno può esprimere le proprie opinioni sulla contraccezione. A un livello più remoto, ovvero nei rapporti con istituzioni quali il sistema sanitario o quello economico, la capacità di agire dipende dal modo in cui tali sistemi rispondono

alle esigenze individuali. All'interno di tutti questi rapporti, le norme di genere svolgono un ruolo chiave. Possono potenziare – o minare – la capacità di azione in tutti gli aspetti della vita, ed in particolare nelle decisioni riguardanti la salute sessuale e riproduttiva.

Gli sforzi che mirano ad ampliare l'accessibilità all'assistenza per la salute sessuale e riproduttiva, e a mettere le persone in grado di esercitare i loro diritti riproduttivi, si possono giovare di un approccio che non soltanto prevenga le esigenze delle *donne*, ma che tenga anche conto delle influenze esercitate sulle decisioni in tale ambito dal *genere* e dal modo in cui il genere stesso incide sui rapporti, compresi quelli con i sistemi sanitari. Approfondire tali dinamiche può essere di aiuto a chi eroga i servizi, per dare una migliore risposta alle esigenze uniche e personali di ciascun utente.



## CAMPIONI DEL CAMBIAMENTO

# Gita Sen

femminista Development Alternatives with Women for a New Era (Alternative di Sviluppo con le Donne per una Nuova Era) più noto come DAWN, Sen riunisce studiosi e fautori dell'uguaglianza di genere, utilizzando gli strumenti della ricerca e dell'attivismo per promuovere la giustizia in un'ottica di genere.

Da 35 anni l'economista indiana Gita Sen si impegna perché il pensiero femminista possa svolgere il ruolo che gli spetta di diritto al centro degli impegni nazionali e internazionali sulla salute e sui diritti sessuali e riproduttivi. Da leader del network

“Dobbiamo far sì che lo sviluppo valga anche per donne e bambine” dice Sen “e lottare per i diritti umani delle donne, in tutti i modi possibili.”

Sen ha svolto un ruolo fondamentale nel mobilitare l'opinione pubblica a livello globale per l'evento epocale che ha cambiato per sempre la nostra concezione di popolazione e sviluppo, la ICPD del 1994. Prima di allora le conferenze sulla popolazione coinvolgevano soprattutto uomini che deliberavano sugli obiettivi demografici. Parole come “rapporti sessuali” e “riproduzione” si sentivano di rado. Alla ICPD invece si imbattono in quella che Sen definisce “la forza irresistibile del movimento delle donne.” Con migliaia di attiviste che partecipavano dal Sud e dal Nord del mondo, salute e diritti sessuali e riproduttivi delle donne sono diventati la priorità in agenda.

“Venticinque anni dopo, il mondo è un posto molto più difficile, per i diritti umani. C'è stata un'enorme reazione contro le donne e il femminismo” riflette Sen “ma il fatto che l'agenda ICPD resti valida e in vigore la dice lunga sull'importanza di quello che abbiamo ottenuto.”

Sen sostiene da tempo che il vero cambiamento per le donne si verificherà solo quando le donne stesse si mobiliteranno per abbattere le attuali strutture di potere e modificare i modelli dello sviluppo. Questo significa tra l'altro orientare diversamente le economie perché non dipendano più dal lavoro assistenziale non retribuito svolto dalle donne, o dalla loro segregazione nei lavori più umili e peggio pagati. L'obiettivo dovrebbe andare ben oltre quello di ottenere una fetta uguale di una “torta avvelenata”.

*“Dobbiamo far sì che lo sviluppo valga anche per donne e bambine, e lottare per i diritti umani delle donne, in tutti i modi possibili”*

Quanto al suo impegno di una vita per l'uguaglianza di genere, dice: “Credo che a spingermi sia il fatto di essere donna. Mi sono resa conto delle disuguaglianze di genere fin da bambina, quando c'erano un sacco di regole su quello che le bambine potevano essere e fare, che non valevano per i maschi. Più tardi, quando ho capito come funzionano le strutture del potere e della disuguaglianza in intere società e in intere economie... Beh, non potevo più tirarmi indietro.”





© UN Photo/Milton Grant

di genere in materia di decisioni sulla procreazione, ma anche al benessere generale delle donne. Con l'eccezione dell'impegno per incrementare l'uso dei preservativi, pochi programmi si rivolgevano agli uomini.

Già nel 1974, anno della Conferenza Mondiale della Popolazione, governi, associazioni femministe e altri organismi iniziarono a esprimere la loro irritazione per gli obiettivi demografici che fino a quel momento erano stati alla base del movimento internazionale per la pianificazione familiare. L'aumento delle testimonianze di violazioni dei diritti umani e riproduttivi, l'assenza di input da parte delle persone maggiormente coinvolte dai programmi in questione, il mancato riconoscimento

di problematiche più vaste inerenti allo sviluppo sociale ed economico riscontrati in alcuni programmi di pianificazione familiare contribuirono a produrre un significativo scetticismo, tra i paesi in via di sviluppo, riguardo agli intenti del movimento internazionale per la pianificazione familiare. Tale scetticismo portò i loro governi a fare pressioni per adottare un approccio più completo allo sviluppo, che prevedesse anche misure rivolte a potenziare l'autonomia delle donne per metterle in grado di decidere liberamente se, quando e quanti figli avere.

Questa spinta conobbe negli anni successivi una notevole accelerazione. Il Decennio della Donna indetto dalle Nazioni Unite (1976-1985), per esempio, veniva grosso

modo a coincidere con tre conferenze mondiali delle Nazioni Unite dedicate alle donne (nel 1975, 1980 e 1985), con la creazione di UNIFEM (Fondo delle Nazioni Unite per le Donne) e con la promulgazione della CEDAW, la Convenzione sull'Eliminazione di Ogni Forma di Discriminazione Contro le Donne.

I network venutisi a creare lungo il cammino hanno portato alla nascita di una solida alleanza femminista, che è stata in grado di influenzare le decisioni del movimento per la pianificazione familiare nei due decenni successivi.

Con la ICPD del 1994 il movimento per i diritti riproduttivi ha compiuto un grosso balzo in avanti. A dettare l'agenda erano i difensori della libertà di scelta personale e

## Genere e vulnerabilità: adolescenti, minoranze sessuali e persone con disabilità

L'effetto delle norme di genere è avvertito in modo più diretto da quei gruppi in cui il controllo sulla sessualità e sui comportamenti riproduttivi è considerato particolarmente importante, e da quelli i cui comportamenti non si conformano alle aspettative sociali dominanti. Il loro impatto sulla salute e sui diritti sessuali e riproduttivi è spesso profondo, e può comportare conseguenze concrete per la salute.

### Adolescenti

L'adolescenza è una fase della vita in cui sono particolarmente importanti le forze della socializzazione di genere, ovvero il contesto in cui ragazzi e ragazze imparano quali sono i comportamenti che la società considera accettabili a seconda del genere (John et al., 2017). È però anche il periodo in cui è particolarmente ridotto il livello di potere, di espressione e di scelta, fatto che comporta specifiche difficoltà nell'accedere ai servizi (Patton et al., 2016). Questo è ancora più vero per le ragazze.

Gli adolescenti hanno esigenze sessuali e riproduttive specifiche per la loro età. Spesso le loro conoscenze in materia di salute e di come accedere all'assistenza sanitaria sono molto scarse, fatto che riduce la loro capacità di prevenire le gravidanze e le infezioni trasmesse per via sessuale. Molte società proscrivono l'attività sessuale tra adolescenti, soprattutto se non sposati, il che moltiplica i costi sociali e lo stigma associato alla richiesta di usufruire dei servizi, amplifica i timori sulla confidenzialità nell'erogazione dei servizi stessi, e impone restrizioni legali al loro libero accesso. Infine, molte adolescenti si sposano quando sono ancora bambine, con una fondamentale violazione dei loro diritti. Queste ragazze, ancora più degli adolescenti nel loro complesso, sono state trascurate in quasi tutta la storia del movimento per la pianificazione familiare, malgrado siano ovvi ed evidenti i loro bisogni e la loro importanza nell'ambito degli obiettivi generali del movimento.

### Persone con disabilità

Donne e giovani con disabilità affrontano molte forme di discriminazione tra cui anche quella basata sul genere. I dati disaggregati in base a disabilità, sesso ed età sono ancora molto scarsi, mentre sarebbero indispensabili per comprendere la situazione delle persone con disabilità e per intraprendere politiche adeguate. Dati raccolti in tutto

il mondo sulla violenza sessuale e di genere e sulla salute e sui diritti riproduttivi delle donne e dei giovani con disabilità attestano come i loro diritti siano gravemente a rischio. I minori di 18 anni con disabilità hanno una probabilità quattro volte maggiore rispetto ai loro pari non disabili di essere vittime di abusi; tra loro, le persone maggiormente a rischio sono quelle con disabilità mentali, e tra queste in particolare le ragazze. Bambine e giovani donne con disabilità hanno maggiori probabilità di subire violenze rispetto ai loro pari, maschi, con disabilità, o ad altre bambine e giovani donne non disabili.

**Le donne e i giovani con disabilità affrontano molte forme di discriminazione, compresa quella basata sul genere.**

### Minoranze sessuali

Le persone LGBTI devono affrontare ulteriori ostacoli per accedere a informazioni e servizi per la salute sessuale e riproduttiva. Nella maggior parte delle società, in cui le norme sociali impongono il comportamento eterosessuale mettendo l'accento sulla riproduzione, queste persone devono affrontare diffuse e pesanti discriminazioni e stigmatizzazioni, spesso le loro pratiche sessuali sono considerate reato e vanno incontro ad alti livelli di violenze sessuali (Starrs et al., 2018). Di conseguenza le persone delle comunità LGBTI spesso sono riluttanti a rivelare il loro orientamento sessuale o a parlare della loro attività sessuale con gli operatori dei servizi sanitari, e in questo modo non riescono a ricevere quell'assistenza di qualità che dovrebbe rispondere alle loro esigenze. Questa popolazione continua a essere emarginata anche all'interno del movimento per la pianificazione familiare, un fatto che riflette sia i pregiudizi diretti, sia la convinzione che la riproduzione e le questioni inerenti non riguardino queste persone.

della necessità di adottare un'ottica di genere nella tutela dei diritti riproduttivi.

Nel 2010 è nata UN Women (United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women) per contribuire a realizzare, in tutto il mondo, l'obiettivo dell'uguaglianza di genere e dell'empowerment per tutte le donne. Nel 2012 l'annuale *World Development Report* (Rapporto sullo Sviluppo Mondiale) della Banca Mondiale si è concentrato specificamente sulle disuguaglianze di genere, affermando che il genere è al centro dello sviluppo e che l'uguaglianza di genere rappresenta un valore intrinseco, e non un semplice strumento per conseguire la crescita economica o altri obiettivi (World Bank, 2012). Infine, nel 2015, le Nazioni Unite hanno approvato l'Agenda 2030 con i relativi 17 Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile, che prevedono un target di "accesso universale alla salute sessuale e riproduttiva e ai diritti riproduttivi," oltre a un considerevole incremento del numero di indicatori correlati al genere utilizzati nel monitoraggio dei progressi. L'Obiettivo 5 punta a raggiungere l'uguaglianza di genere e l'autonomia di donne e ragazze in generale, chiedendo, tra l'altro, che le raccomandazioni del Programma d'Azione della ICPD siano parte integrante di tutti i progetti, le misure politiche e i programmi nazionali.



## Sfidare lo status quo: verso programmi che modificano la percezione del genere

I programmi per la salute sessuale e riproduttiva che tengono in considerazione l'influenza del genere sulla capacità di agire nel contesto relazionale sono di solito quelli meglio attrezzati per aiutare donne e uomini a esercitare i loro diritti riproduttivi (Edmeades *et al.*, 2018).

Dal 1969 a oggi sono stati compiuti enormi progressi nella tutela dei diritti riproduttivi. Ma per conseguire ulteriori successi è necessario mettere direttamente in discussione i legami tra il genere e la riproduzione, e le norme delle società patriarcali che li rinforzano. I programmi di pianificazione familiare, per esempio, possono diventare agenti di trasformazione dei rapporti di genere se puntano alla comprensione delle problematiche di genere così da promuovere l'uguaglianza e favorire la massima libertà nelle scelte sessuali e riproduttive. Sono già stati elaborati molti approcci promettenti, che indicano la giusta via per il conseguimento di questi obiettivi.

Per arrivare alla piena uguaglianza è necessario che gli uomini partecipino direttamente, come partner a pieno titolo, che siano coinvolti in questioni che riguardano anche la loro stessa salute e che vengano stimolati a sostenere l'autonomia delle donne (Hook *et al.*, 2018).

Tra le iniziative che hanno adottato un approccio di questo tipo c'è il programma *Mobilizing Men*, che si è dimostrato in grado di ridurre la

violenza contro le donne in India, Kenya e Uganda (Greig e Jerker, 2012).

Un altro esempio analogo è *Men-Care*, programma sviluppato da Promundo e Sonke Gender Justice. Esso punta a sfidare le norme tradizionali riguardanti l'assistenza familiare, incoraggiando e aiutando gli uomini ad assumere ruoli che tradizionalmente non sono considerati maschili, per raggiungere una situazione complessiva di maggior benessere, uguaglianza di genere e salute. Nello stesso spirito la *Ecole des maris*, o *Scuola dei Mariti*, in Niger, ha ottenuto notevoli successi nel coinvolgere i mariti nelle questioni riguardanti la salute sessuale e riproduttiva loro personale e delle loro mogli.

Se per raggiungere gli obiettivi a lungo termine del rispetto dei diritti riproduttivi è di cruciale importanza coinvolgere gli uomini nei processi di trasformazione dell'ottica di genere, altrettanto essenziale è proseguire nell'impegno per l'empowerment di donne e bambine, affinché possano realizzare appieno il loro potenziale. Dei molti cambiamenti cui abbiamo assistito negli ultimi vent'anni da questo punto di vista, nessuno forse produrrà un impatto maggiore sulle norme di genere, nel lungo periodo, come lo spiccato aumento della formazione scolastica delle bambine. L'esperienza e i contenuti della scolarizzazione possono risultare esperienze trasformative soprattutto per le bambine: le aiuta a comprendere meglio il loro posto nella società e i fattori che lo influenzano; fornisce loro le capacità

## CAMPIONI DEL CAMBIAMENTO

# Lise-Marie Dejean

di loro proprietà". E prosegue, ancora più animata: "Abbiamo dovuto smantellare i miti e le mentalità. Abbiamo dovuto aiutare le donne a prendersi cura del loro corpo e della loro salute."

Notissima ad Haiti come paladina dei diritti delle donne, Dejean, che oggi ha 75 anni, è nata poco dopo la fondazione, nel 1934, della prima organizzazione femminista del paese, che combatteva per il diritto delle donne all'istruzione e alla partecipazione, compreso il diritto di voto. Dejean ricorda quando andava alle riunioni femministe con sua madre. Ma solo dopo la laurea in medicina, osservando gli spaventosi tassi di mortalità materna di Haiti, si era resa pienamente conto delle dimensioni enormi della discriminazione di genere, e dell'assenza dei diritti riproduttivi.

Decise allora di portare le sue capacità di medico in alcune delle zone più povere e isolate di Haiti, cercando le pazienti una per una e formando le levatrici per ampliare i servizi medici disponibili. In seguito, a capo di una delle principali organizzazioni femminili haitiane — Solidarite Fanm Ayisyèn, SOFA — ha contribuito all'apertura di ambulatori per le donne nei sovraffollati slum urbani. Uno dei capisaldi della sua militanza è stata la pressione per depenalizzare l'aborto volontario. L'aborto clandestino e a rischio, sottolinea Dejean, è responsabile di un terzo delle morti materne. "È una lotta per la vita delle donne" insiste.

Per le donne haitiane la ICPD del 1994 ha rappresentato uno spartiacque. Uno dei suoi risultati più importanti è stata la creazione del primo Ministero Nazionale per le Questioni Femminili, guidato dalla stessa Dejean. Per farlo funzionare ha dovuto sfidare minacce di morte e manifestazioni degli oppositori, e ancora oggi occorre una vigilanza incessante per le continue proposte di abolizione.

Ma Dejean non si lascia intimidire: "Le donne iniziano a vedersi come persone con dei diritti" dice "è una magnifica conquista. Quando una persona è psicologicamente pronta a difendere se stessa in quanto essere umano, si tratta di una grande vittoria. Quella donna non si perderà più. Non permetterà più a nessuno di sopraffarla."

"Sono cresciuta in un ambiente in cui la vita delle donne era sempre messa da parte" ricorda Lise-Marie Dejean "gli uomini ripetevano loro di continuo - finendo per indurle a crederci - che il loro corpo non era

***"È una magnifica conquista.  
Quando una persona è  
psicologicamente pronta a difendere  
se stessa in quanto essere umano,  
si tratta di una grande vittoria.  
Quella donna non si perderà più.  
Non permetterà più a nessuno  
di sopraffarla"***



## CAMPIONI DEL CAMBIAMENTO

# Sivananthi Thanenthiran

tutte negli anni Sessanta. Si era già parlato molto delle donne e del loro corpo. Scelse quindi di partecipare a iniziative seminali come la Women's Candidacy Initiative (Candidatura delle Donne) in Malesia, suo paese natale. L'iniziativa sosteneva le candidature politiche di chi si prefiggeva di difendere i diritti delle donne.

Ma nel 2006, lavorando a un libro sulla salute riproduttiva in Asia, ha iniziato a guardare le cifre e a parlare con la gente, e a indignarsi.

“È stato un vero shock per me scoprire che quelle battaglie erano ancora tanto vive e presenti. Dovevo fare qualcosa.”

Thanenthiran si è unita alle attiviste dell'ARROW, Asian-Pacific Resource and Research Centre for Women (Centro per le Risorse e la Ricerca per le Donne della Regione Asia-Pacifico), diventando in seguito la Direttrice Esecutiva dell'organizzazione. Attiva in 17 paesi, ARROW promuove la piena realizzazione della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi per tutte le donne, affinché possano diventare cittadine con pari diritti in tutti gli ambiti della vita.

Dai social media fino ai vertici di politica internazionale, Thanenthiran è diventata una delle voci più ascoltate, instancabile

nel sottolineare i divari nei diritti sessuali e riproduttivi e a proporre collegamenti con gli altri problemi che aggravano la situazione, come la povertà e i cambiamenti climatici. In un mondo frammentato e profondamente diseguale, il suo impegno consiste nel mobilitare l'opinione pubblica e le personalità politiche a ribellarsi contro quello che lei definisce il “mercanteggiare” sui diritti sociali nel quadro della lotta per le risorse, economiche e di altro genere, che si fanno sempre più scarse.

Thanenthiran è fiera delle giovani femministe che iniziano a farsi avanti portandosi alla testa del movimento ovunque, anche dentro ARROW. Queste ragazze hanno ereditato un mondo che riconosce ampiamente l'uguaglianza di genere, come mai prima nella storia.

Tuttavia la battaglia è tutt'altro che vinta, avverte. Molto dipende da loro, dal loro coraggio e dalla capacità di restare unite: “Si ottiene solo quello per cui si combatte. Dobbiamo avere ben chiare le prospettive che abbiamo davanti a noi, e procedere impavide in quella direzione.”

*“Si ottiene solo quello per cui si combatte. Dobbiamo avere ben chiare le prospettive che abbiamo davanti a noi, e procedere impavide in quella direzione”*



e le informazioni per poter far sentire la loro voce nel rapporto con gli altri e per difendere i loro interessi; le protegge da pratiche dannose come i matrimoni precoci. Altri programmi, come *Abriendo Oportunidades* in Guatemala, implementato dal Consiglio per la Popolazione, si sono dimostrati efficaci nell'aiutare le ragazze ad affrontare serenamente il passaggio all'età adulta, aprendo loro letteralmente nuove opportunità che probabilmente influenzeranno l'intero andamento della loro vita.

Anche l'educazione completa alla sessualità contribuisce a modificare le norme di genere grazie a programmi scolastici adeguati alle diverse età, che forniscono informazioni sulla

sessualità e sulla riproduzione ma che si concentrano anche sui rapporti di genere e di potere nella coppia. UNESCO e UNFPA sostengono l'educazione completa alla sessualità nelle scuole e tramite organismi locali in decine di paesi in via di sviluppo (Haberland, 2015). Incoraggiare i ragazzi e le ragazze a discutere apertamente di questioni riguardanti la sessualità, porterà a rapporti di coppia all'insegna della comunicazione reciproca, in cui entrambi i partner si sentono liberi di parlare dei loro desideri e delle loro preferenze, nel rispetto reciproco, migliorando così non solo i rapporti tra uomini e donne ma anche gli esiti riproduttivi.

Conseguire l'obiettivo generale

dell'autonomia decisionale per tutte le persone esige che la comunità impegnata nella tutela della salute sessuale e riproduttiva sottoscriva un rinnovato impegno ad approfondire la comprensione del ruolo svolto dal genere e dal modo in cui ruoli e aspettative di genere si ripercuotono sui rapporti sociali nell'ambito della salute sessuale e riproduttiva. Solo affrontando le cause alla radice il settore potrà finalmente asserire di avere effettivamente liberato l'umanità da quelle che Goldberg (2009) descrive come le "tirannie intersecanti di cultura e biologia," uno sforzo che è a tutt'oggi uno dei più ambiziosi intrapresi dall'umanità in tutta la sua storia.

---

## I PUNTI DI QUESTO CAPITOLO

- Dei tanti ostacoli al conseguimento e all'esercizio dei diritti umani, compresi i diritti riproduttivi, pochi si sono dimostrati tanto difficili da superare come quelli basati sul genere.
- Per genere si intende la rete di aspettative e di norme interne a una società, che nel loro insieme definiscono i comportamenti appropriati, i ruoli e le caratteristiche maschili e femminili. Tutto ciò viene appreso, interiorizzato e rafforzato mediante i rapporti sociali con gli altri e produce pertanto un impatto profondo in tutti gli ambiti dell'esistenza.
- La disuguaglianza di genere limita la capacità delle donne di prendere liberamente le decisioni fondamentali su quando e con chi avere rapporti sessuali, sull'uso della contraccezione e sul ricorso all'assistenza sanitaria, sulla possibilità o meno di cercare un lavoro o di accrescere il proprio livello di istruzione.
- Le norme di genere limitano i diritti riproduttivi degli uomini, esercitando su di loro forti pressioni sociali affinché dimostrino la loro fertilità, inducendoli ad adottare comportamenti a rischio e ad avere molti figli.
- Le norme e le aspettative improntate alla disuguaglianza di genere amplificano gli effetti negativi degli altri ostacoli ai diritti e alla libertà di scelta.
- Le decisioni sessuali e riproduttive e il ruolo che riveste il genere sono intrinsecamente relazionali in quanto coinvolgono i rapporti con gli altri: prima di tutto con i partner sessuali o affettivi ma anche con i membri della famiglia e della comunità di appartenenza, e con istituzioni come gli ambulatori e gli ospedali.
- Senza una maggiore uguaglianza di genere non si possono attuare i diritti riproduttivi.
- I programmi per la salute sessuale e riproduttiva che tengono conto delle influenze esercitate dal genere sulla capacità di agire all'interno delle relazioni, e che cercano di promuovere una maggiore uguaglianza di genere, sono quelli meglio attrezzati per aiutare donne e uomini a esercitare i loro diritti riproduttivi.





# SE CROLLANO I SERVIZI

Dalla metà degli anni Novanta governi, associazioni di aiuto allo sviluppo e organismi internazionali hanno erogato sempre più servizi alle donne e alle adolescenti le cui possibilità di scelta erano state limitate dalle guerre e dalle catastrofi naturali.

Nel ventunesimo secolo, con il moltiplicarsi di annosi conflitti e di catastrofi naturali sempre più gravi legate al clima, la comunità internazionale è sempre più concorde sulla priorità di questi temi. Molti Stati hanno approvato impegni successivi, intesi ad affrontare le problematiche della salute riproduttiva e delle violenze di genere nelle situazioni di crisi, e gli organismi che se ne occupano hanno affinato la loro competenza nelle pratiche salvavita.

## Un mondo di drammi

Oggi il mondo deve affrontare livelli di crisi umanitarie senza precedenti. In tutto il mondo, nel solo 2018, 136 milioni di persone hanno avuto bisogno di aiuti umani-

tari; nel 2017 questi aiuti avevano interessato 91 milioni di persone (OCHA, 2018).

Le cifre riguardanti i rifugiati, migranti e sfollati interni negli ultimi anni continuano a salire. Tra i fattori di questo incremento ci sono i prolungati conflitti causati da fragilità nazionali che ne vengono a loro volta esacerbate; devastanti fenomeni meteorologici collegati ai cambiamenti climatici; eventi imprevedibili come i terremoti.

La perdita della sicurezza e dell'alloggio e la devastazione dei sistemi che garantiscono acqua, cibo, igiene e salute si combinano, causando prolungate avversità per le persone colpite. Molti sono costretti a sfollare, con le ulteriori sofferenze com-

portate dal viaggio. Altri restano a languire, a volte per decine di anni, negli insediamenti per rifugiati.

Ogni giorno oltre 500 donne e bambine dei paesi in condizioni di emergenza muoiono per cause collegate alla gravidanza e al parto, per la mancanza di personale qualificato o di procedure ostetriche d'emergenza, oltre che per il ricorso ad aborti a rischio (UNFPA, 2018b).

L'insicurezza e la condizione di sfollato o rifugiato incrementano la vulnerabilità a stupri, sfruttamento e contagio da HIV, specie tra le donne, le ragazze e i ragazzi adolescenti, le persone con disabilità e quelle che si identificano come lesbiche, gay, bisessuali, transgender o intersex.



Le cause e la gravità dell'allontanamento da casa variano in misura considerevole da un paese all'altro e anche all'interno di uno stesso paese, ma invariabilmente a soffrire di più e più a lungo sono le persone più svantaggiate. "Povertà e disuguaglianza, instabilità politica e fragilità nazionale, carenza d'acqua e insicurezza alimentare, cambiamenti climatici e degrado ambientale, sviluppo insostenibile e cattiva urbanizzazione si combinano in ciascun paese in modi diversi, incrementando il rischio e la vulnerabilità della popolazione", spiega l'Internal Displacement Monitoring Centre (Centro di Monitoraggio per gli Sfollati Interni). E in particolare, dichiara, "i livelli minimi di sviluppo umano sono in stretta relazione con il rischio di dover sfollare a causa di una catastrofe" (IDMC, 2018).

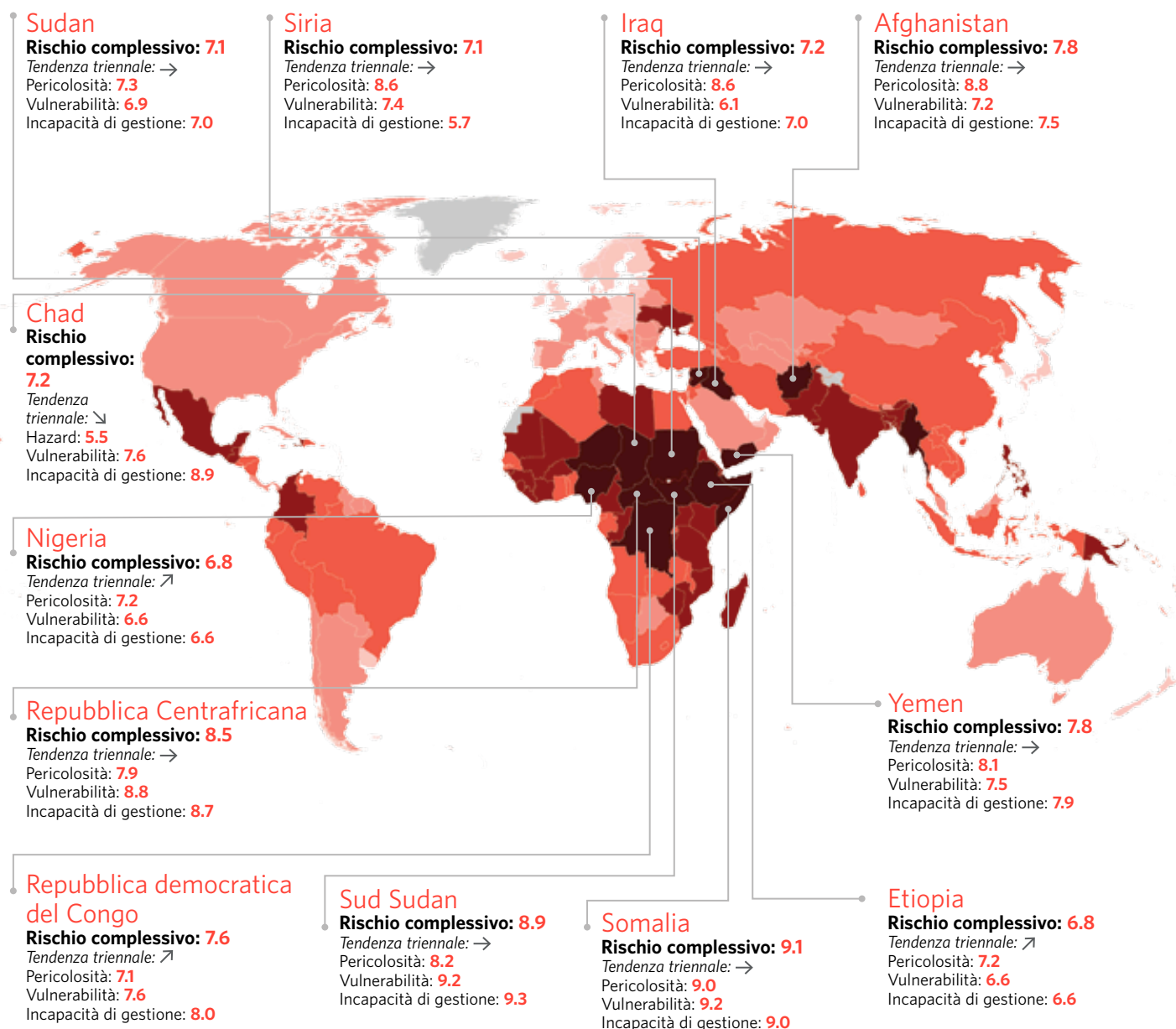
I dati combinati dalle agenzie delle Nazioni Unite, dalla Commissione Europea, dai governi e organizzazioni non governative mostrano che in almeno 12 paesi eventuali crisi e catastrofi umanitarie rischierebbero di travolgere le capacità di risposta nazionali. (Figura 6.1; IASC e European Commission, 2019).

### **Crisi prolungate: la nuova normalità**

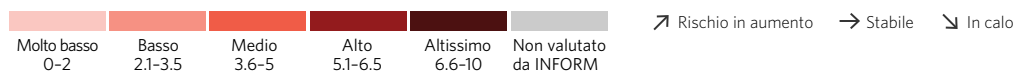
Da sempre le guerre producono un forte impatto sulla popolazione civile e spesso hanno prodotto esodi di massa. Nel 1969, proprio mentre nasceva UNFPA, la guerra in Biafra causava una enorme crisi umanitaria e una gravissima carestia. Nel 1994, l'anno della ICPD, i conflitti nella ex Jugoslavia e la guerra civile in Ruanda scatenavano spaventosi attacchi contro la popolazione civile.

**FIGURA 6.1** Crisi umanitarie e catastrofi naturali rischiano di travolgere la capacità di reazione di un paese

L'Indice di Rischio Globale INFORM 2019 considera tre dimensioni: pericolosità ed esposizione, vulnerabilità e incapacità di gestione. La mappa mostra nel dettaglio i 12 paesi con il livello di rischio complessivo più elevato. La Legenda è basata sul database dell'INFORM 2019 Global Risk Index.



**INDICE DI RISCHIO INFORM**



Oggi “le crisi prolungate sono la nuova normalità”, secondo la *Global Humanitarian Overview 2018* dell’Ufficio delle Nazioni Unite per il Coordinamento degli Affari Umanitari (OCHA, 2018). Lo sfollamento a lungo termine causato da conflitti insanabili ha portato a un aumento senza precedenti del numero di sfollati interni, rifugiati e migranti, creando un bisogno sempre crescente di aiuti e una sfida sempre più ardua per gli attori dell’assistenza umanitaria.

Otto anni di guerra civile nella Repubblica Araba Siriana hanno portato alla fuga di oltre la metà della popolazione.

Alla fine del 2017 c’erano 2,6 milioni di rifugiati dall’Afghanistan, 2,4 milioni dal Sud Sudan, quasi un milione dalla Somalia (UNHCR, 2018).

La crisi umanitaria numericamente più ingente oggi è quella dello Yemen, dove la guerra ha portato al crollo dell’economia, dei servizi sociali e dei mezzi di sostentamento. Quattro persone su cinque, 22 milioni, si trovano in stato di urgente bisogno, e molti di loro sono sull’orlo della denutrizione (OCHA, 2018).

Nel 2017 si sono registrati in tutto il mondo quasi 12 milioni di nuovi sfollati a causa di conflitti armati, terrorismo, violenza comune o politica: 6,9 milioni in più rispetto all’anno precedente; 18 milioni sono stati sradicati da catastrofi prodotte da fenomeni meteorologici (IDMC, 2018). All’inizio del 2018 si contavano 40,3 milioni di sfollati interni a causa di conflitti e 22,5 milioni di rifugiati – le cifre

più alte mai rilevate (IOM, 2017).

Il conflitto è stato l’elemento determinante in 19 delle 21 situazioni in cui le Nazioni Unite hanno coordinato progetti di intervento umanitario nel 2018. La maggior parte di queste crisi durano da almeno cinque anni; tre di esse (nella Repubblica Democratica del Congo, in Somalia e in Sudan) si protraggono da oltre 18 anni (OCHA, 2018). Il numero delle persone costrette a sfollare è cresciuto, nell’ultimo decennio, di oltre il 50 per cento.

Nel 2017 l’odio etnico ha costretto 655.500 persone Rohingya a fuggire da Myanmar nel Bangladesh. Nello stesso anno 2,9 milioni di siriani, 2,2 di congolesi e 1,4 di iracheni sono stati costretti a sfollare a causa di un conflitto (IDMC, 2018).

Gli effetti del protrarsi di un con-



flitto interno o esterno possono ripercuotersi a lungo dopo la fine delle ostilità. Nel 2017 la popolazione di sfollati più numerosa del mondo – 7,7 milioni di persone – viveva in Colombia, nonostante un accordo di pace sottoscritto nel 2016.

Spesso i conflitti più estesi causano il collasso delle istituzioni e il crollo economico, imponendo interventi umanitari su larga scala. Le minacce alla sicurezza degli operatori umanitari aggravano le difficoltà. Le persone più colpite, nei luoghi insicuri in cui sono rifugiate, sono sempre vulnerabili a nuovi scoppi di violenza e a nuove necessità di fuga: ogni volta ne escono un po' meno resilienti di prima (IDMC, 2018).

Chi fugge dalle violenze ha maggiori probabilità di restare all'interno del paese, anziché fuggire all'estero.

Molti sfollati interni si insediano nelle comunità ospiti, spesso nelle regioni urbane, mettendo a dura prova i servizi esistenti e complicando la distribuzione degli aiuti.

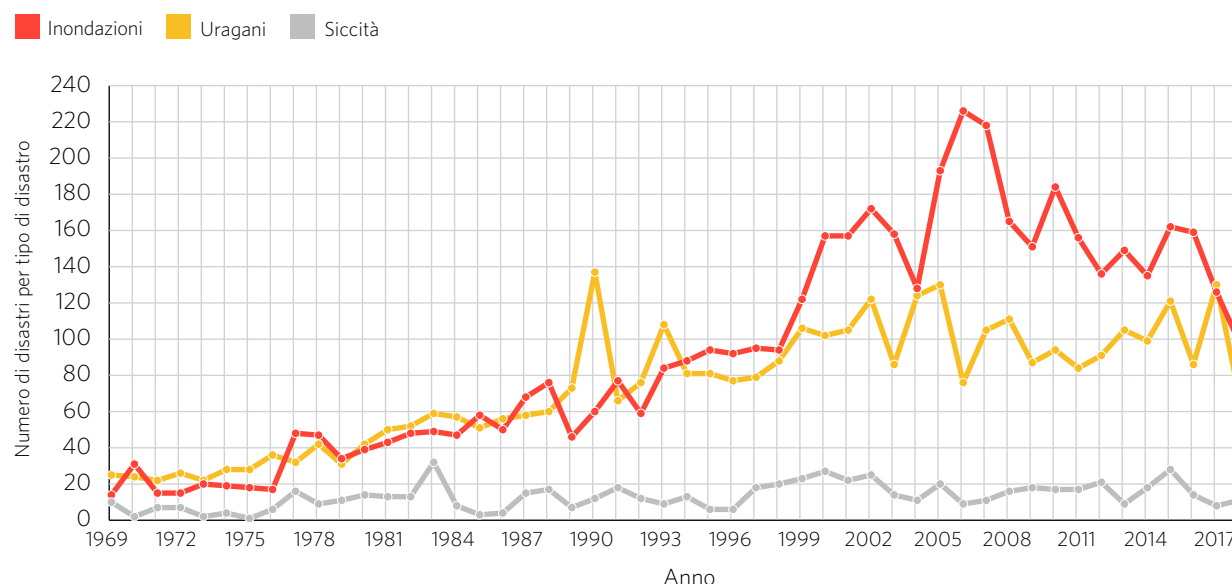
### Disastri legati al clima

Inondazioni, uragani, siccità e incendi provocano addirittura più sfollati dei conflitti, anche se queste evacuazioni sono spesso di più breve durata. Dal 2008 i nuovi sfollamenti collegati al clima hanno raggiunto una media mondiale di circa 25 milioni di sfollati l'anno, causati soprattutto da tifoni e uragani (Figure 6.2). In particolare, le nazioni più piccole e gli Stati insulari vanno incontro sempre più spesso al rischio di un collasso economico e sociale provocato da questi disastri (IOM, 2017).

L'aumento del riscaldamento globale è probabilmente destinato a causare sempre più situazioni di povertà e carestie, contribuendo a ulteriori esodi di massa. Le popolazioni indigene e le comunità locali che dipendono, per il loro sostentamento, dalle attività agricole e costiere, specie nelle regioni meno sviluppate, sono particolarmente vulnerabili.

I cambiamenti climatici sono ritenuti inoltre fattore di rischio per le epidemie di malattie contagiose come Ebola e Zika, per colpa dei vettori di diffusione e della competizione tra esseri umani e animali in un habitat sempre più ristretto e povero di risorse (Deese e Klain, 2017). In Africa Occidentale e più di recente nella Repubblica Democratica del Congo le epidemie hanno causato effetti devastanti su comunità già indebolite dal conflitto.

**FIGURA 6.2** Disastri naturali, per tipo, 1969-2017



Fonte: EM-DAT: The Emergency Events Database – Université catholique de Louvain (UCL) – CRED, D. Guha-Sapir – www.emdat.be, Brussels, Belgium

## Milioni di persone in movimento

Negli ultimi anni, gli sfollamenti alimentati dai conflitti e dalla disperazione hanno contribuito a un drammatico aumento della migrazione internazionale e interna. Se rifugiati e sfollati interni rappresentano una percentuale relativamente piccola di tutti i migranti, spesso si trovano in situazioni estremamente vulnerabili e hanno particolarmente bisogno di aiuto e protezione (IOM, 2017).

I migranti costretti alla fuga dai conflitti in Medio Oriente e in Africa hanno dovuto sopportare particolari avversità. In migliaia sono morti cercando di attraversare il Mediterraneo. La chiusura delle vie di transito in Europa e il ricorso ai trafficanti di esseri umani hanno esposto molti migranti ai rischi legati a sfruttamento o traffico (IOM, 2017).

## Donne e adolescenti a rischio

Ogni crisi umanitaria – che sia causata da un conflitto o da una catastrofe naturale – provoca il collasso di molti sistemi, moltiplicando il fabbisogno di protezione e di servizi. Soprattutto nella corsa iniziale per garantire cibo e riparo, chi risponde alle emergenze spesso trascura gli elementi specifici che in ogni crisi possono aggravare la vulnerabilità di donne e bambine, mettendo a rischio la loro vita.

L'esperienza di una catastrofe naturale o la fuga dalla violenza possono essere estremamente difficili per le donne incinte e

per le madri con bambini piccoli. Traumi e malnutrizione sono particolarmente pericolosi in gravidanza: nelle emergenze molte donne abortiscono spontaneamente o partoriscono prima del termine. La mancanza delle condizioni anche più elementari per partorire in sicurezza incrementa il rischio di infezioni letali, sia per le madri che per i bambini (UNFPA, 2004). Le complicazioni del parto, in assenza di personale qualificato o di cure ostetriche d'emergenza, portano spesso alla morte o a gravi lesioni come la fistola ostetrica.

Nell'insediamento per rifugiati di Cox's Bazar in Bangladesh, il campo profughi più densamente popolato del mondo, solo una su cinque delle madri di etnia rohingya partorisce in una struttura sanitaria, benché in quelle esistenti si trovino decine di levatrici professioniste. Stando alle dichiarazioni, in molti casi i mariti vietano alle mogli di uscire dal loro alloggio; altre, che sono state stuprate, riferiscono di temere lo stigma sociale e la discriminazione della comunità (UNFPA Bangladesh, 2018).

Anche l'interruzione della pianificazione familiare può mettere a rischio molte vite. Le donne sessualmente attive che non possono accedere ai contraccettivi, per la mancanza di servizi o per le restrizioni imposte dalla legge, vanno incontro a gravidanze non desiderate e a infezioni trasmesse sessualmente come l'HIV. Molte tra quelle che restano incinte ricorrono all'aborto clandestino, una delle principali cause di mortalità e morbo-

sità materna. I servizi per abortire in sicurezza sono spesso minimi o inesistenti, nelle situazioni di crisi, anche nei posti in cui sarebbero consentiti dalla legge, e l'assistenza d'emergenza in seguito a un aborto è spesso carente o assente.

Le condizioni dello sfollamento e la separazione delle famiglie mettono donne e bambine particolarmente a rischio di subire aggressioni e stupri. Le adolescenti, le persone con disabilità, le minoranze etniche e sessuali sono ancora più vulnerabili. Ricerche recenti indicano che almeno una donna su cinque nella condizione di sfollata o di rifugiata in complesse situazioni di crisi umanitaria ha subito violenze sessuali, che spesso non vengono nemmeno denunciate (Vu *et al.*, 2014). Le vittime ne riportano traumi fisici e psicologici, oltre a rischiare gravidanze non volute e infezioni trasmesse sessualmente come l'HIV.

Le persone con disabilità sono particolarmente vulnerabili alle violenze sessuali, e spesso incontrano maggiori difficoltà a farsi aiutare dopo un'aggressione. A rischio sono anche uomini e ragazzi, e le norme che scoraggiano donne e ragazze dal denunciare le aggressioni sono spesso, nel loro caso, un deterrente addirittura maggiore (IFRC, 2018).

Il timore di aggressioni, sfruttamento e abusi sessuali limita la mobilità di molte donne sfollate o rifugiate. Nelle avversità molte famiglie ricorrono ai matrimoni precoci nella speranza che le figlie, sposandosi, siano più protette dalle violenze.

## CAMPIONI DEL CAMBIAMENTO

# Nadine Alhraki

sono uniti ai cinque milioni di persone in fuga dal paese. Oltre il confine, in Giordania, hanno trovato la salvezza nell'enorme campo rifugiati di Za'atari.

Sei anni fa Nadine Alhraki aveva 21 anni, si era appena sposata e studiava geografia in una università di Damasco, in Siria. Da allora è una rifugiata. Mentre la Siria sprofondava nella guerra e nel caos, lei e suo marito si

Tre giorni dopo il loro arrivo, malgrado la sofferenza e il suo dramma personale, Alhraki si è iscritta come volontaria a Questscope, un'organizzazione umanitaria al servizio dei giovani. Ha seguito un seminario per formarsi come insegnante e mentore di giovani e adolescenti sulla salute riproduttiva. "Sono temi importanti per tutti, rifugiati o no" dice Alhraki. "Sappiamo bene, nella nostra comunità, che c'è un divario di corretta informazione da colmare, e i giovani non riescono a ottenere i servizi di cui hanno bisogno."

Al centro giovanile di Questscope, Alhraki conduce le sessioni di educazione parlando di temi come la maternità sicura a persone, uomini e donne, nella fascia di età 18-24 e degli stadi della pubertà agli adolescenti fino a 18 anni. Un'atmosfera cordiale e amichevole fa parte degli sforzi per incoraggiare la discussione interattiva attorno a problemi concreti, per esempio come comportarsi quando arrivano le mestruazioni. In quasi tutte le sessioni almeno uno dei giovani residenti nel campo riceve per la prima volta informazioni sulla salute riproduttiva.

"Quando le persone si rendono conto di aver appreso nozioni sbagliate, ricevono le informazioni corrette e capiscono quali conseguenze questo può avere sulla loro vita, il cambiamento è enorme" dice Alhraki.

Queste sessioni mettono i giovani in grado di sfidare gli stereotipi, compresi quelli legati al genere, di pensare con la loro testa e di agire in base alle loro idee. In una delle attività che Alhraki ricorda più volentieri, i ragazzi hanno distribuito i marsupi per neonati a madri e padri, insieme al messaggio che i mariti possono aiutare le mogli a prendersi cura dei bambini.

***"Quando le persone si rendono conto di aver appreso nozioni sbagliate, ricevono le informazioni corrette e capiscono quali conseguenze questo può avere sulla loro vita, il cambiamento è enorme"***

Adesso che aspetta il primo figlio, Alhraki è decisa a continuare ad aiutare i giovani residenti di Za'atari. Ma il suo sogno più grande è che suo figlio non debba crescere come un rifugiato. E che possa avere accesso senza limitazioni ai servizi e all'educazione per la salute, e avere una piena consapevolezza della sua salute riproduttiva.

A questo proposito commenta ridendo: "Ovviamente insegnerò a mio figlio tutto quello che so, ormai sono un'esperta!"



## Elaborare una risposta fondata sui diritti e sulla libertà di scelta

Le risposte umanitarie alle emergenze in tutto il mondo spesso non hanno prestato alle esigenze e alle vulnerabilità delle donne la stessa attenzione che al vitto e all'alloggio.

Solo negli anni Novanta gli attori umanitari hanno adottato un'ottica più coerentemente sensibile ai diritti e alle esigenze di donne e bambine in situazioni di crisi (Chynoweth, 2015). La prima edizione del *Handbook for Emergencies (Manuale per le Emergenze)* pubblicato dall'Ufficio dell'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati (UNHCR) nel 1982 stabiliva che l'assistenza sanitaria primaria per le comunità di sfollati doveva includere "l'assistenza materna e infantile, compresa la pianificazione familiare." Nella pratica però i servizi di contraccezione quasi mai erano inclusi nell'assistenza per la salute dei rifugiati (Wulf, 1994).

Nel 1991 UNHCR ha emanato le sue *Guidelines on the Protection of Refugee Women (Linee guida sulla protezione delle donne rifugiate)*, che inquadravano le preoccupazioni per la loro protezione all'interno delle norme internazionali come la Dichiarazione Universale dei Diritti Umani e la Convenzione sull'Eliminazione di Tutte le Forme di Discriminazione Contro le Donne. Oltre a "protezione contro il rientro forzato nei paesi di origine; sicurezza contro aggressioni armate e altre forme di violenza; tutela da detenzioni ingiustificate e illegali; status legale che riconosca adeguati diritti sociali ed economici;

accesso a beni essenziali come cibo, rifugio, abiti e assistenza medica", si sottolinea, "le donne e le bambine rifugiate hanno particolari esigenze di protezione che riflettono il loro genere: hanno bisogno, per esempio, di essere tutelate da ogni manipolazione, abuso e sfruttamento sessuale e fisico e da ogni discriminazione sessuale nella distribuzione di beni e servizi" (UNHCR, 1991).

La Commissione Femminile per le Donne e i Bambini Rifugiati ha pubblicato nel 1994 il report *Refugee Women and Reproductive Health Care: Reassessing Priorities (Donne rifugiate e salute riproduttiva: ristabilire le priorità)*, un testo fondamentale che ha identificato le carenze più gravi nell'assistenza alle donne, tra cui l'educazione sessuale, la pianificazione familiare, l'educazione e la prevenzione dall'HIV, i materiali indispensabili per le mestruazioni, i servizi di aiuto alle vittime di abusi sessuali, stupri e prostituzione forzata (Wulf, 1994).

Nel 1994 la forza dirompente della ICPD ha portato a riconoscere a livello globale il potere decisionale delle donne in materia di sessualità e riproduzione. Nelle sue raccomandazioni per l'attuazione della salute e dei diritti riproduttivi per tutti, il Programma d'Azione faceva esplicito riferimento alle persone sfollate, rifugiate e migranti per cause di degrado ambientale, catastrofi naturali e conflitti civili, esortando gli Stati ad affrontarne le cause alla radice "specie quelle collegate alla povertà". Invitava a proteggere le persone che "per via della natura forzata dei loro spostamenti... spesso si trovano in situazioni particolarmente

vulnerabili, soprattutto le donne che sono spesso vittime, nelle situazioni di conflitto armato, di stupri e aggressioni sessuali." Esortava infine i governi "ad assicurarsi che gli sfollati interni ricevano... l'assistenza sanitaria di base, compresi i servizi di salute riproduttiva e di pianificazione familiare," e a fornire ai rifugiati i "servizi per la salute, compresa la pianificazione familiare" (United Nations, 2014a).

Nel 1999 la revisione quinquennale dei progressi nell'attuazione del Programma d'Azione ha ulteriormente sottolineato la necessità di affrontare le tematiche della protezione e di tutelare la salute sessuale e riproduttiva delle persone rifugiate e sfollate (United Nations, 1999).

## Fissare gli standard per la salute riproduttiva

Nel 1995 circa 40 tra organismi governativi e intergovernativi e organizzazioni non governative che si occupano di aiuti umanitari hanno costituito un Gruppo di Lavoro Interagenzie sulla Salute Riproduttiva nelle Situazioni di Crisi per i Rifugiati, oggi denominata Gruppo di Lavoro Interagenzie sulle Crisi. Questa coalizione guidata da UNFPA e UNHCR ha elaborato alcune linee guida sugli interventi nelle diverse fasi di una crisi e su tematiche quali: maternità sicura, violenza sessuale e di genere, infezioni trasmesse sessualmente, incluso l'HIV, e pianificazioni familiari. Questi suggerimenti sono stati sviluppati e pubblicati in *Reproductive Health in Emergency Situations: An Inter-agency Field Manual (Salute riproduttiva nelle situazioni di*





Rifugiati e sfollati interni rappresentano una percentuale relativamente bassa di tutti i migranti, ma spesso si trovano in **situazioni di estrema vulnerabilità** e hanno particolarmente bisogno di aiuto e protezione.

© UNFPA/N. Batev

*emergenza: manuale operativo interagenzie*, UNHCR, 1999).

Principio fondante del manuale era: “L’assistenza per la salute riproduttiva deve essere resa disponibile in tutte le situazioni e si deve basare sulle esigenze e sulle domande espresse dai rifugiati, e in particolare dalle donne, nell’assoluto rispetto dei diversi valori religiosi ed etici e dei background culturali dei rifugiati, conformandosi al tempo stesso ai diritti umani internazionali universalmente riconosciuti.”

Nel corso degli anni il Gruppo di Lavoro Interagenzie per le Crisi è stato essenziale nell’invocare l’inclusione, in tutte le risposte umanitarie, della tutela della salute sessuale e riproduttiva, e nell’elaborare gli standard tecnici per l’erogazione dei servizi e la documentazione da sot-

toporre alla classe politica. La coalizione è cresciuta fino a includere nella direzione del comitato 20 agenzie operative e può contare su una rete di oltre 2000 membri provenienti da 450 organismi.

### **Servizi essenziali in una crisi**

Nel suo manuale operativo per il lavoro sul campo, l’autorevole gruppo di lavoro ha descritto un “pacchetto iniziale dei servizi minimi” che delinea le attività più cruciali per la prevenzione di mortalità e morbosità, e che vale per tutte le emergenze e andrebbe implementato da personale qualificato all’inizio di qualsiasi crisi.

Gli obiettivi sono: identificare un’agenzia-guida che coordini le attività per la salute riproduttiva e supporti i partner; prevenire la vio-

lenza sessuale e assicurare assistenza medica e psicologica alle vittime; ridurre il contagio da HIV mediante trasfusioni di sangue sicure e preservativi distribuiti gratuitamente; prevenire le morti materne e neonatali mediante servizi di emergenza, possibilità full-time di ricovero negli ospedali e kit per il parto sicuro; prevenire le gravidanze non desiderate con una gamma di informazioni e materiali per la contraccezione; assicurare nel più breve tempo possibile il passaggio a servizi completi per la salute sessuale e riproduttiva.

Le attività di advocacy svolte dai partner del gruppo di lavoro hanno condotto alla generale adozione di un pacchetto di servizi oggi inserito negli Sphere Standards, i principi largamente seguiti da chi risponde alle crisi umanitarie; nei criteri salva-

vita del Fondo centrale delle Nazioni Unite per le emergenze, che stabilisce le priorità dei primi interventi nei disastri; nelle linee-guida per la salute del Comitato Permanente Interagenzie che coordina le azioni di soccorso delle agenzie delle Nazioni Unite e delle ONG (IASC, 2009).

La revisione del manuale operativo pubblicata nel 2018 identifica la prevenzione delle gravidanze non desiderate – mediante la fornitura di metodi contraccettivi sia ad azione immediata che prolungata, oltre ad attività di informazione e di supporto psicologico – come obiettivo a sé stante e salvavita anziché come uno degli elementi per la tutela della salute materna. Il controllo della fecondità è inoltre riconosciuto come essenziale per consentire a donne e bambine di impegnarsi nella propria istruzione, protezione, nel conseguimento di abilità e nell’ottenimento dei mezzi di sussistenza. L’assistenza per l’aborto volontario sicuro, se legale, costituisce una priorità a sé stante. La nuova versione del manuale offre suggerimenti su come passare dai servizi di emergenza a servizi completi per la salute sessuale e riproduttiva, aggiunge un capitolo sulla logistica e mette maggiormente l’accento sulla violenza di genere.

Di particolare importanza l’enfasi con cui il manuale 2018 sottolinea l’importanza di fornire servizi completi per la salute sessuale e riproduttiva alle popolazioni colpite da una crisi, che costituisce un imperativo per il rispetto dei diritti umani in linea con gli obblighi imposti dal diritto internazionale e dalle linee guida emanate da numerosi organismi politici.

Il Summit umanitario mondiale delle Nazioni Unite svoltosi a Istanbul nel 2016 ha adottato l’Agenda per l’Umanità. All’interno degli impegni fondanti per conseguire l’uguaglianza di genere auspica “l’accesso universale alla salute e ai diritti sessuali e riproduttivi” e un “approccio globale coordinato per prevenire e rispondere alle violenze di genere nei contesti di crisi”. Gli Stati hanno sottoscritto numerosi impegni a implementare e finanziare le attività per la salute sessuale e riproduttiva.

### Rispondere alla violenza sessuale

Parallelamente alla crescente enfasi sulla necessità di tutelare la salute sessuale e riproduttiva delle donne nelle emergenze, gli attori umanitari si sono concentrati sempre più spesso sulla violenza sessuale e sulle sue conseguenze, in particolare durante i conflitti. L’orrendo e diffuso utilizzo dello stupro come arma di guerra negli anni Novanta, nell’ex Jugoslavia, in Ruanda, Sierra Leone e Liberia e nella Repubblica Democratica del Congo dopo il 1998, ha spinto la comunità internazionale a reagire.

La Dichiarazione di Pechino del 1995 e la Piattaforma d’Azione adottata alla Quarta Conferenza Mondiale sulle Donne hanno invocato misure per affrontare lo “stretto legame tra le diffuse violazioni dei diritti umani, specie nella forma di genocidi, pulizie etniche e stupri sistematici delle donne nelle situazioni di guerra e nelle crisi con flussi di rifugiati e altri spostamenti di massa, e il fatto che le donne rifugiate, sfollate e rimpatriate possono essere soggette a

particolari abusi dei loro diritti umani” (United Nations, 1995a).

Lo Statuto di Roma del 1998 con cui si istituiva la Corte Penale Internazionale definiva lo stupro e la violenza sessuale commessi nel corso di sistematici attacchi contro la popolazione civile come crimini contro l’umanità e crimini di guerra (ICC, 1998).

Nel 2000 il Consiglio di Sicurezza delle Nazioni Unite ha adottato la Risoluzione 1325 che impone una maggiore partecipazione delle donne alle attività per la prevenzione dei conflitti e per la promozione della pace e della sicurezza. La risoluzione esortava “tutte le parti nei conflitti armati ad adottare misure specifiche per proteggere donne e bambine dalle violenze di genere, e in particolare da stupri e altre forme di abusi sessuali.”

La Risoluzione 1820 del Consiglio di Sicurezza, adottata nel 2008, dichiarava che “donne e bambine sono fatte particolarmente oggetto di violenze sessuali, anche come tattiche di guerra finalizzate a umiliare, dominare, instillare paura, costringere alla fuga o deportare forzatamente i membri civili di una comunità o di un gruppo etnico.” La risoluzione definiva la violenza sessuale come una minaccia alla sicurezza e un impedimento al ritorno alla pace, e aggiungeva che le ricostruzioni post-conflitto e gli sforzi per la ripresa devono prestare particolare attenzione agli effetti delle violenze sessuali. Il Consiglio ha poi sviluppato questi temi nelle successive risoluzioni.

Nello stesso periodo le organizzazioni coinvolte negli aiuti umanitari

hanno dato sempre più priorità alla prevenzione della violenza sessuale e alla risposta alle esigenze delle vittime, uno degli obiettivi centrali del pacchetto minimo iniziale dei servizi. Nel definire la violenza di genere, la nuova edizione del manuale operativo del Gruppo di Lavoro Interagenzie include gli stupri, ogni forma di sfruttamento e di abuso sessuale, la prostituzione forzata, il traffico di esseri umani, i matrimoni precoci forzati, le mutilazioni genitali femminili, i delitti d'onore, la violenza domestica e la violenza da partner nelle relazioni di intimità, i danni inflitti a causa dell'orientamento sessuale o dell'identità di genere, gli abusi sulle persone anziane. Offre inoltre le linee guida per istituire degli spazi sicuri per le vittime all'interno delle strutture sanitarie, fornire

un'adeguata assistenza terapeutica e indirizzare le vittime verso servizi psicosociali e legali.

### Un Global Compact per migranti e rifugiati

L'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha ospitato nel 2016 il primo Summit su Rifugiati e Migranti, allo scopo di elaborare un progetto di sistema in grado di offrire risposte più responsabili e prevedibili nelle crisi migratorie.

Nella sua Dichiarazione di New York, l'Assemblea ha ribadito che la promessa dell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite per lo sviluppo sostenibile di non "lasciare nessuno indietro" include anche rifugiati, sfollati interni e migranti. Gli Stati membri si sono impegnati a "garantire una accoglienza che sia incentrata sulle

persone, sensibile, umana, dignitosa, rispettosa del genere e sollecita per tutte le persone che arrivano nei nostri paesi" e a garantire i loro diritti umani nonché a incrementare gli sforzi diplomatici mirati alla prevenzione delle crisi. Si sono impegnati ad "adottare diffusamente un'ottica di genere" nelle politiche migratorie, a "combattere la violenza di genere" e a "garantire l'accesso ai servizi per la salute sessuale e riproduttiva" alle persone colpite dalle crisi (United Nations, 2016).

Il summit ha avviato negoziati per elaborare accordi più completi: Il Global Compact sui rifugiati, approvato dall'Assemblea Generale nella sessione del 2018; e il Global Compact per una migrazione sicura, ordinata e regolare adottato alla Conferenza Intergovernativa di

© SOPA Images/Getty Images





© UNFPA Myanmar/B. Manser

Marrakech, in Marocco, nel dicembre 2018. Entrambi questi accordi contengono l'impegno a combattere la violenza di genere. Nessuno dei due documenti però fa esplicitamente menzione dell'assistenza per la salute sessuale e riproduttiva (United Nations, 2018 e 2018a).

### La risposta di UNFPA nelle emergenze

In linea con il proprio mandato, stabilito dal Programma d'Azione della ICPD, UNFPA si concentra sulla salute e i diritti sessuali e riproduttivi di donne e bambine anche nelle situazioni di crisi e di emergenza.

UNFPA ha promosso azioni di advocacy per includere gli interventi per la salute riproduttiva tra le componenti salva-vita degli aiuti internazionali in tutte le crisi, e ha svolto un ruolo essenziale nell'elaborazione degli standard che sono oggi alla base del lavoro di chi risponde alle esigenze di salute riproduttiva e alle violenze di genere in una vasta gamma di situazioni diverse. Ha aiutato i paesi in ripresa a integrare la salute riproduttiva nel

ripristino dei sistemi sanitari. Aiuta gli Stati a prepararsi ad affrontare eventuali crisi future.

Prima dell'avvento di una crisi e per tutta la durata delle emergenze prolungate, UNFPA, in partnership con i governi e con le organizzazioni della società civile a livello locale, collabora alla realizzazione dei sistemi sanitari con la fornitura di attrezzature essenziali, al consolidamento della catena distributiva dei materiali forniti, alla formazione del personale locale per il corretto immagazzinamento, trasporto e utilizzo dei materiali per la salute riproduttiva.

Nel 2015, quando un terremoto ha devastato il Nepal, i soccorritori sono stati in grado di allestire rapidamente i centri per le forniture mediche già predisposti in postazioni strategiche. Nelle Fiji e in Australia sono stati posizionati dei magazzini pronti all'uso per soccorrere le isole del Pacifico particolarmente vulnerabili alle catastrofi (UNFPA, 2018c). Nel Sud Sudan, dove esistono poche strutture funzionanti per la salute, ci sono cinque snodi per la fornitura dei kit post-stupro e degli

strumenti per la salute riproduttiva (UNFPA, 2018c).

In tutto il mondo UNFPA è il principale fornitore di materiali e attrezzature collegati alla salute riproduttiva già imballati e pronti per la distribuzione, adeguati a diverse situazioni e diversi livelli di servizio. I kit per la pianificazione familiare, per esempio, contengono preservativi, contraccettivi orali e iniettabili e dispositivi intrauterini. Quelli per la salute materna e neonatale includono attrezzature e forniture mediche essenziali per l'assistenza medica al parto e per le cure ostetriche d'emergenza di base. Altri kit contengono il necessario per la terapia delle infezioni a trasmissione sessuale, degli aborti spontanei e per eseguire trasfusioni di sangue.

Nelle situazioni di crisi la priorità di UNFPA è rispondere alle esigenze di salute sessuale e riproduttiva e di protezione delle adolescenti. Nel 2009 UNFPA e Save the Children hanno pubblicato un manuale pratico per rispondere alle esigenze delle adolescenti utilizzando il pacchetto minimo iniziale di servizi (UNFPA, 2009).

Nei suoi interventi umanitari UNFPA allestisce spazi riservati alle ragazze che offrono corsi di formazione e informazioni sulla salute, e che possono predisporre il ricorso ad altri servizi specialistici. Finanzia, dove necessario, l'allestimento di ospedali da campo e l'invio di squadre di operatori esterni per la distribuzione di servizi e forniture per la salute, compresi i contraccettivi. Gli adolescenti vengono consultati e coinvolti nei soccorsi, e collaborano

distribuendo i kit dignità, raccogliendo i dati e comunicando con i loro pari. (UNFPA, 2016).

UNFPA inoltre coordina le attività di prevenzione delle violenze di genere, di mitigazione del rischio e di risposta in molte situazioni di crisi umanitaria. Forma operatori sanitari in grado di erogare con sensibilità e riservatezza servizi di qualità e salva-vita tra cui i trattamenti post-stupro, oltre a distribuire ai centri per la salute e alle strutture sanitarie da campo le forniture mediche – comprese quelle per la contraccezione d'emergenza e per la profilassi in seguito alla possibile esposizione all'HIV.

### Costruire la resilienza

Assicurare la salute e i diritti sessuali e riproduttivi e la sicurezza di donne

e bambine nelle situazioni di crisi è ormai una priorità globale assodata. Ma il vero successo in questi sforzi è legato alla realizzazione entro il 2030 degli Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile. Tutte le società devono essere rese più resilienti per poter prevenire e affrontare violenze e disastri e per potersi riprendere in seguito. Per questo sono necessarie nuove risorse, soluzioni più intelligenti e una miglior collaborazione internazionale per affrontare la molteplicità dei fattori alla base dell'incremento esponenziale delle esigenze umanitarie. Disuguaglianza crescente, conflitti prolungati, cambiamenti climatici e fenomeni demografici (aumento della popolazione, migrazione, urbanizzazione e invecchiamento) rendono sempre più difficile superare difficoltà sempre più ardue.

Ma ben oltre le esigenze di risposta alle crisi, sono necessari ingenti investimenti e un impegno sempre maggiore per realizzare uno sviluppo sostenibile, costruire la pace, affrontare i cambiamenti climatici, assicurare la mitigazione del rischio.

Come è stato osservato nel corso di una tavola rotonda di esperti sui finanziamenti umanitari organizzata dal Segretario Generale delle Nazioni Unite nel 2016: "Il modo migliore di affrontare le crescenti esigenze umanitarie è di affrontare le cause alla loro radice... perché lo sviluppo è il modo migliore per costruire la resilienza... Le scarse risorse mondiali dell'Aiuto Pubblico allo Sviluppo (Official Development Assistance, ODA) andrebbero usate dove più servono – nelle situazioni di fragilità" (United Nations, 2016a).

---

## I PUNTI DI QUESTO CAPITOLO

- Tutte le crisi umanitarie - causate da conflitti o da catastrofi naturali - portano a un collasso dei sistemi e all'aumento di esigenze di protezione e di servizi. Soprattutto nella corsa iniziale per assicurare cibo e alloggio, gli operatori rischiano di trascurare i modi specifici con cui la crisi può aggravare la vulnerabilità di donne e bambine, mettendo in pericolo la loro vita.
- L'esperienza di una catastrofe naturale o della fuga dalla violenza può essere estremamente difficoltosa per le donne incinte e per le madri con bambini piccoli. Traumi e malnutrizioni sono particolarmente pericolosi in gravidanza, e nelle situazioni di emergenza molte donne vanno incontro ad aborti spontanei o a parti prematuri.
- Ogni giorno più di 500 donne e bambine nei paesi colpiti da situazioni di emergenza muoiono per cause legate alla gravidanza e al parto, per l'assenza di assistenza qualificata al parto o di procedure ostetriche d'emergenza, nonché per il ricorso agli aborti clandestini.
- A partire dalla metà degli anni Novanta governi, organizzazioni di soccorso e istituzioni internazionali hanno distribuito in misura sempre maggiore servizi alle donne e alle adolescenti, le cui possibilità di scelta sono compromesse per colpa di guerre e disastri naturali.
- La fondamentale ICPD del 1994 ha promosso il riconoscimento globale della capacità decisionale delle donne nell'ambito dei rapporti sessuali e della riproduzione. Nelle sue raccomandazioni per il rispetto della salute e dei diritti riproduttivi, il Programma d'azione della conferenza ha inserito le persone sfollate, rifugiate e migranti colpite da degrado ambientale, disastri naturali e guerre civili.

# RIGHTS

meaning that a person needs



# ISTITUZIONI E FINANZIAMENTI PER GARANTIRE DIRITTI E LIBERTÀ DI SCELTA

Nel 1969 ben pochi paesi si erano dotati di una politica demografica o degli organismi per attuarla (Nizamuddin, 2002). Ma, con il radicarsi dell'attenzione verso il problema della popolazione, un numero sempre maggiore di paesi si è impegnato per comprendere e affrontare i rapporti che intercorrono tra sviluppo e dinamiche della popolazione.

Nel 1976 erano 40 i paesi che avevano adottato misure per abbassare la fecondità; nel 1986 il loro numero era passato a 54 e nel 1996 a 82 (United Nations, 2015a).

Alcuni governi incaricarono i ministeri della salute di elaborare programmi strettamente mirati alla distribuzione dei contraccettivi. Altri istituirono enti indipendenti per la pianificazione familiare o commissioni sui problemi demografici per la rapida traduzione in servizi dei fi-

nanziamenti dei donatori. E in molti altri casi i governi instaurarono una collaborazione con le organizzazioni della società civile per gestire la distribuzione dei contraccettivi, soprattutto alle fasce più emarginate.

Nel corso degli anni le istituzioni si sono dovute adeguare per riuscire a rispondere alle crescenti esigenze di una gamma sempre più ampia di servizi per la salute sessuale e riproduttiva e per consentire alle donne di esercitare i propri diritti riproduttivi.

## Primi limiti

Alcuni dei primi programmi di pianificazione familiare avviati dai ministeri della salute erogavano i servizi soprattutto attraverso ambulatori e ospedali nelle aree urbane. L'inadeguatezza delle infrastrutture rendeva spesso difficile raggiungere le zone più isolate, e anche nelle aree urbane le risorse insufficienti e la mancanza di personale qualificato spesso comportavano che un'ampia porzione della popolazione avesse un accesso



limitato o addirittura inesistente a servizi di contraccezione di qualità.

Inoltre, poiché gran parte dei costi di distribuzione dei contraccettivi erano all'epoca coperti dai donatori occidentali, spesso i servizi riflettevano le preferenze di questi ultimi e in questo processo a volte non rispondevano alle esigenze delle donne. Alcuni donatori si impegnavano nella costruzione di un maggior numero di strutture sanitarie, mentre altri preferivano finanziare reti di distribuzione operanti al di fuori delle infrastrutture gestite dai ministeri della salute, e altri ancora finanziavano soprattutto la ricerca e i progetti dimostrativi (Robinson e Ross, 2007).

In questi primi programmi per la popolazione, una particolare difficoltà era rappresentata dal coordinamento. Varie istituzioni pubbliche erano responsabili dei diversi aspetti nell'attuazione delle politiche per la popolazione: i ministeri della salute si occupavano della distribuzione dei servizi nelle strutture sanitarie; gli uffici centrali di statistica provvedevano ai censimenti e ai sondaggi; i ministeri della pubblica istruzione gestivano le scuole e i programmi di formazione professionale; i ministeri dell'informazione si occupavano delle campagne di sensibilizzazione; i ministeri della programmazione economica o del bilancio distribuivano i fondi. Alcuni paesi si erano dotati di unità per la pianificazione demografica o di commissioni nazionali per la popolazione, che contribuivano a coordinare i diversi aspetti della politica demografica, ma spesso si dimostravano poco capaci di dirige-



re quegli sforzi. L'amministrazione condivisa dei programmi rendeva più complicata l'erogazione dei servizi e la diffusione delle informazioni utili alle donne per esercitare i loro diritti riproduttivi.

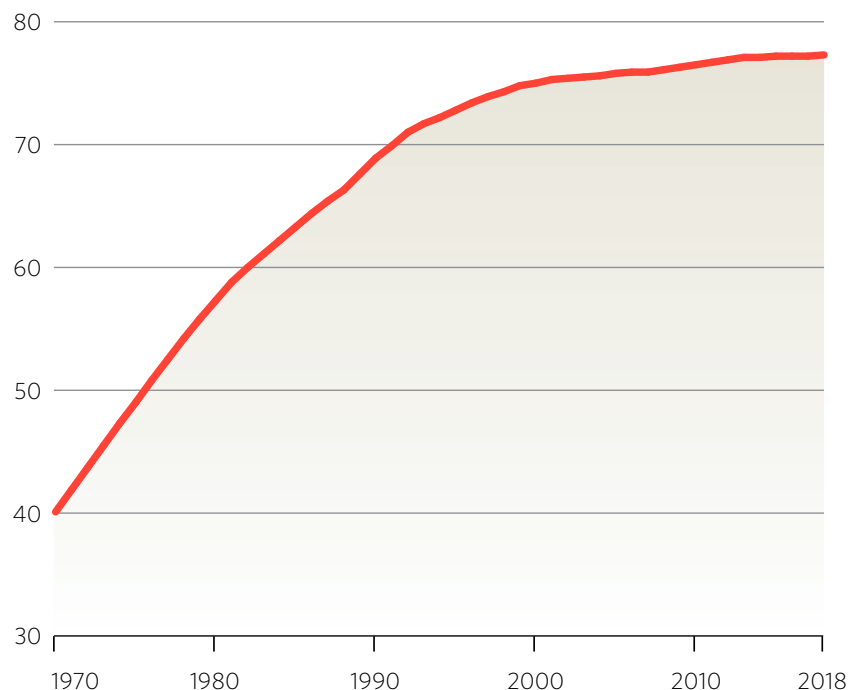
Un altro limite di quel primo periodo fu la scarsità dei dati per definire la formulazione dei programmi o monitorare l'impatto di ciascuna iniziativa. Negli anni Settanta, l'Agenzia per lo Sviluppo Internazionale degli Stati Uniti aiutò a istituire numerosi istituti centrali di statistica, e da allora la portata e la qualità dei dati epidemiologici e comportamentali provenienti dalle regioni in via di sviluppo sulla salute sessuale e riproduttiva sono migliorate enormemente.

Restano però ancora dei divari da colmare, nella raccolta e nell'analisi dei dati relativi ad alcuni eventi, esiti e situazioni di morbosità, come per esempio l'aborto volontario, la violenza interpersonale, le infezioni trasmesse sessualmente, la fistola ostetrica, l'incontinenza, il dolore durante il rapporto sessuale, le disfunzioni sessuali.

### Progresso graduale

La portata dei programmi di pianificazione familiare si è andata continuamente ampliando, con una lenta crescita negli anni Settanta e poi con un ritmo più rapido nei decenni successivi. Nel 1970, per esempio, nelle regioni in via di sviluppo si calcolava che un 40 per cento del fabbisogno di pianificazione familiare fosse soddisfatto da un metodo moderno (Figura 7.1), una percentuale schizzata al 57 per cento nel 1980, al 69 per

**FIGURA 7.1** Fabbisogno di pianificazione familiare evaso tramite metodi contraccettivi moderni: percentuale di donne sposate o conviventi, periodo 1970-2018



cento nel 1990, al 75 per cento nel 2000, fino a raggiungere l'attuale 77 per cento (United Nations, 2018b).

Questa crescita riflette la graduale espansione del "livello di impegno" profuso dai governi nei programmi di pianificazione familiare. Nel 1972 i ricercatori hanno elaborato un metodo di misurazione dell'impegno nei programmi, metodo che da allora è stato applicato periodicamente nella maggior parte dei paesi in via di sviluppo. L'Indice dell'Impegno nei Programmi di Pianificazione Familiare (Family Planning Program Effort Index) si basa su un questionario che misura trenta livelli di impegno in quattro categorie: poli-

**Nel 1976,**  
solo 40 Stati  
adottavano qualche  
politica per ridurre  
la fecondità;  
nel 1986 erano 54  
e nel 1996 si  
è arrivati a 82.



© Giacomo Pirozzi/Panos Pictures

tiche pubbliche, servizi, valutazione e accesso ai metodi contraccettivi. Osservatori indipendenti e informati assegnano i punteggi in base alle risposte ai questionari, e il punteggio dell'Indice di impegno è valutato separatamente dai risultati ottenuti, per esempio dall'uso dei contraccettivi o dalle variazioni dei tassi di fecondità.

L'Indice è stato adottato per la prima volta nel 1972 per valutare 23 programmi nazionali, evidenziando una distribuzione sostanzialmente equa dei paesi lungo la linea che andava dal minimo al massimo dell'impegno. Già nel 1989, invece, il punteggio di molti paesi era migliorato e anche i paesi a impegno minimo si erano molto avvicinati alla categoria

media e anche alla massima (Robinson e Ross, 2007). Questo progresso nell'impegno per la pianificazione familiare però è solo una parte del quadro complessivo, e gradualmente le politiche per la popolazione hanno iniziato ad includere molto più che la sola pianificazione familiare.

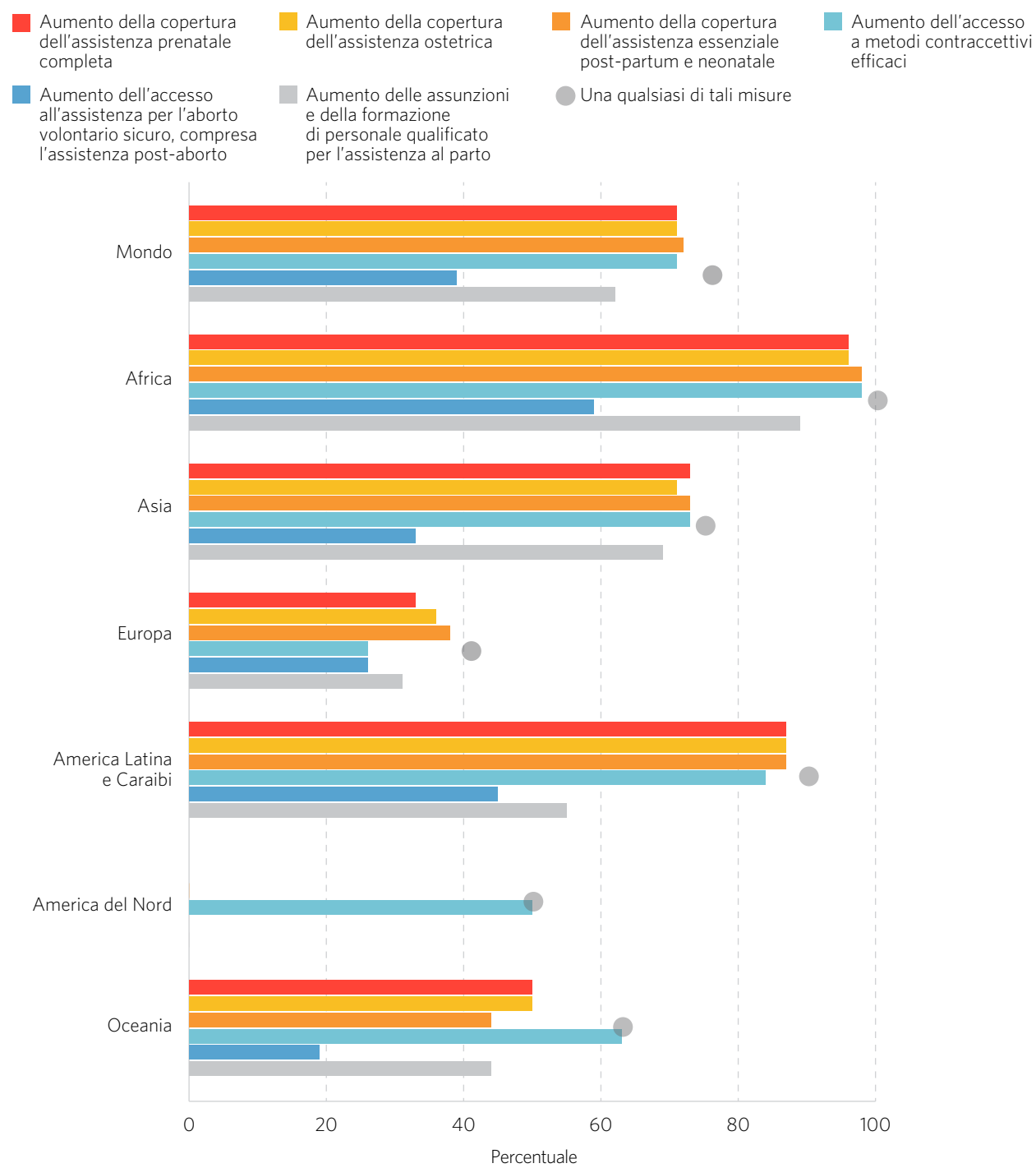
### **Politiche demografiche: oltre la riduzione della fecondità**

Il consenso pionieristico raccolto dalla ICPD nel 1994 ha contribuito a dare grande impulso alla creazione e al rinnovamento di molte istituzioni. Col tempo sempre più politiche e strategie di governo sulla popolazione hanno allargato i loro orizzonti,

superando l'attenzione esclusiva alla pianificazione familiare specificamente intesa a ridurre la fecondità, per arrivare a comprendere la nuova agenda globale per la salute sessuale e riproduttiva e per l'empowerment delle donne.

Per esempio, nel 2015 il 76 per cento dei governi aveva adottato, nei precedenti cinque anni, una o più misure intese a ridurre il numero delle morti materne e neonatali, e oltre il 70 per cento degli Stati aveva ampliato la copertura dell'assistenza essenziale post-partum e neonatale, dell'assistenza completa prenatale o delle cure ostetriche (United Nations, 2017a). Inoltre il 62 per cento dei governi in tutto il mondo si era dotato di qual-

**FIGURA 7.2** Percentuale di governi che negli ultimi cinque anni hanno adottato misure per affrontare il problema della mortalità neonatale o materna, per regione, 2015



Fonte: United Nations, 2017a.  
Nota: base di 190 paesi con dati disponibili.

che normativa per ampliare l'assunzione e la formazione di personale qualificato per l'assistenza al parto, mentre il 39 per cento aveva aumentato l'accessibilità delle prestazioni per abortire in modo sicuro, compresa l'assistenza dopo l'aborto (Figura 7.2).

Nell'ambito di un sondaggio svolto a livello globale per misurare i progressi nell'attuazione delle raccomandazioni del Programma d'Azione dell'ICPD, i governi hanno fornito informazioni sull'istituzione di vari organismi "per affrontare le questioni collegate all'interazione tra popolazione e sviluppo". I risultati suggeriscono che, rispetto ad altri temi della ICPD come l'educazione e la migrazione, si è riscontrata a partire dagli anni Novanta una crescita relativa maggiore nell'impegno delle istituzioni pubbliche ad affrontare l'uguaglianza di genere, le problematiche adolescenziali e giovanili, la popolazione e lo sviluppo sostenibile (United Nations, 2014).

Le nuove istituzioni si sono dimostrate particolarmente efficaci nel promuovere i diritti e la libertà di scelta quando hanno abbracciato le esigenze e le prospettive degli utenti potenziali. Il Programma d'Azione sottolineava infatti la necessità di coinvolgere le persone direttamente interessate, e soprattutto le persone fino allora storicamente escluse a causa di discriminazioni, coercizioni e violenze dall'elaborazioni di leggi, misure politiche e prassi. Tale coinvolgimento contribuisce a consentire ai singoli e in particolare a donne e bambine di esercitare in modo più completo i loro diritti.

## Il crescente valore delle partnership

Per tutti gli anni Settanta e Ottanta le partnership nel contesto di popolazione e sviluppo si sono allargate e diversificate, contribuendo in modo sostanziale ai passi avanti compiuti verso gli obiettivi concordati (Weerakoon, 2002).

Il Programma d'Azione, riconoscendo questa evoluzione, osserva che non è più insolito che governi e organismi multilaterali lavorino in stretto contatto con le ONG nazionali e internazionali e con il settore privato (United Nations, 2014a).

Gli obiettivi ambiziosi ed estensivi del Programma d'Azione sono in gran parte l'esito della mobilitazione della società civile: la cosa non sorprende, visto che dal 1994 sono molte e diversificate le organizzazioni della società civile che insieme ad altri protagonisti non-governativi si sono mobilitate sempre più spesso per dare forma a livello globale, regionale e nazionale alle strategie politiche e alla responsabilizzazione in materia di salute sessuale e riproduttiva (United Nations, 2014). Questa tendenza avviene nel contesto di una maggior distribuzione dell'autorità e della leadership nelle strutture della pubblica amministrazione e del conseguente maggior riconoscimento del valore della partecipazione e delle attività in partnership tra amministrazioni statali e locali, società civile e attori indipendenti.

Tra la fine degli anni Ottanta e i primi Novanta abbiamo assistito a un'ondata di iniziative per la decentralizzazione delle amministrazioni pubbliche, che ha offerto nuove

opportunità di partecipazione della società civile alla gestione dei servizi per la salute sessuale e riproduttiva in tutte le fasi, dalla programmazione alle decisioni operative, dal monitoraggio alla valutazione. Questa decentralizzazione ha però introdotto nuove difficoltà collegate alla scarsa chiarezza nel modo in cui le diverse istituzioni si rapportano tra loro e con le autorità locali preposte alla salute, nonché ai problemi collegati alle forniture, ai flussi, all'approvvigionamento e alla distribuzione di attrezzature e scorte (Maceira, 2005).

Grazie a questi sviluppi, negli ultimi 20 anni la partecipazione dei beneficiari previsti dal Programma d'Azione si è molto allargata e vaste reti di organizzazioni della società civile e non-governative sono state formalmente riconosciute e coinvolte nelle attività di programmazione e di attuazione (United Nations, 2014).

La Reproductive Health Supplies Coalition (Coalizione per la Fornitura di Materiali per la Salute Riproduttiva) per esempio mette insieme organizzazioni della società civile e agenzie multilaterali e bilaterali, oltre a fondazioni private e rappresentanze dei governi e del settore privato, con l'obiettivo di far sì che le popolazioni dei paesi a basso e medio reddito possano ricevere e utilizzare contraccettivi di alta qualità a basso costo nonché altri materiali relativi alla salute riproduttiva. E l'iniziativa Family Planning 2020 ha coinvolto la società civile nel definire le strategie migliori per raggiungere il traguardo prefissato di assicurare entro il 2020 ad altri 120 milioni di donne

## CAMPIONI DEL CAMBIAMENTO

# Michelle Bachelet

genere e i diritti sessuali e riproduttivi, guidando riforme fondamentali della legislazione cilena in favore di donne e bambine.

Nel 2006 Bachelet è stata la prima donna a essere eletta presidente del Cile, mantenendo subito la promessa elettorale di varare un governo composto in uguale misura di ministri uomini e donne. Facendo tesoro del lungo rapporto con il movimento delle donne cilene, ha portato al governo molte femministe che l'hanno appoggiata nell'introduzione delle riforme sulle problematiche essenziali dei diritti riproduttivi.

È riuscita a incrementare la protezione per le vittime di violenze domestiche, a mettere un freno alla discriminazione sul lavoro, a rendere più equo per le donne il sistema pensionistico, a migliorare i servizi di assistenza per l'infanzia per le donne a basso reddito. Quando una coalizione di conservatori si è opposta al suo progetto di allargare l'accesso alla contraccezione di emergenza, Bachelet ha fatto appello all'opinione pubblica e la legge è stata rapidamente approvata. Nel 2017, verso la fine del suo secondo mandato, ha promosso un altro cambiamento epocale quando il Congresso cileno ha abolito il bando contro l'aborto che durava da 28 anni.

"Ero determinata ad attuare quel genere di riforme sociali, economiche e politiche che ritenevo necessarie per migliorare la qualità della vita" dice Bachelet. "Abbiamo avuto il coraggio di rimettere in marcia il paese, e così facendo abbiamo visto il Cile cambiare."

Nel 2018 Bachelet è stata nominata Alto Commissario delle Nazioni Unite per i Diritti Umani, giurando di attingere alla propria esperienza di tutta la vita per promuovere i diritti umani di tutti. "Tutte le persone che difendono i diritti umani e le vittime delle loro violazioni possono guardare all'Alto Commissario e sperare, sapendo che siamo qui per difenderle e sostenerle" dice Bachelet "e io farò tutto quanto in mio potere per assicurarmi che sia così."

Soprattutto per donne e bambine: "Costruire un mondo più equo e giusto, che garantisce i diritti di donne e bambine, è più di una sfida," dice Bachelet, che è stata anche la prima Direttrice Esecutiva di UN Women. "È una necessità e un dovere."

*"Ero determinata ad attuare quel genere di riforme sociali, economiche e politiche che ritenevo necessarie per migliorare la qualità della vita"*





© UNFPA/Sanne De Wilde/NOOR

e bambine, nei paesi più poveri del mondo, l'accesso alle informazioni sulla pianificazione familiare volontaria, ai contraccettivi e ai relativi servizi.

Analogamente, anche il settore privato ha assunto un ruolo più significativo nelle fasi di pianificazione dei programmi e della loro attuazione. Il Programma d'Azione riconosce il ruolo essenziale che può svolgere il settore privato, anche for-profit, e ha invitato le organizzazioni governative e non-governative a intensificare la collaborazione con i privati per attuare i programmi su popolazione e sviluppo, specie nei settori della produzione e distribuzione di materiali di alta qualità per la contraccezione e nell'erogazione di servizi accompagnati da adeguate attività di informa-

zione ed educazione (United Nations, 2014a). Un sondaggio effettuato sul campo a livello mondiale nel 1998 ha rilevato come in molti paesi il settore privato abbia iniziato ad assumere un ruolo più attivo nella gestione delle strutture sanitarie e nell'introduzione di programmi di marketing sociale (Weerakoon, 2002).

Grazie alla crescente diversificazione di partnership e attori, il Programma d'Azione ha potuto esortare i governi beneficiari a potenziare i meccanismi di coordinazione a livello nazionale per assicurare una collaborazione più efficiente ed efficace nell'ambito di popolazione e sviluppo. Il Programma sottolinea inoltre la necessità di stabilire con chiarezza le responsabilità assegnate ai partner nell'elaborazione delle strategie, ba-

sandosi su considerazioni riguardanti i vantaggi relativi e le priorità dello sviluppo nazionale, e invita infine la comunità internazionale ad aiutare i governi beneficiari in questo impegno di coordinamento (United Nations, 2014a). Senza rinunciare alle priorità nazionali, i paesi donatori hanno sostenuto una collaborazione sempre più stretta e una maggiore armonizzazione all'interno delle Nazioni Unite e dei processi nazionali, come parte della riforma delle Nazioni Unite e attraverso nuove iniziative di network.

### **Difficoltà nel calcolo e nel monitoraggio dei finanziamenti**

Stimare le esigenze di finanziamento e monitorare i flussi finanziari rela-

## CAMPIONI DEL CAMBIAMENTO

# Enkhjargal Davaasuren

ne erano riluttanti a denunciare anche i crimini più gravi. Nel 1990 c'è stata una rivoluzione democratica, ma poco dopo il sistema giudiziario ha smesso di riconoscere la violenza domestica e lo stupro coniugale come reati.

Per Enkhjargal Davaasuren questo era inaccettabile. Da bambina sua madre, attivista sindacale, aveva tenuto a casa loro molte riunioni in cui le donne non solo si organizzavano per rivendicare i loro diritti sul posto di lavoro, ma si aiutavano a vicenda per mettere fine alle violenze. Per Davaasuren iscriversi a giurisprudenza fu un altro modo per ergersi a difesa dei diritti delle donne.

Da giovane avvocatessa fondò il Centro Nazionale Contro la Violenza, lanciando una campagna in favore di una nuova legislazione che considerasse reato la violenza domestica. Per una ventina d'anni, insieme al suo gruppo di attiviste, ha esercitato pressioni instancabili sui politici perché agissero in tal senso. È stato necessario arrivare al 2016, ma la loro dedizione è stata ricompensata quando il parlamento mongolo ha criminalizzato la violenza domestica, per la prima volta nella sua storia democratica. Oggi una nuova legge assicura alle donne che hanno subito qualche forma di violenza domestica - una su tre, in Mongolia - la possibilità di richiedere sicurezza e protezione.

Nella sua attività per promuovere il cambiamento, Davaasuren ha subito minacce di morte e violente critiche per volere "importare idee dall'estero", ma non si è mai tirata indietro. Il Centro Nazionale finanzia una squadra di avvocati che rappresentano gratuitamente le vittime di abusi e ha istituito case sicure in tutto il paese, dove donne e bambine possono chiedere alloggio e aiuto. Oggi c'è molta più sensibilità, sempre più donne chiedono aiuto ed è sempre più tangibile il sentimento di indignazione di fronte ai casi di abusi, anche grazie all'impegno dei principali mezzi di comunicazione.

"Non intendiamo fermarci, nel nostro impegno di difesa e tutela" dichiara Davaasuren "in una società patriarcale a predominio maschile com'è quella mongola, le donne non si rendono conto della forza che hanno."

E consiglia: "Siate forti, ma soprattutto siate forti insieme. Le donne devono lavorare insieme, per cambiare la società. Le difficoltà sono sistemiche, le soluzioni sono collettive."

In tutta la Mongolia, la gente evitava di parlare delle violenze che esplodevano nelle case. In epoca comunista le pene erano talmente severe che molte donne

*"In una società patriarcale a predominio maschile com'è quella mongola, le donne non si rendono conto della forza che hanno"*





tivi ai servizi per la salute sessuale e riproduttiva è un aspetto cruciale dell'effettivo progresso nella tutela dei diritti e della libertà di scelta delle persone più bisognose. Gli sforzi in questo senso servono a garantire quella trasparenza nelle informazioni che consente ai donatori di coordinare gli aiuti, ai progettisti di identificare priorità e carenze, ai promotori di richiamare donatori e governi al rispetto degli impegni assunti.

Ma calcolare e monitorare i flussi di spesa è stato un esercizio improbo

fin dalla nascita delle politiche per la popolazione. Negli anni Sessanta e Settanta i finanziamenti per la salute sessuale e riproduttiva rientravano nelle categorie di bilancio più disparate. I sussidi per la salute materna e infantile e per la terapia delle infezioni a trasmissione sessuale, per esempio, facevano parte della spesa generale per la salute, mentre gli esborsi per la “popolazione” si concentravano soprattutto sui finanziamenti dei servizi per la contraccezione, più qualche piccolo sussidio per

la raccolta e l'analisi dei dati statistici demografici. In molti studi di settore, le spese per la salute e quelle per la popolazione andavano sotto il generico titolo di “finanziamenti per il settore salute” e non è facile reperire e distinguere i vecchi dati sui finanziamenti per specifici interventi.

Gli sforzi per ricostruire l'impegno iniziato negli anni Settanta hanno permesso di chiarire alcune tendenze e soprattutto di evidenziare l'incremento negli aiuti dei donatori per le attività legate alla salute e alla





© Brian Sokol/Panos Pictures

popolazione. Gli esborsi provenienti dalle agenzie multilaterali e bilaterali per il settore della salute ammontavano nel 1972 a quasi \$900 milioni (in dollari del 1990); tale cifra è passata a \$2,7 miliardi nel 1980 e a \$3,9 miliardi nel 1990. Di questi, gli aiuti alle “attività per la popolazione” sono lentamente cresciuti negli anni Settanta e Ottanta. L’aiuto totale per la popolazione è arrivato nel 1990 a \$936 milioni, quasi il 20 per cento del totale degli aiuti esterni per il settore salute. I donatori bilaterali rap-

presentavano il 60 per cento di questi aiuti alla popolazione, le agenzie delle Nazioni Unite il 22 per cento, le banche per lo sviluppo il 13 per cento, e i fondi privati il 5 per cento (Michaud e Murray, 1994).

Nel 1994 i sistemi adottati per la stima e la tracciabilità dei finanziamenti per i servizi per la salute sessuale e riproduttiva sono diventati molto più sofisticati. Lo stesso Programma d’Azione includeva i costi stimati per l’attuazione delle raccomandazioni essenziali nei settori della pianificazione familiare, della salute riproduttiva, della terapia e prevenzione delle infezioni a trasmissione sessuale, compreso l’HIV, della ricerca di base. La comunità internazionale ha quindi convenuto di adottare un “pacchetto costi” stimando che nel 2000 sarebbero stati necessari 17 miliardi di dollari, nel 2005 18,5 miliardi, nel 2010 20,5 miliardi e nel 2015 21,7 miliardi. I governi hanno convenuto che due terzi delle somme necessarie dovevano essere erogate dagli stessi paesi in via di sviluppo, mentre il restante terzo doveva provenire dalla comunità internazionale.

### **Aumento del fabbisogno, aumento dei costi**

Molte organizzazioni e attività di programmazione hanno iniziato a monitorare costi e aiuti ricevuti dai donatori per la salute riproduttiva, materna, neonatale e infantile. Per esempio l’iniziativa Family Planning 2020 tiene traccia dei finanziamenti per la pianificazione familiare a livello globale; la Partnership for Maternal, Newborn and Child Health

monitora gli impegni economici relativi alla Global Strategy for Women’s and Children’s Health; e il Guttmacher Institute comunica l’andamento dei finanziamenti e delle esigenze di spesa per una serie di servizi collegati alla salute riproduttiva.

Stime e meccanismi di monitoraggio rivelano i progressi e le difficoltà che persistono nel panorama delle sovvenzioni, dal 1994 a oggi. Il numero dei donatori è andato stabilmente aumentando, e i loro sforzi risultano sempre più condizionati dall’impegno crescente della società civile e del settore privato (United Nations, 2014).

A livello globale però le risorse per rispondere alle esigenze della salute sessuale e riproduttiva sono ancora insufficienti, e le tendenze dei donatori si stanno rivolgendo nella direzione sbagliata. Gli esborsi dell’aiuto pubblico allo sviluppo, dalle nazioni più industrializzate a quelle in via di sviluppo, destinati alla salute sessuale e riproduttiva sono aumentati vertiginosamente dopo la ICPD del 1994, con un picco nel 2011 di poco più di 5 dollari per ogni donna in età fertile residente nei paesi meno industrializzati. Tuttavia nel 2016 questa somma era diminuita di 60 centesimi per donna, arrivando a 4,40 dollari. Se si tiene conto di tutte le fonti di finanziamento, compreso l’aiuto pubblico allo sviluppo allo sviluppo e le donazioni private, gli aiuti esterni per la salute sessuale e riproduttiva nel 2016 ammontavano a 6,22 dollari per donna in età fertile. Per quanto significative, queste cifre sono ancora troppo basse se raffrontate al fabbisogno.

## Il ruolo centrale delle economie nazionali

Per quanto difficile da misurare, è ovvio che le risorse economiche dei paesi in via di sviluppo nel loro insieme, inclusi i fondi stanziati da governi, organizzazioni non governative nazionali e sponsorizzazioni private, costituiscono la maggioranza dei finanziamenti a sostegno delle attività per la popolazione (UNFPA, 2014a).

Molti dei governi interessati hanno compiuto importanti progressi nell'allineare gli obiettivi e i bilanci nazionali con i traguardi del Programma d'Azione. Purtroppo però il perdurare delle crisi economiche nei paesi in via di sviluppo e nei paesi in transizione può incidere negativamente sulla capacità di tenere il ritmo in questo campo. Inoltre, in alcune situazioni, l'opposizione per motivi religiosi e culturali ai programmi per la popolazione ha rappresentato e continua a rappresentare un ostacolo alla mobilitazione delle risorse (Cohen e Abrams, 2002).

Molti paesi, specialmente quelli meno sviluppati, non sempre riescono a generare le risorse necessarie a rispondere appieno al fabbisogno della cittadinanza in materia di salute sessuale e riproduttiva. La maggior parte conta sull'aiuto dei donatori per il finanziamento e il mantenimento dei programmi per la popolazione (UNFPA, 2014a), un atteggiamento che mette in difficoltà la capacità nazionale di programmare e mettere a bilancio le necessarie attività per un periodo di tempo prolungato: i fondi provenienti dai donatori infatti possono variare da un anno all'altro, e questo mette a rischio di

tagli improvvisi la stabilità dei programmi.

Inoltre, nei paesi in via di sviluppo, gli utenti spesso si assumono, pagandoli di tasca loro, una quota ingente dei costi dei servizi, cosa che produce pesanti conseguenze sulla possibilità delle fasce più povere e più emarginate della popolazione di accedere a servizi essenziali. Laddove gli uomini controllano il reddito a disposizione della famiglia, per esempio, spesso è ancora più difficile per le donne pagare per le proprie necessità di salute sessuale e riproduttiva (Starrs *et al.*, 2018). L'onere delle spese vive può anche mettere in crisi le iniziative mirate alla riduzione della povertà e della disuguaglianza di reddito nel mondo in via di sviluppo (United Nations, 2014).

Gli approcci innovativi al finanziamento sostengono e incentivano i governi dei paesi in via di sviluppo nei loro sforzi per dare priorità e finanziare in modo continuativo i settori più poveri di risorse, come la salute e l'alimentazione. Per esempio, la Global Financing Facility, lanciata nel 2015, incoraggia i governi ad aumentare la spesa interna allineandosi alle dimensioni previste per la salute e l'alimentazione dagli Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile. Analogamente, la Bill & Melinda Gates Foundation aiuta i governi che si impegnano per conseguire l'obiettivo della Family Planning 2020 di ridurre il fabbisogno insoddisfatto di pianificazione familiare, oltre a dedicarsi allo sviluppo e all'attuazione di progetti nazionali specifici per migliorare l'accessibilità degli strumenti per la pianificazione familiare.

## Crescente attenzione all'efficacia degli aiuti

Il lancio degli MDGs nel 2000 ha inaugurato un'era di crescente attenzione all'efficacia degli aiuti, in parte causata dall'irritazione dei governi dei paesi in via di sviluppo per i problemi derivanti dalla disparità degli aiuti nelle partnership e per la loro diminuita capacità di pianificare, coordinare e guidare in modo efficace il processo di sviluppo nel loro stesso paese.

Nella Dichiarazione di Abuja del 2001 su HIV/AIDS, tubercolosi e altre malattie contagiose correlate, gli Stati membri dell'Unione Africana si sono impegnati ad aumentare la spesa per la salute fino a raggiungere un minimo del 15 per cento del bilancio nazionale, invitando altresì i paesi donatori a incrementare di conseguenza gli aiuti. L'esito del Forum di Alto Livello sull'Efficacia degli Aiuti (Dichiarazione di Parigi sull'Efficacia degli Aiuti del 2005, Agenda di Accra per l'Azione del 2008 e Partnership di Busan per un'efficace cooperazione per lo sviluppo del 2011) ha confermato l'impegno per una maggiore efficacia nell'erogazione degli aiuti, mettendo l'accento sul potenziamento delle capacità e dell'autonomia dei governi nazionali nella titolarità e nell'esecuzione dei programmi (United Nations, 2014).

Questa crescente attenzione verso l'efficacia degli aiuti si riflette nella creazione di strutture per il coordinamento dei donatori e nel maggiore riconoscimento del ruolo di leadership dei governi locali, nonché della reciproca responsabilità di tali collaborazioni (United Nations, 2014). Uno studio congiunto

## CAMPIONI DEL CAMBIAMENTO

# Chea Chantum

Da Dirigente del Settore Popolazione e Sviluppo, all'interno del Ministero cambogiano per la Pianificazione Economica, Chea Chantum ha avuto un ruolo fondamentale nell'impegno del suo paese a mettere gli obiettivi della ICPD al centro delle politiche nazionali progressiste su popolazione, invecchiamento e altri temi fondamentali.

Sotto la sua supervisione, la Cambogia ha visto aumentare costantemente gli investimenti nella pianificazione familiare. Un paese che solo pochi decenni fa sprofondava nelle sabbie mobili di un conflitto sanguinoso, oggi può vantare un netto calo dei tassi di fecondità, paragonabili a quelli di paesi molto più avanzati, e un deciso miglioramento della salute materna.

“Abbiamo sottolineato il diritto ad avere dei figli, esortando però allo stesso tempo le coppie a pensare al loro benessere e a quello della loro famiglia” dice “si può fare molto attraverso l'educazione e le campagne di sensibilizzazione.”

La Cambogia è sul punto di inserire, all'interno dei programmi nazionali scolastici, l'educazione completa alla sessualità a partire dalla quinta classe fino alla dodicesima, che corrisponde al primo biennio delle superiori, anche grazie alle insistenze di Chea per il rispetto dei diritti sessuali e riproduttivi di giovani e adolescenti. Chea ha contribuito anche a promuovere la creazione di un equity fund nazionale per la salute, che assicura assistenza gratuita ai cittadini poveri su tutto il territorio nazionale.

Chea lavora da quasi trent'anni nella pubblica amministrazione. Ha iniziato come agente di polizia, ma ha continuato a studiare fino a laurearsi in sviluppo rurale e pubblica amministrazione. Proprio nel periodo trascorso nelle campagne si è reso conto dei legami inestricabili tra popolazione e sviluppo.

“All'inizio non capivo l'importanza del tema della popolazione” ricorda “ma ora so che si tratta della prima condizione dello sviluppo. E questo mi motiva a fare tutto il possibile per capire quali sono le esigenze delle persone e per migliorare il loro benessere.”

“Fornire qualche servizio non basta” insiste “dobbiamo includere tutte le persone nel nostro sviluppo. Senza le persone non abbiamo niente. Solo le persone possono far continuare a progredire il nostro paese.”

“Fornire qualche servizio non basta” insiste “dobbiamo includere tutte le persone nel nostro sviluppo. Senza le persone non abbiamo niente. Solo le persone possono far continuare a progredire il nostro paese.”

***“Abbiamo sottolineato il diritto ad avere dei figli, esortando però allo stesso tempo le coppie a pensare al loro benessere e a quello della loro famiglia”***



to condotto da OMS e da UNFPA sulle conseguenze dei cambiamenti nell'ambito degli aiuti per la salute sessuale e riproduttiva ha riscontrato un crescente impegno sugli approcci di settore e sulle strategie per la riduzione della povertà, nonché sulle misure da adottare per raggiungere gli MDGs. Lo studio ha inoltre messo in luce come sia ancora problematico stanziare fondi sicuri e prevedibili per le esigenze di salute sessuale e riproduttiva (OMS e UNFPA, 2011).

### **Promuovere la copertura universale per la salute**

Con l'avvento degli SDGs nel 2015,

l'attenzione si è andata sempre più concentrando sul conseguimento della copertura universale per la salute che è al centro dell'Obiettivo 3. Il concetto di copertura universale per la salute comprende diversi principi, tra cui la fornitura di servizi di alta qualità per migliorare la salute e l'uguaglianza nell'accesso ai servizi, senza rischi di eccessivi oneri economici.

All'interno del motto generale degli SDGs, “non lasciare indietro nessuno”, il concetto di copertura universale per la salute incoraggia anche la “realizzazione progressiva”, ovvero la necessità di dare priorità

a quelle riforme dei sistemi sanitari che affrontano le disuguaglianze alla radice, beneficiando le persone più svantaggiate in misura uguale o maggiore rispetto ai meno svantaggiati, e di fare in modo che tutti i paesi possano compiere dei progressi a prescindere dal punto di partenza di ciascuno (Starrs *et al.*, 2018).

La copertura universale per la salute prevede un pacchetto di servizi di base che va successivamente ad ampliarsi, nonché l'incremento della quota di costi coperta tramite finanziamenti congiunti o programmi assicurativi, in modo da ridurre le spese vive per gli utenti. Questo

© Mark Tuschman



obiettivo inoltre mette l'accento sui molti legami intersettoriali tra i diversi SDGs, riconoscendo che le prospettive per il conseguimento degli obiettivi sulla salute saranno potenziate dai progressi compiuti nell'affrontare i molteplici fattori determinanti a livello sociale e ambientale (Stenberg *et al.*, 2017). I progressi nel campo della salute sessuale e riproduttiva si devono anche a diversi programmi innovativi di finanziamento, come quelli basati sui voucher, sui trasferimenti in contanti condizionati, sui programmi di assicurazione sociale e sui monitoraggi basati sulle perfor-

mance effettive (USAID, 2014). Tali innovative modalità di intervento si possono efficacemente adattare ad altre situazioni (Starrs *et al.*, 2018).

Per sostenere questi obiettivi, le istituzioni multilaterali hanno collaborato al lancio di un procedimento collettivo per accelerare il progresso verso gli SDGs. Il Piano Globale d'Azione per Vite Sane e Benessere per Tutti mira ad accelerare l'impatto nei diversi paesi, rafforzando al tempo stesso i processi decisionali interni, promuovendo risposte basate sui diritti e improntate all'uguaglianza, che non lascino indietro nessuno, e potenziando le capacità organizza-

tive dei paesi e delle istituzioni. Coordinata da OMS, questa iniziativa vede la collaborazione di 11 organismi multilaterali focalizzati sulla salute. Il piano d'azione elaborato dal gruppo sarà reso pubblico nel settembre 2019 di fronte all'Assemblea Generale delle Nazioni Unite (OMS, 2018a).

Tutte insieme queste iniziative preparano il terreno a istituzioni che siano sempre meglio equipaggiate e sostenibilmente finanziate per ampliare l'accessibilità di quelle informazioni e servizi di alta qualità che consentono alle donne di esercitare i loro diritti riproduttivi.

---

## I PUNTI DI QUESTO CAPITOLO

- Nel corso degli anni politiche e programmi portati avanti dai governi nazionali e da altri enti che erogano i servizi si sono andati evolvendo per rispondere alle migliorate conoscenze in materia di salute sessuale e riproduttiva. Ma le istituzioni devono continuamente adeguarsi per rispondere al crescente fabbisogno di una gamma sempre più completa di servizi e assicurare a tutte le persone, ovunque si trovino, la tutela dei loro diritti e della loro libertà di scelta.
- L'impegno delle amministrazioni nazionali e locali, della società civile e del settore privato ha contribuito a dare forma agli ambiziosi obiettivi della ICPD e degli SDGs; le partnership tra i diversi attori hanno rivestito un ruolo centrale nei progressi compiuti verso tali obiettivi, e continueranno a essere cruciali per il loro raggiungimento.
- La stima delle necessità finanziarie e il monitoraggio dei flussi dei finanziamenti per i servizi di salute sessuale e riproduttiva sono fattori cruciali per progredire nella tutela dei diritti e della libertà di scelta di tutte le persone in condizioni di bisogno. A livello globale, le risorse per affrontare i problemi della salute sessuale e riproduttiva sono ancora insufficienti, e le tendenze tra i donatori sono orientate nella direzione sbagliata. Molti governi dei paesi in via di sviluppo hanno compiuto importanti progressi nell'allineare gli obiettivi interni e i bilanci nazionali con gli obiettivi del Programma d'Azione della ICPD, ma il perdurare delle crisi economiche incide negativamente sulle loro capacità di mantenere lo stesso ritmo.
- La copertura universale per la salute è al centro dell'Obiettivo 3 per lo Sviluppo Sostenibile. Tale copertura prevede la fornitura di servizi di alta qualità per migliorare la salute e l'uguaglianza nella possibilità di accedere ai servizi per la salute senza il rischio di dover sostenere costi eccessivi. L'avvento di iniziative volte a promuovere la copertura universale per la salute offre nuove opportunità di far progredire quelle istituzioni che sono meglio attrezzate e finanziate in modo sostenibile, nei loro sforzi per allargare l'accesso alle informazioni e a servizi di qualità che consentano di assicurare il rispetto dei diritti e della libertà di scelta per tutte le persone.



# ATTUARE DIRITTI E LIBERTÀ DI SCELTA PER TUTTI: SE NON ORA, QUANDO?

Le donne che oggi hanno 60 anni sono nate quando i diritti sessuali e riproduttivi e la possibilità di scegliere erano più limitati. Per molte era difficilissimo ricorrere alla contraccezione, ed era relativamente facile morire di parto. Ma già quando hanno compiuto 10 anni è iniziato un cambiamento che ha prodotto continui progressi.

Di alcuni di questi cambiamenti hanno potuto avvantaggiarsi anche loro, ma molti di più sono quelli accumulati per la generazione successiva, quella delle donne che avevano 10 anni durante lo svolgimento della ICPD. Eppure, anche per loro il progresso è ancora incompleto. Oggi, a 35 anni, hanno più diritti e libertà di scelta, ma non tutti quelli che erano stati promessi.

Possiamo fare di meglio per le bambine che hanno 10 anni oggi? Se la storia costituisce un'indicazione, la ri-

sposta è sì, purché mettiamo al primo posto le persone e non lasciamo indietro nessuno.

Negli ultimi 50 anni molti notevoli passi avanti nell'ampliare la salute e i diritti sessuali e riproduttivi sono stati promossi da governi nazionali, società civile e organismi internazionali. Nel 1994 la ICPD ha proposto l'ideale di un impegno globale nei confronti di quei diritti e della libertà di scelta, raccogliendo un consenso senza precedenti sui vincoli essenziali che legano

l'empowerment delle donne allo sviluppo. Venticinque anni dopo, la visione della ICPD continua a rappresentare uno dei vertici delle aspirazioni umane, che oggi si riflette nell'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile con i suoi 17 SDGs.

Tuttavia, puntando lo sguardo al futuro, restano ancora molti dei vecchi problemi, mentre altri, nuovi, stanno emergendo. Come misura dei compiti che ci aspettano, UNFPA e i suoi molti partner hanno



© UNFPA/R. Anis

lanciato un appello per tre “zeri” da raggiungere entro il 2030: zero domande inevase di contraccezione, zero morti materne evitabili, zero violenze e pratiche dannose per donne e bambine.

Una bambina che oggi ha dieci anni merita un mondo in cui tutti godono dei propri diritti e possono vivere la vita che hanno scelto.

### **Una visione che promuove il cambiamento: dal passato al futuro**

Alla fine degli anni Sessanta la crescita demografica faceva paura: concepita come una bomba a orologeria, si ritenne di doverla disinnescare mediante programmi aggressivi, e a

volte coercitivi, di pianificazione familiare. All'epoca della ICDP era già emerso un consenso attorno al diritto di ciascuno al controllo del proprio corpo e della propria vita sessuale e riproduttiva. Quando le persone possono esercitare tali diritti, spesso le loro scelte, oltre a produrre un beneficio personale, contribuiscono al benessere generale in campo sociale, economico e persino ambientale. Oggi l'Agenda 2030 riconosce tra i cardini dello sviluppo sostenibile anche i servizi di qualità per la salute, inclusa l'assistenza per la salute sessuale e riproduttiva, oltre al conseguimento dell'uguaglianza di genere e dell'esercizio dei diritti riproduttivi.

In un mondo così spesso instabile e problematico, le conquiste ottenute

sono però ancora fragili. Alcuni stanno facendo importanti passi avanti, ma molti sono stati lasciati troppo indietro. Epidemie, conflitti e cambiamenti climatici riducono la portata dei progressi e ostacolano i diritti e le possibilità di scelta. In alcuni paesi il calo demografico ha spalancato le porte a nuove forme di politica demografica, che cercano di spingere le persone ad avere più figli, mentre altrove tornano ad emergere timori per l'aumento della popolazione. Altri cambiamenti demografici, come i fenomeni migratori, che spesso riflettono profonde condizioni di disuguaglianza e situazioni di crisi, alimentano l'intolleranza. Anche in paesi che nel complesso sono piuttosto ricchi sussistono sacche di povertà profonda e apparentemente incurabile. Atteggiamenti conservatori e fondamentalisti rischiano di ostacolare il progresso e addirittura di innescare una marcia indietro su conquiste già ottenute.

### **Prima le persone**

In ogni paese, la possibilità di sfruttare al massimo i progressi compiuti, di superare gli ostacoli e andare incontro a un futuro migliore, come quello prefigurato dall'Agenda 2030, parte dall'ottemperare agli impegni presi alla ICPD, specie quello di mettere al primo posto le persone sostenendo la loro salute e i diritti sessuali e riproduttivi e il diritto allo sviluppo delle generazioni attuali e future.

La legislazione nazionale può rendere esplicito l'impegno verso tali diritti, e annullare le residue disposizioni discriminatorie, come gli ostacoli



nell'accesso ai servizi e alla contraccezione per i giovani, per le persone non sposate, per i migranti, per le persone con orientamenti sessuali e identità di genere vari, e altri ancora. Questi impegni si possono tradurre in pratica tramite politiche per la popolazione accuratamente progettate per dare la priorità agli strumenti per raggiungere anche le persone che finora hanno avuto meno possibilità di scegliere e di esercitare i loro diritti.

In considerazione delle complesse interazioni tra sviluppo sostenibile e dinamiche della popolazione, le questioni inerenti dovrebbero entrare anche nei programmi e negli investimenti per lo sviluppo in generale, ed entrare a far parte di un approccio integrato allo sviluppo come quello oggi incarnato dall'Agenda 2030. Tale impegno dovrebbe riflettere l'intera gamma dei fattori che influenzano la salute e i diritti sessuali e riproduttivi, come la formazione scolastica, l'occupazione, le esigenze abitative e la sicurezza alimentare.

I paesi che si preoccupano per il calo demografico possono intraprendere misure per garantire a tutti l'immediata disponibilità dei servizi essenziali per la salute sessuale e riproduttiva. Spesso inoltre dovrebbero fare di più per estendere il più possibile le misure di sostegno alla famiglia, aiutando tutti a esercitare il proprio diritto ad avviare o allargare la famiglia: per esempio, tramite congedi parentali retribuiti per uomini e donne, sgravi fiscali per le famiglie, accordi per orari di lavoro flessibili, alloggi a prezzi contenuti. I paesi che hanno una quota sempre maggiore di persone che si affacciano al mon-

do del lavoro possono potenziare la produttività e avvantaggiarsi del potenziale dividendo demografico assicurando ai giovani l'accesso a servizi per la salute che siano completi e di qualità, oltre a una formazione scolastica di buon livello, e offrendo loro l'opportunità di trovare un lavoro dignitoso.

All'interno delle politiche nazionali per la salute, la salute sessuale e riproduttiva dovrebbe passare dal ruolo spesso periferico che occupa oggi a uno più centrale, che rifletta l'impatto che produce sulla salute e

sul benessere generale e l'importanza che le attribuiscono singoli e coppie. In questo senso potrebbero prevedere di passare alla recente definizione dell'assistenza sanitaria primaria data dalla Dichiarazione di Astana: integrare i servizi di prevenzione e cura e quelli per la salute sessuale e riproduttiva e per la salute mentale (OMS e UNICEF, 2018). I "check-up" a livello nazionale sui diritti sessuali e riproduttivi possono servire a stabilire se leggi, politiche, bilanci, servizi, campagne di sensibilizzazione e altre attività sono in linea con tali diritti.

© UNFPA/Live Images



## Diritti e libertà di scelta per tutto l'arco della vita

I significativi cambiamenti nell'andamento demografico degli ultimi anni, soprattutto tra i diversi gruppi di età, hanno portato a comprendere meglio il valore, nelle attività di programmazione e di realizzazione di strategie politiche, di un approccio che consideri l'intero arco della vita. È bene che i servizi pubblici e gli altri interventi raggiungano le persone fin dall'inizio della loro vita e continuino a essere disponibili ad ogni stadio successivo, così che i benefici si accumulino fino alla vecchiaia.

Questo aiuta i paesi ad assicurare i diritti delle persone in tutte le fasi dell'esistenza, massimizzando gli investimenti ad alto impatto. Bambini e giovani avranno la salute e il livello di istruzione necessari a diventare adulti capaci e produttivi. Gli adulti

avranno il lavoro dignitoso e l'aiuto alla pianificazione familiare che occorrono per dare un contributo produttivo all'economia, prendersi cura delle persone a loro carico e prepararsi alla vecchiaia. Gli anziani potranno attingere alle risorse accumulate e mantenere la qualità della vita precedente, continuando anche a contribuire al benessere delle loro famiglie e delle comunità di appartenenza. Un approccio al ciclo vitale aiuta inoltre a ridurre le disuguaglianze correlate all'età e a guidare le scelte sui consumi delle risorse in modo da equilibrare le necessità della generazione attuale e di quelle future.

Tutte le persone, in tutte le fasi della vita, dovrebbero poter disporre di sistemi di tutela sociale con una rete di sicurezza essenziale, che garantisca a ciascuno il mantenimento di un livello di dignità, di libertà di scelta e

di benessere adeguato al rispetto dei propri diritti. Le politiche per l'occupazione devono tenersi al passo con i rapidi cambiamenti del mercato del lavoro che minano la stabilità e la qualità dell'occupazione, per esempio con l'erogazione ininterrotta dei benefici essenziali per la salute e per la sicurezza sociale, e promuovendo un'educazione permanente.

## Un'agenda incompleta: l'accesso a servizi di qualità

Negli ultimi 50 anni la comprensione della natura dei servizi per la salute sessuale e riproduttiva è andata continuamente evolvendosi. Dalla quasi esclusiva concentrazione sui contraccettivi si è allargata all'appello della ICPD per l'accesso universale alla gamma completa dei servizi collegati all'assistenza per la salute sessuale e

© Chien-Chi Chang/Magnum Photos



riproduttiva. La copertura sanitaria universale è oggi uno dei punti forti dell'obiettivo 3 degli SDGs, sulla salute e il benessere per tutti.

### **Un pacchetto universale di servizi**

I picchi nella domanda inevasa di servizi per la salute sessuale e riproduttiva si raggiungono tra i gruppi più emarginati, come quelli delle minoranze etniche; i giovani; le persone non sposate; le persone lesbiche, gay, bisessuali, transgender e intersex (LGBTI); le persone con disabilità; le persone più povere nei contesti rurali e urbani. Tra le donne colpite da povertà, non solo è maggiore il fabbisogno di contraccezione, ma anche i tassi di mortalità materna sono significativamente più elevati.

Assistenza scadente, strutture e forniture carenti, normative discriminatorie e atteggiamenti di sufficienza da parte degli operatori dei servizi sono tra gli ostacoli che ancora impediscono a donne e bambine di accedere ai servizi. Conseguire e attuare il rispetto dei diritti di gruppi da tempo esclusi può risultare difficile e costoso, ma deve essere una priorità assoluta per completare l'agenda dell'ICPD e per realizzare quella per il 2030. Non basta che i servizi raggiungano questi gruppi, devono anche essere tagliati su misura per le loro esigenze e assicurare la riservatezza e l'assenza di giudizi morali o di coercizione.

Tutti i sistemi sanitari dovrebbero definire ed erogare un pacchetto essenziale di servizi per un'assistenza alla salute sessuale e riproduttiva che sia universalmente accessibile, integrata e

di alta qualità, sia ai livelli di base che a quelli più specialistici. Secondo la definizione della ICPD, tale pacchetto deve comprendere: la pianificazione familiare, i servizi relativi alla gravidanza, alle infezioni a trasmissione sessuale, all'infertilità e all'aborto sicuro se previsto dalla legge; il rinvio a trattamenti specialistici per i tumori dell'apparato riproduttivo. In generale, i servizi integrati sono quelli che meglio rispondono alle diverse esigenze, per esempio fornendo attività di counselling sulla contraccezione, prima e dopo il parto.

I programmi che non si occupano a sufficienza della salute materna e infantile possono migliorare appoggiandosi ai programmi per la nutrizione, la sicurezza alimentare e l'empowerment delle donne. Per esempio, grazie al Maternal Health Thematic Fund (Fondo Tematico per la Salute Materna) UNFPA aiuta molti paesi con tassi particolarmente alti di mortalità materna con interventi di provata efficacia come la formazione per le levatrici e l'introduzione dei servizi completi di assistenza alla salute sessuale e riproduttiva all'interno delle strutture preposte alle cure ostetriche e neonatali di emergenza.

È necessario anche coordinare meglio gli sforzi per mettere fine ai tabù e alla disinformazione che circondano le mestruazioni e potenziare strutture e servizi per la gestione dell'igiene mestruale, per scongiurare le potenziali conseguenze, che vanno dall'interruzione della frequenza scolastica fino ai problemi di salute non curati.

Molti paesi potrebbero fare molto di più per tutelare i diritti e la libertà di scelta per tutti, rimuovendo

gli ostacoli per accedere ai servizi e alle informazioni che incontrano le persone con orientamenti sessuali e di genere vari. Lo smantellamento delle barriere potrebbe iniziare dalla formazione e dalla sensibilizzazione degli operatori sanitari perché evitino ogni discriminazione e vadano incontro alle specifiche esigenze di ciascuno.

### **Stringere legami per mettere fine alla violenza**

Sussistono divari enormi nella prevenzione e nella risposta alla violenza di genere, una violazione dei diritti umani diffusa in tutto il mondo. I sistemi di rifugio, malgrado gli sforzi profusi dalle organizzazioni femminili, in molti contesti sono ancora scarsissimi o inesistenti. Sarebbe opportuno adottare o incrementare modelli di servizi integrati in cui le donne possano accedere rapidamente a un insieme di strutture di sostegno – sanitario, legale, psico-sociale, occupazionale e altro ancora – che le aiuti a trovare sicurezza e a ripartire. Per meglio rispondere alle circostanze specifiche delle violenze di genere, sarebbe utile condividere e replicare le esperienze più riuscite nell'ambito della formazione delle forze dell'ordine e dei funzionari del settore giudiziario.

Si possono forgiare legami più stretti tra i servizi per la salute riproduttiva, le iniziative per la prevenzione e la tutela dalla violenza di genere e i programmi di empowerment economico rivolti alle donne. Può trattarsi di vincoli basilari come gli screening e i sistemi di rinvio alle strutture specializzate: per esempio chiedendo



© Thomas Imo/Photothek/Getty Images

alle donne che si rivolgono ai servizi per la pianificazione familiare se hanno anche altre necessità o vulnerabilità, e indirizzarle, se è il caso, alle specifiche strutture.

### **La responsabilità inizia dagli utenti dei servizi**

Una delle principali ragioni dei deficit qualitativi nei servizi, a parte l'insufficienza delle risorse, è collegata alla mancanza di senso di responsabilità e di disponibilità nei riguardi degli utenti dei servizi. Migliorare i sistemi di gestione delle informazioni sulla salute, e impegnarsi per registrare e analizzare in modo sistematico tutte le morti materne, così da identificare le principali carenze dell'assistenza, consentirebbe ai paesi di monitorare i progressi e di confermare che i servizi stanno raggiungendo per prime

le persone rimaste più indietro. Una tendenza positiva in questo senso è rappresentata dall'adozione degli standard minimi e delle procedure di reclamo. In presenza di un'assistenza sanitaria privatizzata, i regolamenti devono riflettere gli stessi standard ed esigere dai fornitori privati il rispetto della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi di tutti gli utenti.

Coinvolgere le associazioni femminili e gli altri rappresentanti degli utenti nelle decisioni che riguardano i regolamenti e l'erogazione dei servizi può risultare anche molto utile al miglioramento della qualità dell'assistenza. Tra i sistemi che meritano di essere ulteriormente sviluppati ci sono quelli che inviano un semplice questionario di *follow-up* mediante la telefonia mobile, chiedendo agli utenti di esprimersi direttamente sulla

qualità dell'assistenza ricevuta. I risultati potrebbero essere utilizzati nella valutazione della performance degli operatori sanitari. Questo genere di approccio può servire sia a migliorare i servizi, sia a incoraggiarne l'utilizzo.

### **Includere gli adolescenti**

Malgrado gli impegni in tal senso della ICPD, gli adolescenti intesi come gruppo continuano ad avere un accesso insufficiente ai servizi per la salute sessuale e riproduttiva. Legislazioni e norme sociali antiquate continuano ad opporvisi. Nuove problematiche sono emerse inoltre con l'avvento di Internet: dal flusso di informazioni non sempre corrette, ai pericoli del cyber-bullismo e del traffico di prestazioni sessuali.

Gli adolescenti hanno il diritto a essere educati, messi in condizione

di compiere autonomamente scelte responsabili e di proteggersi. Questo diritto può essere sostenuto da misure quali l'educazione completa alla sessualità adeguata all'età e integrata nei programmi scolastici, rivolta a tutti gli studenti e capace di raggiungere anche le ragazze e i ragazzi che non frequentano la scuola. Per ottenere risultati più significativi, tali programmi dovrebbero mirare non solo a fornire informazioni, ma anche a migliorare l'autostima, promuovere la comprensione dei diritti umani e di positive norme di genere, sviluppare capacità decisionali e di comunicazione (Starrs *et al.*, 2018).

### **Affrontare le sfide della fecondità**

Nel mondo ci sono ben 180 milioni di coppie potenzialmente afflitte dall'infertilità, con conseguenze che possono andare dallo stress psicologico alla violenza tra partner e allo stigma sociale (Starrs *et al.*, 2018). Tra i principali fattori di infertilità ci sono i cambiamenti intervenuti nel mondo del lavoro e della famiglia, che hanno spinto un numero sempre maggiore di donne a rimandare il momento in cui avere figli a un'età più matura, quando la fertilità spesso diminuisce. Anche i problemi di salute e l'impossibilità di accedere alle cure mediche durante le prime gravidanze può dar luogo all'incapacità di avere altri figli.

Per chi dispone delle risorse necessarie, sono disponibili tecnologie per la procreazione assistita come la fecondazione in vitro. Data la natura universale dei diritti riproduttivi e in base al principio dell'assistenza

sanitaria universale, tuttavia, occorre svincolare queste opzioni dalla capacità di pagarle. Per ampliare la loro accessibilità occorrono adeguate linee guida etiche e standard medici disponibili in loco, la riduzione dei costi proibitivi e l'estensione della possibilità di ricorrere a queste tecnologie anche nei paesi che si trovano in diversi stadi dello sviluppo. Si può fare di più per sensibilizzare le persone sulla prevenzione e il trattamento dell'infertilità, e alcuni paesi potrebbero modificare le leggi sul trattamento dell'infertilità, sull'adozione e sulla maternità surrogata, in linea con i diritti sessuali e riproduttivi.

### **Il peso crescente dei tumori dell'apparato riproduttivo**

In tutte le nazioni del mondo aumenta l'incidenza dei tumori, con un balzo particolarmente pronunciato nei paesi a basso e medio reddito, anche per l'innalzamento dell'età della popolazione. Altri rischi sono connessi alla riduzione dell'attività fisica favorita dalle moderne occupazioni. Il cancro della prostata, del seno e della cervice uterina e altri tumori dell'apparato riproduttivo costituiscono una quota significativa dell'insieme delle malattie oncologiche (American Cancer Society, 2016). Occorre aumentare gli screening di routine come parte integrante dell'assistenza sanitaria primaria, anche con l'adozione di tecniche ormai consolidate e con l'esplorazione di nuovi strumenti come i test genetici il cui costo inizia a diminuire. In linea con un approccio basato sui diritti, per accelerare l'accesso alla prevenzione può essere utile riformare

le normative sui brevetti e accelerare i processi con cui la tecnologia al servizio di un bene pubblico passa dalla fase ideativa e di sviluppo all'uso generalizzato.

Uno strumento di provata efficacia per la prevenzione è il vaccino contro il papilloma virus o HPV, causa della maggior parte dei tumori della cervice. È ormai somministrato di routine alle bambine dai 9 ai 13 anni in 55 paesi. Altre nazioni dovrebbero pensare alla sua adozione, soprattutto ora che un nuovo programma nel dosaggio ne ha ridotto i costi.

### **Occuparsi dell'invecchiamento**

La ICPD ha sottolineato come i problemi specifici di donne e uomini in età matura nell'ambito della salute sessuale e riproduttiva sono spesso affrontati in modo inadeguato. Con il numero di persone anziane che aumenta in sempre più paesi, i sistemi sanitari dovranno cominciare ad affrontare le questioni della funzionalità sessuale, dei rischi inerenti all'HIV e ad altre infezioni a trasmissione sessuale nonché dei tumori dell'apparato riproduttivo per i quali l'età avanzata è un ulteriore fattore di rischio.

### **Più attenzione alla salute mentale**

Malgrado la dichiarazione della ICPD che "ogni persona ha il diritto di godere dei più elevati standard di salute fisica e mentale", quest'ultima resta una parente povera della prima, dal punto di vista dell'attenzione e delle risorse. Ma le questioni relative alla salute mentale possono produrre importanti conseguenze sui diritti e sulla libertà di scelta.

Per esempio, la depressione ante e post-natale resta un problema comune in tutto il mondo. Le gravidanze indesiderate sono collegate a episodi depressivi di lunga durata. Il protrarsi di una richiesta inevasa di pianificazione familiare, gli effetti collaterali di taluni contraccettivi, gli squilibri di potere nei rapporti che a volte includono reazioni violente a gravidanze indesiderate, sono tra i fattori che costituiscono le più comuni minacce per la salute mentale di donne e bambine. Oggi il suicidio è una delle principali cause di morte per le ragazze adolescenti.

Come minimo, i servizi per la salute riproduttiva dovrebbero essere gestiti da operatori formati anche per affrontare questi temi, e in grado di effettuare test e procedure diagnostiche per individuare i problemi e se necessario indirizzare le pazienti alle strutture specializzate (OMS, 2009). Questi sforzi devono avvenire nel rispetto dei diritti umani e dell'umana dignità, impegnandosi a ridurre il pesante stigma spesso tuttora associato ai problemi di salute mentale.

### **I principi fondamentali: empowerment e uguaglianza**

La ICPD ha sempre sottolineato il fondamentale diritto delle donne a decidere liberamente per ciò che riguarda il loro corpo. Da questo diritto ne derivano molti altri: quello di studiare, di lavorare, di spostarsi liberamente nei luoghi pubblici e in quelli privati, di godere del tempo libero. Rispetto al 1994 oggi le donne in ogni parte del mondo sono più istruite e meglio inserite nel mondo

del lavoro e, nel complesso, sono più sane e meglio attrezzate per pianificare la loro famiglia.

Tuttavia sono ancora meno pagate e svolgono una quota molto superiore del lavoro assistenziale non retribuito, e ancora non hanno raggiunto la parità nella maggior parte dei ruoli decisionali come i consigli di amministrazione o le rappresentanze parlamentari. La violenza di genere resta spesso impunita; basti pensare a pratiche dannose come le mutilazioni genitali femminili e il matrimonio precoce.

### **Mettere in discussione le norme di genere**

Le norme di genere discriminatorie restano tuttora uno dei principali ostacoli al progresso di donne e bambine e condizionano tutti gli ambiti della vita. Impongono alle donne una condizione subordinata e limitano le loro scelte. Informazioni e servizi di alta qualità per la salute sessuale e riproduttiva devono essere estesi a tutte le donne. Ma l'effettiva possibilità di accedere e di servirsene spesso dipende anche dalla disponibilità del marito a permettere che la moglie esca di casa, dai messaggi comunicati dai mass media, dagli atteggiamenti della comunità di appartenenza rispetto a sessualità e fecondità, dalle parole delle figure autorevoli, religiose o di altro genere. "Empowerment" è spesso usato come termine generico per indicare che le donne hanno il diritto di scegliere, ma in realtà molti altri fattori si combinano a limitare le opzioni a disposizione di una donna: per esempio i mezzi di cui dispone, la considerazione di cui gode all'interno

della famiglia, l'ambiente sociale, economico e politico in cui vive.

I servizi per la salute sessuale e riproduttiva dovrebbero diventare più efficaci nel rispondere alle realtà dei ruoli e delle norme di genere. Molti erogano ancora i servizi dall'alto. Un impegno rispettoso, basato sulla comunicazione alla pari e libero da giudizi morali, può aiutare i singoli interessati a ripensare e ridefinire i propri obiettivi sessuali e riproduttivi, e capire meglio come raggiungerli. Gli operatori dovrebbero ricevere una formazione che li abitui a evitare norme e comportamenti discriminatori, molti dei quali restano tuttora incontestati, ma dovrebbero anche imparare a chiedere e a contribuire, direttamente o con il rinvio ai servizi specialistici, al superamento delle barriere discriminatorie che molte donne incontrano una volta uscite dalla struttura sanitaria.

Una maggiore consapevolezza sociale e campagne mirate a modificare i comportamenti possono contribuire allo sviluppo di norme più positive e largamente accettate. Occorre inoltre combattere gli stereotipi di genere nelle scuole, compresi quelli che indirizzano le ragazze e i ragazzi verso certi corsi di studio invece di altri, e collaborare con i media per contrastare gli stereotipi di genere più diffusi e dare più spazio alla voce e al punto di vista delle donne, la cui visibilità è ancora molto limitata. Sarebbe utile studiare meglio, per poterle replicare, le esperienze più riuscite di collaborazione con le autorità religiose, che spesso esercitano un'influenza profonda sulle loro comunità e sulle famiglie.

## CAMPIONI DEL CAMBIAMENTO

# Lilianne Ploumen

e poi Ministra olandese per il Commercio Estero e la Cooperazione allo Sviluppo ha esortato le donne di tutto il mondo a inviare il loro messaggio: nessuno prende decisioni sul corpo delle donne, se non le donne stesse.

L'imposizione nel 2017 di una politica statunitense volta a ridurre i finanziamenti dei servizi per la salute riproduttiva non è bastata a far tacere Lilianne Ploumen. Al contrario, l'ha spinta ad alzare la voce. La Parlamentare

Era nato il movimento SheDecides. Prima in forma di hashtag, poi con una dichiarazione di intenti che ha raccolto 200 milioni di finanziamenti da governi, fondazioni e filantropi. In seguito è stata creata una piattaforma di crowdfunding: oltre 50.000 persone hanno firmato un manifesto in cui si impegnavano a difendere il principio di "She Decides." Alcuni ministri di Francia e Sudafrica figurano tra i 40 principali promotori della causa.

"Persone coraggiose, instancabili e intelligenti, in quanto organizzazioni o a titolo personale, erano impegnate da decenni in difesa dell'autonomia del corpo di donne e bambine e dell'assistenza sanitaria completa. E poi, all'improvviso, se n'è accorto il mondo intero" dice Ploumen. "Oggi accogliamo nuove energie e un nuovo linguaggio, che induce sempre più persone, di tutte le provenienze, ad abbracciare l'idea di SheDecides."

Ploumen stima che occorreranno almeno 600 milioni di dollari all'anno per compensare le perdite comportate dalla cosiddetta gag rule, la regola del bavaglio: la decisione degli Stati Uniti di bloccare i finanziamenti a quelle organizzazioni che, di tasca loro, forniscono consulenze o indirizzano alle strutture competenti le donne che vogliono abortire, o che difendono la depenalizzazione dell'aborto e la necessità di ampliare, dove sono legali, i servizi relativi.

Dopo aver lavorato a Rotterdam nel settore della sensibilizzazione sociale, Ploumen ha diretto Mama Cash, un'organizzazione che promuove i diritti delle donne, e i programmi internazionali di Cordaid, uno dei principali gestori di aiuti umanitari e allo sviluppo. Conosce quindi di prima mano l'insieme di norme, valori, leggi, codici e abitudini che, ovunque nel mondo, impediscono alle donne di realizzare le loro potenzialità.

"Queste regole, scritte e non scritte, devono cambiare" dichiara "per questo chiedo a tutti di alzarsi in piedi e far sentire la loro voce, di essere solidali, di contattare i propri governi e di organizzarsi per il cambiamento!"

***"Oggi accogliamo nuove energie e un nuovo linguaggio, che induce sempre più persone, di tutte le provenienze, ad abbracciare l'idea di SheDecides"***



## **Mettere fine a tutte le pratiche dannose**

Le più insidiose tra le norme di genere sono quelle che portano a pratiche dannose come i matrimoni precoci e forzati, le mutilazioni genitali femminili e la preferenza per i figli maschi. Sono pratiche che vanno completamente estirpate, a partire da leggi chiare e attuate con rigore. Alcuni passi avanti sono stati fatti lavorando con le comunità locali per spiegare i danni causati da queste pratiche e costruendo un consenso intorno al loro abbandono, anche tramite il programma congiunto di UNFPA e del Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia già operativo in molti paesi con un alto tasso di mutilazioni genitali femminili (UNFPA e UNICEF, 2018).

La difesa proattiva dei diritti e del potenziale delle bambine può modificare le tendenze a trattarle essenzialmente come un peso o come una fonte di lavoro domestico. Quando le ragazze hanno la possibilità di frequentare la scuola, anche grazie a programmi mirati di trasferimento di denaro, di trovare un lavoro dignitoso e di realizzare i loro diritti, anche i genitori e le comunità locali cominciano a capire e ad apprezzare le loro capacità e il loro potenziale.

## **Coinvolgere gli uomini**

La maggior parte dei programmi per la salute riproduttiva si sono concentrati finora soprattutto su donne e bambine, per l'ovvia ragione che la riproduzione avviene nel loro corpo e che sono ancora pesantemente indietro rispetto agli uomini e ai ragazzi, dal punto di vista dell'esercizio dei loro diritti e della loro libertà di scel-

ta. Ma occorre migliorare l'impegno nei confronti di uomini e ragazzi, sia per coinvolgerli nella promozione dell'uguaglianza di genere, sia per rispondere ai loro diritti e alle loro esigenze specifiche.

Un numero crescente di interventi sostiene gli uomini in quanto agenti attivi del processo di riproduzione: si va dalle attività di aiuto psicologico alle coppie, per favorire la comunicazione e risolvere i conflitti, fino all'educazione completa alla sessualità che sottolinea l'empowerment delle donne e il ruolo e i doveri degli uomini. Altre iniziative lavorano con gruppi di uomini per ridefinire le norme maschili nocive, e mettere fine agli atteggiamenti che contribuiscono alle violenze di genere. I congedi parentali per i padri favoriscono fin dall'inizio il loro coinvolgimento nella cura dei figli, e dovrebbero essere a disposizione di tutti. Il coinvolgimento maschile prima e dopo il parto comporta molti benefici che vanno da una minore incidenza della depressione antenatale e post-partum a un miglior utilizzo dell'assistenza postnatale (Starrs *et al.*, 2018).

In molti casi i programmi per la salute sessuale e riproduttiva devono raggiungere esplicitamente gli utenti maschi, sia nella pianificazione familiare che nella prevenzione delle infezioni a trasmissione sessuale. Occorre investire di più nei metodi di contraccezione maschile e nei servizi che rispondono a problematiche come le disfunzioni della sessualità maschile e i tumori dell'apparato riproduttivo. Può essere utile introdurre forme specifiche di sensibilizzazione e di supporto psicologico, specie in



quei contesti in cui gli uomini evitano di ricorrere ai servizi per la salute per il timore di apparire deboli o perché pensano che tali strutture sanitarie siano soprattutto per le donne e i bambini.

## **Livellare verso l'alto**

Per troppe donne i sistemi economici sono ancora discriminanti e compromettono i loro diritti e la possibilità di scelta in ambito sessuale e riproduttivo. Sono occupate in una quota assolutamente sproporzionata di lavori sottopagati e incerti, per esempio, e hanno meno possibilità





© Pep Bonet/NOOR

di accedere ai meccanismi di tutela sociale. I nuovi modelli di sviluppo inclusivo dovrebbero essere improntati alla parità di genere e mettere l'accento sul livellamento verso l'alto, per esempio eliminando i divari di genere nell'occupazione e incrementando le opportunità di lavoro dignitoso sia per le donne che per gli uomini, ma prevedendo un maggior tasso di espansione per le donne (Elson e Fontana, 2019).

Ovunque nel mondo, persino in quei paesi che hanno compiuto i progressi più significativi verso l'uguaglianza di genere, le donne sop-

portano un peso molto maggiore di lavoro domestico non retribuito che riduce ingiustamente il tempo libero e quello da dedicare a un impiego retribuito. A livello globale, le donne rappresentano il 40 per cento dell'occupazione formale, ma si dedicano da 2 a 10 volte di più alle attività domestiche e assistenziali rispetto agli uomini (Starrs *et al.*, 2018). Per molte di loro avere un figlio implica ancora di dover rinunciare al lavoro, di restarne lontano per più tempo di quanto vorrebbero o semplicemente di arrabattarsi a fatica per mantenerlo. Alcune pagano un prezzo altissi-

mo in termini di reddito e di salute.

Alloggi a prezzi accessibili, energia pulita, trasporti pubblici sicuri, acqua potabile e servizi igienici, e poi servizi per la salute, l'istruzione e la cura dell'infanzia sono tutte opzioni che riducono il carico di lavoro non retribuito delle donne (Starrs *et al.*, 2018). Occorrono dati molto più attendibili sull'uso del tempo come base per definire i necessari investimenti su servizi e infrastrutture onde contribuire all'uguaglianza di genere e raggiungere per prime le persone rimaste più indietro. La stima dei costi di esercizio può servire a definire



© Holly Pickett/Redux Pictures

servizi e infrastrutture pesano sui bilanci pubblici, ma anche il ritorno che garantiscono in termini di occupazione produttiva e di incremento del gettito fiscale (UN Women, 2018). Un altro elemento importante consiste nell'incoraggiare gli uomini a fare la loro parte.

Al di là dell'imperativo di realizzare i diritti delle donne, sempre più paesi hanno iniziato a capire che "livellare verso l'alto" può favorire l'impulso alla transizione demografica, producendo un dividendo demografico femminile. Le donne istruite e sane che realizzano i loro diritti e le loro scelte riproduttive possono portare un contributo significativo a un'economia produttiva e prospera.

### Continuità nelle crisi

Dai conflitti insanabili ai disastri legati al clima, il mondo di oggi è più incline a crisi che limitano regolarmente i diritti e le possibilità di scelta. La ICPD esorta a tutelare le per-

sone costrette a spostarsi o coinvolte in situazioni di vulnerabilità, anche mediante i servizi per la salute sessuale e riproduttiva.

Le crisi non devono rappresentare uno stallo per i diritti e la libertà di scelta. Ma il sostegno finanziario rimane costantemente inadeguato alle situazioni di bisogno acuto. Per una donna incinta che fugge da una catastrofe, l'assistenza medica qualificata può essere essenziale per la vita propria e dei figli quanto il cibo e il riparo.

Diritti e scelte in ambito riproduttivo devono essere parte integrante di tutte le risposte internazionali alle situazioni di crisi. Tutti gli attori umanitari, pubblici o privati, gestiti dai governi o da organizzazioni non governative, dovrebbero adottare gli standard minimi dei servizi mirati a reprimere e a rispondere alle violenze sessuali, a ridurre il contagio da HIV e a prevenire la mortalità e la morbosità materna e neonatale. Servizi completi per la salute sessuale e ri-

produttiva dovrebbero essere erogati non appena la situazione lo consente.

### Sfruttare le opportunità

Le crisi, per quanto mai auspicate, possono però aprire nuove opportunità di promuovere i diritti e la libertà di scelta. Si possono sfruttare di più, in questo senso, attraverso programmi che a volte rappresentano la prima occasione per le utenti di apprendere nozioni sulla salute sessuale e riproduttiva, di contestare le norme di genere o di chiedere protezione dalla violenza di genere. Nelle situazioni di devastazione spesso le donne e le ragazze esplorano nuovi ruoli o hanno l'occasione di accedere a corsi di formazione professionale. Molto ancora si può fare per promuovere gli investimenti nei servizi psico-sociali e di salute mentale, perché le carenze in questo settore possono rapidamente condurre, tra le altre conseguenze, a comportamenti a rischio in ambito sessuale e non, a un degrado delle

## CAMPIONI DEL CAMBIAMENTO

# Sheshkala Pandey

una onorificenza nazionale, l'Unsung Hero Award (Premio Eroe Misconosciuto).

Sheshkala Pandey avrebbe dovuto sposarsi dopo la terza media. Oggi invece, a 19 anni, frequenta l'università, è impegnata in attività di mentoring per le altre ragazze ed è stata recentemente premiata con

Tutto questo era impossibile da prevedere quando è nata Pandey. Nella sua poverissima comunità del Nepal meridionale le ragazze per tradizione si sposano il prima possibile, malgrado la legge imponga un'età minima di 18 anni. Senza alcuna possibilità di completare gli studi, per molte di loro il matrimonio rappresenta l'ingresso in una vita di povertà e di assenza di ogni autonomia decisionale.

Ma Pandey decise che quello non sarebbe stato il suo destino. La prima volta che si parlò di matrimonio, in famiglia, scoppiò in lacrime. Poi però elaborò un business plan, si fece prestare dei soldi dal fratello e mise in piedi una piccola attività di produzione di oggetti artigianali da vendere al mercato locale. Guadagnò a sufficienza da pagarsi le rette scolastiche, uno dei costi che spesso grava tanto sulle famiglie da indurle a interrompere gli studi delle bambine e spingerle al matrimonio.

Quel cambiamento nella sua vita fu per Pandey solo un punto di partenza. Oggi, quando non è impegnata a studiare in vista della laurea, insegna in un collegio locale per mantenersi. È anche a capo di un Circolo delle Ragazze che conta una trentina di iscritte, attivamente impegnate a contestare le pratiche dannose come i matrimoni precoci e gli abusi sessuali, e che fa appello alle ragazze perché continuino a frequentare la scuola. Quando qualcuna di loro viene a sapere che sta per svolgersi un matrimonio precoce, intervengono per bloccarlo, arrivando persino in un caso a interrompere la cerimonia nuziale.

“Io incoraggio [le ragazze] ad avere coraggio e ad opporsi a qualsiasi forma di violenza nei loro confronti” dice Pandey che aggiunge, con naturalezza, “dobbiamo cambiare la società, sì o no? E allora perché farsi frenare dagli ostacoli che incontriamo sulla strada?”

Grazie al suo coraggio nell'indicare la strada da percorrere, un numero sempre maggiore di bambine nella sua comunità locale oggi frequentano la scuola. Le madri le chiedono consigli perché le figlie possano diventare come lei. È la portabandiera di una nuova norma sociale, quella in cui una bambina va considerata preziosa e incoraggiata, non scartata e data in pasto a un matrimonio precoce.

***“Dobbiamo cambiare la società, sì o no? E allora perché farsi frenare dagli ostacoli che incontriamo sulla strada?”***



condizioni di salute e all'aggravarsi delle violenze di genere.

### **Essere preparati**

Non tutte le crisi si possono evitare. Essere preparati significa adottare piani di gestione dei disastri e di mitigazione dei rischi. Nei casi in cui si sono allestite postazioni di scorte e forniture per rispondere a possibili disastri, in esse devono essere comprese per default contraccettivi, kit per partorire in sicurezza e altri equipaggiamenti essenziali per la salute riproduttiva. I modelli di servizi integrati sono utili a prevedere le necessità di personale e le misure utili a mantenere la continuità. Tutti questi sforzi devono essere sostenuti da un più consistente finanziamento delle

attività relative ai rischi di catastrofi, finanziamento che oggi è spesso inadeguato. Una prassi promettente è quella di istituire commissioni nazionali per la gestione del rischio, allo scopo di elaborare linee guida che si avvalgano della collaborazione e delle competenze degli esperti assicurativi, delle istituzioni per la gestione delle calamità e dei ministeri competenti, compresi quelli che lavorano per la salute e per l'uguaglianza di genere.

### **Costruire la resilienza**

Uno dei modi migliori per resistere ai disastri è quello di avere una popolazione resiliente e capace di proteggersi. Sistemi sanitari efficienti che offrono la gamma completa dei

servizi per la salute sessuale e riproduttiva possono ridurre la vulnerabilità e offrire maggiore possibilità di scelta alle persone. I programmi di protezione sociale accessibili universalmente possono tutelare la salute, l'istruzione e il reddito, i tre pilastri della resilienza per le persone più emarginate. Possono determinare se e come le persone sopravvivono a una crisi, condizionare la scelta di restare o di fuggire, aiutare nell'eventuale transizione quando si concludono le attività di aiuto umanitario esterno.

### **Accelerare l'azione per completare l'agenda ICPD**

Per concludere le questioni in sospeso della ICPD e passare realistica-

© Jonas Bendiksen/Magnum Photos



mente ad attuare l'Agenda 2030 e gli SDGs insieme ai tre “zeri” —zero domanda inevasa di contraccezione, zero morti materne evitabili, zero violenze e pratiche dannose contro donne e bambine – la maggior parte dei paesi può procedere a partire dai successi più recenti. Molti paesi si sono ormai dotati di istituzioni e politiche di base in materia di popolazione e salute riproduttiva, ma devono ancora raggiungere le persone rimaste più indietro, migliorare la qualità dei servizi e rispondere ai cambiamenti in corso nel settore della demografia e dello sviluppo. Occorre una progettazione strategica che si basi su dati corretti, spesso ancora carenti, e su investimenti adeguati, che sono aumentati ma sono ancora insufficienti.

### **Dotarsi delle istituzioni giuste**

La tutela dei diritti e della libertà di scelta non si ottiene lavorando su un problema alla volta. I sistemi per la salute nel loro complesso devono essere rinforzati, per offrire agli utenti l'intera gamma di servizi essenziali di cui hanno bisogno nell'arco della vita. Un recente studio pubblicato da *The Lancet* valuta i costi che la maggior parte dei paesi dovrebbe sostenere per raggiungere gli obiettivi degli SDGs relativi alla salute, e prevede che circa tre quarti degli investimenti addizionali dovrebbero essere incanalati verso il consolidamento dei sistemi sanitari, in particolare per assumere più personale e per aumentare le strutture (Stenberg *et al.*, 2017). In molti paesi in via di sviluppo c'è tanto da fare per migliorare le capacità a livello locale, garantire

finanziamenti adeguati e rispondere in modo flessibile alle esigenze che variano in base alle realtà interessate.

Tenendo conto della natura integrata degli SDGs, una visione nazionale per la copertura sanitaria universale dovrà creare stretti legami con i vari fattori che incidono sulla salute, e in particolare sulla salute sessuale e riproduttiva. Per esempio, un ambiente pulito tutela la salute, soprattutto in gravidanza, e può ridurre il rischio di tumori dell'apparato riproduttivo. Un lavoro dignitoso aiuta le donne a pianificare la loro famiglia offrendo loro livelli di reddito e di autonomia più elevati. L'istruzione mette in grado i giovani di prendere decisioni informate e sane. Come già avviene in alcuni paesi, i meccanismi nazionali che mettono insieme persone provenienti da settori diversi possono servire a sviluppare una migliore comprensione del modo in cui questioni diverse possono interagire e integrarsi a vicenda.

Dalla ICPD in poi, si riscontra un maggiore senso di responsabilità in materia di diritti e di libertà di scelta anche grazie all'ampio coinvolgimento della società civile e degli organismi non governativi nell'elaborazione di politiche e programmi, molti dei quali supportati da UNFPA. Questo tipo di coinvolgimento continua a evolversi anche grazie alla Reproductive Health Supplies Coalition (Coalizione per le Risorse per la Salute Riproduttiva) e a Family Planning 2020. Tra le molte sfide, questi gruppi possono attirare l'attenzione verso quei servizi per la salute sessuale e riproduttiva che non compaiono tra gli obiettivi e tra gli

indicatori degli SDGs, e che rischiano di occupare una posizione molto in basso nelle politiche e nelle scelte di investimento dei governi

In alcuni casi ampliare le reti e rinforzare le capacità può rappresentare una priorità per coinvolgere una sezione più ampia della società civile e degli organismi non governativi – non solo di quelli presenti a livello nazionale o internazionale ma anche di quelli espressi da comunità più piccole o da gruppi emarginati. Spesso è possibile ampliare la partecipazione dei giovani, degli anziani, delle persone LGBTI, delle persone con disabilità e delle comunità indigene o appartenenti ad altre minoranze. È importante prestare attenzione ai molteplici livelli di diversità, come le donne giovani provenienti da ambienti poveri.

Altre forme di responsabilità possono nascere grazie alla deliberata inclusione della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi nelle responsabilità di supervisione spettanti alle istituzioni nazionali per i diritti umani e nelle attività di revisione parlamentare. Sarebbe utile inoltre sviluppare meglio le potenzialità dei sistemi giudiziari per ridurre le pratiche discriminatorie che persistono anche quando le leggi in sé sarebbero in linea con gli standard dei diritti umani.

### **Reperire i fondi**

Monitorare i finanziamenti per gli impegni della ICPD si è dimostrato particolarmente complicato, ma emergono forti indicazioni che tali finanziamenti continuino a essere insufficienti. La ICPD ha stabilito che i due terzi delle somme necessarie

## CAMPIONI DEL CAMBIAMENTO

# Dany Stolbunov

Dany Stolbunov, che oggi ha 20 anni, ammirava il suo medico in Ucraina e si fidava di lui tanto da confidargli di volersi iscrivere a medicina. Sperava di realizzare i suoi sogni, invece si trovò davanti a un rifiuto. “Non puoi fare il dottore” si sentì

rispondere “hai l’HIV.”

Stolbunov, che con l’HIV ci è nato, ha saputo di avere il virus quando aveva 8 anni e suo padre morì di AIDS. Crescendo constatò di prima mano come persista lo stigma attorno a HIV e AIDS, anche tra le persone che lavorano nella sanità e che dovrebbero essere in prima linea nel trattamento e nell’assistenza. Crebbe più deciso che mai a promuovere un’assistenza sanitaria che fosse meno discriminatoria.

“La nostra è la prima generazione di nati con l’HIV che diventa adulta ed è in grado di parlarne apertamente” ha detto ai partecipanti alla Conferenza Internazionale sull’AIDS del 2018, la più grande assemblea mondiale sull’assistenza a una specifica patologia.

In quanto leader dell’organizzazione ucraina Teenergizer!, Stolbunov ha presentato alla conferenza una produzione di teatro documentario, “Non dirlo a nessuno”, che mostra cosa significa vivere con l’HIV in Europa orientale e invita ad ascoltare la voce dei giovani che hanno contratto il virus.

Creata dagli adolescenti per gli adolescenti, Teenergizer! si propone di aiutare i ragazzi a realizzare appieno il loro potenziale e i loro diritti, e di combattere ogni forma di discriminazione, tra cui anche quelle contro le persone con l’HIV. Ancora non è considerato prioritario fare in modo che i giovani possano accedere alle informazioni, anche le più basilari, sull’HIV, sebbene si tratti, a livello globale, di una delle principali cause di morte per le persone di età compresa tra i 10 e i 19 anni.

Stolbunov è anche co-Presidente di The Pact, una coalizione di oltre 80 organizzazioni e network giovanili impegnata a promuovere la salute e i diritti riproduttivi e a cercare di debellare l’AIDS entro il 2030. “Niente per noi, senza di noi” proclama Stolbunov “siamo pronti a lottare per i nostri diritti.”

*“Niente per noi, senza di noi. Siamo pronti a lottare per i nostri diritti”*



debbano essere stanziati dagli stessi paesi in via di sviluppo, mentre il restante terzo è a carico della comunità internazionale.

Dal punto di vista delle priorità di finanziamento, i servizi per la salute finanziati dallo stato offrono di solito assistenza per la salute materna, neonatale e infantile e anche, seppure in misura minore, per la pianificazione familiare. I servizi per l'HIV/AIDS hanno ottenuto significativi finanziamenti dai donatori nelle regioni endemiche, mentre finanziamenti interni o internazionali molto inferiori sono stati allocati per i servizi che affrontano, per esempio, i problemi dell'infertilità, dei tumori dell'apparato riproduttivo e delle violenze sessuali (Starrs *et al.*, 2018). Per poter erogare un pacchetto universale di servizi essenziali per la salute sessuale e riproduttiva è importante che la distribuzione sia il più uniforme possibile.

Una ricerca ha calcolato quanto servirebbe per consentire alla maggior parte dei paesi di raggiungere tutti i target per la salute previsti dagli SDGs: entro il 2030 occorrono 371 miliardi di dollari l'anno, da raggiungere con aumenti gradualmente rispetto alla base iniziale, che è di 134 miliardi di dollari annui (Stenberg *et al.*, 2017). Questi investimenti consentirebbero, tra gli altri risultati, di ridurre le morti materne di quasi la metà, di evitare 400 milioni di gravidanze non desiderate e di prevenire 10,8 milioni di morti causate dall'HIV/AIDS.

Lo studio conclude che i paesi a medio reddito sono meglio attrezzati per finanziare da soli gli investimenti necessari e per essere addirittura più ambiziosi. I paesi a basso reddito van-

no invece incontro a un gap finanziario e avranno ancora bisogno di aiuti esterni, ma anche i più poveri possono puntare a un qualche livello di copertura universale per la salute. Tutti gli Stati dovranno dare priorità a investimenti che siano in linea con il principio dell'equità e con l'obiettivo di raggiungere prima le persone rimaste più indietro, sempre tutelando i diritti umani. I paesi in via di sviluppo che sono riusciti a finanziare servizi più completi e più diffusi hanno intrapreso misure che prevedono il parziale utilizzo del gettito fiscale per finanziare gruppi mirati di cittadini, per aumentare le assunzioni nelle strutture sanitarie pubbliche e per ridurre le spese vive sostenute dalle famiglie incrementando la quota della spesa complessiva per la salute stanziata dalle pubbliche amministrazioni (Starrs *et al.*, 2018).

Un approccio al bilancio pubblico basato sui diritti può guidare le

scelte e definire nuove priorità, come l'aumento dei fondi stanziati per assicurare l'accesso universale alla gamma completa di contraccettivi nelle comunità più povere, e l'adeguamento in senso progressivo della politica fiscale per generare gettito finalizzato all'ampliamento dei servizi.

Ogni anno 100 milioni di persone scendono al di sotto della soglia di povertà a causa dei costi della salute (Starrs *et al.*, 2018). I finanziamenti concertati o gli schemi assicurativi possono rappresentare validi passi avanti verso la riduzione delle spese vive sostenute dagli utenti. Programmi basati sui voucher, finanziamenti condizionati alle prestazioni, programmi di assicurazione sociale e versamenti in contanti condizionati per le famiglie hanno già migliorato la salute sessuale e riproduttiva in una grande varietà di situazioni (Starrs *et al.*, 2018). Alcuni paesi si trovano costretti a privatizzare molti servizi per la salute, ma questo non deve

© Sven Torfinn/Panos Pictures





## Raggiungere i tre “zeri”

NO domanda inevasa di contraccezione

NO morti materne evitabili

NO violenza o pratiche dannose  
per donne e bambine richiede  
ambizione e impegno.

comportare costi per gli utenti tali da impedire l'accesso ai più poveri e ai più giovani, violando i loro diritti.

Al di là delle situazioni finanziarie interne di ciascun paese, anche molti fattori esterni possono limitare i finanziamenti alla salute: que-

sti andranno affrontati nel rispetto degli impegni globalmente assunti nell'ambito dell'aiuto pubblico allo sviluppo e degli aiuti umanitari. Altri nodi critici riguardano la gestione del debito pubblico che, quando impone onerose restrizioni di spesa per ser-

vizi che sono essenziali, finisce per ledere l'esercizio dei diritti umani.

### Valutare la situazione

Strategie politiche, programmi e investimenti per realizzare appieno i diritti riproduttivi e la libertà di scel-





© Filippo Monteforte/Getty Images

ta si devono basare su dati corretti. Rispetto all'epoca della ICPD ci sono stati netti miglioramenti nella raccolta dei dati, ma restano ancora importanti lacune nella copertura e nelle modalità di raccolta e di analisi. Spesso i sondaggi fungono da pal-

liativo per compensare la mancanza di una efficace documentazione pubblica, per esempio nei sistemi di registrazione civile.

Molti paesi devono fare i conti con la mancanza di dati disaggregati che rende impossibile comprendere in modo accurato e rispondere di conseguenza, per esempio, alle esigenze delle comunità più emarginate, o valutare le differenze per regione, o tra aree urbane, peri-urbane e rurali. I dati sulla salute riproduttiva spesso si concentrano solo sulle donne sposate in età fertile, senza tenere in sufficiente considerazione le persone non sposate, le più giovani e le più anziane o le persone LGBTI. Solo un terzo circa di tutti i paesi e dei territori dispone di dati attendibili sulla mortalità materna (UN Women, 2018). Altre carenze importanti riguardano la misurazione delle risorse economiche destinate alla salute e ai diritti sessuali e riproduttivi, le dimensioni del lavoro domestico e assistenziale non retribuito, il controllo delle infezioni a trasmissione sessuale e la portata delle violenze di genere. Mancano approfondimenti adeguati circa i punti di intersezione tra le diverse forme di discriminazione così come sui cambiamenti nella struttura per età della popolazione, malgrado il profondo impatto che questi producono sullo sviluppo.

L'accento sulla necessità del monitoraggio posto dall'Agenda 2030 offre nuove opportunità per colmare queste lacune, soprattutto tenendo conto del fatto che monitorare i progressi verso la ICPD contribuisce direttamente a obiettivi che sono cen-

trali anche per gli SDGs. La serie di censimenti che inizierà nel 2020 può essere orientata in modo da aggiornare e disaggregare i dati nel contesto dell'Agenda 2030, grazie all'applicazione delle nuove tecnologie e allo sviluppo di strumenti innovativi. La tecnologia offre sempre più opzioni per migliorare la raccolta dati, per esempio tramite l'uso di informazioni geospaziali o grazie a strumenti elettronici portatili. Anche gli strumenti per l'elaborazione dei modelli, attualmente disponibili anche con software open source, offrono nuove possibilità di utilizzare i dati per valutare le interazioni tra le diverse dimensioni della popolazione, della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi e dello sviluppo sostenibile.

### Raggiungere i tre zeri

Negli ultimi cinquant'anni abbiamo assistito a molti cambiamenti nella vita di ciascuno e tra una generazione e la successiva. Oggi molte donne vivono meglio delle loro madri e possono sperare in un ulteriore miglioramento per le figlie. Questa speranza poggia soprattutto sulla realizzazione dei diritti sessuali e riproduttivi e sulla libertà di scelta per tutte le persone. Per raggiungere i tre zeri – zero domanda inevasa di contraccezione, zero morti materne evitabili, zero violenza e pratiche dannose contro donne e bambine – bisogna essere ambiziosi e impegnati. Molti ostacoli rimangono su un cammino in cui non mancano né le difficoltà né le contestazioni. Ma tante persone sono già molto avanti nel rivendicare i loro diritti e la loro libertà di scelta, e molte continueranno a farlo. La storia è dalla loro parte.



# PIÙ DI MIA MADRE, MENO DI MIA FIGLIA

Hanno 35 anni. Quasi tutte hanno avuto dei figli e ancora ne potrebbero avere. A differenza di molte delle loro madri, raramente hanno rinunciato al lavoro. Sono leader nelle loro comunità e contribuiscono al reddito familiare, ma hanno anche molti altri ruoli.

Molte di loro hanno sognato cose che alle loro madri non sarebbero mai venute in mente. Dispongono di molti servizi e della possibilità di percepire un reddito, cose che hanno permesso loro di esercitare almeno in parte i loro diritti riproduttivi e la loro libertà di scelta, spesso resi attuabili grazie ai risultati promossi dalla ICPD, che si è svolta quando avevano solo 10 anni.

Ma, soprattutto per quelle donne che si trovano nelle fasce economicamente più basse e disagiate, diritti e scelte si sono concretizzati solo in parte. Le limitazioni sono moltissime: scarso livello di istruzione, assenza di opportunità di lavoro dignitoso, costi in aumento per l'assistenza sanitaria. E anche quelle che hanno un lavoro di alto livello spesso sono economicamente penalizzate dalla maternità e dalla cura dei figli.

Il mondo ha mantenuto le promesse fatte alla generazione post-Cairo? Non del tutto. Non ancora.

Queste trentacinquenni sono piene di speranza e di coraggio. Credono che i loro figli avranno un futuro migliore. Per adesso, tuttavia, le loro esperienze ci parlano del cammino compiuto e di quanto ne resta ancora da compiere.



© UNFPA/M. Bradley

*“Ho fatto tante esperienze e oggi so molte cose, ma un diploma sarebbe il riconoscimento delle mie capacità.”*

**Fanie**

### **Haiti: occasione persa per l'istruzione**

Fanie Derismé è nata in alta montagna, non lontano dalla capitale di Haiti, Port-au-Prince. I suoi genitori, con 13 figli ammassati in una casa di tre locali, avevano un grande orto rigoglioso grazie al quale riuscivano a sfamare la famiglia, e la madre era nota e apprezzata come macellaia.

Ma le pressioni di una famiglia numerosa li spinsero a decidere di togliere Fanie dalla scuola quando aveva 10 anni per mandarla a lavorare a casa di una cugina che abitava in città. La speranza era che trovasse lì le opportunità per proseguire gli studi, un sogno ben presto svanito nello sfinimento degli infiniti lavori di casa e, in una seconda famiglia, nelle violenze regolarmente subite.

Prima di compiere i vent'anni Fanie era innamorata e incinta. Non era quello il piano, ma nessuno le aveva mai detto niente di preciso, se non che era pericoloso stare “troppo vicina” a un uomo. Quando fu incinta di sei mesi, il suo ragazzo la lasciò per un'altra donna e lei ebbe suo figlio da sola. Oggi quel bambino ha quindici anni e va a scuola, ma Fanie è sempre sotto stress per la fatica di sbarcare il lunario. Per guadagnare qualcosa fa le pulizie e pensa che avrebbe dovuto prendere più sul serio la sua istruzione, e perseguire il sogno di diventare cuoca, magari di aprire un piccolo ristorante.

“Ho fatto tante esperienze e oggi so molte cose, ma un diploma sarebbe il riconoscimento delle mie capacità” dice. “Ho dovuto accettare tante cose, come vivere in casa d'altri e lavorare tantissimo tra mille umiliazioni. Spero che mio figlio continui a studiare e che diventi qualcuno, che possa vivere molto meglio di me.”

Avere un altro figlio le piacerebbe, ma è preoccupata per i costi e perché



© UNFPA/R. Anis

non ha una relazione stabile. “Non voglio stare con un uomo, avere un figlio e poi scoprire che non funziona, e ritrovarmi da sola con tutte le responsabilità” dice. “Solo con due redditi sarei in grado di mantenere un altro bambino”.

Per ora conta sui preservativi per evitare la gravidanza, ma sono diventati costosi; gli ambulatori pubblici non sempre li distribuiscono gratuitamente, come facevano prima.

Altre pressioni le subisce dalle sorelle, che hanno molti più figli di lei e si aspettano che le aiuti. Una di loro ha affidato due dei suoi figli a un'organizzazione internazionale che aveva promesso di farli studiare e di rimandarli a casa quando avessero compiuto i 18 anni, ma non sono mai tornati. Nessuno sa dove si trovino.

© UNFPA/M. Bradley



*“Io non li ho visti, tutti quei cambiamenti di cui si parla.”*

**Um Ahmed**

**Egitto: la lotta per il reddito e per la salute**

Nata in un quartiere povero del Cairo, la culla del Programma d'Azione della ICPD, Um Ahmed dice semplicemente: “Io non li ho visti, tutti quei cambiamenti di cui si parla.” La povertà ha messo fine ai suoi studi dopo le elementari. Fino a 27 anni, quando si è sposata, si è arrabattata con qualche lavoretto, da sarta o da domestica, mettendo insieme appena abbastanza per comprare i mobili per la casa, a cui per tradizione deve provvedere la sposa.

Ci sono state due gravidanze in rapida successione, concluse entram-



© UNFPA/R. Anis

be da parti prematuri in cui i bambini sono morti. Un intervento chirurgico in una struttura pubblica le ha permesso di portare avanti una terza gravidanza abbastanza da far nascere suo figlio Ahmed, che oggi ha sei anni.

Nel frattempo, Um Ahmed ha realizzato che anni trascorsi a lavorare ore e ore per una paga misera hanno imposto un prezzo permanente. Ha contratto un virus che può creare complicazioni in gravidanza. Con il suo magro reddito, insufficiente per l'assistenza sanitaria di base come le visite mediche prenatali, ha dovuto chiedere un prestito a diversi membri della sua famiglia per coprire le spese extra e portare a termine una sola gravidanza.

La madre di Um Ahmed ha avuto cinque figli, e lavorava solo a casa. Um Ahmed ha un solo figlio e ha deciso di non averne un altro perché, semplicemente, non guadagna abbastanza, anche se vorrebbe tanto dare un fratellino o una sorellina ad Ahmed. Il costo della vita supera sempre il suo reddito. “Se volessi un bambino, dovrei fare di nuovo una serie di check-up e di interventi, ma è un peso economico troppo grande. Lavoro così tanto, ma le cose non sembrano migliorare mai” lamenta.

Suo marito vorrebbe altri figli e contesta la sua decisione di utilizzare un dispositivo intrauterino, ma i lavori che trova come uomo di fatica e manovale sono spora-

dici e mal pagati. A volte, quando le discussioni si fanno più violente, la picchia e grida che penserà Dio a mandare i soldi che servono. Lei sa di poter chiamare una linea verde per chiedere protezione, ma ha paura che una separazione definitiva possa danneggiare il suo rapporto con il figlio.

Quando aveva 10 anni, Um Ahmed era una scolara diligente, e tutti i giorni faceva due ore di strada a piedi, una all'andata e una al ritorno, per frequentare la scuola, perché la sua famiglia non poteva permettersi un mezzo di trasporto. Sognava di andare all'università, trovare un buon lavoro, vivere in una casa comoda. Oggi sogna le stesse cose, ma solo per suo figlio. “Sono decisissima, fino all'ultimo

respiro: lui continuerà a studiare e avrà una vita decente.”

### **Guinea-Bissau: desiderio di un rapporto stabile**

Sulla punta occidentale dell’Africa, in Guinea-Bissau, Marta Paula Sancha ha concluso la scuola secondaria e ha trovato un lavoro migliore di Um Ahmed o di Fanie, benché la sua istruzione sia iniziata sotto un albero, in un quartiere povero della capitale, Bissau. Dei cinque figli avuti dai loro genitori, soltanto lei e suo fratello sono riusciti a sopravvivere oltre l’infanzia.

Aveva 13 anni quando, andando al mercato a fare la spesa per sua madre, un uomo ha iniziato a parlare con lei e a comprarle qualche dolcime. Lei non ha capito cosa stava succedendo quando lui l’ha stuprata – né quando è rimasta incinta. Ricorda di essere rimasta un po’ di tempo in ospedale, prima del parto, perché era così giovane che i medici avevano paura che morisse. Per lo stesso motivo avevano scoraggiato i suoi genitori dall’autorizzare un aborto volontario, anche questo considerato troppo pericoloso. Se anche Marta Paula fosse morta portando avanti la gravidanza, era stato il ragionamento dei medici, almeno il bambino avrebbe avuto una possibilità di sopravvivere. Alla fine il parto avvenne senza incidenti.

Non molto tempo dopo, alla fine degli anni Novanta, suo padre morì nella guerra civile e sua madre si ammalò. Già madre adolescente, tutti si aspettavano da lei che andasse a lavorare per aiutare la madre e

il fratello minore. In un modo o nell’altro riuscì a prendersi cura di suo figlio, a lavorare come donna delle pulizie, arrotondare le entrate vendendo qualcosa per strada e finendo anche la scuola secon-

*“Vorrei dire a tutte le madri della Guinea Bissau che quando una bambina compie 12 anni bisogna cercare qualche servizio di pianificazione familiare e aiutarla a scegliere un metodo contraccettivo.”*

**Marta Paula**

© UNFPA/I. Barbosa





© UNFPA/I. Barbosa

daria. Avviò una relazione che sembrava promettere stabilità, e la coppia decise di avere un figlio, quando Marta Paula aveva 19 anni. Ma il padre del bambino, che faceva l'autista e viaggiava molto, in seguito la lasciò per un'altra donna. Oggi Marta Paula fa la guardia di sicurezza, e dice che le sarebbe piaciuto avere altri figli. Ma come Fanie, non intende farlo in assenza di un rapporto stabile che finora non è riuscita a trovare. Il suo orario di lavoro è molto pesante, e spesso quando esce di casa i suoi figli dormono ancora, e sono già a letto quando rientra la sera.

È molto preoccupata per il cambiamento delle norme sociali nel suo

paese, che adesso riceve una quantità di informazioni dal mondo esterno. All'epoca la sua gravidanza a 13 anni era considerata molto insolita. “Oggi invece è molto comune” dice, attribuendo il cambiamento all'educazione più permissiva e all'inizio dell'attività sessuale tra i giovani, che avviene molto prima. Anche la povertà però gioca un ruolo importante, in quanto spinge molte ragazze a offrire il loro corpo per pagarsi le rette scolastiche o per rimediare i soldi che servono alla famiglia.

Le informazioni sulla pianificazione familiare sono capillarmente diffuse, e i servizi per la salute ri-

produttiva sono quasi sempre disponibili, ma non sembra riescano a raggiungere le adolescenti. Entrambi i suoi figli sono maschi ma, sottolinea Marta Paula, “vorrei dire a tutte le madri della Guinea Bissau che quando una bambina compie 12 anni bisogna cercare qualche servizio di pianificazione familiare e aiutarla a scegliere un metodo contraccettivo.”

### **Bosnia ed Erzegovina: scelte limitate per la contraccezione**

Moglie a 15 anni, Mediha Besic è diventata madre per la prima volta a 16. Ora che ne ha 35 ha cinque figli che vanno dai 4 ai 19 anni. Fa



parte di una comunità rom emarginata, in una zona rurale della Bosnia ed Erzegovina, e lei e il marito sono troppo poveri per permettersi metodi contraccettivi moderni. Si affidano ai sistemi tradizionali, meno efficaci, come il *coitus interruptus*. “Sarebbe stato più facile crescere solo due figli” dice Mediha “io volevo usare la contraccezione, ma quando i soldi non ci sono non te la puoi permettere.”

Come sua madre prima di lei, Mediha lavora solo a casa. Suo marito prima si occupava di recuperare e rivendere materiali edili riciclabili, ma il lavoro è diminuito sempre di più negli anni, un po' perché le scorte si esauriscono, un po' perché la benzina è sempre più cara. Adesso lavora solo in modo occasionale, come manovale a giornata. La famiglia sopravvive sostanzialmente grazie ai sussidi pubblici per le famiglie con figli, circa 50 dollari al mese, di certo non al di sopra della definizione globale di povertà estrema.

Eppure Mediha pensa che la sua vita sia migliorata, da molti punti di vista, rispetto a quand'era bambina – e di certo ancora di più dopo la guerra che ha devastato il suo paese negli anni Novanta, quando ricorda che non c'era mai abbastanza da mangiare. Oggi abita in una casa più grande di quella in cui è

cresciuta, ed è una casa di mattoni e non di materiale rimediato, pur se ancora priva di acqua corrente.

Avendo finito le scuole elementari, sa leggere e scrivere, mentre sua madre non aveva mai messo piede in un'aula scolastica. Eppure Mediha è lontanissima dal suo sogno di bambina, diventare maestra o



© UNFPA/I. Kapetanović

*“Io volevo usare la contraccezione, ma quando i soldi non ci sono non te la puoi permettere.”*

## Mediha

© UNFPA/I. Kapetanović





© UNFPA/I. Kapetanović

dottorssa. “I miei genitori hanno avuto sei figli, e non potevano pagare le scuole per tutti, perciò io ho dovuto smettere.” Una delle sue sorelle, che è riuscita a completare gli studi, è diventata infermiera.

La prima volta che Mediha ha visto un ginecologo era al quinto mese della prima gravidanza. I medici le avevano parlato soprattutto del bambino e del parto, ma le avevano dato ben poche informazioni utili a pianificare le gravidanze future. “Nella nostra cultura non si parla di pianifica-

zione familiare, con nessuno” dice, ripensando alla vergogna e alla timidezza di allora.

Oggi però si è assicurata che i suoi due figli maggiori sappiano tutto su come proteggersi. “Voglio che finiscano la scuola, che trovino un lavoro, si sposino e mettano su famiglia” dice “mi sento ottimista, avranno occasioni migliori nella vita.”

### **Brasile: un padre incoraggia a vivere una vita diversa**

Sono trascorsi solo 70 anni da

quando la comunità indigena di cui fa parte Tsitsina Xavante, gli A'uwe Uptabi, è entrata per la prima volta in contatto con il mondo esterno, in Brasile. Prima di allora era rimasta isolata nel cuore della foresta pluviale. Suo padre, da giovane, non indossava alcun indumento e non parlava portoghese. Quando divenne il primo esponente indigeno a essere eletto al Congresso portò con sé la figlia più piccola, Tsitsina, a vivere a Brasilia, la capitale. Le sue prime esperienze l'hanno portata a diventare una dei leader dell'Associazione Namunkurá Xavante che rappre-

senta 305 diversi raggruppamenti indigeni, ma ci tiene a sottolineare che non parla a nome di tutte le popolazioni indigene ma solo a titolo personale.

Ultima di 10 tra fratelli e sorelle, è l'unica ad aver completato l'università e ad aver conseguito una laurea magistrale. Fino a oggi ha scelto di non sposarsi e di non avere figli. Suo padre, che è morto nel 2002, quando lei a 15 anni gli aveva chiesto il permesso di uscire con i ragazzi le aveva

*“Sono convinte che sia mio dovere avere dei figli, dare continuità al nostro popolo. Ma si rendono anche conto che io ho vissuto in modo diverso.”*

**Tsitsina**

© UNFPA/G. Bello



detto di no. “Voleva che continuassi a studiare, per poter poi andare dove volevo” ricorda. “Diceva che anche se mi sposavo dovevo essere economicamente indipendente.”

Negli ultimi tempi invece le sue sorelle sposate hanno iniziato a insistere perché faccia un figlio, prima che sia troppo tardi. Nella tradizione della sua comunità, che è poligama, sarebbe accettabile anche avere rapporti con un cognato per restare incinta. “Sono convinte che sia mio dovere avere dei figli, dare continu-

ità al nostro popolo” dice Tsitsina “ma si rendono anche conto che io ho vissuto in modo diverso.”

Il suo interesse per la comunità da cui proviene l’ha portata a notare che molte persone, che prima aspettavano che il primo figlio avesse almeno due o tre anni per poi avere il secondo, adesso di regola hanno un figlio all’anno, per molti anni di seguito. I rischi di malattie derivanti dall’aver molti partner sessuali diversi all’interno della cerchia familiare sono in

continua crescita. I servizi per la salute sono disponibili, ma non vengono utilizzati regolarmente. Sussistono tabù molto radicati circa il parlare apertamente di sesso e di sessualità, e molte persone non dispongono di quasi nessuna informazione sul proprio corpo, né sanno come gestire la propria sessualità in modo responsabile.

“Molte ragazzine si sposano a 14 o 15 anni, e iniziano ad avere figli da giovanissime” dice Tsitsina “alcune di loro sono contente così. Ma non hanno mai avuto altre prospettive. Mi piacerebbe che le avessero, perché senza nuovi stimoli resti sempre bloccato nella vita che già conosci e ti sembra naturale.”

Non è facile. La sua comunità non ha ancora accesso a Internet, anche se adesso è raggiunta dall’elettricità. Prendere la barca, il solo mezzo di trasporto a disposizione, per raggiungere la città più vicina è molto costoso. E in una società patriarcale, in cui i ruoli e il lavoro delle donne sono estremamente limitati e considerati di scarso valore, può risultare straordinariamente difficile per una ragazza trovare le motivazioni per seguire i propri sogni. Possono però guardare a Tsitsina come a un modello di persona che si impegna per la propria comunità malgrado viva in un modo completamente nuovo.

© UNFPA/G. Bello





© UNFPA/Lexicon

*“Sono stata fortunata: grazie al sostegno dei miei genitori ho avuto molte opportunità.”*

## Rasamee

### Thailandia: una cultura in evoluzione

“Io amo il mio lavoro” esclama Rasamee, spiegando rapidamente il suo ruolo di principale promotrice dello sviluppo sostenibile all’interno della più importante compagnia di telecomunicazioni thailandese. Lavora molte ore, sempre sotto pressione, per elaborare le strategie aziendali insieme ai manager e ai membri del consiglio di ammini-

strazione, e per studiare i possibili cambiamenti fondamentali nel modo in cui l’azienda gestisce i propri affari nel lungo periodo. Ma lei è all’altezza del compito, già cinque mesi dopo aver partorito il suo primo figlio.

Siamo lontanissimi dai tempi dei suoi nonni, emigrati in Thailandia dalla Cina, convinti che la scuola fosse per i maschi e la casa per le

femmine. Rasamee ha una laurea in economia e business internazionale, ed è stata spinta a studiare da sua madre che aveva fatto solo la quinta elementare. Rasamee è cresciuta osservando le difficoltà economiche dei suoi genitori. Sua madre lavorava a casa, e suo padre si arrangiava con qualche lavoro nel settore edile, ma spesso doveva restare a casa in malattia.

“Sono stata fortunata: grazie al sostegno dei miei genitori ho avuto molte opportunità” dice “una volta sognavo di diventare ricca. Ma abbiamo sempre pensato che c’era tanta altra gente che soffriva: la ricchezza non era solo avere abbastanza da mangiare, ma anche avere uno scopo nella vita.” Tra gli obiettivi del suo lavoro attuale c’è quello di

studiare in che modo l'azienda potrebbe contribuire ai progressi del paese verso gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile.

Rasamee ha fatto per molti anni una brillante carriera, prima di decidere di sposarsi, poco prima che nascesse suo figlio. “La cultura sta cambiando” dice. “le donne ora possono lavorare e cavarsela da sole, non hanno bisogno di contare su un marito.”

A sostegno di questa libertà, ci sono i servizi di pianificazione familiare ampiamente disponibili e le infor-

mazioni impartite normalmente nelle scuole. La contraccezione è disponibile praticamente in tutti i negozi, anche i più piccoli. “Il nostro governo ha fatto una tale opera di promozione” dice Rasamee, che è convinta che “nessuno si trovi in imbarazzo a parlarne.”

Dopo il parto aveva una tale voglia di tornare al lavoro che si è presa solo due mesi di congedo, malgrado il contratto aziendale ne consenta tre. Ha in programma di avere un altro figlio, ma non i tre o quattro che un tempo erano la norma nella sua comunità.

“Anche mio marito lavora – non troveremmo mai il tempo per tanti bambini!” dice ridendo. Entrambi contribuiscono fin d’ora ad accantonare un fondo per gli studi del bambino, e suo marito ha intenzione di ampliare la sua attività per sostenere i costi di una famiglia in crescita.

### Sri Lanka: un dono inatteso - figli dopo il cancro

Cresciuta in Sri Lanka, i primi anni di vita di Shara Ranasinghe sono stati burrascosi. I suoi genitori avevano divorziato e il tribunale aveva stabilito che lei, figlia unica, vivesse

© UNFPA/Lexicon



con il padre perché a differenza di sua madre aveva una situazione economicamente stabile. “Mia madre era una ragazza molto intelligente, ma non ha potuto proseguire gli studi dopo le secondarie, e prima dei vent’anni era già sposata e aveva una figlia” dice Shara.

Poi suo padre si è risposato e Shara ha sofferto a causa della matrigna che a volte la picchiava. Quando sua madre le chiedeva cos’era successo, lei inventava scuse, dicendo per esempio che era caduta dalle scale, pur di non farla preoccupare o arrabbiare.

Malgrado l’infanzia infelice, Shara ne è uscita con uno spirito indipendente e resiliente. Dopo essersi trasferita in Malaysia per laurearsi, sembrava andasse finalmente tutto bene quando le fu diagnosticato un tumore. Disse al suo ragazzo che avrebbe fatto meglio a lasciarla, ma lui si rifiutò e le rimase accanto nelle dolorose sedute di chemioterapia e di radiazioni.

Al termine della cura fu informata dai medici che le sue possibilità di avere dei figli erano quasi pari a zero. A un certo punto le avevano anche chiesto se voleva preservare qualche ovulo, ma l’argomento era stato sollevato in presenza di suo padre e lei si era sentita troppo a disagio per ap-



© UNFPA/C. Learson

*“Mia madre era una ragazza molto intelligente, ma non ha potuto proseguire gli studi dopo le secondarie, e prima dei vent’anni era già sposata e aveva una figlia.”*

### Shara

profondire la questione. Lei e il suo ragazzo decisero di sposarsi comunque. Non molto tempo dopo scoprì di essere incinta. “Il test positivo è stata la cosa più bella che mi sia mai capitata in vita mia” racconta.

Da allora sono arrivati altri due figli, e Shara si è trasferita in Australia per proseguire gli studi e conseguire un dottorato in comunicazione per lavorare con i pazienti onco-

logici. Ha sempre desiderato avere molti figli, ma ogni gravidanza pone nuovi rischi per la sua fragile salute. E anche dal punto di vista economico tre sembra il numero giusto. Per quanto in Australia ci siano strutture sovvenzionate per l’assistenza infantile, lei e il marito non desiderano stare lontani dai bambini che sono ancora piccoli, e si sono organizzati con il lavoro in modo che uno dei due sia sempre a casa con loro.

Nel frattempo Shara ha fatto carriera come insegnante, diventando la principale fonte di reddito della famiglia, mentre il marito ha preso una pausa dal lavoro di ingegnere preferendo un'occupazione con orari più flessibili nelle cucine delle caffetterie. Negli ultimi tempi i genitori del marito sono andati a vivere con loro e lui è tornato a dedicarsi all'ingegneria.

Nel mondo che la circonda, Shara vede una crescente apertura: le

donne che finalmente raggiungono posizioni di prestigio nella sua università, un bambino nella scuola di suo figlio che, per la prima volta, ha chiesto di essere trattato come una femmina. La sua prima figlia "miracolosa" oggi ha quasi dieci anni, ed è una bambina piena di doti e di sensibilità. "Spero che sarà molto forte" dice Shara "spero che non debba avere a che fare con nessuna discriminazione, ma le disuguaglianze sono ancora moltissime."

Ritiene che l'Australia sia molto avanti nella comprensione del mondo che cambia rispetto allo Sri Lanka, dove la maggior parte delle persone – dice – hanno ancora aspettative molto conservatrici sulle donne. Lei ha potuto godere di un incrollabile sostegno da parte dei suoi genitori, e fare le scelte necessarie per inseguire i suoi sogni. Ma, dice, "il mio paese deve progredire ancora di qualche anno. Spero che le future generazioni nasceranno in uno Sri Lanka che promuove pari opportunità per tutti."

© UNFPA/C. Learson





# Indicatori

Indicatori per il monitoraggio degli obiettivi della ICPD [pagina 152](#)

---

Indicatori demografici [pagina 164](#)

---

Note tecniche [pagina 170](#)

---

# Indicatori per il monitoraggio degli obiettivi della ICPD

SALUTE E DIRITTI SESSUALI E RIPRODUTTIVI															
	Tasso di prevalenza contraccettiva, donne di 15-49 anni, qualsiasi metodo <sup>f</sup>	Tasso di prevalenza contraccettiva, donne di 15-49 anni, metodi moderni <sup>f</sup>			Domanda insoddisfatta di pianificazione familiare, donne di 15-49 anni <sup>f</sup>	Proporzione di domanda soddisfatta, donne di 15-49 anni <sup>f</sup>	Proporzione di domanda soddisfatta con metodi moderni, donne di 15-49 anni <sup>f</sup>			Rapporto di mortalità materna (RMM) (morti su 100.000 nati vivi) <sup>g</sup>		Margine di errore sul RMM (UI 80%) Valore minimo stimato    Valore massimo stimato		Parti assistite da personale medico qualificato (%)	Presa di decisioni in materia di salute sessuale e riproduttiva e diritti riproduttivi, percentuale
	2019	1969*	1994	2019	2019	2019	1969*	1994	2019	1994*	2015	2015	2015	2017	2014
<b>MONDO E AREE REGIONALI</b>															
<b>TOTALE MONDIALE</b>	63	24	52	58	12	84	42	72	78	369	216	207	249	79	57
<b>Regioni più sviluppate</b>	68	35	57	61	10	88	46	72	79	22	12	11	14	–	–
<b>Regioni meno sviluppate</b>	62	20	51	57	12	84	40	72	77	409	238	228	274	–	–
<b>Paesi meno sviluppati</b>	42	1	15	37	21	67	4	31	59	832	436	418	514	56 <sup>d</sup>	49
<b>DATI REGIONALI</b>															
<b>Stati arabi</b>	54	11	33	48	15	78	26	54	69	285	162	138	212	76	–
<b>Asia e Pacifico</b>	67	22	58	62	10	87	45	78	81	316	127	114	151	84 <sup>b</sup>	–
<b>Europa orientale e Asia centrale</b>	66	16	36	50	10	87	24	49	66	68	25	22	31	98	–
<b>America Latina e Caraibi</b>	74	25	57	70	10	89	39	71	83	117	68	64	77	95 <sup>c</sup>	–
<b>Africa orientale e meridionale</b>	42	2	14	38	22	66	6	29	60	858	455	419	556	62	51
<b>Africa occidentale e centrale</b>	22	0	6	18	24	47	1	17	39	1040	676	586	862	52	38
<b>PAESI, TERRITORI E ALTRE AREE</b>															
	2019	1969*	1994	2019	2019	2019	1969*	1994	2019	1994	2015	2015	2015	2006-2017	2007-2018
Afghanistan	27	1	6	24	24	52	5	17	48	1300	396	253	620	51	–
Albania	64	7	14	26	14	82	9	18	33	49	29	16	46	99	69
Algeria	64	13	46	57	10	87	30	67	77	196	140	82	244	97	–
Angola	17	0	3	16	36	33	1	8	30	1180	477	221	988	50	62
Antigua and Barbuda	64	29	53	61	13	83	47	72	80	–	–	–	–	–	–
Argentina	69	19	48	66	11	86	34	66	82	64	52	44	63	100	–
Armenia	59	15	26	31	13	82	26	35	44	50	25	21	31	100	66
Aruba	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Australia	66	62	66	64	11	86	80	85	83	8	6	5	7	100	–
Austria	67	28	50	64	10	88	39	71	84	7	4	3	5	98	–
Azerbaijan	58	11	18	29	13	82	23	27	40	92	25	17	35	100	–
Bahamas	67	40	61	65	12	85	60	79	83	47	80	53	124	–	–
Bahrain	67	17	33	48	10	87	30	46	63	22	15	12	19	100	–
Bangladesh	64	3	37	57	11	85	9	55	76	495	176	125	280	50	–
Barbados	62	35	54	59	15	80	54	72	76	56	27	19	37	99	–
Belarus	73	18	39	60	7	91	25	54	75	33	4	3	6	100	–
Belgium	72	22	69	71	7	91	27	88	90	9	7	5	10	–	–
Belize	55	20	42	52	19	74	35	60	70	55	28	20	36	97	–
Benin	21	0	3	15	30	41	1	7	30	541	405	279	633	77	38
Bhutan	63	3	22	62	12	84	10	44	83	690	148	101	241	89	–
Bolivia (Plurinational State of)	66	5	18	49	15	81	9	25	59	401	206	140	351	90	–
Bosnia and Herzegovina	50	3	12	21	15	77	5	19	33	24	11	7	17	100	–
Botswana	60	3	38	58	14	82	6	60	79	230	129	102	172	100	–
Brazil	80	35	68	77	7	92	49	79	88	88	44	36	54	99	–

## Indicatori per il monitoraggio degli obiettivi della ICPD

	SALUTE E DIRITTI SESSUALI E RIPRODUTTIVI														
	Tasso di prevalenza contraccettiva, donne di 15-49 anni, qualsiasi metodo <sup>f</sup>	Tasso di prevalenza contraccettiva, donne di 15-49 anni, metodi moderni <sup>f</sup>			Domanda insoddisfatta di pianificazione familiare, donne di 15-49 anni <sup>f</sup>	Proporzione di domanda soddisfatta, donne di 15-49 anni <sup>f</sup>	Proporzione di domanda soddisfatta con metodi moderni, donne di 15-49 anni <sup>f</sup>			Rapporto di mortalità materna (RMM) (morti su 100.000 nati vivi) <sup>g</sup>		Margine di errore sul RMM (UI 80%) Valore minimo stimato    Valore massimo stimato		Parti assistite da personale medico qualificato (%)	Presenza di decisioni in materia di salute sessuale e riproduttiva e diritti riproduttivi, percentuale
		2019	1969*	1994			2019	2019	2019	1969*	1994	2019	1994		
Brunei Darussalam	–	–	–	–	–	–	–	–	–	34	23	15	30	100	–
Bulgaria	72	6	46	54	10	88	7	52	66	25	11	8	14	100	–
Burkina Faso	26	0	4	26	27	50	0	10	48	655	371	257	509	80	20
Burundi	33	0	4	28	27	55	0	11	47	1250	712	471	1050	85	44
Cambodia	61	0	8	46	12	84	1	18	63	789	161	117	213	89	76
Cameroon, Republic of	37	0	5	25	20	65	1	14	44	749	596	440	881	65	38
Canada	72	63	73	70	8	90	81	89	88	8	7	5	9	98	–
Cape Verde	66	2	32	63	12	84	5	50	81	170	42	20	95	91	–
Central African Republic	26	1	3	21	23	53	2	10	42	1320	882	508	1500	40	–
Chad	8	0	1	7	24	24	0	5	22	1440	856	560	1350	20	27
Chile	75	22	53	72	8	90	38	71	86	43	22	18	26	100	–
China	83	44	83	82	4	96	68	95	95	77	27	22	32	100	–
China, Hong Kong SAR	76	40	80	72	7	92	60	90	88	–	–	–	–	–	–
China, Macao SAR	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Colombia	80	12	59	75	7	92	20	71	86	109	64	56	81	99	–
Comoros	27	1	10	22	30	48	3	19	39	576	335	207	536	82	21
Congo, Democratic Republic of the	25	2	4	12	27	49	4	8	23	904	693	509	1010	80	31
Congo, Republic of the	42	2	8	26	20	68	4	16	43	627	442	300	638	91	27
Costa Rica	79	44	68	77	7	92	60	81	89	43	25	20	29	99	–
Côte d'Ivoire	20	0	4	18	25	44	1	11	40	741	645	458	909	74	25
Croatia	65	7	27	48	11	86	10	35	63	12	8	6	11	100	–
Cuba	74	49	68	72	9	90	68	85	88	57	39	33	47	100	–
Curaçao	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Cyprus	–	–	–	–	–	–	–	–	–	17	7	4	12	97	–
Czechia	80	18	47	71	6	93	23	58	83	11	4	3	6	100	–
Denmark	70	55	66	67	10	88	70	82	84	11	6	5	9	94	–
Djibouti	29	0	3	27	28	50	0	8	48	459	229	111	482	87	–
Dominica	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Dominican Republic	71	22	57	69	11	87	37	73	84	181	92	77	111	100	77
Ecuador	79	14	47	71	7	92	27	62	83	147	64	57	71	97	–
Egypt	61	17	46	60	12	84	36	67	82	88	33	26	39	92	–
El Salvador	72	15	50	68	10	88	31	69	82	135	54	40	69	100	–
Equatorial Guinea	19	1	4	15	32	37	2	11	30	1170	342	207	542	68	–
Eritrea	15	0	4	14	30	34	1	10	31	1210	501	332	750	34	–
Estonia	66	35	49	61	11	85	46	64	79	57	9	6	14	100	–
Eswatini	66	2	25	65	14	83	6	40	81	538	389	251	627	88	49
Ethiopia	41	0	3	40	21	66	0	8	64	1130	353	247	567	28	45
Fiji	49	31	39	45	19	72	50	59	66	54	30	23	41	100	–
Finland	83	59	73	78	5	95	72	87	90	5	3	2	3	100	–

## Indicatori per il monitoraggio degli obiettivi della ICPD

PAESI, TERRITORI E ALTRE AREE	SALUTE E DIRITTI SESSUALI E RIPRODUTTIVI														
	Tasso di prevalenza contraccettiva, donne di 15-49 anni, qualsiasi metodo <sup>f</sup>	Tasso di prevalenza contraccettiva, donne di 15-49 anni, metodi moderni <sup>f</sup>			Domanda insoddisfatta di pianificazione familiare, donne di 15-49 anni <sup>f</sup>	Proporzione di domanda soddisfatta, donne di 15-49 anni <sup>f</sup>	Proporzione di domanda soddisfatta con metodi moderni, donne di 15-49 anni <sup>f</sup>			Rapporto di mortalità materna (RMM) (morti su 100.000 nati vivi) <sup>g</sup>		Margine di errore sul RMM (UI 80%) Valore minimo stimato    Valore massimo stimato		Parti assistite da personale medico qualificato (%)	Presenza di decisioni in materia di salute sessuale e riproduttiva e diritti riproduttivi, percentuale
	2019	1969*	1994	2019	2019	2019	1969*	1994	2019	1994	2015	2015	2015	2015	2006-2017
France	76	17	70	74	5	94	22	86	91	14	8	7	10	97	–
French Guiana	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
French Polynesia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Gabon	37	2	10	26	25	60	4	18	42	408	291	197	442	89	48
Gambia	14	1	9	12	26	35	3	23	32	994	706	484	1030	57	41
Georgia	55	9	20	41	15	79	20	35	58	34	36	28	47	100	–
Germany	63	40	65	62	11	85	50	83	83	9	6	5	8	99	–
Ghana	33	2	10	29	27	55	6	18	48	535	319	216	458	71	52
Greece	70	19	32	50	9	89	23	40	64	4	3	2	4	–	–
Grenada	66	18	52	62	12	84	34	71	80	38	27	19	42	–	–
Guadeloupe	59	19	41	55	16	79	33	60	73	–	–	–	–	–	–
Guam	53	23	37	46	16	76	41	57	67	–	–	–	–	–	–
Guatemala	62	10	26	52	14	82	22	44	69	178	88	77	100	63	65
Guinea	10	0	2	9	25	29	0	6	25	967	679	504	927	63	23
Guinea-Bissau	20	0	3	18	21	49	1	12	45	799	549	273	1090	45	–
Guyana	42	19	36	41	27	61	31	53	59	190	229	184	301	86	71
Haiti	37	4	13	34	35	51	7	22	47	551	359	236	601	49	59
Honduras	73	13	39	65	10	88	25	55	78	186	129	99	166	83	70
Hungary	68	30	65	60	10	87	37	77	76	21	17	12	22	–	–
Iceland	–	–	–	–	–	–	–	–	–	6	3	2	6	98	–
India	57	9	39	51	12	82	22	62	74	488	174	139	217	86	–
Indonesia	61	5	52	59	13	83	15	74	80	347	126	93	179	93	–
Iran (Islamic Republic of)	78	16	52	65	5	94	32	66	78	87	25	21	31	99	–
Iraq	58	10	22	44	12	83	25	42	63	92	50	35	69	70	–
Ireland	68	44	61	63	11	87	56	76	81	9	8	6	11	100	–
Israel	72	27	51	57	8	90	43	65	71	9	5	4	6	–	–
Italy	69	15	38	54	9	88	20	50	69	7	4	3	5	100	–
Jamaica	72	33	57	69	10	88	51	74	84	80	89	70	115	99	–
Japan	44	53	54	40	21	68	75	74	62	11	5	4	7	100	–
Jordan	63	16	33	47	12	85	29	48	63	96	58	44	75	100	73
Kazakhstan	57	27	47	55	15	80	44	63	77	86	12	10	15	99	–
Kenya	65	2	27	62	14	82	4	41	79	684	510	344	754	62	56
Kiribati	29	16	24	24	26	52	33	44	45	215	90	51	152	80	–
Korea, Democratic People's Republic of	75	29	56	71	8	90	47	72	86	65	82	37	190	100	–
Korea, Republic of	78	19	67	70	6	93	36	80	84	19	11	9	13	100	–
Kuwait	57	16	37	47	15	80	32	58	65	8	4	3	6	100	–
Kyrgyzstan	44	28	47	41	17	72	48	69	68	89	76	59	96	98	77
Lao People's Democratic Republic	57	1	17	51	17	77	4	32	69	734	197	136	307	40	–

## Indicatori per il monitoraggio degli obiettivi della ICPD

PAESI, TERRITORI E ALTRE AREE	SALUTE E DIRITTI SESSUALI E RIPRODUTTIVI														
	Tasso di prevalenza contraccettiva, donne di 15-49 anni, qualsiasi metodo <sup>f</sup>	Tasso di prevalenza contraccettiva, donne di 15-49 anni, metodi moderni <sup>f</sup>			Domanda insoddisfatta di pianificazione familiare, donne di 15-49 anni <sup>f</sup>	Proporzione di domanda soddisfatta, donne di 15-49 anni <sup>f</sup>	Proporzione di domanda soddisfatta con metodi moderni, donne di 15-49 anni <sup>f</sup>			Rapporto di mortalità materna (RMM) (morti su 100.000 nati vivi) <sup>g</sup>		Margine di errore sul RMM (UI 80%) Valore minimo stimato    Valore massimo stimato		Parti assistite da personale medico qualificato (%)	Presa di decisioni in materia di salute sessuale e riproduttiva e diritti riproduttivi, percentuale
		2019	1969*	1994			2019	2019	1969*	1994	2019	1994	2015		
Latvia	69	39	56	62	11	87	50	69	78	61	18	13	26	100	–
Lebanon	61	24	38	48	13	83	36	51	65	57	15	10	22	–	–
Lesotho	62	1	22	61	16	79	2	37	79	522	487	310	871	78	61
Liberia	31	1	8	31	28	53	4	18	52	1890	725	527	1030	61	67
Libya	51	10	25	34	18	74	21	38	49	27	9	6	15	100	–
Lithuania	66	28	37	56	11	85	39	51	73	31	10	7	14	–	–
Luxembourg	–	–	–	–	–	–	–	–	–	13	10	7	16	100	–
Madagascar	47	0	7	41	18	72	1	15	63	676	353	256	484	44	74
Malawi	62	0	11	61	16	79	1	21	77	956	634	422	1080	90	47
Malaysia	53	13	34	39	17	76	27	48	56	67	40	32	53	99	–
Maldives	45	7	25	38	23	67	16	41	56	370	68	45	108	96	–
Mali	16	0	4	16	26	39	0	11	38	940	587	448	823	44	7
Malta	84	26	54	67	4	96	29	60	76	13	9	6	15	100	–
Martinique	61	24	46	57	15	80	39	64	75	–	–	–	–	–	–
Mauritania	21	0	2	19	30	41	0	6	37	827	602	399	984	69	–
Mauritius	67	17	46	44	10	87	27	57	57	68	53	38	77	100	–
Mexico	71	17	57	68	11	87	29	71	82	86	38	34	42	98	–
Micronesia (Federated States of)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	169	100	46	211	85	–
Moldova, Republic of	64	18	39	49	12	84	23	50	65	63	23	19	28	99	–
Mongolia	58	22	44	52	14	81	41	62	73	208	44	35	55	99	–
Montenegro	39	8	22	24	21	65	11	33	41	12	7	4	12	99	–
Morocco	70	8	41	62	9	89	21	61	79	264	121	93	142	74	–
Mozambique	30	0	5	29	24	56	1	16	53	1210	489	360	686	54	49
Myanmar	54	2	21	53	15	78	6	43	76	389	178	121	284	60	68
Namibia	60	3	31	59	16	79	8	55	78	323	265	172	423	88	71
Nepal	54	1	23	48	22	71	4	40	63	693	258	176	425	58	48
Netherlands	72	49	73	69	8	91	64	89	86	13	7	5	9	–	–
New Caledonia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
New Zealand	71	52	69	68	9	89	70	85	85	14	11	9	14	96	–
Nicaragua	80	11	50	77	6	93	21	66	90	199	150	115	196	88	–
Niger	21	0	3	19	19	52	1	13	48	836	553	411	752	40	7
Nigeria	19	0	8	15	23	45	1	23	36	1270	814	596	1180	43	51
North Macedonia	48	3	11	23	18	73	5	16	35	12	8	5	10	100	–
Norway	75	55	64	70	7	91	70	80	84	7	5	4	6	99	–
Oman	38	3	16	26	25	60	8	30	41	21	17	13	24	99	–
Pakistan	42	3	14	33	19	68	9	30	54	375	178	111	283	52	–
Palestine <sup>1</sup>	60	12	30	47	12	83	26	48	65	101	45	21	99	100	–
Panama	60	37	53	57	16	79	53	71	75	85	94	77	121	95	–
Papua New Guinea	37	15	20	31	25	60	29	36	50	388	215	98	457	53	–
Paraguay	72	14	41	68	9	89	28	57	85	147	132	107	163	96	–

## Indicatori per il monitoraggio degli obiettivi della ICPD

PAESI, TERRITORI E ALTRE AREE	SALUTE E DIRITTI SESSUALI E RIPRODUTTIVI														
	Tasso di prevalenza contraccettiva, donne di 15-49 anni, qualsiasi metodo <sup>f</sup>	Tasso di prevalenza contraccettiva, donne di 15-49 anni, metodi moderni <sup>f</sup>			Domanda insoddisfatta di pianificazione familiare, donne di 15-49 anni <sup>f</sup>	Proporzione di domanda soddisfatta, donne di 15-49 anni <sup>f</sup>	Proporzione di domanda soddisfatta con metodi moderni, donne di 15-49 anni <sup>f</sup>			Rapporto di mortalità materna (RMM) (morti su 100.000 nati vivi) <sup>g</sup>		Margine di errore sul RMM (UI 80%) Valore minimo stimato    Valore massimo stimato		Parti assistite da personale medico qualificato (%)	Presa di decisioni in materia di salute sessuale e riproduttiva e diritti riproduttivi, percentuale
	2019	1969*	1994	2019	2019	2019	1969*	1994	2019	1994	2015	2015	2015	2015	2006-2017
Peru	76	10	39	56	7	92	16	48	68	215	68	54	80	92	–
Philippines	56	11	27	42	17	77	20	37	57	121	114	87	175	73	81
Poland	61	12	33	52	14	82	16	42	69	14	3	2	4	100	–
Portugal	70	21	55	63	9	89	26	67	80	15	10	9	13	99	–
Puerto Rico	78	52	67	70	6	93	69	81	84	25	14	10	18	–	–
Qatar	47	15	32	41	17	74	32	54	65	29	13	9	19	100	–
Reunion	73	18	67	71	8	90	29	83	87	–	–	–	–	–	–
Romania	70	3	17	58	8	89	4	23	74	81	31	22	44	95	–
Russian Federation	69	20	46	58	9	88	26	60	74	88	25	18	33	99	–
Rwanda	57	0	10	52	17	77	0	17	70	1270	290	208	389	91	70
Saint Kitts and Nevis	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint Lucia	59	31	48	56	16	79	51	68	75	40	48	32	72	99	–
Saint Vincent and the Grenadines	66	34	57	63	12	84	52	76	81	74	45	34	63	–	–
Samoa	30	17	23	28	41	42	28	34	39	125	51	24	115	83	–
San Marino	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
São Tomé and Príncipe	44	4	20	41	29	60	8	33	56	271	156	83	268	93	46
Saudi Arabia	31	11	26	25	26	54	24	46	43	36	12	7	20	–	–
Senegal	26	0	6	24	25	51	1	15	48	511	315	214	468	59	7
Serbia	58	4	22	28	13	82	6	30	40	16	17	12	24	98	–
Seychelles	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sierra Leone	20	0	3	19	26	44	1	9	42	2900	1360	999	1980	60	40
Singapore	66	46	53	59	11	86	64	70	77	12	10	6	17	100	–
Sint Maarten	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Slovakia	72	15	42	61	9	89	19	53	76	10	6	4	7	–	–
Slovenia	77	13	57	66	6	93	17	66	79	13	9	6	14	100	–
Solomon Islands	32	16	24	27	25	56	33	44	48	288	114	75	175	86	–
Somalia	31	0	6	30	27	53	1	15	52	1200	732	361	1390	9	–
South Africa	57	16	52	57	14	80	29	74	79	69	138	124	154	97	–
South Sudan	10	0	1	7	30	24	0	3	18	1580	789	523	1150	19	–
Spain	69	9	55	67	11	87	12	67	85	6	5	4	6	–	–
Sri Lanka	65	17	49	54	8	90	32	64	74	69	30	26	38	99	–
Sudan	17	3	7	16	28	38	8	18	36	667	311	214	433	78	–
Suriname	53	22	43	52	19	74	38	64	73	174	155	110	220	90	–
Sweden	69	53	60	63	10	87	66	76	80	7	4	3	5	–	–
Switzerland	73	48	73	69	7	91	61	87	86	8	5	4	7	–	–
Syrian Arab Republic	60	12	30	45	14	81	25	46	61	94	68	48	97	96	–
Tajikistan	36	15	28	33	21	63	33	50	58	140	32	19	51	87	33
Tanzania, United Republic of	43	1	12	37	21	67	2	26	58	979	398	281	570	64	47
Thailand	78	18	72	76	6	93	38	89	90	25	20	14	32	99	–
Timor-Leste, Democratic Republic of	29	7	20	26	25	54	22	54	49	958	215	150	300	57	40

## Indicatori per il monitoraggio degli obiettivi della ICPD

PAESI, TERRITORI E ALTRE AREE	SALUTE E DIRITTI SESSUALI E RIPRODUTTIVI														
	Tasso di prevalenza contraccettiva, donne di 15-49 anni, qualsiasi metodo <sup>f</sup>	Tasso di prevalenza contraccettiva, donne di 15-49 anni, metodi moderni <sup>f</sup>			Domanda insoddisfatta di pianificazione familiare, donne di 15-49 anni <sup>f</sup>	Proporzione di domanda soddisfatta, donne di 15-49 anni <sup>f</sup>	Proporzione di domanda soddisfatta con metodi moderni, donne di 15-49 anni <sup>f</sup>			Rapporto di mortalità materna (RMM) (morti su 100.000 nati vivi) <sup>g</sup>		Margine di errore sul RMM (UI 80%) Valore minimo stimato    Valore massimo stimato		Parti assistite da personale medico qualificato (%)	Presa di decisioni in materia di salute sessuale e riproduttiva e diritti riproduttivi, percentuale
		2019	1969*	1994			2019	2019	2019	1969*	1994	2019	1994		
Togo	23	0	6	21	33	42	1	9	38	566	368	255	518	45	30
Tonga	36	18	25	33	27	57	33	42	51	93	124	57	270	96	–
Trinidad and Tobago	48	36	41	44	21	70	55	61	64	80	63	49	80	97	–
Tunisia	67	16	49	57	9	88	33	69	76	114	62	42	92	74	–
Turkey	75	11	36	51	6	92	19	46	63	87	16	12	21	97	–
Turkmenistan	55	28	50	52	15	79	48	69	74	88	42	20	73	100	–
Turks and Caicos Islands	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Tuvalu	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	93	–
Uganda	40	0	7	36	28	59	1	16	53	692	343	247	493	74	62
Ukraine	67	17	38	54	10	87	22	49	70	49	24	19	32	99	81
United Arab Emirates	51	8	23	42	18	74	19	42	62	13	6	3	11	100	–
United Kingdom	79	61	78	79	6	93	75	92	93	11	9	8	11	–	–
United States of America	74	53	70	67	7	91	71	86	83	12	14	12	16	99	–
United States Virgin Islands	68	34	55	64	11	86	52	73	80	–	–	–	–	–	–
Uruguay	79	52	76	76	7	92	65	87	89	36	15	11	19	98	–
Uzbekistan	68	27	51	64	9	88	48	74	84	37	36	20	65	100	–
Vanuatu	46	17	31	40	23	67	33	50	59	192	78	36	169	89	–
Venezuela (Bolivarian Republic of)	73	29	56	68	11	87	42	70	82	93	95	77	124	96	–
Viet Nam	79	9	46	65	6	94	20	59	77	113	54	41	74	94	–
Western Sahara	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Yemen	44	1	8	37	24	64	2	15	55	507	385	274	582	45	–
Zambia	55	1	12	51	18	75	2	24	70	597	224	162	306	63	47
Zimbabwe	67	5	43	66	10	87	11	64	86	427	443	363	563	78	60

### NOTE

– Dati non disponibili.

\* I dati in questa colonna sono relativi agli anni 1969 e 1994 per uniformarsi alle date principali incluse in questo rapporto: dal 1969 al 2019. In realtà, i dati del 1969 sono stime calcolate a partire dal 1970; i dati del 1994 sono stime calcolate a partire dal 1995.

<sup>f</sup> Donne attualmente coniugate/o in unioni di fatto.

a Il rapporto di mortalità materna è stato arrotondato secondo il seguente schema: <100, arrotondato all'unità più vicina; 100-999, arrotondato al più vicino numero intero; ≥ 1.000, arrotondato alla decina più vicina.

b La cifra esclude Cook Islands, Marshall Islands, Nauru, Niue, Palau, Tokelau e Tuvalu per mancanza di dati.

c La cifra esclude Anguilla, Aruba, Bermuda, British Virgin Islands, Cayman Islands, Curacao, Montserrat, Sint Maarten, Turks e Caicos Islands per mancanza di dati.

d La cifra esclude Tuvalu per mancanza di dati.

1 Il 29 novembre 2012, l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha approvato la Risoluzione 67/19, che ha accordato alla Palestina lo status di "Paese osservatore non membro" nelle Nazioni Unite.

# Indicatori per il monitoraggio degli obiettivi della ICPD

MONDO E AREE REGIONALI	ADOLESCENTI E GIOVANI								
	Tasso di maternità tra le adolescenti ogni 1.000 ragazze di 15-19 anni	Matrimonio precoce entro i 18 anni di età, percentuale	Prevalenza di MGF tra le ragazze di 15-19 anni, percentuale	Tasso netto rettificato di iscrizione, istruzione primaria, percentuale, 2017		Indice di parità di genere, istruzione primaria	Tasso netto di iscrizione, istruzione secondaria, percentuale, 2017		Indice di parità di genere, istruzione secondaria
	2018	2017	2017	maschi	femmine	2017	maschi	femmine	2017
<b>TOTALE MONDIALE</b>	44	21	–	92	90	0.98	66	66	1.00
<b>Regioni più sviluppate</b>	14	–	–	97	97	1.00	93	93	1.01
<b>Regioni meno sviluppate</b>	48	–	–	91	89	0.98	62	62	0.99
<b>Paesi meno sviluppati</b>	91	40	–	83	80	0.96	38	36	0.95

## DATI REGIONALI

<b>Stati arabi</b>	50	21	55	85	83	0.97	63	59	0.93
<b>Asia e Pacifico</b>	28 <sup>a</sup>	26	–	95	94	0.99	67	68	1.02
<b>Europa orientale e Asia centrale</b>	26	11	–	96	95	1.00	88	87	0.99
<b>America Latina e Caraibi</b>	62 <sup>b</sup>	26	–	95	96	1.01	75	79	1.05
<b>Africa orientale e meridionale</b>	93 <sup>c</sup>	35	–	86	83	0.97	35	33	0.93
<b>Africa occidentale e centrale</b>	114	42	22	79	71	0.90	39	34	0.86

## PAESI, TERRITORI E ALTRE AREE

	2006-2017	2006-2017	2004-2017	2009-2018		2009-2018	2009-2018		2009-2018
				maschi	femmine		maschi	femmine	
Afghanistan	87	35	–	–	–	–	62	36	0.58
Albania	20	10	–	98	96	0.99	88	87	0.99
Algeria	12	3	–	100	98	0.98	–	–	–
Angola	163	30	–	89	66	0.75	13	10	0.79
Antigua and Barbuda	–	–	–	82	81	0.99	73	76	1.04
Argentina	65	–	–	100	99	0.99	87	92	1.05
Armenia	24	5	–	92	92	1.00	87	88	1.01
Aruba	35	–	–	99	99	1.00	73	81	1.10
Australia	12	–	–	96	97	1.01	93	94	1.01
Austria	8	–	–	–	–	–	87	88	1.00
Azerbaijan	53	11	–	93	95	1.02	87	88	1.01
Bahamas	32	–	–	85	92	1.08	79	86	1.09
Bahrain	14	–	–	99	99	1.00	92	94	1.02
Bangladesh	78	59	–	92	98	1.07	57	67	1.17
Barbados	50	11	–	90	91	1.00	93	99	1.07
Belarus	16	3	–	96	96	1.00	95	96	1.01
Belgium	7	–	–	99	99	1.00	94	94	1.00
Belize	69	26	–	100	99	0.99	68	73	1.07
Benin	94	26	2	100	90	0.90	53	40	0.75
Bhutan	28	26	–	81	83	1.02	61	71	1.17
Bolivia (Plurinational State of)	71	19	–	93	92	0.99	78	78	1.00
Bosnia and Herzegovina	11	4	–	–	–	–	–	–	–
Botswana	39	–	–	89	90	1.01	–	–	–
Brazil	62	26	–	96	98	1.02	80	84	1.05
Brunei Darussalam	11	–	–	97	96	1.00	82	85	1.03
Bulgaria	39	–	–	93	93	1.00	91	89	0.97
Burkina Faso	129	52	58	78	76	0.98	29	29	1.01



## Indicatori per il monitoraggio degli obiettivi della ICPD

PAESI, TERRITORI E ALTRE AREE	ADOLESCENTI E GIOVANI								
	Tasso di maternità tra le adolescenti ogni 1.000 ragazze di 15-19 anni	Matrimonio precoce entro i 18 anni di età, percentuale	Prevalenza di MGF tra le ragazze di 15-19 anni, percentuale	Tasso netto rettificato di iscrizione, istruzione primaria, percentuale, 2009-2018		Indice di parità di genere, istruzione primaria	Tasso netto di iscrizione, istruzione secondaria, percentuale, 2009-2018		Indice di parità di genere, istruzione secondaria
	2006-2017	2006-2017	2004-2017	maschi	femmine	2009-2018	maschi	femmine	2009-2018
Burundi	58	20	–	96	98	1.02	26	32	1.21
Cambodia	57	19	–	91	90	1.00	–	–	–
Cameroon, Republic of	119	31	0	99	91	0.92	50	44	0.88
Canada	11	–	–	–	–	–	99	100	1.01
Cape Verde	80	–	–	87	86	0.98	61	68	1.11
Central African Republic	229	68	18	77	60	0.79	16	10	0.61
Chad	179	67	32	71	55	0.77	–	–	–
Chile	41	–	–	93	93	1.00	86	89	1.04
China	9	–	–	–	–	–	–	–	–
China, Hong Kong SAR	3	–	–	–	–	–	93	93	1.00
China, Macao SAR	3	–	–	99	99	1.00	84	87	1.05
Colombia	75	23	–	93	94	1.01	76	82	1.07
Comoros	70	32	–	85	84	0.99	41	45	1.09
Congo, Democratic Republic of the	138	37	–	–	–	–	–	–	–
Congo, Republic of the	147	27	–	84	91	1.09	–	–	–
Costa Rica	53	21	–	97	97	1.00	81	84	1.04
Côte d'Ivoire	129	27	27	93	85	0.91	45	33	0.75
Croatia	10	–	–	96	99	1.04	89	92	1.04
Cuba	50	26	–	97	97	1.00	84	89	1.06
Curaçao	35	–	–	–	–	–	–	–	–
Cyprus	5	–	–	98	98	1.01	94	95	1.01
Czechia	12	–	–	–	–	–	90	92	1.02
Denmark	3	–	–	99	99	1.01	88	92	1.04
Djibouti	21	5	90	62	56	0.89	38	32	0.83
Dominica	–	–	–	97	99	1.02	90	97	1.08
Dominican Republic	90	36	–	88	88	1.00	62	71	1.13
Ecuador	111	–	–	97	99	1.02	87	89	1.02
Egypt	56	17	70	98	99	1.01	81	82	1.00
El Salvador	69	26	–	81	82	1.01	60	61	1.02
Equatorial Guinea	176	30	–	44	45	1.02	–	–	–
Eritrea	76	41	69	39	36	0.91	27	25	0.92
Estonia	13	–	–	93	94	1.01	93	95	1.02
Eswatini	87	5	–	76	75	0.98	32	41	1.29
Ethiopia	80	40	47	89	83	0.93	31	30	0.97
Fiji	40	–	–	98	98	1.01	79	88	1.11
Finland	6	–	–	99	99	1.00	96	96	1.01
France	5	–	–	99	99	1.01	93	94	1.01
French Guiana	87	–	–	–	–	–	–	–	–
French Polynesia	40	–	–	–	–	–	–	–	–
Gabon	91	22	–	–	–	–	–	–	–
Gambia	88	30	76	75	83	1.10	–	–	–
Georgia	44	14	–	98	98	0.99	97	99	1.02

## Indicatori per il monitoraggio degli obiettivi della ICPD

PAESI, TERRITORI E ALTRE AREE	ADOLESCENTI E GIOVANI								
	Tasso di maternità tra le adolescenti ogni 1.000 ragazze di 15-19 anni	Matrimonio precoce entro i 18 anni di età, percentuale	Prevalenza di MGF tra le ragazze di 15-19 anni, percentuale	Tasso netto rettificato di iscrizione, istruzione primaria, percentuale, 2009-2018		Indice di parità di genere, istruzione primaria	Tasso netto di iscrizione, istruzione secondaria, percentuale, 2009-2018		Indice di parità di genere, istruzione secondaria
	2006-2017	2006-2017	2004-2017	maschi	femmine	2009-2018	maschi	femmine	2009-2018
Germany	8	–	–	–	–	–	–	–	–
Ghana	76	21	2	84	86	1.02	56	57	1.01
Greece	8	–	–	93	93	1.00	91	89	0.99
Grenada	–	–	–	96	97	1.01	80	72	0.91
Guadeloupe	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guam	38	–	–	–	–	–	–	–	–
Guatemala	92	30	–	87	87	1.00	48	46	0.96
Guinea	146	51	95	86	71	0.83	40	26	0.66
Guinea-Bissau	106	24	42	74	70	0.95	–	–	–
Guyana	74	30	–	95	97	1.02	81	86	1.06
Haiti	55	18	–	–	–	–	–	–	–
Honduras	103	34	–	83	84	1.02	43	48	1.14
Hungary	23	–	–	97	97	1.00	89	89	1.00
Iceland	8	–	–	100	99	1.00	89	91	1.03
India	28	27	–	97	98	1.01	61	62	1.01
Indonesia	48	14	–	95	90	0.95	76	78	1.02
Iran (Islamic Republic of)	38	17	–	–	–	–	72	73	1.00
Iraq	82	24	5	–	–	–	–	–	–
Ireland	9	–	–	100	100	1.00	97	99	1.01
Israel	10	–	–	97	98	1.01	98	100	1.02
Italy	5	–	–	99	98	1.00	96	96	1.00
Jamaica	46	8	–	–	–	–	71	77	1.09
Japan	4	–	–	98	98	1.00	99	100	1.01
Jordan	26	8	–	–	–	–	63	65	1.03
Kazakhstan	31	7	–	98	100	1.02	100	100	1.00
Kenya	96	23	11	81	85	1.04	50	47	0.94
Kiribati	49	20	–	–	–	–	–	–	–
Korea, Democratic People's Republic of	1	–	–	97	97	1.00	90	91	1.01
Korea, Republic of	1	–	–	96	97	1.00	97	98	1.00
Kuwait	6	–	–	93	93	1.00	84	89	1.07
Kyrgyzstan	38	12	–	99	98	0.99	87	87	1.00
Lao People's Democratic Republic	76	35	–	94	93	0.99	61	60	0.98
Latvia	18	–	–	96	97	1.01	93	95	1.02
Lebanon	–	6	–	91	86	0.94	65	65	1.00
Lesotho	94	17	–	81	83	1.03	29	45	1.53
Liberia	149	36	26 <sup>d</sup>	39	36	0.93	16	14	0.88
Libya	11	–	–	–	–	–	–	–	–
Lithuania	14	–	–	100	100	1.00	98	97	1.00
Luxembourg	6	–	–	99	99	1.00	83	86	1.04
Madagascar	152	41	–	–	–	–	28	30	1.08
Malawi	136	42	–	95	99	1.04	32	31	0.96
Malaysia	12	–	–	98	99	1.00	72	78	1.08

## Indicatori per il monitoraggio degli obiettivi della ICPD

PAESI, TERRITORI E ALTRE AREE	ADOLESCENTI E GIOVANI								
	Tasso di maternità tra le adolescenti ogni 1.000 ragazze di 15-19 anni	Matrimonio precoce entro i 18 anni di età, percentuale	Prevalenza di MGF tra le ragazze di 15-19 anni, percentuale	Tasso netto rettificato di iscrizione, istruzione primaria, percentuale, 2009-2018		Indice di parità di genere, istruzione primaria	Tasso netto di iscrizione, istruzione secondaria, percentuale, 2009-2018		Indice di parità di genere, istruzione secondaria
	2006-2017	2006-2017	2004-2017	maschi	femmine	2009-2018	maschi	femmine	2009-2018
Maldives	13	4	–	100	100	1.00	–	–	–
Mali	174	52	83	71	63	0.89	32	26	0.80
Malta	11	–	–	97	100	1.03	87	92	1.05
Martinique	20	–	–	–	–	–	–	–	–
Mauritania	71	37	63	75	78	1.05	26	25	0.97
Mauritius	24	–	–	95	97	1.02	82	88	1.08
Mexico	63	26	–	98	100	1.02	76	79	1.04
Micronesia (Federated States of)	44	–	–	83	85	1.03	–	–	–
Moldova, Republic of	27	12	–	90	90	1.00	78	78	1.00
Mongolia	27	5	–	99	98	0.99	–	–	–
Montenegro	11	5	–	97	96	0.99	89	89	1.00
Morocco	32	–	–	97	97	1.00	64	63	0.99
Mozambique	167	48	–	89	86	0.97	19	19	1.02
Myanmar	36	16	–	90	89	0.99	57	62	1.09
Namibia	82	7	–	96	100	1.04	–	–	–
Nepal	88	40	–	96	93	0.97	53	57	1.07
Netherlands	3	–	–	–	–	–	93	94	1.01
New Caledonia	22	–	–	–	–	–	–	–	–
New Zealand	16	–	–	98	99	1.01	95	97	1.02
Nicaragua	92	35	–	97	100	1.03	45	53	1.17
Niger	210	76	1	71	62	0.87	24	17	0.73
Nigeria	145	44	12	72	60	0.84	–	–	–
North Macedonia	16	7	–	92	92	1.00	–	–	–
Norway	5	–	–	100	100	1.00	95	96	1.01
Oman	14	–	–	99	99	1.00	91	91	0.99
Pakistan	44	21	–	82	71	0.86	49	40	0.81
Palestine <sup>1</sup>	48	15	–	94	94	1.00	79	87	1.10
Panama	79	26	–	88	87	0.99	67	72	1.07
Papua New Guinea	–	21	–	80	75	0.93	36	30	0.82
Paraguay	62	22	–	79	79	1.00	63	67	1.07
Peru	65	22	–	99	100	1.01	80	81	1.02
Philippines	47	15	–	95	96	1.01	60	72	1.19
Poland	12	–	–	96	96	1.00	92	93	1.01
Portugal	8	–	–	97	96	1.00	93	94	1.01
Puerto Rico	30	–	–	79	84	1.07	72	77	1.07
Qatar	10	4	–	99	98	0.99	68	85	1.25
Reunion	44	–	–	–	–	–	–	–	–
Romania	35	–	–	90	90	1.00	81	81	1.00
Russian Federation	24	–	–	97	98	1.01	94	95	1.01
Rwanda	45	7	–	94	94	1.01	25	30	1.18
Saint Kitts and Nevis	46	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint Lucia	–	8	–	–	–	–	79	81	1.03

## Indicatori per il monitoraggio degli obiettivi della ICPD

PAESI, TERRITORI E ALTRE AREE	ADOLESCENTI E GIOVANI								
	Tasso di maternità tra le adolescenti ogni 1.000 ragazze di 15-19 anni	Matrimonio precoce entro i 18 anni di età, percentuale	Prevalenza di MGF tra le ragazze di 15-19 anni, percentuale	Tasso netto rettificato di iscrizione, istruzione primaria, percentuale, 2009-2018		Indice di parità di genere, istruzione primaria	Tasso netto di iscrizione, istruzione secondaria, percentuale, 2009-2018		Indice di parità di genere, istruzione secondaria
	2006-2017	2006-2017	2004-2017	maschi	femmine	2009-2018	maschi	femmine	2009-2018
Saint Vincent and the Grenadines	64	–	–	99	98	0.99	91	91	0.99
Samoa	39	11	–	96	97	1.01	74	81	1.10
San Marino	0	–	–	93	93	1.00	–	–	–
São Tomé and Príncipe	92	35	–	97	97	0.99	61	68	1.11
Saudi Arabia	7	–	–	99	100	1.00	86	84	0.97
Senegal	80	31	21	71	79	1.12	35	39	1.10
Serbia	16	3	–	98	99	1.00	92	93	1.01
Seychelles	66	–	–	–	–	–	87	90	1.03
Sierra Leone	125	39	74	99	99	1.01	38	37	0.97
Singapore	3	–	–	–	–	–	100	100	1.00
Sint Maarten	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Slovakia	24	–	–	–	–	–	84	86	1.01
Slovenia	5	–	–	97	98	1.01	95	95	1.01
Solomon Islands	78	21	–	69	70	1.01	–	–	–
Somalia	64	45	97	–	–	–	–	–	–
South Africa	71	–	–	91	92	1.01	86	84	0.98
South Sudan	155	52	–	36	28	0.76	6	4	0.70
Spain	8	–	–	98	99	1.00	95	97	1.02
Sri Lanka	20	12	–	98	96	0.98	87	90	1.03
Sudan	87	34	82	57	63	1.10	–	–	–
Suriname	58	19	–	96	100	1.04	53	65	1.22
Sweden	4	–	–	100	99	1.00	100	99	1.00
Switzerland	6	–	–	100	100	1.00	87	84	0.97
Syrian Arab Republic	54	13	–	68	67	0.98	46	45	0.99
Tajikistan	54	12	–	99	98	0.99	87	78	0.90
Tanzania, United Republic of	132	31	5	78	81	1.04	23	23	1.02
Thailand	43	23	–	98	98	1.00	77	77	1.01
Timor-Leste, Democratic Republic of	50	19	–	79	82	1.04	55	64	1.16
Togo	85	22	2	95	89	0.94	48	33	0.69
Tonga	30	6	–	95	97	1.03	74	79	1.07
Trinidad and Tobago	38	11	–	99	98	0.99	–	–	–
Tunisia	7	2	–	99	98	0.99	–	–	–
Turkey	27	15	–	95	94	0.99	86	85	0.99
Turkmenistan	28	6	–	–	–	–	–	–	–
Turks and Caicos Islands	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Tuvalu	28	10	–	–	–	–	63	79	1.26
Uganda	140	40	1	90	92	1.03	–	–	–
Ukraine	26	9	–	92	94	1.02	86	87	1.01
United Arab Emirates	34	–	–	98	96	0.98	89	86	0.96
United Kingdom	14	–	–	100	100	1.00	98	98	1.00
United States of America	20	–	–	96	96	1.00	92	92	1.00
United States Virgin Islands	25	–	–	–	–	–	–	–	–

## Indicatori per il monitoraggio degli obiettivi della ICPD

PAESI, TERRITORI E ALTRE AREE	ADOLESCENTI E GIOVANI								
	Tasso di maternità tra le adolescenti ogni 1.000 ragazze di 15-19 anni	Matrimonio precoce entro i 18 anni di età, percentuale	Prevalenza di MGF tra le ragazze di 15-19 anni, percentuale	Tasso netto rettificato di iscrizione, istruzione primaria, percentuale, 2009-2018		Indice di parità di genere, istruzione primaria	Tasso netto di iscrizione, istruzione secondaria, percentuale, 2009-2018		Indice di parità di genere, istruzione secondaria
	2006-2017	2006-2017	2004-2017	maschi	femmine	2009-2018	maschi	femmine	2009-2018
Uruguay	51	25	–	98	98	1.00	80	86	1.08
Uzbekistan	30	7	–	99	98	0.98	91	90	0.99
Vanuatu	78	21	–	86	88	1.03	48	51	1.07
Venezuela (Bolivarian Republic of)	95	–	–	86	86	1.00	67	73	1.10
Viet Nam	30	11	–	–	–	–	–	–	–
Western Sahara	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Yemen	67	32	16	88	78	0.88	54	40	0.74
Zambia	141	31	–	87	89	1.02	–	–	–
Zimbabwe	110	32	–	84	86	1.02	44	44	1.01

### NOTE

- Dati non disponibili.
- a La cifra esclude Cook Islands, Marshall Islands, Nauru, Niue, Palau, Tokelau e Tuvalu per mancanza di dati.
- b La cifra esclude Anguilla, Antigua e Barbuda, Bermuda, British Virgin Islands, Cayman Islands, Ecuador, Grenada, Montserrat, Sint Maarten, e Saint Kitts e Nevis per mancanza di dati.
- c Include le Seychelles.
- d Percentuale di ragazze tra i 15-19 anni che fanno parte della società segreta Sande. L'appartenenza alla società Sande è un indicatore indiretto della mutilazione dei genitali femminili.
- 1 Il 29 novembre 2012, l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha approvato la Risoluzione 67/19, che ha accordato alla Palestina lo status di "Paese osservatore non membro" nelle Nazioni Unite.

# Indicatori demografici

MONDO E AREE REGIONALI	POPOLAZIONE			FECONDITÀ			ASPETTATIVA DI VITA			CAMBIAMENTO DEMOGRAFICO	COMPOSIZIONE DELLA POPOLAZIONE (PER ETÀ)			
	Popolazione totale, in milioni			Tasso di fecondità totale, per donna			Aspettativa di vita alla nascita, anni			Tasso medio annuale, %	0-14 anni %	10-24 anni %	15-64 anni %	65 anni o più %
	1969	1994	2019	1969	1994	2019	1969	1994	2019	2010-2019	2019	2019	2019	2019
<b>TOTALE MONDIALE</b>	3626	5670	7715	4.8	2.9	2.5	56	65	72	1.1	26	24	65	9
<b>Regioni più sviluppate</b>	1001	1167	1266	2.3	1.6	1.7	71	74	80	0.3	16	17	65	19
<b>Regioni meno sviluppate</b>	2625	4503	6448	5.9	3.2	2.6	53	63	71	1.3	27	25	65	7
<b>Paesi meno sviluppati</b>	301	570	1050	6.8	5.6	3.9	44	52	65	2.4	39	32	57	4

## DATI REGIONALI

<b>Stati arabi</b>	112	223	373	6.9	4.5	3.3	52	64	70	2.0	34	28	61	5
<b>Asia e Pacifico</b>	1818	3027	4030	5.9	2.8	2.1 <sup>a</sup>	53	64	72 <sup>a</sup>	1.0	24 <sup>a</sup>	23 <sup>a</sup>	68 <sup>a</sup>	8 <sup>a</sup>
<b>Europa orientale e Asia centrale</b>	154	211	247	3.6	2.4	2.0	61	67	73	0.9	23	21	67	10
<b>America Latina e Caraibi</b>	278	474	653	5.4	3.0	2.0 <sup>b</sup>	59	69	76 <sup>b</sup>	1.1	24 <sup>b</sup>	25 <sup>b</sup>	67 <sup>b</sup>	9 <sup>b</sup>
<b>Africa orientale e meridionale</b>	154	312	613	6.8	5.9	4.3	46	49	64	2.7	41	32	55	3
<b>Africa occidentale e centrale</b>	118	229	447	6.6	6.3	5.1	41	49	58	2.7	43	32	54	3

## PAESI, TERRITORI E ALTRE AREE

Afghanistan	10.9	16.2	37.2	7.5	7.6	4.2	36	53	65	2.8	42	35	55	3
Albania	2.1	3.1	2.9	5.1	2.7	1.7	67	72	79	0.0	17	21	69	14
Algeria	14.1	28.4	42.7	7.7	3.7	2.6	50	68	77	1.9	30	22	64	7
Angola	6.6	13.8	31.8	7.6	7.0	5.5	37	43	62	3.4	46	33	51	3
Antigua and Barbuda	0.1	0.1	0.1	3.8	2.2	2.0	66	72	77	1.1	23	24	69	7
Argentina	23.6	34.6	45.1	3.1	2.8	2.2	66	72	77	1.0	24	24	64	11
Armenia	2.5	3.3	2.9	3.3	2.2	1.6	70	69	75	0.2	20	19	68	12
Aruba	0.1	0.1	0.1	3.1	2.1	1.8	69	74	76	0.5	17	21	68	14
Australia <sup>1</sup>	12.6	17.9	25.1	2.8	1.8	1.8	71	78	83	1.4	19	19	65	16
Austria	7.5	7.9	8.8	2.4	1.5	1.5	70	77	82	0.5	14	15	66	20
Azerbaijan <sup>2</sup>	5.1	7.7	10.0	5.2	2.7	2.0	63	65	72	1.1	23	21	70	6
Bahamas	0.2	0.3	0.4	3.6	2.6	1.7	66	71	76	1.2	20	21	70	10
Bahrain	0.2	0.5	1.6	6.7	3.2	2.0	63	73	77	3.1	19	18	79	3
Bangladesh	63.4	116.2	168.1	6.9	3.8	2.0	48	61	73	1.1	27	28	68	5
Barbados	0.2	0.3	0.3	3.3	1.7	1.8	65	72	76	0.3	19	19	65	16
Belarus	8.9	10.2	9.4	2.3	1.5	1.7	71	69	73	0.0	17	15	67	15
Belgium	9.6	10.2	11.6	2.3	1.6	1.8	71	77	82	0.6	17	17	64	19
Belize	0.1	0.2	0.4	6.3	4.2	2.4	65	70	71	2.1	30	30	66	4
Benin	2.9	5.7	11.8	6.7	6.4	4.8	42	55	62	2.8	42	32	55	3
Bhutan	0.3	0.5	0.8	6.7	4.8	2.0	39	56	71	1.4	26	27	69	5
Bolivia (Plurinational State of)	4.4	7.4	11.4	6.3	4.6	2.8	45	57	70	1.5	31	29	62	7
Bosnia and Herzegovina	3.7	3.9	3.5	3.0	1.7	1.4	66	71	77	-0.7	14	17	68	17
Botswana	0.7	1.5	2.4	6.7	4.1	2.6	54	57	69	1.8	31	28	65	4
Brazil	92.9	159.7	212.4	5.2	2.6	1.7	59	67	76	0.8	21	23	70	9
Brunei Darussalam	0.1	0.3	0.4	5.8	2.9	1.8	67	74	78	1.4	22	23	72	5
Bulgaria	8.5	8.5	7.0	2.1	1.4	1.6	71	71	75	-0.6	15	14	64	21
Burkina Faso	5.5	9.8	20.3	6.6	6.9	5.1	39	49	62	2.9	45	33	53	2

PAESI, TERRITORI E ALTRE AREE	POPOLAZIONE			FECONDITÀ			ASPETTATIVA DI VITA			CAMBIAMENTO DEMOGRAFICO	COMPOSIZIONE DELLA POPOLAZIONE (PER ETÀ)			
	Popolazione totale, in milioni			Tasso di fecondità totale, per donna			Aspettativa di vita alla nascita, anni			Tasso medio annuale, %	0-14 anni %	10-24 anni %	15-64 anni %	65 anni o più %
	1969	1994	2019	1969	1994	2019	1969	1994	2019	2010-2019	2019	2019	2019	2019
Burundi	3.4	5.9	11.6	7.3	7.3	5.5	44	48	59	3.1	45	31	52	3
Cambodia	6.9	10.3	16.5	6.6	4.9	2.5	42	55	70	1.6	31	28	64	5
Cameroon, Republic of	6.4	13.1	25.3	6.2	6.1	4.5	46	50	60	2.6	42	32	55	3
Canada	21.1	29.0	37.3	2.4	1.7	1.6	72	78	83	1.0	16	17	66	18
Cape Verde	0.3	0.4	0.6	7.0	4.7	2.2	53	66	73	1.2	29	30	66	5
Central African Republic	1.8	3.3	4.8	6.0	5.7	4.6	41	47	54	0.9	42	34	54	4
Chad	3.6	6.8	15.8	6.5	7.4	5.6	41	47	54	3.2	47	34	51	3
Chile	9.4	14.1	18.3	4.2	2.4	1.8	62	75	80	0.8	20	21	68	12
China <sup>3</sup>	803.6	1229.0	1420.1	5.9	1.7	1.6	58	70	77	0.5	18	17	71	12
China, Hong Kong SAR <sup>4</sup>	3.8	6.1	7.5	3.4	1.2	1.4	71	79	84	0.7	12	13	70	17
China, Macao SAR <sup>5</sup>	0.2	0.4	0.6	2.4	1.3	1.4	69	79	84	2.0	14	13	75	11
Colombia	21.5	36.8	49.8	5.8	2.7	1.8	61	69	75	0.9	23	24	69	8
Comoros	0.2	0.5	0.9	7.1	5.9	4.1	45	58	64	2.3	39	31	58	3
Congo, Democratic Republic of the	19.5	40.3	86.7	6.2	6.8	5.8	44	49	61	3.3	46	32	51	3
Congo, Republic of the	1.3	2.7	5.5	6.3	5.2	4.5	53	54	66	2.6	42	31	55	3
Costa Rica	1.8	3.4	5.0	4.9	2.9	1.7	66	76	80	1.1	21	23	69	10
Côte d'Ivoire	5.0	14.1	25.5	7.9	6.3	4.7	43	50	55	2.5	42	32	55	3
Croatia	4.4	4.7	4.1	2.0	1.6	1.4	68	73	78	-0.5	15	16	65	21
Cuba	8.6	10.9	11.5	4.2	1.6	1.7	69	75	80	0.2	16	17	69	16
Curaçao	0.1	0.1	0.2	3.5	2.2	2.0	69	75	79	1.1	18	18	64	17
Cyprus <sup>6</sup>	0.6	0.8	1.2	2.7	2.2	1.3	72	77	81	0.8	17	20	69	14
Czechia	9.8	10.4	10.6	2.0	1.5	1.6	70	73	79	0.1	16	14	64	20
Denmark	4.9	5.2	5.8	2.2	1.8	1.8	73	75	81	0.4	16	18	64	20
Djibouti	0.1	0.6	1.0	6.8	5.5	2.7	48	57	63	1.6	30	30	66	4
Dominica	0.1	0.1	0.1	-	-	-	-	-	-	0.5	-	-	-	-
Dominican Republic	4.4	7.8	11.0	6.4	3.2	2.3	58	69	74	1.2	29	27	64	7
Ecuador	5.9	11.2	17.1	6.3	3.4	2.4	57	71	77	1.5	28	26	65	8
Egypt	34.2	62.5	101.2	6.3	3.9	3.1	52	66	72	2.1	33	26	62	5
El Salvador	3.6	5.5	6.4	6.3	3.7	2.0	55	67	74	0.5	27	28	65	9
Equatorial Guinea	0.3	0.5	1.4	5.8	6.0	4.4	39	50	59	4.0	37	29	60	3
Eritrea	1.8	3.1	5.3	6.7	6.0	3.9	43	52	66	2.1	41	32	55	4
Estonia	1.3	1.5	1.3	2.1	1.5	1.7	70	69	78	-0.2	17	15	63	20
Eswatini	0.4	0.9	1.4	6.9	5.0	2.9	47	58	59	1.8	37	32	60	3
Ethiopia	27.7	55.4	110.1	6.9	7.0	3.9	43	49	67	2.5	39	34	57	4
Fiji	0.5	0.8	0.9	4.7	3.3	2.4	59	66	71	0.7	28	26	65	7
Finland <sup>7</sup>	4.6	5.1	5.6	2.0	1.8	1.8	70	76	82	0.4	17	17	62	22
France	50.5	58.0	65.5	2.6	1.7	2.0	72	78	83	0.4	18	18	62	20
French Guiana	0.0	0.1	0.3	4.8	4.0	3.2	65	73	81	2.6	32	28	62	6
French Polynesia	0.1	0.2	0.3	5.1	2.9	2.0	60	70	77	0.8	23	24	69	8
Gabon	0.6	1.1	2.1	5.0	5.1	3.6	46	61	67	2.8	36	28	60	4
Gambia	0.4	1.0	2.2	6.0	6.1	5.2	37	53	62	3.1	45	33	53	2
Georgia <sup>8</sup>	4.7	5.1	3.9	2.7	1.9	2.0	67	70	74	-0.9	20	18	65	15

## Indicatori demografici

PAESI, TERRITORI E ALTRE AREE	POPOLAZIONE			FECONDITÀ			ASPETTATIVA DI VITA			CAMBIAMENTO DEMOGRAFICO	COMPOSIZIONE DELLA POPOLAZIONE (PER ETÀ)			
	Popolazione totale, in milioni			Tasso di fecondità totale, per donna			Aspettativa di vita alla nascita, anni			Tasso medio annuale, %	0-14 anni %	10-24 anni %	15-64 anni %	65 anni o più %
	1969	1994	2019	1969	1994	2019	1969	1994	2019	2010-2019	2019	2019	2019	2019
Germany	78.3	80.9	82.4	2.2	1.3	1.5	71	76	82	0.2	13	14	65	22
Ghana	8.4	16.3	30.1	7.0	5.2	3.8	49	58	64	2.3	38	31	58	3
Greece	8.6	10.7	11.1	2.6	1.4	1.3	71	78	82	-0.3	14	15	65	21
Grenada	0.1	0.1	0.1	4.7	3.3	2.0	64	69	74	0.4	26	25	66	8
Guadeloupe <sup>9</sup>	0.3	0.4	0.4	5.0	2.1	1.9	64	75	82	0.0	18	21	64	19
Guam	0.1	0.1	0.2	4.5	2.9	2.3	65	73	80	0.5	24	25	66	10
Guatemala	5.5	10.2	17.6	6.7	5.2	2.8	52	65	74	2.0	34	32	61	5
Guinea	4.2	7.5	13.4	6.2	6.4	4.6	36	52	62	2.4	42	32	55	3
Guinea-Bissau	0.7	1.1	2.0	6.0	6.4	4.4	41	51	59	2.5	41	31	56	3
Guyana	0.7	0.8	0.8	5.5	3.1	2.4	62	64	67	0.6	28	29	66	6
Haiti	4.6	7.7	11.2	5.8	5.0	2.8	47	56	64	1.3	32	30	63	5
Honduras	2.6	5.6	9.6	7.3	4.7	2.4	52	68	74	1.7	30	31	65	5
Hungary	10.3	10.4	9.7	2.0	1.6	1.4	69	70	76	-0.3	14	16	66	20
Iceland	0.2	0.3	0.3	3.1	2.2	1.9	74	79	83	0.7	20	20	65	15
India	541.5	942.2	1368.7	5.6	3.7	2.3	47	60	69	1.2	27	27	67	6
Indonesia	111.8	193.9	269.5	5.5	2.8	2.3	54	65	70	1.2	27	26	68	6
Iran (Islamic Republic of)	27.8	59.7	82.8	6.5	3.5	1.6	50	68	77	1.2	24	21	70	6
Iraq	9.6	19.6	40.4	7.4	5.5	4.2	58	68	70	3.0	40	31	57	3
Ireland	2.9	3.6	4.8	3.8	1.9	2.0	71	75	82	0.5	21	19	64	15
Israel	2.8	5.2	8.6	3.8	2.9	2.9	72	78	83	1.6	28	23	60	12
Italy	53.2	57.3	59.2	2.5	1.2	1.5	71	78	84	-0.1	13	14	63	24
Jamaica	1.8	2.5	2.9	5.6	2.8	2.0	68	72	76	0.3	23	25	67	10
Japan	103.5	126.1	126.9	2.1	1.4	1.5	72	80	84	-0.1	13	14	59	28
Jordan	1.6	4.4	10.1	8.0	4.8	3.2	59	71	75	3.8	35	30	61	4
Kazakhstan	12.9	16.2	18.6	3.6	2.4	2.5	62	64	70	1.4	29	20	64	7
Kenya	10.9	26.5	52.2	8.1	5.5	3.7	52	55	68	2.6	40	33	58	3
Kiribati	0.1	0.1	0.1	5.7	4.4	3.5	54	62	67	1.8	36	29	60	4
Korea, Democratic People's Republic of	14.0	21.6	25.7	4.4	2.2	1.9	59	68	72	0.5	20	22	71	9
Korea, Republic of	31.6	44.8	51.3	4.5	1.6	1.3	60	73	83	0.4	13	16	72	15
Kuwait	0.7	1.7	4.2	7.3	2.7	1.9	66	73	75	3.9	21	19	76	3
Kyrgyzstan	2.9	4.5	6.2	5.2	3.4	2.9	60	66	71	1.5	32	25	63	5
Lao People's Democratic Republic	2.6	4.7	7.1	6.0	5.6	2.5	46	56	68	1.4	32	30	64	4
Latvia	2.4	2.5	1.9	1.9	1.5	1.6	70	68	75	-1.1	16	14	64	20
Lebanon	2.3	3.0	6.1	5.1	2.7	1.7	66	72	80	3.7	22	25	69	9
Lesotho	1.0	1.7	2.3	5.8	4.6	2.9	49	58	55	1.3	35	32	60	5
Liberia	1.4	2.0	5.0	6.7	6.2	4.4	39	49	64	2.6	41	32	56	3
Libya	2.0	4.9	6.6	8.1	3.9	2.2	55	70	72	0.7	28	25	68	5
Lithuania	3.1	3.6	2.9	2.3	1.7	1.7	71	70	75	-1.0	15	16	65	19
Luxembourg	0.3	0.4	0.6	2.1	1.7	1.6	70	76	82	1.8	16	18	69	15
Madagascar	6.4	13.1	27.0	7.3	6.0	4.0	44	54	67	2.7	40	33	57	3
Malawi	4.5	9.8	19.7	7.3	6.5	4.4	40	47	64	2.9	43	34	54	3



PAESI, TERRITORI E ALTRE AREE	POPOLAZIONE			FECONDITÀ			ASPETTATIVA DI VITA			CAMBIAMENTO DEMOGRAFICO	COMPOSIZIONE DELLA POPOLAZIONE (PER ETÀ)			
	Popolazione totale, in milioni			Tasso di fecondità totale, per donna			Aspettativa di vita alla nascita, anni			Tasso medio annuale, %	0-14 anni %	10-24 anni %	15-64 anni %	65 anni o più %
	1969	1994	2019	1969	1994	2019	1969	1994	2019	2010-2019	2019	2019	2019	2019
Malaysia <sup>10</sup>	10.5	20.0	32.5	5.2	3.4	2.0	64	72	76	1.6	24	25	69	7
Maldives	0.1	0.2	0.5	7.2	4.6	2.0	43	65	78	2.4	23	21	72	4
Mali	5.9	9.4	19.7	7.1	7.1	5.8	32	47	59	3.0	47	33	50	2
Malta	0.3	0.4	0.4	2.0	2.0	1.5	71	77	81	0.4	15	15	65	20
Martinique	0.3	0.4	0.4	4.8	1.9	1.9	65	76	83	-0.3	17	19	63	20
Mauritania	1.1	2.3	4.7	6.8	5.8	4.5	49	59	64	2.8	39	31	57	3
Mauritius <sup>11</sup>	0.8	1.1	1.3	4.2	2.2	1.4	63	70	75	0.2	17	22	71	12
Mexico	50.4	92.3	132.3	6.8	3.1	2.1	61	72	78	1.3	26	26	67	7
Micronesia (Federated States of)	0.1	0.1	0.1	6.9	4.7	3.0	61	67	70	0.4	32	33	62	5
Moldova, Republic of <sup>12</sup>	3.5	4.4	4.0	2.6	2.0	1.2	65	67	72	-0.1	16	17	72	12
Mongolia	1.2	2.3	3.2	7.6	2.9	2.6	55	61	70	1.7	30	22	66	4
Montenegro	0.5	0.6	0.6	2.8	2.0	1.6	69	74	78	0.1	18	19	66	16
Morocco	15.7	26.7	36.6	6.7	3.4	2.4	52	67	77	1.4	27	24	66	7
Mozambique	9.0	15.2	31.4	6.8	6.0	5.1	39	45	60	2.9	44	33	53	3
Myanmar	25.7	42.7	54.3	6.0	3.1	2.1	50	60	67	0.9	26	27	68	6
Namibia	0.8	1.6	2.6	6.4	4.7	3.2	52	61	66	2.2	36	31	60	4
Nepal	11.8	20.9	29.9	5.9	4.8	2.0	40	58	71	1.1	29	32	64	6
Netherlands	12.9	15.4	17.1	2.6	1.6	1.8	74	77	82	0.3	16	18	64	20
New Caledonia	0.1	0.2	0.3	5.3	2.8	2.1	62	72	78	1.3	22	22	68	10
New Zealand	2.8	3.6	4.8	3.2	2.0	2.0	71	77	82	1.0	20	20	64	16
Nicaragua	2.3	4.5	6.4	6.9	3.9	2.1	53	67	76	1.1	28	28	66	6
Niger	4.4	9.2	23.2	7.6	7.7	7.1	36	46	61	3.8	50	33	47	3
Nigeria	54.7	105.4	201.0	6.4	6.3	5.3	41	46	55	2.6	44	32	54	3
North Macedonia	1.7	2.0	2.1	3.3	2.0	1.6	66	72	76	0.1	16	18	69	14
Norway <sup>13</sup>	3.8	4.3	5.4	2.7	1.9	1.8	74	78	83	1.1	18	18	65	17
Oman	0.7	2.1	5.0	7.3	5.7	2.5	50	69	78	5.5	21	19	76	2
Pakistan	56.5	119.8	204.6	6.6	5.5	3.3	52	61	67	2.0	35	29	61	5
Palestine <sup>14</sup>	1.1	2.5	5.2	7.9	6.4	3.8	55	69	74	2.7	39	32	58	3
Panama	1.5	2.7	4.2	5.3	2.9	2.4	65	74	79	1.6	27	25	65	8
Papua New Guinea	2.5	4.8	8.6	6.2	4.7	3.5	48	60	66	2.1	35	31	61	4
Paraguay	2.4	4.7	7.0	5.9	4.2	2.4	65	69	73	1.3	29	28	64	7
Peru	13.0	23.6	32.9	6.5	3.4	2.3	53	68	76	1.3	27	26	66	8
Philippines	34.8	68.2	108.1	6.4	4.1	2.8	61	66	70	1.6	31	29	64	5
Poland	32.4	38.4	38.0	2.3	1.8	1.3	70	72	78	-0.1	15	15	67	18
Portugal	8.7	10.1	10.3	3.0	1.5	1.2	67	75	82	-0.4	13	15	65	22
Puerto Rico	2.7	3.7	3.7	3.2	2.1	1.5	71	74	81	-0.2	17	21	67	16
Qatar	0.1	0.5	2.7	6.9	3.6	1.8	68	76	79	4.8	14	18	84	2
Reunion	0.5	0.7	0.9	5.1	2.4	2.2	62	74	81	0.8	23	23	65	12
Romania	20.3	23.1	19.5	2.8	1.4	1.6	68	70	76	-0.5	15	16	66	19
Russian Federation	129.5	148.4	143.9	2.0	1.4	1.8	69	66	71	0.1	18	15	67	15
Rwanda	3.6	6.0	12.8	8.2	6.3	3.7	44	29	68	2.5	39	32	57	3
Saint Kitts and Nevis	0.0	0.0	0.1	-	-	-	-	-	-	1.0	-	-	-	-

## Indicatori demografici

	POPOLAZIONE			FECONDITÀ			ASPETTATIVA DI VITA			CAMBIAMENTO DEMOGRAFICO	COMPOSIZIONE DELLA POPOLAZIONE (PER ETÀ)			
	Popolazione totale, in milioni			Tasso di fecondità totale, per donna			Aspettativa di vita alla nascita, anni				Tasso medio annuale, %	0-14 anni %	10-24 anni %	15-64 anni %
	1969	1994	2019	1969	1994	2019	1969	1994	2019	2010-2019	2019	2019	2019	2019
<b>PAESI, TERRITORI E ALTRE AREE</b>														
Saint Lucia	0.1	0.1	0.2	6.2	3.0	1.4	62	71	76	0.5	18	23	72	10
Saint Vincent and the Grenadines	0.1	0.1	0.1	6.2	2.8	1.9	65	71	74	0.1	23	25	69	8
Samoa	0.1	0.2	0.2	7.3	4.8	3.8	54	67	76	0.7	36	32	58	6
San Marino	0.0	0.0	0.0	–	–	–	–	–	–	0.9	–	–	–	–
São Tomé and Príncipe	0.1	0.1	0.2	6.4	5.6	4.3	55	62	67	2.2	42	33	55	3
Saudi Arabia	5.6	18.3	34.1	7.3	5.2	2.4	52	71	75	2.4	25	21	72	4
Senegal	4.1	8.5	16.7	7.3	6.1	4.6	39	57	68	2.9	43	32	54	3
Serbia <sup>15</sup>	8.1	9.9	8.7	2.4	1.9	1.6	67	72	76	-0.4	16	18	65	18
Seychelles	0.1	0.1	0.1	5.9	2.4	2.2	65	71	74	0.5	22	19	68	9
Sierra Leone	2.6	4.3	7.9	6.5	6.6	4.2	34	36	53	2.2	41	33	56	3
Singapore	2.0	3.4	5.9	3.4	1.7	1.3	68	77	84	1.6	15	17	71	14
Sint Maarten	0.0	0.0	0.0	–	–	–	–	–	–	2.4	–	–	–	–
Slovakia	4.5	5.4	5.5	2.5	1.7	1.5	70	72	77	0.1	16	16	68	16
Slovenia	1.7	2.0	2.1	2.2	1.3	1.7	69	74	81	0.2	15	14	65	20
Solomon Islands	0.2	0.3	0.6	6.8	5.3	3.7	54	59	72	2.1	38	32	58	4
Somalia	3.4	7.6	15.6	7.2	7.6	6.0	41	46	58	2.9	46	33	51	3
South Africa	22.2	41.2	58.1	5.7	3.2	2.4	55	62	64	1.3	29	27	66	6
South Sudan	3.6	5.4	13.3	6.9	6.6	4.6	35	46	58	3.1	41	32	55	3
Spain <sup>16</sup>	33.6	39.8	46.4	2.9	1.2	1.4	72	78	84	-0.1	14	15	66	20
Sri Lanka	12.2	18.1	21.0	4.5	2.3	2.0	64	69	76	0.4	23	23	66	11
Sudan	10.0	23.3	42.5	6.9	5.9	4.3	52	56	65	2.4	40	33	56	4
Suriname	0.4	0.4	0.6	5.8	3.1	2.3	63	68	72	1.0	26	26	67	7
Sweden	8.0	8.8	10.1	2.1	1.9	1.9	74	79	83	0.8	18	17	62	20
Switzerland	6.1	7.0	8.6	2.2	1.5	1.6	73	78	84	1.1	15	15	66	19
Syrian Arab Republic	6.1	13.9	18.5	7.6	4.6	2.8	58	72	73	-1.4	35	35	60	5
Tajikistan	2.8	5.7	9.3	7.0	4.7	3.2	60	63	72	2.2	35	28	61	4
Tanzania, United Republic of <sup>17</sup>	13.2	29.1	60.9	6.8	5.9	4.8	46	49	67	3.1	44	32	52	3
Thailand	35.8	58.9	69.3	5.8	1.9	1.4	59	70	76	0.3	17	19	71	12
Timor-Leste, Democratic Republic of	0.6	0.9	1.4	6.0	6.1	5.2	39	52	70	2.2	43	35	53	4
Togo	2.0	4.2	8.2	7.0	5.9	4.3	46	55	61	2.6	41	32	56	3
Tonga	0.1	0.1	0.1	6.2	4.5	3.5	65	70	73	0.6	35	33	59	6
Trinidad and Tobago	0.9	1.3	1.4	3.7	2.0	1.7	65	68	71	0.4	20	19	69	11
Tunisia	5.0	9.0	11.8	6.8	2.7	2.1	50	71	76	1.1	24	21	67	9
Turkey	34.1	57.6	83.0	5.7	2.8	2.0	52	66	77	1.5	24	24	67	9
Turkmenistan	2.1	4.1	5.9	6.5	3.7	2.7	58	63	68	1.7	31	25	65	5
Turks and Caicos Islands	0.0	0.0	0.0	–	–	–	–	–	–	1.8	–	–	–	–
Tuvalu	0.0	0.0	0.0	–	–	–	–	–	–	0.9	–	–	–	–
Uganda	9.2	19.9	45.7	7.1	7.0	5.3	49	44	61	3.3	47	34	51	2
Ukraine <sup>18</sup>	46.7	51.1	43.8	2.0	1.5	1.6	71	68	72	-0.5	16	15	67	17
United Arab Emirates	0.2	2.3	9.7	6.7	3.6	1.7	61	73	78	1.8	14	16	85	1
United Kingdom	55.4	57.8	67.0	2.4	1.8	1.9	72	77	82	0.6	18	17	63	19

	POPOLAZIONE			FECONDITÀ			ASPETTATIVA DI VITA			CAMBIAMENTO DEMOGRAFICO	COMPOSIZIONE DELLA POPOLAZIONE (PER ETÀ)			
	Popolazione totale, in milioni			Tasso di fecondità totale, per donna			Aspettativa di vita alla nascita, anni			Tasso medio annuale, %	0-14 anni %	10-24 anni %	15-64 anni %	65 anni o più %
	1969	1994	2019	1969	1994	2019	1969	1994	2019	2010-2019	2019	2019	2019	2019
<b>PAESI, TERRITORI E ALTRE AREE</b>														
United States of America	207.7	262.7	329.1	2.4	2.0	1.9	71	76	80	0.7	19	20	65	16
United States Virgin Islands	0.1	0.1	0.1	5.3	2.6	2.2	69	75	80	-0.1	20	20	60	20
Uruguay	2.8	3.2	3.5	2.9	2.4	2.0	69	73	78	0.3	21	22	64	15
Uzbekistan	11.7	22.4	32.8	6.4	3.7	2.2	62	66	72	1.5	28	25	67	5
Vanuatu	0.1	0.2	0.3	6.3	4.8	3.2	52	65	73	2.2	36	29	60	5
Venezuela (Bolivarian Republic of)	11.2	21.7	32.8	5.6	3.1	2.2	64	71	75	1.4	27	26	66	7
Viet Nam	42.3	73.9	97.4	6.5	2.9	1.9	60	72	77	1.1	23	21	69	8
Western Sahara	0.1	0.2	0.6	6.6	3.8	2.4	42	60	70	2.1	27	25	69	3
Yemen	6.1	14.7	29.6	7.8	7.8	3.7	40	59	66	2.5	39	33	58	3
Zambia	4.0	8.9	18.1	7.3	6.2	4.8	49	43	63	3.0	44	34	53	2
Zimbabwe	5.0	11.1	17.3	7.4	4.6	3.5	55	52	62	2.3	41	32	56	3

**NOTE**

- Dati non disponibili.
- a Esclude Cook Islands, Marshall Islands, Nauru, Niue, Palau, Tokelau e Tuvalu per mancanza di dati.
- b Esclude Anguilla, Bermuda, British Virgin Islands, Cayman Islands, Dominica, Montserrat, Saint Kitts e Nevis, Sint Maarten, e Turks e Caicos Islands per mancanza di dati.
- 1 Include Christmas Island, Cocos (Keeling) Islands e Norfolk Island.
- 2 Include Nagorno-Karabakh.
- 3 A fini statistici, i dati per la Cina non includono Hong Kong e Macao, le Regioni Amministrative Speciali (SAR) della Cina, e la provincia cinese di Taiwan.
- 4 Nel Luglio 1997, Hong Kong è diventata una Regione Amministrativa Speciale (SAR) della Cina.
- 5 Il 20 Dicembre 1999, Macao è diventata una Regione Amministrativa Speciale (SAR) della Cina.
- 6 I dati si riferiscono all'intero paese.
- 7 Include le Åland Islands.
- 8 Include Abkhazia e South Ossetia.
- 9 Include Saint-Barthélemy e Saint-Martin (parte francese).
- 10 Include Sabah e Sarawak.
- 11 Include Agalega, Rodrigues and Saint Brandon.
- 12 Include Transnistria.
- 13 Include le Svalbard e Jan Mayen Islands.
- 14 Include la parte est di Gerusalemme. Il 29 Novembre 2012, l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha approvato la Risoluzione 67/19, che ha accordato alla Palestina lo status di "Paese osservatore non membro" nelle Nazioni Unite.
- 15 Include il Kosovo.
- 16 Include Canary Islands, Ceuta e Melilla.
- 17 Include Zanzibar.
- 18 Include la Crimea.

## Note tecniche per gli indicatori

Le tavole statistiche del rapporto *Lo Stato della popolazione nel mondo 2019* includono indicatori che registrano i progressi compiuti verso gli obiettivi del Piano d'azione per il follow-up del Programma d'azione della Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo (ICPD) e verso gli Obiettivi di sviluppo sostenibile (SDGs) nei settori della salute materna, dell'accesso all'istruzione e della salute sessuale e riproduttiva. In aggiunta, queste tavole includono indicatori demografici di vario tipo. Le tavole statistiche costituiscono un supporto all'obiettivo di UNFPA di monitorare i progressi e i risultati raggiunti verso un mondo in cui ogni gravidanza sia desiderata, ogni parto sicuro e le potenzialità di ogni giovane realizzate.

Le singole autorità nazionali e le organizzazioni internazionali possono adottare metodologie diverse per raccogliere, estrapolare e analizzare i dati. Per agevolare la comparabilità internazionale dei dati, UNFPA si basa sulle metodologie standard utilizzate dalle fonti principali dei dati. In alcuni casi, quindi, i dati delle tavole del presente rapporto sono diversi da quelli prodotti dalle singole autorità nazionali. I dati presentati nelle tavole non sono raffrontabili con i dati dei precedenti rapporti su *Lo Stato della popolazione nel mondo*, per via degli aggiornamenti portati alle classificazioni regionali, degli aggiornamenti metodologici e delle revisioni delle serie temporali.

Le tavole statistiche si basano su indagini sui nuclei familiari rappresentative a livello nazionale, come i Sondaggi Demografici e Sanitari (Demographic and Health Surveys, DHS) e le Indagini su campione a indicatori multipli (Multiple Indicator Cluster Surveys, MICS), su stime delle organizzazioni delle Nazioni Unite e quelle inter-agenzie. Le tavole statistiche includono anche le più recenti stime e proiezioni sulla popolazione elaborate da *World Population Prospects: la revisione 2017* e le stime e proiezioni basate su un modello per gli indicatori 2018 di pianificazione familiare (Dipartimento delle Nazioni Unite per gli affari economici e sociali, Divisione per la popolazione). I dati sono accompagnati da definizioni, fonti e note. Le tavole statistiche de *Lo stato della popolazione nel mondo 2019* riflettono le informazioni disponibili a Gennaio 2019.

### Indicatori il monitoraggio degli obiettivi della ICPD

#### Salute e diritti sessuali e riproduttivi

**Tasso di prevalenza contraccettiva, donne di 15-49 anni, qualsiasi metodo (2019).** Fonte: Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Le stime basate su modelli si fondano su dati tratti da rapporti di indagini a campione. I dati delle indagini stimano la proporzione di donne sposate (incluse le donne in unione consensuale) che usano attualmente rispettivamente un metodo qualsiasi o metodi moderni di contraccezione. I metodi moderni o clinici comprendono la sterilizzazione maschile e femminile, i dispositivi intrauterini, la pillola, i contraccettivi iniettabili, gli impianti ormonali, i preservativi e i metodi - barriera femminili.

**Tasso di prevalenza contraccettiva, donne di 15-49 anni, metodi moderni (1969, 1994, 2019).** Fonte: Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Le stime basate su modelli si fondano su dati tratti da rapporti di indagini a campione. I dati delle indagini stimano la proporzione di donne sposate (incluse le donne in unione consensuale) che usano attualmente rispettivamente un metodo qualsiasi o metodi moderni di contraccezione. I metodi moderni o clinici comprendono la sterilizzazione maschile e femminile, i dispositivi intrauterini, la pillola, i contraccettivi iniettabili, gli impianti ormonali, i preservativi e i metodi - barriera femminili.

**Domanda insoddisfatta di pianificazione familiare, donne 15-49 anni, (2019).** Fonte: Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Percentuale di donne di 15-49 anni, sposate o in unione consensuale, che vogliono ritardare una gravidanza o non averne più, ma che non usano metodi contraccettivi.

**Proporzione di domanda soddisfatta, donne 15-49 anni (2019).** Fonte: Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Percentuale della domanda totale di pianificazione familiare soddisfatta tra donne di 15-49 anni, sposate o in unione consensuale. Prevalenza contraccettiva o prevalenza contraccettiva con metodi moderni diviso la domanda totale di pianificazione familiare. La domanda totale di pianificazione familiare è data dalla somma della prevalenza contraccettiva e della domanda insoddisfatta di pianificazione familiare.

**Proporzione di domanda soddisfatta con metodi moderni, donne 15-49 anni (1969, 1994, 2019).** Fonte: Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Percentuale della domanda totale di pianificazione familiare, tra donne di 15-49 anni sposate o in unione consensuale, soddisfatta con l'uso di metodi contraccettivi moderni. Prevalenza contraccettiva o prevalenza contraccettiva con metodi moderni diviso la domanda totale di pianificazione familiare. La domanda totale di pianificazione familiare è data dalla somma della prevalenza contraccettiva e della domanda insoddisfatta di pianificazione familiare.

**Rapporto di mortalità materna (RMM), morti su 100.000 nati vivi (1994 e 2015) e Margine di errore sul RMM (UI 80%), valore minimo e valore massimo stimato (2015).** Fonte: Gruppo interagenzie delle Nazioni Unite per la stima della mortalità materna (WHO, UNICEF, UNFPA, Banca Mondiale e Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione). Questo indicatore presenta il numero di donne che muoiono per cause legate alla gravidanza, su 100.000 nati vivi. Le stime sono effettuate dal Gruppo interagenzie per la stima della mortalità materna (MMEIG) utilizzando i dati ottenuti attraverso i sistemi di registrazione anagrafica, indagini sulle famiglie, censimenti della popolazione. UNFPA, WHO, Banca Mondiale, UNICEF e la Divisione per la popolazione delle Nazioni Unite sono membri del MMEIG. Le stime e le metodologie sono regolarmente riviste dal MMEIG, altre agenzie e istituzioni accademiche e sono aggiornate laddove necessario, come parte del processo in corso per migliorare i dati sulla mortalità materna. Le stime non dovrebbero essere confrontate con precedenti stime interagenzie.

#### Parti assistiti da personale medico qualificato (%) (2017).

Fonte: Database globale sull'assistenza qualificata al parto, 2017, Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia (UNICEF) e Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO). Totali regionali calcolati da UNFPA sulla base di dati forniti dal database globale. La percentuale dei parti assistiti da personale sanitario qualificato (medici, infermieri/e, ostetriche) è la percentuale di parti assistiti da personale sanitario con una formazione specifica per fornire un'assistenza ostetrica salvavita, inclusi la supervisione necessaria, la terapia e i consigli alle donne durante la gravidanza, il parto e il postpartum; sovrintendere al parto in modo autonomo; provvedere alle prime cure per i neonati. Le levatrici tradizionali, anche se hanno frequentato un breve corso di formazione, non sono incluse nella categoria.

La Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione produce una serie completa e sistematica di stime e proiezioni annuali basate su modelli, per una gamma di indicatori di pianificazione familiare per un periodo di 60 anni. Gli indicatori comprendono la prevalenza contraccettiva, il bisogno insoddisfatto di

pianificazione familiare, la domanda totale di pianificazione familiare e la percentuale di domanda di pianificazione familiare soddisfatta tra donne sposate o in unione consensuale per il periodo dal 1970 al 2030. Le stime, le proiezioni e le valutazioni del margine di errore sono basate su un modello bayesiano gerarchico combinato con le tendenze temporali specifiche per ogni paese. Questo modello migliora il lavoro fatto in precedenza e rende conto delle differenze che dipendono dalle fonti dei dati, dal campione di popolazione e dai metodi contraccettivi inclusi nelle misure di prevalenza. Ulteriori informazioni sulle stime relative alla pianificazione familiare basate su modelli, sulla metodologia usata e sugli aggiornamenti si possono trovare in <<http://www.un.org/en/development/desa/population>>. Le stime sono calcolate sulla base di dati specifici per ogni paese raccolti nel World Contraceptive Use 2018.

#### **Presa di decisioni in materia di salute sessuale e riproduttiva e diritti riproduttivi, percentuale (2014).**

Fonte: UNFPA. Percentuale di donne di età compresa tra i 15 e i 49 anni, sposate (o in unione consensuale), che prendono le proprie decisioni su tutte e tre le aree: rapporti sessuali con il partner, uso della contraccezione e salute personale.

## **Indicatori il monitoraggio degli obiettivi della ICPD:**

### **Adolescenti e giovani**

**Tasso di maternità tra le adolescenti ogni 1.000 ragazze di 15-19 anni (2018).** Fonte: Database globale sugli Obiettivi di sviluppo sostenibile (SDG). Il tasso di maternità tra le adolescenti rappresenta il rischio di gravidanza tra le adolescenti di 15 - 19 anni. Per quanto riguarda la registrazione anagrafica i tassi sono soggetti a limitazioni che dipendono dalla completezza delle registrazioni delle nascite, dal trattamento dei dati relativi ai bambini nati vivi ma deceduti prima della registrazione o entro le prime 24 ore di vita, dall'attendibilità delle informazioni relative all'età della madre, dall'inclusione delle nascite di periodi precedenti. Le stime demografiche sono soggette a limiti dovuti a errori nella trascrizione dell'età e nella copertura della popolazione. Per quanto riguarda i dati dei sondaggi e dei censimenti, numeratore e denominatore provengono dallo stesso gruppo di popolazione. Le limitazioni principali riguardano l'errata trascrizione dell'età, omissioni nelle nascite, errori nella registrazione della data di nascita del bambino e, nel caso dei sondaggi, la variabilità del campione.

#### **Matrimonio precoce, entro i 18 anni di età, percentuale (2017).**

Fonte: Database globale sugli Obiettivi di sviluppo sostenibile (SDG). Totali regionali calcolati da UNFPA sulla base di dati forniti dal database globale. Proporzioni delle donne di 20-24 anni sposate o in unione di fatto entro i 18 anni di età.

#### **Prevalenza di MGF tra le ragazze di 15-19 anni, percentuale (2017).**

Fonte: UNFPA. Proporzioni delle ragazze di 15 - 19 anni che hanno subito la mutilazione genitale femminile.

#### **Tasso netto rettificato di iscrizione, istruzione primaria, percentuale (2017).**

Fonte: Istituto di statistica dell'UNESCO (UIS). Percentuale di bambini/e che fanno parte del gruppo ufficiale dei/le bambini/e in età da scuola primaria e che sono iscritti/e a corsi di istruzione primaria o secondaria.

**Indice di parità di genere, istruzione primaria (2017).** Fonte: Istituto di statistica dell'UNESCO (UIS). Rapporto tra i valori relativi a femmine e maschi del tasso netto rettificato di iscrizione alla scuola primaria.

#### **Tasso netto di iscrizione, istruzione secondaria, percentuale, (2017).**

Fonte: Istituto di statistica dell'UNESCO (UIS). Percentuale di ragazzi/e che fanno parte del gruppo ufficiale di ragazzi/e in età da scuola secondaria e che sono iscritti/e a corsi di istruzione secondaria.

#### **Indice di parità di genere, istruzione secondaria (2017).**

Fonte: Istituto di statistica dell'UNESCO (UIS). Rapporto tra i valori relativi a femmine e maschi del tasso netto di iscrizione alla scuola secondaria.

## **Indicatori demografici**

### **Popolazione**

#### **Popolazione totale, in milioni (1969, 1994, 2019).**

Fonte: Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Totali regionali calcolati da UNFPA sulla base di dati forniti dalla Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Dimensione stimata delle popolazioni nazionali, a metà anno.

### **Fecondità**

#### **Tasso di fecondità totale, per donna (1969, 1994, 2019).**

Fonte: Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Totali regionali calcolati da UNFPA sulla base dei dati forniti dalla Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Numero di figli che sarebbero nati da ogni donna se fosse vissuta fino alla fine dell'età feconda e avesse partorito a ogni età in conformità con i tassi prevalenti di fecondità in una specifica fascia di età.

### **Aspettativa di vita**

#### **Aspettativa di vita alla nascita, anni (1969, 1994, 2019).**

Fonte: Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Totali regionali calcolati da UNFPA sulla base dei dati forniti dalla Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Numero di anni di vita di cui i neonati potrebbero godere se soggetti ai rischi di mortalità prevalenti nel segmento di popolazione al momento della loro nascita.

### **Cambiamento demografico**

#### **Tasso medio annuale di variazione della popolazione, percentuale (2010-2019).**

Fonte: calcolo UNFPA sulla base dei dati forniti dalla Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Tasso esponenziale medio di crescita della popolazione in un dato periodo, in base a una proiezione a variante media.

### **Composizione della popolazione**

#### **Popolazione nella fascia di età 0-14 anni, percentuale (2019).**

Fonte: calcolo UNFPA basato su dati forniti dalla Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Proporzioni della popolazione tra 0 e 14 anni.

#### **Popolazione nella fascia di età 10-24 anni, percentuale (2019).**

Fonte: calcolo UNFPA basato su dati forniti dalla Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Proporzioni della popolazione tra 10 e 24 anni.

#### **Popolazione nella fascia d'età 15-64 anni, percentuale (2019).**

Fonte: calcolo UNFPA basato su dati forniti dalla Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Proporzioni della popolazione tra 15 e 64 anni.

#### **Popolazione di 65 anni o più, percentuale (2019).**

Fonte: calcolo UNFPA basato su dati forniti dalla Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Proporzioni della popolazione di 65 anni o più.

## Classificazioni regionali

Le medie UNFPA presentate alla fine delle tabelle statistiche sono calcolate utilizzando dati da paesi e aree classificate come di seguito.

### Stati Arabi

Algeria; Djibouti; Egypt; Iraq; Jordan; Lebanon; Libya; Morocco; Oman; Palestine; Somalia; Sudan; Syrian Arab Republic; Tunisia; Yemen.

### Asia e Pacifico

Afghanistan; Bangladesh; Bhutan; Cambodia; China; Cook Islands; Fiji; India; Indonesia; Iran (Islamic Republic of); Kiribati; Korea, Democratic People's Republic of; Lao People's Democratic Republic; Malaysia; Maldives; Marshall Islands; Micronesia (Federated States of); Mongolia; Myanmar; Nauru; Nepal; Niue; Pakistan; Palau; Papua New Guinea; Philippines; Samoa; Solomon Islands; Sri Lanka; Thailand; Timor-Leste, Democratic Republic of; Tokelau; Tonga; Tuvalu; Vanuatu; Viet Nam.

### Europa orientale e Asia centrale

Albania; Armenia; Azerbaijan; Belarus; Bosnia and Herzegovina; Georgia; Kazakhstan; Kyrgyzstan; Moldova, North Macedonia; Republic of; Serbia; Tajikistan; Turkey; Turkmenistan; Ukraine; Uzbekistan.

### Africa orientale e del Sud

Angola; Botswana; Burundi; Comoros; Congo, Democratic Republic of the; Eritrea; Eswatini; Ethiopia; Kenya; Lesotho; Madagascar; Malawi; Mauritius; Mozambique; Namibia; Rwanda; South Africa; South Sudan; Tanzania, United Republic of; Uganda; Zambia; Zimbabwe.

### America Latina e Caraibi

Anguilla; Antigua and Barbuda; Argentina; Aruba; Bahamas; Barbados; Belize; Bermuda; Bolivia (Plurinational State of); Brazil; British Virgin Islands; Cayman Islands; Chile; Colombia; Costa Rica; Cuba; Curaçao; Dominica; Dominican Republic; Ecuador; El Salvador; Grenada; Guatemala; Guyana; Haiti; Honduras; Jamaica; Mexico; Montserrat; Nicaragua; Panama; Paraguay; Peru; Saint Kitts and Nevis; Saint Lucia; Saint Vincent and the Grenadines; Sint Maarten; Suriname; Trinidad and Tobago; Turks and Caicos Islands; Uruguay; Venezuela (Bolivarian Republic of).

### Africa occidentale e centrale

Benin; Burkina Faso; Cameroon, Republic of; Cape Verde; Central African Republic; Chad; Congo, Republic of the; Côte d'Ivoire; Equatorial Guinea; Gabon; Gambia; Ghana; Guinea; Guinea-Bissau; Liberia; Mali; Mauritania; Niger; Nigeria; São Tomé and Príncipe; Senegal; Sierra Leone; Togo.

**Regioni più sviluppate** comprendono le seguenti regioni: Europa, Nord America, Australia/Nuova Zelanda e Giappone in base alla classificazione regionale della Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione.

**Regioni meno sviluppate** comprendono tutte le regioni dell'Africa, Asia (eccetto il Giappone), America Latina e Caraibi più la Melanesia, Micronesia e Polinesia, in base alla classificazione della Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione.

**Paesi meno sviluppati** del mondo, come definiti dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite nelle sue Risoluzioni (59/209, 59/210, 60/33, 62/97, 64/L.55, 67/L.43, 64/295 e 68/18) a marzo 2018 comprendevano 47 paesi: 33 in Africa, 9 in Asia, 4 in Oceania e 1 in America Latina e Caraibi - Afghanistan, Angola, Bangladesh, Benin, Bhutan, Burkina Faso, Burundi, Cambodia, Central African Republic, Chad, Comoros, Democratic Republic of the Congo, Djibouti, Eritrea, Ethiopia, Gambia, Guinea, Guinea-Bissau, Haiti, Kiribati, Lao People's Democratic Republic, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritania, Mozambique, Myanmar, Nepal, Niger, Rwanda, São Tomé and Príncipe, Senegal, Sierra Leone, Solomon Islands, Somalia, South Sudan, Sudan, Timor-Leste, Togo, Tuvalu, Uganda, United Republic of Tanzania, Vanuatu, Yemen and Zambia. Questi paesi sono inclusi anche nelle regioni meno sviluppate.

## Bibliografia

- Ali, Moazzam and others, 2018. "Assessment of Family Planning Service Availability and Readiness in 10 African Countries." *Global Health: Science and Practice* 6(3):473-483.
- Alkema, Leontine and others, 2016. "Global, Regional, and National Levels and Trends in Maternal Mortality between 1990 and 2015, with Scenario-Based Projections to 2030: A Systematic Analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group." *The Lancet* 387(10017): 462-474.
- American Cancer Society, 2016. "Global Burden of Cancer in Women: Current Status, Trends and Interventions." Paris: Union for International Cancer Control World Cancer Congress.
- Ashford, Lori, 2001. "New Population Policies: Advancing Women's Health and Rights." *Population Bulletin* 56(1). Washington, D.C.: Population Reference Bureau.
- Bloom, David E. and David Canning, 2004. "Global Demographic Change: Dimensions And Economic Significance." *Proceedings: Economic Policy Symposium, Jackson Hole, Federal Reserve Bank of Kansas City* August: 9-56.
- Bloom, David E. and others, 2000. "Population Dynamics and Economic Growth in Asia." *Population and Development Review: Population and Economic Change in East Asia Supplement* 26: 257-290.
- Bloom, David E. and others, 2007. "Fertility, Female Labor Force Participation, and the Demographic Dividend." Working Paper. No. 25. Cambridge, Massachusetts: Harvard School of Public Health Program on the Global Demography of Aging.
- Bongaarts, John and others, 2012. *Family Planning Programs for the 21st Century: Rationale and Design*. New York: Population Council.
- Bruce, Judith, 1990. "Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework." *Studies in Family Planning* 21(2): 61-91.
- Campbell, Jim and others, 2013. "A Universal Truth: No Health Without a Workforce." Forum Report, Third Global Forum on Human Resources for Health. Recife, Brazil. Geneva: Global Health Workforce Alliance and World Health Organization.
- Chynoweth, Sarah K., 2015. "Advancing Reproductive Health on the Humanitarian Agenda: The 2012-2014 Global Review." *Conflict and Health* 9(Suppl. 1): 11.
- Claeys, Vicky, 2010. "Brave and Angry—The Creation and Development of the International Planned Parenthood Federation (IPPF)." *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 15(Suppl. 2): S67-S76.
- Coale, Ansley and Edgar Malone Hoover, 1958. *Population Growth and Economic Development in Low Income Countries: A Case Study of India's Prospects*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Cohen, Sylvie I. and Tevia Abrams, 2002. "Broadening Choices: Information, Education, Communication, and Advocacy." In *An Agenda for the People: The UNFPA through Three Decades*, Sadik, Nafis, ed. New York: New York University Press, pp. 248-276.
- Davis, Kingsley, 1967. "Population Policy: Will Current Programs Succeed?" *Science* 158(3802): 730-739.
- Deese, Brian and Ronald A. Klain, 2017. "Another Deadly Consequence of Climate Change: The Spread of Dangerous Diseases." *The Washington Post* 30 May 2017.
- Delany-Moretlwe, Sinead and others, 2015. "Providing Comprehensive Health Services for Young Key Populations: Needs, Barriers and Gaps." *JIAS: Journal of the International AIDS Society* 18(2) (Suppl. 1):19833.
- Draper, William H. and others, 1959. "Composite Report of the President's Committee to Study the United States Military Assistance Program (The Draper Report)," Vol. 1. Washington, D.C.: United States, Office of the President.
- Edmeades, Jeffrey and others, 2018. "Conceptual Framework for Reproductive Empowerment: Empowering Individuals and Couples to Improve their Health." Background Paper. Washington, D.C.: International Center for Research on Women.
- Edwards, Robert G. and others, 1969. "Early Stages of Fertilization *in vitro* of Human Oocytes Matured *in vitro*." *Nature* 221:632-635.
- Ehrlich, Paul, R., 1968. *The Population Bomb*. New York: Ballantine Books.
- Elson, Diane, and Marzia Fontana, 2019. "Conceptualizing Gender-Equitable Inclusive Growth." *Gender Equality and Inclusive Growth: Economic Policies to Achieve Sustainable Development*. New York: UN Women.
- FP2020 (Family Planning 2020), 2018. *Catalyzing Collaboration*. Washington, D.C.: FP2020.
- García-Moreno, Claudia and others, 2013. *Global and Regional Estimates of Violence Against Women: Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-partner Sexual Violence*. Geneva: World Health Organization.
- Goldberg, Michelle, 2009. *The Means of Reproduction: Sex, Power, and the Future of the World*. New York: The Penguin Press.
- Greig, Alan and Jerker Edström, 2012. "Mobilising Men in Practice: Challenging Sexual and Gender-based Violence in Institutional Settings." Brighton: Institute of Development Studies.
- Guttmacher Institute, 2017. "Adding It Up: Investing in Contraception and Maternal and Newborn Health 2017." New York: Guttmacher Institute. Website: [guttmacher.org/fact-sheet/adding-it-up-contraception-mnh-2017](http://guttmacher.org/fact-sheet/adding-it-up-contraception-mnh-2017), accessed 1 December 2018.
- Haberland, Nicole, 2015. "The Case for Addressing Gender and Power in Sexuality and HIV Education: A Comprehensive Review of Evaluation Studies." *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 41(1): 31.
- Heil, Sarah H. and others, 2012. "Incentives to Promote Family Planning." *Preventive Medicine* 55: S106-S112

- Heise, Lori and others, forthcoming. "Gender Inequality and Restrictive Gender Norms: Framing the Challenges to Health." *The Lancet*.
- Hook, Christopher and others, 2018. "Getting to Equal: Engaging Men and Boys in Sexual and Reproductive Health and Rights and Gender Equality." Washington, D.C.: Promundo-US.
- Huezo, Carlos, and Soledad Diaz, 1993. "Quality of Care in Family Planning: Clients' Rights and Providers' Needs." *Advances in Contraception* 9(2): 129-139.
- IASC (Inter-Agency Standing Committee) and European Commission, 2019. "INFORM Report 2019: Shared Evidence for Managing Crises and Disasters." Geneva: IASC and the European Commission.
- IASC (Inter-Agency Standing Committee), 2009. *Health Cluster Guide: A Practical Guide for Country-Level Implementation of the Health Cluster*. Geneva: World Health Organization.
- ICC (International Criminal Court), 1998. "Rome Statute of the International Criminal Court." The Hague, Netherlands: ICC.
- IDMC (Internal Displacement Monitoring Centre), 2018. "Global Report on Internal Displacement 2018." Geneva: IDMC.
- IFRC (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies), 2018. "World Disasters Report 2018: Leaving No One Behind." Geneva: IFRC.
- IOM (International Organization for Migration), 2017. "World Migration Report 2018." Geneva: IOM.
- John, Neetu A. and others, 2017. "Gender Socialization During Adolescence in Low- and Middle-Income Countries: Conceptualization, Influences and Outcomes." Innocenti Discussion Paper 2017-01. Florence: Innocenti.
- Joshi, Shareen and T. Paul Schultz, 2007. "Family Planning as an Investment in Development: Evaluation of a Program's Consequences in Matlab, Bangladesh." Center Discussion Paper No. 951. New Haven, Connecticut: Economic Growth Center.
- Liao, Pamela Verma and Janet Dollin, 2012. "Half a Century of the Oral Contraceptive Pill: Historical Review and View to the Future." *Canadian Family Physician Medecin de famille canadien* 58(12): e757-760.
- Lutz, Wolfgang and others, 2008. "The Demography of Educational Attainment and Economic Growth." *Science* 319(5866): 1047-1048.
- Maceira, Daniel, 2005. "Decentralisation and Implications for Sexual and Reproductive Health Services: Policy Brief." South Africa: School of Public Health, University of the Witwatersrand.
- MacQuarrie, Kerry and Edmeades, Jeffrey. 2015. *Child Grooms: Prevalence and Correlates of Early Marriage among Men*. Paper presented at the Annual Meetings of the Population Association of America, San Diego, CA, USA, April 30-May 2, 2015.
- Meadows, Donella H. and others, 1972. *The Limits to Growth: A Report for the Club of Rome's Project on the Predicament of Mankind*. Milford, Connecticut: Universe Books.
- Michaud, Catherine and Christopher J.L. Murray, 1994. "External Assistance to the Health Sector in Developing Countries: A Detailed Analysis, 1972-90." *Bulletin of the World Health Organization* 72(4): 639-651.
- Miller, Suellan and others, 2016. "Beyond Too Little, Too Late and Too Much, Too Soon: A Pathway Towards Evidence-Based, Respectful Maternity Care Worldwide." *The Lancet* 388(10056): 2176-2192.
- National Research Council, 1986. *Population Growth and Economic Development: Policy Questions*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Nizamuddin, Mohammad, 2002. "Shaping Population and Development Strategies." In *An Agenda for the People: The UNFPA through Three Decades*, Sadik, Nafis, ed. New York: New York University Press, pp. 189-210.
- Nørgård, Jørgen Stig and others, 2010. "The History of the Limits to Growth." *Solutions* 1(2): 59-63.
- OCHA (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs), 2018. "Global Humanitarian Overview 2018." Website: [unocha.org/sites/unocha/files/GHO2018.PDF](http://unocha.org/sites/unocha/files/GHO2018.PDF), accessed 1 December 2018.
- Patton, George C. and others, 2016. "Our future: A Lancet Commission on Adolescent Health and Wellbeing." *The Lancet* 387(10036), 2423-2478.
- Potts, Malcolm, 1992. "Contraception Is the Best Development" (Commentary). *The Lancet* 340(1201): 1155.
- Potts, Malcolm and others, 2018. "Why Did National Leaders in India, China, and Peru Impose Coercive Family Planning Policies?" *Juniper Online Journal of Public Health* 3(4): 555619.
- RamaRao, Saumya and Raji Mohanam, 2003. "The Quality of Family Planning Programs: Concepts, Measurements, Interventions, and Effects." *Studies in Family Planning* 34(4): 227-248.
- Rehnström Loi, Ulrika and others, 2015. "Health Care Providers' Perceptions of and Attitudes towards Induced Abortions in Sub-Saharan Africa and Southeast Asia: A Systematic Literature Review of Qualitative and Quantitative Data." *BMC Public Health* 15:139.
- Robinson, Warren C. and John A. Ross, eds., 2007. *The Global Family Planning Revolution: Three Decades of Population Policies and Programs*. Washington, D.C.: The World Bank.
- Rockefeller, John David, 1978. "Population Growth: The Role of the Developed World." *Population and Development Review* 4(3): 509-516.
- Ross, John A. and Stephen L. Isaacs, 1988. "Costs, Payments, and Incentives in Family Planning Programs: A Review for Developing Countries." *Studies in Family Planning* 19(5): 270-283.
- Sedgh, Gilda and Rubina Hussain, 2014. "Reasons for Contraceptive Nonuse among Women Having Unmet Need for Contraception in Developing Countries." *Studies in Family Planning* 45(2): 151-169.
- Sinding, Steven W. and others, 1994. "Seeking Common Ground: Unmet Need and Demographic Goals." *International Family Planning Perspectives* 20(1): 23-27, 32.



- Singh, Jyoti Shankar, 2002. "UNFPA and the Global Conferences." In *An Agenda for the People: The UNFPA through Three Decades*, Sadik, Nafis, ed. New York: New York University Press, pp. 152-174.
- Singh, Karan, 1976. "National Population Policy: A Statement of the Government of India." *Population and Development Review* 2(2): 309-312.
- Singh, Susheela and others, 2018. *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access*. New York: Guttmacher Institute.
- Starrs, Ann M. and others, 2018. "Accelerate Progress—Sexual and Reproductive Health and Rights for All: Report of the Guttmacher-Lancet Commission." *The Lancet* 391(10140): 2642-2692.
- Stenberg, Karin and others, 2017. "Financing Transformative Health Systems towards Achievement of the Health Sustainable Development Goals: A Model for Projected Resource Needs in 67 Low-Income and Middle-Income Countries." *Lancet Global Health* 5: e875-e887.
- Stoebenau, Kirsten and others, 2013. "Has Fertility Decline Contributed to Improvements in Women's Lives?" International Center for Research on Women Fertility & Empowerment Working Paper Series No. 012-2013-ICRW-FE. Washington, D.C.: International Center for Research on Women.
- UN Women (United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women), 2018. *Turning Promises into Action: Gender Equality in the 2030 Agenda for Sustainable Development*. New York: UN Women.
- UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS), 2018. "Miles To Go: Closing Gaps, Breaking Barriers, Righting Injustices. Global AIDS Update." Geneva: UNAIDS.
- UNCESCR (United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights), 2000. "The Right to the Highest Attainable Standard of Health." International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Article 12, General Comment No. 14. Geneva: UNCESCR.
- UNESCO (United Nations Economic, Scientific and Cultural Organization), 2018. "International Technical Guidance on Sexuality Education: An Evidence-Informed Approach." Paris: UNESCO.
- UNESCO (United Nations Economic, Scientific and Cultural Organization), 2015. "Emerging Evidence, Lessons and Practice in Comprehensive Sexuality Education: A Global Review 2015." Paris: UNESCO.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2018. "UNFPA Supplies." Website: [unfpa.org/unfpa-supplies](http://unfpa.org/unfpa-supplies), accessed 28 November 2018.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2018a. "Young Persons With Disabilities: Global Study on Ending Gender-Based Violence, and Realising Sexual and Reproductive Health and Rights." New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2018b. "Humanitarian Action 2018 Overview." New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2018c. "Delivering Supplies When Crisis Strikes: Reproductive Health in Humanitarian Settings." New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2017. "State of World Population 2017: Worlds Apart." New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2016. "Adolescent Girls in Disaster and Conflict: Interventions for Improving Access to Sexual and Reproductive Health Services." New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2016a. "State of World Population 2016: 10: How Our World Depends on a Girl at this Decisive Age." New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2014. "The State of the World's Midwifery 2014: A Universal Pathway. A Woman's Right to Health." New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2014a. "Financing the ICPD Programme of Action: Data for 2012, Estimates for 2013/2014, Projections for 2015." New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2009. *Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings: A Companion to the Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2004. "The State of World Population 2004. The Cairo Consensus at Ten: Population, Reproductive Health and the Global Effort to End Poverty." New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund) and UNICEF (United Nations Children's Fund), 2018. "How to Transform a Social Norm." New York: UNFPA and UNICEF.
- UNFPA Bangladesh (United Nations Population Fund Bangladesh Country Office), 2018. "Safer Spaces, Gender Equality, Choices in Life and Love." Website: [bangladesh.unfpa.org/en/news/safer-spaces-gender-equality-choices-life-and-love](http://bangladesh.unfpa.org/en/news/safer-spaces-gender-equality-choices-life-and-love), accessed 2 December 2018.
- UNHCR (Office of the UN High Commissioner for Refugees), 2018. "Global Trends in Forced Displacement 2017." Geneva: UNHCR.
- UNHCR (Office of the UN High Commissioner for Refugees), 1999. *Reproductive Health in Emergency Situations: An Inter-Agency Field Manual*. Geneva: UNHCR.
- UNHCR (Office of the UN High Commissioner for Refugees), 1991. *Guidelines on the Protection of Refugee Women*. Geneva: UNHCR.
- UNICEF (United Nations Children's Fund) and WHO (World Health Organization), 2017. "Tracking Progress Towards Universal Coverage of Reproductive, Newborn and Child Health: The 2017 Report." Washington, D.C.: UNICEF and WHO.
- United Nations, 2018. "Report of the United Nations High Commissioner for Refugees. Part II: Global Compact on Refugees." A/73/12 (Part II). New York: United Nations General Assembly.
- United Nations, 2018a. Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration. New York: United Nations.

- United Nations, 2018b. "Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2018." Population Division of the Department for Economic and Social Affairs. New York: United Nations.
- United Nations, 2017. "World Population Prospects 2017." Website: [population.un.org/wpp/Download/Standard/Mortality](http://population.un.org/wpp/Download/Standard/Mortality), accessed 28 November 2018.
- United Nations, 2017a. "Reproductive Health Policies 2017: Data Booklet." ST/ESA/SER.A/396. Population Division of the Department for Economic and Social Affairs. New York: United Nations.
- United Nations, 2016. "New York Declaration for Refugees and Migrants." New York: United Nations.
- United Nations, 2016a. "High-Level Panel on Humanitarian Financing Report to the Secretary-General: Too Important to Fail—Addressing the Humanitarian Financing Gap." New York: United Nations.
- United Nations, 2015. "Trends in Contraceptive Use Worldwide 2015." ST/ESA/SER.A/349. Population Division of the Department for Economic and Social Affairs. New York: United Nations.
- United Nations, 2015a. "World Population Policies Database." Population Division of the Department for Economic and Social Affairs. New York: United Nations.
- United Nations, 2014. "Framework of Actions for the follow-up to the Programme of Action of the International Conference on Population and Development Beyond 2014: Report of the Secretary-General." New York: United Nations.
- United Nations, 2014a. "Programme of Action: Adopted at the International Conference on Population and Development Cairo, 5-13 September 1994. 20th Anniversary Edition." New York: United Nations.
- United Nations, 2013. *World Population Policies 2013*. New York: United Nations.
- United Nations, 1999. "Key Actions for the Further Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development." A/RES/S-21/2. New York: United Nations General Assembly.
- United Nations, 1995. "Population Consensus at Cairo, Mexico City and Bucharest: An Analytical Comparison." Population Division of the Department for Economic and Social Affairs. New York: United Nations.
- United Nations, 1995a. "Beijing Declaration and Platform for Action." New York: United Nations.
- United Nations, 1968. "Final Act of the International Conference on Human Rights (Tehran Declaration)." New York: United Nations.
- USAID (United States Agency for International Development), 2014. "High Impact Practices in Family Planning. Financing Commodities and Services: Mobilizing Resources to Sustain Current and Future Family Planning Demand." Washington, D.C.: United States Agency for International Development.
- Vu A. and others, 2014. "The Prevalence of Sexual Violence among Female Refugees in Complex Humanitarian Emergencies: A Systematic Review and Meta-analysis". *PLoS Currents Disasters*. Website: <http://currents.plos.org/disasters/article/the-prevalence-of-sexual-violence-among-female-refugees-in-complex-humanitarian-emergencies-a-systematic-review-and-meta-analysis>. Accessed 5 March 2019.
- Wang, Feng and others, 2016. "The End of China's One-Child Policy." *Studies in Family Planning* 47(1): 83-86.
- Weerakoon, Bradman, 2002. "Broadening Partnerships." In *An Agenda for the People: The UNFPA through Three Decades*, Sadik, Nafis, ed. New York: New York University Press, pp. 95-112.
- WHO (World Health Organization), 2018. "Quality, Equity, Dignity: the Network to Improve Quality of Care for Maternal, Newborn and Child Health. Strategic Objectives." Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization), 2018a. "Towards a Global Action Plan for Healthy Lives and Well-being for All." Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization), 2009. "Mental Health Aspects of Women's Reproductive Health: A Global Review of the Literature." Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization) and UNFPA (United Nations Population Fund), 2011. "Strengthening Country Office Capacity to Support Sexual and Reproductive Health in the New Aid Environment: Report of a Technical Consultation Meeting: Wrap-Up Assessment of the 2008-2011 UNFPA-WHO Collaborative Project." WHO/RHR/11.29. Geneva: WHO and UNFPA.
- WHO (World Health Organization) and UNICEF (United Nations Children's Fund), 2018. "Declaration of Astana." Geneva: WHO and UNICEF.
- World Bank, 2012. "World Development Report 2012: Gender Equality and Development". Washington, D.C.: The World Bank.
- Wulf, Deirde, 1994. *Refugee Women and Reproductive Health Care: Reassessing Priorities*. New York: Women's Commission for Refugee Women and Children.

UNFPA - Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione, è un'organizzazione internazionale di sviluppo che promuove il diritto di ogni donna, uomo o bambina/o alla salute e all'uguaglianza di opportunità nella propria vita. UNFPA sostiene i paesi nell'utilizzo dei dati sulla popolazione per la definizione di politiche e programmi per ridurre la povertà, garantire che ogni gravidanza sia voluta, ogni nascita avvenga in condizioni di sicurezza, ogni giovane eviti il contagio con l'Hiv e Aids, e tutte le bambine e donne siano trattate con dignità e rispetto.

AIDOS - Associazione italiana donne per lo sviluppo ONLUS, è un'organizzazione non governativa creata a Roma nel 1981 che lavora per costruire, promuovere e difendere i diritti, la dignità e la libertà di scelta di donne e ragazze nel mondo. Una prospettiva di genere per uno sviluppo sostenibile.

[www.aidos.it](http://www.aidos.it)




**Garantire i diritti e la libertà di scelta  
per tutte le persone dal 1969**

**Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione**

605 Third Avenue  
New York, NY 10158  
+1 (212) 297-5000

[www.unfpa.org](http://www.unfpa.org)

 [@UNFPA](https://twitter.com/UNFPA)

**Associazione italiana donne  
per lo sviluppo ONLUS**

Via dei Giubbonari 30  
00186 - Roma  
tel. +39 06 687 3214/196  
[press@aidos.it](mailto:press@aidos.it)  
[www.aidos.it](http://www.aidos.it)

 Stampato su carta ecologica