UNFPA lo stato della popolazione nel mondo 2017

# MONDI A PARTE

## Salute e diritti riproduttivi nell'epoca della disuguaglianza

**Lo stato della popolazione nel mondo 2017**

La pubblicazione è stata realizzata sotto gli auspici della Divisione per la comunicazione e le partnership strategiche di UNFPA

**CAPOREDATTORE**
Arthur Erken, Director, UNFPA Division of Communications and Strategic Partnerships

**SUPERVISORE DI RICERCA SENIOR**
Raquel Fernández

**PRINCIPALI RICERCATORI E AUTORI DEI CAPITOLI**
Mercedes Mateo Diaz
Robert Engelman
Jeni Klugman
Gretchen Luchsinger
Elyse Shaw

**SUPERVISORE TECNICO UNFPA**
Howard Friedman

**TEAM EDITORIALE**
**Redattore:** Richard Kollodge
**Redattrice associata e responsabile della versione digitale:** Katheline Ruiz
**Sviluppatore digitale:** Hanno Ranck
**Pubblicazione, web design e produzione:** Prographics, Inc.

**© UNFPA 2017**

**RINGRAZIAMENTI**
Aluisio Barros, Janaina Costa, Inacio Silva e Cesar Victora dell'International Center for Equity in Health at the Federal dell'University of Pelotas Brazil hanno analizzato e creato gli equiplot con i dati che mostrano le correlazioni tra la disuguaglianza nella ricchezza e le disuguaglianze nella salute materna, neonatale e riproduttiva. David Alejandro Huertas Erazo e Zoe Colgin hanno dato assistenza nella ricerca.
Melanie Kruvelis, Mariam K. Chamberlain Fellow dell'Institute for Women's Policy Research, hanno dato assistenza nella ricerca e nella stesura. A.K. Shiva Kumar ha contribuito al rapporto.

Rachel Snow, capo del settore per la popolazione e lo sviluppo di UNFPA, e i sui colleghi, hanno dato un contributo sostanziale al contenuto, fornito commenti sulle bozze e guidato la ricerca. Il settore ha anche aggregato i dati regionali per gli indicatori di questo rapporto.

I dati per gli indicatori nel rapporto sono stati messi a disposizione dalla Divisione popolazione del Dipartimento delle Nazioni Unite per gli affari economici e sociali, l'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'educazione, la scienza e la cultura.

**MAPPE E DEFINIZIONI**
Le definizioni utilizzate e la presentazione dei dati negli schemi di questo rapporto non implicano in nessun modo l'espressione di qualsivoglia opinione da parte di UNFPA per quanto riguarda lo staus giuridico di ogni paese, territorio o area, né per quanto riguarda le autorità preposte o la definizione e delimitazione di confini e frontiere.

**Credit foto di copertina:** © Andrew McConnell/IRC/Panos Pictures
**Credit foto di quarta di copertina:** © Igor Alecsander/www.igoralecsander.com

UNFPA

Costruire un mondo in cui ogni gravidanza sia desiderata ogni parto sicuro e le potenzialità di ogni giovane siano realizzate

AIDOS

**Edizione italiana**

**Versione 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

# MONDI A PARTE

## Salute e diritti riproduttivi nell'epoca della disuguaglianza

UNFPA lo stato della popolazione nel mondo 2017

# LO STATO DELLA POPOLAZIONE NEL MONDO 2017


**PREMESSA**

pagina 4

**INTRODUZIONE**

Perché vogliamo un mondo più giusto

pagina 8

**1**

Disuguaglianza nella salute e nei diritti

pagina 16

**2**

Salute, diritti e disparità economica: l'intersezione della disuguaglianza nella vita delle donne

pagina 34

"Le difficoltà economiche sono solo una parte del problema".

**— Dr. Babatunde Osotimehin**

© Gianluca Colla

3
Il prezzo della disuguaglianza
pagina 60

4
Verso l'uguaglianza raggiungendo prima chi è più indietro
pagina 74

5
L'inclusione a portata di mano: azioni per un mondo più equo
pagina 92

EQUIPLOT E INDICATORI
pagina 104

© Frank Heuer/laif/Redux

*mentre poche famiglie privilegiate hanno un bilancio milionario...*

*...molte centinaia di milioni sopravvivono a fatica con meno di $1,25 al giorno.*

© Mark Tuschman

# PREMESSA

Nel mondo di oggi, la disparità nella ricchezza è aumentata in misura sconcertante. Miliardi di persone sono immobili in fondo alla scala economica vedendosi negare diritti umani e prospettive di miglioramento. Al vertice, risorse e privilegi si accumulano a velocità esponenziale allontanando sempre di più il pianeta da quella visione di uguaglianza rappresentata dalla Dichiarazione Universale dei Diritti Umani.

In questo momento la ricchezza congiunta dei 2.473 miliardari del mondo, secondo i calcoli di Wealth-X, supera i 7.700 miliardi di dollari. L'equivalente del prodotto interno lordo, nel 2015, di ben quattro quinti dei paesi del globo. Questo significa che, mentre alcune famiglie privilegiate gestiscono bilanci miliardari, centinaia di milioni di altre famiglie riescono a malapena a sopravvivere con meno di 1,25 dollari al giorno.

È una strada che insistiamo a percorrere a nostro rischio e pericolo. Il baratro spaventoso tra i più ricchi e i più poveri non è soltanto un'ingiustizia ma rappresenta un rischio per economie, comunità e paesi. Nel 2015, riconoscendo tale pericolo, i governi del mondo hanno convenuto che la via verso uno sviluppo sostenibile, nei prossimi 15 anni, dovrà basarsi su fondamenta di uguaglianza, inclusione e godimento universale dei diritti.

Spesso la disuguaglianza è intesa in termini di reddito e di ricchezza – la linea di demarcazione tra ricchi e poveri. Ma in realtà le disparità economiche non sono che una parte del problema. Molte altre dimensioni, sociali, etniche, politiche e istituzionali, si alimentano a vicenda precludendo, nel loro insieme, ogni speranza di progresso per chi vive ai margini.

Due aspetti tra i più cruciali sono la disuguaglianza di genere e le disparità nell'accesso alla salute e ai diritti sessuali e riproduttivi; questi ultimi in particolare continuano a ricevere un'attenzione inadeguata. Nessuno di questi due fattori basta da solo a giustificare l'intera misura della disuguaglianza nel mondo di oggi, ma entrambi ne sono componenti essenziali e richiedono un'azione molto più ampia. In assenza di ciò molte donne e bambine resteranno intrappolate in un circolo

© Mark Tuschman

© UNFPA/Nicolas Axelrod

vizioso di povertà, ridotte capacità produttive, diritti umani non fruiti e non rispettati, potenziale irrealizzato – soprattutto nei cosiddetti paesi in via di sviluppo, dove i divari sono più ampi.

La domanda inevasa di pianificazione familiare in aree del mondo, per esempio, è in generale maggiore tra le donne appartenenti al 20 per cento delle famiglie più indigenti. Non potendo accedere alla contraccezione, le più povere, soprattutto quelle meno istruite e residenti nelle zone rurali, sono maggiormente a rischio di gravidanza indesiderata, il che può comportare problemi per la salute e ripercussioni economiche per tutta la vita. Non avere il potere di decidere se, quando e a che distanza avere figli può condizionare e limitare l'istruzione, ritardare l'ingresso nel mercato del lavoro retribuito e ridurre i potenziali guadagni.

Rendere più ampiamente disponibili e accessibili informazioni e servizi porterà a migliori esiti per la salute riproduttiva. Ma questa non è che una parte della soluzione. Se non iniziamo ad affrontare le disuguaglianze strutturali e multidimensionali interne alle nostre società non

© Pep Bonet/NOOR

© UNFPA/Nicolas Axelrod

© Fernando Moleres/Panos Pictures

© Tommy Trenchard/Panos Pictures

raggiungeremo mai lo standard più elevato possibile di salute sessuale e riproduttiva per tutte e tutti, cioè quello individuato dai 179 governi che hanno sottoscritto il Programma d'Azione della Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo (ICPD) del 1994, che guida l'azione di UNFPA (Fondo per la popolazione delle Nazioni Unite). L'ICPD afferma che colmare le disparità che donne e bambine vivono nel campo del reddito, dell'istruzione, dell'occupazione e altri ancora dipenderà in gran parte dal metterle nella condizione di realizzare pienamente i loro diritti riproduttivi. Se gli obiettivi dell'ICPD – e della nuova Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile – saranno raggiunti, l'umanità potrà dire di essersi incamminata in direzione di un mondo più giusto, con economie più vivaci e inclusive. Ma soprattutto, ciò che è più importante, questo è il cammino verso la dignità umana per ogni singola donna o bambina in qualunque angolo del mondo.

**Dr. Babatunde Osotimehin**

Segretario Generale delle Nazioni Unite
e Direttore esecutivo di UNFPA, il Fondo
per la popolazione delle Nazioni Unite

© Trygve Bolstad/Panos Pictures

© Kadir Van Lohuizen/NOOR

# Lei è nata in una famiglia povera di una comunità agricola, in un paese povero.

*A differenza di suo fratello e dei parenti più benestanti che vivono in città, è destinata a essere lasciata indietro da un mondo che corre velocemente in avanti.*

*Crescendo, forse andrà a scuola ma probabilmente la frequenterà per un tempo più breve rispetto ai coetanei maschi. La sua scolarizzazione potrebbe interrompersi anzitempo perché si sposerà giovane o dovrà occuparsi dei fratelli minori. Prima dell'adolescenza saprà sbrigare le faccende domestiche e coltivare un campo, ma avrà ben poche competenze che possano aiutarla un giorno a entrare nel mercato del lavoro.*

*Se suo fratello può sperare di trasferirsi in città in cerca di un impiego dignitoso, è più probabile che lei rimanga a casa e che abbia figli prima di compiere vent'anni. Partorire troppo giovani è già rischioso, ma per lei i pericoli saranno moltiplicati perché la comunità in cui vive non dispone di servizi di qualità per la salute materna.*

*Guardando al futuro, dovrà aspettarsi che almeno parte delle disparità sofferte saranno trasmesse ai figli e soprattutto alle figlie.*

*Intrappolata in un'aggrovigliata rete di disuguaglianze, a un certo punto potrà forse intravvedere un mondo diverso, migliore ma al di là della sua portata. E forse si chiederà perché lei ha così poco e così poche opportunità di ottenere di più.*

INTRODUZIONE

# Perché vogliamo un mondo più giusto

© Abbie Trayler-Smith/Panos Pictures

## Diritti irrealizzati, disparità di prospettive

Oggi nessun paese – nemmeno quelli considerati più ricchi e sviluppati – può affermare di aver raggiunto l'inclusività, ovvero la condizione per cui tutte le persone hanno le stesse opportunità e tutele e godono appieno dei diritti umani. Tra questi ultimi, riconosciuti a livello internazionale come centrali per il benessere della persona, c'è il diritto alla salute sessuale e riproduttiva, sottoscritto da 179 governi con il Programma d'Azione della ICPD. In questo si afferma che i diritti e la dignità dei singoli – compresi quelli di donne e bambine, nonché l'accesso universale alla salute e ai diritti riproduttivi – sono indispensabili al raggiungimento di uno sviluppo sostenibile.

Tuttavia, molti sono i divari ancora da colmare per adempiere a tali impegni, tra i più urgenti la condizione di donne e bambine già emarginate da altre forme di esclusione – soprattutto la povertà. In molti paesi in via di sviluppo le donne povere, che appartengono cioè al 20 per cento che si colloca più in basso nella scala del reddito, soprattutto quelle che vivono nelle aree rurali, hanno probabilità molto minori di accedere ai contraccettivi e all'assistenza medica durante la gravidanza e il parto, rispetto alle donne urbanizzate e più ricche.

Tra le adolescenti, che devono affrontare ulteriori vulnerabilità a causa della giovane età, quelle provenienti da tale 20 per cento di famiglie più povere partoriscono, in percentuale, circa tre volte più spes-

In 34 paesi,
# IL DIVARIO DI REDDITO È AUMENTATO
tra il 2008 e il 2013

© Pep Bonet/NOOR

© Mark Tuschman

68 paesi presentavano
## MAGGIORI DIVARI DI GENERE
nel 2016 rispetto al 2015

so delle adolescenti nel 20 per cento di famiglie più ricche. Quelle che risiedono nelle zone rurali partoriscono due volte di più delle loro coetanee che abitano in città.

### I mille volti della disuguaglianza

La disuguaglianza è considerata soprattutto come una distribuzione squilibrata della ricchezza o del reddito. Si tratta tuttavia di un fenomeno più complesso, rafforzato da altre e diverse forme di disparità – tra sessi, tra etnie, tra residenti urbani o rurali. La disuguaglianza ha molti aspetti e ciascuno è un sintomo – nonché una causa – di qualche altra forma di disparità.

Queste disuguaglianze inoltre tendono ad alimentarsi a vicenda, intrappolando le persone in una spirale discendente di privazione e di potenziale umano sprecato. Anche se alcune possono contare su opportunità e capacità per interrompere questa pericolosa traiettoria, molte non godono delle une o delle altre – o di entrambe – in misura sufficiente.

Di recente il divario economico tra paesi ha iniziato a ridursi, anche se in molti è andato peggiorando. Nel periodo 2008-2013 il divario si è allargato in almeno 34 paesi, in cui il reddito del 60 per cento più ricco della popolazione è aumentato più rapidamente di quello del 40 per cento più povero.

Chi resta indietro perde terreno anche nell'accesso a servizi di qualità per la salute e a quelli essenziali che garantiscono i diritti umani e il benessere.

Un altro elemento di disuguaglianza che va peggiorando in alcune parti del mondo è legato alla questione di genere. Influenzando tutti gli ambiti dell'esistenza, il genere è in larga misura collegato alla disuguaglianza economica, sebbene entrino in gioco anche altri fattori come la disparità nell'accesso ai servizi per la salute sessuale e riproduttiva.

Il *World Economic Forum* ha approntato un indice del gap di genere che evidenzia le differenze tra uomini e donne nell'accesso a risorse e opportunità – per esempio nel reddito e nella partecipazione alla forza lavoro, nell'istruzione, nella salute e nell'*empowerment* politico. Dei 142 paesi coperti dall'indice del 2016, 68 presentavano divari maggiori rispetto all'anno precedente.

## La disuguaglianza nella salute e nei diritti sessuali e riproduttivi

L'esclusione, alimentata da fattori diversi che si rafforzano reciprocamente, può dar luogo a conseguenze profonde. Nella salute e nei diritti sessuali e riproduttivi, che ricevono un'attenzione parziale, ci sono ripercussioni sui singoli individui come su interi

© Michelle Siu/Redux

paesi. L'intreccio con altre forme di disuguaglianza comporta che una donna povera e poco istruita di una zona rurale, che non è in grado di prendere decisioni sulla gravidanza, difficilmente avrà un'istruzione di qualità o potrà inserirsi nel mercato del lavoro retribuito. Di conseguenza resterà probabilmente in condizioni di povertà ed emarginazione.

Quando milioni di donne lottano contro analoghe privazioni, i costi per le società e le economie nel loro complesso si moltiplicano a dismisura, si affievoliscono le prospettive di realizzare i diritti umani, di promuovere una società più stabile ed equa e un'economia più inclusiva e sostenibile.

Una strada alternativa – che affronti le disuguaglianze in tutte le loro dimensioni, può generare benefici significativi per la salute, sviluppo del capitale umano e sradicamento della povertà.

I paesi più poveri che hanno una popolazione giovane già numerosa o emergente e che riescono a ridurre i divari nell'accesso alla salute sessuale e riproduttiva e a promuovere l'uguaglianza di genere, hanno anche il potenziale per raccogliere e massimizzare il dividendo demografico, generato anche dall'avere una forza lavoro più numerosa, sana e produttiva e meno persone che dipendono da altri.

© Johan Ordonez/AFP/Getty Images

© Jacob Silberberg/Panos Pictures

## Impegni per il cambiamento

La legislazione internazionale riconosce un'ampia serie di diritti politici, economici, sociali, culturali e umani per gruppi di popolazione come le donne e le/i bambine/i, particolarmente vulnerabili all'esclusione. Da quando è stato sottoscritto il Programma d'Azione del 1994 in tanti si sono mobilitati per allargare l'accesso ai servizi di salute sessuale e riproduttiva in tutto il globo e in molti paesi i divari si sono ridotti. Nella maggior parte l'accessibilità è in miglioramento sia nelle aree urbane che in quelle rurali e nelle diverse fasce di reddito.

Ma le disparità non si riducono velocemente – per esempio, non abbastanza da rispondere alle ambiziose aspirazioni dell'Agenda 2030. Questa ultima sottoscritta da 193 nazioni rappresenta un programma globale per lo sviluppo sostenibile da raggiungere entro il 2030 e identifica nella povertà il peggior nemico del pianeta invitando tutti i paesi a liberare il mondo dalla sua "tirannide", senza lasciare indietro nessuno.

L'Agenda sottolinea a più riprese la necessità di improntare all'inclusione ogni società ed economia. Le misure collegate all'uguaglianza percorrono in modo trasversale tutti i 17 Obiettivi per lo Sviluppo sostenibile (meglio conosciuti come SDGs, dall'acronimo inglese – *Sustainable Development Goals*), compreso quello dell'assistenza sanitaria universale. Il quinto obiettivo punta a conseguire l'uguaglianza di genere. Il decimo è dedicato alla riduzione della disuguaglianza a livello nazionale e intra-nazionale. Tutti gli obiet-

tivi sono reciprocamente interdipendenti; il progresso nel suo insieme dipende dai progressi compiuti verso ciascuno dei diciassette traguardi.

## Interrompere la spirale discendente

Fermare la spirale discendente della disuguaglianza esigerà una visione che punti a società inclusive e alla condivisione della ricchezza, fondata sui principi dei diritti umani e sostenuta da risorse nuove e meglio orientate.

Tutte le azioni, sui vari fronti, dovranno combattere ogni forma di disuguaglianza – sociale ed economica, nelle sue conseguenze oltre che nelle cause alla radice – perché ciascuna di tali forme rischia di impedire la possibilità di liberazione delle persone e delle società.

Nell'ambito della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi, alcuni paesi indicano la via da percorrere – per esempio inserendo i servizi per la salute sessuale e riproduttiva nei più vasti obiettivi volti a conseguire l'accesso universale alla salute. Gli investimenti nella salute riproduttiva non soltanto possono tutelare i diritti riproduttivi di tutte e tutti, non solo dei più abbienti, ma portano vantaggi a intere società. Nella Repubblica di Corea, per esempio, gli investimenti nel settore sanitario, compresi i servizi di salute riproduttiva, abbinati a investimenti in quello dell'istruzione, hanno contribuito a un "miracolo" economico che ha aperto maggiori opportunità per tutta la popolazione.

Quella di costruire una società inclusiva è una scelta consapevole e conseguibile, che si realizza mediante misure politiche, amministrative e legislative, servizi e norme sociali. È urgente che tutti i paesi e l'intera comunità globale abbraccino fino in fondo tale scelta. Tutti abbiamo da guadagnare quando i diritti e la dignità della persona sono tutelati universalmente, senza eccezioni e senza trascurare nessuno.

© Mark Tuschman/ Planned Parenthood Global

@ Paolo Patruno

CAPITOLO 1

# Disuguaglianza nella salute e nei diritti

Un diritto universale è valido per chiunque, dovunque, a prescindere da reddito, etnia, luogo di residenza o qualsiasi altra caratteristica. Ma la realtà è che oggi, un po' ovunque nel cosiddetto mondo in via di sviluppo, i diritti riproduttivi sono ben lungi dall'essere universalmente garantiti e centinaia di milioni di donne ancora faticano a ottenere informazioni, servizi e strumenti per evitare una gravidanza o per partorire in condizioni di sicurezza.

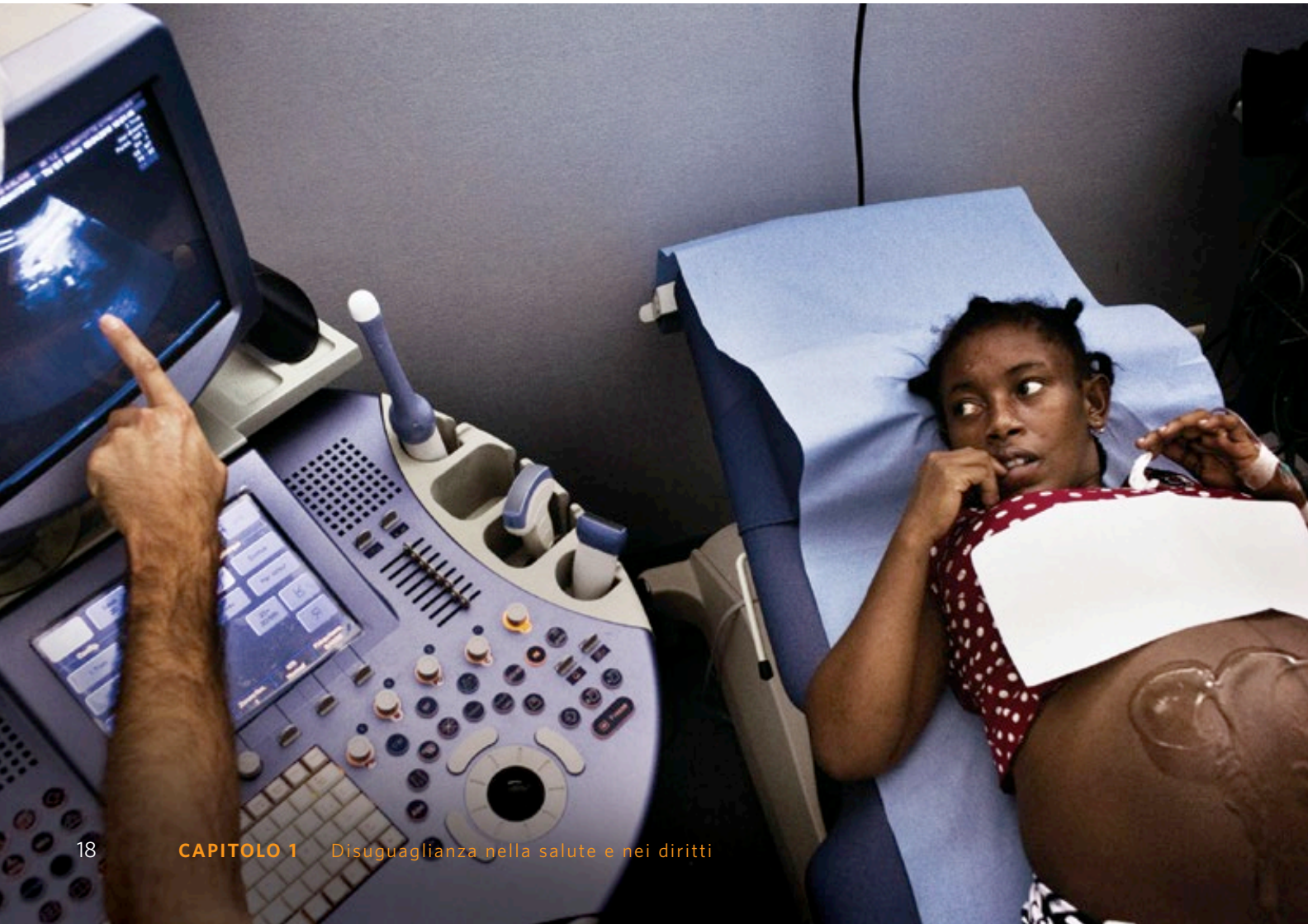
Che una donna sia o meno nella possibilità di esercitare i suoi diritti riproduttivi dipende anche dal luogo di residenza, se in città o in una zona rurale, dall'istruzione ricevuta e dal livello di ricchezza o di povertà.

Una donna istruita, in una famiglia benestante e che abita in città, per esempio, avrà molte probabilità di poter accedere alla gamma completa di opzioni contraccettive moderne; di poter decidere se, quando e quanti figli avere; e, se decide di avere dei figli, partorire in sicurezza, in ospedale o in clinica, con l'assistenza di personale specializzato.

Al contrario, una donna povera e poco istruita e che risiede in una regione rurale avrà probabilmente pochissime opzioni per prevenire una gravidanza, scarse possibilità di essere in perfetta salute e partorire con l'aiuto di personale qualificato. Cercando di esercitare i suoi diritti riproduttivi rischia di dover affrontare ostacoli sociali e istituzionali in cui probabilmente chi è istruita e urbanizzata non si è mai imbattuta o che può agevolmente superare.

Le disuguaglianze nella salute sessuale e riproduttiva sono in stretto rapporto con la disuguaglianza economica. Oggi nella maggior parte dei paesi in via di

© Francesco Zizola/NOOR



sviluppo l'accesso all'assistenza essenziale per la salute sessuale e riproduttiva è generalmente minimo per le famiglie che rientrano nel 20 per cento più povero e massimo tra il 20 per cento più ricco.

Gli studi condotti su demografia e salute disaggregati per uomini e donne, nei paesi in via di sviluppo e in alcuni dei paesi maggiormente industrializzati, hanno raccolto una grande mole di dati sull'accesso e sulle conseguenze per salute sessuale e riproduttiva. Tali dati mostrano livelli di disuguaglianza estremamente variabili anche laddove, come accade in alcuni casi, accesso ed esiti sono migliorati. Questo capitolo illustra lo *status quo* e le tendenze riguardanti le disparità di accesso ai servizi di salute sessuale e riproduttiva, nonché il loro rapporto di reciprocità con le disuguaglianze economiche.

## Soddisfare la domanda di contraccettivi: la disuguaglianza a due dimensioni

Uno dei criteri per valutare l'accessibilità dei servizi per la salute sessuale e riproduttiva è la misura in cui una donna che desideri usare un metodo contraccettivo moderno ha la possibilità di farlo. L'accesso ai servizi di pianificazione familiare è un elemento cardine non soltanto della salute riproduttiva ma anche dell'uguaglianza sociale ed economica: una gravidanza non desiderata limita le possibilità che le donne altrimenti avrebbero di migliorare il livello di istruzione, partecipazione civile e condizione economica.

L'uso di contraccettivi moderni da parte delle donne di età compresa tra i 15 e i 49 anni, sposate o conviventi, nella maggior parte dei paesi in via di

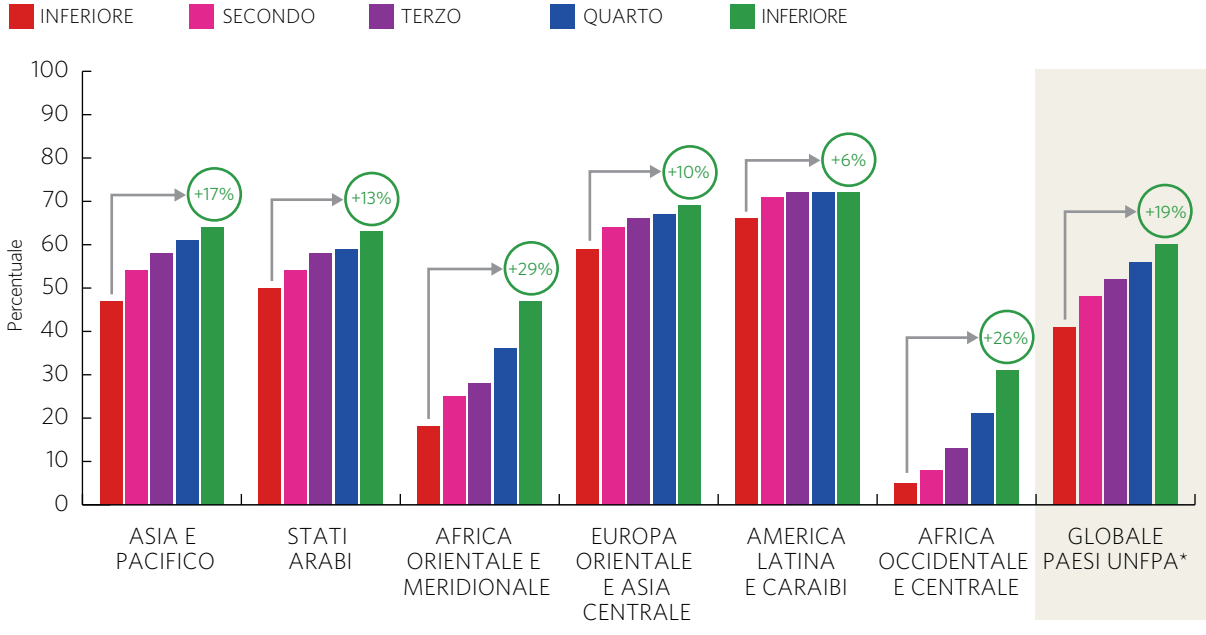
© Abbie Trayler-Smith/H4+/Panos Pictures

sviluppo dipende dalle fasce di reddito (Figura 1). I dati di questi paesi evidenziano che, nella maggioranza, la diffusione dei contraccettivi è più bassa tra le donne povere, rurali o meno istruite rispetto alle loro corrispettive più ricche, urbanizzate e con un livello di istruzione superiore (UNFPA, 2013b). Esistono, tuttavia, delle eccezioni laddove l'uso della pianificazione familiare è, in generale, più equo. In Bangladesh, Bhutan, Cambogia e Tailandia, per esempio, le percentuali di diffusione dei contraccettivi sono più alte tra il 20 per cento di popolazione più indigente che tra il 20 per cento più ricco. In queste e in diverse altre nazioni gli sforzi concertati per ampliare la copertura della pianificazione familiare hanno condotto a un accesso quasi universale alla contraccezione moderna, e a tassi quasi paritari di diffusione dei contraccettivi nell'intero spettro del livello di ricchezza – ovvero tra le famiglie più povere come tra le più ricche.

La diffusione dei contraccettivi varia anche in base al luogo di residenza. In tutto il mondo in via di sviluppo, la diffusione dei contraccettivi è maggiore nelle città rispetto alle zone rurali (Figura 2); i divari maggiori si registrano nell'Africa subsahariana.

Un'analisi dei dati sulla proporzione della domanda di pianificazione familiare soddisfatta con contraccettivi moderni evidenzia come le donne sposate o conviventi nei paesi meno sviluppati abbiano in assoluto minori possibilità di accedervi rispetto alle abitanti di altri paesi in via di sviluppo. E dimostra anche come,

FIGURA 1 **Percentuale di diffusione dei contraccettivi tra le donne nella fascia di età 15-49 sposate o conviventi, per regione e per quintile di ricchezza (dati più recenti disponibili)**




*Si riferisce alla media ponderata nei 155 paesi e territori in cui opera UNFPA.

***Nota:*** il grafico si basa sui dati più recenti disponibili.
***Fonte:*** UNFPA (2016b)

a prescindere dalla fascia di reddito a cui appartiene il paese, il 20 per cento (quintile) più ricco della popolazione del paese in questione gode in media del maggiore accesso, mentre il 20 per cento più povero ha minori probabilità di accedervi. Inoltre, le residenti nelle aree urbane riescono a soddisfare le proprie esigenze di contraccettivi moderni più spesso delle loro controparti nelle zone rurali.

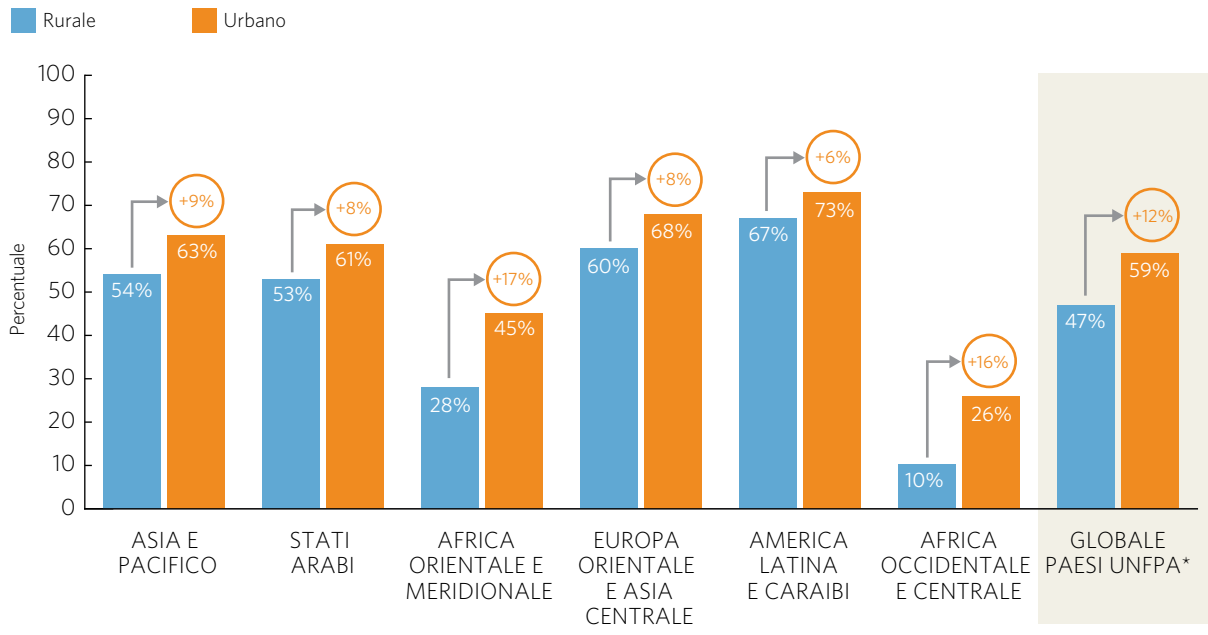
Le maggiori disuguaglianze in base alla ricchezza nell'evasione della domanda di pianificazione familiare si verificano in Africa centrale e occidentale, seguita dall'Africa orientale e meridionale. In Africa centrale e occidentale, in 13 nazioni su 20, le donne che fanno parte del 20 per cento di famiglie più ricche hanno il doppio delle probabilità di veder soddisfatte le proprie esigenze di contraccezione rispetto alle donne del 20 per cento più povero.

Le disuguaglianze in base alla ricchezza sono meno evidenti in Asia e regioni del Pacifico, Europa orientale e Asia centrale, e anche in America Latina e Caraibi.

Molti paesi in via di sviluppo hanno migliorato la loro capacità di fornire contraccettivi moderni alle donne che vogliono evitare o rimandare le gravidanze e di ridurre la disuguaglianza causata dalla ricchezza nella soddisfazione di tale domanda (Figura 4).

Ciascun punto nella Figura 4, e nelle figure simili di questo capitolo, rappresenta uno Stato. La sua posizione sull'asse *x* indica il cambiamento medio annuo nel gap (la differenza) tra la percentuale di domanda di pianificazione familiare soddisfatta (per le donne

FIGURA 2 **Percentuale di diffusione dei contraccettivi tra le donne nella fascia di età 15-49 sposate o conviventi, per luogo di residenza (dati più recenti disponibili)**



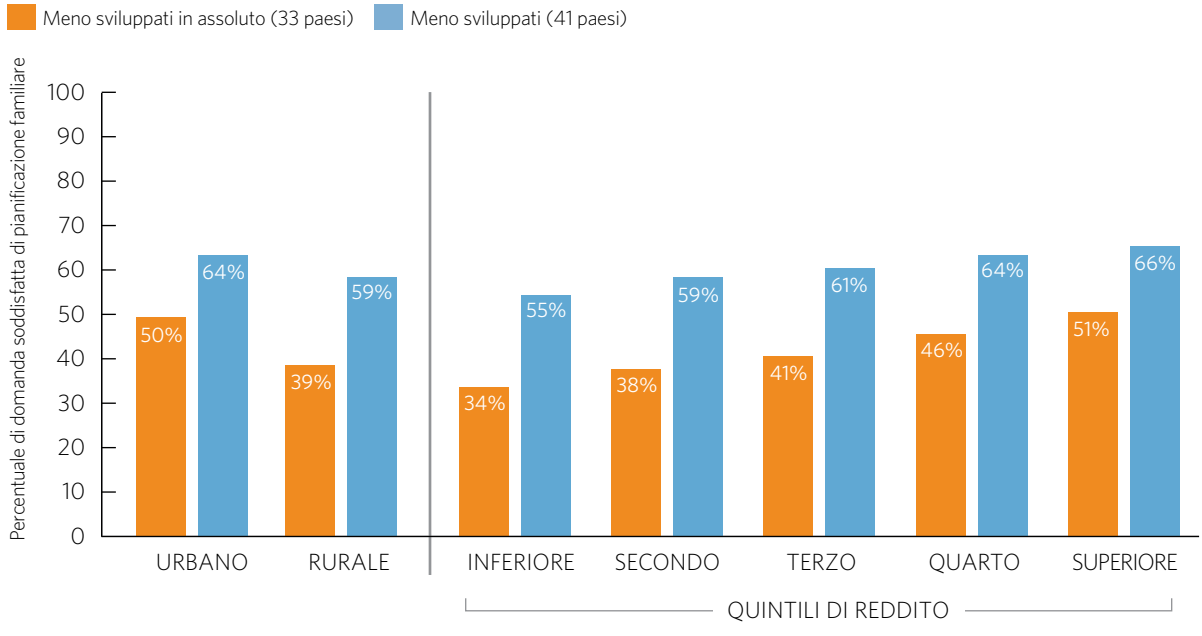

*Si riferisce alla media ponderata nei 155 paesi e territori in cui opera UNFPA.

***Nota:*** il grafico si basa sui dati più recenti disponibili.
***Fonte:*** UNFPA (2016b)

© Mark Tuschman

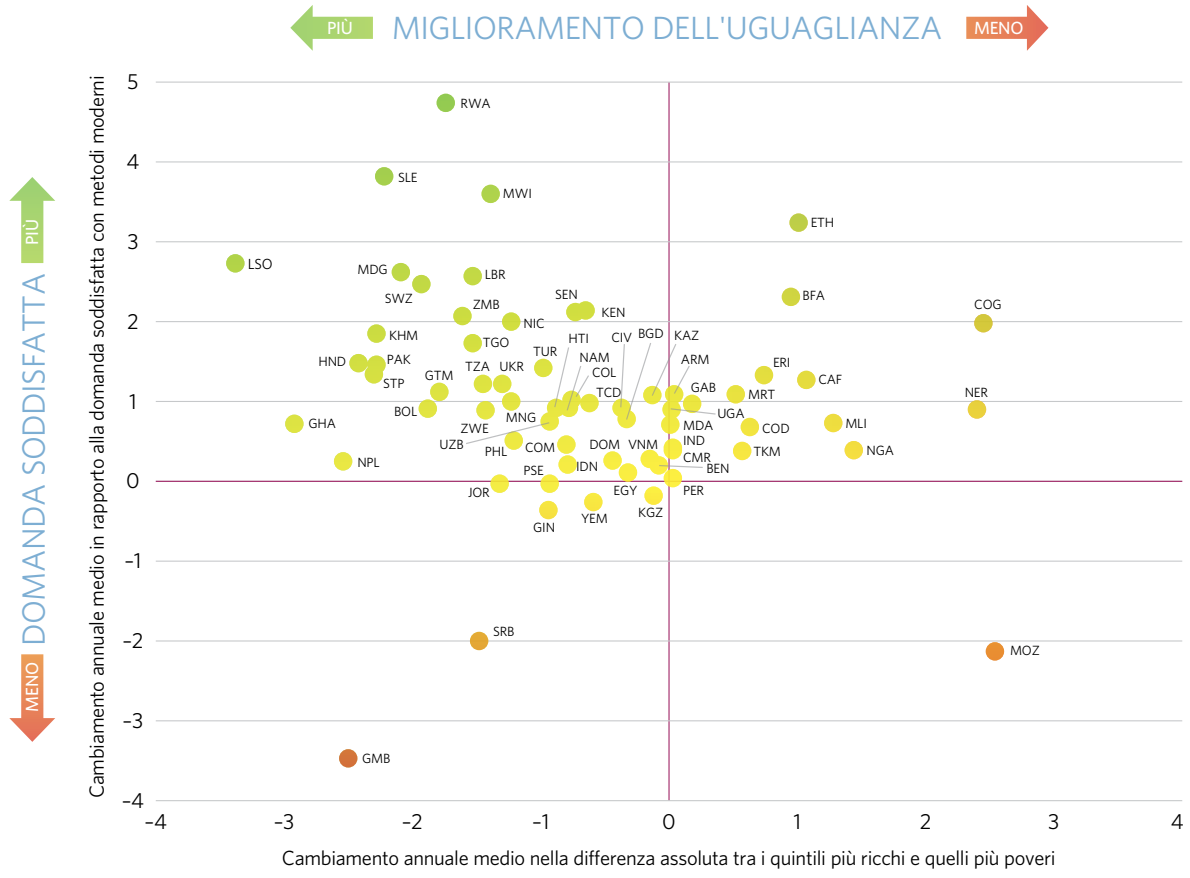
© Jonathan Torgovnik/Getty Images Reportage

FIGURA 3 **Percentuale della domanda di pianificazione familiare soddisfatta mediante metodi contraccettivi moderni, suddivisi per livello di sviluppo nazionale, luogo di residenza e quintile di ricchezza.**



e adolescenti sposate o conviventi) con metodi contraccettivi moderni nel quintile più ricco di un paese e quella soddisfatta nel quintile più povero. Quindi, quanto più a sinistra si colloca un paese, tanto più rapidamente è riuscito a ridurre la disuguaglianza assoluta. La posizione dello Stato sull'asse *y* misura il cambiamento medio nella percentuale di donne le cui esigenze di pianificazione familiare sono soddisfatte con metodi contraccettivi moderni. Perciò quanto più in alto, rispetto alla linea dello zero, si posiziona, tanto più rapido è stato l'incremento della copertura; quanto più in basso si trova, tanto più è diminuita la soddisfazione delle esigenze di pianificazione familiare. Adottando il punto di vista dei quadranti del grafico, si nota che la maggior parte degli Stati si colloca nel quadrante superiore sinistro, dove la domanda soddisfatta è aumentata nel corso del tempo, mentre la disuguaglianza è diminuita. Con le migliori prestazioni abbiamo il Ruanda e la Sierra Leone, situate all'estremità superiore sinistra del riquadro. Il secondo quadrante più popolato è quello in alto a destra, dove sono andate crescendo sia la soddisfazione della domanda, sia le

FIGURA 4 **Cambiamento annuo nella percentuale di soddisfazione della domanda di pianificazione familiare con metodi contraccettivi moderni, e nella differenza tra i quintili più ricchi e quelli più poveri**




Le abbreviazioni dei paesi e dei territori sono elencati a pagina 104

disuguaglianze. L'Etiopia, per esempio, ha conseguito un incremento nella soddisfazione della domanda ma la differenza tra i quintili più poveri e quelli più ricchi è aumentata a sua volta di un punto percentuale annuo. I dati dei singoli paesi sono relativi ad anni diversi ma in generale compresi nell'ultimo decennio.

Alcuni Stati hanno compiuto maggiori progressi nella riduzione delle disuguaglianze nell'accesso alla contraccezione, mentre altri hanno migliorato l'espansione della copertura dei servizi contraccettivi. Alcuni sono riusciti a progredire in entrambi i settori.

Nella Figura 5 ciascun punto, come una pallina in un abaco, rappresenta uno dei cinque quintili di ricchezza posizionato in base alla percentuale di domanda soddisfatta con contraccettivi moderni. Ogni riduzione della disuguaglianza, nell'arco di tempo dato, è indicata dal ravvicinamento di due punti. Uno spostamento complessivo verso destra significa che si è registrato un miglioramento complessivo nella distribuzione di contraccettivi moderni.

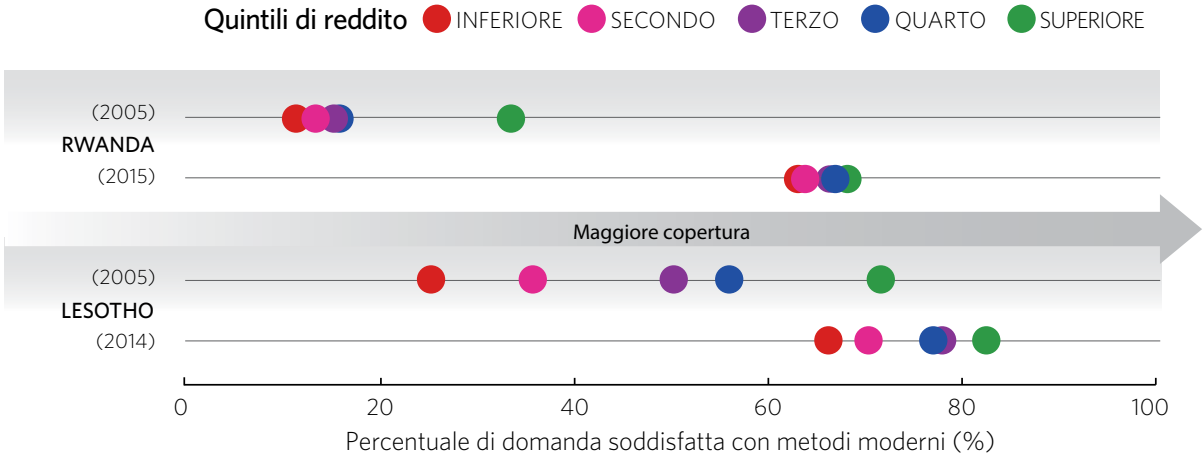
La Figura 5 mostra i due paesi che in un decennio hanno compiuto i maggiori progressi nella riduzione della disuguaglianza relativa alla soddisfazione della domanda di contraccezione moderna in tutti i quintili di ricchezza (Lesotho) e nell'incremento della copertura dei contraccettivi (Ruanda)

Tra il 2005 e il 2015 il Ruanda ha trasformato sia l'accesso, sia l'uguaglianza. In particolare è da sottolineare la posizione relativamente avanzata del quintile più ricco rispetto a tutti gli altri nel 2005, anche se meno del 40 per cento delle esigenze di pianificazione familiare veniva soddisfatta, nello stesso quintile, con contraccettivi moderni. Un decennio dopo i divari tra i cinque quintili sono praticamente stati colmati, con una percentuale di accesso che sfiora il 70 per cento.

## Le donne più povere hanno meno accesso all'assistenza prenatale

L'assistenza prenatale contribuisce a garantire le migliori condizioni di salute di madre e feto. Costituisce, inoltre, la base per il miglioramento delle condizioni e dell'educazione in ambito sanitario, consente il monitoraggio e la diagnosi dei rischi, può aiutare a prevenire o a gestire le patologie collegate alla gravidanza.

FIGURA 5 Percentuale di domanda di pianificazione familiare soddisfatta con contraccettivi moderni in Ruanda e in Lesotho, per quintili di ricchezza, 2005 e 2015 (Ruanda) o 2014 (Lesotho)



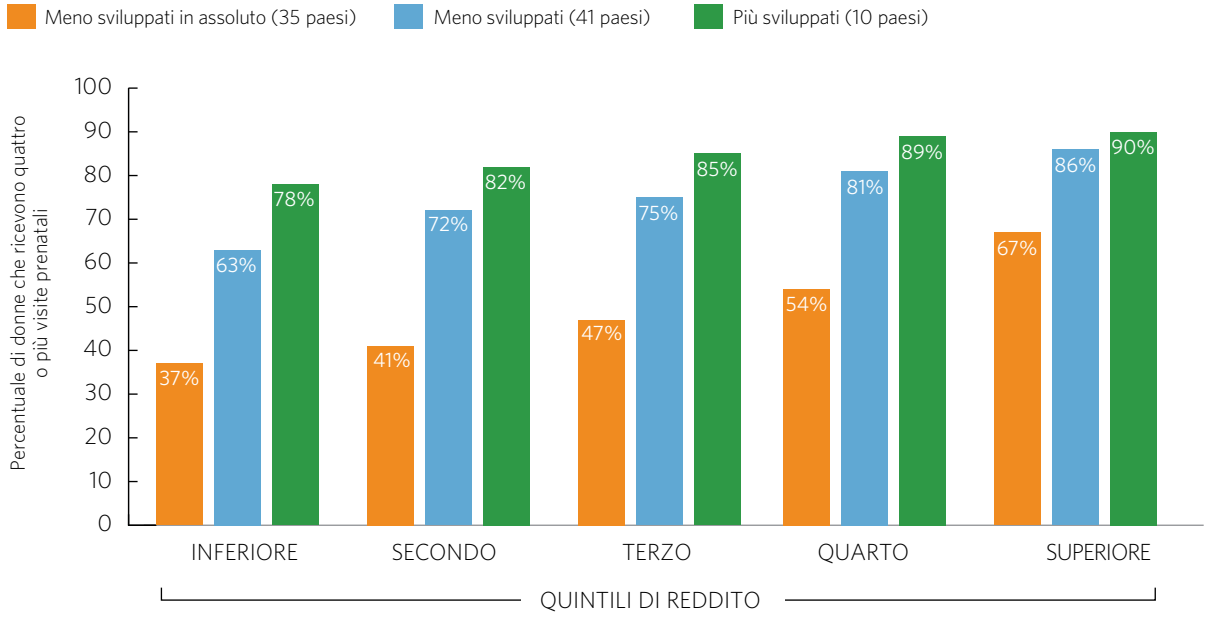
Quattro visite prenatali effettuate da un operatore sanitario qualificato erano considerate, fino al novembre 2016, il minimo indispensabile per una gravidanza sana e sicura. Le donne che appartengono al 20 per cento di famiglie più povere fanno registrare l'accesso più basso all'assistenza prenatale, rispetto agli altri quintili di ricchezza.

Benché l'accesso all'assistenza prenatale sia in aumento in tutto il mondo, le donne dei paesi in via di sviluppo, soprattutto nell'Africa subsahariana e nell'Asia meridionale, di norma accedono a meno di quattro visite prenatali. La situazione peggiora ulteriormente nelle regioni rurali, dove i costi dei lunghi tragitti da percorrere per ricevere assistenza medica possono rivelarsi proibitivi.

La disuguaglianza nell'assistenza prenatale, in ragione della ricchezza, è maggiore nei 48 paesi meno sviluppati in assoluto; negli Stati con una bassissima copertura complessiva di assistenza prenatale si riscontrano spesso le maggiori disparità nell'accesso a tali servizi (Figura 6). Per esempio, in Afghanistan, Etiopia e Yemen – dove meno del 25 per cento di donne si sottopongono ad almeno quattro visite prenatali – le residenti nelle aree urbane hanno, rispetto alle donne che vivono in un contesto agricolo, almeno 2,5 volte più probabilità di ricevere il numero minimo raccomandato di visite. La disuguaglianza in base al luogo di residenza è meno marcata in America Latina e Caraibi. Nella Repubblica Dominicana e in Guatemala, Perù, Guyana e Honduras, per esempio, la percentuale di donne che ricevono quattro o più visite di assistenza prenatale è simile nelle aree urbane come in quelle rurali.

A livello globale le donne nelle famiglie che appartengono al 40 per cento più ricco sono quelle che hanno maggiori probabilità di sottoporsi ad almeno quattro visite prenatali (Figura 6). In Ciad, Etiopia e Pakistan, per esempio, le donne del 20 per cento di famiglie più ricche hanno una probabilità quattro volte maggiore di ricevere almeno quattro visite prenatali rispetto a quelle del 20 per cento più povero.

FIGURA 6 **Percentuali di donne che ricevono quattro o più visite prenatali, suddivise per livello di sviluppo e quintile di ricchezza**



Tuttavia la maggior parte dei paesi per i quali disponiamo di dati ha incrementato l'accesso alle visite prenatali e diminuito la disuguaglianza in base alla ricchezza. Nella Figura 7 i punti nel quadrante in alto a sinistra rappresentano i miglioramenti da entrambi i punti di vista, dell'accesso e dell'uguaglianza.

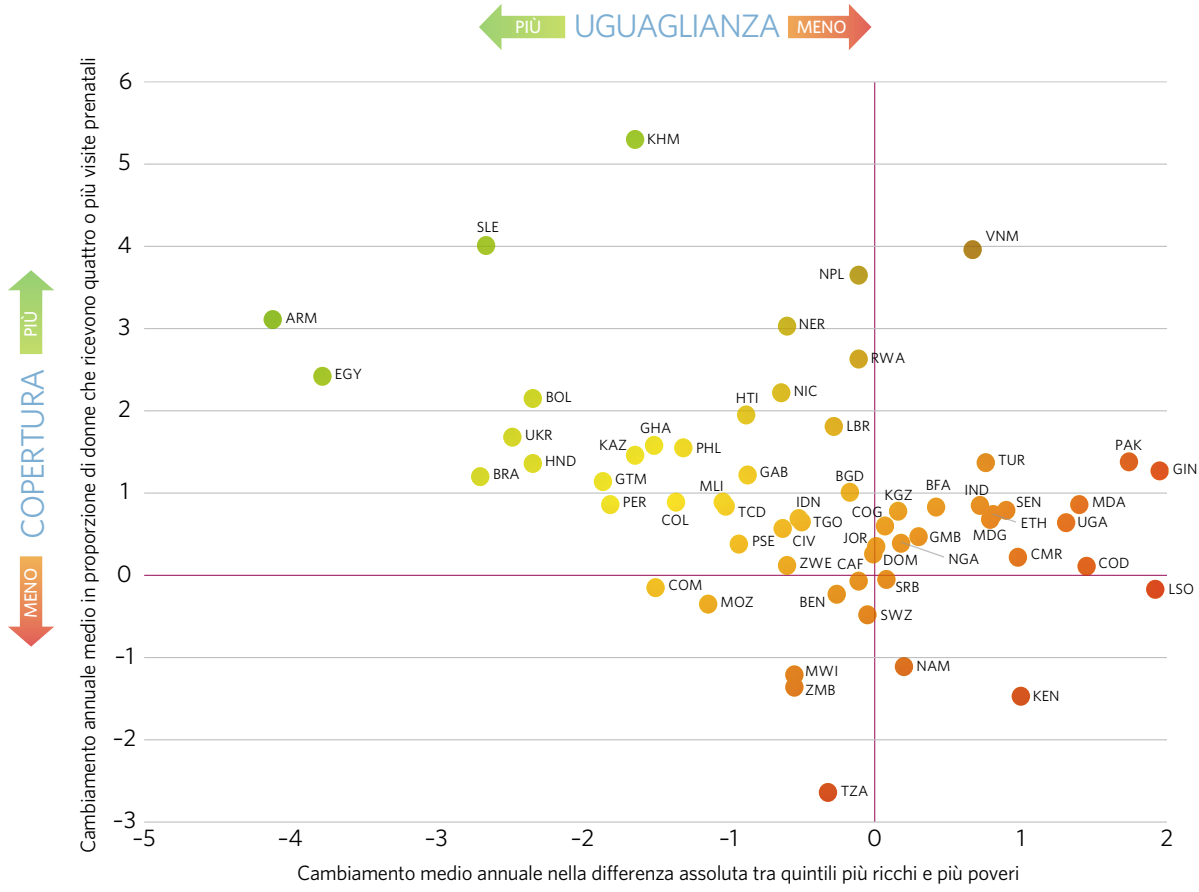
Tra gli Stati compresi nell'analisi, la Cambogia è quello che ha compiuto i maggiori progressi nel garantire alle donne incinte un congruo numero di visite effettuate da personale medico: nel 2014 presenta infatti una copertura per il quintile più povero che è superiore a quella di cui godeva il quintile più ricco nel 2005 (Figura 8). Anche la parità di accesso tra i quintili ricchi è migliorata, ma in misura modesta.

Tra tutti i paesi studiati, l'Armenia ha compiuto i maggiori passi avanti nella parità di accesso alle visite prenatali. Non solo nel periodo 2000-2010 tutti i quintili sono cresciuti rispetto alle posizioni precedenti, ma nel 2010 le donne di tutti i quintili godevano di una percentuale di accesso pressoché identica – quasi il 100 per cento.

## Le donne più povere hanno maggiori probabilità di partorire da sole

I parti assistiti da personale qualificato, come levatrici/ostetriche, sono un segnale dell'accessibilità ai ser-

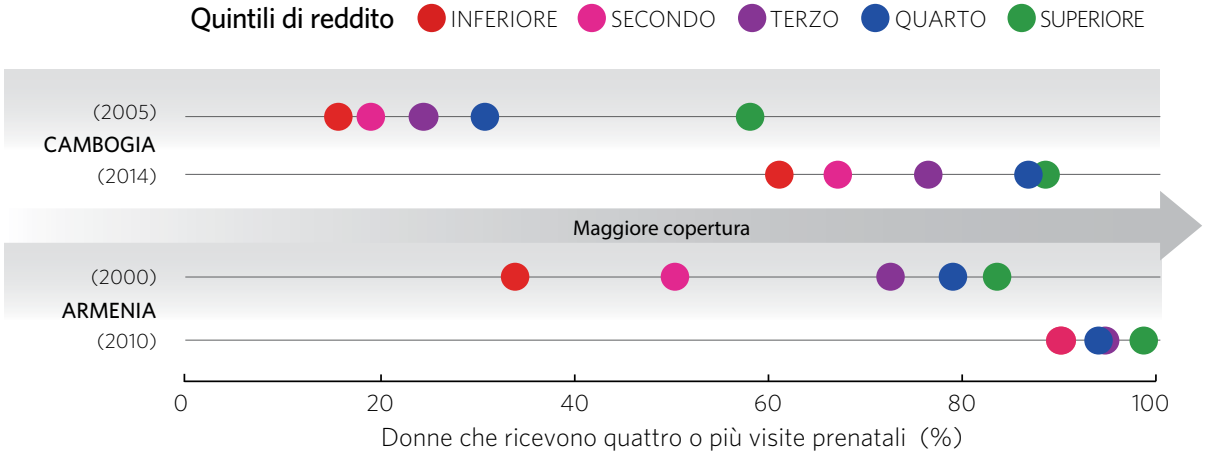
FIGURA 7 Cambiamento annuo nella percentuale di donne che ricevono quattro o più visite prenatali, e nella differenza tra i quintili più ricchi e quelli più poveri




Le abbreviazioni dei paesi e dei territori sono elencati a pagina 104

© UNFPA/Nicolas Axelrod

FIGURA 8 Percentuale di donne che hanno ricevuto quattro o più visite prenatali in Cambogia e in Armenia, per quintili di ricchezza, nel 2005 e nel 2014 (Cambogia) o nel 2000 e 2010 (Armenia)



Nei paesi in via di sviluppo il

**20% DI DONNE**

più povere hanno più probabilità di

**PARTORIRE SENZA ASSISTENZA**

rispetto alle donne del 20% più ricco



© Noriko Hayashi/Panos Pictures

vizi per la salute riproduttiva e rispondono alla raccomandazione dell'OMS per tutti i parti.

Il ricorso a personale qualificato per il parto è in stretta correlazione con tassi inferiori di mortalità materna e con la riduzione della mortalità neonatale (Snow et al., 2015).

Come per altri indicatori della salute riproduttiva, l'assistenza professionale al parto è quasi universale nei paesi maggiormente industrializzati e meno diffusa nei paesi in assoluto meno sviluppati (Figura 9).

Un rapporto di *Wang et al.* (2011) cita la relazione fortemente positiva tra ricchezza della famiglia e assistenza qualificata al parto. Nei paesi in via di sviluppo, le donne appartenenti al 20 per cento più povero hanno probabilità molto maggiori di partorire da sole rispetto a quelle del quintile più ricco.

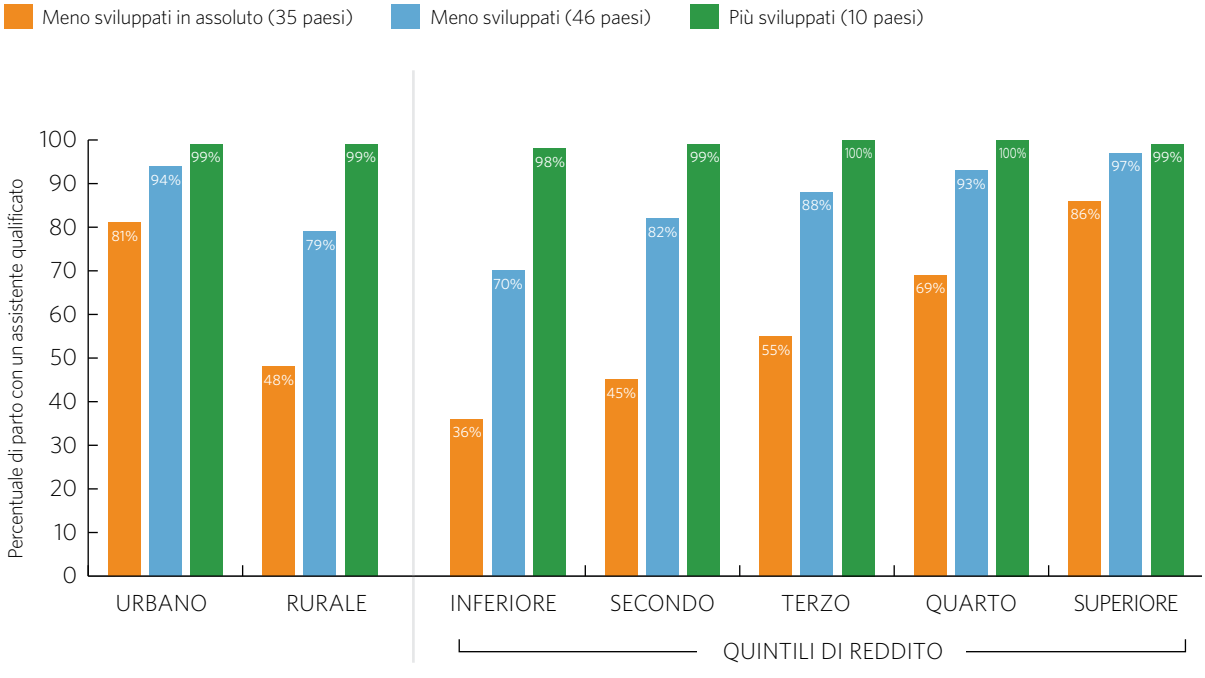
La maggiore disuguaglianza basata sulla ricchezza nel ricorso al parto professionalmente assistito si riscontra in Africa Centrale e Occidentale, seguita da Asia e regioni del Pacifico e Africa Orientale e Meridionale. In 14 su 20 Stati dell'Africa Centrale e Occidentale il ricorso a personale qualificato per il parto tra le donne di famiglie che appartengono al 20 per cento più ricco è doppio rispetto a quello delle donne nel 20 per cento più povero.

In Afghanistan, Bangladesh, Camerun, Guinea, Niger e Nigeria, il ricorso all'assistenza qualificata è molto basso, meno del 20 per cento, tra le donne più povere, mentre tra le più ricche raggiunge il 70 per cento.

I punti nel quadrante in alto a sinistra della Figura 10 rappresentano i paesi che negli ultimi anni hanno compiuto progressi tanto nella copertura dei parti professionalmente assistiti come nell'uguaglianza.

Tra i paesi compresi in questa analisi, la Repubblica del Congo ha fatto registrare il miglioramento di gran lunga più corposo nella copertura dei parti con assistenza qualificata, anche se nel periodo compreso tra il 2005 e il 2011 l'uguaglianza di tale copertura in base ai

FIGURA 9 Percentuale di parti con assistenza professionale, per categoria di sviluppo, luogo di residenza e quintile di ricchezza



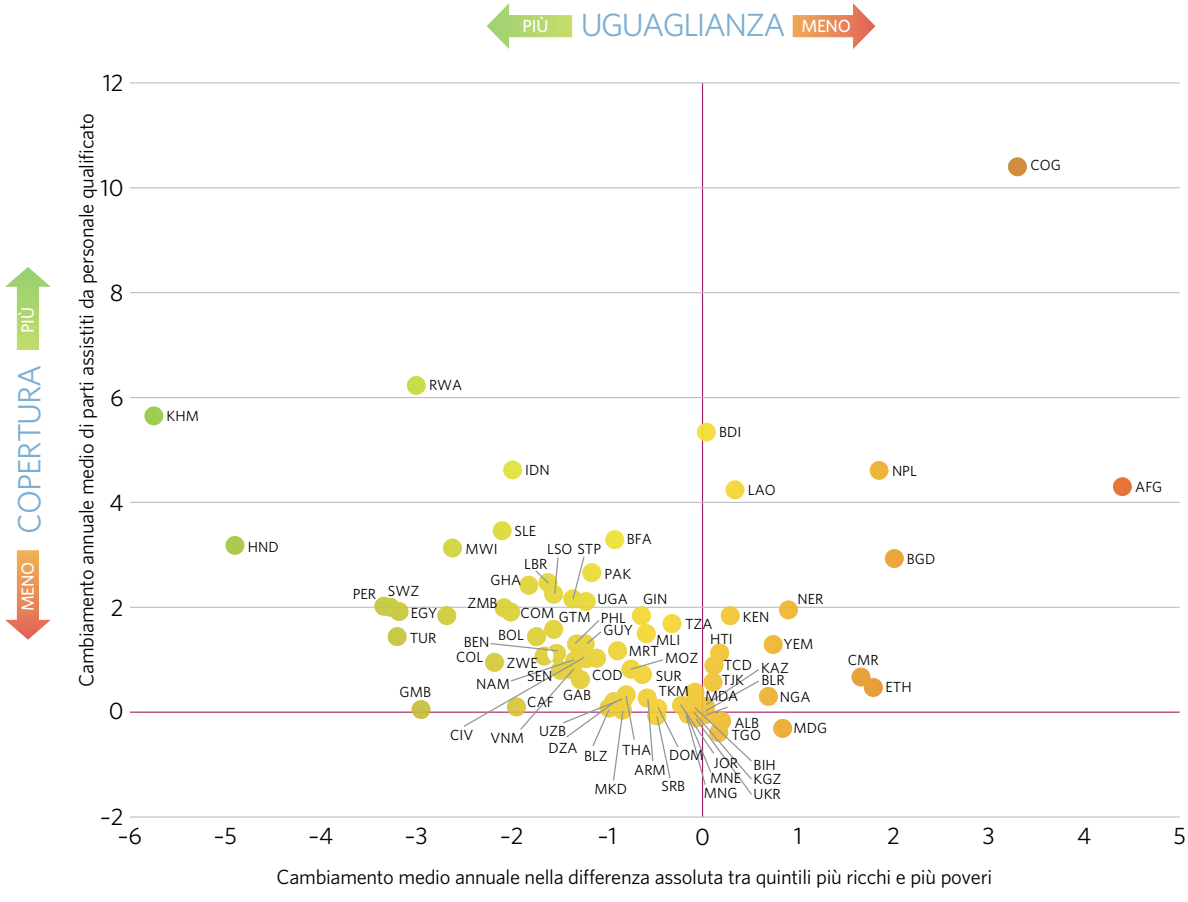
quintili di ricchezza è diminuita (Figura 11). Nel 2011, tra le donne del quintile più povero si è verificata una percentuale di assistenza professionale al parto superiore a quella del quintile più ricco appena sei anni prima. Tuttavia, sempre nel 2011, nonostante i miglioramenti rispetto all'anno precedente, le donne del quintile più povero avevano accesso all'assistenza professionale durante il parto in misura significativamente inferiore rispetto a quelle di tutti gli altri quintili.

La Cambogia, per contro, nel periodo compreso tra gli ultimi due sondaggi (2006 e 2014) ha fatto registrare un miglioramento meno importante nell'accesso all'assistenza professionale durante il parto, ma il miglior progresso in assoluto nella disuguaglianza di accesso (Figura 11).

## Disparità nella salute materna e nella sopravvivenza neonatale

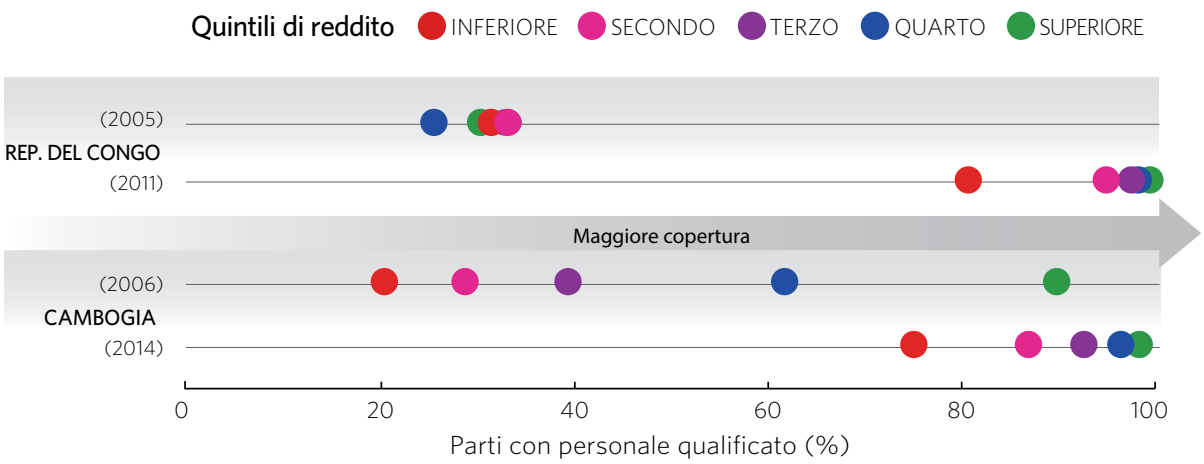
Uno dei principali indicatori dell'accessibilità e dell'uguaglianza nell'ambito dell'accesso alla salute sessuale e riproduttiva è la percentuale di neonati che sopravvive oltre i primi mesi di vita. La mortalità neonatale è un segno di cattiva salute materna e di un'insufficiente assistenza medica ricevuta dalle madri durante gra-

FIGURA 10 Cambiamento annuo nella percentuale di parti con assistenza professionale, e nella differenza tra i quintili più ricchi e quelli più poveri




Le abbreviazioni dei paesi e dei territori sono elencati a pagina 104

FIGURA 11 Percentuale di parti con assistenza professionale nella Repubblica del Congo e in Cambogia, per quintile di ricchezza, negli anni 2005 e 2011 (Repubblica del Congo), e 2006 e 2014 (Cambogia)



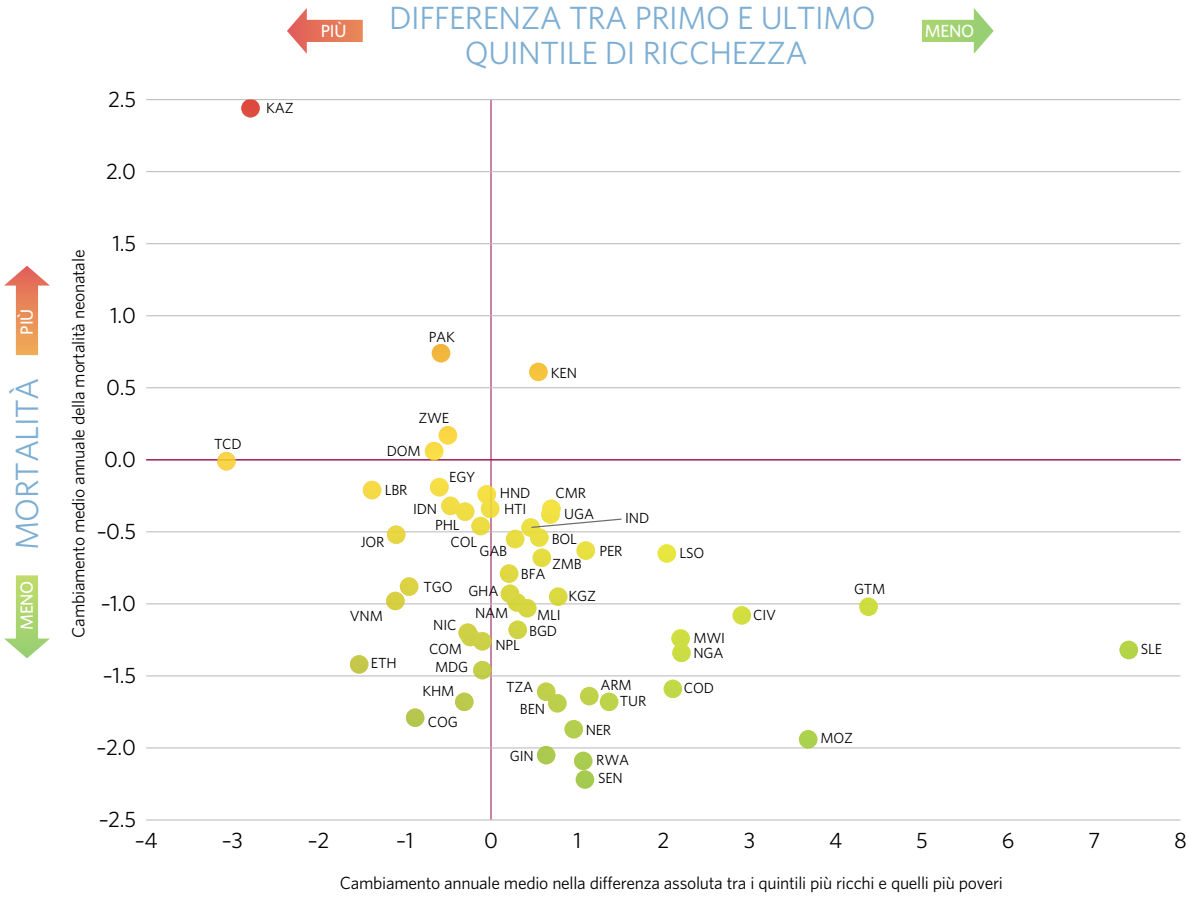

© Lynsey Addario for Time Magazine/UNFPA

vidanza e parto. I tassi di mortalità neonatale variano a seconda che madre e neonato si trovino in aree urbane o rurali, e che appartengano al 20 per cento più povero, o al 20 per cento più ricco della popolazione.

Nel complesso la mortalità neonatale è in calo in tutti gli Stati, con pochissime eccezioni. La disuguaglianza in ragione dei quintili di ricchezza è invece quasi ovunque in aumento. Nella Figura 12 i punti che si trovano al di sotto della riga orizzontale al centro hanno progredito, nei sondaggi più recenti, verso una maggior sopravvivenza dei neonati oltre i primi mesi. Quelli che si trovano a destra della linea centrale verticale hanno fatto registrare uno spostamento verso una maggiore disuguaglianza nelle percentuali di sopravvivenza dei neonati – il che significa che la differenza nel tasso di sopravvivenza tra i quintili più ricchi e quelli più poveri è andata aumentando negli ultimi anni.

Tra gli Stati compresi nel grafico, il Senegal evidenzia la massima riduzione complessiva della mortalità neonatale ottenuta recentemente nell'arco di un decennio, con un modesto cambiamento nella differenza tra i quintili più ricchi e quelli più poveri su questo indicatore (Figura 13). La mortalità neonatale nel Ciad, al contrario, è cambiata ben poco tra il 1996 e il 2004. Nondimeno, l'incidenza della mortalità neo-

FIGURA 12 **Cambiamento annuo nel tasso di mortalità neonatale, e nella differenza tra i quintili più ricchi e quelli più poveri**




Le abbreviazioni dei paesi e dei territori sono elencati a pagina 104

natale affliggeva le famiglie di tutti i quintili in modo un po' più equo.

## Verso l'uguaglianza nella salute e nei diritti riproduttivi

Nei paesi in via di sviluppo, la ridotta accessibilità dei servizi per la salute sessuale e riproduttiva, con gli esiti negativi per la salute che ne conseguono, è in stretta correlazione con la povertà.

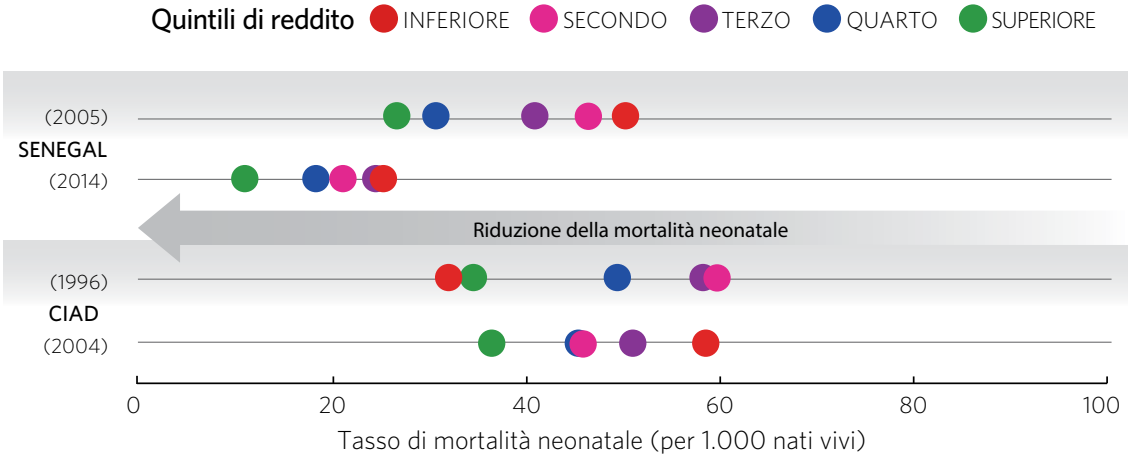
Le donne del 20 per cento di famiglie più povere rischiano di non poter accedere, o di avere un accesso limitato, ai servizi per la salute sessuale e riproduttiva, compresi quelli per la contraccezione, il che conduce a gravidanze indesiderate, maggior rischio di morbilità o di morte come conseguenza della gravidanza o del parto e alla necessità di partorire da sole, senza l'assistenza di un medico, di un'infermiera o di una levatrice/ostetrica. In conseguenza della scarsa salute sessuale e riproduttiva, spesso per queste donne povere le opportunità sono negate, il loro potenziale si riduce e la loro posizione in fondo alla scala economica si consolida.

Le donne del 20 per cento di famiglie più ricche di norma accedono più facilmente all'assistenza e ai servizi che consentono loro di esercitare i diritti riproduttivi. I servizi a disposizione di queste donne possono aiutarle a dischiudere nuove opportunità per conseguire un livello d'istruzione superiore, per entrare o rimanere nel mondo del lavoro e per realizzare completamente il loro potenziale. Tali opportunità rafforzano o potenziano la loro posizione economica e sociale all'interno delle comunità o dei paesi in cui vivono.

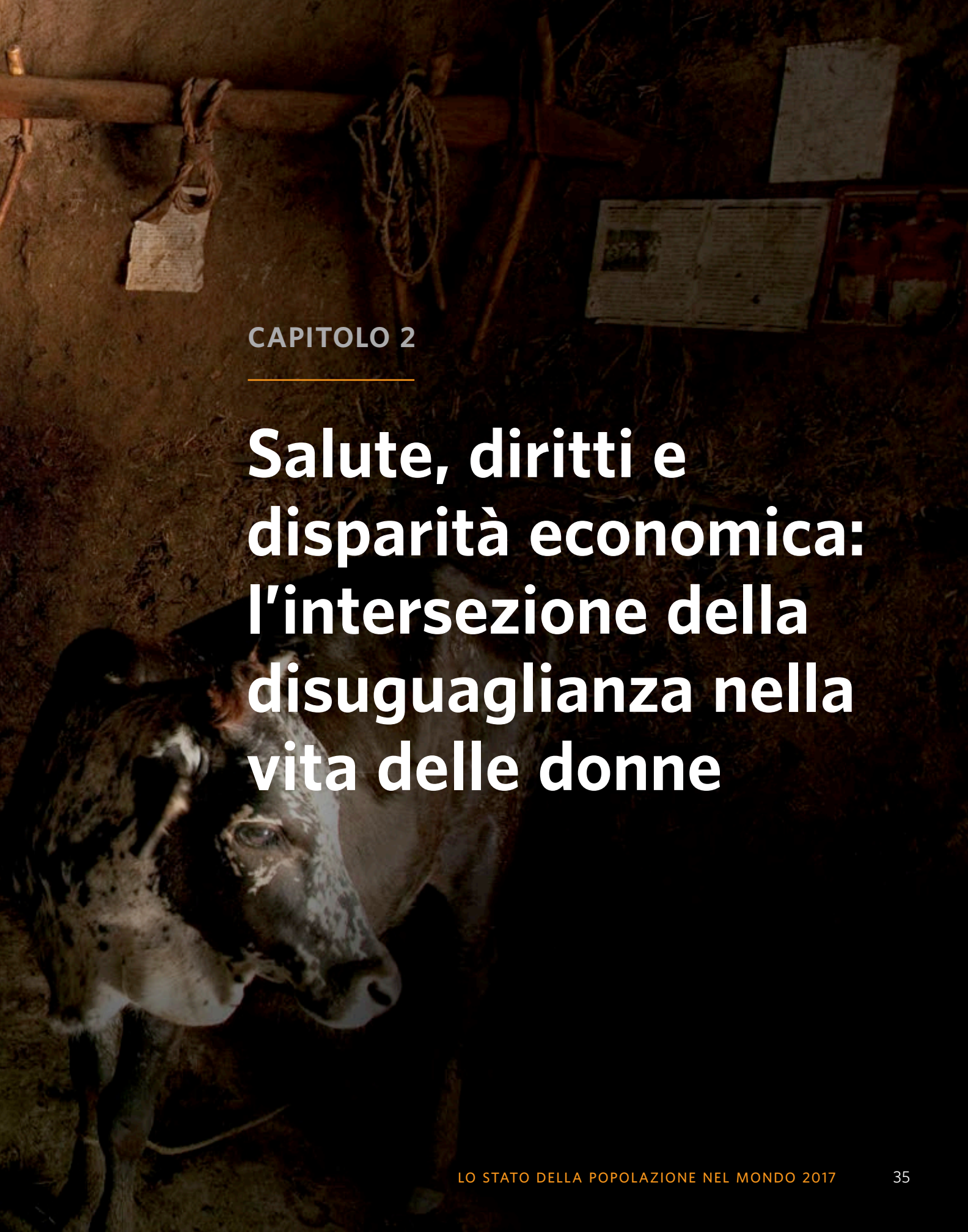
Sebbene ovunque l'accesso ai servizi e le ripercussioni sulla salute riproduttiva sono strettamente correlati con la posizione della donna nella scala della ricchezza, esistono numerosi altri fattori sociali, istituzionali, politici, geografici ed economici che svolgono un ruolo importante. Le disuguaglianze nella salute riproduttiva sono profondamente influenzate dalla qualità e dalla disponibilità dei sistemi sanitari, nonché dalla disuguaglianza di genere: tutti elementi che spesso producono conseguenze profonde sulla capacità di controllo che la donna può esercitare sulla propria salute sessuale e riproduttiva.

Superare questi ostacoli e affrontare la disuguaglianza di genere è di importanza cruciale per progredire nel ridurre le disparità di accesso alla salute sessuale e riproduttiva e può contribuire a ridurre le disuguaglianze economiche.

FIGURA 13 Tasso di mortalità neonatale in Senegal e Ciad, per quintile di ricchezza, 2005 e 2014 (Senegal), e 1996 e 2004 (Ciad)



© Mark Tuschman



CAPITOLO 2

# Salute, diritti e disparità economica: l'intersezione della disuguaglianza nella vita delle donne

Per ogni donna, la possibilità o meno di godere dei diritti riproduttivi condiziona la possibilità di realizzare fino in fondo il suo potenziale e di cogliere tutte le opportunità di migliorare l' istruzione o trovare lavoro. Quando le possibilità di accesso alla salute sessuale e riproduttiva sono limitate, anche le opportunità nella vita in generale rischiano di ridursi.

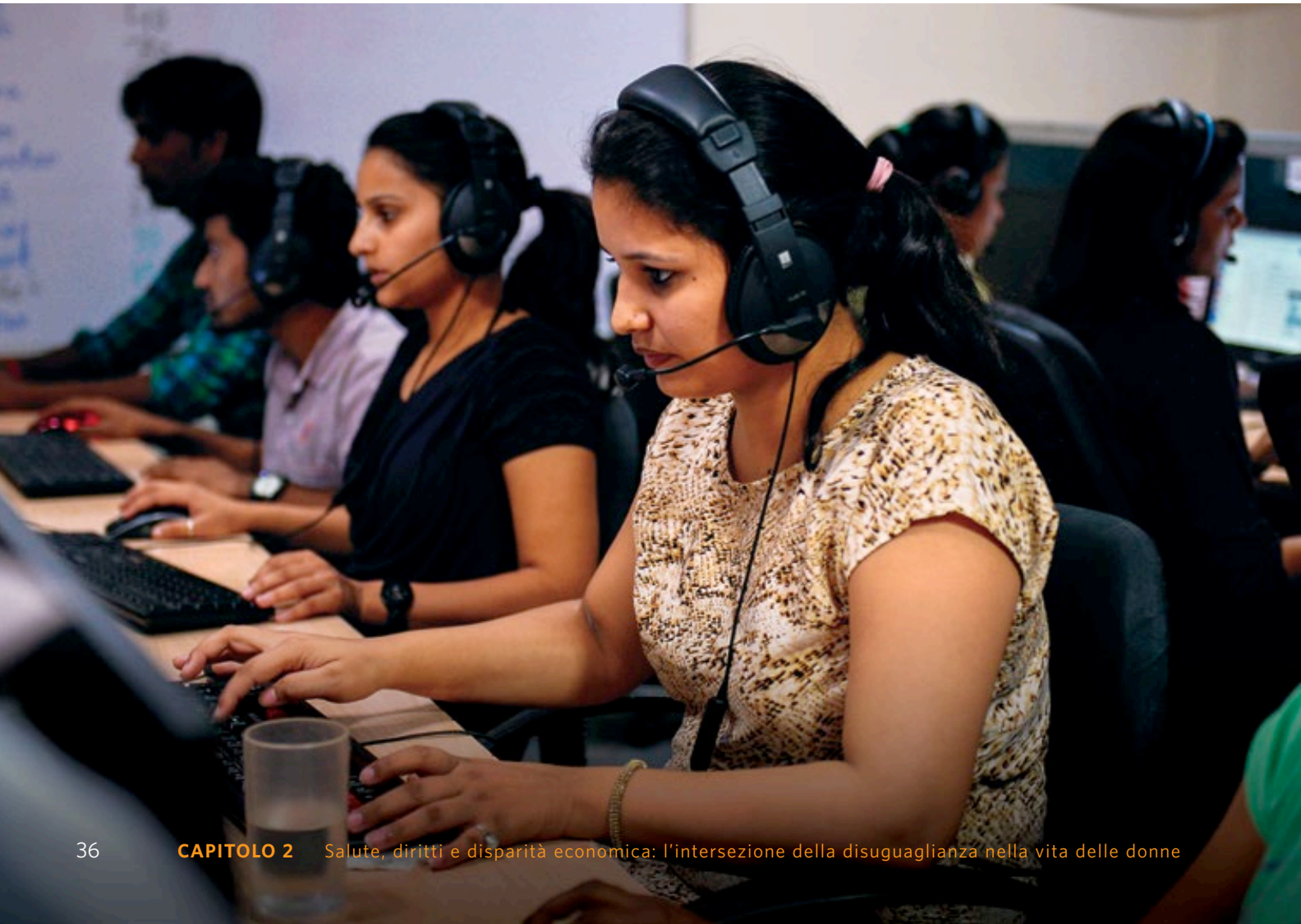
Una donna che non esercita alcun controllo sulla propria fecondità spesso non riesce a inserirsi nel mondo del lavoro perché ha più figli di quanti ne avrebbe desiderati. Oppure le diventa impossibile mantenere il lavoro a causa dei costi proibitivi degli asili nido. Una volta ottenuto un posto di lavoro, spesso non ha un avanzamento di carriera, anche se lo meriterebbe, perché il suo datore dà per scontato che un giorno rimarrà incinta e resterà a casa.

Nella maggior parte dei paesi del mondo ci sono disparità nell'occupazione e nella retribuzione che rispecchiano e alimentano le disparità nell'ambito della salute e relativi diritti sessuali e riproduttivi.

Benché le disuguaglianze nella salute e nei diritti delle donne si intersechino con la disuguaglianza economica, secondo modalità complesse e spesso non lineari, l'impatto è palese. Le donne più povere hanno meno possibilità di accedere ai servizi per la salute sessuale e riproduttiva, sono meno in grado di esercitare i loro diritti riproduttivi, hanno più probabilità di restare disoccupate o sottoccupate e di guadagnare meno degli uomini.

Le disparità nella salute e nei diritti sessuali e riproduttivi si intrecciano con la disuguaglianza di genere. Insieme, queste diverse dimensioni della discrimina-

© Chandan Khanna/AFP/Getty Images



zione, hanno un'influenza profonda su tutti gli ambiti della vita di una donna, compreso quello lavorativo.

## Salute sessuale e riproduttiva, lavoro e retribuzione

Con il declino globale della fecondità, negli ultimi 20 anni la partecipazione al mondo del lavoro delle donne, tra i 25 e i 54 anni, è aumentata praticamente in tutte le regioni del mondo (Nazioni Unite, 2014). Laddove le donne partecipano in percentuale significativa alla forza lavoro si tende di conseguenza a una minore fecondità, anche per le difficoltà nel conciliare le aspirazioni di studio o di carriera con i figli e con la necessità di occuparsene. Nei paesi ad alto tasso di fecondità, e soprattutto nei paesi meno sviluppati in assoluto, l'ingresso delle donne nel mercato del lavoro dipendente è ancora scarso: il 20 per cento in Asia meridionale e il 22 per cento in Africa subsahariana.

Per le donne di tutto il mondo, gravidanze e cura dei figli si traducono spesso in esclusione dalla forza lavoro o in retribuzioni inferiori.

Le difficoltà sono ancora maggiori per le donne che non possiedono gli strumenti per decidere se, quando o quanti figli avere. In generale, come illustra il primo capitolo, la contraccezione è meno accessibile per le donne povere, meno istruite e residenti nelle regioni rurali.

La disuguaglianza e la discriminazione di genere, unite ad altri fattori, impediscono a milioni di donne di accedere ai metodi contraccettivi moderni. Mariti o compagni spesso fanno pressione su di loro perché facciano figli il più presto e il più spesso possibile. A volte nei servizi per la salute possono esserci operatori giudi-

© Lynsey Addario/Getty Images Reportage

canti nei confronti delle donne che negano la contraccezione alle adolescenti non sposate o conviventi; altri ritengono che le decisioni sulla contraccezione spettino solo agli uomini.

Tra le donne che non possono accedere alla contraccezione in generale o al metodo contraccettivo prescelto si verifica la maggior percentuale di gravidanze indesiderate. Si calcola che ogni anno nel mondo in via di sviluppo ci siano 74 milioni di gravidanze indesiderate (Guttmacher Institute e UNFPA, 2014). La domanda di metodi contraccettivi moderni resta più spesso inevasa tra le donne povere. Le gravidanze in rapida successione possono impedire a una donna di inserirsi o di restare nel mondo del lavoro, o possono minare le sue prospettive a lungo termine di avere un lavoro ben retribuito.

Nei paesi in via di sviluppo ci sono 12,8 milioni di adolescenti con una domanda inevasa di pianificazione familiare (UNFPA, 2016a). Le giovani, soprattutto se non sono sposate o conviventi, devono affrontare più ostacoli delle adulte per ottenere i contraccettivi a causa di leggi e misure restrittive, perché spesso non possono contare sulla riservatezza o perché la società stigmatizza i rapporti sessuali in giovane età. In diverse regioni del mondo in via di sviluppo tante ragazze sono costrette a sposarsi, di solito con uomini molto più vecchi. La differenza di età spesso fa sì che le giovani non abbiano potere decisionale sulla contraccezione.

Nei paesi in via di sviluppo,
**12,8 MILIONI**
di ragazze adolescenti
hanno una domanda
inevasa di
PIANIFICAZIONE
FAMILIARE

Si calcola che, nel 2015, in 156 paesi, territori e altre aree in via di sviluppo abbiano partorito 14,5 milioni di adolescenti (UNFPA, 2016a).

Partorire prima dei vent'anni può comportare maggiori rischi di morte materna o di complicazioni. Diventare una madre adolescente significa di solito lasciare la scuola, non poter acquisire conoscenze e competenze fondamentali e di conseguenza minare le future opportunità occupazionali e le potenzialità di guadagno. Dove si riscontrano elevati tassi di maternità tra le ragazze, la disparità salariale è solitamente più accentuata.

## Partecipazione diseguale alla forza lavoro: un sintomo delle disuguaglianze soggiacenti nella salute e nei diritti sessuali e riproduttivi

Nel 2015 circa il 50 per cento delle donne, contro il 76 per cento degli uomini, faceva parte della forza lavoro globale (ILO, 2016b).

Allo stesso tempo le donne vanno più facilmente incontro alla disoccupazione. A livello globale, sono disoccupate il 6,2 per cento delle donne, a fronte del 5,5 per cento degli uomini. Le differenze maggiori nel tasso di occupazione maschile e femminile si registrano in Africa settentrionale e negli Stati arabi (ILO, 2016b). I tassi di disoccupazione giovanile sono quasi ovunque più alti tra le donne. In Africa settentrionale e negli Stati arabi il tasso di disoccupazione giovanile femminile – 44 per cento – è quasi il doppio di quello maschile (ILO, 2016b).

### *Norme e atteggiamenti sociali ostacolano la partecipazione delle donne alla forza lavoro*

La disuguaglianza di genere è diffusissima in tutto il mondo, si esprime attraverso atteggiamenti e comportamenti negativi o discriminatori, norme socio-culturali, misure politiche e leggi che impediscono a donne e bambine di sviluppare capacità, cogliere opportunità per entrare nel mondo del lavoro, realizzare pienamente il loro potenziale e rivendicare il rispetto dei loro diritti umani.

Le norme socio-culturali, improntate alla disuguaglianza di genere, non soltanto incidono sulla possibilità per una donna di inserirsi nel mondo del lavoro, ma influiscono anche sul tipo di impiego cui aspirare, sul salario e sulle possibilità di carriera. Nei paesi le cui norme privilegiano l'occupazione maschile su quella femminile si riscontra una maggior disuguaglianza di genere nella partecipazione alla forza lavoro.

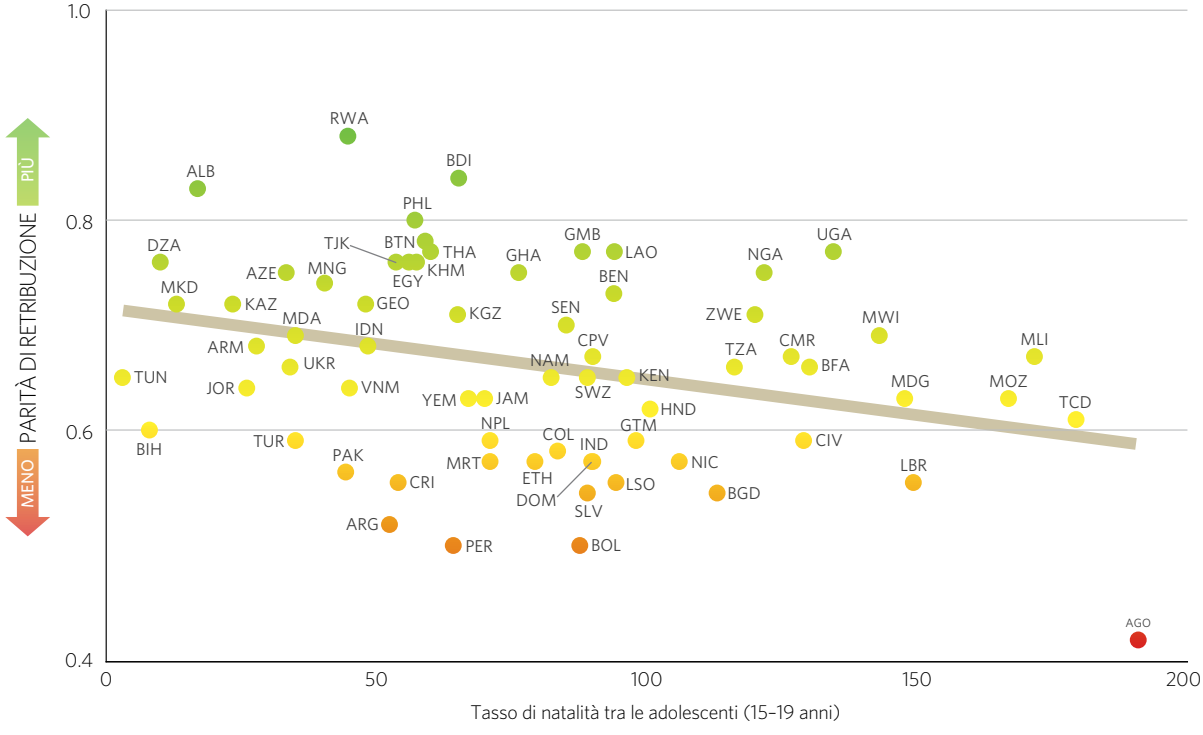
Secondo una recente analisi di *World Values Survey* condotta in 58 Stati, la maggioranza della popolazione ritiene che donne e uomini dovrebbero godere di pari accesso all'istruzione universitaria. Ma se il tema è l'occupazione, l'opinione maggioritaria è che, quando il lavoro scarseggia, gli uomini dovrebbero avere la precedenza sulle donne. Questo atteggiamento negativo verso la parità di genere nell'ambito del lavoro è più accentuato negli Stati che registrano un'occupazione femminile inferiore a quella maschile _(Figura 15). Il *World Values Survey*, avviato nel 1981, registra il cambiamento dei valori e del loro impatto sulla vita sociale e politica in tutto il mondo.

### *La discriminazione istituzionale frena il progresso delle donne*

La discriminazione nei confronti di donne e bambine è profondamente radicata in molte istituzioni sociali.

Il *Social Institutions and Gender Index* (SIGI), pubblicato dall'Organizzazione per la cooperazione e lo

FIGURA 14 **Maggiori tassi di maternità tra adolescenti in relazione a una maggior disuguaglianza di genere nelle retribuzioni**




Basato sugli indicatori per gli Obiettivi per lo Sviluppo sostenibile e su dati provenienti dal Forum Economico Mondiale (2016a). I valori sull'asse X indicano il numero dei parti tra adolescenti su 1000 donne nella fascia di età 15-19. I valori sull'asse Y misurano il livello di uguaglianza tra le retribuzioni di uomini e donne per lo stesso lavoro. Un valore di parità salariale più vicino a 1 indica una retribuzione analoga per analoghi lavori svolti da uomini o donne.

Le abbreviazioni dei paesi e dei territori sono elencati a pagina 104

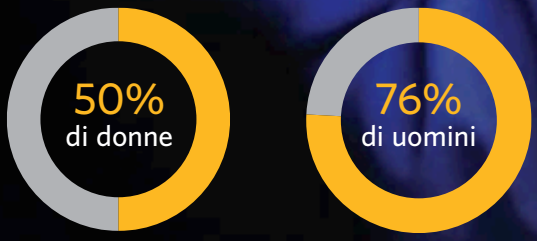
# SEI D'ACCORDO?

## PARTECIPAZIONE ALLA FORZA LAVORO

È ampiamente accettato che uomini e donne dovrebbero avere pari accesso all'istruzione universitaria, ma il consenso sulla parità di accesso al mercato del lavoro è minore, specie in presenza di alti tassi di disoccupazione.

**La Figura 15 mostra la percentuale di intervistati che NON SONO D'ACCORDO con le affermazioni seguenti: "l'istruzione universitaria è più importante per i ragazzi che per le ragazze" e "quando c'è poco lavoro, gli uomini dovrebbero avere più diritto a un posto delle donne".** L'area grigia tra i punti più in alto e più in basso relativi a ciascun paese rappresenta il divario tra il consenso del pubblico sulla parità di accesso all'istruzione e quello sulla parità di accesso all'occupazione quando i posti di lavoro scarseggiano.

### Participazione alla forza lavoro globale



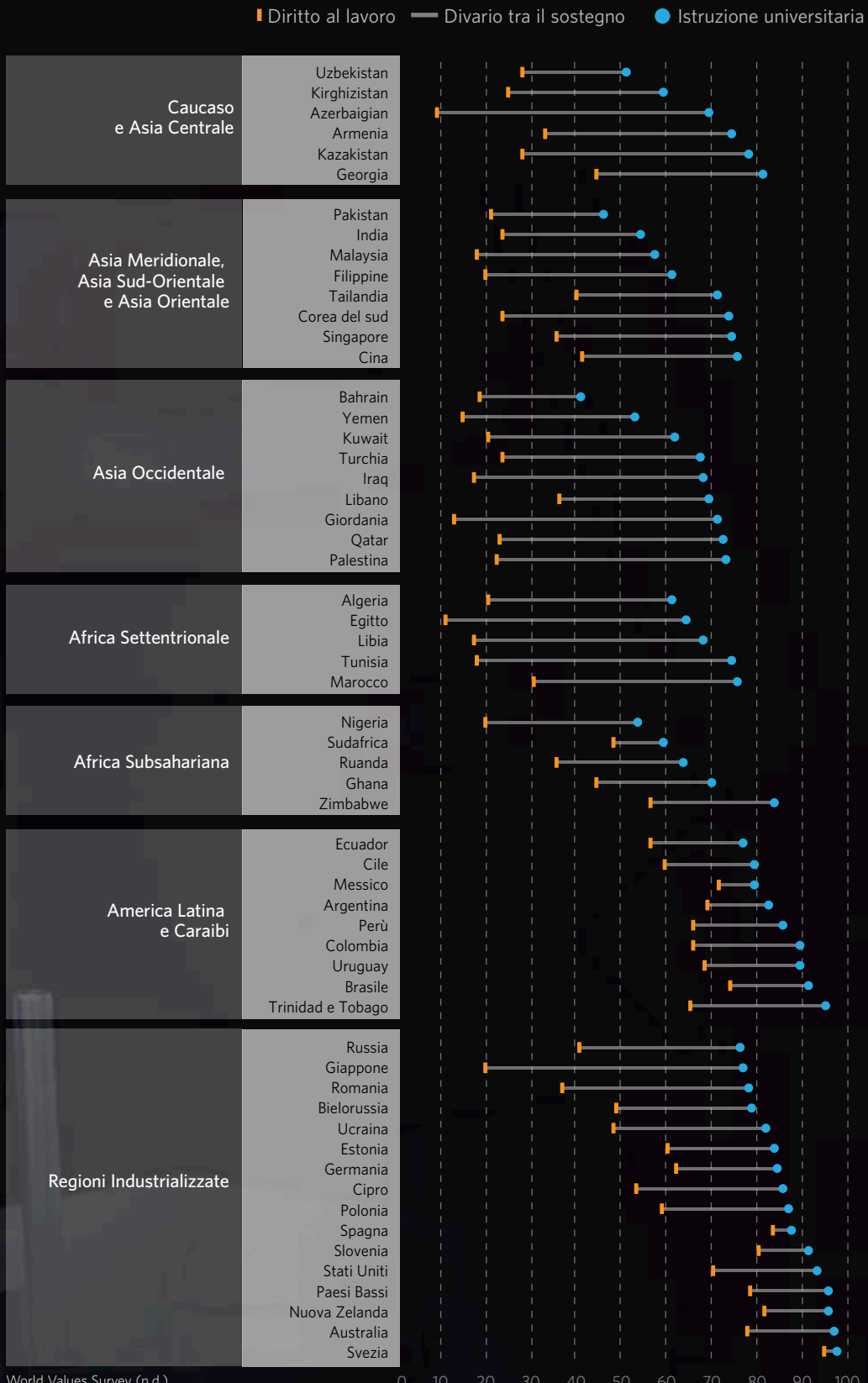

### Disoccupazione globale

**6.2%** delle donne sono disoccupate

**5.5%** degli uomini sono disoccupati

© Monirul Bhuiyan/AFP/Getty Images

FIGURA 15 **Opinione degli intervistati sull'istruzione universitaria e l'accesso all'occupazione per uomini e donne**




World Values Survey (n.d.)

sviluppo economico (OCSE) presenta una visione composita della discriminazione di genere in circa 160 Stati (Figura 16). L'indice riguarda le discriminazioni verso donne e bambine che si manifestano in norme del diritto di famiglia, violazioni dell'integrità fisica, preferenze per i figli maschi, restrizioni nell'accesso alle risorse e alla proprietà di beni, limitazioni delle libertà civili. Gli indicatori utilizzati per calcolare tale indice comprendono variabili come il diritto a ereditare, l'incidenza di matrimoni precoci e violenze di genere, la disuguaglianza nell'ambito dei diritti di proprietà sui terreni e sui beni. L'indice prende in esame tutti gli stadi della vita per mostrare come la discriminazione nelle istituzioni sociali può contribuire alla povertà e alla mancanza di potere.

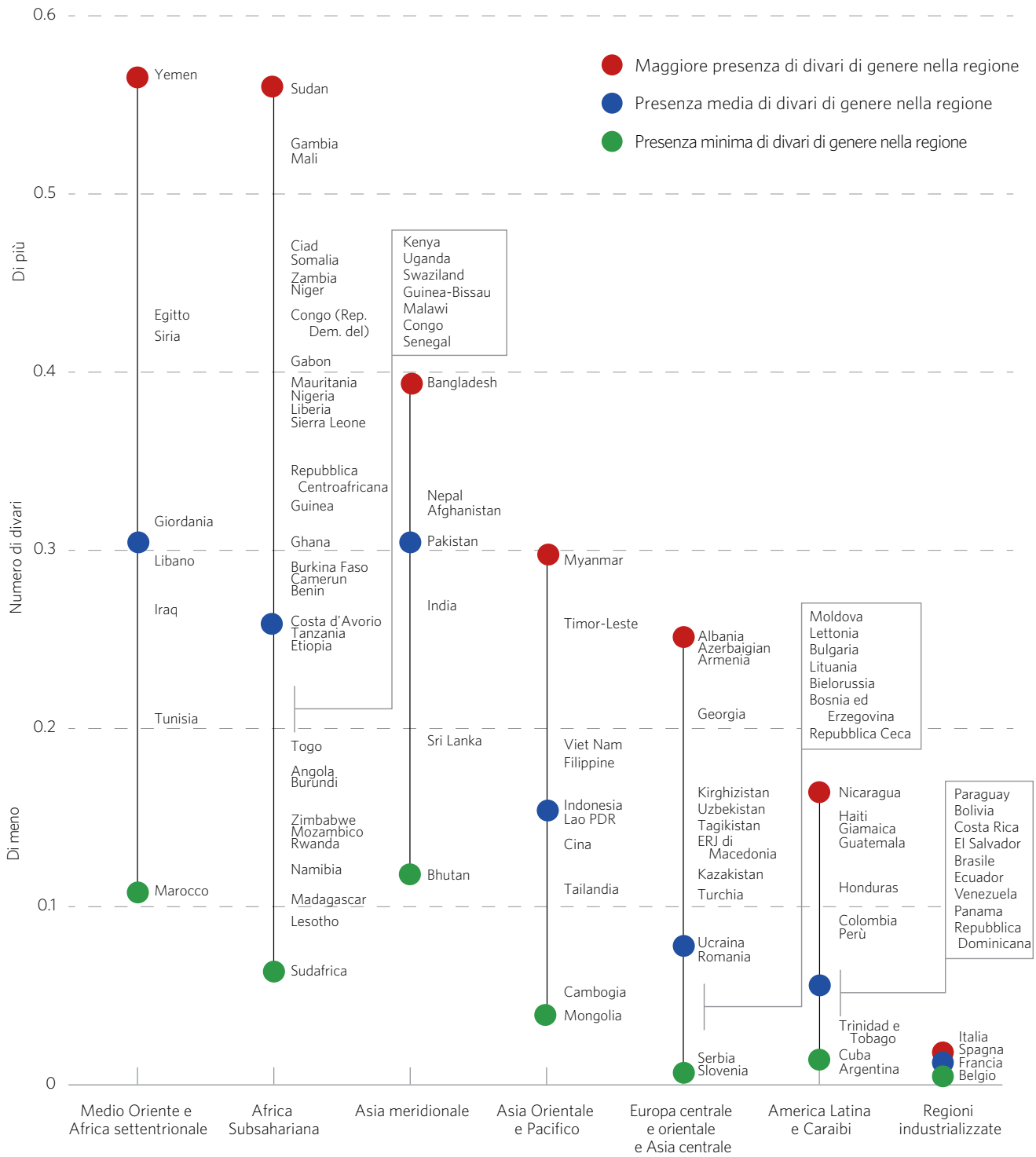
I valori del SIGI sono compresi tra 0 e 1, dove 0 indica assenza di disuguaglianza e 1 indica disuguaglianza totale.

I paesi che hanno un SIGI molto basso (inferiore a 0,04) si caratterizzano per leggi e misure politiche intese a garantire la parità nel diritto di famiglia e nell'accesso a risorse e beni di proprietà, nonché a promuovere le libertà civili delle donne. Nella maggioranza di tali paesi uomini e donne godono degli stessi diritti in materia di genitorialità e di successione; le donne non devono sottostare a limitazioni nell'accesso alla sfera pubblica o alla partecipazione politica, la preferenza per i figli maschi o le mutilazioni genitali femminili non rappresentano un motivo di preoccupazione. Ma anche in questi Stati, a volte, mancano leggi adeguate a proteggere le donne dalla violenza, o mancano le misure per attuarle, inoltre l'accesso alla giustizia da parte delle donne non è ancora ottimale.

Gli Stati con un SIGI molto alto (superiore a 0.35) sono contraddistinti da elevati livelli di discriminazione legislativa e nelle prassi consuetudinarie. In questi Stati circa un terzo delle adolescenti si sposa prima di aver compiuto i 19 anni e le donne vivono gravi discriminazioni nel diritto di successione. Subiscono pesanti limitazioni nel diritto a possedere terreni ed altre risorse, esercitare il controllo sui loro beni e anche nella possibilità di accedere alla sfera pubblica. Si verificano

© UNFPA/Arvind Jodha

FIGURA 16 **Indice di genere e istituzioni sociali (SIGI), per regioni del mondo, 2014**



inoltre gravi violazioni della loro integrità fisica, che vanno di pari passo con elevati livelli di intolleranza e di diffusione della violenza domestica.

Le istituzioni sociali che collocano donne e bambine in posizioni svantaggiate negli ambiti cruciali dell'esistenza, le mettono in svantaggio anche quando si tratta di inserirsi nel mercato del lavoro.

### *Quando la legge esclude le donne dal mercato del lavoro*

La legge può riflettere o rafforzare le norme socio-culturali e gli atteggiamenti discriminatori che impediscono alle donne di accedere al mondo del lavoro o che le portano a percepire retribuzioni inferiori a quelle degli uomini. La Figura 17 evidenzia i paesi in cui vigono codici di famiglia, del lavoro e penali che contengono discriminazioni di genere.

Vi sono leggi, per esempio, che vietano alle donne di lavorare o consentono loro solo determinate tipologie di lavoro. In un monitoraggio condotto su 143 Stati, 128 presentavano almeno un ostacolo legale alla partecipazione femminile ad alcune opportunità economiche (Clinton Foundation e Bill and Melinda Gates Foundation, 2015). In 18 paesi i mariti possono impedire legalmente alle mogli di lavorare fuori casa (Banca Mondiale, 2015).

La disuguaglianza di genere è presente anche nelle leggi che riguardano la proprietà di beni immobili e il diritto alla successione (Banca Mondiale, 2015). Analogamente, alcuni Stati hanno leggi che limitano l'accesso delle donne ai servizi bancari e di credito, con l'effetto di limitare le loro potenzialità di guadagno.

L'accesso alla proprietà di beni immobili incrementa la sicurezza economica e le opportunità di reddito, e può accrescere il potere contrattuale delle donne all'interno della famiglia. In Colombia, per esempio, un rapporto recente ha evidenziato che le donne proprietarie di beni avevano maggiori probabilità di muoversi liberamente, negoziare il loro diritto a lavorare e controllare il loro reddito personale (Banca Mondiale, 2015).

Nel settore del lavoro agricolo, laddove le donne non possono godere della proprietà certa dei terreni e dell'accesso al credito e alle sovvenzioni per l'agricoltura, i loro raccolti – e i guadagni che ne traggono – ne risentono.

Nell'imprenditoria e in altre attività lavorative, nei paesi in cui le donne non possono accedere a finanziamenti e agevolazioni per la produzione, a causa di discriminazioni o di altri fattori, le aziende a guida femminile faticano molto di più per essere produttive e redditizie quanto quelle a guida maschile (Banca Mondiale, 2012).

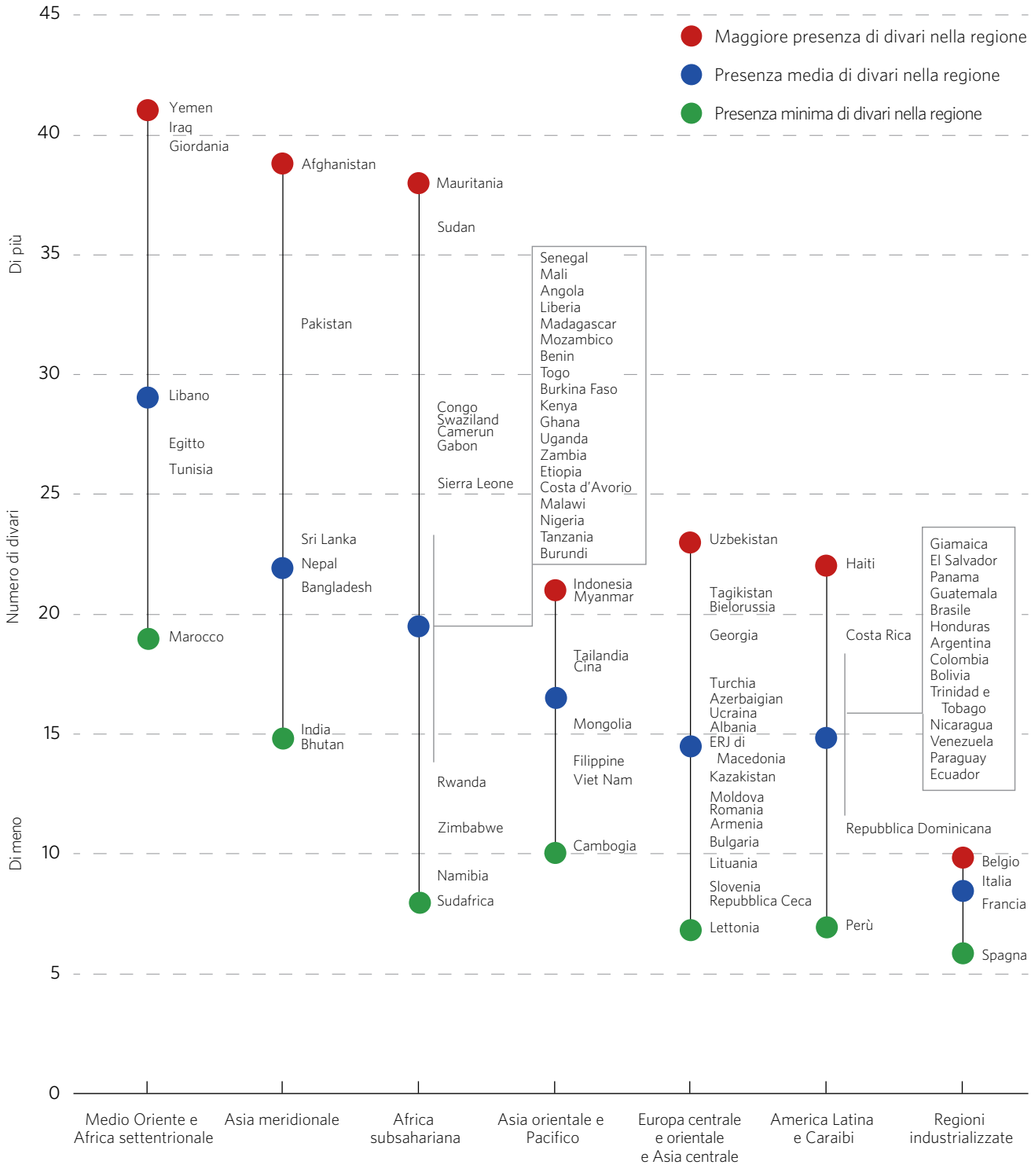
**46 nazioni su 173**
**non avevano NESSUNA LEGGE SULLE VIOLENZE DOMESTICHE**

La legge – o la sua assenza, o la sua applicazione inadeguata – può influire sulla salute e sul benessere delle donne e di conseguenza incidere sulla loro partecipazione al mondo del lavoro e sulla loro capacità di percepire un reddito. Meccanismi inadeguati di tutela legale contro la violenza di genere, o la mancata applicazione delle leggi in tal senso, possono comportare disabilità o danni fisici e psicologici di lunga durata (Banca Mondiale, 2015). In tutto il mondo quasi una donna su tre sarà sottoposta a violenze di genere nell'arco della sua esistenza (OCSE, 2014).

Delle 173 economie valutate in un rapporto della Banca Mondiale, 46 non si sono dotate di una legislazione sulla violenza domestica e in 41 non esiste una legge sulle molestie sessuali (Banca Mondiale, 2015).

Le leggi di tutela dalla "violenza economica" sono rare (Banca Mondiale, 2015). La violenza economica si verifica quando una donna viene privata delle risorse finanziarie che le consentirebbero di uscire da una relazione violenta perché il partner detiene il controllo di tali risorse, o impedisce alla donna di trovare o conservare un posto di lavoro.

FIGURA 17 Sistemi giuridici che presentano disparità di genere nei codici di famiglia, del lavoro e penali




Analisi basata su Iqbal, et al. (2016)

## Disuguaglianza di genere pervasiva in alcune categorie di lavoro

Le statistiche sui tassi di partecipazione complessiva alla forza lavoro mascherano spesso disparità sostanziali nella tipologia di lavoro svolto dagli uomini e dalle donne e nei rischi economici che alcune categorie di lavoratori e lavoratrici devono affrontare.

Rispetto ai colleghi maschi, le lavoratrici costituiscono una percentuale maggiore nelle imprese a controllo familiare e una percentuale inferiore tra operai e lavoratori subordinati (Figura 18).

Secondo l'Organizzazione Internazionale del Lavoro, i "lavoratori subordinati" sono i dipendenti con un contratto di impiego implicito o esplicito. I "datori di lavoro" sono lavoratori in proprio che assumono, una o più persone, in qualità di subordinati. I "lavoratori autonomi" sono lavoratori in proprio.

I "collaboratori familiari" lavorano nell'attività commerciale di un parente convivente, soprattutto nei settori agricoli dei paesi in via di sviluppo. Per quanto questa forma di lavoro contribuisca a incrementare il reddito familiare, il singolo lavoratore spesso non viene retribuito. I collaboratori familiari e i lavoratori autonomi hanno minori probabilità di beneficiare di accordi e contratti formali, pertanto sono maggiormente a rischio di esclusione dalle forme di previdenza sociale e di pensionamento, ma anche dalle leggi di tutela dei lavoratori. Di conseguenza l'Organizzazione Internazionale del Lavoro definisce questi due gruppi come lavoratori in occupazione vulnerabile (ILO, 2016c)

A livello globale l'occupazione vulnerabile riguarda poco meno della metà di tutti i lavoratori attivi, uomini e donne hanno le stesse probabilità di rientrare in questa categoria. Tuttavia le donne sono rappresentate in misura sproporzionata tra i collaboratori familiari, in tutte le aree in cui la categoria risulta di rilievo statistico.

Negli ultimi vent'anni, a livello globale, la percentuale femminile di collaboratrici familiari è scesa dal 36 al 16 per cento, in parallelo con la diminuzione della rappresentanza femminile nell'occupazione del settore agricolo, con l'eccezione dell'Africa subsahariana e settentrionale. Collaboratrici e collaboratori familiari continuano a essere estremamente diffusi in Africa subsahariana, Asia meridionale, Africa settentrionale, Asia sudorientale e regioni del Pacifico.

In tutti gli Stati dell'Africa subsahariana, la percentuale di lavoratori in occupazione informale è maggiore tra le donne che tra gli uomini.

## Disuguaglianze nei diritti riproduttivi, per genere e per retribuzione

Una volta inserite nel mercato del lavoro subordinato, le donne si trovano a guadagnare meno degli uomini che fanno lo stesso lavoro; sono impiegate più spesso in attività non qualificate e sottopagate; o ancora, dedicano meno tempo alle attività che generano reddito e più tempo alle attività domestiche non retribuite, specie di tipo assistenziale.

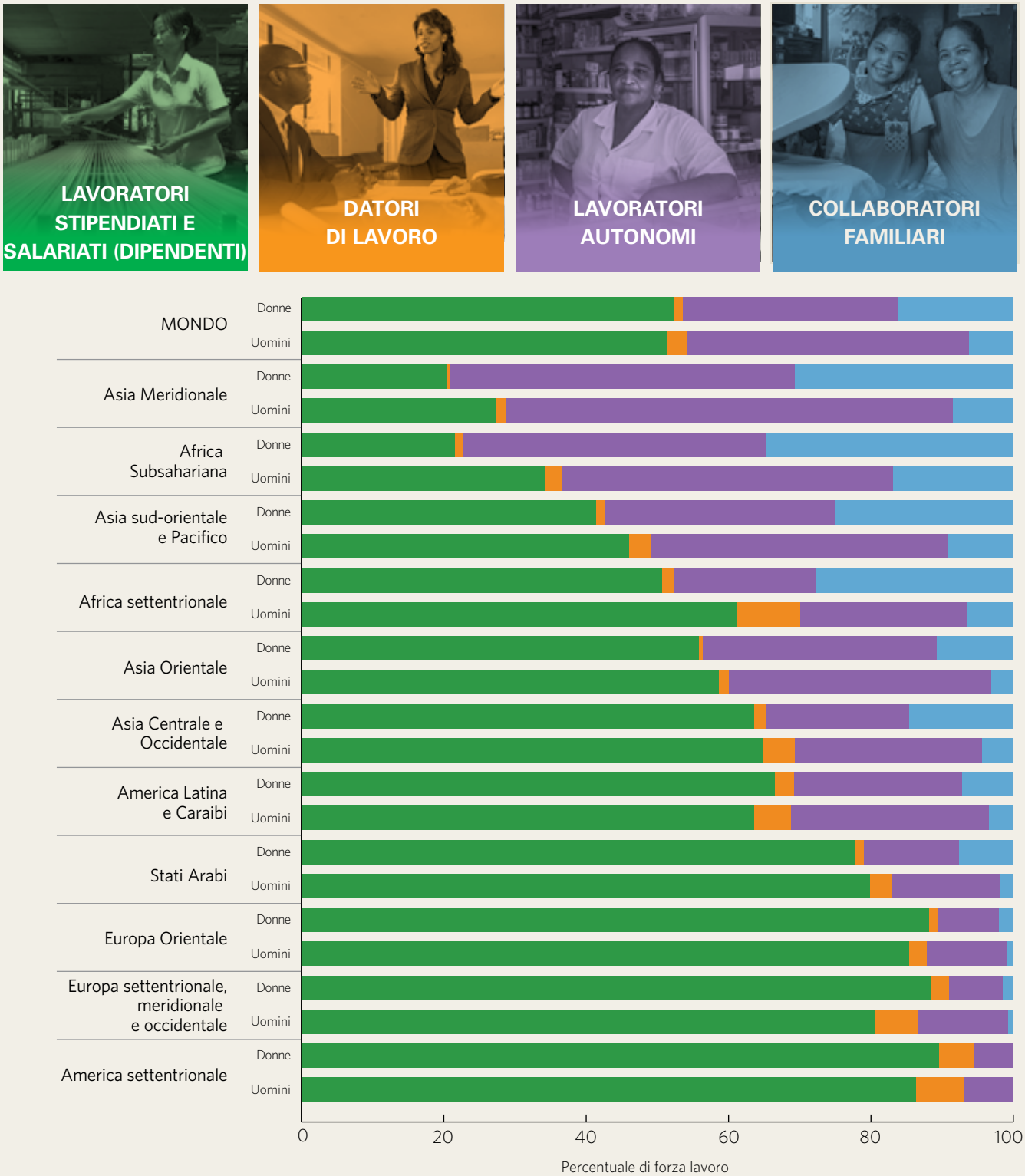
In qualsiasi paese la disparità di trattamento economico tra donne e uomini dipende da molti fattori diversi: tra questi, il livello di istruzione, la presenza e diffusione, in famiglia e sul lavoro, di norme socio-culturali e prassi discriminatorie secondo il genere, la gamma di opportunità occupazionali disponibili e infine il potere contrattuale della donna nel decidere se, quando e quanti figli avere.

Il divario retributivo per genere è la differenza percentuale tra la retribuzione media percepita da uomini e donne (Figura 19). A livello globale il divario retributivo per genere è di circa il 23 per cento. In altri termini, le donne guadagnano il 77 per cento di quello che guadagnano gli uomini (ILO, 2016b). Sempre a livello mondiale, il divario di genere negli ultimi anni si è leggermente ridotto, ma il progresso è lentissimo. Al ritmo attuale occorrerebbero oltre settant'anni per colmarlo del tutto (ILO, 2016b).

### *La disuguaglianza di genere nell'istruzione comporta guadagni inferiori per le lavoratrici*

L'ingresso nel mondo del lavoro e i redditi che ne

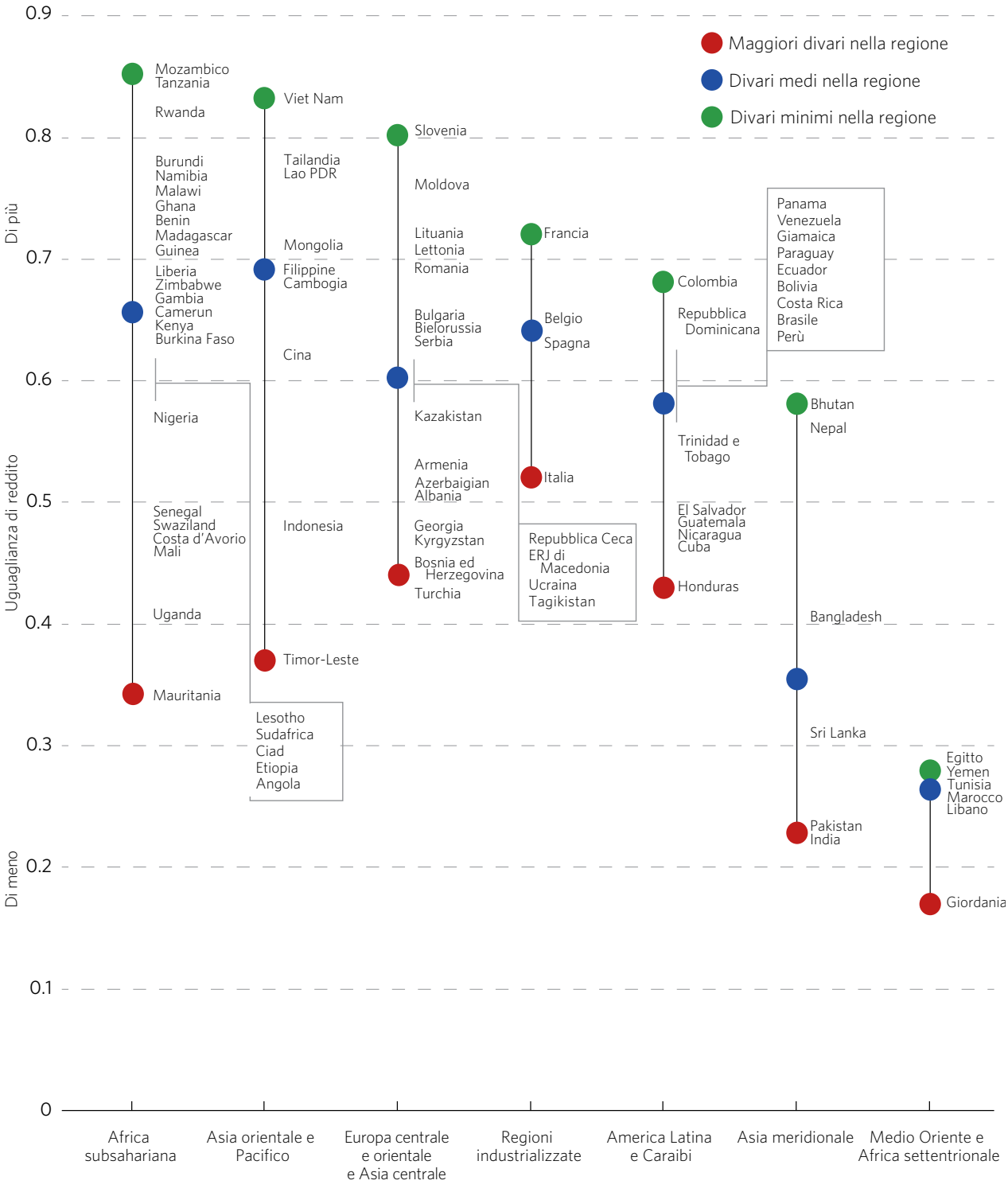
FIGURA 18 Categorie di lavoro e occupazione, per sesso




***Fonte:*** ILO (2016b)

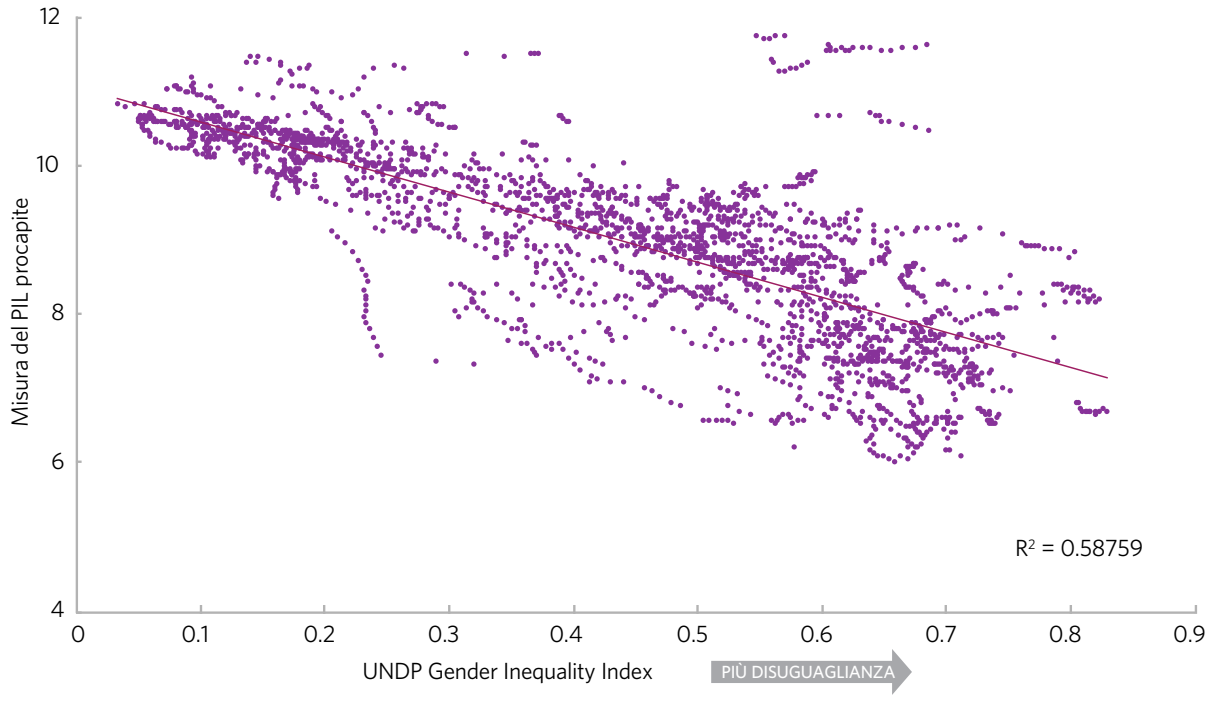
Foto, da sinistra a destra: © 2012 Jose Carlos Alexandre, Courtesy of Photoshare; © Elnari/stock.adobe.com; © UNFPA/Daniel Baldotto; © Paula Bronstein/Getty Images Reportage

FIGURA 19 **Divari retributivi per genere, come rapporto tra i redditi medi di uomini e donne, 2016**




Il grafico, basato su dati diffusi dal Forum Economico Mondiale e su una metodologia messa a punto dal Programma Sviluppo delle Nazioni Unite, evidenzia le differenze tra i redditi medi di uomini e donne espressi come rapporto percentuale, in 90 stati. I valori più alti riflettono una maggiore differenza tra redditi maschili e femminili. Il valore 1 indica il conseguimento della parità assoluta tra redditi maschili e femminili.

FIGURA 20 L'aumento del PIL pro-capite dipende dalla riduzione della disuguaglianza di genere




***Fonte:*** Gonzales et al. (2015a)

conseguono dipendono in parte dal livello di scolarizzazione raggiunto, dalla qualità dell'istruzione e dal rapporto di attinenza tra mondo della scuola e mercato del lavoro. La disuguaglianza di genere spesso porta a risultati inferiori nello studio e di conseguenza a ridotte prospettive di guadagno per le donne.

Si calcola che nel mondo vi siano 758 milioni di adulti analfabeti; di questi, 479 milioni sono donne e circa 279 milioni sono uomini (Istituto di statistica dell'UNESCO, 2016). L'analfabetismo riflette la discriminazione di genere ed è uno dei fattori che causano il perpetuarsi della povertà femminile.

Le persone analfabete guadagnano fino al 42 per cento in meno delle loro controparti alfabetizzate. È un fenomeno che spesso impedisce di acquisire competenze professionali che potrebbero generare maggiori entrate (World Literacy Foundation, 2015).

Se in tutto il mondo si è quasi raggiunta la parità di genere nell'istruzione primaria, in alcuni paesi il divario di genere nella scolarizzazione è ancora molto ampio: milioni di bambine in età scolare non frequentano nemmeno la scuola primaria. Il divario di genere nella scolarizzazione si aggrava ulteriormente a livello di istruzione secondaria, specie nei Paesi arabi, in Africa orientale e meridionale, in Africa centrale e occidentale. Il conseguimento di titoli superiori nell'istruzione è in stretto e reciproco rapporto con futuri maggiori introiti.

Oltre al livello di istruzione, anche la qualità dell'educazione impartita, valutata in base a criteri che misurano i risultati cognitivi, può contribuire a innalzare i redditi futuri. Le competenze cognitive di una data

popolazione sono strettamente collegate alla redditività individuale, alla distribuzione del reddito e alla crescita economica (Tembon e Fort, 2008).

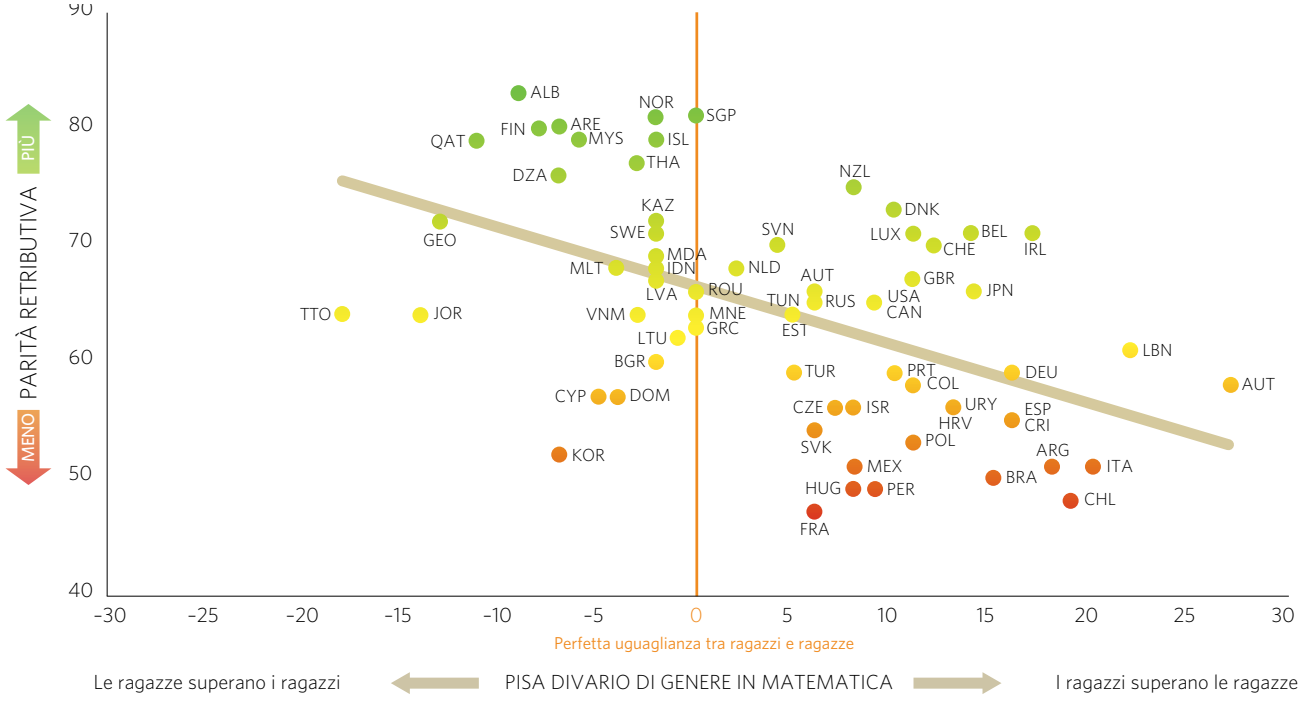
Tra tutte le bambine e i bambini che iniziano un percorso di istruzione secondaria, soltanto una piccola parte arriverà a ultimare le scuole superiori. Nei paesi meno sviluppati in assoluto, per esempio, solo il 20 per cento dei ragazzi e il 15 per cento delle ragazze termina la scuola secondaria (UNICEF, 2016). Chi abbandona la scuola troppo presto non acquisisce le competenze e le conoscenze indispensabili per ottenere un posto di lavoro ben retribuito.

A volte sono le pressioni e le discriminazioni, sottintese o esplicite, degli insegnanti ad allontanare le ragazze dai corsi avanzati, nelle materie scientifiche e in matematica, limitando le loro future scelte occupazionali (Bassi et al., 2016; UNICEF, s.d.). Buoni risultati in matematica sono predittivi di migliori opportunità di carriera e di guadagno (Nollenberger et al., 2016). Il divario di genere nella frequenza di corsi di matematica è strettamente legato alla disuguaglianza retributiva.

È stato anche documentato che l'istruzione protegge le adolescenti dalle gravidanze indesiderate. Quanto più a lungo una ragazza frequenta la scuola, minori sono le probabilità che si sposi o resti incinta troppo presto (Figura 22). Questo produce effetti a lungo termine sulla partecipazione alla forza lavoro e sui guadagni complessivi nell'arco della vita.

Quando le ragazze restano escluse dalle opportunità educative di cui godono i ragazzi, i loro redditi futuri saranno inferiori a quelli dei maschi. È stato osservato che gli impegni mirati a incrementare la

FIGURA 21 Rapporto tra retribuzione e divario di genere in matematica




Basato su dati OCSE (2015) e Forum Economico Mondiale (2016a). PISA, il programma di OCSE per la Valutazione internazionale degli studenti, è un metodo internazionale standardizzato di misurazione dell'apprendimento degli studenti in determinate materie chiave. Il divario di genere PISA in matematica equivale alla differenza tra la media dei voti ottenuti negli esami di matematica dai ragazzi e dalle ragazze. Un punteggio PISA più elevato rappresenta un divario di genere più evidente. Un punteggio PISA negativo significa che in matematica le ragazze ottengono risultati migliori dei ragazzi.

***Fonte:*** ILO (2016a)

Le abbreviazioni dei paesi e dei territori sono elencati a pagina 104

FIGURA 22 L'effetto dell'istruzione sulla fecondità

| | MATRIMONI PRECOCI<br>*Bambine sotto i 15 anni in Africa subsahariana e in Asia meridionale e occidentale* | PARTI PRECOCI<br>*Tutte le ragazze entro i 17 anni in Africa subsahariana e Asia meridionale e occidentale* | TASSO DI FECONDITÀ<br>*Numero medio di nascite per donna in Africa subsahariana* |
|---|---|---|---|
| ***Con gli attuali livelli di istruzione femminile*** | ***2,867,000*** | ***3,397,000*** | ***6.7*** |
| ***Se tutte le bambine completassero l'istruzione primaria*** | ***2,459,000***<br>↓14%<br>MATRIMONI IN MENO | ***3,071,000***<br>↓10%<br>PARTI PRECOCI IN MENO | ***5.8***<br>↓13%<br>MENO NATI PER DONNA |
| ***Se tutte le ragazze completassero l'istruzione secondaria*** | ***1,044,000***<br>↓64%<br>MATRIMONI IN MENO | ***1,393,000***<br>↓59%<br>PARTI PRECOCI IN MENO | ***3.9***<br>↓42%<br>MENO NATI PER DONNA |

***Fonte:*** UNESCO e EFA-GMR (2013)

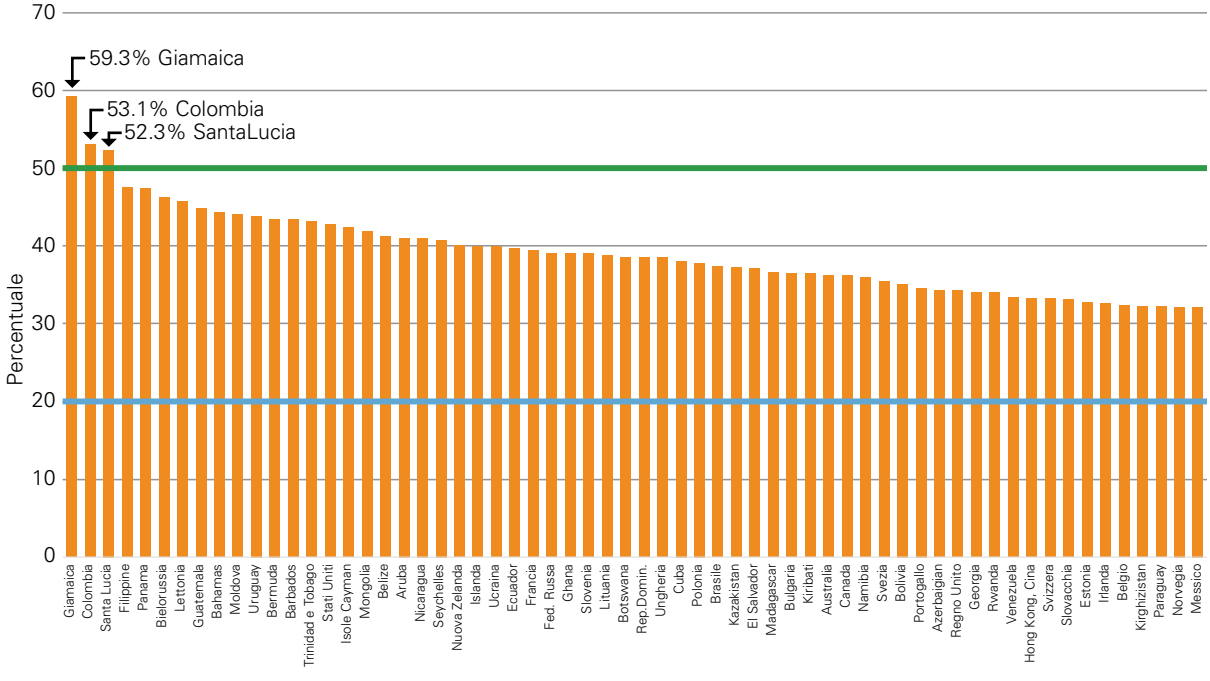
© Mark Tuschman

parità educativa riducono il divario di genere nella retribuzione. Per esempio, le donne che hanno conseguito solo il livello di istruzione primaria in Pakistan guadagnano il 51 per cento del reddito delle loro controparti maschili, mentre le donne che hanno ottenuto un'istruzione secondaria raggiungono il 70 per cento dei guadagni degli uomini (UNESCO, 2013). L'istruzione femminile è di importanza vitale anche per la sicurezza del reddito: in Giordania, tra le donne occupate nel settore agricolo, il 25 per cento di quelle che hanno conseguito solo l'istruzione primaria lavora senza percepire alcuna retribuzione, a fronte del 7 per cento di quelle con un livello di istruzione secondaria (UNESCO, 2013).

La parità di accesso a un'istruzione di buon livello incide positivamente, a livello nazionale, non soltanto sulla povertà complessiva in quanto fornisce ai singoli i mezzi per risollevarsi, ma anche su produttività e innovazione in quanto genera opportunità maggiori per tutti consentendo l'acquisizione di nuove competenze, la possibilità di inserirsi nel settore più congeniale, la definizione di ambiti lavorativi per il futuro. Potenziare collettivamente le competenze della popolazione favorisce la crescita delle economie nazionali.

Per contro è stato dimostrato che la disuguaglianza educativa contribuisce a rallentare l'incremento del reddito pro-capite. Nell'Africa subsahariana l'aumento medio annuo del reddito pro-capite nell'arco di 45 anni è stato dello 0,8 per cento, a fronte del 3,4 per cento registrato in Asia orientale e regioni del Pacifico, dove la frequenza scolastica media è di 2,7 anni in più (UNESCO, 2013). Secondo le stime, circa la metà di questa differenza di crescita è da imputare alla differenza nel livello di istruzione tra le due regioni prese in esame. Se l'Africa subsahariana avesse dimezzato tale differenza, il tasso di crescita annua nel periodo 2005–2010 sarebbe stato superiore all'incirca del 47 per cento (UNESCO, 2013).

FIGURA 23 Percentuale di manager donne, su 42 nazioni o territori




***Fonte:*** ILO (2015)

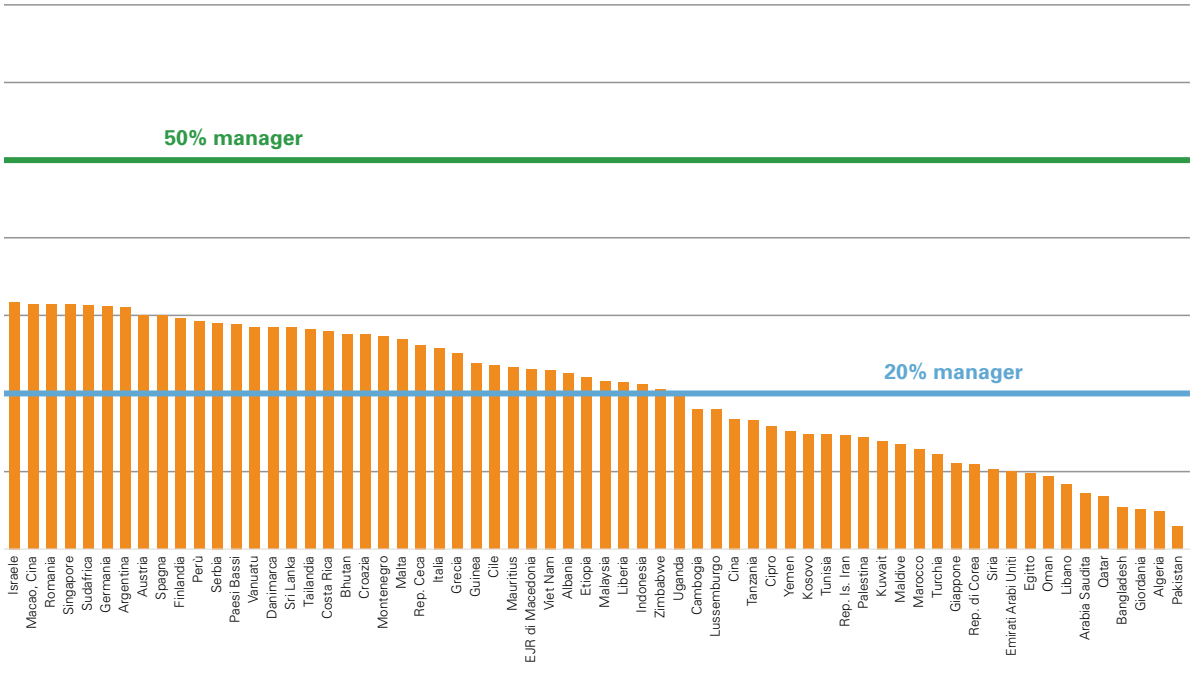
### *I minori guadagni delle donne vanno di pari passo con la limitazione delle loro opportunità occupazionali*

Il divario nella retribuzione di uomini e donne è in parte determinato dall'occupazione e dalla posizione raggiunta sul posto di lavoro. Gli uomini tendono a lavorare in settori meglio remunerati, nei quali occupano posizioni superiori. Questa disparità nella distribuzione tra i diversi settori contribuisce al divario nella retribuzione (Ñopo, 2012).

Le disuguaglianze di genere nelle opportunità occupazionali sono particolarmente evidenziate dalla bassissima percentuale di donne che occupano posizioni di potere o di autorità (Figura 23). Su un campione di 42 tra Stati, territori contesi e altre aree selezionate, soltanto in Colombia, Giamaica e Santa Lucia si incontra una quota femminile paritaria nelle posizioni dirigenziali. Nella maggior parte dei casi le donne rappresentano tra il 20 e il 40 per cento del totale dei dirigenti di alto livello; in diversi casi meno del 20 per cento dei manager sono donne.

Nei paesi ad alto reddito, la principale fonte occupazionale per le donne è nei settori della salute e dell'istruzione, che danno lavoro a oltre il 30 per cento di tutte le donne inserite nel mondo del lavoro. Negli Stati a reddito basso e medio-basso la principale fonte di impiego femminile è ancora l'agricoltura. In Asia meridionale e Africa subsahariana oltre il 60 per cento di tutte le lavoratrici è impiegata nell'agricoltura – un lavoro mal retribuito, stagionale e non tutelato (ILO, 2016b).

In tutto il mondo è particolarmente bassa la percentuale di lavoratrici inserite nel settore ingegneristico, addirittura inferiore in quello informatico (OCSE, 2007). Nei paesi maggiormente industrializzati le donne rappresentano tra il 25 - 35 per cento dei ricercatori del settore tecnologico; in alcuni, come il Giappone e la Repubblica di Corea, sono meno del 15 per cento (OCSE, 2007). In Belgio, Paesi Bassi e Svizzera le don-



ne rappresentano circa il 10 per cento di tutti i laureati nel campo dell'informatica.

Una volta inserite nel mondo del lavoro le donne tendono a trovare posto nei settori sociali, come l'istruzione, con bassi livelli retributivi, mentre gli uomini sono impiegati soprattutto nei settori economico e tecnico, con migliori condizioni salariali.

Nell'economia globale odierna, totalmente dipendente dalla tecnologia, i laureati con un livello di istruzione superiore, specie nei rami tecnici, sono particolarmente richiesti dai datori di lavoro. Le persone dotate di competenze tecniche possono quindi negoziare stipendi più alti. Il rapporto tra competenze e retribuzione non è lineare, bensì esponenziale (Autor et al., 2006; Bertrand et al., 2010; Goos et al., 2009). Questo dato produce un gap retributivo sempre più ampio tra lavoratori iper - e ipo-qualificati (Dabla-Norris et al., 2015). In un contesto di accesso impari alle opportunità educative tra uomini e donne, questo si traduce in uno svantaggio sempre maggiore per le donne, dal punto di vista delle opportunità e delle potenzialità di guadagno.

Nelle società più globalizzate e progredite, la connettività internet e i servizi di telefonia mobile sono sempre più importanti. Chi non accede a tali servizi non è soltanto disconnesso ma anche sempre più svantaggiato dal punto di vista personale e professionale (Woetzel et al., 2015). Perciò anche il *digital divide* incide sulle disparità di genere nelle opportunità economiche: a livello globale le donne accedono meno degli uomini alle tecnologie informatiche e delle comunicazioni. In tutto il mondo le donne hanno circa il 14 per cento di probabilità in meno di possedere un telefono cellulare. Una ricerca condotta nel 2012 sull'accesso a Internet in 144 paesi a basso e medio reddito ha rilevato che l'accesso da parte delle donne è inferiore a quello degli uomini del 25 per cento (Intel, 2012). Nell'Africa subsahariana questo divario arriva a sfiorare il 45 per cento.

Che le donne abbiano meno possibilità di utilizzare le tecnologie informatiche e delle comunicazioni si deve in parte alle minori disponibilità economiche necessarie per acquisirle e in parte alle norme socio-culturali che le scoraggiano dall'usarle (Antonio and Tuffley, 2014; Gillwald et al., 2010; GSMA, 2015; Hilbert, 2011; Intel, 2012).

Oltre alle limitazioni nelle opportunità occupazionali, le donne si trovano ad affrontare ulteriori ostacoli quando vogliono accedere a beni economici e servizi bancari formali. In alcuni casi, se anche una donna percepisse lo stesso reddito di un uomo, non potrebbe depositare i suoi guadagni su un conto corrente bancario né fare investimenti che potrebbero portare a un incremento del reddito.

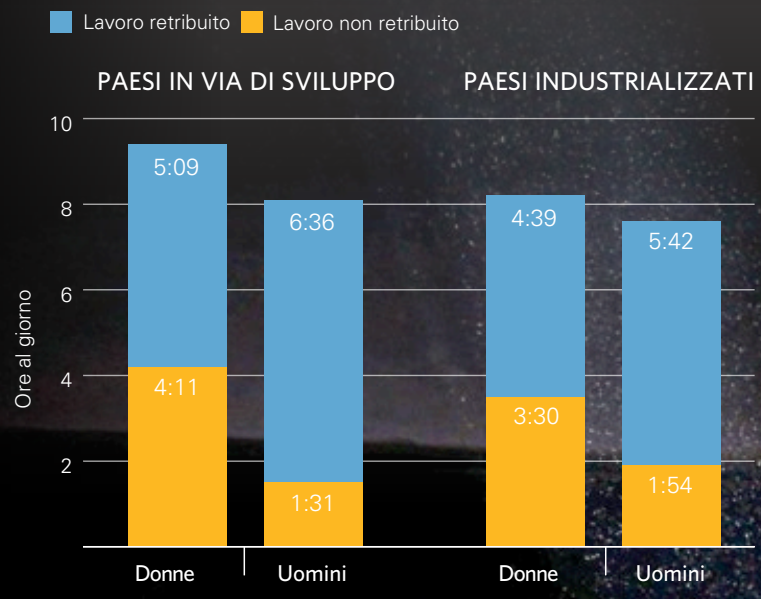
### *Il lavoro femminile domestico non retribuito riduce le potenzialità di reddito nel mercato del lavoro retribuito*

Le stesse norme che spesso ostacolano l'ingresso delle donne nel mondo del lavoro possono anche limitare le retribuzioni di quelle che sono inserite.

Nella maggioranza degli Stati, le donne svolgono meno ore di lavoro retribuito rispetto agli uomini e sopportano quasi tutto il peso del lavoro domestico e assistenziale non retribuito (Figura 24). Nei paesi per i quali sono disponibili i dati, il tempo impiegato dalle donne in questo tipo di lavoro è circa due volte e mezzo quello impiegato dagli uomini (ILO, 2016b).

Quando le donne svolgono un lavoro retribuito, le maggiori responsabilità nella cura della casa e dei familiari comportano un orario di lavoro complessivo più lungo di quello degli uomini. Nel paesi in via di sviluppo le donne lavorano in media, tra attività retribuite e non, 9 ore e 20 minuti a fronte di una media maschile di 8 ore e 7 minuti. Inoltre la giornata lavorativa di una donna residente in un paese in via di sviluppo è dedicata solo per il 55 per cento ad attività retribuite, a fronte dell'81 per cento della giornata di un uomo. Le loro responsabilità nell'ambito non retribuito dei lavori domestici e di assistenza implicano l'avere meno tempo a disposizione per dedicarsi a lavori che possono produrre delle entrate (ILO, 2016b). Il lavoro non retri-

FIGURA 24 Tempo trascorso in attività retribuite e non, in 23 paesi in via di sviluppo e 23 paesi industrializzati, suddiviso per genere. Dati più recenti disponibili




*Fonte:* ILO (2016b)

*Nella maggior parte dei paesi le donne impiegano, in lavori retribuiti, meno ore degli uomini e provvedono senza retribuzione alla maggior parte delle necessità domestiche e assistenziali.*

**In media le donne svolgono circa**

**2,5 VOLTE PIÙ**

**lavori domestici degli uomini**

© Diana Markosian/Magnum Photos

© Dieter Telemans/Panos Pictures

buito è dunque un fattore che moltiplica in misura significativa la disuguaglianza economica (Mateo Diaz e Rodriguez-Chamussy, 2016; Banca Mondiale, 2012).

## La penalizzazione della maternità

In qualsiasi parte del mondo le madri che lavorano fuori casa guadagnano meno delle donne senza figli (ILO, 2016b). La penalizzazione retributiva della maternità dura spesso anche quando i figli e le figlie sono adulti, perché durante la gravidanza e dopo il parto le madri perdono parte degli aumenti per anzianità lavorativa.

Le aspettative dei datori di lavoro sulle donne, che possono rimanere incinte, contribuiscono al divario retributivo di genere. I datori giustificano gli stipendi inferiori delle donne con l'impressione che lavorino con minore dedizione quando devono farsi carico anche delle responsabilità familiari (Lips, 2013). Alcuni considerano tutte le donne come potenziali madri e non assegnano loro incarichi più delicati, o promozioni, per via del rischio di imprevisti congedi per maternità (ILO, 2016a).

La discriminazione sul lavoro nei confronti delle donne incinte e delle lavoratrici che hanno delle responsabilità familiari si attua in molte forme ed è una violazione dei diritti di tutte le lavoratrici.

## Congedi per maternità e paternità

La mancanza di congedi per maternità o di garanzie di mantenimento del posto di lavoro costringe molte donne a scegliere tra il mondo del lavoro o l'avere figli, o tra ruolo produttivo e riproduttivo.

Oggi la maggioranza dei paesi prevede qualche forma di congedo di maternità. Nei paesi in cui alle donne è consentito assentarsi per un periodo più lungo di ma-

© UBELONG/www.ubelong.org

ternità retribuita si riscontra tendenzialmente un maggior tasso di partecipazione femminile alla forza lavoro (ILO, 2014; Banca Mondiale, 2015).

Spesso a seconda della lunghezza del congedo obbligatorio e di chi se ne assume gli oneri, i datori fanno discriminazioni sulle donne in età fertile, sia al momento dell'assunzione che in termini di retribuzione (Mateo Diaz e Rodriguez-Chamussy, 2016; Banca Mondiale, 2015).

L'Organizzazione Internazionale del Lavoro raccomanda un periodo minimo standard di congedo per maternità di 14 settimane (ILO, 2016b). Su 185 Stati monitorati, in 98 sono garantite almeno 14 settimane di congedo, in 60 da 12 a 13 settimane, in 27 un numero inferiore. Anche se la maggioranza degli Stati prevede qualche forma di protezione della maternità, tramite una legislazione specifica e piani di retribuzione sostitutiva, nella pratica la copertura del congedo di maternità è molto più bassa per via dei disincentivi volti a scoraggiare le donne e le coppie dall'usufruirne. A livello globale circa il 60 per cento delle lavoratrici non beneficia di alcun diritto garantito al congedo di maternità e ancora meno sono quelle che godono di un periodo di maternità retribuito. Questo vale soprattutto per l'enorme percentuale di lavoratrici autonome, occupate in attività a conduzione familiare o che svolgono lavori part-time o nel mercato informale, compreso il lavoro domestico e agricolo (ILO, 2014).

Poiché in moltissimi ambiti i posti di lavoro femminili sono particolarmente vulnerabili, diventa estremamente difficile attuare e far rispettare le tutele che garantiscono il diritto a rientrare al proprio posto al termine del congedo di maternità, senza conseguenze sulla retribuzione. Ad ogni buon conto, in 43 Stati vige

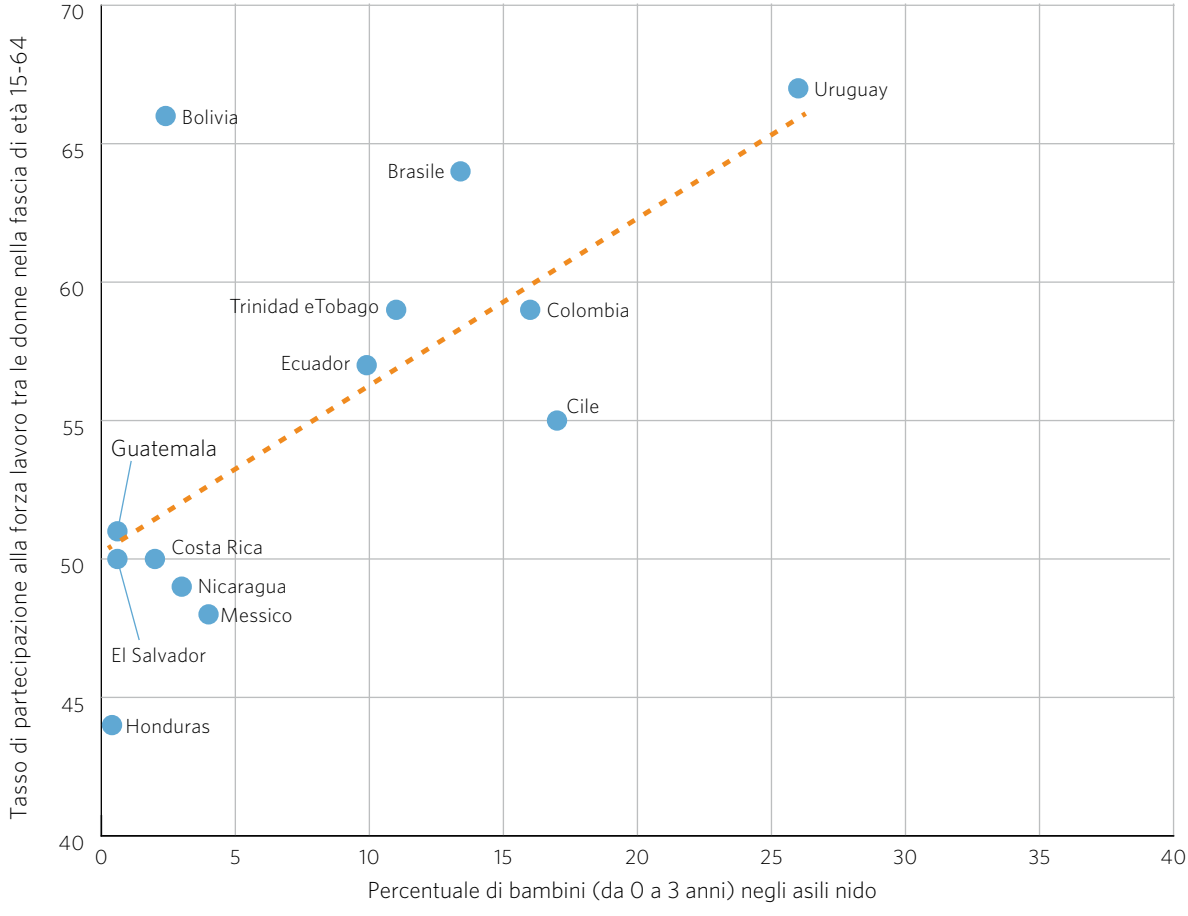
l'espresso divieto di operare qualsiasi discriminazione collegata alla maternità (ILO, 2014).

Il congedo di paternità è un permesso concesso ai padri perché possano prendersi cura dei figli dopo un parto o un'adozione. In un gruppo di 167 nazioni, 78 hanno istituito una qualche forma di diritto garantito al congedo di paternità, quasi sempre retribuito. La durata del congedo di paternità è comunque limitata: nella maggior parte dei paesi di Africa, Asia e America settentrionale i datori di lavoro concedono meno di una settimana.

## Congedo parentale e accessibilità servizi per l'infanzia

Il congedo parentale consente ai genitori di prendersi cura di un neonato o di un bambino piccolo anche dopo il congedo di maternità o di paternità. Su 169 paesi presi in esame, solo 66, quasi tutti in Europa orientale e Asia centrale, prevedono tale forma. Anche se in questi paesi è consentito un congedo "parentale condiviso" che garantisce a uno o entrambi i genitori il permesso di assentarsi, nella pratica a usufruirne sono quasi sempre le madri.

FIGURA 25 Partecipazione femminile alla forza lavoro e ricorso a strutture formali di nidi dell'infanzia per bambini fino ai tre anni in alcuni Stati selezionati di America Latina e Caraibi, 2012




Basato su Mateo Diaz e Rodríguez-Chamussy (2016). Dati dagli anni più recenti disponibili nei sondaggi nazionali.

La perdita di salario è una delle motivazioni più comuni per non esercitare il diritto al congedo parentale. Secondo l'Organizzazione Internazionale del lavoro, nel 2013 in Africa erano soltanto cinque gli Stati che prevedevano forme di congedo parentale – tutte non retribuite. In Asia solo 3 Stati su 25 lo garantiscono, con la Repubblica di Corea che prevede la possibilità di un'aspettativa al 40 per cento dello stipendio e il Nepal che consente solo un'aspettativa non retribuita. Sono 5 su 10 i paesi dell'area mediorientale che prevedono permessi parentali non retribuiti. Per contro, il congedo parentale è previsto in 20 su 24 paesi industrializzati.

Con o senza congedo parentale, il contributo dei padri alla cura dei figli comporta benefici significativi nel riequilibrare la quota sproporzionata di responsabilità dei genitori e nell'onere complessivo di lavoro domestico non retribuito.

Nel contesto di una distribuzione impari di responsabilità e doveri di assistenza, la capacità delle donne di inserirsi nel mondo del lavoro dipende spesso dalla possibilità di trovare forme anche economicamente accessibili e flessibili di assistenza per i figli, come gli asili nido. Se una donna ha un figlio ma non può affidarlo a qualche struttura, o se quelle esistenti sono troppo costose, è possibile che finisca per dover rinunciare a un posto di lavoro retribuito e a ogni possibilità di guadagno.

Un'analisi dei dati sul rapporto tra strutture per l'infanzia e partecipazione alla forza lavoro in America Latina e Caraibi (Figura 25) evidenzia la relazione positiva e significativa tra le due (Mateo Diaz e Rodriguez-Chamussy, 2016).

Un decennio di ricerche suggerisce che la flessibilità nel mercato del lavoro offre alle donne le migliori opportunità per inserirsi a pieno titolo e con ruoli significativi nel mondo del lavoro, percependo redditi più alti, senza rinunciare al ruolo riproduttivo. Orari flessibili, disponibilità di contratti part-time, disposizioni in materia di congedi di maternità e paternità, sono tutte misure che producono effetti positivi sulla partecipazione femminile alla forza lavoro.

## Il circolo vizioso di retribuzioni ridotte e minori competenze

La disuguaglianza – di qualsiasi tipo – è il prodotto di un insieme di forze che agiscono e interagiscono nella società dando origine a una serie di limitazioni o di costrizioni comportamentali per i singoli individui. Queste limitazioni e costrizioni limitano le opportunità, l'accesso alle risorse e le possibilità di scelta.

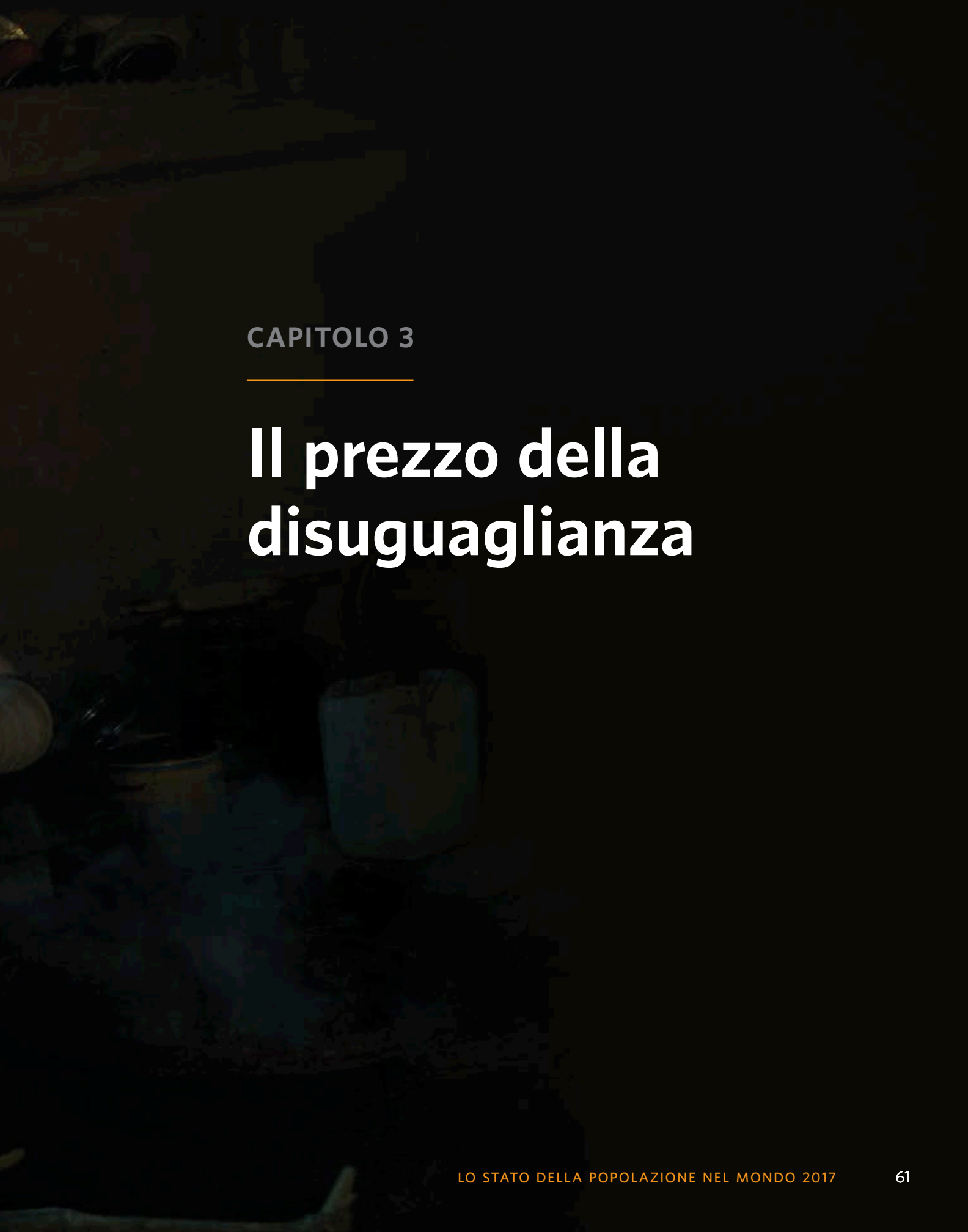
Una di tali forze, la disuguaglianza di genere, produce limitazioni e costrizioni per metà della popolazione mondiale. Molte delle disparità, nell'accesso alla salute e ai diritti sessuali e riproduttivi, si intrecciano con la disuguaglianza di genere o ne sono il prodotto.

In tutto il mondo la retribuzione delle donne è inferiore a quella degli uomini. Questa differenza deriva direttamente dalla disuguaglianza di genere che pervade i settori dell'istruzione e della salute e dalla disparità nella tutela dei diritti. Prese tutte insieme, queste disuguaglianze si traducono per le donne in una ridotta acquisizione di competenze e in una limitazione della gamma di opzioni e opportunità di lavoro e di introiti.

Guadagnando meno, le donne hanno meno risorse da destinare a servizi di importanza essenziale come la pianificazione familiare, servizi che potrebbero farle inserire nel mercato del lavoro e, una volta occupate, di guadagnare di più. Questa situazione innesca un circolo vizioso che spesso impedisce alle donne, ai loro figli e figlie, nonché ai/alle nipoti, di risollevarsi dalla povertà (Nazioni Unite, 2014).

In nome dell'uguaglianza e del benessere comune è essenziale che ragazze e ragazzi, uomini e donne, possano giocare sullo stesso terreno, alle stesse condizioni. Ciò significa che le regole del gioco devono essere uguali per tutti – nell'applicazione di leggi e diritti, nelle istituzioni che perpetuano norme e atteggiamenti improntati alla disuguaglianza di genere, nell'istruzione e nella salute e in particolare nella salute riproduttiva.

© Alixandra Fazzina/NOOR



CAPITOLO 3

# Il prezzo della disuguaglianza

L'Agenda 2030 definisce lo sviluppo sostenibile non solo come una "riduzione in termini assoluti della povertà estrema" (per esempio, nello sradicamento della povertà o della mortalità materna) ma anche come una "maggior uguaglianza" tra gli esseri umani, a livello nazionale e internazionale.

La disuguaglianza – in ambito economico, sociale, politico o della salute – è un ostacolo allo sviluppo umano sostenibile. Favorisce alcuni a spese di altri, e la relativa mancanza di partecipazione di interi strati di popolazione soffoca idee e soluzioni, riducendo la vitalità e la resilienza della società. In sintesi, le opportunità sprecate per alcuni limitano la prosperità a lungo termine per tutti.

La disuguaglianza è un ostacolo nel cammino verso il mondo che desideriamo. Consente allo sviluppo di recare benefici ad alcuni ma non ad altri, emargina alcuni gruppi o singoli, distorce i rapporti politici, sociali ed economici. Le disuguaglianze portano a concentrare privilegi e privazioni in base all'appartenenza sociale e geografica, restringendo la possibilità di contatti sociali tra gruppi diversi attraverso scuola, lavoro e alloggi, con la conseguenza di una minore comprensione reciproca che contribuisce a estremizzare il dibattito politico.

Malgrado i progressi compiuti nel contrastare la povertà estrema nel mondo, la crescente disuguaglianza economica smentisce chi sostiene che la prosperità è sempre più condivisa e che la qualità della vita sta migliorando per tutti. L'incremento della disuguaglianza economica ostacola la fiducia e la coesione sociale, minaccia la salute pubblica, rende sempre più marginale l'influenza politica delle classi povere e medie. La sua persistenza è la dimostrazione che i diritti umani non sono ancora universali. Se non la si affronta, rischia di alimentare disordini e di minare la *governance* e la pace.

Ridurre il divario tra ricchi e poveri, tra donne e uomini, tra privilegiati ed esclusi, dipende dalla capacità di rispettare e di capitalizzare le capacità di ciascuno. Incrementare le opportunità e gli esiti, in termini assoluti e relativi, fa progredire la trattativa sociale, è di aiuto ai governi che saranno al servizio di molti e non solo di pochi, stimola la crescita economica a lungo termine e la ricchezza comune.

In tutto il mondo in via di sviluppo le donne e le ragazze adolescenti più povere hanno meno capacità di esercitare i propri diritti riproduttivi e di tutelare la propria salute rispetto alle loro controparti più ricche. Le disuguaglianze nella salute sessuale e riproduttiva sono spesso ancora più forti a seconda del luogo di residenza – un'area urbana o rurale – e del livello di istruzione. Le donne meno istruite e che risiedono in una zona rurale di solito hanno minori possibilità di accedere ai servizi e le condizioni della loro salute riproduttiva sono peggiori rispetto a quella delle donne più istruite che vivono in aree urbane.

Quando la salute e i diritti non sono alla portata di un'ampia fetta di popolazione, tutti – anche i ricchi – ne vengono in qualche misura danneggiati. Una donna povera che non possa usufruire della pianificazione familiare, per esempio, rischia di avere più figli di quanti ne desideri. Di conseguenza, difficilmente riuscirà a inserirsi nel mercato del lavoro retribuito e quindi a migliorare la propria condizione economica e contribuire allo sviluppo del suo paese.

Le disuguaglianze nella salute e nei diritti sessuali e riproduttivi comportano dei costi per la singola persona, per la comunità di appartenenza, per i paesi e per l'intera popolazione mondiale.

## Disuguaglianza nei rischi per la salute riproduttiva

Nel mondo in via di sviluppo la maggioranza delle gravidanze – il 54 per cento – non è programmata (Sedgh et al., 2014).

Le gravidanze indesiderate sono più diffuse tra le donne delle aree rurali, povere e meno istruite. Nella maggior parte dei paesi, i tassi di fecondità sono più elevati tra i segmenti più poveri della popolazione che tra i gruppi ad alto reddito. Nei paesi con un tasso di fecondità relativamente contenuto, anche il divario tra

ricchi e poveri è relativamente ridotto. Ma nei paesi ad alto tasso di fecondità il divario tra il quintile di ricchezza più alto e quello più basso può essere considerevole. Per esempio, nello Zambia, il tasso di fecondità nel quintile più povero è più del doppio rispetto al quintile più ricco (Banca Mondiale, 2012).

Ogni anno, nei paesi in via di sviluppo, le gravidanze non desiderate si risolvono in 28 milioni di nascite non programmate, 36 milioni di aborti volontari (di cui 20 milioni di aborti non sicuri), 8 milioni di interruzioni spontanee della gravidanza e 800.000 nati morti (Guttmacher Institute e UNFPA, 2014).

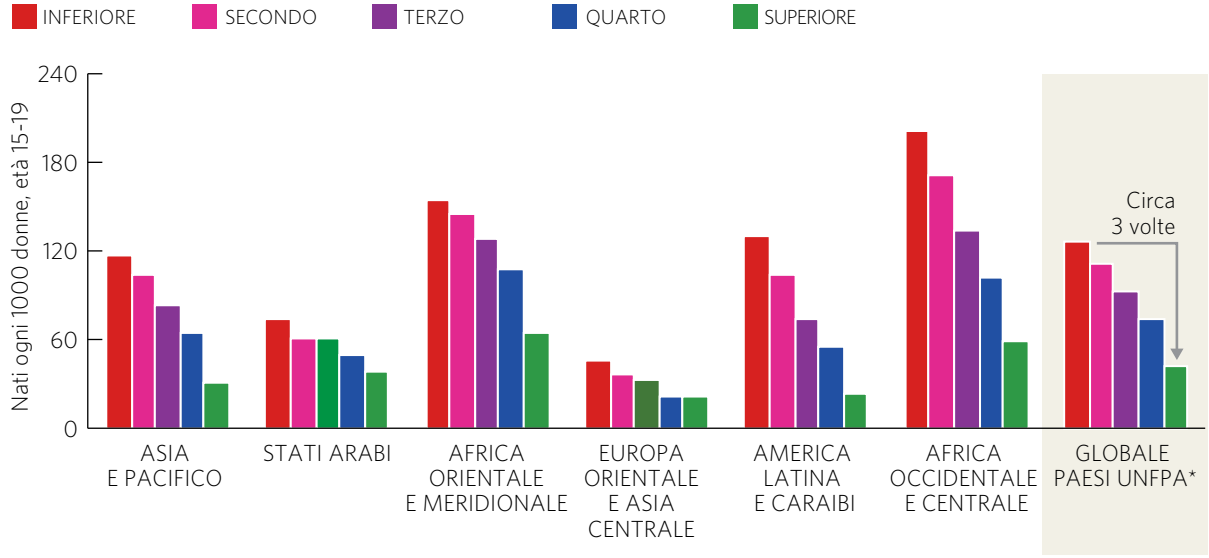
Le gravidanze indesiderate sono anche collegate all'incremento della povertà e alla riduzione delle prospettive di mobilità economica per le donne (UNFPA, 2012).

Si calcola che la domanda insoddisfatta di pianificazione familiare riguardi, nei paesi in via di sviluppo, 214 milioni di donne (Guttmacher Institute, 2017). I dati raccolti in 98 paesi in via di sviluppo mostrano come la domanda inevasa di pianificazione familiare sia maggiore tra le più povere, di area rurale e meno istruite, che tra le loro controparti più ricche, urbanizzate e meglio istruite (UNFPA, 2013b).

Le disparità nella soddisfazione della domanda sono significative in tutte le regioni, esclusa l'Africa centrale e occidentale, in cui la percentuale di domanda inevasa resta costantemente alta in tutti i gruppi demografici, sociali ed economici.

Quando le donne più povere nei paesi in via di sviluppo sono incinte, le limitazioni e le disparità nell'accesso ai servizi per la salute riproduttiva, unite all'impossibilità di soddisfare le esigenze nutrizionali della madre e del feto, possono causare gravi complicanze per entrambi. Malgrado a livello mondiale sia stato ampliamente ridotto, il tasso di mortalità materna dei paesi meno sviluppati è ancora di 436 decessi ogni 100.000 nati vivi, rispetto ai 12 decessi su 100.000 nati vivi dei paesi industrializzati (UNFPA, 2016b).

FIGURA 26 Tassi di maternità tra le adolescenti (15-19 anni), per regione e per quintile di ricchezza (dati più recenti disponibili)




*Si riferisce alla media ponderata nei 155 paesi e territori in cui opera UNFPA.

Nota: il grafico si basa sui dati più recenti disponibili.
***Fonte:*** UNFPA (2016a)

© Paolo Pellegrin/Magnum Photos

Oltre il 96 per cento di tutti i bambini e bambine sottopeso alla nascita, viene alla luce nei paesi in via di sviluppo (OMS, 2017). Anche se l'accesso all'assistenza prenatale è in aumento in tutto il mondo, le donne nelle regioni in via di sviluppo, specie in Africa subsahariana e in Asia meridionale, si sottopongono spesso a meno di quattro visite prenatali – il numero minimo raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità fino al novembre 2016, quando il numero raccomandato è stato portato a otto (OMS, 2016). La situazione è ancora peggiore nelle aree rurali dei paesi in via di sviluppo, dove i costi associati alle lunghe distanze da percorrere per ricevere assistenza prenatale sono proibitivi (Finlayson e Downe, 2013).

La scarsa salute delle madri ha inoltre implicazioni intergenerazionali: una ricerca ha dimostrato che i problemi di salute delle madri incidono sulla salute e sulla sopravvivenza dei/delle figli/e (Bhalotra and Rawlings, 2011). Lo stesso studio ipotizza che le cattive condizioni di salute intergenerazionali abbiano uno stretto legame di interdipendenza con il reddito, il benessere economico e la disuguaglianza.

Dei 7,3 milioni di adolescenti sotto i 18 anni che annualmente partoriscono nei paesi in via di sviluppo, 1,1 milioni ha meno di 15 anni (UNFPA, 2013a). La maggior parte delle nascite da madri adolescenti – il 95 per cento – si verifica nei paesi in via di sviluppo, e nove su dieci di questi parti avvengono all'interno di un matrimonio o di una convivenza. I matrimoni precoci sono di solito più frequenti nei paesi con un livello di povertà estremo, e tra i gruppi più poveri di ciascun paese (UNFPA, 2013a).

Nei paesi in via di sviluppo, le adolescenti (di età tra i 15 e i 19 anni) appartenenti al venti per cento di famiglie più povere partoriscono con una frequenza tripla rispetto al 20 per cento delle famiglie più ricche. Tra le ragazze che vivono in un contesto rurale i parti sono in media il doppio (come proporzione calcolata su 1000 donne) rispetto alle loro omologhe che vivono in città.

Le variazioni nei tassi di natalità tra le adolescenti, all'interno di uno stesso paese, trovano in parte la loro origine nella disparità di accesso ai servizi per la salute sessuale e riproduttiva. Le adolescenti hanno di norma meno possibilità di ricorrere alla contraccezione rispetto agli adolescenti maschi, per via di politiche discriminatorie, operatori di servizi con atteggiamenti giudicanti, norme culturali dominanti che stabiliscono i comportamenti accettabili per le ragazze.

Nei 96 paesi in via di sviluppo per i quali disponiamo di dati, la natalità tra le adolescenti è più alta nelle aree rurali e dove le ragazze sono più povere e meno istruite (Figure 14 e 15). Le più ampie disparità tra aree urbane e aree rurali si riscontrano in Africa Centrale e Occidentale. Le maggiori disuguaglianze nell'istruzione si verificano in America Latina e Caraibi, che rappresentano anche la regione con la maggior disuguaglianza in termini di ricchezza.

La gravidanza può avere conseguenze immediate e durature sulla salute, sull'istruzione e sulle potenzialità di reddito di una ragazza, tanto da alterare spesso il corso dell'intera esistenza. Il rischio di morte materna per chi ha meno di 15 anni, nei paesi a basso e medio reddito, è doppio rispetto a quello delle donne più mature, così come è molto più elevato il rischio di fistola ostetrica (UNFPA, 2013a).

La maternità adolescenziale è collegata alla disuguaglianza di reddito e all'incidenza della povertà (Gonzales et al., 2015a). Elevati tassi di natalità sono associati a una ridotta attività economica femminile – specie tra le giovani che, una volta incinte, spesso abbandonano la scuola con conseguenze nefaste sulle loro potenzialità quando cercheranno di entrare nel mondo del lavoro. Elevati tassi di maternità possono incrementare la disuguaglianza anche nell'istruzione, nella partecipazione economica e nel reddito potenziale.

Uno studio della Banca Mondiale (Chaaban e Cunningham, 2011) suggerisce che i costi che la gravidanza di un'adolescente comporta, in termini di opportunità perdute nell'arco della vita – costi misurati in base al reddito annuo medio percepito dalla madre nell'arco della sua vita – varia dall'1 per cento del prodotto interno lordo (PIL) in Cina al 30 per cento del PIL in Uganda.

Alcuni studi hanno evidenziato una relazione tra i parti in giovane età e i problemi di salute fisici e mentali insorti successivamente; diversi di questi studi hanno dimostrato che la maternità adolescenziale moltiplica gli svantaggi delle ragazze di indigente condizione socio-economica (Hodgkinson et al., 2014; Patel and Sen, 2012).

Le adolescenti vanno incontro a ulteriori rischi per la salute riproduttiva perché rispetto alle adulte hanno minori possibilità di accedere ai servizi, in particolare quelli per la contraccezione e prevenzione dell'HIV. Tra gli adolescenti in generale, le ragazze sono molto più a rischio dei ragazzi.

Oggi l'HIV/AIDS è la prima causa di morte tra le adolescenti in Africa orientale e meridionale, le ragazze rappresentano l'80 per cento delle nuove infezioni da HIV tra gli adolescenti in questa regione (Fleischman e Peck, 2015). A livello mondiale, il 60 per cento di tutti i giovani positivi all'HIV, e il 58 per cento di tutti i nuovi contagiati, sono giovani donne e ragazze adolescenti (nella fascia di età 15-24) (UN Women, 2016).

L'HIV/AIDS comporta conseguenze più pesanti per i poveri che per quanti dispongono di maggiore ricchezza e di un accesso più facile all'assistenza sanitaria di qualità. Sebbene negli ultimi anni le possibilità di trattamento per chi vive nei paesi a basso e medio reddito siano migliorate, il 60 per cento dei contagiati e contagiate non è in grado di accedere a terapie antiretrovirali salvavita, che hanno spesso un costo inaccessible (UNAIDS,

© UNPFA/Maks Levin

# TROPPO GIOVANI

## GRAVIDANZA TRA LE ADOLESCENTI

**IL 95 PER CENTO**
dei parti da adolescenti nel mondo avviene nei paesi in via di sviluppo

Le minori di 15 anni rappresentano

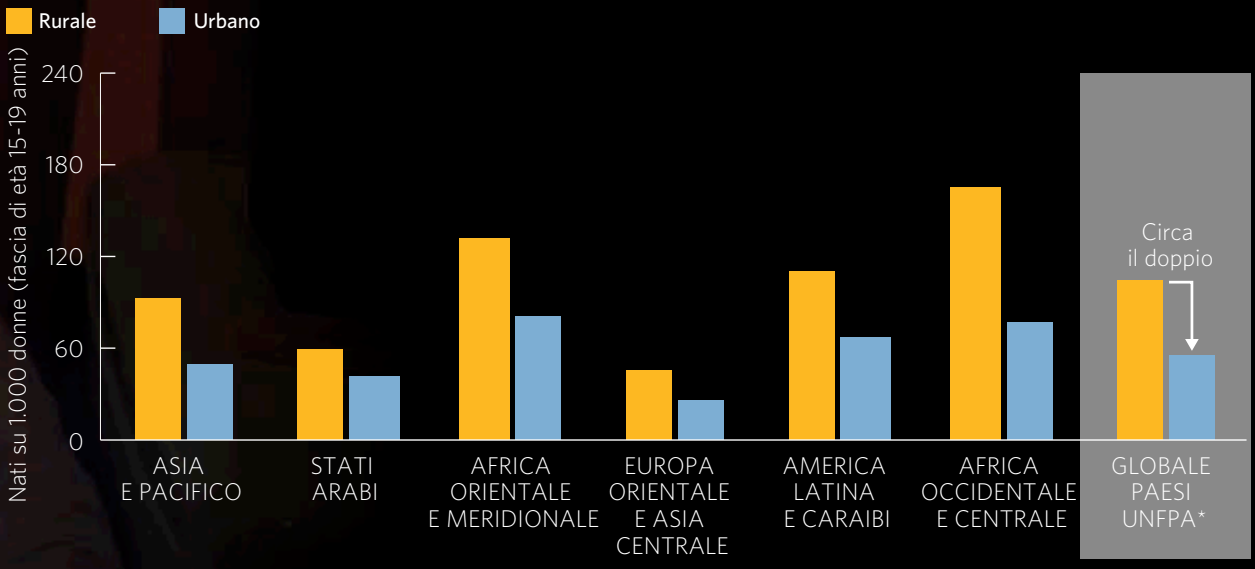
**1,1 MILIONI**
**SUI**
**7,3 MILIONI**

di adolescenti sotto i 18 anni che partoriscono annualmente nei paesi in via di sviluppo.

**9 SU 10**
adolescenti che partoriscono sono sposate o convivono

Nei 96 paesi in via di sviluppo per i quali disponiamo di dati, i tassi di natalità tra le **adolescenti sono più alti nelle aree rurali** e dove le adolescenti sono più povere e meno istruite.

FIGURA 27 Tassi di maternità tra le adolescenti (15-19 anni), per luogo di residenza (dati più recenti disponibili)




*Si riferisce alla media ponderata nei 155 paesi e territori in cui opera UNFPA

Nota: il grafico si basa sui dati più recenti disponibili..
***Fonte:*** UNFPA (2016a)

2015). Senza terapie, le famiglie già in condizioni di povertà rischiano di aggravare ulteriormente la propria situazione, specie se a morire è un membro della famiglia che percepiva un reddito.

## L'intersezione tra disuguaglianze nella salute, nell'istruzione e di genere

Malgrado i progressi compiuti negli ultimi trent'anni verso l'uguaglianza di genere nell'istruzione, le ragazze hanno ancora più probabilità dei ragazzi di interrompere gli studi già durante la scuola primaria e ancora maggiori di non iscriversi a quella secondaria (UNICEF e UNESCO Institute for Statistics, 2015). Le bambine che vivono nelle aree rurali, povere o che appartengono a gruppi minoritari etnici o religiosi, sono ancora più a rischio di non frequentare la scuola rispetto alle loro controparti delle aree urbane, ricche e appartenenti alle maggioranze etniche o religiose (Global Partnership for Education, 2013; UNICEF e UNESCO Institute for Statistics, 2015).

Le minori percentuali di iscrizione, frequenza e completamento del ciclo di studi sono la conseguenza di molti fattori sociali, geografici ed economici che collocano le ragazze in una posizione svantaggiata rispetto all'istruzione, in particolare all'inizio dell'adolescenza.

Nelle scuole, la mancanza di bagni separati e l'assenza di prodotti per le mestruazioni, per esempio, spesso costringono le ragazze nell'età della pubertà a saltare giorni di scuola. Quando, per colpa della scarsità dei prodotti igienico-sanitari, le mestruazioni lasciano tracce visibili, le ragazze sono ancora più vulnerabili a molestie e abusi sessuali (Sommer, 2010).

Anche i matrimoni precoci portano le ragazze lontano dalla scuola e minacciano la loro salute e il benessere. Il matrimonio è spesso seguito dalla gravidanza, anche quando la ragazza non è ancora pronta, fisicamente e mentalmente. Nei paesi in via di sviluppo, su dieci adolescenti che diventano madri, nove hanno un legame di matrimonio o di convivenza. In questi paesi le complicazioni della gravidanza e del

© Mark Tuschman

**TASSI INFERIORI DI ISCRIZIONE, FREQUENZA E COMPLETAMENTO DEGLI STUDI sono l'esito di molti fattori sociali, geografici ed economici che METTONO LE RAGAZZE IN POSIZIONE DI SVANTAGGIO nell'istruzione, soprattutto quando entrano nell'adolescenza.**

© Froi Rivera, Courtesy of Photoshare

parto sono tra le prime cause di morte per le ragazze tra i 15 e i 19 anni.

Le giovani sposate rischiano inoltre di essere esposte alle infezioni sessualmente trasmissibili come l'HIV. Quando si sposano, sono sovente costrette ad abbandonare gli studi per assumersi la responsabilità di una famiglia, con un'evidente violazione del loro diritto all'istruzione. Le ragazze che lasciano la scuola vanno incontro a peggiori condizioni economiche e di salute rispetto a quelle che continuano a studiare, anche i loro figli e figlie otterranno risultati peggiori.

Il timore di essere aggredite o molestate nel tragitto casa-scuola è una delle ragioni per cui le ragazze delle aree rurali spesso iniziano a frequentare la scuola più tardi dei coetanei maschi (UNICEF e UNESCO Institute for Statistics, 2015). Iniziare la scuola in ritardo comporta una maggiore probabilità di valutazioni basse, bocciature e abbandoni scolastici (Nonoyama-tarumi et al., 2010; Wils, 2004) soprattutto quando si proviene da famiglie con una condizione socioeconomica più bassa (Nonoyama-tarumi et al., 2010).

Anche l'etnia gioca un ruolo importante nel divario di genere in ambito scolastico. Si calcola, che tra tutte le ragazze che nel mondo non frequentano la scuola, i due terzi appartengano a minoranze etniche dei rispettivi paesi (Banca Mondiale, 2012). Uno degli esempi più impressionanti di disuguaglianza educativa si riscontra in Europa tra i rom: in alcuni paesi, oltre il 30 per cento dei ragazzi rom non riceve nemmeno l'istruzione primaria, in nessun paese la percentuale che arriva alla laurea supera l'1 per cento (Brüggemann, 2012). I costi dell'esclusione educativa dei rom sono altissimi, le perdite si calcolano attorno al 3,7 per cento del PIL nella sola Bulgaria (Banca Mondiale, 2010). La disuguaglianza educativa colpisce in misura maggiore le ragazze, che hanno molte più probabilità di sposarsi prima di compiere i 18 anni. In Serbia, per esempio, il 57 per cento delle donne rom si sono sposate prima dei 18 anni, rispetto al 7 per cento del resto della popolazione (UNICEF, 2014).

Quando una ragazza non va a scuola, perde moltissime opportunità di conseguire conoscenze e competenze che potranno in futuro aiutarla a mettere in campo

le sue capacità. Inoltre, una ragazza che non frequenta la scuola non può usufruire di un'educazione sessuale completa e di abilità e competenze, grazie alle quali impara nozioni essenziali sul proprio corpo, sulle relazioni di genere e sui rapporti di potere. A scuola poi si formano le capacità di comunicare e di negoziare, senza le quali la ragazza si troverà ulteriormente svantaggiata al momento del passaggio dall'adolescenza all'età adulta. Educazione sessuale completa significa un approccio basato sui diritti e focalizzato sul genere, nella scuola ma anche fuori. È un percorso educativo che dura diversi anni e che fornisce informazioni adeguate all'età e in accordo con le capacità delle giovani.

Un'analisi ha dimostrato che i paesi con un alto tasso di abbandono scolastico presentano anche un alto tasso di maternità tra le adolescenti, soprattutto per le ragazze in Africa (United Nations, 2013a). Uno studio sull'istruzione femminile condotto in Kenia ha evidenziato che le probabilità per una ragazza di partorire in età adolescenziale crollano del 7,3 per cento se ha ricevuto un'istruzione primaria e di un ulteriore 5,6 per cento se ha completato almeno gli studi secondari (Ferré, 2009).

I livelli di istruzione scolastica sono simili per ragazzi e ragazze nei segmenti più ricchi della popolazione di tutto il mondo. Nella maggioranza dei paesi le differenze si fanno più pronunciate nei segmenti più poveri. In India, per esempio, maschi e femmine tra i 15 e i 19 anni che appartengono al quintile più ricco della popolazione hanno entrambi probabilità di completare le prime dieci classi scolastiche. Ma i ragazzi che provengono dal quintile più povero hanno maggiori probabilità di fermarsi alla sesta classe (la prima media) mentre le ragazze si fermano spesso alla prima elementare (Banca Mondiale, 2012).

## Disuguaglianze nella salute sessuale e riproduttiva e disuguaglianza economica

Le disuguaglianze nella salute sessuale e riproduttiva sono in stretto rapporto con la disuguaglianza economica: le donne del quintile più povero dei paesi in via di sviluppo di solito hanno meno possibilità di usufruire dei servizi essenziali per esercitare il proprio diritto a evitare una gravidanza, rimanere in buona salute durante la stessa, partorire in condizioni di sicurezza.

La povertà esclude milioni di donne da quei servizi salvavita di cui dispongono senza difficoltà le appartenenti alla fascia di popolazione economicamente più agiata. Questa esclusione può portare a esiti negativi per la salute riproduttiva, con ripercussioni non solo per le donne ma anche sul benessere di tutta la famiglia e della comunità di appartenenza, nonché sullo sviluppo economico e sociale del paese.

Le disuguaglianze nella salute riproduttiva e la disuguaglianza economica rischiano quindi di rafforzarsi reciprocamente, intrappolando le donne in un circolo vizioso di povertà, capacità ridotte e potenzialità irrealizzate. Anche se il collegamento tra queste dimensioni della disuguaglianza non è lineare, è evidente che esistono molti punti di intersezione.

Queste forme di disuguaglianza che si intersecano possono comportare enormi conseguenze per le società nel loro complesso, con moltissime donne che soffrono cattive condizioni di salute o non sono in grado di decidere se, quando e quanti figli avere, non avendo pertanto la possibilità di inserirsi nel mondo del lavoro e realizzare appieno le loro capacità. Gli effetti perniciosi di tutto questo possono coprire l'intero arco della vita ed estendersi anche alla generazione successiva.

La disuguaglianza economica va aggravandosi in molte parti del mondo, soprattutto nei paesi in via di sviluppo.

Le ricerche condotte da organismi quali la Banca Mondiale, il Fondo Monetario Internazionale e l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE), dimostrano che una situazione di estrema disuguaglianza nel reddito all'interno di un paese può sortire effetti disastrosi sulla sua crescita economica.

Uno studio dell'OCSE suggerisce che il potenziale di crescita nel lungo periodo dei paesi in via di sviluppo è

FIGURA 28 Percentuale di donne più povere, nella fascia 7-16 anni, che non sono mai andate a scuola

| Posizione | Nazione | % |
|---|---|---|
| 1 | Somalia | 95 |
| 2 | Niger | 78 |
| 3 | Liberia | 77 |
| 4 | Mali | 75 |
| 5 | Burkina Faso | 71 |
| 6 | Guinea | 68 |
| 7 | Pakistan | 62 |
| 8 | Yemen | 58 |
| 9 | Benin | 55 |
| 10 | Costa d'Avorio | 52 |

Media di anni di istruzione per le donne più povere di 17-22 anni

| Posizione | Nazione | Anni |
|---|---|---|
| 1 | Somalia | 0.3 |
| 2 | Niger | 0.4 |
| 3 | Mali | 0.5 |
| 4 | Guinea | 0.5 |
| 5 | Guinea-Bissau | 0.8 |
| 6 | Yemen | 0.8 |
| 7 | Repubblica Centrafricana | 0.8 |
| 8 | Burkina Faso | 0.9 |
| 9 | Pakistan | 1.0 |
| 10 | Benin | 1.1 |

*Fonte:* UNESCO e EFA-GMR (2013)

**Una ragazza che non va a scuola perde opportunità di acquisire conoscenze e competenze che potranno aiutarla a realizzare, QUANDO SARÀ PIÙ GRANDE, TUTTE LE SUE POTENZIALITÀ**

© Mark Tuschman

messo a repentaglio da una ingente disuguaglianza nel reddito, anche in quei paesi che hanno compiuto notevoli passi avanti nel limitare l'incidenza della povertà estrema (OCSE, 2015). Per contro, ridurre la disuguaglianza si traduce spesso in un'accelerazione della crescita economica e della riduzione della povertà (Banca Mondiale, 2016).

La disuguaglianza nel reddito esercita un'influenza negativa sulla crescita soprattutto perché limita le capacità delle persone negando soprattutto ai più poveri le opportunità per costruire il proprio capitale umano. (OCSE, 2015).

Per quanto, negli scorsi decenni, si siano registrati molti passi avanti verso la riduzione della povertà, la persistenza della disuguaglianza economica continua a ostacolare il progresso di milioni di persone. La disuguaglianza nel reddito, in aumento in gran parte dei paesi più industrializzati, porta all'ampliamento del divario tra ricchi e poveri e alla stagnazione economica per chi si trova al fondo della scala della ricchezza. La ricerca dell'OCSE dimostra inoltre che i membri delle famiglie più povere dedicano meno tempo all'istruzione e raggiungono un livello più basso di alfabetizzazione, che a sua volta implica minori opportunità occupazionali e lavori meno qualificati (OCSE, 2015).

## La moltiplicazione delle disuguaglianze

Se si osservano le caratteristiche di chi vive in condizione di povertà, balza agli occhi che le persone più povere sono anche quelle che hanno maggiori probabilità di affrontare altre forme di disuguaglianza. Hanno più probabilità di vivere in aree rurali, essere meno istruiti e istruite e appartengono a famiglie più numerose: l'80 per cento vive nelle zone agricole, il 44 per cento ha meno di 15 anni, il 39 per cento non ha conseguito alcun livello di istruzione formale (Banca Mondiale, 2016).

La natura interconnessa e pluridimensionale delle disuguaglianze – nel reddito, tra i sessi, nella salute riproduttiva e nell'istruzione – rende spesso difficile stabilire quali siano le forze in gioco e in che modo

© AFP/Getty Images

agiscano. Ma tutte queste disuguaglianze interagiscono tra loro e comportano per le persone di tutto il mondo conseguenze a lungo termine che si moltiplicano a vicenda.

Le disuguaglianze economiche sono spesso palesi nelle grandi o crescenti differenze nelle condizioni di salute, che riflettono le disuguaglianze di opportunità nell'accesso alle informazioni, all'assistenza sanitaria di qualità o ad altri servizi pubblici. Queste disuguaglianze nelle opportunità e nell'accesso sono in tutto il mondo alla base di quelle che troviamo nella salute, a causa dell'accesso impari alle tecnologie dell'informazione, all'educazione sanitaria, all'assistenza sanitaria moderna e ai benefici apportati dal progresso scientifico.

I tentativi di affrontare le disuguaglianze nei risultati e nelle opportunità sono destinati al fallimento se non tengono conto di quelle perduranti e strutturali legate al genere e che sono presenti in tutte le società, rafforzando le privazioni relative così come quelle assolute.

Gli effetti della disuguaglianza nel reddito sono amplificati e moltiplicati dalla disuguaglianza di genere, cosicché il gap di genere nella povertà è in tutto il mondo una delle ingiustizie più difficili da sradicare. Uno studio recente ha dimostrato che la disuguaglianza di genere è strettamente associata a quella di reddito, a sua volta generata soprattutto, nei paesi a più alto reddito, dai divari di genere nella partecipazione economica e, nei paesi a medio e basso reddito, dai divari di genere nell'istruzione, nell'*empowerment* politico e nella salute (Gonzales et al., 2015a).

Si calcola che siano donne quasi i due terzi dei circa 781 milioni di persone con più di 15 anni che, secondo le stime, sono analfabete. Dei 58 milioni di bambini che, pur essendo in età scolare, non frequentano la scuola primaria, 31 milioni sono bambine. Il 58 per cento di tutti i nuovi contagi da HIV tra i giovani avviene tra le ragazze e le giovani donne.

La disuguaglianza di genere nega alle donne il diritto di decidere se, quando o chi sposare e se, quando e quanti figli avere. Questa mancanza di scelta produce limitazioni per le donne fin dall'inizio del loro percorso di vita. Le disuguaglianze strutturali che donne e bambine devono affrontare hanno come risultato l'aggregazione e la moltiplicazione delle disuguaglianze che minano il contributo che metà della popolazione mondiale potrebbe portare.

Le disuguaglianze di reddito e di opportunità rafforzano quelle di altro tipo, come nella partecipazione, nel potere decisionale, nella giustizia o nella tutela garantita dalla legge; una disparità nelle possibilità di far sentire la propria voce o di accedere ai mezzi di comunicazione di massa; impari occasioni di raggiungere posizioni di leadership e altre ancora.

Le disuguaglianze inoltre operano a più livelli, e gravano sugli individui, sui loro rapporti con i vicini e con i concittadini ma anche sui rapporti tra familiari e parenti.

La somma di tipologie diverse di disuguaglianza consolida la deprivazione relativa come quella assoluta e contribuisce alle disuguaglianze nella distribuzione territoriale e alle abissali differenze tra le diverse comunità per quanto riguarda l'accesso ai trasporti, alle opportunità occupazionali, all'energia elettrica, la prossimità alle minacce ambientali e l'accesso ai servizi essenziali.

Le disuguaglianze contribuiscono poi alla mobilità umana, compresa la migrazione interna e quella internazionale, perché le persone si trasferiscono nel tentativo di liberarsi dalle radicate disuguaglianze territoriali e nella speranza di trovare maggiori opportunità e migliori risultati in un ambiente diverso.

Analogamente alla povertà e alla disuguaglianza a livello individuale e familiare, la povertà e la disuguaglianza a livello nazionale e regionale rischia di auto-riprodursi. Il fatto che i paesi meno sviluppati in assoluto siano l'habitat principale di crisi e disastri naturali non è una coincidenza. Le disuguaglianze sono probabilmente alla radice della fragilità, che a sua volta ingigantisce i rischi e incrementa le probabilità che si inneschi una crisi umanitaria.

© Lynsey Addario for Time Magazine/UNFPA

CAPITOLO 4

# Verso l'uguaglianza raggiungendo prima chi è più indietro

Tra gli obiettivi e i traguardi del Programma d'azione della Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo, che come già detto guida il lavoro di UNFPA, ci sono "una costante crescita economica nel contesto di uno sviluppo sostenibile; l'istruzione, soprattutto per le bambine; la parità e l'uguaglianza di genere; la riduzione della mortalità materna, neonatale e infantile; la garanzia dell'accesso universale ai servizi per la salute riproduttiva, compresi quelli per la pianificazione familiare e la salute sessuale".

Il Programma d'azione sottolinea "il compito essenziale di sradicare la povertà come requisito indispensabile per uno sviluppo sostenibile, al fine di ridurre le disuguaglianze nella qualità della vita e per meglio rispondere ai bisogni della maggioranza della popolazione del mondo". Le attività dei governi in risposta all'accordo della ICPD hanno contribuito, per 20 anni, a compiere notevoli progressi nell'uguaglianza di genere, nella salute e nelle aspettative di vita, e a far uscire circa un miliardo di persone da una condizione di povertà estrema (United Nations, 2014).

## Una nuova agenda globale che metta al centro l'uguaglianza

I diversi paesi del mondo, riuniti nel 2015, per tracciare la rotta verso lo sviluppo sostenibile da seguire nei prossimi 15 anni, si sono impegnati a mettere fine alla povertà e alla fame ovunque sul pianeta, a combattere le disuguaglianze a livello nazionale e intra-nazionale, a costruire società più inclusive, che non lascino indietro nessuna persona. Si sono impegnate inoltre a "raggiungere prima di tutto coloro che sono più indietro".

L'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile, con i relativi 17 SDGs, si basa sui principi del rispetto dei diritti, della giustizia, dell'inclusione e dell'uguaglianza.

Moltissimi paesi di tutto il mondo hanno convenuto che la nuova visione per lo sviluppo sostenibile si potrà realizzare soltanto se l'umanità intera vorrà unirsi e impegnarsi in questo sforzo; e che in futuro lo sviluppo dovrà portare benefici per tutti, non solo per quelli che si trovano al vertice della scala economica, politica o sociale del rispettivo paese. "Siamo decisi a mettere fine alla povertà e alla fame, in tutte le forme e dimensioni, a garantire che tutti gli esseri umani possano realizzare appieno le loro capacità potenziali, con dignità e uguaglianza e in un ambiente sano", si legge nella risoluzione delle Nazioni Unite che accompagna il varo ufficiale degli Obiettivi.

L'Obiettivo 10 per lo sviluppo sostenibile punta a ridurre la disuguaglianza nazionale e intra-nazionale. Comprende target specifici come il sostegno alla crescita economica del 40 per cento più povero della popolazione, che dovrà progredire a un ritmo superiore alla media nazionale, nonché l'attuazione e la promozione dell'inclusione sociale, economica e politica per tutti. Quest'ultimo target va a toccare le tante forme di disuguaglianza che vanno oltre quelle economiche più ovviamente associate a reddito differenziale e ricchezza, come la partecipazione alla forza lavoro e la disuguaglianza retributiva; la disuguaglianza politica, tra cui la negazione del diritto di voto e di rappresentanza politica; infine, la disuguaglianza nell'accesso all'istruzione qualificata e all'assistenza sanitaria.

All'interno della visione globale dell'Agenda 2030 spicca il concetto di "prosperità condivisa" e di "un mondo dove vige il rispetto universale per i diritti dell'essere umano e della sua dignità, per lo stato di diritto, per la giustizia, l'uguaglianza e la non-discriminazione... e dove vi sono pari opportunità per la completa realizzazione delle capacità umane..." L'Obiettivo 1 per lo sviluppo sostenibile, "debellare la povertà estrema entro il 2030", e il target della prosperità condivisa hanno più probabilità di essere raggiunti se i redditi del 40 per cento più povero della popolazione cresceranno più rapidamente della media. Quanto più è alto il tasso di crescita tra questo 40 per cento più povero, tanto più rapidamente il progresso economico viene distribuito tra i segmenti più poveri della società (Banca Mondiale, 2016).

Accelerare la crescita del reddito nel 40 per cento più povero del pianeta richiede però importanti investi-

menti nel capitale umano, soprattutto nell'istruzione e nella salute dei bambini e delle bambine.

Altri SDGs chiariscono che l'uguaglianza economica, che riguardi il reddito o la ricchezza personale, non è l'unico criterio per misurare l'uguaglianza o il benessere. L'Obiettivo 5 punta a raggiungere la parità di genere e l'*empowerment* di tutte le donne e le ragazze, l'Obiettivo 4 mette l'accento sull'istruzione equa e inclusiva per tutti e tutte.

Per poter raggiungere gli SDGs entro il 2030 è indispensabile un rinnovato impegno concentrato sulle popolazioni più povere e sulle aree dove la discriminazione di genere è più pesante, il traguardo dell'istruzione più lontano e la salute e i diritti sessuali e riproduttivi tutt'altro che universali.

## Porre le fondamenta per il dividendo demografico

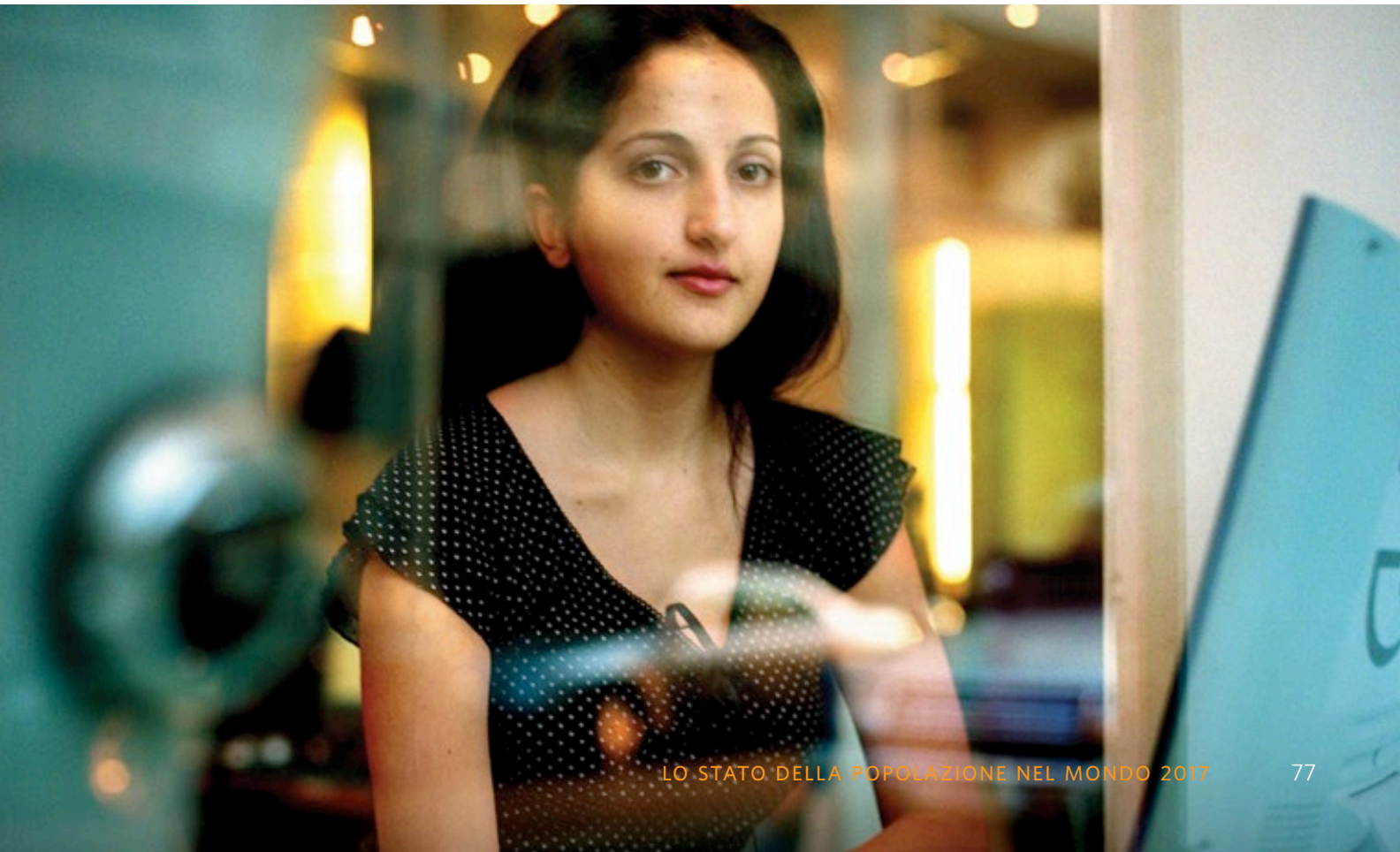
Ridurre la disuguaglianza nel campo della salute, e soprattutto della salute riproduttiva, può avere conseguenze positive sulle economie grazie al "dividendo demografico".

Quest'ultimo è il potenziale di crescita economica che si può produrre grazie ai cambiamenti nella struttura anagrafica della popolazione, quando la percentuale di popolazione attiva e produttiva aumenta in rapporto a quella della popolazione non attiva.

Il dividendo demografico è legato alla transizione demografica, che inizia quando i tassi di mortalità neonatale e infantile diminuiscono grazie alla maggiore accessibilità a vaccini, antibiotici, acqua potabile, servizi igienici e sanitari, alimentazione più sana e nutriente. Quando le coppie si rendono conto che, per avere la famiglia delle dimensioni che desiderano, non hanno bisogno di mettere al mondo molti più figli, i tassi di fecondità iniziano a diminuire.

Con il tempo, le coppie iniziano a desiderare famiglie di dimensioni più ridotte, cosicché aumenta la proporzione della popolazione attiva rispetto a quella non attiva. L'elevata percentuale di lavoratori e lavoratrici,

© Alfredo Caliz/Panos Pictures



in confronto a quella di bambini e anziani che da loro dipendono, crea le potenzialità per un importante impulso verso la crescita economica, in quanto le risorse che altrimenti sarebbero state necessarie a sostenere le persone a carico possono essere invece destinate al risparmio e alla costruzione del capitale umano. Inoltre, avere famiglie meno numerose consente alle donne di entrare nel mondo del lavoro retribuito contribuendo alla crescita del reddito familiare (UNFPA, 2016b).

Gli Stati con una popolazione giovane, numerosa e in rapido aumento si trovano nella posizione di poter raccogliere un dividendo demografico che nel lungo periodo può condurre a una crescita economica inclusiva, equa e stabile e a uno sviluppo umano sostenibile (Bloom, 2016).

L'importanza di raccogliere un consistente dividendo demografico non sarà mai sottolineata a sufficienza, visto che circa il 60 per cento della popolazione dei paesi meno sviluppati in assoluto ha meno di 25 anni. Le dimensioni del boom economico dipendono in parte dagli investimenti fatti nel capitale umano dei giovani. Cruciali in questo senso sono gli investimenti mirati a consentire alle ragazze, specie se provenienti da famiglie povere, di completare la scuola secondaria, ricevere un'educazione sessuale completa e, in seguito, informazioni, servizi e strumenti per la salute sessuale e riproduttiva, compresi i contraccettivi.

Il dividendo demografico innesca un circolo virtuoso in cui il potenziamento delle capacità umane – grazie agli investimenti nella sanità, nell'alimentazione e nell'istruzione – accelera la crescita economica. Quest'ultima a sua volta incrementa le potenzialità di famiglie e governi che potranno investire in ulteriori risorse per la salute, l'istruzione e le competenze della generazione successiva. Ma il mondo resta profondamente ingiusto nella distribuzione delle prospettive di lavoro o di redditi dignitosi. Rispetto agli adulti, i/ le giovani sono disoccupati, sotto-occupati, lavorano in condizioni di assoluta precarietà e pericolosità e molto spesso non possono accedere ai servizi essenziali per la salute sessuale e riproduttiva. Soprattutto le ragazze rischiano di rimanere intrappolate in lavori informali e sottopagati a causa della pervasiva disuguaglianza di genere nel mercato del lavoro, della loro condizione svantaggiata rispetto alla scolarizzazione, delle potenziali responsabilità nel crescere i figli e delle violazioni dei loro diritti attraverso pratiche come i matrimoni precoci.

L'esistenza di un numero altissimo di giovani svantaggiate e sistematicamente private di ogni potere rischia di indebolire le potenzialità di un paese che voglia attuare uno sviluppo inclusivo e sostenibile, e di perpetuare le disuguaglianze. Privare le ragazze e i ragazzi delle prospettive per il futuro inoltre può contribuire a innescare situazioni di conflitto e a minare le capacità e le potenziali risorse nazionali qualora si dovessero affrontare e gestire minacce umanitarie e cambiamenti climatici.

Le ragazze sono particolarmente a rischio di trovarsi intrappolate in
LAVORI INFORMALI E SOTTOPAGATI

Il dividendo demografico offre un nuovo approccio e una nuova visione per identificare le prospettive e il cammino verso lo sviluppo sostenibile in quei paesi che hanno un'alta percentuale giovanile. Incrementare gli investimenti nel loro *empowerment*, anche nell'ambito della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi, e in un sistema educativo di qualità, specie nella fase critica dell'adolescenza, sortisce effetti che durano tutta la vita. Quando tali investimenti si estendono a coprire in modo ampio ed equo tutta la popolazione, il risultato è un potenziamento del capitale umano che copre l'intera società. Se questo potenziamento coincide con l'incremento della percentuale giovane della popolazione, in conseguenza del calo delle nascite, il risultato è una percentuale particolarmente elevata di popolazione che si affaccia alla fase più produttiva della vita con un bagaglio molto migliore dal punto di vista della

salute e dell'istruzione. Se questa popolazione giovanile troverà una società e un'economia capaci di offrire autentiche opportunità di un lavoro dignitoso, lo sviluppo del paese potrà conoscere una spettacolare accelerazione nell'arco di un'unica generazione.

Fin dal 2015, UNFPA sostiene 30 stati africani nel valutare le potenzialità che derivano dal raccogliere e massimizzare il dividendo demografico. Del progetto fanno parte analisi della struttura della popolazione per età, per risultati scolastici e per opportunità occupazionali, nonché consulenze sugli investimenti più utili per realizzare il dividendo demografico e conseguire gli SDGs. Grazie al *Sahel Women's Empowerment and Demographic Dividend* – un'iniziativa congiunta di Banca Mondiale e UNFPA – Burkina Faso, Ciad, Costa d'Avorio, Mali, Mauritania e Niger stanno dando priorità al dividendo demografico come strumento per affrontare i deficit del capitale umano e la rapida crescita della popolazione.

La realizzazione del dividendo demografico dipende da *empowerment*, istruzione e occupazione, che dipendono direttamente dalle pari opportunità nell'ambito della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi.

Milioni di ragazze, rischiano di diventare spose bambine o madri adolescenti, riducendo drasticamente le loro possibilità di ricevere un'istruzione e di realizzare tutte le loro capacità potenziali. Con poche competenze e con i problemi di salute e di altro tipo che spesso accompagnano le gravidanze precoci, queste ragazze incontreranno molte difficoltà se vorranno entrare nel mondo del lavoro. E se riusciranno a trovare un'occupazione, probabilmente saranno retribuite meno delle coetanee che non si sono sposate o non sono diventate madri adolescenti. Il risultato sarà una privazione dei diritti, una vita di povertà, di opportunità e aspettative ridotte, di produttività sprecata e capitale umano non realizzato, con molte ripercussioni negative su famiglie e comunità e sul progresso economico e sociale dell'intero paese.

Lo sviluppo del capitale umano è essenziale per la crescita economica e per la realizzazione del dividendo demografico. Senza un coinvolgimento più ampio e più equo delle donne, il dividendo demografico resterà un obiettivo sfuggente.

## Copertura sanitaria universale: una delle vie verso l'uguaglianza

Secondo uno studio della Banca Mondiale (2016), "il progresso verso l'assistenza sanitaria universale costituisce la strategia più promettente ed equa per ridurre le disuguaglianze nel settore della salute, far crescere il capitale umano dei poveri e contribuire simultaneamente all'incremento dei redditi e alla riduzione dei divari tra essi". Per potersi dire universale, l'assistenza sanitaria deve essere accessibile e non comportare eccessivi oneri economici per gli/le utenti.

Conseguire la copertura sanitaria universale comporta quindi rendere disponibili tutti i servizi, compresi quelli per la salute sessuale e riproduttiva, anche alle persone finora escluse per motivi di costi, di genere o di residenza geografica. Inoltre la copertura deve essere estesa prima di tutto al 20 per cento più povero della popolazione: ovvero dare la precedenza a coloro che sono più indietro.

Notevoli passi avanti verso l'assistenza sanitaria universale sono stati fatti in almeno una decina di paesi, dalla Cambogia alla Colombia: un progresso che ha portato, tra i più poveri, a un miglioramento generale delle condizioni di salute e una diminuzione dei costi (Banca Mondiale, 2016). "Ridurre le disuguaglianze nell'ambito della salute non solo è giusto, ma promuove importanti miglioramenti nel benessere dei più poveri" e "consente loro di accumulare capitale umano".

Investire nella salute, anche sessuale e riproduttiva, di donne e adolescenti, può portare a sostanziali progressi economici a livello nazionale. I dati presentati, per esempio, dalla Strategia globale per la salute di donne, bambini e adolescenti delle Nazioni Unite dimostrano che nei paesi a basso e medio reddito quasi un quarto della crescita registrata tra il 2000 e il 2011 era dovuto al miglioramento complessivo delle condizioni di salute della popolazione (Nazioni Unite, 2016).

Investimenti accuratamente mirati verso l'assistenza ininterrotta, che includa i servizi per la salute riproduttiva, materna, neonatale e infantile, rispondono al diritto fondamentale alla salute e consentono agli Stati di avvicinarsi alla copertura sanitaria universale – servizi cioè che siano accessibili a tutti senza mettere in difficoltà economica gli utenti che li devono pagare (Black et al., 2016).

Investire in interventi ad alto impatto sull'assistenza sanitaria ininterrotta comporta notevoli riscontri economici e sociali, che vanno oltre le conseguenze dirette sulla salute generale, con un rapporto potenziale benefici-costi anche di 8,7 a 1 (Black et al., 2016). Gli investimenti portano di solito a quella diminuzione dei tassi di fecondità che può stimolare la crescita economica di un paese in quanto consente a un maggior numero di donne di inserirsi nel mercato del lavoro e di reinvestire le entrate nella salute e nell'istruzione dei figli e delle figlie, innescando un circolo virtuoso inter-generazionale di riduzione della povertà e incremento dei redditi (Black et al., 2016).

È stato dimostrato che gli investimenti nel settore specifico della contraccezione comportano guadagni sostanziali per le economie nazionali. In tutto il mondo la domanda inevasa di contraccezione è più elevata tra le famiglie povere, tra le donne meno istruite e tra quelle che vivono in ambiente rurale, rispetto alle più ricche, meglio istruite e residenti nelle aree urbane. Tale domanda inevasa è enormemente più alta nei paesi a basso reddito (Guttmacher Institute e UNFPA, 2014).

Rispondere a tutte le esigenze disattese nei paesi in via di sviluppo significa non solo tutelare i diritti di tutti e tutte, ma anche stimolare le economie locali eliminando i costi economici e umani collegati alle gravidanze indesiderate. Queste ultime, se si desse risposta a tutte le esigenze di contraccezione, crollerebbero annualmente del 70 per cento, passando da 74 milioni a 22 . La diminuzione delle gravidanze indesiderate eviterebbe ogni anno 70.000 morti materne, 500.000 morti neonatali, 24 milioni di aborti procurati, 6 milioni di aborti spontanei, 600.000 nati morti e 52 milioni di anni di vita in salute perduti (Guttmacher Institute and UNFPA, 2014).

## Combattere la disuguaglianza pluridimensionale su tutti i fronti

Gli schemi con cui si presenta la disuguaglianza negli ambiti di reddito e ricchezza, istruzione, salute e genere si possono far risalire alle discriminazioni e alle norme socio-culturali negative, radicate nelle leggi come nella pratica quotidiana, che generano barriere sistematiche avverse alle opportunità economiche e alle possibilità di agire e di farsi ascoltare.

Un governo che cerchi di combattere la disuguaglianza in tutte le sue forme avrà bisogno di azioni coordinate nel campo della politica economica, dei sistemi legali, delle regolamentazioni finanziare e delle reti di sicurezza sociale. Se l'obiettivo è affrontare la disuguaglianza pluridimensionale, le difficoltà si moltiplicano e spesso soverchiano i politici nel loro tentativo di ottenere il maggior cambiamento possibile in un ambiente in cui le risorse economiche e tecniche scarseggiano.

Per via della natura pluridimensionale e persistente di tali difficoltà, non esiste una via facile né un'unica strada che consenta di colmare il divario tra donne e uomini, ricchi e poveri, residenti rurali o urbani, o tra chi è in piena salute e chi non ha accesso a nessuna forma di assistenza sanitaria. Come ha osservato la Commissione Lancet nel suo fondamentale rapporto su salute e benessere adolescenziale, "le azioni più potenti sono quelle che incidono in più settori, a più livelli e su più fattori".

Tuttavia è possibile fare progressi senza affrontare ciascuna delle dimensioni della disuguaglianza contemporaneamente. I miglioramenti in una sola dimensione spesso consentono di progredire anche nelle altre. Un piccolo passo può aprire la via a grandi cambiamenti.

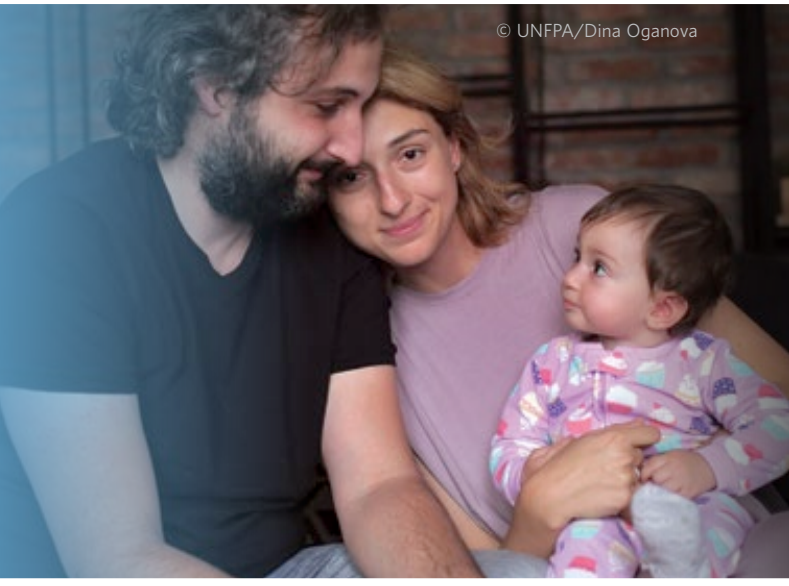
Molti governi, semplici cittadini e cittadine, organismi per lo sviluppo guidano programmi che riducono uno o più aspetti della disuguaglianza lavorando sulle strutture della società e delle istituzioni che la perpe-

© UNFPA/Ricardo Ramirez Arriola

FIGURA 29 **I benefici di una migliore assistenza alla salute sessuale e riproduttiva per tutti si estendono ben oltre la salute**

## PER LE SOCIETÀ

- **Maggiore crescita del PIL nazionale e procapite**
- **Aumento del numero di adulti in età produttiva rispetto ai minori a carico**
- **Calo della domanda di spesa pubblica per istruzione, alloggi e salute**



© UNFPA/Dina Oganova

## PER LE FAMIGLIE

- **Aumento dei risparmi e del patrimonio familiare**
- **Riduzione del numero di bambini che restano orfani**
- **Aumento della scolarizzazione infantile**
- **Aumento delle risorse a disposizione di ciascun figlio**

© Intellistudios/stock.adobe.com

## PER LE DONNE

- **Più possibilità di proseguire l'istruzione**
- **Più capacità produttiva e di reddito**
- **Più autonomia e autostima**
- **Più uguaglianza di genere**

*Fonte:* Guttmacher Institute e UNFPA (2014)

tuano o la aggravano, generando ostacoli per alcuni strati della popolazione. I promettenti risultati ottenuti da alcune iniziative indicano che il loro potenziamento può sortire importanti conseguenze sulla riduzione delle disuguaglianze di genere, di istruzione, di accesso alla salute – e infine di reddito e ricchezza.

Uno dei compiti più difficili, per qualsiasi governo o attore che intenda colmare uno dei divari della società, è capire da dove sia meglio iniziare. La gamma dei possibili punti di partenza è enorme. Molti Stati hanno ottenuto eccellenti risultati nella lotta contro le diverse dimensioni della disuguaglianza con iniziative volte a modificare le norme di genere più discriminatorie, a promuovere la parità di accesso all'assistenza per la salute sessuale e riproduttiva, a garantire l'*empowerment* delle fasce di popolazione esclusa, in particolare di donne e ragazze adolescenti.

L'*empowerment* di donne e ragazze può contribuire a eliminare diverse dimensioni della disuguaglianza. L'*empowerment* e l'autonomia delle donne, anche di quelle dei gruppi più emarginati, consente loro di decidere liberamente se e quando avere figli, come utilizzare l'assistenza per la salute riproduttiva e come partecipare alla vita produttiva fuori casa. Il miglioramento delle loro condizioni politiche, sociali, economiche e di salute è inoltre essenziale per il conseguimento dello sviluppo sostenibile.

Un numero sempre maggiore di interventi promettenti ha adottato un approccio su diversi fronti, come l'incremento dell'accesso delle adolescenti ai servizi per la salute sessuale e riproduttiva all'interno di un programma di *empowerment* economico per le persone povere.

Nella ricerca dell'uguaglianza è bene partire da chi si trova più in basso nella scala economica, dagli emarginati ed emarginate, ovvero le persone rimaste indietro.

## Cambiare le norme, le prassi e le leggi discriminatorie per il genere

Le norme socio-culturali incidono sulla capacità di agire e sul potere decisionale di donne e ragazze, rispetto a uomini e ragazzi, in materia di salute sessuale e riproduttiva.

Si tratta di norme profondamente correlate, spesso con vincoli di influenza reciproca, alle strutture sociali ed economiche. Le norme socio-culturali possono limitare le prospettive economiche delle donne, per esempio dando per scontato che spetti loro la responsabilità di quasi tutto il lavoro non retribuito in famiglia.

Modificare le norme di genere discriminatorie è uno dei principali punti di partenza per combattere la disuguaglianza pluridimensionale. Sono sempre di più i dati a sostegno della tesi secondo cui gli sforzi coronati da successo operano secondo diverse modalità e a più livelli – rispetto agli interventi univoci e isolati – perché coinvolgono nella trasformazione scuole, comunità, datori di lavoro, società civile e media, oltre che donne, uomini, ragazze e ragazzi (Parsons and McCleary-Sills, 2014).

Spesso è il progresso economico stesso a influenzare le norme socio-culturali: le donne che dispongono di migliori opportunità economiche riusciranno più facilmente a liberarsi delle norme tradizionali che le sminuiscono rispetto agli uomini, e che perpetuano una disuguaglianza di genere sistematica, dentro e fuori casa. Maggiori opportunità di istruzione e di lavoro incoraggiano donne e ragazze ad aspirare a un posto di lavoro e a una maggiore autonomia anche fuori dalla famiglia. Una ricerca condotta in India, per esempio, ha mostrato come nuove opportunità di lavoro nei call-center hanno indotto i genitori a coltivare maggiori ambizioni per le figlie, in termini di istruzione e di possibilità di lavoro, con l'effetto di generare opportunità meno impari per figli e figlie (Jensen, 2012).

In Bangladesh l'ampliamento delle opportunità occupazionali per le donne nel settore dell'abbigliamento ha comportato un rapido incremento della scolarizzazione femminile: tra il 1983 e il 2000, nei villaggi vicini alle fabbriche di abbigliamento si è registrato un incremento del 27 per cento nei tassi di iscrizione scolastica femminile (Heath and Mobarak, 2014).

Malgrado i progressi compiuti nel garantire che le donne trovino nel settore formale un lavoro adeguato alle loro qualifiche e al livello di istruzione, le norme di genere discriminatorie sono dure a morire. Tra queste non c'è solo il divario retributivo, ma anche le preferenze nell'assumere uomini anziché donne, soprattutto se non sposate e senza figli – per il timore che future gravidanze possano ridurre la qualità a lungo termine del lavoro delle dipendenti. Cambiare le norme che discriminano in base al genere nel mondo del lavoro è quindi essenziale per affrontare la disuguaglianza in tutte le sue dimensioni.

Le ricerche hanno riscontrato che esiste un'associazione positiva tra parità di genere, PIL pro-capite e livelli di sviluppo umano. Il miglioramento nella parità di genere che deriva dall'avere una maggior percentuale di donne inserite nel mondo del lavoro è stato associato a una minore disparità retributiva (Gonzales et al., 2015a).

Molte ricerche hanno evidenziato una **ASSOCIAZIONE POSITIVA** tra uguaglianza di genere, PIL procapite e livelli di sviluppo umano

L'uguaglianza di genere nell'occupazione spesso comporta un incremento sostanziale nel PIL di un paese. Per esempio, se le donne di Capo Verde partecipassero alla forza lavoro nella stessa misura degli uomini, il PIL crescerebbe del 12,2 per cento (Marone, 2016). Attualmente il tasso di occupazione a Capo Verde è di circa il 51 per cento per le donne e il 65 per cento per gli uomini.

Un rapporto del McKinsey Global Institute (Woetzel et al., 2015) evidenzia come al PIL globale annuo si potrebbero aggiungere 28.000 miliardi di dollari entro il 2025, se la partecipazione femminile al mercato del lavoro fosse identica a quella degli uomini. Se per esempio in India le donne fossero inserite nel mondo del lavoro nella stessa percentuale degli uomini, al PIL nazionale annuo si aggiungerebbero circa 700 miliardi di dollari entro il 2025, incrementando il tasso di crescita annuo del PIL di 1,4 punti percentuali.

### *Gli interventi nelle comunità possono aiutare a mettere fine alle pratiche dannose per donne e ragazze*

I programmi gestiti dalle comunità locali sono risultati indispensabili per affrontare le convenzioni sociali che sono alla base delle mutilazioni genitali femminili. Le valutazioni delle iniziative che puntano all'abbandono di questa pratica suggeriscono che la chiave di un cambiamento sostenibile sta nel coinvolgimento della comunità. Gli interventi gestiti dalle comunità mirano a promuovere l'*empowerment* di donne e ragazze e dell'intera comunità, per consentire a tutti di esaminare con spirito critico le tradizioni e conquistare il potere necessario ad abbandonare tale pratica, a proprio vantaggio. L'esperienza dimostra che ci si può aspettare una rinuncia su larga scala a questa pratica solo quando essa non è più una norma sociale dominante e quando le famiglie che vi rinunciano non rischiano di essere stigmatizzate ed emarginate.

Coinvolgere in modo efficace uomini e donne in un approccio rivolto all'intera comunità per modificare le norme ingiuste e profondamente radicate è di importanza cruciale per l'abbandono delle mutilazioni genitali femminili. Uno studio ha valutato il processo del cambiamento tra gli uomini e i ragazzi coinvolti nell'iniziativa etiope *Kembatti Mentti Gezzimma*, che ha messo in discussione le regole dell'accettazione sociale e ottenuto una diminuzione – a un ritmo straordinario – nella diffusione di questa pratica dannosa (Stern and Anderson, 2015). Partecipando a questa iniziativa, uomini e ragazzi diventano agenti del cambiamento verso l'uguaglianza di genere e diffondono le informazioni inerenti alla pratica e ai danni che causa. L'iniziativa prevedeva tra l'altro opportunità alternative di retribuzione per le praticanti tradizionali e manife-

stazioni per l'integrità del corpo e della "vita sana" in sostituzione dei rituali nel corso dei quali si praticavano le mutilazioni. L'integrazione dello sviluppo economico ha stimolato anche la comunità a sostenere l'abbandono della pratica.

Lo stesso intervento, inoltre, ha portato alla riduzione di altre pratiche nocive come il rapimento della sposa, perché ha contribuito a modificare le idee di uomini e donne in tema di disuguaglianza di genere, generando consenso sulla possibilità per le donne di ereditare le proprietà, di partecipare attivamente alla vita politica, di avere voce in capitolo nelle decisioni che riguardano la famiglia, nonché sulla necessità di ridurre il peso per le donne degli oneri familiari.

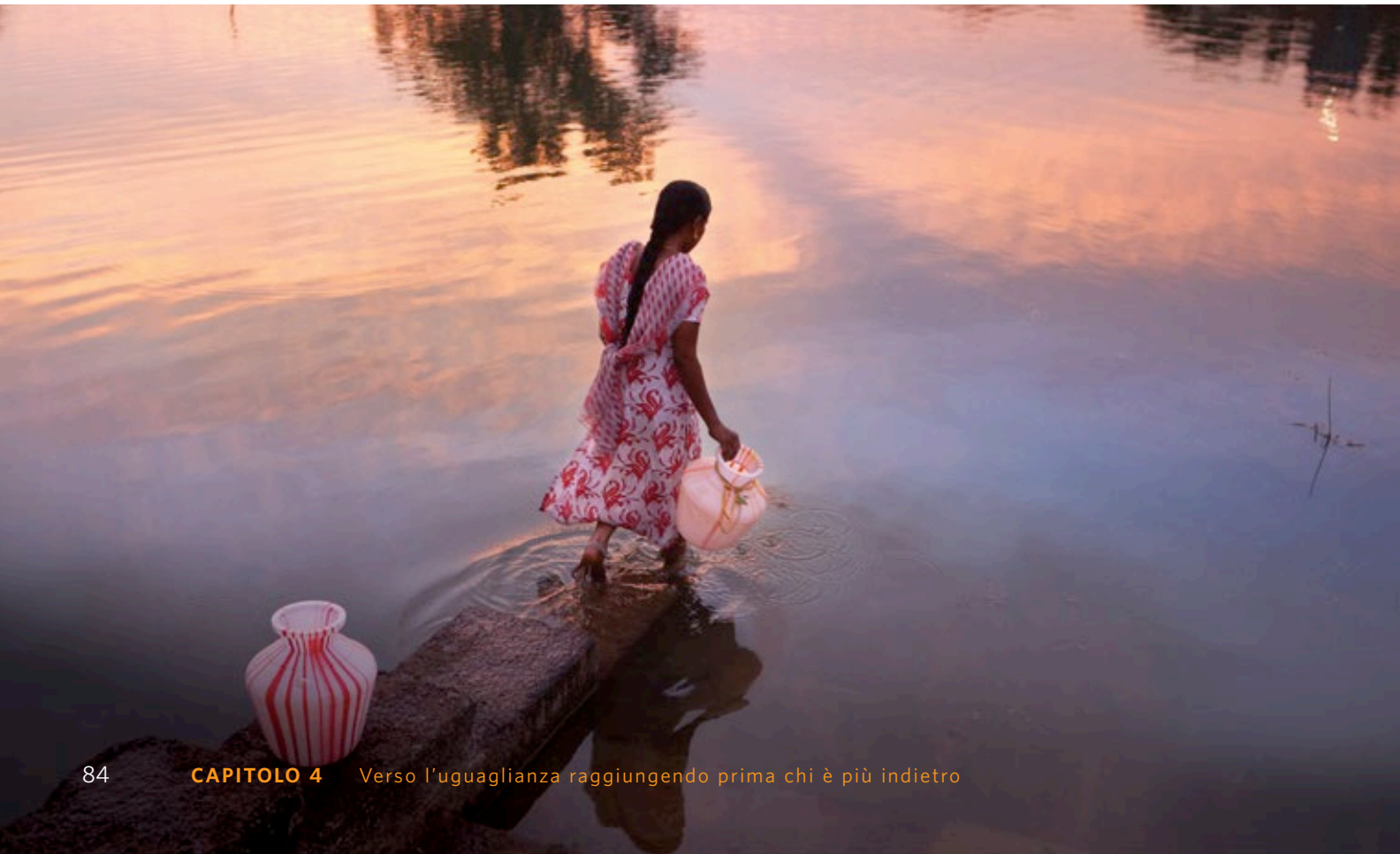
### *Il coinvolgimento della comunità può migliorare la condizione di donne e ragazze*

Il coinvolgimento della comunità può amplificare i risultati delle iniziative  nelle scuole, nei circoli e negli spazi sicuri per conferire autonomia e responsabilità alle ragazze e modificare le norme della disuguaglianza di genere. Programmi di *life-skills* a livello di comunità, come quello di Berhane Hewan in Etiopia, hanno prodotto l'innalzamento dell'età del matrimonio, migliori risultati nell'istruzione e un incremento nell'uso della contraccezione tra le ragazze che partecipavano al programma, raffrontate con altre adolescenti non partecipanti (Erulkar e Muthengi, 2009).

In Uganda, un programma di formazione professionale – abbinato all'istituzione di spazi sicuri dove le giovani possono interagire tra loro e ricevere informazioni sulla salute e sui comportamenti a rischio – ha ridotto la percentuale di quelle costrette a subire rapporti sessuali forzati, passata dal 21 per cento a quasi zero, portando anche a un aumento del 35 per cento delle attività redditizie (Bandiera et al., 2015).

Molti paesi hanno realizzato cambiamenti nelle norme improntate alla disuguaglianza di genere attraverso laboratori e interventi formativi che invitavano uomini e ragazzi a discutere di stereotipi, relazioni e violenze di

© Mark Tuschman



genere. Tra gli esempi di questo tipo, il *Boys-4-Change Club* in Ruanda, *l'Equal Community Foundation* in India, e il progetto *Brave-Men* in Bangladesh (Barker et al., 2007; Pulerwitz et al., 2006).

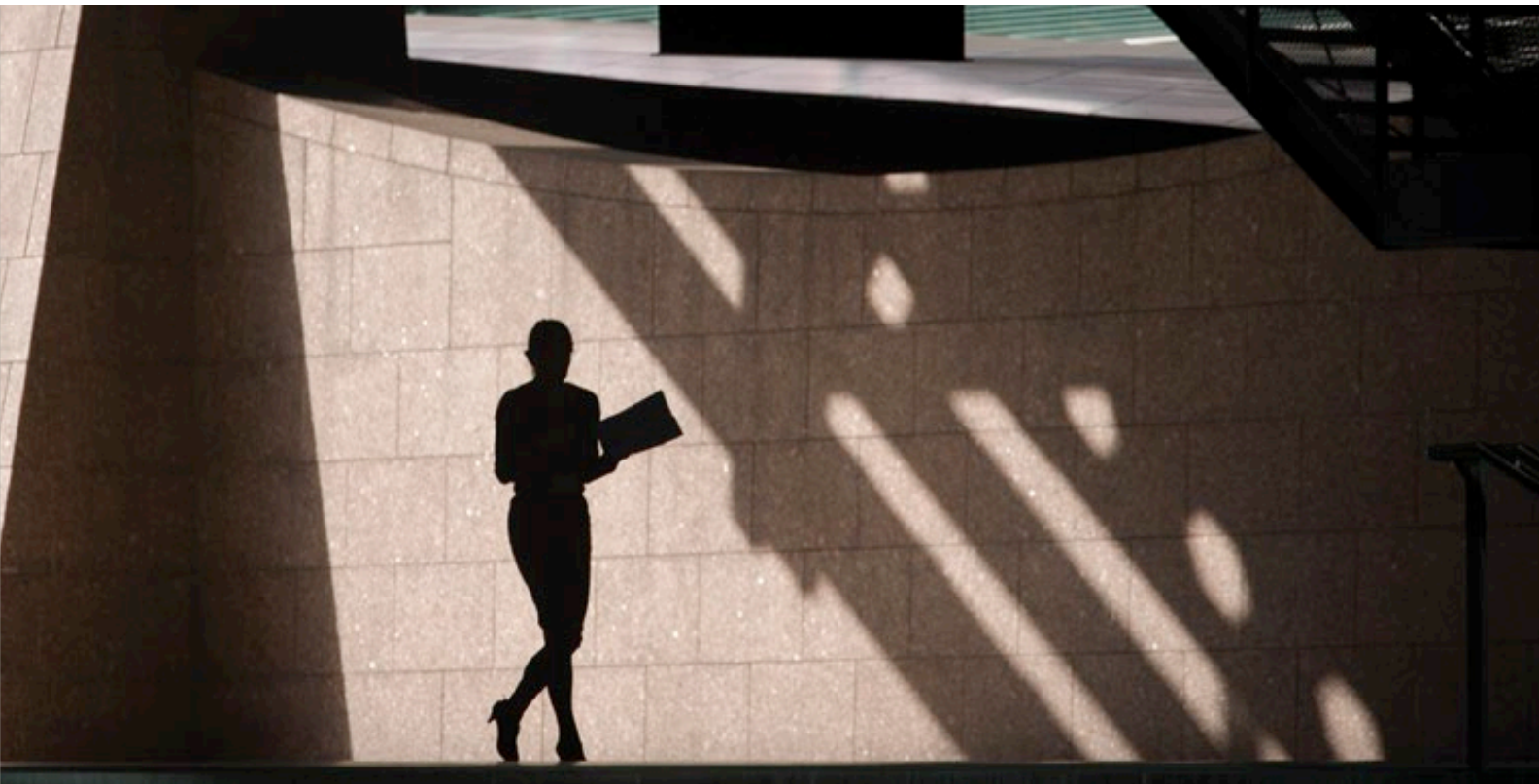
Gli uomini che in Nicaragua hanno partecipato a un programma lanciato da Promundo, una organizzazione non-governativa che coinvolge uomini e ragazzi nella promozione dell'uguaglianza di genere in 22 nazioni, hanno dichiarato di partecipare in modo più equo alle responsabilità familiari, di dedicare più tempo alle partner, ai figli e alle figlie, insegnandoli inoltre i valori del rispetto e dell'uguaglianza (ECPAT Guatemala et al., 2015).

Alcune delle azioni più efficaci dal punto di vista del cambiamento positivo delle norme socio-culturali prevedevano un lavoro con bambini e bambine e adolescenti di solito tramite le attività formative di *life-skills* nelle scuole, nei circoli o negli spazi sicuri per le ragazze, nonché mediante azioni mirate a sensibilizzare e informare ciascuno dei diritti di tutti e tutte. Tra le norme discusse ci sono di solito quelle relative ai rapporti tra le persone, rapporti di genere e di potere.

Le scuole sono comunità nelle quali rispetto ed uguaglianza possono essere impostati in modo da stimolare in tenera età atteggiamenti e comportamenti positivi che incideranno sugli atteggiamenti dei/delle giovani per tutta la vita, con sfere di influenza sempre più ampie. L'impatto dei programmi scolastici sugli atteggiamenti nei confronti della disuguaglianza di genere è spesso molto profondo.

Il programma indiano *Gender Equity Movement in Schools* (GEMS) aiuta ragazzi e ragazze ad adottare norme improntate all'uguaglianza di genere attraverso giochi di ruolo, attività extracurriculari e lezioni sulla violenza di genere, sul matrimonio e sulla condivisione di compiti e responsabilità familiari. Una valutazione di un programma GEMS in corso a Mumbai ha dimostrato che, dopo due anni, gli/le studenti che vi avevano partecipato convenivano, più dei non partecipanti,

© Corbis via Getty Images



sulla necessità di un miglior livello di istruzione per le ragazze e si dichiaravano contro la violenza di genere e i matrimoni precoci.

Le conoscenze acquisite dagli/dalle adolescenti e dalle loro famiglie nelle scuole, negli ambulatori o tramite i media possono contribuire a modificare norme e atteggiamenti discriminatori. In Etiopia, in Nepal e in Vietnam, per esempio, le famiglie hanno cambiato atteggiamento riguardo ai matrimoni precoci dopo aver capito quali rischi comportano per la salute delle adolescenti e quali sono i benefici economici derivanti dal rimandare le gravidanze (ODI, 2015).

In Etiopia e in Kenya, l'iniziativa *Youth-to-Youth Club* per la formazione di *life-skills* e la costruzione dell'autostima, ha aiutato le ragazze a intraprendere attività che producono reddito e incrementato il livello di accettazione maschile nei confronti della leadership femminile (Tautz, 2011). Nella Repubblica Dominicana il programma di *life-skills Juventud y Empleo* ha fatto registrare tra i partecipanti piccoli aumenti nelle entrate e una riduzione di 5 punti percentuali delle gravidanze tra adolescenti (Ibarrarán et al., 2014.)

Un programma mirato all'*empowerment* femminile, gestito in Uganda da BRAC, che offriva alle adolescenti corsi di formazione professionale e informazioni sul matrimonio e sulla sessualità, ha portato a un calo del 26 per cento nella percentuale di gravidanze adolescenziali, del 58 per cento nei matrimoni o nelle convivenze precoci, del 50 per cento nel numero di ragazze che riferiva di aver subito stupri, nonché un incremento sostanziale della capacità di generare reddito (Bandiera et al., 2015).

Esempi di programmi che puntano a modificare le norme socio-culturali si trovano anche nei paesi più industrializzati. Per esempio, in alcune scuole di Victoria, in Australia, è in corso un programma volto a costruire una cultura del rispetto e dell'uguaglianza, con l'intento di favorire rapporti all'insegna del rispetto e liberi da ogni violenza, nel momento in cui gli/le studenti, maturando, passano dall'adolescenza all'età adulta. Il programma è partito come iniziativa pilota in 19 scuole. Una valutazione della sperimentazione ha documentato positivi cambiamenti di atteggiamento sulle questioni di genere e di presa di coscienza della disuguaglianza e della violenza di genere.

Molti stati oggi
**GARANTISCONO L'UGUAGLIANZA**
per legge, nella costituzione o con altri atti formali, ma la sua attuazione spesso è scarsa

### *La collaborazione con i media può favorire l'uguaglianza di genere*

Per quanto le immagini popolari rinforzino spesso gli stereotipi di genere più negativi, radio e televisione possono essere importanti alleati del cambiamento, quando mettono in discussione norme di genere estremamente diffuse su ciò che si può considerare accettabile e normale. Questo si può ottenere presentando al pubblico opinioni diverse e creando una contro-informazione.

In una valutazione si è constatato che l'incremento nell'accesso alla tv via cavo – a prescindere dal tipo di programmazione – ha incrementato il livello di accettazione sulla possibilità che le donne lavorino fuori casa e ridotto il livello di tolleranza nei confronti della violenza domestica (Jensen e Oster, 2009).

In Sudafrica, la serie tv *Soul City*, lanciata nel 1994, che comunica messaggi positivi su salute e sviluppo e propone modelli di comportamento sano, è sostenuta da campagne radio e stampa e da attività di *advocacy* intese ad alimentare il dibattito. È stato dimostrato che il programma promuove cambiamenti positivi nelle percezioni e nei comportamenti, anche riguardo alla violenza sulle donne (Soul City Institute for Health and Development Communication, 2001).

Anche le modifiche legislative possono fare la differenza nella promozione dell'uguaglianza di genere, sia per quanto riguarda l'economia e sia la salute e i diritti sessuali e riproduttivi. Molti paesi hanno introdotto nella loro legislazione garanzie costituzionali o comunque istituzionali, ma spesso la loro applicazione è insufficiente e i diritti non sono tutelati in modo uniforme.

La disparità di protezione offerta dalla legge ha comportato in passato, in alcuni paesi, una limitazione delle opportunità economiche per le donne rispetto agli uomini (Gonzales et al., 2015b; Hallward-Driemeier e Gajigo 2013). In alcune società, per esempio, soltanto gli uomini hanno la possibilità legale di ereditare beni di proprietà (Deininger et al., 2010). È stato dimostrato che cambiare le leggi per mettere donne e uomini su un piano di parità nell'ambito delle leggi sulla successione ha prodotto una riduzione nella disuguaglianza del reddito tra i sessi. In India, per esempio, la riforma della legislazione sulla successione ha comportato un maggior potere economico per le donne, un innalzamento dell'età in cui le ragazze arrivano al matrimonio, un incremento tra l' 11 e il 25 per cento nella media degli anni di scolarizzazione femminile e una riduzione dei versamenti per la dote (Roy, 2011).

In Etiopia, con la riforma del diritto di famiglia del 2000, i mariti non possono più negare alle mogli il diritto al lavoro. La stessa riforma esige ora che entrambi i coniugi prestino il consenso a vendere o affittare i beni di proprietà comune (Hallward-Driemeier e Gajigo, 2013). Queste riforme erano state introdotte inizialmente solo in tre delle nove regioni del paese, per consentire una valutazione del loro impatto. Nelle regioni in cui era in vigore la riforma, nell'attività economica femminile si è verificato un incremento del lavoro fuori casa, dell'occupazione a tempo pieno e della partecipazione a lavori che richiedevano livelli più elevati di competenze o di formazione.

Altre riforme legali in Etiopia hanno comportato una riduzione della fecondità. Prima del 1997 la legge allocava i terreni pubblici alle famiglie in base alle loro dimensioni. Dopo il 1997 sono stati espunti dalla legislazione gli incentivi per le famiglie numerose legati alla concessione delle terre. Un'analisi geografica condotta in coincidenza con l'attuazione di questa riforma ha mostrato una corrispondenza con una diminuzione delle nascite in quanto le donne avevano, in media, 1,2 figli in meno di quanti ne avrebbero avuti vent'anni prima (Ali et al., 2015).

## Azioni che mirano alla parità di accesso alla contraccezione

L'uso della contraccezione moderna varia moltissimo tra le diverse regioni in via di sviluppo. Mentre in Asia orientale quasi nove donne sposate su dieci, nella fascia di età 15-49, usano un metodo contraccettivo moderno, meno di una su cinque fa altrettanto nell'Africa subsahariana (Guttmacher Institute e UNFPA, 2014). Inoltre molte donne, specie se povere, non hanno possibilità di utilizzare il contraccettivo che preferiscono.

Un impegno concertato a livello globale, *Family Planning 2020* (FP2020), è in corso per aiutare altri 120 milioni di donne ad accedere alla contraccezione entro il 2020. Nel 2014 i donatori hanno contribuito a questo sforzo in ragione di 1,4 miliardi di dollari. *FP2020* si basa sul principio per cui tutte le donne, ovunque vivano, hanno il diritto di accedere alla contraccezione.

Ampliare l'accesso alla contraccezione esige non soltanto che si aumentino le forniture dei contraccettivi disponibili e delle informazioni sul loro utilizzo sicuro, ma anche che si assicuri la disponibilità di un'ampia gamma di metodi. Infine, richiede l'abbattimento degli ostacoli di natura geografica, sociale ed economica al loro uso.

Nelle Filippine, per esempio, per superare le barriere economiche, i contraccettivi sono stati messi gratuitamente a disposizione di circa 6 milioni di donne che avevano un'esigenza inevasa di pianificazione familiare. A Myanmar, UNFPA ha aiutato il governo ad ampliare la gamma di opzioni contraccettive, in modo che le donne potessero scegliere il metodo più adatto alle

circostanze. Inoltre lo Stato ha offerto alle donne più povere la possibilità di avere gratuitamente gli impianti di contraccettivi. Ghana, Tanzania e altri stati africani stanno sperimentando la consegna dei contraccettivi nelle aree rurali più isolate mediante i droni, che in alcune zone possono ridurre il tempo necessario alla consegna da due giorni a mezz'ora.

Come mostrato nel primo capitolo, il Ruanda è il paese che nell'arco di un decennio ha compiuto i progressi più rapidi, tra circa 60 paesi in via di sviluppo, nel soddisfare la domanda di contraccezione moderna. Questo successo si può attribuire agli sforzi compiuti dal governo per rendere accessibili i servizi di pianificazione familiare in tutti i 14.841 villaggi amministrativi del paese, tramite 45.000 operatori sanitari locali. Tra le misure adottate, l'introduzione di metodi contraccettivi di lunga durata e l'integrazione dei servizi di pianificazione familiare negli ospedali e nei centri per la salute.

Il decentramento dei servizi e la migliorata distribuzione delle forniture in Senegal ha portato a un incremento nel tasso di diffusione dei contraccettivi, soprattutto nelle aree rurali, dal 7 per cento del 2011 al 15 per cento del 2015.

© UNFPA/Micka Perier

## Ridurre le disuguaglianze nei servizi per assicurare gravidanze e parti più sicuri

Le donne povere nelle aree rurali hanno minori possibilità di accedere a un'assistenza prenatale e ostetrica qualificata, rispetto alle donne più ricche nelle aree urbane. Si calcola che un quarto delle donne attualmente in gravidanza nei paesi in via di sviluppo non possa contare su personale qualificato per il parto e molte non hanno altra alternativa che partorire da sole (Lancet, 2016).

Come mostrato nel primo capitolo, alcuni paesi hanno compiuto più progressi di altri nell'ampliare la possibilità di assistenza di personale medico qualificato per il parto, inclusa la presenza di levatrici/ostetriche, e nell'allargare la possibilità di accedervi alle donne povere rispetto alle ricche.

La Cambogia, per esempio, ha compiuti più passi avanti rispetto a circa 60 paesi in via di sviluppo nell'incrementare l'accesso delle donne povere all'assistenza al parto con personale qualificato nell'ultimo decennio. Tra le misure governative che hanno portato a questo miglioramento ci sono le attività di formazione per le levatrici/ostetriche e il loro decentramento nelle aree rurali e povere. Potenziare il personale ostetrico ha portato a una maggiore disponibilità dell'assistenza prenatale nelle comunità più povere di tutto il paese. Un *Equity Fund* per la salute a livello nazionale aiuta le utenti più povere, soprattutto nelle zone più isolate del paese, a pagare i servizi per la salute riproduttiva e per il parto sicuro.

Sempre nel primo capitolo si è sottolineato il successo riportato dall'Armenia nel ridurre le disuguaglianze nell'accesso all'assistenza prenatale da parte delle donne incinte delle famiglie più povere, rispetto a quelle di famiglie più ricche. Nel 2008 l'Armenia ha introdotto un sistema di voucher, detti "certificati di maternità", per consentire alle più povere di ricevere assistenza pre-

natale gratuita o a costi ridotti, oltre ai servizi per partorire in sicurezza. Prima del 2008, il 39 per cento circa delle donne pagava le visite per l'assistenza prenatale. Da allora la quota è scesa a circa il 10 per cento.

## Misure per assicurare la parità di accesso delle adolescenti alle informazioni e ai servizi per la salute sessuale e riproduttiva

Secondo le stime, un terzo di tutte le gravidanze delle adolescenti non è desiderato (Hindin et al., 2016).

Rispetto agli adulti sposati, gli/le adolescenti spesso non hanno la possibilità di accedere ai contraccettivi e alle informazioni sul modo corretto di usarli. Tra gli ostacoli da superare, la mancanza di conoscenze sul dove andare e a chi rivolgersi per ottenerli, il timore degli operatori dei servizi, il parere contrario del partner, lo stigma della comunità rispetto alla contraccezione e alla sessualità giovanile, la scomodità della posizione o degli orari delle cliniche, i costi, le preoccupazioni circa il rispetto della privacy e della riservatezza (UNFPA, 2013a).

Per aiutare le/gli adolescenti ad apprendere le nozioni fondamentali sulla prevenzione delle gravidanze e delle infezioni sessualmente trasmesse, compreso l'HIV, nonché sul modo di ottenere i contraccettivi, un numero sempre più elevato di paesi ha istituito servizi per la salute sessuale e riproduttiva specifici. Questo tipo di servizi di norma garantisce la privacy, si trova in zone – e opera in orari – facilmente accessibili alle giovani, è gestito da personale formato per venire incontro alle esigenze di ragazzi e ragazze e offre un pacchetto completo di servizi essenziali.

Dato l'alto rischio di mortalità neonatale tra le madri con meno di 18 anni, il Senegal, con l'aiuto di UNFPA, fornisce servizi specifici per adolescenti attraverso i cosiddetti "*Teen Spaces*" all'interno delle strutture sanitarie, oltre a servizi di contraccezione e di screening per le infezioni sessualmente trasmesse, come l'HIV. Questi servizi hanno contribuito a ridurre il tasso di natalità tra le adolescenti, passato dal 22 per cento del 1997 al 16 per cento del 2015.

Il Nicaragua ha aiutato adolescenti di famiglie povere ad accedere ai servizi per la salute sessuale e riproduttiva, compresa la contraccezione, tramite un sistema di voucher distribuiti nei posti in cui più facilmente si aggregano le/i giovani, o consegnati porta-a-porta. Questi si possono utilizzare per una prima visita gratuita e per le successive visite, per la contraccezione, per le analisi volte a individuare malattie sessualmente trasmissibili come l'HIV, e per i test di gravidanza (UNFPA, 2013a).

Attraverso il programma *Geração Biz* del Mozambico i ministeri della salute, dell'istruzione e sviluppo umano e dello sport e gioventù hanno messo congiuntamente a disposizione alcuni servizi per la salute sessuale e riproduttiva specifici per giovani, campagne informative nelle scuole sulla contraccezione e sulla prevenzione dell'HIV, informazioni diffuse a livello di comunità locali per raggiungere anche chi non frequenta la scuola. Grazie a una rete di 5.000 consulenti tra pari, Geração Biz offre alle/ai giovani del Mozambico informazioni e servizi senza giudizi e moralismi e con la garanzia della riservatezza.

## L'istruzione porta all'empowerment e a migliori condizioni di salute

Alfabetizzazione e istruzione, tra gli investimenti essenziali per contribuire a ridurre le disuguaglianze, comportano anche una più giusta ridistribuzione della ricchezza e potenziano l'autonomia e la responsabilità dei singoli e delle comunità (Doss, 2013; Drèze e Sen, 1995; Malhotra et al., 2011; Prettner e Strulik, 2014).

L'istruzione induce le ragazze ad aspirare a un lavoro fuori casa e dà loro gli strumenti per competere, in futuro, per un buon posto di lavoro. Quando le donne entrano nel mondo del lavoro formale, con l'aumentare delle entrate migliora anche il loro tenore di vita. Il conseguente aumento allargato del benessere può far salire la produttività e stimolare la crescita economica complessiva del paese (Sperling e Winthrop, 2016).

L'accesso all'istruzione può spalancare le porte al lavoro retribuito, e l'*empowerment* delle donne che ne deriva mina il potere del patriarcato, in quanto riduce la dipendenza economica dai mariti, portando con sé maggiore autonomia e libertà. Migliori livelli di istruzione fanno crescere inoltre le capacità di tutti i gruppi più svantaggiati, dando loro la possibilità di raggiungere la stabilità economica e di organizzarsi a livello politico. Un livello superiore di istruzione femminile eleva la condizione sociale delle ragazze e in futuro potrà portare a un maggior potere negoziale all'interno della famiglia (Nazioni Unite, 2014).

Gli effetti positivi degli investimenti nell'istruzione delle ragazze e delle donne vanno oltre la produttività e la partecipazione al mondo del lavoro, e comportano anche benefici sostanziali per la salute. Migliori livelli di istruzione per donne e ragazze si associano, per esempio, a migliori condizioni di salute materna e infantile e a tassi di mortalità più bassi (UNFPA, 2014).

Inoltre colmare il divario di genere nell'istruzione consentirebbe a un numero sempre più alto di donne, specie quelle appartenenti al 20 per cento più povero della popolazione di un paese, di esercitare maggiore controllo sugli intervalli delle gravidanze, dunque maggiore controllo anche su altri ambiti della vita (Doss, 2013; Malhotra et al., 2011; Prettner e Strulik, 2014). Colmare il divario di genere nell'istruzione può contribuire ad alimentare la crescita economica di un paese consentendo di progredire nella riduzione della disuguaglianza di reddito. Sabot et al. (2016) hanno dimostrato che le economie dell'Asia orientale hanno fatto registrare una rapida crescita nel corso degli ultimi 30 anni, con livelli relativamente bassi, o ridotti, di disuguaglianza di reddito grazie a politiche mirate a distribuire e incentivare la crescita. Si è constatato che soprattutto gli investimenti nell'istruzione sono importantissimi per ridurre la disuguaglianza.

### *Parità di condizioni nell'istruzione*

La disuguaglianza di genere nell'istruzione è collegata alla disuguaglianza di reddito, ma anche alla possibilità di accedere e utilizzare i servizi per la salute riproduttiva, compresa la contraccezione. Eliminare le barriere che ostacolano l'istruzione femminile può quindi portare a una riduzione di altre disuguaglianze.

La povertà è uno degli ostacoli che incide più sulle ragazze che sui ragazzi. I costi diretti della frequenza scolastica, o i costi di opportunità, derivanti dal rinunciare all'aiuto di una ragazza che resta a casa ad aiutare nelle faccende domestiche o a prendersi cura di fratelli e sorelle, sono per molte famiglie troppo elevati.

I costi diretti si possono ridurre eliminando le rette scolastiche e finanziando l'acquisto delle divise scolastiche o dei libri di testo. I costi di opportunità per le famiglie si possono ridurre tramite misure come i *cash transfer* condizionati. Tramite questi versamenti in contanti ciascuna famiglia riceve mensilmente una piccola somma di denaro, di solito intorno ai 10 dollari, per compensare i costi del mandare le figlie a scuola. Un programma di questo tipo nel Malawi non soltanto ha permesso a un maggior numero di ragazze di prolungare la frequenza scolastica, ma è stato anche associato a un calo nella percentuale di gravidanze tra le adolescenti (Baird et al., 2011).

Anche i *cash transfers* non condizionati, ovvero non legati specificamente alla maggiore frequenza scolastica delle ragazze, sono risultati efficaci nel consentire alle ragazze stesse di frequentare la scuola e prolungare la loro istruzione (Baird et al., 2013).

I *cash transfers* condizionati sono stati utilizzati in Perù non solo per incrementare la partecipazione scolastica delle ragazze ma anche come strumento per aiutare le adolescenti a ritardare le gravidanze (Azevedo et al., 2012). Anche in Colombia, dove è stato attuato un programma simile, si è osservata una diminuzione della percentuale di gravidanze tra le adolescenti (Cortés et al., 2011).

In India, il *Female School Stipend Programme*, che mirava a ridurre il gap di genere nella scolarizzazione in un contesto di alti tassi di povertà e di matrimoni precoci,

© Mariana Chama

prevedeva un versamento trimestrale di circa 10 dollari alle famiglie dei quartieri più poveri, condizionato alla regolare frequenza scolastica. Tra le conseguenze positive, un innalzamento dell'età del matrimonio di circa un anno e mezzo e una riduzione della fecondità in ragione di 0,4 nascite in meno, rispetto ai gruppi di controllo (Glassman e Temin, 2016).

## Questione di diritti

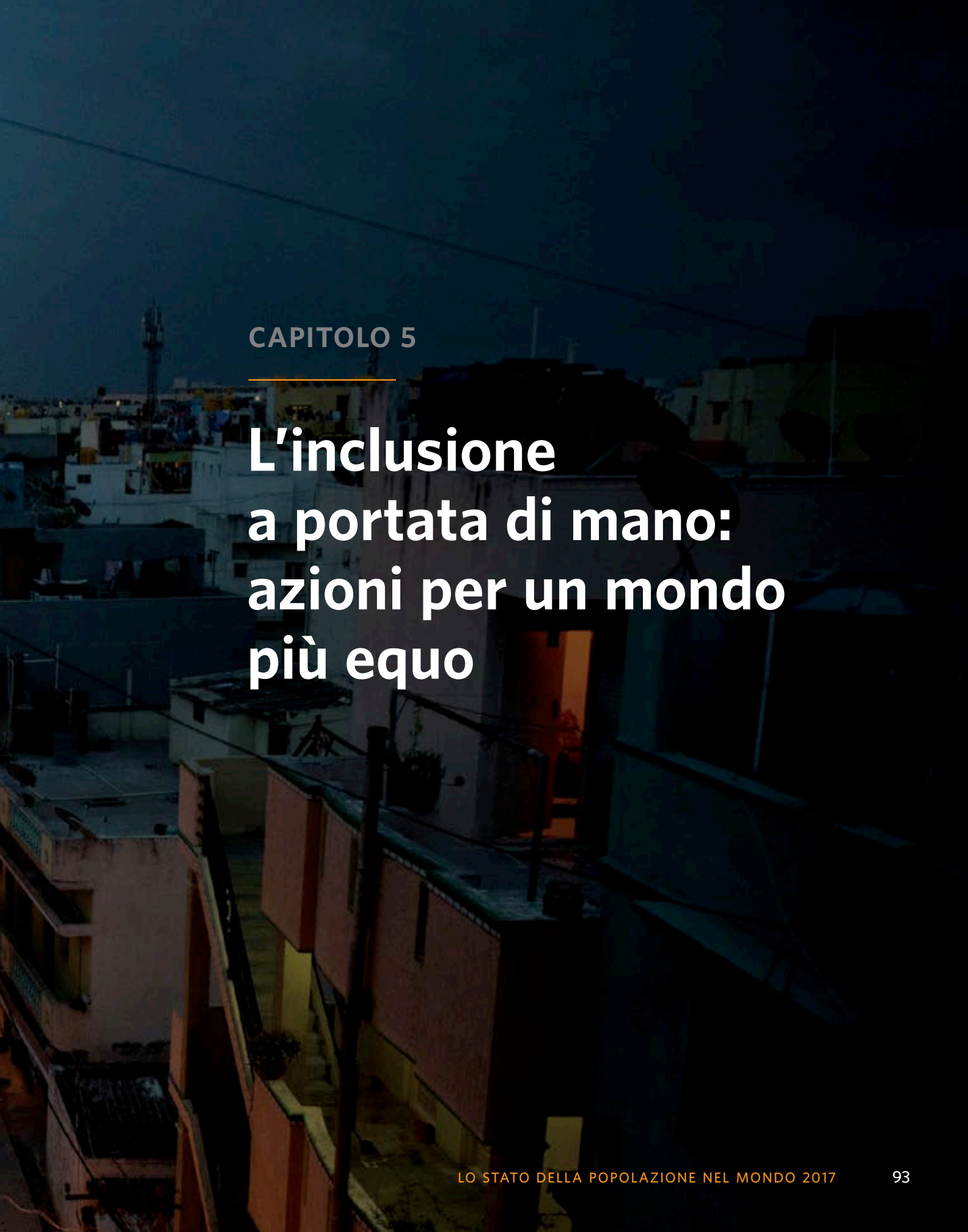
Ridurre i divari tra benestanti e poveri, uomini e donne, privilegiati ed esclusi è prima di tutto una questione di rispetto dei diritti umani di tutte le persone perché possano realizzare pienamente le loro capacità.

Quando tutti e tutte sono in grado di esercitare il diritto alla salute e all'istruzione, quando le donne e le ragazze possono decidere se, quando e quanti figli avere, quando uomini e donne sono sullo stesso piano nel mondo del lavoro, la società intera ne trae enormi benefici economici e sociali.

Le ricerche dimostrano che incrementare i redditi e migliorare il benessere di chi si trova più in basso nella scala economica contribuisce ad alimentare le risorse economiche e a migliorare il tenore di vita di tutta la popolazione. Risolvere la disuguaglianza in tutte le sue dimensioni richiede l'attuazione di misure su molti fronti, perché moltissimi aspetti della disuguaglianza si rafforzano a vicenda. La sfida può apparire improba per qualsiasi governo, ma soprattutto per quelli che dispongono di risorse estremamente limitate. È quindi indispensabile dare priorità alle azioni in base alla loro urgenza e alle potenzialità del loro impatto.

I paesi in via di sviluppo hanno condotto numerosi programmi mirati a ridurre determinate dimensioni della disuguaglianza in alcuni gruppi specifici come le adolescenti o le donne più povere nelle più indigenti delle comunità rurali. La sfida è ora quella di potenziare tali iniziative per raggiungere più persone e offrire pari opportunità a un numero sempre maggiore di donne, uomini, ragazze e ragazzi.

© Andrea Bruce/NOOR



CAPITOLO 5

# L'inclusione a portata di mano: azioni per un mondo più equo

La disuguaglianza non è inevitabile. Se eliminiamo le differenze, non solo adempiamo all'obbligo morale di tutelare i diritti umani ma potremo raccogliere i benefici dell'avere un mondo più equo. Un mondo più giusto, stabile, ricco e sostenibile – il mondo che vorremmo lasciare alle generazioni future.

Il cammino più promettente è quello che si concentra sull'intersezione delle disuguaglianze, tra i individui e all'interno di intere società ed economie. Tra le misure che vanno in questa direzione ci sono quelle volte a garantire i diritti riproduttivi e a realizzare l'uguaglianza di genere, con un'enfasi particolare e urgente sul coinvolgimento di chi si posiziona nel 40 per cento più povero: le persone rimaste più indietro.

Rendere universale l'accesso alla salute riproduttiva, per esempio, non soltanto contribuisce alla realizzazione dei diritti riproduttivi delle donne povere, ma le aiuta anche a superare le disuguaglianze nell'istruzione e nel reddito, con benefici che si accumulano per loro, la famiglia e il paese in cui vivono.

Sono molte le strade che portano al progresso, a seconda delle diverse circostanze nei diversi paesi. L'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile offre una base per guidare tale progresso, così come altri impegni internazionali quali il Programma d'azione della ICPD che guida l'operato di UNFPA.

Quale che sia la strada intrapresa, è tempo di intensificare l'ICPD perché, quanto più le differenze si radicano in profondità, tanto più difficile risulterà eliminarle. Il progresso dev'essere rapido, giusto e sostenibile nel tempo. Ne va della realizzazione di un mondo più equo.

## Sostenere i diritti universali, tra cui la salute sessuale e riproduttiva

Tutti i paesi devono tutelare il diritto al lavoro, all'istruzione e alla salute, compresa la salute riproduttiva, in linea con la Dichiarazione universale dei diritti umani e con moltissimi altri trattati, convenzioni e accordi internazionali. La copertura sanitaria universale è uno dei fondamenti di una società più inclusiva, come riconosciuto anche dall'Agenda 2030. Nel 2013 una Commissione Lancet ha dimostrato che incrementare gli interventi essenziali per la salute in 82 paesi a reddito basso e medio-basso, anche con azioni per ridurre le disparità tra i poveri, gli abitanti delle aree rurali e le minoranze etniche, potrebbe salvare entro il 2035 circa 10 milioni di vite. Tra gli investimenti migliori dal punto di vista della produttività economica e della redditività, per la generazione presente e per quelle successive, si collocano i servizi che migliorano la salute prenatale e materna, riducono l'incidenza dell'insufficienza ponderale alla nascita e dell'arresto nello sviluppo ed estendono a bambini/e e adolescenti le misure sanitarie di prevenzione.

In particolare per le donne più povere l'assistenza sanitaria qualificata, che comprenda tutti i servizi per la salute sessuale e riproduttiva, è essenziale non soltanto per il loro benessere personale ma anche per rendere libero il tempo che dovrebbero impiegare nell'assistenza agli altri membri della famiglia. Il che si può tradurre in più tempo per cercare un'occupazione o una fonte di reddito, e di conseguenza in maggiori entrate.

All'interno dei sistemi sanitari nazionali, alcune possibili aree di intervento sono quelle in cui i poveri si trovano ancora sostanzialmente indietro: l'accesso alla pianificazione familiare, all'assistenza prenatale e a quella professionale al parto.

Anche la qualità dei servizi è importante. Per esempio, se davvero si vogliono ridurre le disuguaglianze, l'assistenza alla salute riproduttiva che offre un unico metodo contraccettivo non sempre accettabile per una popolazione rurale povera dovrà offrire una varietà maggiore, oltre a garantire le conoscenze necessarie a compiere scelte informate. Per migliorare l'inclusione, i servizi sanitari devono essere pensati per adattarsi all'intero ciclo della vita: oggi, uno dei divari più forti è rappresentato dal livello di sensibilità nei confronti della popolazione giovanile. Una ragazza che abbia bisogno di contraccettivi incontra molti ostacoli dovuti a leggi e politiche restrittive e alla disapprovazione della vita sessuale adolescenziale. Soltanto una ragazza su quattro

è abbastanza informata su come proteggersi dall'HIV, benché la maggioranza dei nuovi contagi avvenga tra donne giovani e adolescenti (Nazioni Unite, 2013b).

Iniziare la vita in migliori condizioni di salute darebbe a molte ragazze una possibilità ben più alta di superare altre cause di disuguaglianza nel corso dell'esistenza. I servizi sanitari devono spesso adottare misure proattive per abbattere le barriere che emarginano adolescenti e giovani, per esempio attraverso servizi gratuiti che garantiscano la riservatezza, consulenti con una formazione specifica, diffusione d'informazioni attraverso le nuove tecnologie e nei luoghi più frequentati dalle giovani. Dovrebbero essere prioritari i programmi che puntano a rispondere alle esigenze di contraccezione, perché le gravidanze indesiderate e precoci rischiano di interferire con l'istruzione e con le possibilità di inserirsi nel mondo del lavoro retribuito.

## L'uguaglianza tutelata dalla legge

Inserire esplicitamente la parità dei diritti per tutti i cittadini e le cittadine nelle legislazioni nazionali e nella loro attuazione pratica può servire a sostenere altri passi verso la riduzione delle disuguaglianze. Oltre a rispondere al dettato di numerosi impegni internazionali, questo significa anche rispettare la Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne, con la quale quasi tutti gli stati membri delle Nazioni Unite hanno concordato di "inserire, laddove non sia già introdotto, il principio dell'uguaglianza di uomini e donne nelle costituzioni nazionali o in altre leggi appropriate e garantire, attraverso la legge e altri strumenti adeguati, l'attuazione pratica di tale principio".

Rendere l'uguaglianza un principio sancito per legge, soprattutto ai massimi livelli come nelle carte costituzionali, aprirebbe la porta all'eliminazione di tutte le leggi e le pratiche discriminatorie. Questo esige però la messa in atto di misure che contrastino attivamente non solo i modelli legali ma anche quelli economici, sociali e politici che consentono alla disuguaglianza di persistere e che comportano il mancato rispetto dei diritti umani.

Le persone oggi emarginate possono trovare nella legge una base per rivendicare i propri diritti umani, soprattutto se sono in vigore misure intese a garantire la pari protezione secondo la legge e la parità di accesso ai sistemi giudiziari. Questo può portare alla correzione dei pregiudizi vigenti nei pubblici servizi, che favoriscono per esempio le aree urbane rispetto a quelle rurali, o a colmare le differenze retributive tra uomini e donne a parità di lavoro svolto.

Laddove ci siano risorse limitate, si possono adottare nel tempo misure che promuovano una graduale equità, purché ciò avvenga all'interno di un processo non discriminatorio e si cerchi di massimizzare l'uso delle risorse disponibili. Il Patto internazionale sui diritti economici sociali e culturali, così come le convenzioni sull'infanzia e sulle disabilità, riconosce il principio della "attuazione progressiva".

## Potenziare risorse e strategie per conseguire diritti e benefici economici

L'Agenda 2030 invita all'ambizione nel puntare al cambiamento. Realizzare le aspirazioni di tutti e tutte, compresa quella di non lasciare indietro nessuno, dipenderà in gran parte dal potenziamento di risorse e strategie per lo sviluppo. In particolare, chi va incontro alle maggiori disuguaglianze non ha molte probabilità di restare coinvolto negli scenari dell'ordinaria amministrazione che finora hanno sostanzialmente mantenuto, se non aggravato, la loro esclusione.

Gli argomenti in favore del potenziamento sono molti: prima di tutto la necessità di estendere a tutti i servizi qualificati essenziali significa tutelare i diritti umani. Secondo, oggi disponiamo di un vasto corpus di conoscenze in merito alle azioni più efficaci, che si tratti di prevenire il contagio da HIV o di ampliare l'accessibilità ai servizi finanziari. Terzo, l'incremento degli investimenti comporta benefici economici. Per esempio, secondo il Guttmacher Institute, ogni dollaro speso nei servizi per la contraccezione comporta un risparmio di 1,47 dollari nella spesa sanitaria connessa alle gravidanze.

© Paolo Patruno

La maggior parte delle necessità a cui rispondere si riscontra nei paesi a reddito basso e medio-basso e, al loro interno, nelle comunità più povere.

Il progresso deve procedere a una velocità 14 volte maggiore del ritmo attuale, se si vuole raggiungere l'Obiettivo di sviluppo sostenibile volto a eliminare i matrimoni precoci.

Potenziare e rafforzare i sistemi sanitari è essenziale per garantire l'accesso equo e universale all'assistenza e ai servizi in tutti i diversi luoghi di residenza e a tutti i livelli di reddito, oltre che per affrontare altri fattori che favoriscono l'emarginazione. Per esempio, la sproporzionata concentrazione di operatori sanitari nelle aree urbane, come avviene nella maggior parte dei paesi, deve essere rivista. Alcuni approcci utili per raggiungere le zone agricole sono la rotazione degli operatori, nuovi utilizzi delle tecnologie mobili, collegamenti tra aree urbane e rurali, non solo tra i sistemi sanitari, ma anche nei settori connessi, come i trasporti. I servizi sanitari inoltre migliorano quando si consulta la cittadinanza per conoscere esigenze ed esperienze con il sistema sanitario.

Il potenziamento, pur richiedendo l'allocazione di risorse extra a breve termine, comporta significativi benefici nel lungo periodo, soprattutto nei paesi che hanno una popolazione relativamente numerosa, giovane e povera. Garantire universalmente i servizi per la salute sessuale e riproduttiva, per esempio, serve ad accelerare la transizione demografica che a sua volta stimola la crescita economica nei paesi che hanno una popolazione giovane e in aumento.

Altrettanto importante è ridistribuire in modo efficiente ed equo le risorse esistenti, il che può significare spendere di più per coloro che sono stati lasciati indietro, soprattutto il 40 per cento più povero. Si può partire per esempio da un modello di bilancio pubblico che si ispiri alle revisioni di bilancio improntate a un'ottica di genere già adottate in molti paesi, sia a livello nazionale che subnazionale. Tali revisioni si applicano alla riscossione e alla spesa delle risorse pubbliche per verificare che le pratiche attuali siano coerenti con la parità di genere o siano orientate a ottenerla.

## Calcolare quel che non si era calcolato

Troppo spesso le disuguaglianze non vengono calcolate o sono scarsamente comprese - in ogni caso, succede che non siano valutate come meritano. Questo impedisce di adeguare le "regole del gioco" per far sì che le politiche non siano sproporzionatamente in favore di chi già se la passa bene – a livello di comunità locale come nel sistema internazionale. Per esempio, anche se

© Mark Tuschman

complessivamente c'è stato ovunque un miglioramento nell'istruzione e nell'assistenza sanitaria, le donne, in confronto agli uomini, continuano ad avere un rischio percentualmente molto più elevato di vivere in povertà e di restare disoccupate, e anche se occupano posti di lavoro analoghi tendono a guadagnare meno.

Non c'è miglior esempio di tali inadeguate valutazioni del fatto che ancora ci si basi moltissimo sul PIL in quanto indicatore del benessere di un paese. In base a questo criterio, un paese africano risulta sì cresciuto all'incredibile ritmo del 6 per cento annuo tra il 1998 e il 2010, ma nello stesso periodo il suo tasso di povertà è balzato dal 43 al 64 per cento, interessando 4 milioni di persone. Il PIL inoltre non tiene conto del lavoro femminile non retribuito – anche se questo ammonta globalmente, secondo le stime, a 10.000 miliardi di dollari l'anno (Oxfam, 2017).

Sebbene il PIL sia da tempo riconosciuto come una misura inadeguata del benessere, le attuali disuguaglianze rendono sempre più urgente che si elaborino opzioni alternative o complementari, come invita a fare l'Agenda 2030. Nel 2009, la Commissione Stiglitz-Sen-Fitoussi, che puntava a studiare criteri migliori per misurare il progresso sociale ed economico, raccomandava di attribuire maggiore importanza alla distribuzione del reddito, dei consumi e della ricchezza, e a tener conto delle disuguaglianze in tutte le dimensioni degli indicatori riguardanti la qualità della vita.

Gli SDGs sono largamente considerati un invito a iniziare una rivoluzione statistica, data la vastissima portata dei traguardi e degli indicatori. Un primo passo in questa direzione consiste nell'usare i dati esistenti come base per stabilire quali investimenti sono più utili soprattutto a garantire che servizi e risorse, per quanto limitati possano essere, raggiungano per prime le persone più in basso nella scala economica. I dati dovrebbero inoltre essere meglio disaggregati, per poter fotografare le disuguaglianze in tutti i parametri più rilevanti per un paese dato, a livello nazionale o subnazionale. Non basta, per esempio, sapere quante persone hanno accesso ai contraccettivi: è più rilevante conoscere le percentuali raggruppate per livelli di reddito, che possono costituire la base per potenziare o per meglio dirigere gli sforzi volti a ridurre le disparità.

I sistemi statistici nazionali devono servire l'intera popolazione, documentando e tracciando non solo le privazioni assolute ma anche le disuguaglianze, in un arco di tempo dato, in tutti gli ambiti dello sviluppo. In molti casi i sistemi statistici devono migliorare il coordinamento e la comunicazione, in modo da poter affrontare

una delle principali caratteristiche delle disuguaglianze, quella di rinforzarsi reciprocamente, in maniera integrata anziché settore per settore, programma per programma, o addirittura dato statistico per dato statistico. Le misurazioni possono evidenziare in che modo i diversi interventi si influenzano a vicenda, e guidare con maggiore accuratezza gli interventi plurisettoriali più efficaci per ridurre le disparità.

## Un balzo in avanti verso la mobilità, attraverso l'istruzione e un lavoro dignitoso

Attuare il diritto a un'istruzione di qualità contribuisce a migliorare la mobilità nel mercato del lavoro, garantire migliori condizioni di salute e far scendere il tasso di fecondità, oltre a ridurre la trasmissione generazionale della povertà. Ma incrementare la frequenza scolastica tra chi vi è escluso e in particolare per le ragazze povere delle zone rurali è spesso un'impresa ardua. Le famiglie più povere spesso scelgono di pagare le rette scolastiche solo per i figli maschi, o di far sposare le figlie giovanissime affinché diventino responsabilità di qualcun altro. Molte ragazze ancora oggi abbandonano la scuola per svolgere le faccende domestiche a casa.

Alcune soluzioni partono dall'interno dei sistemi scolastici, per esempio eliminando le rette o distribuendo sussidi alle famiglie più povere. Altre strategie importanti per l'inclusione possono essere l'istituzione di insegnamenti nelle lingue locali, la garanzia di sicurezza nelle scuole e la realizzazione di servizi igienici femminili separati. Tra gli incentivi per promuovere l'istruzione femminile ci sono anche i già citati *cash transfer*, versamenti in contanti condizionati o incondizionati, per le famiglie povere e i programmi che finanziano le mense scolastiche.

Le scuole dovrebbero offrire un'educazione sessuale completa, con un piano di studi adeguato per l'età. In questo modo giovani e adolescenti avrebbero gli strumenti per compiere scelte informate, autonome e responsabili sulla propria salute sessuale e riproduttiva.

Per le persone emarginate, il valore dell'istruzione si calcola spesso in base a quanto contribuisce al benessere futuro, il che suggerisce l'importanza di allineare meglio i programmi scolastici con le richieste del mercato del lavoro. In Bangladesh, per esempio, alcuni dati indicano che la crescita dell'industria tessile e dell'abbigliamento porta a un significativo incremento della scolarizzazione delle ragazze, poiché i datori di lavoro richiedono almeno le conoscenze di base nell'alfabetizzazione e nelle capacità di calcolo.

Per portare avanti la promessa contenuta in esperienze come queste, anche puntando a posti di lavoro dignitosi in tutti i settori dell'economia, è necessario misurare elementi come l'apertura di nuove opportunità per le ragazze in tutti i tipi di istruzione professionale e tecnica, ed eliminare i pregiudizi di genere che portano a incanalare l'occupazione femminile nei settori tradizionali (e spesso mal pagati). Per esempio, è ancora molto basso il numero delle donne e ragazze che entrano nei cosiddetti settori STEM (scienza, tecnologia, ingegneria e matematica), benché questi siano i campi del futuro.

Secondo una stima del Forum economico mondiale, sarà assegnato a una donna solo uno dei nuovi posti STEM ogni venti persi in altri settori, mentre la quota per gli uomini è di un nuovo posto ogni quattro persi altrove (Forum Economico Mondiale, 2016b). Se però si raddoppiasse il ritmo a cui le donne diventano utenti stabili delle tecnologie digitali, anche il settore occupazionale inerente potrebbe raggiungere la parità di genere molto più rapidamente di quanto prevedano le stime attuali (Accenture, 2016). In Costa Rica, per esempio, è in corso un programma che aiuta le ragazze delle aree rurali più povere a studiare le materie scientifiche e tecnologiche, offrendo alle giovani laureate maggiori opportunità di diventare imprenditrici in proprio nelle tecnologie dell'informatica e della comunicazione.

Gran parte del miliardo di persone che nel mondo vive sotto la soglia di povertà lavora nel settore infor-

male e sbarca in qualche modo il lunario nell'agricoltura di sussistenza, nei lavori domestici o con lavori a giornata. Lavori che non garantiscono alcun benefit sociale e spesso violano le leggi sul lavoro. I guadagni sono di norma così bassi da aggravare altre disuguaglianze e violazioni di diritti, come la mancanza di accesso all'assistenza sanitaria o all'istruzione.

Di solito il lavoro informale garantisce anche una bassissima produttività. Anche se in alcune economie può rappresentare nell'immediato l'unica opzione a portata di mano, soprattutto per le donne, è importante – per i singoli come per le economie nazionali – avviare un processo di transizione verso un lavoro dignitoso nel settore formale.

Ulteriori vantaggi si possono accumulare nei paesi che si sono attrezzati per sfruttare il vantaggio di quella maggiore partecipazione alla forza lavoro e dell'aumento di produttività capaci di innescare il dividendo demografico. Nel 2015, l'Organizzazione internazionale per il lavoro, ha adottato le_Raccomandazioni per la transizione dall'economia informale a quella formale con cui fornisce una struttura legale di base che gli Stati possono utilizzare per tutelare i lavoratori del settore informale, e il loro reddito, nella fase di passaggio a un impiego formale.

Uno dei principali ostacoli che incontrano le donne nel trovare un'occupazione retribuita è il lavoro non retribuito dell'assistenza familiare – di regola, il tempo impiegato in attività che riguardano la casa e la famiglia. Soprattutto le più povere trascorrono molte ore nel cercare acqua e combustibile, perché devono far fronte alla mancanza dei moderni sistemi di fornitura. Tali responsabilità non retribuite contribuiscono al divario retributivo di genere, che è decisamente più elevato tra le donne con figli: nell'Africa subsahariana è del 31 per cento per le donne con figli, rispetto al 4 per cento per quelle che non ne hanno (UN Women, 2015).

La ridistribuzione del peso delle attività di assistenza non retribuite esige che gli uomini se ne facciano carico in modo più equo. Anche una maggiore capillarità nella fornitura dei servizi può dare un importante contributo. Secondo le Nazioni Unite, un programma avviato in Cile per agevolare l'accessibilità degli asili nido, con un'attenzione specifica verso i gruppi più emarginati, ha incrementato di 16 punti percentuali la possibilità per le donne di inserirsi nel mondo del lavoro.

Tra le altre questioni essenziali da risolvere per conseguire una maggiore parità di reddito per le donne c'è la discriminazione di genere nella proprietà e nella possibilità di ereditare beni. In un contesto agricolo, una donna che non abbia terreni o non possa ereditarli, per esempio, va incontro ad altissime probabilità di scendere sotto la soglia della povertà o di non poterne uscire. Una maggiore inclusione finanziaria richiede la diminuzione dei costi per le operazioni bancarie e prodotti di credito tagliati su misura per le persone più povere e per quelle che vivono in zone isolate. Enormi passi avanti sono stati compiuti in alcuni paesi attraverso il *mobile money* e altre forme di servizi finanziari digitali, grazie al numero crescente di telefoni cellulari.

## Politiche mirate a offrire pari opportunità

Eliminare la povertà e conseguire l'inclusione sono gli obiettivi centrali dell'Agenda 2030, nonché i cardini dell'impegno verso il rispetto universale dei diritti umani e della dignità di tutti e tutte. Il loro conseguimento dipende dalla capacità di accelerare e potenziare le azioni che interessano il 40 per cento più povero della popolazione – quello lasciato più indietro. Esige un aumento dei loro redditi e nuovi investimenti nella salute e nell'istruzione per fornire a tutti i membri della società opportunità più eque e risultati più giusti.

Data la quantità di dati a conferma di come le disuguaglianze tendano ad aggravarsi in mancanza di una deliberata attenzione ai divari da colmare, raggiungere l'equità e l'inclusione in tutti i settori vitali per il benessere delle persone dovrebbe essere l' obiettivo centrale di ogni pianificazione e programma politico di sviluppo nazionale e delle azioni volte alla realizzazione dell'Agenda 2030 tra-

**L'Agenda 2030 ha immaginato un futuro migliore, in cui tutti insieme abbatteremo gli ostacoli e coreggeremo le disparità, concentrandoci prima di tutto su quelli che sono rimasti più indietro.**

**L'OBIETTIVO DEVE ESSERE QUELLO DI RIDURRE TUTTE LE DISUGUAGLIANZE**

© Sergio Moraes/REUTERS

mite il conseguimento di tutti i 17 SDGs. Questo si potrebbe tradurre, per esempio, in uno sforzo concertato per estendere l'accesso alla contraccezione moderna alle donne più povere, in quanto è tra loro che la domanda inevasa è più alta, sia a livello nazionale sia in generale nel mondo in via di sviluppo. Analoghe discrepanze esistono per le donne povere per quanto riguarda la possibilità di partorire presso le strutture sanitarie, l'assistenza ricevuta durante la gravidanza e il tasso di mortalità dei neonati.

Al di là delle azioni esplicitamente mirate verso il coinvolgimento e il potenziamento dei più indigenti – il 40 per cento più povero – misure specifiche imposte dai governi centrali possono rendersi necessarie per modificare gli schemi meno equi nella distribuzione della ricchezza e di altre risorse, nonché per contrastare gli ostacoli sistemici e i livelli di rischio che fanno sì che i singoli restino intrappolati nelle disuguaglianze. Una commissione nazionale sulle disuguaglianze potrebbe riunire esperti appartenenti a diversi settori del governo, della società civile e dell'industria per valutare le opzioni e stabilire se determinate scelte politiche possono ridurre o aggravare le disuguaglianze.

Le politiche del lavoro potrebbero fissare l'entità del salario minimo, in linea con la Convenzione sulla fissazione del salario minimo dell'Organizzazione internazionale del lavoro, e darsi degli obiettivi per raggiungere il massimo livello occupazionale possibile. Le misure intese a stimolare la produttività dovrebbero concentrarsi sulla creazione di nuovi posti di lavoro meglio retribuiti destinati ai più esclusi. Uno studio condotto da OCSE su sette stati membri ha evidenziato che investire il 2 per cento del PIL nell'industria della cura porterebbe a un aumento dell'occupazione che in alcuni casi potrebbe superare il 6 per cento e che ridurrebbe il *gender gap* occupazionale almeno della metà. Per contro, investi-

menti analoghi nell'edilizia produrrebbero la metà dei posti di lavoro e aggraverebbero il divario di genere (UK Women's Budget Group, 2016).

Le politiche ridistributive mirate ad alleggerire i divari di reddito più pesanti prevedono sistemi di tassazione progressiva accompagnati da interventi volti a migliorare il sistema fiscale vigente. Applicare un'ottica dell'inclusione si potrebbe tradurre nel valutare la politica monetaria anche, tra l'altro, in base alla limitazione dell'accesso al credito per i debitori più poveri. La politica fiscale o finanziaria potrebbe orientarsi verso maggiori livelli di spesa mirata verso i gruppi di esclusi.

La tutela sociale universale è uno dei metodi più efficaci per il controllo delle disuguaglianze: prevede che chiunque – lavoratori del settore informale, pensionati o chi svolge un lavoro domestico e assistenziale non retribuito – possa accedere a un reddito di base, attraverso pensioni o assegni di sostentamento. Dovrebbe inoltre prevedere indennità di maternità, disabilità, assegni familiari e altri benefici analogamente essenziali per il benessere della persona. Uno studio condotto in diversi paesi poveri e a medio reddito ha evidenziato che la tutela sociale universale costerebbe soltanto tra l'1 e il 2 per cento del PIL, ovvero molto meno degli introiti fiscali che si perdono con inefficaci sistemi di tassazione o per colpa delle inefficienze nella gestione dei programmi di previdenza vigenti (Nazioni Unite, 2013b).

Per quanto riguarda i paesi più poveri, la comunità internazionale può fare di più per sostenere gli sforzi dei singoli Stati verso l'inclusione. Esistono ancora ingenti flussi di capitale che eludono il fisco, a discapito delle possibilità di finanziare i servizi pubblici. La Conferenza delle Nazioni Unite sul Commercio e lo Sviluppo stima che i paesi in via di sviluppo perdano almeno 100 miliardi di dollari l'anno a causa dell'elusione fiscale delle industrie multinazionali. La stessa cifra che, secondo Oxfam, basterebbe a garantire l'istruzione di 124 milioni di bambini e bambine che attualmente non frequentano la scuola.

Gli accordi commerciali potrebbero rendere paritaria la partecipazione ai mercati globali, seguendo le direttive degli accordi multilaterali sullo sviluppo sociale inclusivo e sui diritti umani, compreso il diritto a un lavoro dignitoso e sicuro, in grado di garantire reddito e coperture sociali che possano innalzare tutti al di sopra della soglia di povertà.

## Avvicinarsi

Avvicinare un mondo diviso non sarà facile, ma è fattibile. Dalle comunità più povere ai paesi più potenti, è possibile progredire verso l'inclusione. Non c'è nulla che possa giustificare la morte di 800 donne ogni giorno durante il parto. O le gravidanze non desiderate che devastano le risorse delle famiglie più povere. O le ragazze che vedono svanire il loro futuro perché un matrimonio precoce mette fine alla loro istruzione.

L'Agenda 2030 immagina un futuro migliore. Un futuro nel quale, insieme, sapremo abbattere le barriere e correggere le disparità, concentrandoci prima di tutto sulle persone rimaste più indietro. L'obiettivo deve essere la riduzione di tutte le disuguaglianze. I punti di partenza potranno essere diversi, ma dovranno comunque affondare le radici nell'idea che un progresso significativo in una sola dimensione può innescare il miglioramento di molte altre. Da questo punto di vista, alcuni dei contributi più efficaci possono derivare dal conseguimento dell'uguaglianza di genere e dalla tutela dei diritti riproduttivi di donne e ragazze.

Ampliare l'accessibilità dei servizi per la salute sessuale e riproduttiva non è che parte della soluzione. L'altra metà dipende dalla nostra capacità di affrontare le altre dimensioni della disuguaglianza che impediscono alle donne, specie se povere, di far valere i propri diritti e realizzare le proprie ambizioni, su un piano di uguaglianza rispetto agli uomini.

Tutti ne trarremo benefici, se saremo coinvolti nel trasformare una speranza in una realtà globale. Dal bisogno al benessere, possiamo trasformare il nostro mondo.

# 10 AZIONI PER UN MONDO PIÙ EQUO

Ampliare l'accessibilità dei servizi per la salute sessuale e riproduttiva non è che parte della soluzione. L'altra metà dipende dalla nostra capacità di affrontare le altre dimensioni della disuguaglianza che impediscono alle donne, specie se povere, di far valere i loro diritti e realizzare le loro ambizioni, su un piano di uguaglianza rispetto agli uomini.

**Tutti ne trarremo benefici, se tutti saremo coinvolti nel trasformare una visione di speranza in una realtà globale. Possiamo trasformare il nostro mondo.**

© BRAC-Sumon Yusuf

1. **Rispettare tutti gli impegni e gli obblighi** assunti nei confronti dei diritti umani all'interno dei trattati e delle convenzioni internazionali.

2. **Abbattere le barriere** – che si tratti di leggi o norme discriminatorie o di disparità nei servizi – che impediscono alle adolescenti e alle giovani donne di accedere alle informazioni e ai servizi per la salute sessuale e riproduttiva.

3. **Offrire anche alle donne** più povere l'assistenza sanitaria essenziale e salvavita, prenatale e materna.

4. **Soddisfare tutte le esigenze inevase di pianificazione familiare,** dando priorità alle donne che appartengono al 40 per cento di famiglie più povere.

5. **Garantire una piattaforma universale di tutela sociale,** che offra un reddito minimo sicuro e la copertura dei servizi essenziali, comprese le indennità e il sostegno collegati alla maternità.

6. **Potenziare servizi** come gli asili nido per consentire alle donne di inserirsi o di rimanere nel mondo del lavoro retribuito.

7. **Adottare politiche progressivamente** mirate ad accelerare la crescita del reddito tra il 40 per cento più povero della popolazione, anche attraverso il potenziamento degli investimenti per la realizzazione del capitale umano di donne e ragazze.

8. **Eliminare gli ostacoli economici, sociali e geografici** che limitano l'accesso delle ragazze all'istruzione secondaria e superiore, e la loro frequenza ai corsi nei settori della scienza, tecnologia, ingegneria e matematica.

9. **Accelerare la transizione** dai lavori nel settore informale a posti di lavoro dignitosi nel settore formale, concentrandosi innanzi tutto sui settori con la maggiore presenza di lavoratrici povere, e sbloccare l'accesso delle donne al credito e alla proprietà privata.

10. **Impegnarsi per misurare tutte le dimensioni della disuguaglianza** e il modo in cui si influenzano a vicenda, oltre a rafforzare i legami tra dati e politiche pubbliche.

# CODICI PAESI

| | |
|---|---|
| AFG | Afghanistan |
| AGO | Angola |
| ALB | Albania |
| AND | Andorra |
| ARE | United Arab Emirates |
| ARG | Argentina |
| ARM | Armenia |
| ATG | Antigua and Barbuda |
| AUS | Australia |
| AUT | Austria |
| AZE | Azerbaijan |
| BDI | Burundi |
| BEL | Belgium |
| BEN | Benin |
| BFA | Burkina Faso |
| BGD | Bangladesh |
| BGR | Bulgaria |
| BHR | Bahrain |
| BHS | Bahamas |
| BIH | Bosnia and Herzegovina |
| BLR | Belarus |
| BLZ | Belize |
| BOL | Bolivia (Plurinational State of) |
| BRA | Brazil |
| BRB | Barbados |
| BRN | Brunei Darussalam |
| BTN | Bhutan |
| BWA | Botswana |
| CAF | Central African Republic |
| CAN | Canada |
| CHE | Switzerland |
| CHL | Chile |
| CHN | China |
| CIV | Côte d'Ivoire |
| CMR | Cameroon |
| COD | Democratic Republic of the Congo |
| COG | Congo |
| COK | Cook Islands |
| COL | Colombia |
| COM | Comoros |
| CPV | Cape Verde |
| CRI | Costa Rica |
| CUB | Cuba |
| CYP | Cyprus |
| CZE | Czech Republic |
| DEU | Germany |
| DJI | Djibouti |
| DMA | Dominica |
| DNK | Denmark |
| DOM | Dominican Republic |
| DZA | Algeria |
| ECU | Ecuador |
| EGY | Egypt |
| ERI | Eritrea |
| ESP | Spain |
| EST | Estonia |
| ETH | Ethiopia |
| FIN | Finland |
| FJI | Fiji |
| FRA | France |
| FSM | Micronesia (Federated States of) |
| GAB | Gabon |
| GBR | United Kingdom |
| GEO | Georgia |
| GHA | Ghana |
| GIN | Guinea |
| GMB | Gambia |
| GNB | Guinea-Bissau |
| GNQ | Equatorial Guinea |
| GRC | Greece |
| GRD | Grenada |
| GTM | Guatemala |
| GUY | Guyana |
| HND | Honduras |
| HRV | Croatia |
| HTI | Haiti |
| HUN | Hungary |
| IDN | Indonesia |
| IND | India |
| IRL | Ireland |
| IRN | Iran (Islamic Republic of) |
| IRQ | Iraq |
| ISL | Iceland |
| ISR | Israel |
| ITA | Italy |
| JAM | Jamaica |
| JOR | Jordan |
| JPN | Japan |
| KAZ | Kazakhstan |
| KEN | Kenya |
| KGZ | Kyrgyzstan |
| KHM | Cambodia |
| KIR | Kiribati |
| KNA | Saint Kitts and Nevis |
| KOR | Republic of Korea |
| KWT | Kuwait |
| LAO | Lao People's Democratic Republic |
| LBN | Lebanon |
| LBR | Liberia |
| LBY | Libya |
| LCA | Saint Lucia |
| LKA | Sri Lanka |
| LSO | Lesotho |
| LTU | Lithuania |
| LUX | Luxembourg |
| LVA | Latvia |
| MAR | Morocco |
| MCO | Monaco |
| MDA | Republic of Moldova |
| MDG | Madagascar |
| MDV | Maldives |
| MEX | Mexico |
| MHL | Marshall Islands |
| MKD | The former Yugoslav Republic of Macedonia |
| MLI | Mali |
| MLT | Malta |
| MMR | Myanmar |
| MNE | Montenegro |
| MNG | Mongolia |
| MOZ | Mozambique |
| MRT | Mauritania |
| MUS | Mauritius |
| MWI | Malawi |
| MYS | Malaysia |
| NAM | Namibia |
| NER | Niger |
| NGA | Nigeria |
| NIC | Nicaragua |
| NIU | Niue |
| NLD | Netherlands |
| NOR | Norway |
| NPL | Nepal |
| NRU | Nauru |
| NZL | New Zealand |
| OMN | Oman |
| PAK | Pakistan |
| PAN | Panama |
| PER | Peru |
| PHL | Philippines |
| PLW | Palau |
| PNG | Papua New Guinea |
| POL | Poland |
| PRK | Democratic People's Republic of Korea |
| PRT | Portugal |
| PRY | Paraguay |
| QAT | Qatar |
| ROU | Romania |
| RUS | Russian Federation |
| RWA | Rwanda |
| SAU | Saudi Arabia |
| SDN | Sudan |
| SEN | Senegal |
| SGP | Singapore |
| SLB | Solomon Islands |
| SLE | Sierra Leone |
| SLV | El Salvador |
| SMR | San Marino |
| SOM | Somalia |
| SRB | Serbia |
| STP | São Tomé and Príncipe |
| SUR | Suriname |
| SVK | Slovakia |
| SVN | Slovenia |
| SWE | Sweden |
| SWZ | Swaziland |
| SYC | Seychelles |
| SYR | Syrian Arab Republic |
| TCD | Chad |
| TGO | Togo |
| THA | Thailand |
| TJK | Tajikistan |
| TKM | Turkmenistan |
| TLS | Timor-Leste |
| TON | Tonga |
| TTO | Trinidad and Tobago |
| TUN | Tunisia |
| TUR | Turkey |
| TUV | Tuvalu |
| TZA | Tanzania, the United Republic of |
| UGA | Uganda |
| UKR | Ukraine |
| URY | Uruguay |
| USA | United States of America |
| UZB | Uzbekistan |
| VCT | Saint Vincent and the Grenadines |
| VEN | Venezuela (Bolivarian Republic of) |
| VNM | Viet Nam |
| VUT | Vanuatu |
| WSM | Samoa |
| YEM | Yemen |
| ZAF | South Africa |
| ZMB | Zambia |
| ZWE | Zimbabwe |

# EQUIPLOT: SALUTE RIPRODUTTIVA

***Misurare il progresso nella riduzione delle disuguaglianze, per quintile di reddito***

Gli equiplot che seguono mostrano il progresso di paesi o territori in quattro aree della salute riproduttiva e nella riduzione delle disuguaglianze tra i quintili di reddito in quelle aree:

- percentuale di parti assistiti da personale medico qualificato;
- proporzione della domanda di pianificazione familiare soddisfatta con moderni metodi contraccettivi;
- percentuale di donne incinte che hanno accesso a quattro o più visite prenatali
- tasso di mortalità neonatale.

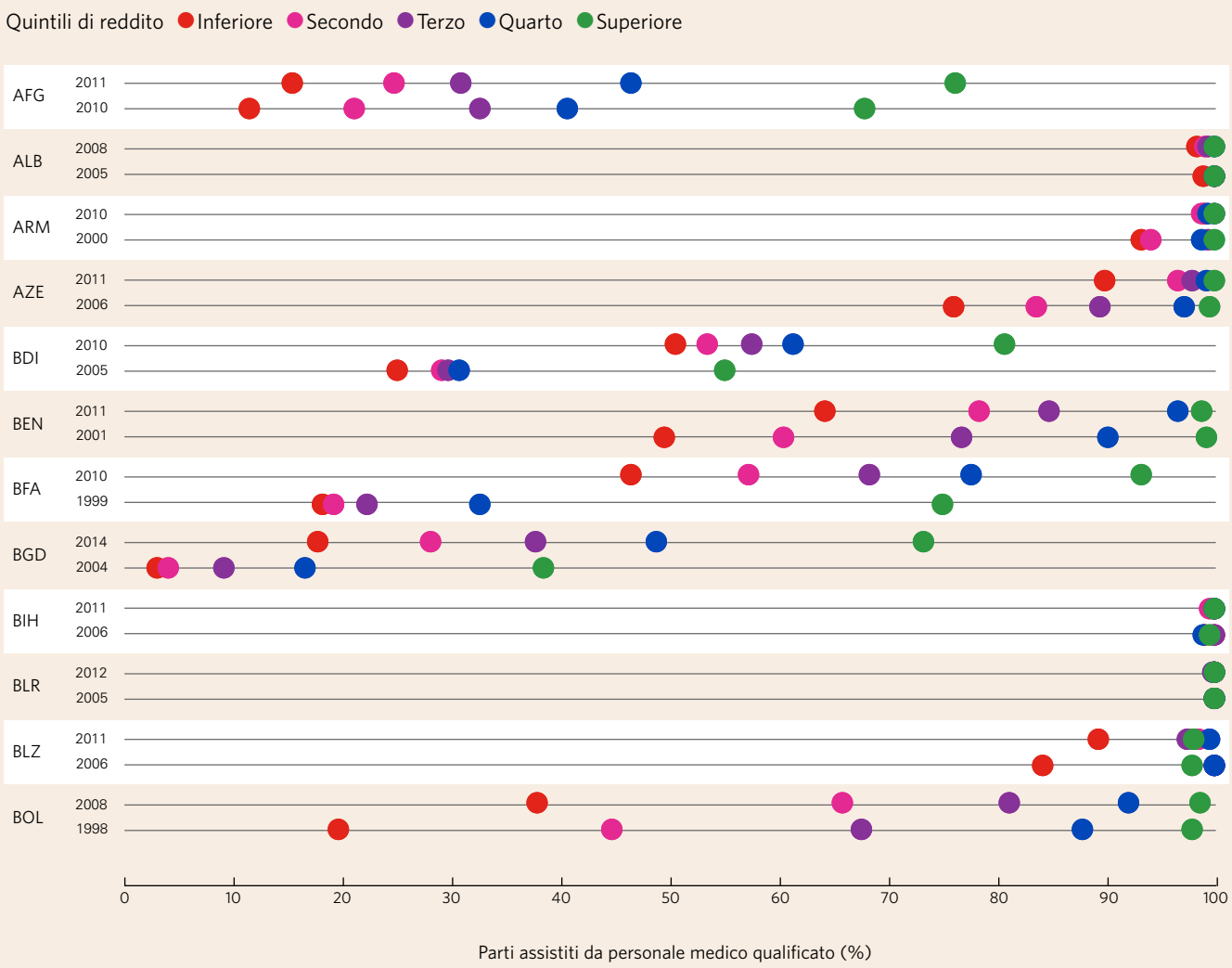
Ciascun punto su una linea, che assomiglia a una pallina su un abaco, rappresenta uno dei cinque quintili di reddito e mostra il punto in cui si trova relativamente a un indicatore. La posizione dei cinque punti insieme mostra come ciascun quintile di reddito si pone rispetto agli altri.

Le due linee per ciascun paese mostrano la situazione in due momenti diversi, generalmente un periodo di 10 anni. Gli equiplot relativi ai parti assistiti da personale medico qualificato mostrano, per esempio, per per un dato paese, la percentuale di parti assistiti nel quintile più basso, nel secondo, terzo, quarto, e in quello più alto. I punti verso destra di ciascuna linea rappresentano un elevato livello di parti assistiti da personale qualificato. I punti verso sinistra indicano livelli più bassi.

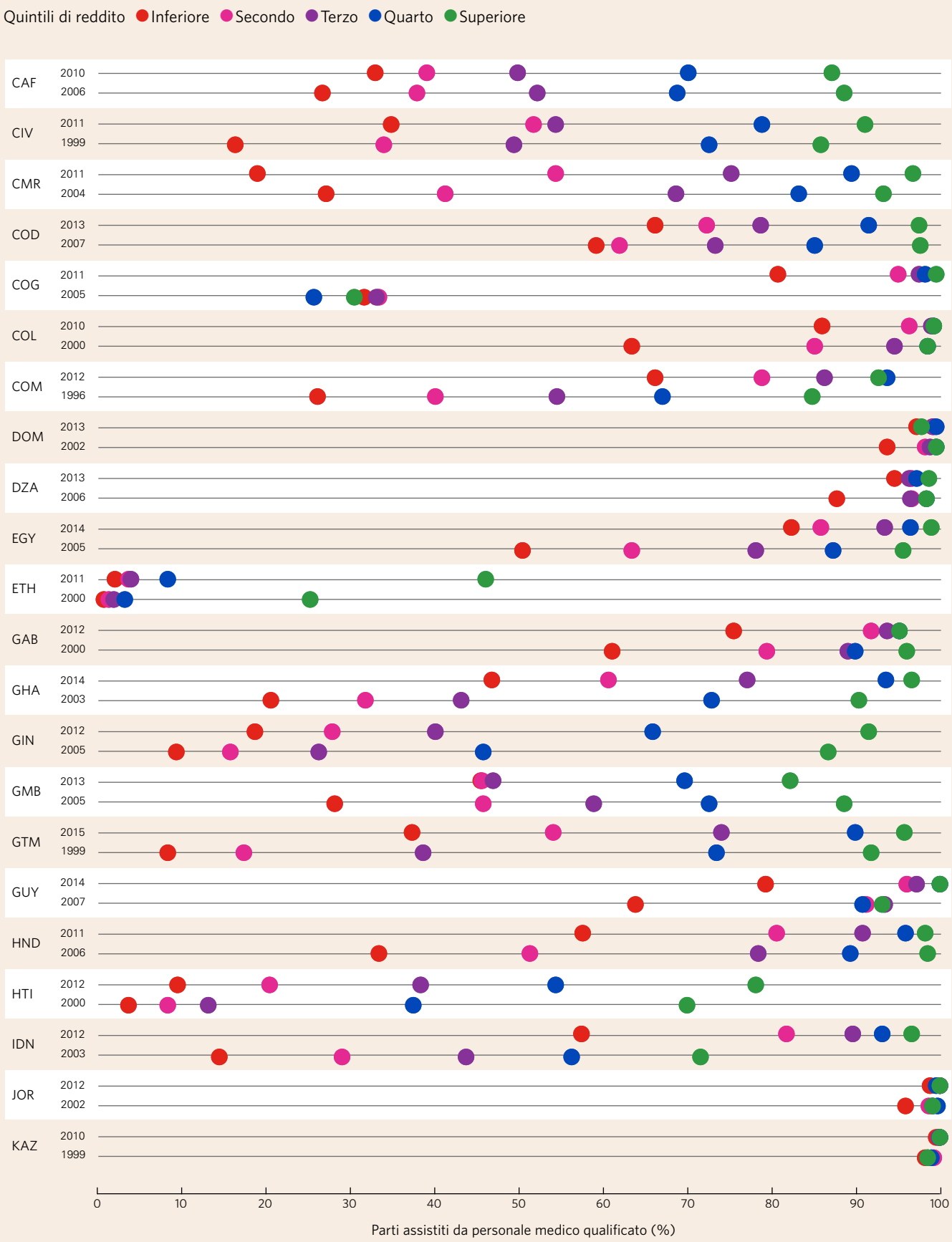
Quando si paragonano due linee relative allo stesso paese, uno spostamento complessivo verso destra indica che le proporzioni di parti assistiti da personale qualificato sono aumentate nel tempo. Punti che sono più vicini tra loro tra due punti nel tempo, indicano che la possibilità di essere assistiti da personale medico qualificato è aumentata per tutti, o almeno è distribuita in modo più omogeneo e a prescindere dal reddito, dunque vi è meno disuguaglianza.

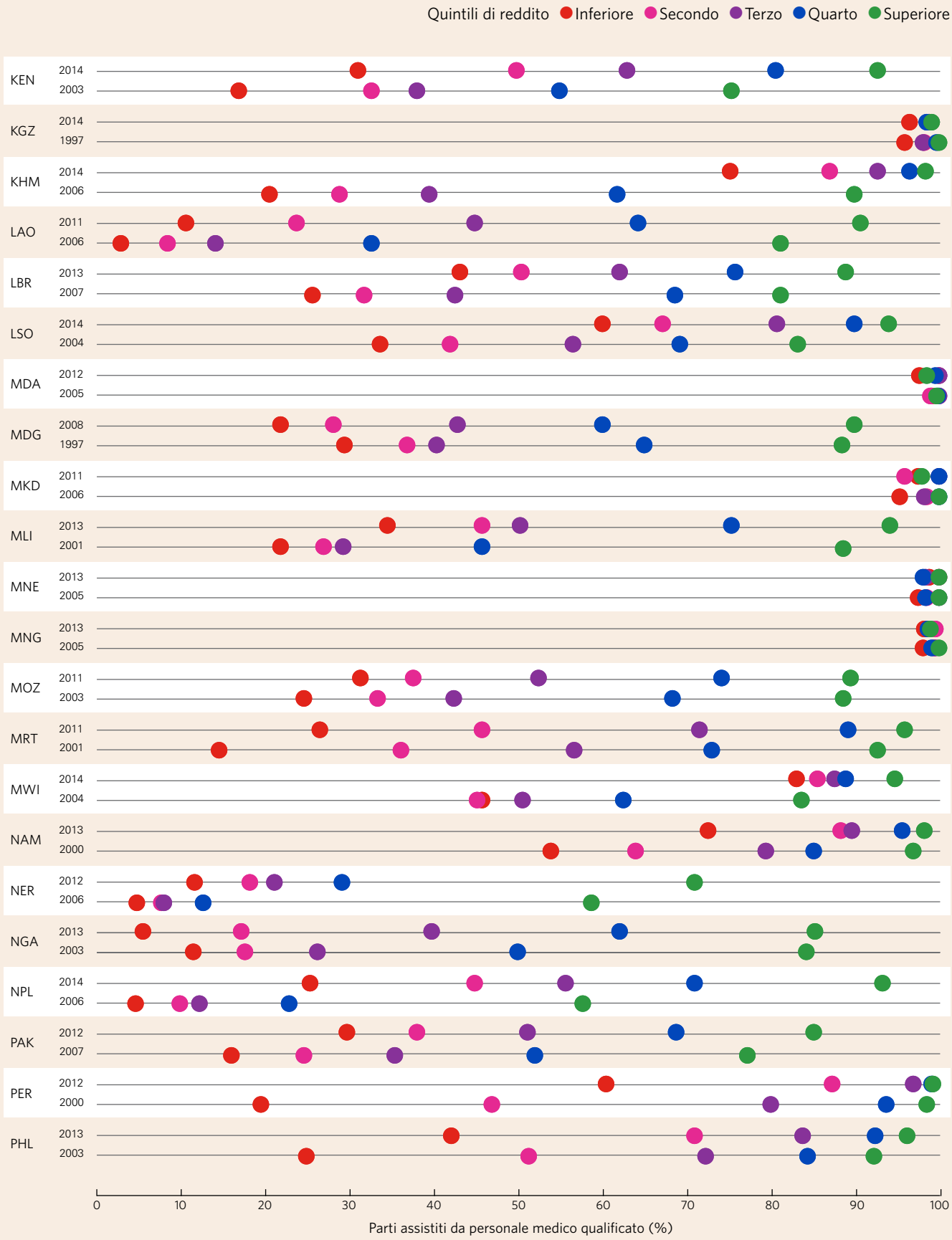
La stessa rappresentazione si applica alla proporzione tra la domanda di pianificazione familiare soddisfatta con metodi contraccettivi moderni e per le visite prenatali: uno spostamento verso destra nel tempo indica una maggiore percentuale di donne che ricevono almeno quattro visite. Due punti che si avvicinano tra loro indicano una diminuzione della disuguaglianza tra i quintili di ricchezza. Nel caso della mortalità neonatale, uno spostamento complessivo verso destra indica un progresso nella riduzione delle morti neonatali.

## Parti assistiti da personale medico qualificato

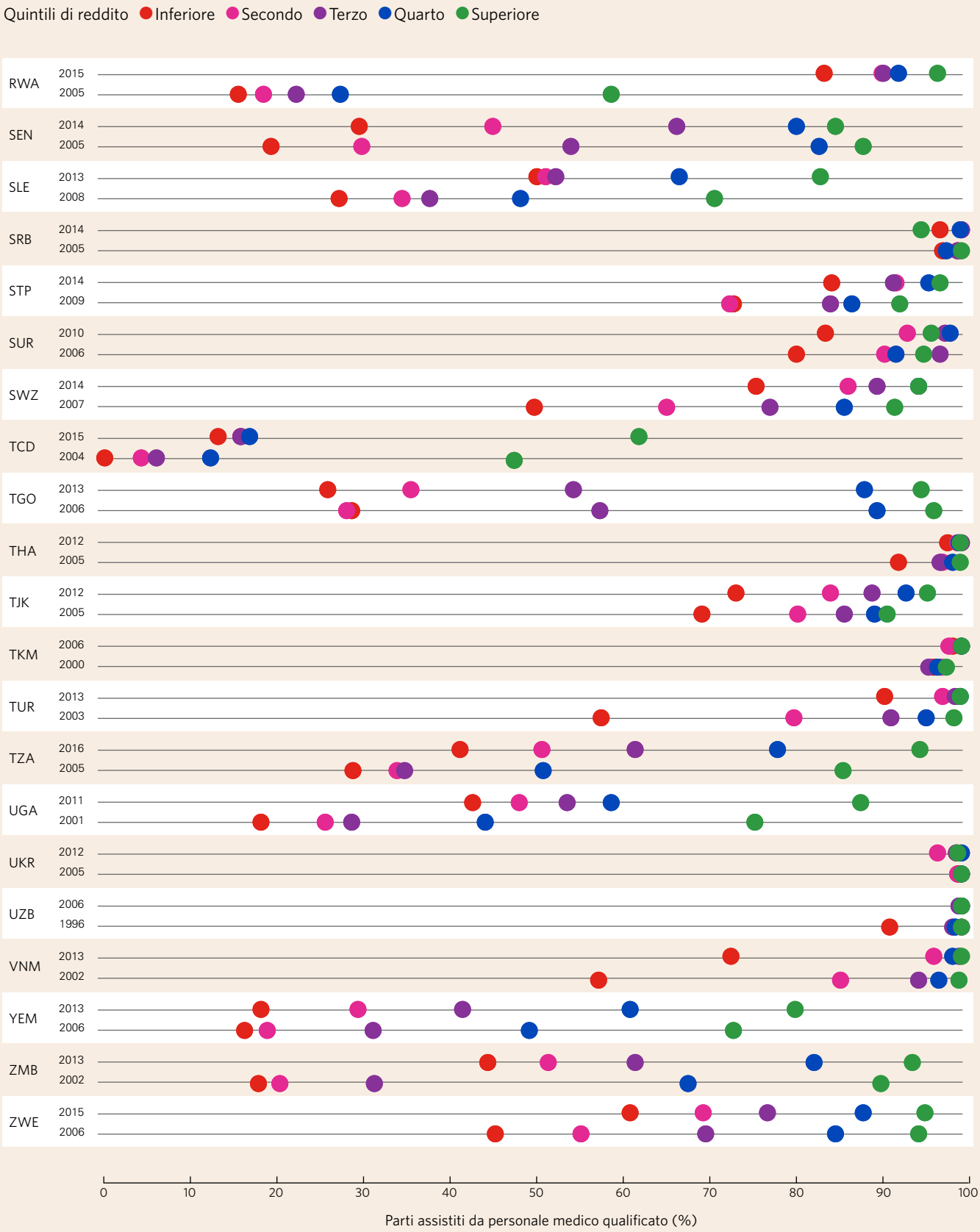


## Parti assistiti da personale medico qualificato (continua)

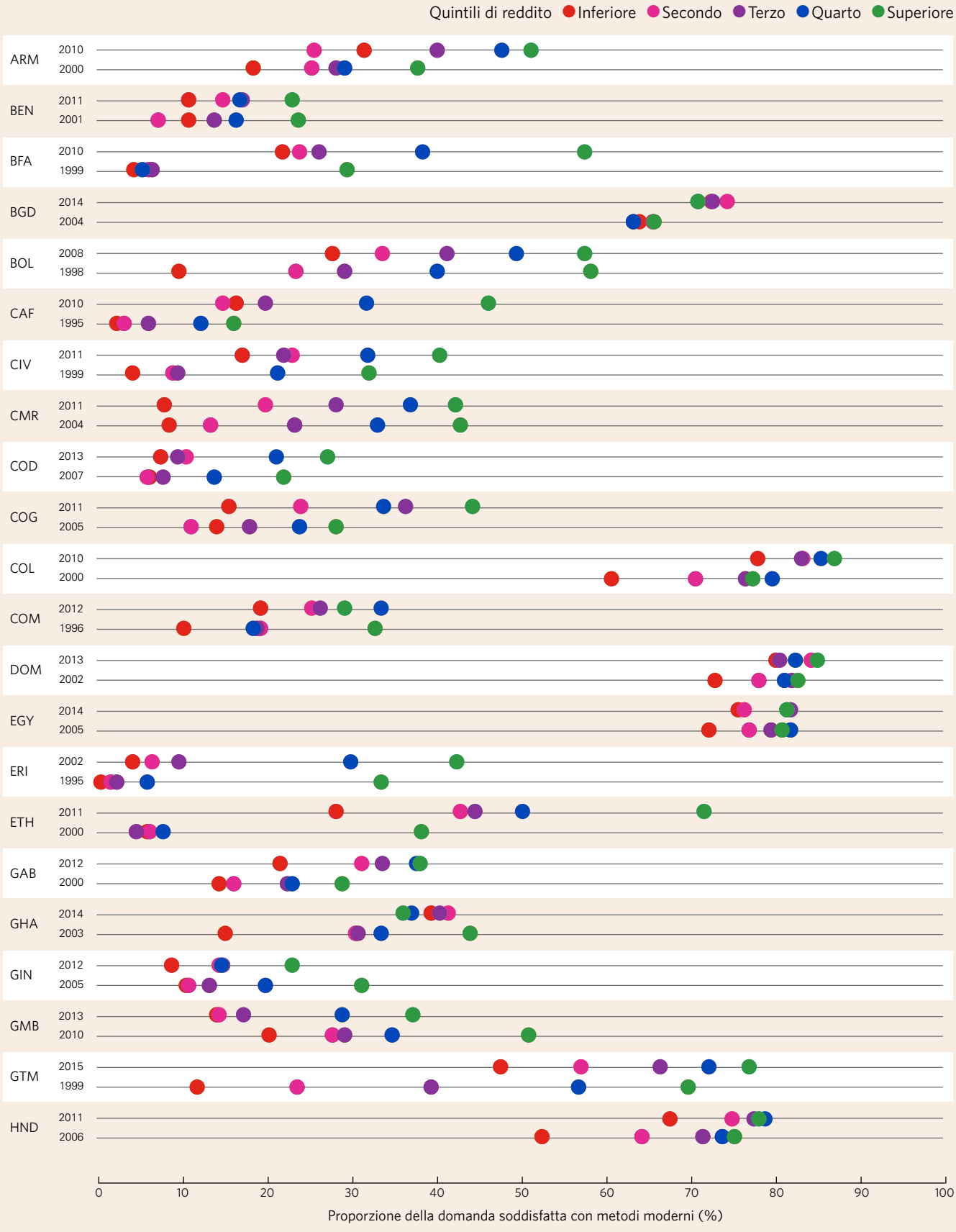



Quintili di reddito
Inferiore
Secondo
Terzo
Quarto
Superiore
KEN 2014 2003
KGZ 2014 1997
KHM 2014 2006
LAO 2011 2006
LBR 2013 2007
LSO 2014 2004
MDA 2012 2005
MDG 2008 1997
MKD 2011 2006
MLI 2013 2001
MNE 2013 2005
MNG 2013 2005
MOZ 2011 2003
MRT 2011 2001
MWI 2014 2004
NAM 2013 2000
NER 2012 2006
NGA 2013 2003
NPL 2014 2006
PAK 2012 2007
PER 2012 2000
PHL 2013 2003
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
Parti assistiti da personale medico qualificato (%)

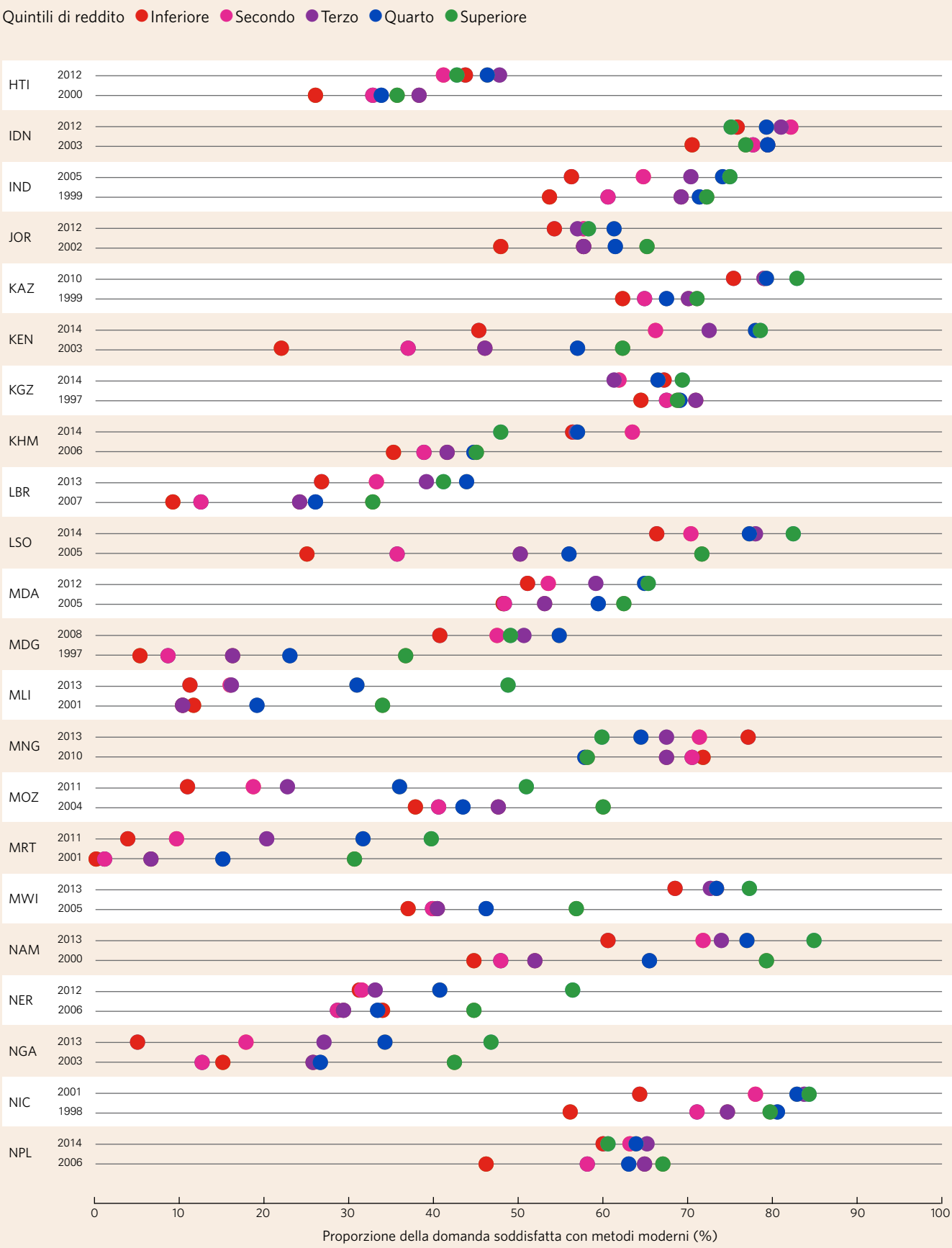
## Parti assistiti da personale medico qualificato (continua)

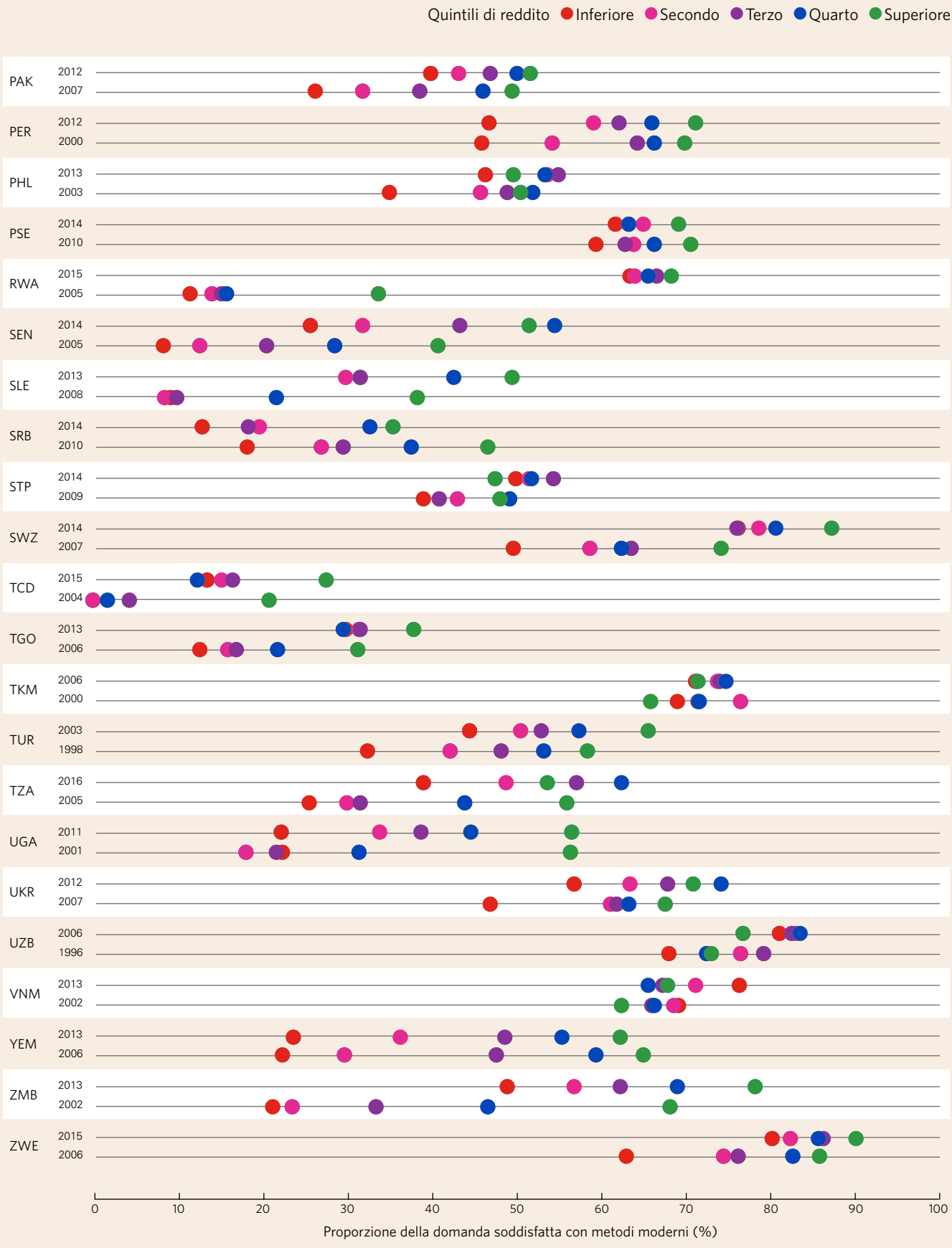


# Domanda di pianificazione familiare soddisfatta con metodi moderni

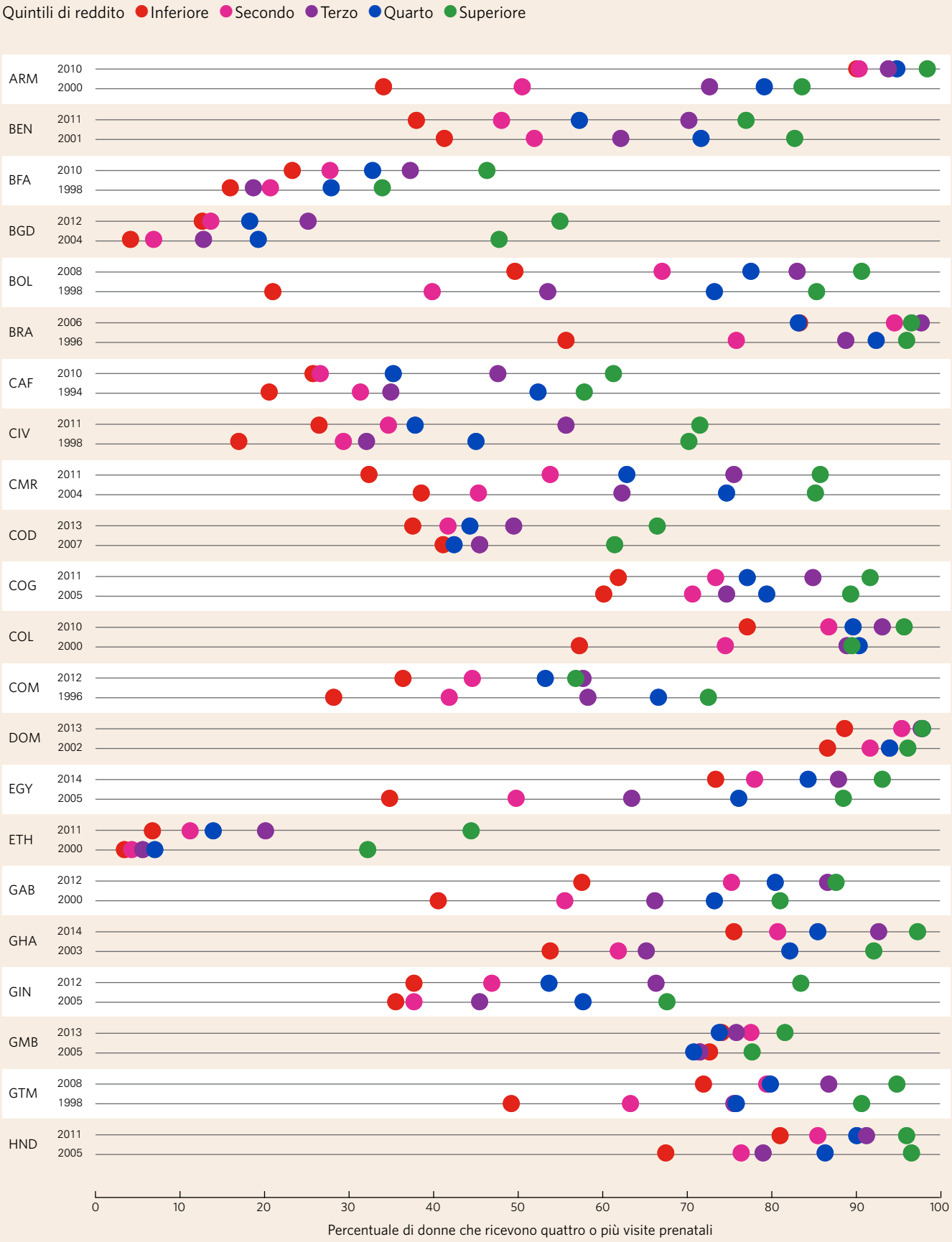


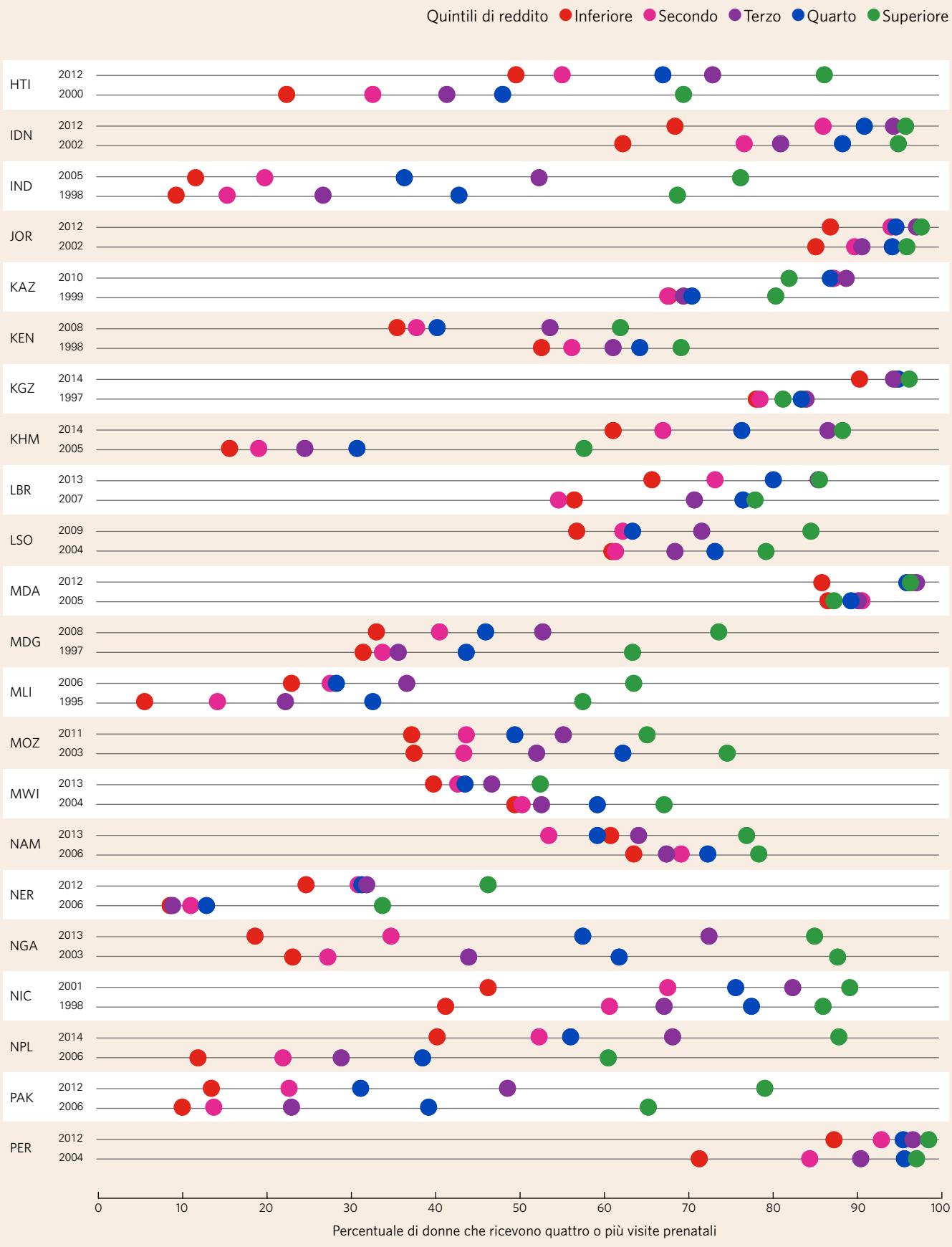
## Domanda di pianificazione familiare soddisfatta con metodi moderni (continua)



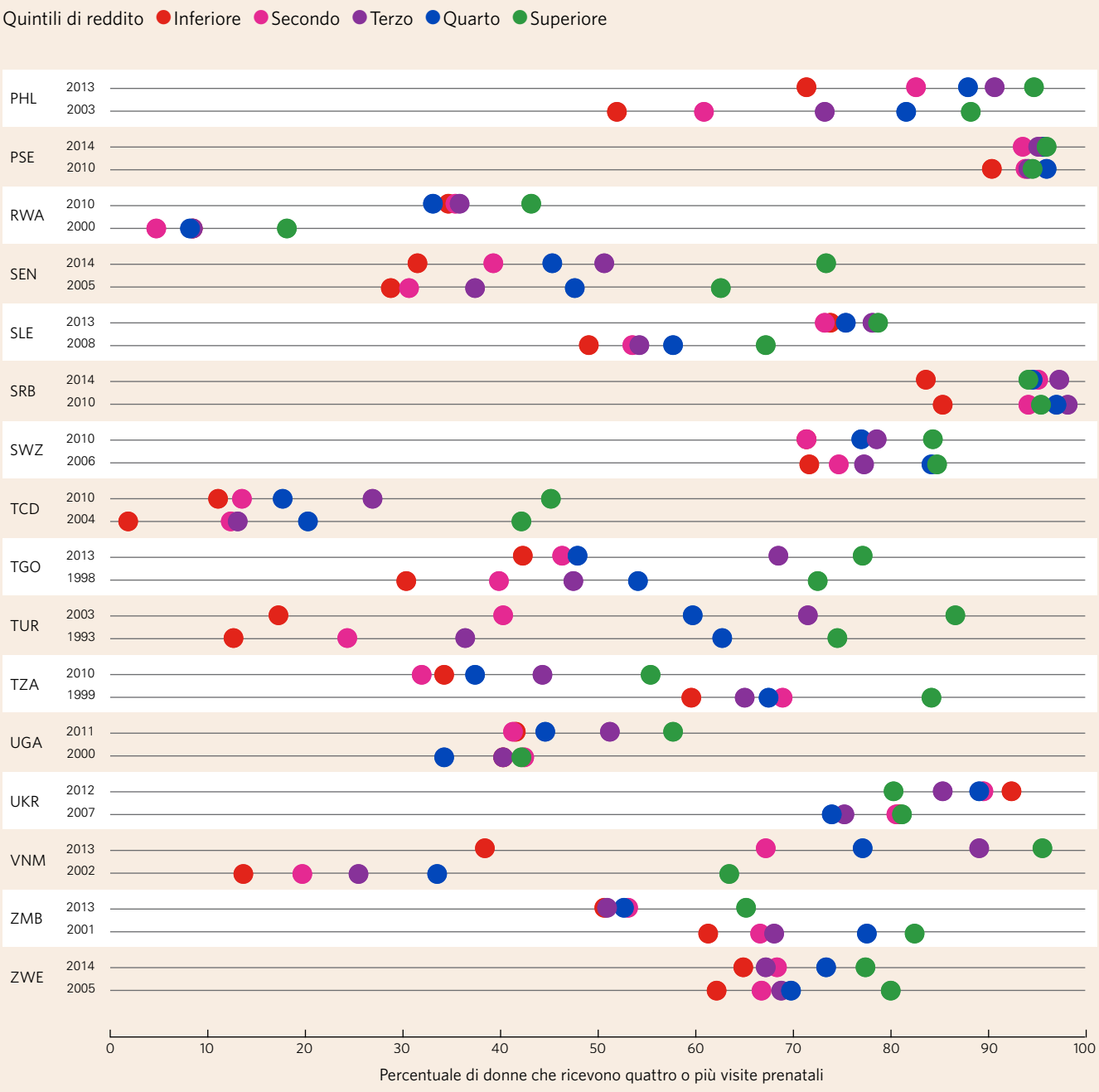

Quintili di reddito
Inferiore
Secondo
Terzo
Quarto
Superiore
PAK 2012 2007
PER 2012 2000
PHL 2013 2003
PSE 2014 2010
RWA 2015 2005
SEN 2014 2005
SLE 2013 2008
SRB 2014 2010
STP 2014 2009
SWZ 2014 2007
TCD 2015 2004
TGO 2013 2006
TKM 2006 2000
TUR 2003 1998
TZA 2016 2005
UGA 2011 2001
UKR 2012 2007
UZB 2006 1996
VNM 2013 2002
YEM 2013 2006
ZMB 2013 2002
ZWE 2015 2006
0
10
20
30
40
50
60
70
80
90
100
Proporzione della domanda soddisfatta con metodi moderni (%)

# Accesso a quattro o più visite prenatali

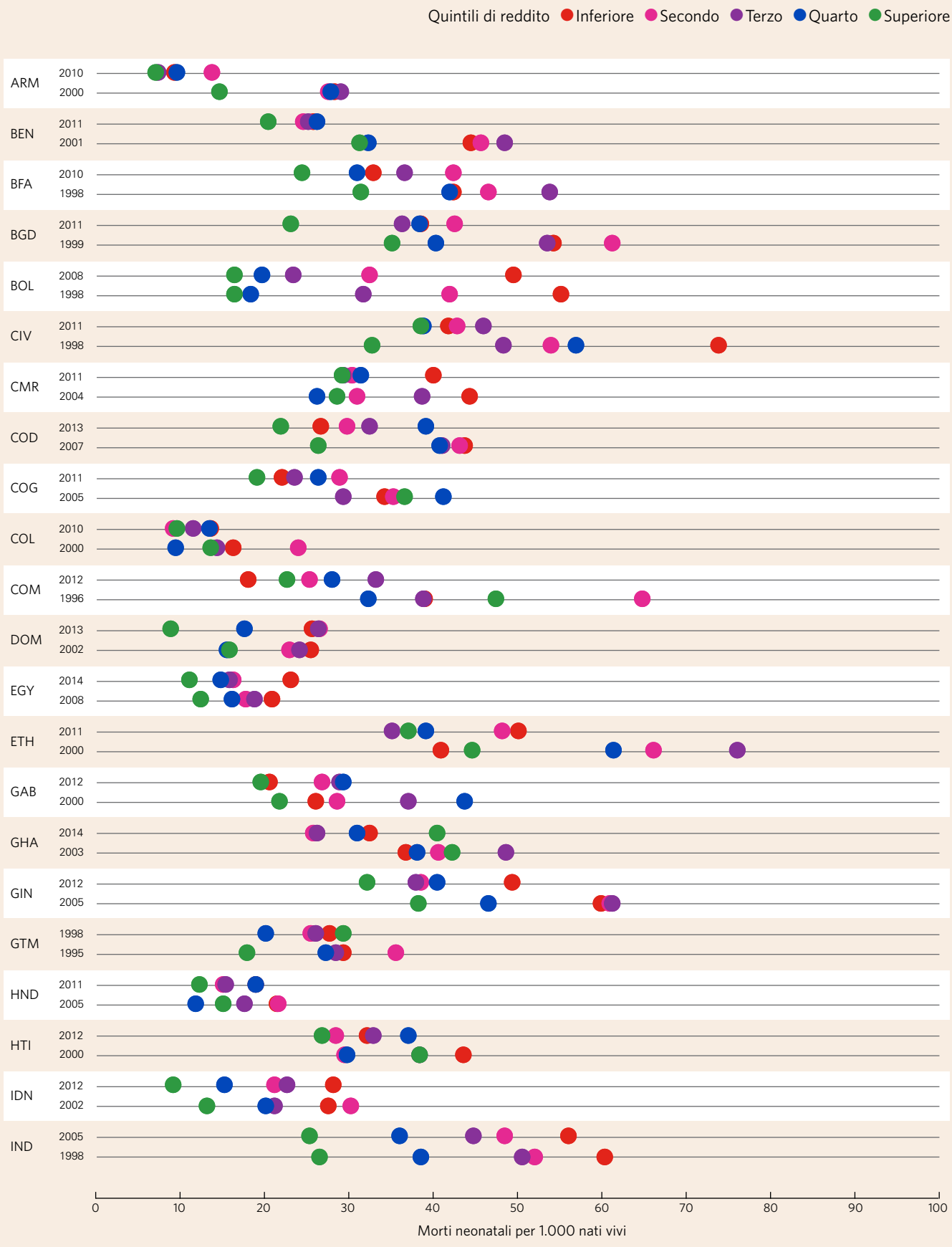



Quintili di reddito
Inferiore
Secondo
Terzo
Quarto
Superiore
HTI 2012 2000
IDN 2012 2002
IND 2005 1998
JOR 2012 2002
KAZ 2010 1999
KEN 2008 1998
KGZ 2014 1997
KHM 2014 2005
LBR 2013 2007
LSO 2009 2004
MDA 2012 2005
MDG 2008 1997
MLI 2006 1995
MOZ 2011 2003
MWI 2013 2004
NAM 2013 2006
NER 2012 2006
NGA 2013 2003
NIC 2001 1998
NPL 2014 2006
PAK 2012 2006
PER 2012 2004
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
Percentuale di donne che ricevono quattro o più visite prenatali

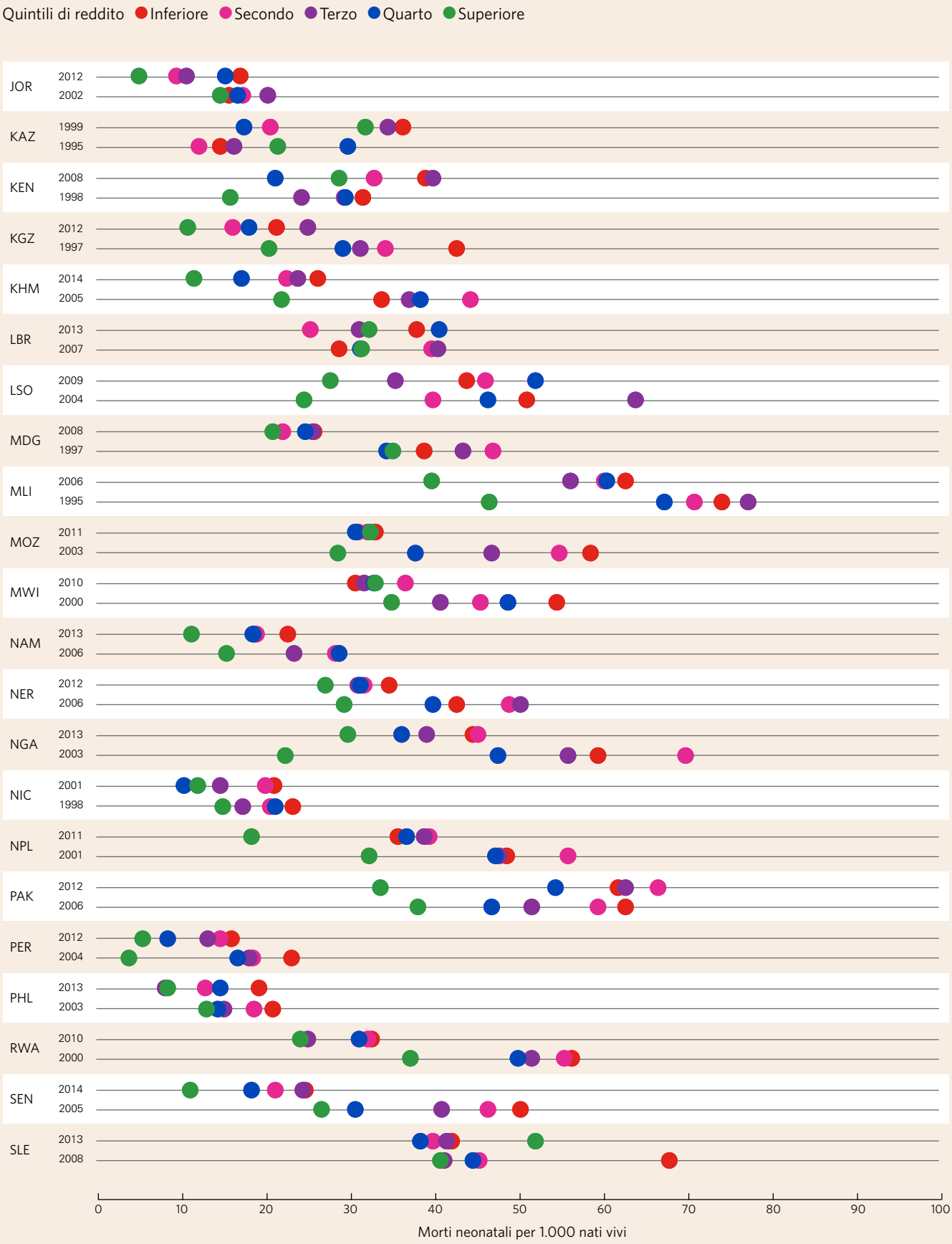
## Accesso a quattro o più visite prenatali (continua)

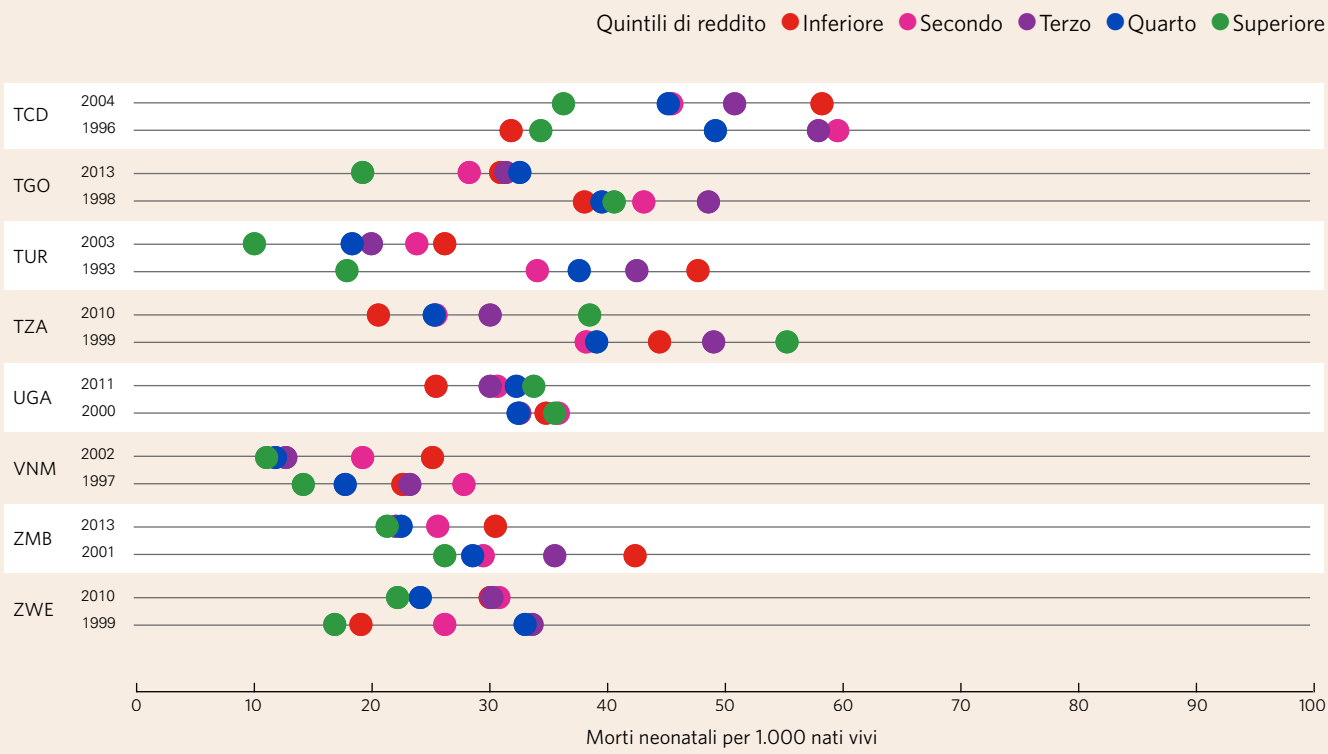


# Tasso di mortalità neonatale



## Tasso di mortalità neonatale (continua)




Quintili di reddito
Inferiore
Secondo
Terzo
Quarto
Superiore
TCD
2004
1996
TGO
2013
1998
TUR
2003
1993
TZA
2010
1999
UGA
2011
2000
VNM
2002
1997
ZMB
2013
2001
ZWE
2010
1999
0
10
20
30
40
50
60
70
80
90
100
Morti neonatali per 1.000 nati vivi

# Monitoraggio degli obiettivi della Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo: indicatori selezionati

| Paese, territorio o altra area | Salute sessuale e riproduttiva | | | | | | | | | Pratiche nocive | | Istruzione e occupazione | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Rapporto di mortalità materna (RMM) (morti su 100.000 nati vivi)[a] | Margine di errore sul RMM (UI 80%) | | Parti assistiti da personale medico qualificato (%)[b] | Tasso di maternità tra le adolescenti ogni 1.000 ragazze di 15-19 anni[b] | Tasso di prevalenza contraccettiva, donne 15-49 anni | | Proporzione di domanda soddisfatta, donne 15-49 anni[S] | | Matrimoni precoci entro i 18 anni di età, percentuale | Prevalenza di MGF tra le ragazze di 15-19 anni, percentuale | Tasso netto rettificato di iscrizione, scuola primaria, percentuale | | Indice di parità di genere, scuola primaria | Tasso netto di iscrizione, scuola secondaria, percentuale | | Indice di parità di genere, scuola secondaria | Giovani che non studiano, non lavorano, non frequentano corsi di formazione (NEET), percentuale |
| | 2015 | 2015 Limite Inferiore | Superiore | 2006-2016 | 2006-2015 | 2017 Qualsiasi metodo[S] | Metodi moderni[S] | 2017 Qualsiasi metodo[S] | Metodi moderni[S] | 2008-2016 | 2004-2015 | 1999-2015 maschi | femmine | 1999-2015 | 2000-2015 maschi | femmine | 2000-2015 | 2010-2016 |
| Afghanistan | 396 | 253 | 620 | 51 | 78 | 25 | 23 | 51 | 46 | 35 | – | – | – | – | 62 | 35 | 0.57 | – |
| Albania | 29 | 16 | 46 | 99 | 20 | 63 | 22 | 82 | 28 | 10 | – | 97 | 95 | 0.99 | 86 | 85 | 0.98 | 33 [m] |
| Algeria | 140 | 82 | 244 | 97 | 12 | 63 | 57 | 86 | 77 | 3 | – | 98 | 96 | 0.98 | – | – | – | 21 |
| Angola | 477 | 221 | 988 | 47 | 191 | 15 | 14 | 29 | 26 | – | – | 95 | 73 | 0.77 | 14 | 11 | 0.81 | – |
| Antigua and Barbuda | – | – | – | 100 | – | 64 | 62 | 83 | 80 | – | – | 87 | 85 | 0.98 | 78 | 81 | 1.04 | – |
| Argentina | 52 | 44 | 63 | 100 | 68 | 73 | 70 | 89 | 85 | – | – | 100 | 99 | 0.99 | 85 | 91 | 1.07 | 20 [n] |
| Armenia | 25 | 21 | 31 | 100 | 23 | 59 | 29 | 82 | 41 | 7 | – | 89 | 98 | 1.10 | 79 | 91 | 1.15 | 36 [m] |
| Aruba | – | – | – | – | 34 | – | – | – | – | – | – | 99 | 99 | 1.00 | 73 | 81 | 1.10 | 17 |
| Australia | 6 | 5 | 7 | 99 | 14 | 67 | 65 | 86 | 84 | – | – | – | – | – | – | – | – | 10 |
| Austria | 4 | 3 | 5 | 99 | 8 | 66 | 64 | 87 | 84 | – | – | – | – | – | – | – | – | 8 |
| Azerbaijan | 25 | 17 | 35 | 100 | 47 | 56 | 23 | 80 | 33 | 11 | – | 96 | 94 | 0.98 | 89 | 87 | 0.98 | 10 |
| Bahamas | 80 | 53 | 124 | 98 | 30 | 67 | 66 | 85 | 84 | – | – | 94 | 99 | 1.06 | 80 | 86 | 1.07 | – |
| Bahrain | 15 | 12 | 19 | 100 | 14 | 65 | 45 | 85 | 59 | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Bangladesh | 176 | 125 | 280 | 42 | 113 | 64 | 57 | 85 | 75 | 59 | – | 93 | 97 | 1.04 | 50 | 55 | 1.09 | 32 [o] |
| Barbados | 27 | 19 | 37 | 99 | 50 | 62 | 59 | 80 | 77 | 29 | – | 91 | 92 | 1.02 | 86 | 92 | 1.06 | – |
| Belarus | 4 | 3 | 6 | 100 | 22 | 67 | 57 | 87 | 75 | 3 | – | 94 | 94 | 1.00 | 96 | 96 | 1.01 | 12 |
| Belgium | 7 | 5 | 10 | – | 7 | 73 | 72 | 92 | 90 | – | – | – | – | – | – | – | – | 12 |
| Belize | 28 | 20 | 36 | 94 | 64 | 55 | 51 | 74 | 69 | 26 | – | 100 | 98 | 0.99 | 67 | 71 | 1.06 | 8 |
| Benin | 405 | 279 | 633 | 77 | 94 | 19 | 13 | 38 | 27 | 26 | 2 | 100 | 88 | 0.88 | 50 | 34 | 0.68 | 20 |
| Bhutan | 148 | 101 | 241 | 81 | 28 | 64 | 63 | 84 | 84 | 26 | – | 88 | 90 | 1.03 | 59 | 67 | 1.14 | – |
| Bolivia (Plurinational State of) | 206 | 140 | 351 | 85 | 88 | 63 | 44 | 78 | 54 | 22 | – | 95 | 95 | 1.00 | 75 | 76 | 1.01 | – |
| Bosnia and Herzegovina | 11 | 7 | 17 | 100 | 11 | 50 | 19 | 76 | 30 | 4 | – | 98 | 99 | 1.01 | – | – | – | 28 [m] |
| Botswana | 129 | 102 | 172 | 100 | 39 | 59 | 57 | 81 | 79 | – | – | 91 | 92 | 1.01 | 59 | 67 | 1.13 | – |
| Brazil | 44 | 36 | 54 | 99 | 65 | 80 | 77 | 92 | 88 | 36 | – | 94 | 94 | 1.00 | 79 | 85 | 1.07 | 23 |
| Brunei Darussalam | 23 | 15 | 30 | 100 | 17 | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | 17 [o] |
| Bulgaria | 11 | 8 | 14 | 100 | 41 | 68 | 50 | 84 | 61 | – | – | 96 | 97 | 1.01 | 89 | 87 | 0.97 | 19 |
| Burkina Faso | 371 | 257 | 509 | 66 | 132 | 24 | 24 | 48 | 46 | 52 | 58 | 70 | 66 | 0.95 | 23 | 20 | 0.87 | – |
| Burundi | 712 | 471 | 1,050 | 60 | 85 | 38 | 35 | 59 | 54 | 20 | – | 95 | 97 | 1.02 | 25 | 25 | 0.99 | – |
| Cambodia | 161 | 117 | 213 | 89 | 57 | 59 | 44 | 83 | 61 | 19 | – | 96 | 94 | 0.98 | 40 | 37 | 0.92 | 13 [o] |
| Cameroon, Republic of | 596 | 440 | 881 | 65 | 119 | 33 | 22 | 61 | 41 | 31 | 0.4 | 100 | 90 | 0.90 | 46 | 40 | 0.87 | 11 |
| Canada | 7 | 5 | 9 | 100 | 13 | 75 | 73 | 91 | 89 | – | – | – | – | – | – | – | – | 10 |
| Cape Verde | 42 | 20 | 95 | 92 | – | 62 | 60 | 81 | 78 | – | – | 98 | 98 | 1.00 | 65 | 74 | 1.14 | – |
| Central African Republic | 882 | 508 | 1,500 | 40 | 229 | 25 | 19 | 52 | 40 | 68 | 18 | 79 | 62 | 0.79 | 18 | 9 | 0.52 | – |
| Chad | 856 | 560 | 1,350 | 20 | 203 | 7 | 6 | 23 | 20 | 67 | 32 | 95 | 74 | 0.78 | 16 | 5 | 0.33 | – |
| Chile | 22 | 18 | 26 | 100 | 52 | 66 | 65 | 83 | 82 | – | – | 93 | 93 | 1.00 | 87 | 90 | 1.04 | 12 |
| China | 27 | 22 | 32 | 100 | 6 | 83 | 83 | 96 | 95 | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| China, Hong Kong SAR | – | – | – | – | 3 | 76 | 73 | 92 | 88 | – | – | – | – | – | – | – | – | 7 |
| China, Macao SAR | – | – | – | – | 3 | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | 5 [m] |
| Colombia | 64 | 56 | 81 | 99 | 84 | 78 | 72 | 90 | 83 | 23 | – | 92 | 92 | 1.00 | 76 | 82 | 1.08 | 21 |
| Comoros | 335 | 207 | 536 | 82 | 70 | 26 | 20 | 46 | 36 | 32 | – | 88 | 83 | 0.95 | 42 | 45 | 1.07 | – |

# Monitoraggio degli obiettivi della Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo: indicatori selezionati

| | Salute sessuale e riproduttiva | | | | | | | | | Pratiche nocive | | Istruzione e occupazione | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Paese, territorio o altra area | Rapporto di mortalità materna (RMM) (morti su 100.000 nati vivi)[a] 2015 | Margine di errore sul RMM (UI 80%) 2015 Limite Inferiore | Superiore | Parti assistiti da personale medico qualificato (%)[b] 2006-2016 | Tasso di maternità tra le adolescenti ogni 1.000 ragazze di 15-19 anni[b] 2006-2015 | Tasso di prevalenza contraccettiva, donne 15-49 anni 2017 Qualsiasi metodo[S] | Metodi moderni[S] | Proporzione di domanda soddisfatta, donne 15-49 anni[S] 2017 Qualsiasi metodo[S] | Metodi moderni[S] | Matrimoni precoci entro i 18 anni di età, percentuale 2008-2016 | Prevalenza di MGF tra le ragazze di 15-19 anni, percentuale 2004-2015 | Tasso netto rettificato di iscrizione, scuola primaria, percentuale 1999-2015 maschi | femmine | Indice di parità di genere, scuola primaria 1999-2015 | Tasso netto di iscrizione, scuola secondaria, percentuale 2000-2015 maschi | femmine | Indice di parità di genere, scuola secondaria 2000-2015 | Giovani che non studiano, non lavorano, non frequentano corsi di formazione (NEET), percentuale 2010-2016 |
| Congo, Democratic Republic of the | 693 | 509 | 1,010 | 80 | 138 | 23 | 10 | 46 | 20 | 37 | – | 36 | 34 | 0.95 | – | – | – | – |
| Congo, Republic of the | 442 | 300 | 638 | 94 | 111 | 42 | 24 | 68 | 39 | 33 | – | 89 | 97 | 1.09 | – | – | – | – |
| Costa Rica | 25 | 20 | 29 | 99 | 61 | 80 | 77 | 93 | 90 | 21 | – | 96 | 96 | 1.00 | 76 | 80 | 1.05 | 21 |
| Côte d'Ivoire | 645 | 458 | 909 | 59 | 129 | 21 | 16 | 46 | 36 | 33 | 31 | 80 | 71 | 0.89 | – | – | – | – |
| Croatia | 8 | 6 | 11 | 100 | 12 | 66 | 47 | 86 | 61 | – | – | – | – | – | – | – | – | 19 |
| Cuba | 39 | 33 | 47 | 99 | 53 | 74 | 73 | 90 | 88 | 26 | – | 93 | 94 | 1.01 | 88 | 91 | 1.04 | – |
| Curaçao | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Cyprus | 7 | 4 | 12 | 100 | 4 | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | 15 |
| Czechia | 4 | 3 | 6 | 100 | 11 | 77 | 70 | 91 | 83 | – | – | – | – | – | – | – | – | 8 |
| Denmark | 6 | 5 | 9 | 98 | 2 | 69 | 66 | 87 | 83 | – | – | – | – | – | – | – | – | 6 |
| Djibouti | 229 | 111 | 482 | 87 | 21 | 27 | 26 | 48 | 46 | – | 90 | 61 | 54 | 0.89 | 29 | 21 | 0.72 | – |
| Dominica | – | – | – | 100 | 47 | – | – | – | – | – | – | 96 | 99 | 1.03 | 76 | 82 | 1.07 | – |
| Dominican Republic | 92 | 77 | 111 | 98 | 90 | 71 | 69 | 87 | 84 | 37 | – | 86 | 85 | 0.99 | 61 | 70 | 1.14 | 21[m] |
| Ecuador | 64 | 57 | 71 | 96 | – | 79 | 70 | 92 | 82 | – | – | 96 | 98 | 1.02 | 81 | 84 | 1.04 | 18 |
| Egypt | 33 | 26 | 39 | 92 | 56 | 61 | 59 | 84 | 81 | 17 | 70 | 99 | 99 | 1.01 | 81 | 82 | 1.01 | 27[m] |
| El Salvador | 54 | 40 | 69 | 98 | 72 | 71 | 67 | 86 | 81 | 26 | – | 94 | 94 | 1.01 | 69 | 71 | 1.03 | 30 |
| Equatorial Guinea | 342 | 207 | 542 | 68 | 176 | 17 | 14 | 35 | 28 | 30 | – | 58 | 58 | 1.00 | 24 | 19 | 0.77 | – |
| Eritrea | 501 | 332 | 750 | 34 | 76 | 13 | 13 | 31 | 29 | 41 | 69 | 43 | 38 | 0.90 | 31 | 26 | 0.84 | – |
| Estonia | 9 | 6 | 14 | 99 | 16 | 66 | 60 | 85 | 78 | – | – | – | – | – | – | – | – | 11 |
| Ethiopia | 353 | 247 | 567 | 28 | 71 | 41 | 39 | 63 | 61 | 41 | 62 | 89 | 84 | 0.94 | 18 | 11 | 0.62 | 1[mn] |
| Fiji | 30 | 23 | 41 | 100 | 28 | 49 | 45 | 72 | 67 | – | – | 96 | 98 | 1.03 | 79 | 88 | 1.11 | – |
| Finland | 3 | 2 | 3 | 100 | 7 | 74 | 73 | 90 | 88 | – | – | – | – | – | – | – | – | 11 |
| France | 8 | 7 | 10 | 98 | 6 | 80 | 78 | 95 | 92 | – | – | – | – | – | – | – | – | 12 |
| French Guiana | – | – | – | – | 87 | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| French Polynesia | – | – | – | – | 40 | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Gabon | 291 | 197 | 442 | 89 | 114 | 35 | 24 | 58 | 40 | 22 | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Gambia | 706 | 484 | 1,030 | 57 | 88 | 12 | 11 | 31 | 30 | 30 | 76 | 66 | 72 | 1.09 | – | – | – | 34[o] |
| Georgia | 36 | 28 | 47 | 100 | 41 | 53 | 38 | 77 | 55 | 14 | – | 96 | 94 | 0.98 | 92 | 92 | 1.00 | – |
| Germany | 6 | 5 | 8 | 99 | 8 | 68 | 64 | 88 | 83 | – | – | – | – | – | – | – | – | 6 |
| Ghana | 319 | 216 | 458 | 71 | 65 | 31 | 26 | 52 | 45 | 21 | 2 | 92 | 92 | 1.01 | 58 | 57 | 0.98 | – |
| Greece | 3 | 2 | 4 | – | 8 | 69 | 47 | 88 | 60 | – | – | – | – | – | – | – | – | 17 |
| Grenada | 27 | 19 | 42 | 99 | – | 66 | 62 | 84 | 80 | – | – | 97 | 97 | 1.00 | 81 | 84 | 1.03 | – |
| Guadeloupe | – | – | – | – | – | 60 | 55 | 80 | 73 | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Guam | – | – | – | – | 54 | 54 | 48 | 77 | 68 | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Guatemala | 88 | 77 | 100 | 66 | 91 | 61 | 51 | 81 | 68 | 30 | – | 89 | 89 | 1.00 | 48 | 45 | 0.95 | 27 |
| Guinea | 679 | 504 | 927 | 45 | 146 | 8 | 7 | 24 | 22 | 52 | 94 | 84 | 72 | 0.86 | 38 | 25 | 0.66 | – |
| Guinea–Bissau | 549 | 273 | 1,090 | 45 | 106 | 17 | 16 | 44 | 42 | 24 | 42 | 71 | 68 | 0.95 | 10 | 6 | 0.56 | – |
| Guyana | 229 | 184 | 301 | 86 | 74 | 42 | 41 | 60 | 59 | 30 | – | 86 | 84 | 0.97 | 82 | 83 | 1.00 | – |
| Haiti | 359 | 236 | 601 | 49 | 66 | 41 | 37 | 57 | 51 | 18 | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Honduras | 129 | 99 | 166 | 83 | 101 | 73 | 64 | 87 | 77 | 34 | – | 95 | 95 | 1.01 | 46 | 53 | 1.16 | 42[m] |
| Hungary | 17 | 12 | 22 | 99 | 20 | 74 | 70 | 90 | 85 | – | – | – | – | – | – | – | – | 12[o] |
| Iceland | 3 | 2 | 6 | – | 7 | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | 5 |

# Monitoraggio degli obiettivi della Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo: indicatori selezionati

| Paese, territorio o altra area | Salute sessuale e riproduttiva | | | | | | | | | Pratiche nocive | | Istruzione e occupazione | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Rapporto di mortalità materna (RMM) (morti su 100.000 nati vivi)[a] | Margine di errore sul RMM (UI 80%) | | Parti assistiti da personale medico qualificato (%)[b] | Tasso di maternità tra le adolescenti ogni 1.000 ragazze di 15-19 anni[b] | Tasso di prevalenza contraccettiva, donne 15-49 anni | | Proporzione di domanda soddisfatta, donne 15-49 anni[S] | | Matrimoni precoci entro i 18 anni di età, percentuale | Prevalenza di MGF tra le ragazze di 15-19 anni, percentuale | Tasso netto rettificato di iscrizione, scuola primaria, percentuale | | Indice di parità di genere, scuola primaria | Tasso netto di iscrizione, scuola secondaria, percentuale | | Indice di parità di genere, scuola secondaria | Giovani che non studiano, non lavorano, non frequentano corsi di formazione (NEET), percentuale |
| | 2015 | 2015 Limite Inferiore | Superiore | 2006-2016 | 2006-2015 | 2017 Qualsiasi metodo[S] | Metodi moderni[S] | 2017 Qualsiasi metodo[S] | Metodi moderni[S] | 2008-2016 | 2004-2015 | 1999-2015 maschi | femmine | 1999-2015 | 2000-2015 maschi | femmine | 2000-2015 | 2010-2016 |
| India | 174 | 139 | 217 | 81 | 28 | 56 | 50 | 82 | 73 | 27 | – | 97 | 98 | 1.01 | 61 | 62 | 1.01 | 28 [o] |
| Indonesia | 126 | 93 | 179 | 87 | 48 | 62 | 60 | 84 | 81 | 14 | – | 93 | 92 | 0.99 | 75 | 75 | 0.99 | 25 |
| Iran (Islamic Republic of) | 25 | 21 | 31 | 96 | 38 | 76 | 63 | 92 | 77 | 17 | – | 99 | 100 | 1.01 | 80 | 81 | 1.01 | 34 |
| Iraq | 50 | 35 | 69 | 91 | 82 | 56 | 43 | 81 | 63 | 24 | 5 | 98 | 87 | 0.89 | 49 | 40 | 0.81 | – |
| Ireland | 8 | 6 | 11 | 100 | 9 | 67 | 62 | 86 | 80 | – | – | – | – | – | – | – | – | 14 |
| Israel | 5 | 4 | 6 | – | 10 | 71 | 57 | 89 | 72 | – | – | – | – | – | – | – | – | 16 |
| Italy | 4 | 3 | 5 | 100 | 6 | 67 | 53 | 86 | 68 | – | – | – | – | – | – | – | – | 21 |
| Jamaica | 89 | 70 | 115 | 99 | 46 | 71 | 68 | 87 | 83 | 8 | – | 93 | 94 | 1.01 | 64 | 70 | 1.09 | – |
| Japan | 5 | 4 | 7 | 100 | 4 | 48 | 45 | 71 | 66 | – | – | – | – | – | – | – | – | 4 |
| Jordan | 58 | 44 | 75 | 100 | 26 | 62 | 46 | 84 | 62 | 8 | – | 88 | 87 | 0.99 | 83 | 88 | 1.06 | – |
| Kazakhstan | 12 | 10 | 15 | 100 | 36 | 58 | 55 | 80 | 76 | 7 | – | 100 | 100 | 1.00 | 92 | 94 | 1.02 | 10 [m] |
| Kenya | 510 | 344 | 754 | 62 | 96 | 64 | 61 | 81 | 78 | 23 | 11 | 84 | 88 | 1.04 | 57 | 56 | 0.97 | – |
| Kiribati | 90 | 51 | 152 | 98 | 49 | 28 | 24 | 51 | 44 | 20 | – | – | – | – | 66 | 73 | 1.11 | – |
| Korea, Democratic People's Republic of | 82 | 37 | 190 | 100 | 1 | 75 | 71 | 90 | 85 | – | – | 97 | 97 | 1.00 | – | – | – | – |
| Korea, Republic of | 11 | 9 | 13 | 100 | 2 | 79 | 70 | 93 | 83 | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Kuwait | 4 | 3 | 6 | 99 | 7 | 56 | 49 | 78 | 68 | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Kyrgyzstan | 76 | 59 | 96 | 98 | 42 | 44 | 41 | 72 | 68 | 12 | – | 98 | 98 | 0.99 | 80 | 80 | 1.00 | 21 |
| Lao People's Democratic Republic | 197 | 136 | 307 | 40 | 94 | 56 | 50 | 77 | 69 | 35 | – | 96 | 94 | 0.98 | 52 | 50 | 0.96 | 5 [o] |
| Latvia | 18 | 13 | 26 | 98 | 15 | 67 | 61 | 85 | 77 | – | – | – | – | – | – | – | – | 11 |
| Lebanon | 15 | 10 | 22 | – | – | 62 | 46 | 83 | 61 | 6 | – | 92 | 86 | 0.94 | 65 | 65 | 1.00 | 21 |
| Lesotho | 487 | 310 | 871 | 78 | 94 | 61 | 60 | 78 | 77 | 17 | – | 79 | 82 | 1.04 | 27 | 42 | 1.57 | – |
| Liberia | 725 | 527 | 1,030 | 61 | 149 | 21 | 21 | 40 | 39 | 36 | 26 [l] | 39 | 37 | 0.95 | – | – | – | 19 [o] |
| Libya | 9 | 6 | 15 | 100 | 6 | 49 | 32 | 72 | 47 | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Lithuania | 10 | 7 | 14 | 100 | 14 | 63 | 54 | 83 | 70 | – | – | – | – | – | – | – | – | 9 |
| Luxembourg | 10 | 7 | 16 | 100 | 6 | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | 6 [o] |
| Madagascar | 353 | 256 | 484 | 44 | 145 | 47 | 40 | 72 | 61 | 41 | – | 77 | 78 | 1.00 | 31 | 32 | 1.04 | 4 |
| Malawi | 634 | 422 | 1,080 | 90 | 136 | 60 | 59 | 77 | 75 | 46 | – | 90 | 96 | 1.06 | 33 | 33 | 0.98 | – |
| Malaysia | 40 | 32 | 53 | 99 | 13 | 53 | 38 | 75 | 55 | – | – | – | – | – | – | – | – | 1 |
| Maldives | 68 | 45 | 108 | 96 | 14 | 44 | 37 | 65 | 55 | 4 | – | 97 | 96 | 0.98 | 45 | 51 | 1.14 | 56 [m] |
| Mali | 587 | 448 | 823 | 49 | 172 | 14 | 14 | 36 | 35 | 60 | 90 | 67 | 60 | 0.90 | 39 | 30 | 0.76 | 14 |
| Malta | 9 | 6 | 15 | 100 | 13 | 81 | 63 | 94 | 73 | – | – | – | – | – | – | – | – | 10 |
| Martinique | – | – | – | – | 20 | 62 | 57 | 81 | 75 | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Mauritania | 602 | 399 | 984 | 65 | 71 | 17 | 16 | 35 | 33 | 34 | 66 | 73 | 77 | 1.05 | 24 | 22 | 0.92 | – |
| Mauritius | 53 | 38 | 77 | 100 | 29 | 66 | 39 | 86 | 51 | – | – | 96 | 98 | 1.02 | 79 | 80 | 1.01 | – |
| Mexico | 38 | 34 | 42 | 96 | 83 | 73 | 69 | 87 | 83 | 26 | – | 97 | 98 | 1.01 | 66 | 69 | 1.04 | 20 |
| Micronesia (Federated States of) | 100 | 46 | 211 | 100 | 33 | – | – | – | – | – | – | 86 | 88 | 1.03 | – | – | – | – |
| Moldova, Republic of | 23 | 19 | 28 | 100 | 27 | 65 | 50 | 85 | 65 | 12 | – | 90 | 90 | 1.00 | 77 | 77 | 1.01 | 28 |
| Mongolia | 44 | 35 | 55 | 99 | 27 | 59 | 52 | 81 | 72 | 5 | – | 96 | 95 | 0.99 | 85 | 88 | 1.03 | 1 |
| Montenegro | 7 | 4 | 12 | 99 | 12 | 40 | 24 | 65 | 39 | 5 | – | – | – | – | – | – | – | 17 |
| Morocco | 121 | 93 | 142 | 74 | 32 | 68 | 61 | 87 | 78 | 13 | – | 99 | 99 | 1.00 | 59 | 53 | 0.90 | – |

# Monitoraggio degli obiettivi della Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo: indicatori selezionati

| Paese, territorio o altra area | Salute sessuale e riproduttiva | | | | | | | | | Pratiche nocive | | Istruzione e occupazione | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Rapporto di mortalità materna (RMM) (morti su 100.000 nati vivi)[a] | Margine di errore sul RMM (UI 80%) | | Parti assistiti da personale medico qualificato (%)[b] | Tasso di maternità tra le adolescenti ogni 1.000 ragazze di 15-19 anni[b] | Tasso di prevalenza contraccettiva, donne 15-49 anni | | Proporzione di domanda soddisfatta, donne 15-49 anni[S] | | Matrimoni precoci entro i 18 anni di età, percentuale | Prevalenza di MGF tra le ragazze di 15-19 anni, percentuale | Tasso netto rettificato di iscrizione, scuola primaria, percentuale | | Indice di parità di genere, scuola primaria | Tasso netto di iscrizione, scuola secondaria, percentuale | | Indice di parità di genere, scuola secondaria | Giovani che non studiano, non lavorano, non frequentano corsi di formazione (NEET), percentuale |
| | 2015 | 2015 Limite Inferiore | Superiore | 2006-2016 | 2006-2015 | 2017 Qualsiasi metodo[S] | Metodi moderni[S] | 2017 Qualsiasi metodo[S] | Metodi moderni[S] | 2008-2016 | 2004-2015 | 1999-2015 maschi | femmine | 1999-2015 | 2000-2015 maschi | femmine | 2000-2015 | 2010-2016 |
| Mozambique | 489 | 360 | 686 | 54 | 167 | 21 | 20 | 43 | 42 | 48 | – | 90 | 85 | 0.95 | 18 | 18 | 1.00 | 10 |
| Myanmar | 178 | 121 | 284 | 60 | 22 | 53 | 52 | 77 | 76 | – | – | 88 | 87 | 0.99 | 48 | 49 | 1.02 | 19 [o] |
| Namibia | 265 | 172 | 423 | 88 | 82 | 59 | 58 | 78 | 78 | 7 | – | 89 | 92 | 1.03 | 45 | 57 | 1.27 | 31 [o] |
| Nepal | 258 | 176 | 425 | 56 | 71 | 54 | 51 | 71 | 67 | 37 | – | 98 | 96 | 0.98 | 58 | 63 | 1.08 | 23 [o] |
| Netherlands | 7 | 5 | 9 | – | 5 | 71 | 69 | 90 | 87 | – | – | – | – | – | – | – | – | 5 |
| New Caledonia | – | – | – | – | 23 | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| New Zealand | 11 | 9 | 14 | 97 | 19 | 70 | 68 | 88 | 85 | – | – | – | – | – | – | – | – | 12 |
| Nicaragua | 150 | 115 | 196 | 88 | 92 | 80 | 77 | 93 | 89 | – | – | 97 | 100 | 1.03 | 45 | 53 | 1.17 | – |
| Niger | 553 | 411 | 752 | 40 | 206 | 16 | 15 | 46 | 42 | 76 | 1 | 66 | 57 | 0.86 | 19 | 13 | 0.67 | – |
| Nigeria | 814 | 596 | 1,180 | 35 | 122 | 21 | 16 | 48 | 37 | 43 | 15 | 71 | 60 | 0.84 | – | – | – | – |
| Norway | 5 | 4 | 6 | 99 | 5 | 78 | 73 | 93 | 87 | – | – | – | – | – | – | – | – | 5 |
| Oman | 17 | 13 | 24 | 99 | 13 | 36 | 24 | 55 | 37 | – | – | 97 | 97 | 1.00 | 94 | 89 | 0.94 | – |
| Pakistan | 178 | 111 | 283 | 55 | 44 | 40 | 31 | 66 | 52 | 21 | – | 79 | 67 | 0.85 | 46 | 36 | 0.79 | – |
| Palestine[1] | 45 | 21 | 99 | 100 | 67 | 59 | 47 | 82 | 65 | 15 | – | 93 | 93 | 1.00 | 77 | 84 | 1.10 | 32 |
| Panama | 94 | 77 | 121 | 94 | 91 | 60 | 57 | 79 | 74 | 26 | – | 97 | 96 | 0.99 | 75 | 81 | 1.07 | 33 |
| Papua New Guinea | 215 | 98 | 457 | 53 | – | 37 | 31 | 60 | 50 | – | – | 90 | 84 | 0.92 | – | – | – | – |
| Paraguay | 132 | 107 | 163 | 96 | 63 | 75 | 67 | 91 | 81 | 17 | – | 89 | 89 | 1.00 | 67 | 66 | 1.00 | 13 [m] |
| Peru | 68 | 54 | 80 | 90 | 65 | 74 | 54 | 89 | 65 | 19 | – | 95 | 96 | 1.01 | 77 | 79 | 1.03 | 22 [m] |
| Philippines | 114 | 87 | 175 | 73 | 57 | 56 | 41 | 76 | 56 | 15 | – | 95 | 99 | 1.04 | 62 | 74 | 1.19 | 23 |
| Poland | 3 | 2 | 4 | 100 | 14 | 70 | 54 | 88 | 67 | – | – | – | – | – | – | – | – | 11 |
| Portugal | 10 | 9 | 13 | 99 | 10 | 74 | 68 | 91 | 84 | – | – | – | – | – | – | – | – | 11 |
| Puerto Rico | 14 | 10 | 18 | – | 36 | 76 | 69 | 92 | 83 | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Qatar | 13 | 9 | 19 | 100 | 13 | 47 | 41 | 73 | 64 | 4 | – | – | – | – | – | – | – | 9 |
| Reunion | – | – | – | – | – | 73 | 71 | 90 | 87 | – | – | – | – | – | – | – | – | 29 |
| Romania | 31 | 22 | 44 | 99 | 39 | 68 | 57 | 88 | 73 | – | – | 92 | 91 | 0.99 | 86 | 86 | 1.00 | 18 |
| Russian Federation | 25 | 18 | 33 | 99 | 27 | 68 | 58 | 87 | 74 | 7 | – | – | – | – | – | – | – | 12 |
| Rwanda | 290 | 208 | 389 | 91 | 45 | 55 | 50 | 75 | 68 | 7 | – | 95 | 97 | 1.03 | – | – | – | – |
| Saint Kitts and Nevis | – | – | – | 100 | – | – | – | – | – | – | – | 80 | 83 | 1.04 | 81 | 85 | 1.04 | – |
| Saint Lucia | 48 | 32 | 72 | 99 | – | 59 | 57 | 79 | 76 | 24 | – | 95 | 93 | 0.97 | 80 | 81 | 1.01 | – |
| Saint Vincent and the Grenadines | 45 | 34 | 63 | 99 | 70 | 66 | 64 | 84 | 81 | – | – | 92 | 91 | 0.99 | 84 | 87 | 1.03 | – |
| Samoa | 51 | 24 | 115 | 83 | 39 | 28 | 27 | 39 | 38 | 11 | – | 97 | 98 | 1.02 | 75 | 84 | 1.12 | 41 [o] |
| San Marino | – | – | – | – | 1 | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| São Tomé and Príncipe | 156 | 83 | 268 | 93 | 92 | 42 | 40 | 57 | 54 | 35 | – | 97 | 95 | 0.98 | 44 | 51 | 1.15 | – |
| Saudi Arabia | 12 | 7 | 20 | 98 | 7 | 30 | 26 | 53 | 46 | – | – | 98 | 95 | 0.97 | 82 | 79 | 0.95 | 16 |
| Senegal | 315 | 214 | 468 | 53 | 80 | 23 | 21 | 47 | 44 | 32 | 21 | 70 | 76 | 1.09 | 23 | 18 | 0.77 | – |
| Serbia | 17 | 12 | 24 | 100 | 22 | 59 | 27 | 83 | 39 | 3 | – | 98 | 99 | 1.01 | 91 | 93 | 1.02 | 20 |
| Seychelles | – | – | – | 99 | 56 | – | – | – | – | – | – | 94 | 95 | 1.01 | 72 | 78 | 1.09 | – |
| Sierra Leone | 1,360 | 999 | 1,980 | 60 | 125 | 17 | 17 | 39 | 38 | 39 | 74 | 100 | 99 | 0.99 | 39 | 35 | 0.90 | – |
| Singapore | 10 | 6 | 17 | 100 | 3 | 66 | 60 | 86 | 77 | – | – | – | – | – | – | – | – | 11 |
| Sint Maarten | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Slovakia | 6 | 4 | 7 | 99 | 21 | 72 | 62 | 89 | 77 | – | – | – | – | – | – | – | – | 14 |
| Slovenia | 9 | 6 | 14 | 100 | 5 | 74 | 65 | 90 | 80 | – | – | – | – | – | – | – | – | 10 |

# Monitoraggio degli obiettivi della Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo: indicatori selezionati

| | Salute sessuale e riproduttiva | | | | | | | | | Pratiche nocive | | Istruzione e occupazione | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Paese, territorio o altra area | Rapporto di mortalità materna (RMM) (morti su 100.000 nati vivi)[a] 2015 | Margine di errore sul RMM (UI 80%) 2015 Limite Inferiore | Superiore | Parti assistiti da personale medico qualificato (%)[b] 2006-2016 | Tasso di maternità tra le adolescenti ogni 1.000 ragazze di 15-19 anni[b] 2006-2015 | Tasso di prevalenza contraccettiva, donne 15-49 anni 2017 Qualsiasi metodo[S] | Metodi moderni[S] | Proporzione di domanda soddisfatta, donne 15-49 anni[S] 2017 Qualsiasi metodo[S] | Metodi moderni[S] | Matrimoni precoci entro i 18 anni di età, percentuale 2008-2016 | Prevalenza di MGF tra le ragazze di 15-19 anni, percentuale 2004-2015 | Tasso netto rettificato di iscrizione, scuola primaria, percentuale 1999-2015 maschi | femmine | Indice di parità di genere, scuola primaria 1999-2015 | Tasso netto di iscrizione, scuola secondaria, percentuale 2000-2015 maschi | femmine | Indice di parità di genere, scuola secondaria 2000-2015 | Giovani che non studiano, non lavorano, non frequentano corsi di formazione (NEET), percentuale 2010-2016 |
| Solomon Islands | 114 | 75 | 175 | 86 | 62 | 38 | 33 | 64 | 57 | – | – | 82 | 79 | 0.97 | 42 | 42 | 0.99 | – |
| Somalia | 732 | 361 | 1,390 | 9 | – | 28 | 28 | 50 | 48 | – | 97 | – | – | – | – | – | – | – |
| South Africa | 138 | 124 | 154 | 94 | 46 | 66 | 66 | 85 | 85 | – | – | 83 | 94 | 1.13 | 59 | 69 | 1.16 | 31 |
| South Sudan | 789 | 523 | 1150 | 19 | 158 | 7 | 6 | 18 | 16 | 52 | – | 47 | 34 | 0.71 | – | – | – | – |
| Spain | 5 | 4 | 6 | – | 8 | 68 | 64 | 85 | 81 | – | – | – | – | – | – | – | – | 16 |
| Sri Lanka | 30 | 26 | 38 | 99 | 20 | 72 | 59 | 91 | 74 | – | – | 98 | 96 | 0.98 | 84 | 87 | 1.04 | 28 |
| Sudan | 311 | 214 | 433 | 78 | 87 | 16 | 15 | 36 | 33 | 34 | 82 | 53 | 56 | 1.05 | – | – | – | – |
| Suriname | 155 | 110 | 220 | 90 | 65 | 53 | 53 | 74 | 73 | 19 | – | 91 | 92 | 1.01 | 49 | 60 | 1.21 | – |
| Swaziland | 389 | 251 | 627 | 88 | 87 | 65 | 63 | 81 | 80 | 5 | – | 79 | 78 | 0.99 | 31 | 38 | 1.24 | – |
| Sweden | 4 | 3 | 5 | – | 3 | 70 | 65 | 88 | 81 | – | – | – | – | – | – | – | – | 7 |
| Switzerland | 5 | 4 | 7 | – | 2 | 73 | 70 | 91 | 87 | – | – | – | – | – | – | – | – | 7 |
| Syrian Arab Republic | 68 | 48 | 97 | 96 | 54 | 58 | 44 | 80 | 61 | – | – | 72 | 70 | 0.98 | 47 | 46 | 0.99 | – |
| Tajikistan | 32 | 19 | 51 | 87 | 54 | 36 | 33 | 63 | 58 | 12 | – | 98 | 98 | 1.00 | 88 | 79 | 0.90 | – |
| Tanzania, United Republic of | 398 | 281 | 570 | 49 | 95 | 41 | 35 | 65 | 56 | 31 | 5 | 81 | 82 | 1.01 | – | – | – | 15[o] |
| Thailand | 20 | 14 | 32 | 100 | 60 | 78 | 77 | 93 | 91 | 22 | – | 93 | 92 | 0.99 | 77 | 82 | 1.06 | 14 |
| The former Yugoslav Republic of Macedonia | 8 | 5 | 10 | 100 | 19 | 51 | 21 | 76 | 31 | 7 | – | 89 | 88 | 0.98 | 83 | 81 | 0.97 | 25 |
| Timor-Leste, Democratic Republic of | 215 | 150 | 300 | 29 | 51 | 31 | 28 | 55 | 50 | 19 | – | 96 | 99 | 1.03 | 48 | 56 | 1.16 | – |
| Togo | 368 | 255 | 518 | 45 | 85 | 22 | 20 | 40 | 36 | 22 | 2 | 96 | 90 | 0.93 | 32 | 15 | 0.48 | 12[o] |
| Tonga | 124 | 57 | 270 | 96 | 30 | 35 | 32 | 55 | 51 | 6 | – | 99 | 99 | 1.00 | 71 | 80 | 1.12 | – |
| Trinidad and Tobago | 63 | 49 | 80 | 100 | 36 | 52 | 47 | 74 | 67 | – | – | 99 | 98 | 0.99 | 70 | 75 | 1.07 | 53 |
| Tunisia | 62 | 42 | 92 | 74 | 6 | 66 | 57 | 88 | 76 | 2 | – | 99 | 98 | 0.99 | – | – | – | – |
| Turkey | 16 | 12 | 21 | 97 | 29 | 74 | 50 | 92 | 61 | 15 | – | 94 | 93 | 0.99 | 88 | 85 | 0.97 | 24 |
| Turkmenistan | 42 | 20 | 73 | 100 | 21 | 56 | 52 | 79 | 75 | 6 | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Turks and Caicos Islands | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Tuvalu | – | – | – | 93 | 42 | – | – | – | – | – | – | 95 | 98 | 1.03 | 62 | 78 | 1.26 | – |
| Uganda | 343 | 247 | 493 | 57 | 140 | 37 | 33 | 55 | 49 | 40 | 1 | 92 | 95 | 1.03 | 24 | 22 | 0.95 | 6[m] |
| Ukraine | 24 | 19 | 32 | 99 | 27 | 67 | 55 | 87 | 71 | 9 | – | 96 | 98 | 1.02 | 88 | 89 | 1.01 | 18 |
| United Arab Emirates | 6 | 3 | 11 | – | 34 | 50 | 42 | 73 | 62 | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| United Kingdom | 9 | 8 | 11 | – | 19 | 80 | 80 | 93 | 93 | – | – | – | – | – | – | – | – | 11 |
| United States of America | 14 | 12 | 16 | 99 | 27 | 74 | 70 | 91 | 86 | – | – | – | – | – | – | – | – | 17[m] |
| United States Virgin Islands | – | – | – | – | 43 | 71 | 66 | 87 | 82 | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Uruguay | 15 | 11 | 19 | 100 | 64 | 78 | 75 | 91 | 88 | 25 | – | 100 | 99 | 1.00 | 72 | 79 | 1.10 | 19 |
| Uzbekistan | 36 | 20 | 65 | 100 | 30 | 70 | 66 | 89 | 85 | – | – | 93 | 91 | 0.97 | – | – | – | – |
| Vanuatu | 78 | 36 | 169 | 89 | 78 | – | – | – | – | 21 | – | 98 | 97 | 0.99 | 51 | 53 | 1.04 | – |
| Venezuela (Bolivarian Republic of) | 95 | 77 | 124 | 100 | 95 | 73 | 68 | 87 | 82 | – | – | 93 | 93 | 1.00 | 71 | 79 | 1.10 | – |
| Viet Nam | 54 | 41 | 74 | 94 | 36 | 77 | 65 | 92 | 78 | 11 | – | – | – | – | – | – | – | 11 |
| Western Sahara | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Yemen | 385 | 274 | 582 | 45 | 67 | 40 | 34 | 61 | 51 | 32 | 16 | 92 | 78 | 0.85 | 50 | 33 | 0.67 | – |
| Zambia | 224 | 162 | 306 | 63 | 145 | 53 | 49 | 74 | 68 | 31 | – | 88 | 90 | 1.02 | – | – | – | 13 |
| Zimbabwe | 443 | 363 | 563 | 78 | 110 | 67 | 67 | 87 | 86 | 32 | – | 86 | 87 | 1.02 | 44 | 44 | 1.01 | – |

# Monitoraggio degli obiettivi della Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo: indicatori selezionati

## Dati mondiali e regionali

| | Salute sessuale e riproduttiva | | | | | | | | | Pratiche nocive | | Istruzione e occupazione | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Rapporto di mortalità materna (RMM) (morti su 100.000 nati vivi)[a] | Margine di errore sul RMM (UI 80%) | | Parti assistiti da personale medico qualificato (%)[b] | Tasso di maternità tra le adolescenti ogni 1.000 ragazze di 15-19 anni[b] | Tasso di prevalenza contraccettiva, donne 15-49 anni | | Proporzione di domanda soddisfatta, donne 15-49 anni[§] | | Matrimoni precoci entro i 18 anni di età, percentuale | Prevalenza di MGF tra le ragazze di 15-19 anni, percentuale | Tasso netto rettificato di iscrizione, scuola primaria, percentuale | | Indice di parità di genere, scuola primaria | Tasso netto di iscrizione, scuola secondaria, percentuale | | Indice di parità di genere, scuola secondaria | Giovani che non studiano, non lavorano, non frequentano corsi di formazione (NEET), percentuale |
| | 2015 | 2015 Limite Inferiore | Superiore | 2006-2016 | 2006-2015 | 2017 Qualsiasi metodo[§] | Metodi moderni[§] | 2017 Qualsiasi metodo[§] | Metodi moderni[§] | 2008-2016 | 2004-2015 | 1999-2015 maschi | femmine | 1999-2015 | 2000-2015 maschi | femmine | 2000-2015 | 2010-2016 |
| **Stati arabi** | **162** | **138** | **212** | **79** | **52** | **53** | **47** | **77** | **68** | **19** | **55** | **86** | **83** | **0.96** | **64** | **58** | **0.92** | **–** |
| **Asia e Pacifico** | **127** | **114** | **151** | **82** [c] | **28** [c] | **67** | **63** | **87** | **82** | **26*** | **–** | **95*** | **95*** | **0.99*** | **65*** | **66*** | **1.02*** | **–** |
| **Europa orientale e Asia centrale** | **25** | **22** | **31** | **98** | **–** | **66** | **49** | **87** | **65** | **11** | **–** | **94** | **94** | **0.99** | **88** | **87** | **0.99** | **21** |
| **America Latina e Caraibi** | **68** | **64** | **77** | **94** [d] | **64** [h] | **75** | **70** | **89** | **83** | **29** | **–** | **94** | **94** | **1.00** | **74** | **78** | **1.06** | **22** |
| **Africa orientale e del Sud** | **407** | **377** | **501** | **58** | **95** | **41** | **37** | **64** | **58** | **36** | **31** | **87** | **85** | **0.98** | **34** | **32** | **0.93** | **–** |
| **Africa occidentale e centrale** | **679** | **599** | **849** | **46** | **115** | **21** | **17** | **47** | **38** | **42** | **24** | **77** | **68** | **0.89** | **38** | **31** | **0.83** | **–** |
| **Regioni più sviluppate** | **12** | **11** | **14** | **92** [e] | **16** [i] | **69** | **63** | **88** | **80** | **–** | **–** | **97** | **97** | **1.00** | **91** | **93** | **1.01** | **11** |
| **Regioni meno sviluppate** | **238** | **228** | **274** | **75** [f] | **48** [j] | **62** | **57** | **84** | **78** | **28*** | **–** | **91*** | **90*** | **0.98*** | **62*** | **61*** | **0.99*** | **–** |
| **Paesi meno sviluppati del mondo** | **436** | **418** | **514** | **53** [g] | **91** [k] | **40** | **36** | **65** | **58** | **42** | **43** | **85** | **80** | **0.95** | **37** | **33** | **0.90** | **–** |
| **Totale mondiale** | **216** | **207** | **249** | **77** | **44** | **63** | **58** | **85** | **78** | **28*** | **33 ****** | **92*** | **90*** | **0.98*** | **65*** | **65*** | **1.00*** | **–** |

**NOTE**

– Dati non disponibili.
§ Donne attualmente coniugate/o in unioni di fatto.
a Il rapporto di mortalità materna è stato arrotondato secondo il seguente schema: <100, arrotondato al più vicino numero intero; 100-999, arrotondato al più vicino numero intero; uguale o maggiore di 1.000, arrotondato alla decina più vicina.
b La cifra include i sondaggi effettuati tra il 2006 e il 2015.
c La cifra esclude Cook Islands, Marshall Islands, Nauru, Niue, Palau, Tokelau e Tuvalu per mancanza di dati.
d La cifra esclude Anguilla, Aruba, Bermuda, British Virgin Islands, Cayman Islands, Curacao, Montserrat, Sint Maarten, Turks and Caicos Islands per mancanza di dati.
e La cifra esclude Andorra, Belgium, Bermuda, Faeroe Islands, Gibraltar, Greece, Greenland, Iceland, Liechtenstein, Netherlands, Portugal, San Marino, Spain, Sweden, Switzerland, United Kingdom per mancanza di dati.
f La cifra esclude American Samoa, Anguilla, Aruba, British Virgin Islands, Cayman Islands, China, Hong Kong SAR, China, Macao SAR, Cook Islands, Curacao, Dominica, French Guiana, French Polynesia, Guadeloupe, Guam, Israel, Martinique, Marshall Islands, Montserrat, Nauru, New Caledonia, Niue, Northern Mariana Islands, Palau, Puerto Rico, Reunion, Sint Maarten, Tokelau, Turks and Caicos Islands, Tuvalu, United States Virgin Islands, Wallis e Futuna Islands, Western Sahara Islands per mancanza di dati.
g La cifra esclude Tuvalu per mancanza di dati.
h La cifra esclude Anguilla, Antigua and Barbuda, Bermuda, British Virgin Islands, Cayman Islands, Ecuador, Grenada, Montserrat, Sint Maarten, e Saint Kitts e Nevis per mancanza di dati.
i La cifra esclude Andorra, Bermuda, Faeroe Islands, Gibraltar, Greenland, Liechtenstein, e San Marino per mancanza di dati.
j La cifra esclude American Samoa, Anguilla, British Virgin Islands, Cayman Islands, Cook Islands, Dominica, Marshall Islands, Montserrat, Nauru, Niue, Northern Mariana Islands, Palau, Saint Kitts and Nevis, Tokelau, Turks and Caicos Islands, Tuvalu, Wallis and Futuna Islands, e Western Sahara Islands per mancanza di dati.
k La cifra esclude Tuvalu per mancanza di dati.
l Percentuale di ragazze tra i 15-19 anni che fanno parte della società segreta Sande. L'appartenenza alla società Sande è un proxy per la mutilazione genitale femminile.
m Dati basati su gruppi di età diversi da 15-24. Questi dati non sono inclusi nel calcolo delle medie regionali e mondiali.
n Dati basati su una copertura geografica limitata. Questi dati non sono inclusi nel calcolo delle stime regionali e globali.
o Dati calcolati utilizzando una metodologia modificata. Questi dati non sono inclusi nel calcolo delle stime regionali e globali.
* Esclude la Cina.
** La media globale è basata sui paesi dove sono registrati casi di mutilazione genitale femminile.
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

| Paese, territorio o altra area | Popolazione | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Popolazione totale, in milioni 2017 | Tasso medio annuale di variazione della popolazione (%) 2010-2017 | Popolazione di età 0-14 (%) 2017 | Popolazione di 10-24 anni (%) 2017 | Popolazione di 15- 64 anni (%) 2017 | Popolazione di 65 anni o più (%) 2017 | Tasso totale di fecondità, per donna 2017 | Aspettativa di vita alla nascita (anni) 2017 | |
| | | | | | | | | maschi | femmine |
| Afghanistan | 35.5 | 3.0 | 43 | 35 | 54 | 3 | 4.5 | 63 | 65 |
| Albania | 2.9 | -0.1 | 17 | 22 | 69 | 13 | 1.7 | 77 | 81 |
| Algeria | 41.3 | 1.9 | 29 | 23 | 65 | 6 | 2.7 | 75 | 78 |
| Angola | 29.8 | 3.5 | 47 | 32 | 51 | 2 | 5.6 | 59 | 65 |
| Antigua and Barbuda | 0.1 | 1.1 | 24 | 25 | 69 | 7 | 2.0 | 74 | 79 |
| Argentina | 44.3 | 1.0 | 25 | 24 | 64 | 11 | 2.3 | 73 | 80 |
| Armenia | 2.9 | 0.3 | 20 | 19 | 69 | 11 | 1.6 | 71 | 78 |
| Aruba | 0.1 | 0.5 | 18 | 21 | 69 | 13 | 1.8 | 73 | 78 |
| Australia[1] | 24.5 | 1.4 | 19 | 19 | 65 | 16 | 1.8 | 81 | 85 |
| Austria | 8.7 | 0.5 | 14 | 16 | 67 | 19 | 1.5 | 79 | 84 |
| Azerbaijan[2] | 9.8 | 1.2 | 23 | 22 | 71 | 6 | 2.1 | 69 | 75 |
| Bahamas | 0.4 | 1.3 | 20 | 22 | 71 | 9 | 1.8 | 73 | 79 |
| Bahrain | 1.5 | 2.6 | 20 | 19 | 78 | 2 | 2.0 | 76 | 78 |
| Bangladesh | 164.7 | 1.1 | 28 | 29 | 67 | 5 | 2.1 | 71 | 75 |
| Barbados | 0.3 | 0.3 | 19 | 19 | 66 | 15 | 1.8 | 74 | 78 |
| Belarus | 9.5 | 0.0 | 17 | 15 | 68 | 15 | 1.7 | 68 | 78 |
| Belgium | 11.4 | 0.6 | 17 | 17 | 64 | 19 | 1.8 | 79 | 84 |
| Belize | 0.4 | 2.2 | 31 | 31 | 65 | 4 | 2.5 | 68 | 74 |
| Benin | 11.2 | 2.8 | 43 | 32 | 54 | 3 | 4.9 | 60 | 63 |
| Bhutan | 0.8 | 1.5 | 27 | 28 | 69 | 5 | 2.0 | 70 | 71 |
| Bolivia (Plurinational State of) | 11.1 | 1.5 | 32 | 29 | 62 | 7 | 2.8 | 67 | 72 |
| Bosnia and Herzegovina | 3.5 | -0.9 | 14 | 18 | 69 | 17 | 1.4 | 75 | 80 |
| Botswana | 2.3 | 1.8 | 31 | 28 | 65 | 4 | 2.7 | 65 | 70 |
| Brazil | 209.3 | 0.9 | 22 | 24 | 70 | 9 | 1.7 | 72 | 79 |
| Brunei Darussalam | 0.4 | 1.4 | 23 | 24 | 72 | 5 | 1.9 | 76 | 79 |
| Bulgaria | 7.1 | -0.6 | 14 | 14 | 65 | 21 | 1.6 | 71 | 78 |
| Burkina Faso | 19.2 | 3.0 | 45 | 33 | 52 | 2 | 5.3 | 60 | 61 |
| Burundi | 10.9 | 3.1 | 45 | 31 | 52 | 3 | 5.6 | 56 | 60 |
| Cambodia | 16.0 | 1.6 | 31 | 29 | 64 | 4 | 2.5 | 67 | 71 |
| Cameroon, Republic of | 24.1 | 2.7 | 43 | 32 | 54 | 3 | 4.6 | 57 | 60 |
| Canada | 36.6 | 1.0 | 16 | 17 | 67 | 17 | 1.6 | 81 | 84 |
| Cape Verde | 0.5 | 1.2 | 30 | 31 | 65 | 4 | 2.3 | 71 | 75 |
| Central African Republic | 4.7 | 0.7 | 43 | 34 | 53 | 4 | 4.8 | 51 | 55 |
| Chad | 14.9 | 3.2 | 47 | 34 | 50 | 2 | 5.8 | 52 | 54 |
| Chile | 18.1 | 0.9 | 20 | 22 | 69 | 11 | 1.8 | 77 | 82 |
| China[3] | 1,409.5 | 0.5 | 18 | 18 | 72 | 11 | 1.6 | 75 | 78 |
| China, Hong Kong SAR[4] | 7.4 | 0.7 | 11 | 14 | 72 | 16 | 1.3 | 81 | 87 |
| China, Macao SAR[5] | 0.6 | 2.1 | 13 | 14 | 77 | 10 | 1.3 | 81 | 87 |
| Colombia | 49.1 | 0.9 | 23 | 25 | 69 | 8 | 1.8 | 71 | 78 |
| Comoros | 0.8 | 2.4 | 40 | 31 | 57 | 3 | 4.3 | 62 | 66 |
| Congo, Democratic Republic of the | 81.3 | 3.3 | 46 | 32 | 51 | 3 | 6.0 | 59 | 62 |
| Congo, Republic of the | 5.3 | 2.6 | 42 | 30 | 54 | 3 | 4.6 | 63 | 67 |
| Costa Rica | 4.9 | 1.1 | 22 | 23 | 69 | 9 | 1.8 | 78 | 82 |
| Côte d'Ivoire | 24.3 | 2.5 | 42 | 33 | 55 | 3 | 4.8 | 53 | 56 |
| Croatia | 4.2 | -0.5 | 15 | 16 | 66 | 20 | 1.5 | 75 | 81 |

| Paese, territorio o altra area | Popolazione | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Popolazione totale, in milioni 2017 | Tasso medio annuale di variazione della popolazione (%) 2010-2017 | Popolazione di età 0-14 (%) 2017 | Popolazione di 10-24 anni (%) 2017 | Popolazione di 15- 64 anni (%) 2017 | Popolazione di 65 anni o più (%) 2017 | Tasso totale di fecondità, per donna 2017 | Aspettativa di vita alla nascita (anni) 2017 | |
| | | | | | | | | maschi | femmine |
| Cuba | 11.5 | 0.2 | 16 | 17 | 69 | 15 | 1.7 | 78 | 82 |
| Curaçao | 0.2 | 1.2 | 19 | 19 | 65 | 16 | 2.0 | 75 | 81 |
| Cyprus[6] | 1.2 | 0.8 | 17 | 20 | 70 | 13 | 1.3 | 79 | 83 |
| Czechia | 10.6 | 0.1 | 15 | 14 | 66 | 19 | 1.6 | 76 | 82 |
| Denmark | 5.7 | 0.5 | 16 | 19 | 64 | 20 | 1.8 | 79 | 83 |
| Djibouti | 1.0 | 1.7 | 31 | 30 | 65 | 4 | 2.8 | 61 | 64 |
| Dominica | 0.1 | 0.5 | – | – | – | – | – | – | – |
| Dominican Republic | 10.8 | 1.2 | 29 | 28 | 64 | 7 | 2.4 | 71 | 77 |
| Ecuador | 16.6 | 1.5 | 28 | 27 | 64 | 7 | 2.5 | 74 | 79 |
| Egypt | 97.6 | 2.1 | 33 | 26 | 61 | 5 | 3.2 | 69 | 74 |
| El Salvador | 6.4 | 0.5 | 27 | 29 | 64 | 8 | 2.1 | 69 | 78 |
| Equatorial Guinea | 1.3 | 4.1 | 37 | 29 | 60 | 3 | 4.6 | 57 | 59 |
| Eritrea | 5.1 | 2.1 | 42 | 32 | 55 | 4 | 4.1 | 63 | 68 |
| Estonia | 1.3 | -0.2 | 16 | 15 | 64 | 19 | 1.6 | 73 | 82 |
| Ethiopia | 105.0 | 2.6 | 41 | 34 | 56 | 4 | 4.1 | 64 | 68 |
| Fiji | 0.9 | 0.7 | 28 | 26 | 65 | 6 | 2.5 | 68 | 74 |
| Finland[7] | 5.5 | 0.4 | 16 | 17 | 62 | 21 | 1.8 | 79 | 84 |
| France | 65.0 | 0.4 | 18 | 18 | 62 | 20 | 2.0 | 80 | 86 |
| French Guiana | 0.3 | 2.7 | 33 | 28 | 62 | 5 | 3.3 | 77 | 83 |
| French Polynesia | 0.3 | 0.8 | 23 | 24 | 69 | 8 | 2.0 | 75 | 79 |
| Gabon | 2.0 | 3.0 | 36 | 28 | 60 | 4 | 3.7 | 65 | 68 |
| Gambia | 2.1 | 3.1 | 45 | 33 | 52 | 2 | 5.4 | 60 | 63 |
| Georgia[8] | 3.9 | -1.1 | 19 | 18 | 66 | 15 | 2.0 | 69 | 78 |
| Germany | 82.1 | 0.2 | 13 | 15 | 65 | 21 | 1.5 | 79 | 83 |
| Ghana | 28.8 | 2.3 | 39 | 31 | 58 | 3 | 3.9 | 62 | 64 |
| Greece | 11.2 | -0.4 | 14 | 15 | 65 | 20 | 1.3 | 79 | 84 |
| Grenada | 0.1 | 0.4 | 26 | 26 | 66 | 7 | 2.1 | 71 | 76 |
| Guadeloupe[9] | 0.4 | 0.0 | 19 | 21 | 64 | 17 | 1.9 | 78 | 85 |
| Guam | 0.2 | 0.4 | 25 | 25 | 66 | 10 | 2.3 | 77 | 82 |
| Guatemala | 16.9 | 2.1 | 35 | 33 | 60 | 5 | 2.9 | 70 | 77 |
| Guinea | 12.7 | 2.3 | 42 | 32 | 55 | 3 | 4.8 | 60 | 61 |
| Guinea–Bissau | 1.9 | 2.6 | 41 | 32 | 56 | 3 | 4.6 | 56 | 60 |
| Guyana | 0.8 | 0.6 | 29 | 31 | 66 | 5 | 2.5 | 64 | 69 |
| Haiti | 11.0 | 1.3 | 33 | 31 | 62 | 5 | 2.9 | 61 | 66 |
| Honduras | 9.3 | 1.8 | 32 | 32 | 64 | 5 | 2.4 | 71 | 76 |
| Hungary | 9.7 | -0.3 | 14 | 16 | 67 | 19 | 1.4 | 72 | 79 |
| Iceland | 0.3 | 0.6 | 20 | 20 | 65 | 14 | 1.9 | 81 | 84 |
| India | 1,339.2 | 1.2 | 28 | 28 | 66 | 6 | 2.3 | 67 | 70 |
| Indonesia | 264.0 | 1.2 | 27 | 26 | 67 | 5 | 2.3 | 67 | 72 |
| Iran (Islamic Republic of) | 81.2 | 1.2 | 24 | 21 | 71 | 5 | 1.6 | 75 | 77 |
| Iraq | 38.3 | 3.1 | 40 | 31 | 56 | 3 | 4.3 | 68 | 72 |
| Ireland | 4.8 | 0.4 | 22 | 18 | 64 | 14 | 2.0 | 80 | 84 |
| Israel | 8.3 | 1.6 | 28 | 23 | 60 | 12 | 2.9 | 81 | 84 |
| Italy | 59.4 | -0.1 | 14 | 14 | 63 | 23 | 1.5 | 81 | 85 |
| Jamaica | 2.9 | 0.4 | 23 | 26 | 68 | 10 | 2.0 | 74 | 79 |

# Indicatori demografici

| Paese, territorio o altra area | Popolazione totale, in milioni 2017 | Tasso medio annuale di variazione della popolazione (%) 2010-2017 | Popolazione di età 0-14 (%) 2017 | Popolazione di 10-24 anni (%) 2017 | Popolazione di 15- 64 anni (%) 2017 | Popolazione di 65 anni o più (%) 2017 | Tasso totale di fecondità, per donna 2017 | Aspettativa di vita alla nascita (anni) 2017 maschi | Aspettativa di vita alla nascita (anni) 2017 femmine |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Popolazione | | | | | | | | |
| Japan | 127.5 | -0.1 | 13 | 14 | 60 | 27 | 1.5 | 81 | 87 |
| Jordan | 9.7 | 4.3 | 36 | 30 | 61 | 4 | 3.3 | 73 | 76 |
| Kazakhstan | 18.2 | 1.5 | 28 | 20 | 65 | 7 | 2.6 | 65 | 75 |
| Kenya | 49.7 | 2.6 | 40 | 33 | 57 | 3 | 3.8 | 65 | 70 |
| Kiribati | 0.1 | 1.8 | 35 | 29 | 61 | 4 | 3.6 | 63 | 70 |
| Korea, Democratic People's Republic of | 25.5 | 0.5 | 21 | 23 | 70 | 9 | 1.9 | 68 | 75 |
| Korea, Republic of | 51.0 | 0.4 | 13 | 17 | 73 | 14 | 1.3 | 79 | 85 |
| Kuwait | 4.1 | 4.6 | 21 | 18 | 77 | 2 | 2.0 | 74 | 76 |
| Kyrgyzstan | 6.0 | 1.6 | 32 | 25 | 64 | 4 | 3.0 | 67 | 75 |
| Lao People's Democratic Republic | 6.9 | 1.3 | 33 | 31 | 63 | 4 | 2.6 | 65 | 69 |
| Latvia | 1.9 | -1.2 | 15 | 15 | 65 | 20 | 1.6 | 70 | 79 |
| Lebanon | 6.1 | 4.8 | 23 | 26 | 68 | 9 | 1.7 | 78 | 82 |
| Lesotho | 2.2 | 1.3 | 35 | 33 | 60 | 5 | 3.0 | 52 | 57 |
| Liberia | 4.7 | 2.6 | 42 | 32 | 55 | 3 | 4.5 | 62 | 64 |
| Libya | 6.4 | 0.5 | 28 | 26 | 67 | 4 | 2.2 | 69 | 75 |
| Lithuania | 2.9 | -1.1 | 15 | 17 | 66 | 19 | 1.7 | 69 | 80 |
| Luxembourg | 0.6 | 2.0 | 16 | 18 | 69 | 14 | 1.6 | 80 | 84 |
| Madagascar | 25.6 | 2.7 | 41 | 33 | 56 | 3 | 4.1 | 65 | 68 |
| Malawi | 18.6 | 2.9 | 44 | 34 | 53 | 3 | 4.5 | 61 | 66 |
| Malaysia[10] | 31.6 | 1.7 | 24 | 27 | 69 | 6 | 2.0 | 73 | 78 |
| Maldives | 0.4 | 2.6 | 23 | 23 | 72 | 4 | 2.1 | 77 | 79 |
| Mali | 18.5 | 3.0 | 48 | 33 | 50 | 3 | 6.0 | 58 | 59 |
| Malta | 0.4 | 0.5 | 14 | 16 | 66 | 19 | 1.5 | 79 | 83 |
| Martinique | 0.4 | -0.4 | 18 | 18 | 63 | 19 | 1.9 | 79 | 85 |
| Mauritania | 4.4 | 2.9 | 40 | 31 | 57 | 3 | 4.6 | 62 | 65 |
| Mauritius[11] | 1.3 | 0.2 | 18 | 23 | 71 | 11 | 1.4 | 71 | 78 |
| Mexico | 129.2 | 1.4 | 27 | 27 | 66 | 7 | 2.2 | 75 | 80 |
| Micronesia (Federated States of) | 0.1 | 0.3 | 33 | 35 | 62 | 5 | 3.1 | 68 | 71 |
| Moldova, Republic of[12] | 4.1 | -0.1 | 16 | 18 | 73 | 11 | 1.2 | 67 | 76 |
| Mongolia | 3.1 | 1.8 | 30 | 23 | 66 | 4 | 2.7 | 65 | 74 |
| Montenegro | 0.6 | 0.1 | 18 | 19 | 67 | 15 | 1.7 | 75 | 80 |
| Morocco | 35.7 | 1.4 | 27 | 25 | 66 | 7 | 2.5 | 75 | 77 |
| Mozambique | 29.7 | 2.9 | 45 | 33 | 52 | 3 | 5.2 | 57 | 61 |
| Myanmar | 53.4 | 0.9 | 27 | 28 | 67 | 6 | 2.2 | 64 | 69 |
| Namibia | 2.5 | 2.2 | 37 | 32 | 60 | 4 | 3.4 | 62 | 68 |
| Nepal | 29.3 | 1.2 | 31 | 32 | 63 | 6 | 2.1 | 69 | 72 |
| Netherlands | 17.0 | 0.3 | 16 | 18 | 65 | 19 | 1.7 | 80 | 84 |
| New Caledonia | 0.3 | 1.4 | 23 | 23 | 68 | 10 | 2.2 | 75 | 80 |
| New Zealand | 4.7 | 1.1 | 20 | 20 | 65 | 15 | 2.0 | 80 | 84 |
| Nicaragua | 6.2 | 1.1 | 29 | 29 | 66 | 5 | 2.2 | 73 | 79 |
| Niger | 21.5 | 3.8 | 50 | 32 | 47 | 3 | 7.2 | 59 | 61 |
| Nigeria | 190.9 | 2.6 | 44 | 31 | 53 | 3 | 5.5 | 53 | 55 |
| Norway[13] | 5.3 | 1.2 | 18 | 19 | 65 | 17 | 1.8 | 80 | 84 |
| Oman | 4.6 | 6.0 | 22 | 20 | 76 | 2 | 2.6 | 76 | 80 |

| Paese, territorio o altra area | Popolazione | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Popolazione totale, in milioni 2017 | Tasso medio annuale di variazione della popolazione (%) 2010-2017 | Popolazione di età 0-14 (%) 2017 | Popolazione di 10-24 anni (%) 2017 | Popolazione di 15- 64 anni (%) 2017 | Popolazione di 65 anni o più (%) 2017 | Tasso totale di fecondità, per donna 2017 | Aspettativa di vita alla nascita (anni) 2017 | |
| | | | | | | | | maschi | femmine |
| Pakistan | 197.0 | 2.1 | 35 | 30 | 61 | 4 | 3.4 | 66 | 68 |
| Palestine[14] | 4.9 | 2.7 | 40 | 33 | 57 | 3 | 3.9 | 72 | 76 |
| Panama | 4.1 | 1.7 | 27 | 25 | 65 | 8 | 2.5 | 75 | 81 |
| Papua New Guinea | 8.3 | 2.1 | 36 | 31 | 60 | 4 | 3.6 | 63 | 68 |
| Paraguay | 6.8 | 1.3 | 29 | 29 | 64 | 6 | 2.5 | 71 | 75 |
| Peru | 32.2 | 1.3 | 27 | 26 | 65 | 7 | 2.4 | 73 | 78 |
| Philippines | 104.9 | 1.6 | 32 | 29 | 63 | 5 | 2.9 | 66 | 73 |
| Poland | 38.2 | -0.1 | 15 | 16 | 68 | 17 | 1.3 | 74 | 82 |
| Portugal | 10.3 | -0.4 | 14 | 15 | 65 | 22 | 1.2 | 78 | 84 |
| Puerto Rico | 3.7 | -0.2 | 18 | 21 | 67 | 15 | 1.5 | 76 | 84 |
| Qatar | 2.6 | 5.6 | 14 | 19 | 85 | 1 | 1.9 | 78 | 80 |
| Reunion | 0.9 | 0.8 | 24 | 23 | 65 | 11 | 2.3 | 77 | 84 |
| Romania | 19.7 | -0.5 | 15 | 16 | 67 | 18 | 1.5 | 72 | 79 |
| Russian Federation | 144.0 | 0.1 | 18 | 15 | 68 | 14 | 1.8 | 66 | 77 |
| Rwanda | 12.2 | 2.5 | 40 | 31 | 57 | 3 | 3.8 | 65 | 70 |
| Saint Kitts and Nevis | 0.1 | 1.0 | – | – | – | – | – | – | – |
| Saint Lucia | 0.2 | 0.5 | 19 | 24 | 71 | 10 | 1.4 | 73 | 78 |
| Saint Vincent and the Grenadines | 0.1 | 0.1 | 24 | 25 | 68 | 8 | 1.9 | 71 | 76 |
| Samoa | 0.2 | 0.8 | 37 | 31 | 58 | 6 | 3.9 | 72 | 78 |
| San Marino | 0.0 | 1.0 | – | – | – | – | – | – | – |
| São Tomé and Príncipe | 0.2 | 2.2 | 43 | 33 | 54 | 3 | 4.4 | 65 | 69 |
| Saudi Arabia | 32.9 | 2.6 | 25 | 22 | 72 | 3 | 2.5 | 73 | 76 |
| Senegal | 15.9 | 2.9 | 43 | 32 | 54 | 3 | 4.7 | 65 | 69 |
| Serbia[15] | 8.8 | -0.4 | 16 | 18 | 66 | 17 | 1.6 | 73 | 78 |
| Seychelles | 0.1 | 0.5 | 22 | 19 | 69 | 9 | 2.3 | 70 | 79 |
| Sierra Leone | 7.6 | 2.2 | 42 | 33 | 55 | 3 | 4.4 | 52 | 53 |
| Singapore | 5.7 | 1.7 | 15 | 18 | 72 | 13 | 1.3 | 81 | 85 |
| Sint Maarten | 0.0 | 2.7 | – | – | – | – | – | – | – |
| Slovakia | 5.4 | 0.1 | 15 | 16 | 70 | 15 | 1.5 | 73 | 80 |
| Slovenia | 2.1 | 0.2 | 15 | 14 | 66 | 19 | 1.6 | 78 | 84 |
| Solomon Islands | 0.6 | 2.1 | 39 | 32 | 58 | 4 | 3.8 | 70 | 73 |
| Somalia | 14.7 | 2.9 | 46 | 33 | 51 | 3 | 6.2 | 55 | 58 |
| South Africa | 56.7 | 1.4 | 29 | 27 | 66 | 5 | 2.4 | 60 | 67 |
| South Sudan | 12.6 | 3.2 | 42 | 33 | 55 | 3 | 4.8 | 56 | 58 |
| Spain[16] | 46.4 | -0.1 | 15 | 14 | 66 | 19 | 1.4 | 81 | 86 |
| Sri Lanka | 20.9 | 0.5 | 24 | 23 | 66 | 10 | 2.0 | 72 | 79 |
| Sudan | 40.5 | 2.3 | 41 | 33 | 56 | 4 | 4.5 | 63 | 66 |
| Suriname | 0.6 | 1.0 | 26 | 26 | 67 | 7 | 2.3 | 68 | 75 |
| Swaziland | 1.4 | 1.8 | 37 | 33 | 60 | 3 | 3.0 | 55 | 61 |
| Sweden | 9.9 | 0.8 | 18 | 17 | 62 | 20 | 1.9 | 81 | 84 |
| Switzerland | 8.5 | 1.1 | 15 | 16 | 67 | 18 | 1.5 | 82 | 85 |
| Syrian Arab Republic | 18.3 | -2.0 | 37 | 34 | 59 | 4 | 2.9 | 65 | 77 |
| Tajikistan | 8.9 | 2.2 | 35 | 29 | 61 | 3 | 3.3 | 68 | 74 |
| Tanzania, United Republic of[17] | 57.3 | 3.1 | 45 | 32 | 52 | 3 | 5.0 | 65 | 68 |
| Thailand | 69.0 | 0.4 | 17 | 20 | 71 | 11 | 1.5 | 72 | 79 |

# Indicatori demografici

| Paese, territorio o altra area | Popolazione totale, in milioni 2017 | Tasso medio annuale di variazione della popolazione (%) 2010-2017 | Popolazione di età 0-14 (%) 2017 | Popolazione di 10-24 anni (%) 2017 | Popolazione di 15- 64 anni (%) 2017 | Popolazione di 65 anni o più (%) 2017 | Tasso totale di fecondità, per donna 2017 | Aspettativa di vita alla nascita (anni) 2017 maschi | Aspettativa di vita alla nascita (anni) 2017 femmine |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Popolazione** | | | | | | | | |
| The former Yugoslav Republic of Macedonia | 2.1 | 0.1 | 17 | 19 | 70 | 13 | 1.5 | 74 | 78 |
| Timor-Leste, Democratic Republic of | 1.3 | 2.2 | 44 | 34 | 53 | 4 | 5.4 | 67 | 71 |
| Togo | 7.8 | 2.6 | 42 | 32 | 56 | 3 | 4.4 | 60 | 61 |
| Tonga | 0.1 | 0.5 | 36 | 32 | 58 | 6 | 3.6 | 70 | 76 |
| Trinidad and Tobago | 1.4 | 0.4 | 21 | 20 | 69 | 10 | 1.7 | 67 | 74 |
| Tunisia | 11.5 | 1.2 | 24 | 22 | 68 | 8 | 2.2 | 74 | 78 |
| Turkey | 80.7 | 1.6 | 25 | 25 | 67 | 8 | 2.0 | 73 | 79 |
| Turkmenistan | 5.8 | 1.8 | 31 | 26 | 65 | 4 | 2.8 | 65 | 71 |
| Turks and Caicos Islands | 0.0 | 1.9 | – | – | – | – | – | – | – |
| Tuvalu | 0.0 | 0.9 | – | – | – | – | – | – | – |
| Uganda | 42.9 | 3.3 | 48 | 34 | 50 | 2 | 5.5 | 58 | 62 |
| Ukraine[18] | 44.2 | -0.5 | 15 | 15 | 68 | 16 | 1.6 | 67 | 77 |
| United Arab Emirates | 9.4 | 1.8 | 14 | 15 | 85 | 1 | 1.7 | 77 | 79 |
| United Kingdom | 66.2 | 0.6 | 18 | 17 | 64 | 19 | 1.9 | 80 | 83 |
| United States of America | 324.5 | 0.7 | 19 | 20 | 66 | 15 | 1.9 | 77 | 82 |
| United States Virgin Islands | 0.1 | -0.2 | 20 | 20 | 61 | 19 | 2.2 | 78 | 82 |
| Uruguay | 3.5 | 0.3 | 21 | 22 | 64 | 15 | 2.0 | 74 | 81 |
| Uzbekistan | 31.9 | 1.6 | 28 | 26 | 68 | 4 | 2.3 | 69 | 74 |
| Vanuatu | 0.3 | 2.2 | 36 | 29 | 60 | 4 | 3.2 | 70 | 75 |
| Venezuela (Bolivarian Republic of) | 32.0 | 1.4 | 28 | 26 | 66 | 7 | 2.3 | 71 | 79 |
| Viet Nam | 95.5 | 1.1 | 23 | 23 | 70 | 7 | 2.0 | 72 | 81 |
| Western Sahara | 0.6 | 2.0 | 28 | 26 | 69 | 3 | 2.4 | 68 | 72 |
| Yemen | 28.3 | 2.6 | 40 | 33 | 57 | 3 | 3.9 | 64 | 67 |
| Zambia | 17.1 | 3.0 | 45 | 34 | 53 | 2 | 4.9 | 60 | 65 |
| Zimbabwe | 16.5 | 2.3 | 41 | 32 | 56 | 3 | 3.7 | 60 | 64 |

## Dati mondiali e regionali

| | Popolazione | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Popolazione totale, in milioni 2017 | Tasso medio annuale di variazione della popolazione (%) 2010-2017 | Popolazione di età 0-14 (%) 2017 | Popolazione di 10-24 anni (%) 2017 | Popolazione di 15- 64 anni (%) 2017 | Popolazione di 65 anni o più (%) 2017 | Tasso totale di fecondità, per donna 2017 | Aspettativa di vita alla nascita (anni) 2017 maschi | femmine |
| **Stati arabi** | **359** | **2.1** | **35** | **28** | **61** | **5** | **3.4** | **68** | **72** |
| **Asia e Pacifico** | **3,960** | **1.0** | **24** [a] | **24** [a] | **68** [a] | **8** [a] | **2.1** [a] | **70** [a] | **73** [a] |
| **Europa orientale e Asia centrale** | **243** | **0.9** | **23** | **22** | **67** | **10** | **2.1** | **70** | **77** |
| **America Latina e Caraibi** | **641** | **1.1** | **25** [b] | **26** [b] | **67** [b] | **8** [b] | **2.0** [b] | **72** [b] | **79** [b] |
| **Africa orientale e del Sud** | **581** | **2.7** | **42** | **32** | **55** | **3** | **4.5** | **61** | **65** |
| **Africa occidentale e centrale** | **424** | **2.7** | **44** | **32** | **53** | **3** | **5.2** | **56** | **58** |
| **Regioni più sviluppate** | **1,260** | **0.3** | **16** | **17** | **65** | **18** | **1.7** | **76** | **82** |
| **Regioni meno sviluppate** | **6,290** | **1.4** | **28** | **25** | **65** | **7** | **2.6** | **68** | **72** |
| **Paesi meno sviluppati del mondo** | **1,002** | **2.4** | **40** | **32** | **57** | **4** | **4.0** | **63** | **66** |
| **Totale mondiale** | **7,550** | **1.2** | **26** | **24** | **65** | **9** | **2.5** | **70** | **74** |

**NOTE**

— Dati non disponibili.

§ A causa dell'arrotondamento, i rapporti di dipendenza possono differire dalle cifre calcolate sulla base della percentuale di popolazione di età 0-14, 15-64 anni e 65 anni e più.

a Esclude Cook Islands, Marshall Islands, Nauru, Niue, Palau, Tokelau e Tuvalu per mancanza di dati.

b Esclude Anguilla, Aruba, Bermuda, British Virgin Islands, Cayman Islands, Curacao, Montserrat, Sint Maarten, Turks and 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, a 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 Si riferisce 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 e 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. Fonti dei dati e definizioni

Le tavole statistiche del rapporto Lo Stato della popolazione nel mondo 2017 includono indicatori che registrano i progressi compiuti verso gli obiettivi esposti nel Quadro d'azione per il follow – up del Programma d'azione della Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo (ICPD) oltre il 2014 e verso gli Obiettivi di sviluppo del millennio (MDGs) 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 al focus di UNFPA sui 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 qui pubblicate sono diversi da quelli comunicati dalle singole autorità nazionali. I dati presentati in questo rapporto non sono raffrontabili con i dati del precedente rapporto 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 familiari rappresentative effettuate 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), le 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 2017 di pianificazione familiare (Dipartimento delle Nazioni Unite per gli affari economici e sociali, Divisione per la popolazione). Le tavole statistiche sono accompagnate da definizioni, fonti e note. Le tabelle statistiche del presente Rapporto riflettono in generale le informazioni disponibili a Giugno 2017.

## Monitoraggio degli obiettivi della Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo: indicatori selezionati

### Salute materna e neonatale

**Rapporto di mortalità materna (RMM), morti su 100.000 nati vivi e Margine di errore sul RMM (UI 80%), limiti inferiore e superiore stime 2015.** Fonte: United Nations Maternal Mortality Estimation Interagency Group (MMEIG). Questo indicatore presenta il numero di donne che muoiono per cause legate alla gravidanza, su 100.000 nati vivi. Le stime sono fornite dal MMEIG utilizzando i dati ottenuti attraverso i sistemi di registrazione anagrafica, indagini sulle famiglie, censimenti della popolazione. UNFPA, OMS, Banca Mondiale, UNICEF e la Divisione per la Popolazione delle Nazioni Unite sono membri del MMEIG. Le stime e le metodologie sono regolarmente esaminate dal MMEIG, altre agenzie e istituzioni accademiche e sono riviste laddove necessario, come parte del processo in corso per migliorare i dati sulla mortalità materna. Le stime non dovrebbero essere confrontate con precedenti stime inter-agenzie.

**Parti assistiti da personale medico qualificato (%) 2006/2016.** 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, infermiere, ostetriche) è la percentuale di parti assistiti da personale sanitario con una formazione specifica per fornire un'assistenca ostetrica salvavita, incluse 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.

**Tasso di maternità tra le adolescenti ogni 1.000 ragazze di 15-19 anni 2006-2015.**
Fonte: Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione e UNFPA. Il tasso di maternità tra le adolescenti rappresenta il rischio di gravidanza tra le adolescenti di 15 - 19 anni. Per quanto riguarda le registrazioni anagrafiche, i tassi sono soggetti a limitazioni che dipendono dalla completezza delle registrazioni alla nascita, 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 possono subire limitazioni dovute a errori nella trascrizione dell'età e a mancate registrazioni. 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 registrazioni delle nascite, errori nel registrare la data di nascita del neonato e, nel caso dei sondaggi, la variabilità del campione.

### Salute sessuale e riproduttiva

La Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione pubblica una serie sistematica e completa di stime annuali basate su modelli, e fornisce proiezioni per una vasta gamma di indicatori sulla pianificazione familiare che coprono un periodo di 60 anni. Gli indicatori includono la prevalenza contraccettiva, la domanda insoddisfatta di pianificazione familiare, la domanda totale di pianificazione familiare e la percentuale di domanda soddisfatta di pianificazione familiare tra le donne sposate o in unioni di fatto per il periodo compreso tra il 1970 e il 2030. Per generare stime, proiezioni e valutazioni del margine di errore , si è usato un modello bayesiano gerarchico combinato con le tendenze temporali specifiche per ogni nazione. 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 presi in considerazione dall'indagine. 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 2017.

**Tasso di diffusione dei contraccettivi, donne (15-49 anni) attualmente sposate o in unioni di fatto, qualsiasi metodo e ogni metodo moderno, 2017.** Fonte: Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Le stime basate su modelli si fondano su dati tratti da risultati di indagini a campione. I dati delle indagini stimano la proporzione di donne sposate (incluse le donne in una unione consensuale) che usano rispettivamente un metodo qualsiasi o

un metodo moderno 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.

**Percentuale di domanda soddisfatta, ogni metodo e ogni metodo moderno, donne (15-49 anni) attualmente sposate o in unione di fatto, 2017.** Fonte: Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Percentuale della domanda totale soddisfatta di pianificazione familiare tra donne (15-49 anni) sposate o in unione di fatto e percentuale della domanda totale di pianificazione familiare tra donne (15-49 anni) sposate o in unioni di fatto soddisfatta con metodi moderni.

Proporzione della domanda soddisfatta con ogni metodo (PDS) = Tasso di prevalenza contraccettiva per ogni metodo (CPR) diviso per la domanda totale di pianificazione familiare (TD).

Proporzione della domanda soddisfatta con metodi moderni (mPDS) = Tasso di prevalenza contraccettiva con metodi moderni (mCPR) diviso per la domanda totale di pianificazione familiare (TD).

Dove domanda totale = Tasso di prevalenza contraccettiva più domanda insoddisfatta di contraccezione (UNR), cioè TD = CPR + UNR.

## Pratiche nocive

**Matrimonio precoce prima dei 18 anni di età, percentuale, 2008/2016.** Fonte: UNFPA. Proporzione delle donne di 20-24 anni sposate o in unione di fatto prima dei 18 anni di età.

**Prevalenza di mutilazioni genitali femminili tra le ragazze di 15-19 anni, percentuale, 2004/2015.** Fonte: UNFPA. Proporzione delle ragazze di 15 – 19 anni che hanno subito la mutilazione genitale femminile.

## Istruzione

**Tasso netto rettificato di iscrizione maschile e femminile alla scuola primaria, percentuale, 1999/2015.** Fonte: Istituto di statistica dell'UNESCO (UIS). Il tasso netto rettificato di iscrizione alla scuola primaria indica la percentuale di bambini/e che fanno parte del gruppo ufficiale di bambini/e in età da scuola primaria e che sono iscritti a corsi di istruzione primaria o secondaria.

**Tasso netto di iscrizione maschile e femminile alla scuola secondaria, percentuale, 2000/2015.** Fonte:Istituto di statistica dell'UNESCO (UIS) . Il tasso netto di iscrizione alla scuola secondaria indica la percentuale di ragazzi che fanno parte del gruppo ufficiale dei ragazzi in età da scuola secondaria e che sono iscritti a corsi di istruzione secondaria.

**Indice di parità di genere, istruzione primaria, 1999/2015.** Fonte: Istituto di statistica dell'UNESCO (UIS). L'indice di parità di genere (GPI) si riferisce al rapporto dei valori maschili e femminili di proporzione netta rettificata di iscrizione alla scuola primaria.

**Indice di parità di genere, istruzione secondaria, 1999/2015.** Fonte: Istituto di statistica dell'UNESCO (UIS). L'Indice di parità di genere (GPI) si riferisce al rapporto dei valori maschili e femminili di proporzione netta rettificata di iscrizione alla scuola secondaria.

**Quota di giovani che non studiano, non lavorano, non frequentano corsi di formazione (NEET), percentuale, 2010/2016.** Fonte: Organizzazione Internazionale del Lavoro. Percentuale dei giovani che non lavorano e non frequentano corsi di istruzione o formazione. Si definiscono giovani i ragazzi di 15-24 anni, salvo indicazione contraria.

## Indicatori demografici

**Popolazione totale, in milioni, 2017.** Fonte: Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Dati aggregati per regione calcolati da UNFPA sulla base di dati forniti dalla Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Questi indicatori si riferiscono alla dimensione stimata delle popolazioni nazionali, a metà anno.

**Tasso medio annuale di variazione della popolazione, percentuale, 2010-2017.** Fonte: Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Dati aggregati per regione calcolati da UNFPA sulla base dei dati forniti dalla Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione . Queste cifre si riferiscono al tasso medio esponenziale di crescita della popolazione in un dato periodo, in base a una proiezione a variante media.

**Popolazione nella fascia di età 0-14 anni, percentuale, 2017.** Fonte: calcoli UNFPA basati su dati forniti dalla Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Questi indicatori si riferiscono alla proporzione della popolazione tra 0 e 14 anni.

**Popolazione nella fascia di età 10-24 anni, percentuale, 2017.** Fonte: calcoli UNFPA basati su dati forniti dalla Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Questi indicatori si riferiscono alla proporzione della popolazione tra 10 e 24 anni.

**Popolazione nella fascia d'età 15-64 anni, percentuale, 2017.** Fonte: calcoli UNFPA basati su dati forniti dalla Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Questi indicatori si riferiscono alla proporzione di popolazione tra 15 e 64 anni.

**Popolazione di 65 anni o più, percentuale, 2017.** Fonte: calcoli UNFPA basati su dati forniti dalla Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Questi indicatori si riferiscono alla proporzione di popolazione di 65 anni o più.

**Tasso totale di fecondità, per donna, 2017.** Fonte: Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Dati aggregati per regione calcolati da UNFPA sulla base dei dati forniti dalla Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Questi indicatori si riferiscono al numero di figli che sarebbero nati per ogni donna se avesse vissuto fino alla fine degli anni fecondi e avesse partorito a ogni età in conformità con i tassi di fecondità prevalenti in una specifica fascia di età.

**Aspettativa di vita alla nascita (anni), per maschi e femmine, 2017.** Fonte: Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Dati aggregati per regione calcolati da UNFPA sulla base dei dati forniti dalla Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Questi indicatori si riferiscono al numero di anni di vita di cui i neonati potrebbero godere se soggetti ai rischi di mortalità prevalenti nel segmento di popolazione a cui appartengono, al momento della nascita.

## Classificazione regionale

Le medie UNFPA presentate alla fine delle tabelle statistiche sono calcolate utilizzando i dati provenienti da paesi e aree classificate come di seguito. Le classificazioni regionali includono solo i paesi in cui opera l'UNFPA.

**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, Republic of; Serbia; Tajikistan; The former Yugoslav Republic of Macedonia; Turkey; Turkmenistan; Ukraine

**Africa orientale e del Sud**
Angola; Botswana; Burundi; Comoros; Congo, Democratic Republic of the; Eritrea; Ethiopia; Kenya; Lesotho; Madagascar; Malawi; Mauritius; Mozambique; Namibia; Rwanda; Seychelles; South Africa; South Sudan; Swaziland; 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 Europe, Northern America, Australia, New Zealand e Japan.

**Regioni meno sviluppate** comprendono le regioni della Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione dell'Africa, Asia (ad eccezione del Giappone), Latin America e Caribbean, più Melanesia, Micronesia e Polynesia.

**Paesi meno sviluppati in assoluto**, 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, 68/18) a Giugno 2017 comprendevano 47 paesi: 33 in Africa, 9 in Asia, 4 in Oceania e 1 in Latin America and the Caribbean - 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 e Príncipe; Senegal; Sierra Leone; Solomon Islands; Somalia; South Sudan; Sudan; Timor-Leste; Togo; Tuvalu; Uganda; United Republic of Tanzania; Vanuatu; Yemen e Zambia. Questi paesi sono inclusi anche nelle regioni meno sviluppate.

## Bibliografia


Accenture (2016). Getting to equal: how digital is helping close the gender gap at work. Available from https://www.accenture.com/t00010101T000000__w__/ar-es/_acnmedia/PDF-9/Accenture-Getting-To-Equal.pdf.

Ali, Daneil Ayalew, Klaus W. Deininger, and Niels Gers Kemper (2015). Pronatal property rights over land and fertility outcomes: evidence from a natural experiment in Ethiopia. Policy Research Working Paper, No. 7419. Washington, D.C.: World Bank.

Antonio, Amy, and David Tuffley (2014). The gender digital divide in developing countries. *Future Internet*, vol. 6, No. 4, pp. 673-687.

Autor, David H., Lawrence F. Katz, and Melissa S. Kearney (2006). The polarization of the US labor market. *American Economic Review Papers and Proceedings*, vol. 96, pp. 189-194.

Azevedo, Joao Pedro, and others (2012). *Teenage Pregnancy and Opportunities in Latin America and the Caribbean*. Washington, D.C.: World Bank.

Baird, Sarah, Craig McIntosh, and Berk Özler (2011). Cash or condition? Evidence from a cash transfer experiment. *Quarterly Journal of Economics*, vol. 126, No. 4, pp. 1709-1753.

Baird, Sarah, and others (2013). Relative effectiveness of conditional and unconditional cash transfers for schooling outcomes in developing countries: a systematic review. *Campbell Systematic Reviews*, vol. 9. No. 8.

Bandiera, Oriana, and others (2015). Women's empowerment in action: evidence from a randomized control trial in Africa. Working paper.

Barker, Gary, and others (2007). The individual and the political: Promundo's evolving approaches in engaging young men in transforming masculinities. Brighton, United Kingdom: Bridge.

Bassi, Marina, Rae Lesser Blumberg, and Mercedes Mateo Diaz (2016). *Under the "Cloak of Invisibility": Gender Bias in Teaching Practices and Learning Outcomes.* Washington, D.C.: Inter-American Development Bank.

Bertrand, Marianne, Claudia Goldin, and Lawrence F. Katz (2010). Dynamics of the gender gap for young professionals in the financial and corporate sectors. *American Economic Journal: Applied Economics*, vol. 2, pp. 228-255.

Bhalotra, Sonia, and Samantha B. Rawlings (2011). Intergenerational persistence in health in developing countries: the penalty of gender inequality? *Journal of Public Economics*, vol. 95, No. 3, pp. 286-299.

Black, Robert E., and others, eds. (2016). Reproductive, maternal, newborn, and child health. In *Disease Control Priorities*, 3rd edition, vol. 2. Washington, D.C.: World Bank.

Bloom, D. (2016). Demographic upheaval. *Finance & Development*, vol. 53, pp. 6-11.

Brüggemann, Christian (2012). *Roma Education in Comparative Perspective. Analysis of the UNDP/World Bank/EC Regional Roma Survey 2011.* Roma Inclusion Working Papers. Bratislava: United Nations Development Programme. Available from www.unesco.org/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/ED/pdf/Roma-Education-Comparative-Perspective-UNDP.pdf.

Chaaban, Jad, and Wendy Cunningham (2011). *Measuring the Economic Gain of Investing in Girls: The Girl Effect Dividend*. Washington D.C.: World Bank.

Clinton Foundation, and Bill and Melinda Gate Foundation (2015). *No Ceilings: The Full Participation Report.* New York: Clinton Foundation.

Cortés, Darwin, Juan Gallego, and Darío Maldonado (2011). On the design of education conditional cash transfer programs and non education outcomes: the case of teenage pregnancy. Working paper.

Dabla-Norris, Era, and others (2015). Causes and consequences of income inequality: a global perspective. International Monetary Fund Staff Discussion Note. SDN/15/13.

Deininger, Klaus, Aparajita Goyal, and Hari Nagarajan (2010). Inheritance law reform and women's access to capital: evidence from India's Hindu succession act. Policy Research Working Paper, No. WPS 5338. Washington, D.C.: World Bank. Available from http://documents.worldbank.org/curated/en/364061468283536849/Inheritance-law-reform-and-womens-access-to-capital-evidence-from-Indias-Hindu-succession-act.

Doss, Cheryl (2013). Intrahousehold bargaining and resource allocation in developing countries. Policy Research Working Paper, No. 6337. Washington, D.C.: World Bank. Available from http://library1.nida.ac.th/worldbankf/fulltext/wps06337.pdf.

Drèze, Jean, and Amartya Sen (1995). *India: Economic Development and Social Opportunity*. New Delhi: Oxford University Press.

ECPAT Guatemala, MenCare, Promundo, Puntos de Encuentro, and REDMAS (2015). *MenCare in the Public Health Sector in Central America: Engaging Health Providers to Reach Men for Gender Equality in Maternal, Sexual, and Reproductive Health*. Washington, D.C.: Promundo-US.

Erulkar, Annabel S., and Eunice Muthengi (2009). Evaluation of Berhane Hewan: a program to delay child marriage in rural Ethiopia. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 35, No. 1, pp. 6-14.

Ferré, Celine (2009). Age at first child: does education delay fertility timing? The case of Kenya. World Bank Policy Research Working Paper, No. 4833. Washington, D.C.: World Bank. Available from http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1344718.

Finlayson, Kenneth, and Soo Downe (2013). Why do women not use antenatal services in low- and middle-income countries? A meta-synthesis of qualitative studies. *PLOS Medicine*, vol. 10, No. 1, e1001373, doi:10.1371/journal.pmed.1001373.

Fleischman, Janet, and Katherine Peck (2015). *Addressing HIV Risk in Adolescent Girls and Young Women*. Washingon, D.C.: Center for Strategic & International Studies. Available from http://csis-prod.s3.amazonaws.com/s3fs-public/legacy_files/files/publication/150410_Fleischman_HIVAdolescentGirls_Web.pdf.

Gillwald, Alison, Anne Milek, and Christof Stork (2010). *Towards Evidence-based ICT Policy and Regulation. Gender Assessment of ICT Access and Usage in Africa.* Cape Town: Research ICT Africa.

Glassman, Amanda, and Miriam Temin (2016). *Millions Saved: New Cases of Proven Success in Global Health*. Washington, D.C.: Center for Global Development.

Global Partnership for Education (2013). *Accelerating Transition of Girls to Secondary Education: A Call for Action*. Washingon, D.C. Available from www.ungei.org/index_3253.html.

Gonzales, Christian, and others (2015a). *Catalyst for Change: Empowering Women and Tackling Income Inequality*. Washington, D.C.: International Monetary Fund.

Gonzales, Christian, and others (2015b). Fair play: more equal laws boost female labor force participation. International Monetary Fund Staff Discussion Note, No. 15/2. Washington, D.C.: International Monetary Fund.

Goos, Maarten, Alan Manning, and Anna Salomons (2009). Job polarization in Europe. *American Economic Review*, vol. 99, No. 2, pp. 58-63.

GSMA (Groupe Speciale Mobile Association) (2015). *Bridging the Gender Gap: Mobile Access and Usage in Low- and Middle-income Countries.* London.

Guttmacher Institute (2017). "Adding it up." Available from https://www.guttmacher.org/tags/adding-it

Guttmacher Institute and UNFPA (2014). *Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health*. New York: Guttmacher Institute.

Hallward-Driemeier, Mary, and Ousman Gajigo (2013). Strengthening economic rights and women's occupational choice: the impact of reforming Ethiopia's family law. Policy Research Working Paper, No. 6695. Washington, D.C.: World Bank.

Heath, Rachel, and A. Mushfiq Mobarak (2014). Manufacturing growth and the lives of Bangladeshi women. NBER Working Paper, No. 20383. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.

Hilbert, Martin (2011). Digital gender divide or technologically empowered women in developing countries? A typical case of lies, damned lies, and statistics. *Women's Studies International Forum*, vol. 34, No. 6, pp. 479-489.

Hindin, Michelle, and others (2016). Interventions to prevent unintended and repeat pregnancy among young people in low and middle income countries: a systematic review of the published and gray literature. *Journal of Adolescent Health*, vol. 59, No. 3, pp. S8-15.

Hodgkinson, Stacy, and others (2014). Addressing the mental health needs of pregnant and parenting adolescents. *Pediatrics*, vol. 133, No. 1, pp. 114-122, doi:10.1542/peds.2013-0927.

Ibarrarán, Pablo, and others (2014). Life skills, employability and training for disadvantaged youth: evidence from a randomized evaluation design. *IZA Journal of Labor & Development*, vol. 3, No. 1, p. 10.

ILO (International Labour Organization) (2014). *Maternity and Paternity at Work. Law and Practice Across the World*. Geneva.

ILO (International Labour Organization) (2015). *Women in Business and Management: Gaining Momentum*. Geneva.

ILO (International Labour Organization) (2016a). *Global Wage Report 2016/17: Wage Inequality in the Workplace.* Geneva.

ILO (International Labour Organization) (2016b). *Key Indicators of the Labour Market*, 9th edition. Geneva.

ILO (International Labour Organization) (2016c). *Women and Work: Trends 2016*. Geneva.

Intel (2012). *Women and the Web: Bridging the Internet Gap and Creating New Global Opportunities in Low and Middle-income Countries.* Santa Clara, CA.

Iqbal, S., and others (2016). Unequal before the law: measuring gender legal disparities across the world. World Bank Policy Research Working Paper, No. 7803. Washington, D.C.: World Bank.

Jensen, Robert (2012). Do labor market opportunities affect young women's work and family decisions? Experimental evidence from India. *Quarterly Journal of Economics*, vol. 127, No. 2, pp. 753-792.

Jensen, Robert, and Emily Oster (2009). The power of TV: cable television and women's status in India. *Quarterly Journal of Economics*, vol. 124, No. 3, pp. 1057-1094.

Lancet (2016). Maternal health: an executive summary for The Lancet's series. Executive summary. *The Lancet,* September 2016. Available from www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/stories/series/maternal-health-2016/mathealth2016-exec-summ.pdf.

Lancet Commission. (2016). "Our Future: A Lancet Commission on Adolescent Health and Well-Being." Available at http://www.thelancet.com/commissions/adolescent-health-and-wellbeing.

Lips, H.M. (2013). Acknowledging discrimination as a key to the gender pay gap. *Sex Roles*, vol. 68, pp. 223-230.

Malhotra, Anju, and others (2011). *Solutions to End Child Marriage: What the Evidence Shows*. Washington, D.C.: International Center for Research on Women. Available from https://www.icrw.org/wp-content/uploads/2016/10/Solutions-to-End-Child-Marriage.pdf.

Marone, Heloisa (2016). Demographic dividends, gender equality, and economic growth: the case of Cabo Verde. IMF Working Paper. Washington D.C.: International Monetary Fund.

Mateo Diaz, Mercedes, and Lourdes Rodriguez-Chamussy (2016). *Cashing in on Education: Women, Childcare, and Prosperity in Latin America and the Caribbean.* Washington, D.C.: World Bank and Inter-American Development Bank.

Nollenberger, Natalia, Núria Rodríguez-Planas, and Almudena Sevilla (2016). The math gender gap: the role of culture. *American Economic Review: Papers and Proceedings*, vol. 106, No. 5, pp. 547-261.

Nonoyama-Tarumi, Yuko, and others (2010). Late entry into primary school in developing societies: findings from cross-national household surveys. *International Review of Education*, vol. 56, No. 1, pp. 103-125.

Ñopo, Hugo (2012). *New Century, Old Disparities: Gender and Ethnic Earnings Gaps in Latin America and the Caribbean*. Washington, D.C.: Inter-American Development Bank.

ODI (Overseas Development Institute) (2015). *Communications to Change Discriminatory Gender Norms Affecting Adolescent Girls*. London.

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2007). *ICTs and Gender.* Paris.

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2014). *Social Institutions & Gender Index: 2014 Synthesis Report.* Paris.

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2015). *In it Together. Why Less Inequality Benefits All*. Paris.

Oxfam (2017). An economy for the 99%. Oxfam Briefing Paper. Boston.

Parsons, Jennifer, and Jennifer McCleary-Sills (2014). Advancing women's sexual and reproductive health: lessons for World Bank Group gender impact evaluations. enGender Impact, No. 89997. Washington, D.C.: World Bank Group.

Patel, Payal H., and Bisakha Sen (2012). Teen motherhood and long-term health consequences. *Maternal and Child Health Journal*, vol. 16, No. 5, pp. 1063-1071.

Prettner, Klaus, and Holger Strulik (2014). Gender equity and the escape from poverty. Discussion Paper, No. 216. Göttingen: Center for European, Governance and Economic Development Research.

Pulerwitz, Julie, and others (2006). Promoting gender equity among young Brazilian men as an HIV prevention strategy. Horizons Research Summary. Washington, D.C.: Population Council. Available from http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnadg957.pdf.

Roy, Sanchari (2011). Empowering women: inheritance rights and female education in India. University of Warwick, Department of Economics Working Paper.

Sabot, Richard, David Ross, and Nancy Birdsall (2016). Inequality and growth reconsidered: lessons from East Asia. Available from https://ideas.repec.org/p/ess/wpaper/id8848.html.

Snow, R.C., and others (2015). Sexual and reproductive health: progress and outstanding needs. *Global Public Health*, vol. 10, No. 2, pp. 149-173.

Sommer, Marni (2010). Where the education system and women's bodies collide: the social and health impact of girls' experiences of menstruation and schooling in Tanzania. *Journal of Adolescence*, vol. 33, No. 4, pp. 521-529, doi:10.1016/j.adolescence.2009.03.008.

Soul City Institute for Health and Development Communication (2001). *Soul City 4: Theory and Impact (Synopsis)*. Johannesburg: Soul City Institute for Justice. Available from www.soulcity.org.za/research/evaluations/series/soul-city/soul-city-series-4/theory-and-impact.

Sperling, Gene B., and Rebecca Winthrop (2016). *What Works in Girls' Education: Evidence for the World's Best Investment*. Washington, D.C.: Brookings Institution Press.

Stern, Erin, and Althea Anderson (2015). *'One Hand Can't Clap by Itself': Engagement of Boys and Men in Kembatti Mentti Gezzimma's Intervention to Eliminate Female Genital Mutilation and Circumcision in Kembatta Zone, Ethiopia*. EMERGE Case Study 3, Promundo-US, Sonke Gender Justice and Institute of Development Studies.

Tautz, Siegrid (2011). *Youth to Youth Initiative: An Assessment of Results in Ethiopia and Kenya.* Heidelberg, Germany: Deutsche Stiftung Weltbevoelkerung. Available from https://www.dsw.org/uploads/tx_aedswpublication/2011_08_Y2Y_assessment_report_final.pdf.

Tembon, Mercy, and Lucia Fort, eds. (2008). *Girls' Education in the 21st Century: Gender Inequality, Empowerment and Economic Growth*. Washington, D.C.: World Bank.

UK Women's Budget Group (2016). *Investing in the Care Economy: A Gender Analysis of Employment Stimulus in Seven OECD Countries*. London: UK Women's Budget Group.

UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) (2015). *AIDS by the Numbers 2015*. New York: UNAIDS. Available from www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS_by_the_numbers_2015_en.pdf.

UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) (2013). *Children Still Battling to Go to School*. New York: United Nations. Available from http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002216/221668E.pdf.

UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) and EFA-GMR (Education for All Global Monitoring Report) (2013). *Girls' Education: The Facts*. Fact Sheet. October 2013.

UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) Institute for Statistics (2016). *50th Anniversary of International Literacy Day: Literacy Rates are on the Rise but Millions Remain Illiterate*. UIS Fact Sheet 38. September 2016.

UNFPA (2012). *Promises to Keep: 2012 Annual Report*. New York.

UNFPA (2013a). *Adolescent Pregnancy: A Review of the Evidence*. New York.

UNFPA (2013b). *State of World Population 2013: Motherhood in Childhood—Facing the Challenge of Adolescent Pregnancy*. New York.

UNFPA (2014). *The State of World Population 2014: The Power of 1.8 Billion: Adolescents, Youth and the Transformation of the Future*. New York.

UNFPA (2016a). *Universal Access to Reproductive Health: Progress and Challenges*. New York.

UNFPA (2016b). *The State of World Population 2016*. New York.

UNICEF (n.d.). Barriers to girls' education, strategies and interventions. Available from https://www.unicef.org/teachers/girls_ed/BarrierstoGE.pdf.

UNICEF (2014). Serbia Multiple Indicator Cluster Survey 2014. Available from https://www.unicef.org/serbia/MICS5_2014_SERBIA_Key_Findings_and_Roma_Settlements.pdf

UNICEF (2016). Globally, four of five children of lower secondary school age are enrolled in school. Available from https://data.unicef.org/topic/education/secondary-education/#.

UNICEF and UNESCO Institute for Statistics (2015). *Fixing the Broken Promise of Education for All*. Montreal: UNESCO Institute for Statistics. Available from https://www.unicef.org/publications/index_78718.html.

United Nations (2013a). *Adolescent Fertility since the International Conference on Population and Development (ICPD) in Cairo*. New York. Available from www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/fertility/Report_Adolescent-Fertility-since-ICPD.pdf.

United Nations (2013b). *Inequality Matters: Report of the World Social Situation 2013*. New York.

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 (A/6926). Report of the Secretary-General. New York. Available from www.unfpa.org/publications/framework-actions-follow-programme-action-international-conference-population-and.

United Nations (2016). *International Migration Report 2015: Highlights*. New York. Available from www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2015_Highlights.pdf.

UN Women (2015). *Progress of the World's Women 2015-2016.* New York.

UN Women (2016). Facts and figures: HIV and AIDS: prevalence and new infections. Available from www.unwomen.org/en/what-we-do/hiv-and-aids/facts-and-figures.

Wang, Wenjuan, and others (2011). *Levels and Trends in the Use of Maternal Health Services in Developing Countries*. DHS Comparative Reports, No. 26, prepared by ICF Macro. Washington, D.C.: United States Agency for International Development.

WHO (World Health Organization) (2016). Pregnant women must be able to access the right care at the right time, says WHO, 7 November. Available from www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/antenatal-care-guidelines/en/.

WHO (World Health Organization) (2017). Care of the preterm and/or low-birth-weight newborn. Available from www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/care_of_preterm/en/.

WHO (World Health Organization) (2017b). "Global Accelerated Action for Health of (AA-HA!): Guidance to Support Country Implementation." Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/framework-accelerated-action/en/

Wils, Annababette (2004). Late entrants leave school earlier: evidence from Mozambique. *International Review of Education*, vol. 50, No. 1, pp. 17-37, doi:10.1023/B:REVI.0000018201.53675.4b.

Woetzel, Jonathan, and others (2015). *The Power Of Parity: Advancing Women's Equality in India*. McKinsey Global Institute. Available from www.mckinsey.com/global-themes/employment-and-growth/how-advancing-womens-equality-can-add-12-trillion-to-global-growth.

World Bank (2010). *Economic Costs of Roma Exclusion*. Washington, D.C.: World Bank. Available from https://siteresources.worldbank.org/EXTROMA/Resources/Economic_Costs_Roma_Exclusion_Note_Final.pdf.

World Bank (2012). *World Development Report 2012: Gender Equality and Development.* Washington, D.C.: World Bank.

World Bank (2015). *Women, Business, and the Law 2016: Getting to Equal*. Washington, D.C.: World Bank.

World Bank (2016). *Poverty and Shared Prosperity 2016: Taking on Inequality*. Washington, D.C.: World Bank.

World Economic Forum (2016a). Measuring the global gender gap. Available from http://reports.weforum.org/global-gender-gap-report-2016/measuring-the-global-gender-gap/.

World Economic Forum (2016b). Women and work in the Fourth Industrial Revolution. Available from http://reports.weforum.org/future-of-jobs-2016/women-and-work-in-the-fourth-industrial-revolution/.

World Literacy Foundation (2015). *The Economic and Social Costs of Illiteracy*. Melbourne: World Literacy Foundation.

World Values Survey (n.d.). Data downloaded in August 2016 from www.worldvaluessurvey.org/WVSContents.jsp.

UNFPA, il 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.

UNFPA – Perché ciascuno conta.

AIDOS - Associazione italiana donne per lo sviluppo, è un'organizzazione non governativa creata a Roma nel 1981 per contribuire all'affermazione dei diritti, della dignità e della libertà di scelta delle donne nel mondo.

www.aidos.it

Costruire un mondo
in cui ogni gravidanza
sia desiderata ogni parto
sicuro e le potenzialità
di ogni giovane siano
realizzate

**Fondo delle Nazioni Unite**
**per la Popolazione**
605 Third Avenue
New York, NY 10158 USA
Tel. +1-212 297-5000
**www.unfpa.org**
©Unfpa 2015

**Associazione italiana donne**
**per lo sviluppo**
Via dei Giubbonari 30
00186 - Roma
tel. +39 06 687 3214/196
press@aidos.it
www.aidos.it

♻ Stampato su carta ecologica