

PER SCELTA, NON PER CASO

PIANIFICAZIONE FAMILIARE,
DIRITTI UMANI E SVILUPPO



lo stato della popolazione nel mondo 2012

Tutti i paesi dovrebbero impegnarsi per rispondere nel più breve tempo possibile ai bisogni di pianificazione familiare di tutti i loro cittadini e dovrebbero cercare, in ogni caso entro il 2015, di garantire l'accesso universale a tutta la gamma dei metodi sicuri e affidabili di pianificazione familiare e ai relativi servizi di salute riproduttiva, che non siano contro la legge. Lo scopo dovrebbe essere quello di aiutare le coppie e i singoli a realizzare i loro obiettivi riproduttivi, e a dar loro tutte le opportunità perché possano esercitare il loro diritto di avere figli per scelta.

—Programma d'azione della Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo, paragrafo 7.16

Lo Stato della popolazione nel mondo 2012

Il rapporto è stato realizzato dalla Divisione informazione e relazioni esterne di Unfpa, il Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione

REDAZIONE

Caporedattore: Richard Kollodge
Assistente editoriale: Robert Puchalik
Collaborazione editoriale ed amministrativa: Mirey Chaljub
Responsabile per la distribuzione: Jayesh Gulrajani

RINGRAZIAMENTI

Lo staff editoriale è grato al Comitato consultivo dell'UNFPA per aver guidato l'ideazione, la direzione e lo sviluppo di questo Rapporto e per i preziosi feedback sulle bozze. Il Comitato ha incluso: Alfonso Barragues, Beatriz de la Mora, Abubakar Dungus, Werner Haug, Michael Herrmann, Mona Kaidbey, Laura Laski, Edilberto Loaiza, Kechi Ogbuagu, Niyi Ojuolape, Nuriye Ortayli e Jagdish Upadhyay.

Le bozze sono state riviste da Anne-Birgitte Albrechtsen, Klaus Beck, Ysabel Blanco, Delia Barcelona, Saturnin Epie, François Farah, Kate Gilmore, Elena Pirondini e Ziad Rifai.

Hanno contribuito allo sviluppo del rapporto anche: Hafedh Chekir, Thea Fierens, Nobuko Horibe, Bunmi Makinwa, Marcela Suazo. Un supporto prezioso è stato fornito inoltre da: Mohamed Afifi, Monique Clesca, Jorge Cordoba, Adebayo Fayoyin, Sonia Heckadon, Gabriela Iancu, Yanmin Lin, Suzanne Mandong, William Ryan e Sherin Saadallah.

Lo staff editoriale ringrazia anche Marisabel Agosto per il suo prezioso contributo allo sviluppo, la scrittura e l'editing del rapporto. Un ringraziamento anche a Karin Ringheim e David Levinger per i loro contributi.

GLI AUTORI

Margaret Greene

Margaret Greene [redattrice principale] lavora da quasi 20 anni sui determinanti sociali e culturali della salute, sulla salute riproduttiva degli adolescenti, sulle politiche per lo sviluppo e il genere. È molto nota per le sue ricerche e le attività di mobilitazione e sensibilizzazione sulla condizione di donne

e bambine dei paesi più poveri, e in merito alla necessità di coinvolgere uomini e ragazzi per l'uguaglianza di genere. È Presidente del Consiglio direttivo di Promundo-USA e della Willows Foundation, che fornisce servizi di salute riproduttiva in Turchia. La Dott.ssa Greene ha conseguito il dottorato di ricerca e il master in demografia presso la University of Pennsylvania, e si è laureata in linguistica alla Yale University.

Shareen Joshi

Shareen Joshi (ricercatrice, redattrice del capitolo 4) è Visiting Professor di sviluppo internazionale alla School of Foreign Service della Georgetown University, a Washington, D.C. I suoi corsi vertono su economia e sviluppo economico, povertà, genere e politica, approcci integrati allo sviluppo sostenibile. Alla Yale University ha conseguito il dottorato e un master in economia. Si è laureata in matematica al Reed College di Portland, Oregon.

Omar Robles

Omar Robles lavora come consulente in materia di salute, genere e sviluppo. Per conto di Unfpa ha curato le attività di formazione in un programma in Indonesia sulla programmazione attenta al genere, e attualmente è consulente per le problematiche di genere nel settore della distribuzione dei servizi d'emergenza per CARE International. Omar Robles è stato consigliere per le politiche di genere e salute nell'ambito della USAID Health Policy Initiative, realizzata da Futures Group. Ha un master in salute pubblica, politiche della salute e gestione amministrativa conseguito alla Gillings School of Global Public Health della University of North Carolina, università in cui si è anche laureato in giornalismo e comunicazione di massa.

Edizione italiana

Versione italiana a cura di Aidos, Associazione italiana donne per lo sviluppo

Traduzione: Anna Tagliavini

Editing: Aurora Amendolagine e Serena Fiorletta

Revisione bozze: Giovanna Ermini

Impaginazione: Simona Ferri

Stampa: Litostampa 3B

Ufficio stampa: Serena Fiorletta

Segreteria e spedizioni: Fernanda Di Mastropaolo

Fotografia di copertina: madre e figlia, Pakistan.

©Panos/Peter Barker



PER SCELTA, NON PER CASO

PIANIFICAZIONE FAMILIARE, DIRITTI UMANI E SVILUPPO

Premessa pagina ii

Introduzione pagina iv

1 Il diritto alla pianificazione familiare pagina 1

2 Analizzare i dati e le tendenze per capire i bisogni pagina 17

3 Estendere l'accesso a tutti: le sfide in corso pagina 39

4 L'impatto sociale ed economico della pianificazione familiare pagina 71

5 Costi e benefici derivanti dalla tutela del diritto alla pianificazione familiare pagina 87

6 Rendere universale il diritto alla pianificazione familiare pagina 97

Indicatori pagina 106

Bibliografia pagina 117

◀ *Una ragazza partecipa a un incontro di informazione sulla pianificazione familiare in Dominica.*

©Panos/Philip Wolmuth



Premessa

Il diritto dell'individuo di poter decidere liberamente e responsabilmente il numero dei figli da avere e quando averli, è da decenni il principio guida della salute sessuale e riproduttiva, compresa la pianificazione familiare, soprattutto dal 1994, quando 179 Governi si sono riuniti al Cairo e hanno adottato l'innovativo Programma d'azione della Conferenza internazionale su popolazione e lo sviluppo, ICPD.

La Conferenza del Cairo ha segnato un grande cambiamento di paradigma nel campo della popolazione e lo sviluppo, sostituendo un approccio demograficamente orientato alla pianificazione familiare con uno che si basa sui diritti umani, nonché sui bisogni, le aspirazioni, e le condizioni di vita di ciascuna donna.

L'impatto di questa pietra miliare è stato a dir poco di portata rivoluzionaria per le centinaia di milioni di donne e di giovani che, negli ultimi 18 anni, hanno ottenuto il potere e i mezzi per evitare o ritardare una gravidanza.

I risultati dell'approccio alla salute sessuale e riproduttiva, compresa la pianificazione familiare, basato sui diritti sono stati straordinari. Milioni di donne sono riuscite ad avere il potere di decidere di avere meno gravidanze e di iniziare la propria famiglia più tardi, dando ai figli l'opportunità di completare l'istruzione, avere una vita migliore e sfuggire alla trappola della povertà.

Sono innumerevoli gli studi che hanno dimostrato come le donne che fanno uso della pianificazione familiare sono generalmente più sane, meglio istruite, hanno maggior peso all'interno delle proprie famiglie e nelle comunità di riferimento, e sono inoltre economicamente più produttive. Nelle famiglie in cui i genitori hanno la possibilità e gli strumenti per decidere quanti figli avere e quando, i bambini tendono ad essere più sani, a ottenere migliori risultati a scuola e a crescere avendo la possibilità di un reddito maggiore.

Oggi ci sono prove incontestabili che, quando la pianificazione familiare è integrata all'interno di iniziative più ampie di sviluppo economico e sociale, può avere un effetto moltiplicatore sullo sviluppo umano e sul benessere di interi paesi.

Gli utopisti che avevano ideato il Programma d'azione del Cairo nel 1994, hanno molto di cui essere orgogliosi: i progressi compiuti da allora sono stati notevoli.

Eppure ancora oggi, ovunque vado, continuo a incontrare donne e ragazze che mi dicono di non poter esercitare il diritto alla pianificazione familiare e finiscono per avere più figli di quanti ne vorrebbero, aggravando così la propria situazione economica, danneggiando la propria salute, e privandosi dell'opportunità di avere una vita migliore per se stesse e le loro famiglie.

Recenti statistiche mostrano che 867 milioni di donne in età fertile nei paesi in via di sviluppo hanno bisogno di contraccettivi moderni. Di questo totale, 645 milioni hanno accesso ad essi. Ma la sconcertante cifra di ben 222 milioni non ne hanno accesso. Questo è imperdonabile. La pianificazione familiare è un *diritto umano*. Deve quindi essere a disposizione di chiunque ne voglia fare uso. Ma è chiaro che questo diritto non è ancora stato esteso a tutti, soprattutto nei paesi più poveri.

Rimangono diversi ostacoli. Alcuni hanno a che fare con la qualità e la disponibilità di forniture e servizi, mentre molti altri sono legati a circostanze economiche e impedimenti sociali. A



prescindere dalla tipologia, gli ostacoli devono essere rimossi.

Riconoscendo l'urgente necessità di affrontare questo persistente e massiccio bisogno insoddisfatto di pianificazione familiare, Unfpa, il Dipartimento per lo sviluppo internazionale del Regno Unito, la Bill and Melinda Gates Foundation e altri partner, hanno organizzato un *summit* nel mese di luglio 2012 che ha raccolto impegni di finanziamento per 2 miliardi di dollari da parte dei paesi in via di sviluppo e 2,6 miliardi di dollari dai paesi donatori.

Questo nuovo finanziamento mira a mettere la pianificazione familiare volontaria a disposizione di altri 120 milioni di donne e ragazze, nei paesi in via di sviluppo, entro il 2020. Ma sono necessarie ulteriori risorse e impegni politici per soddisfare l'intero fabbisogno disatteso.

La pianificazione familiare è centrale per molti degli obiettivi della comunità internazionale, per migliorare la salute delle madri e dei bambini, per

promuovere l'uguaglianza di genere, per aumentare l'accesso all'istruzione, per consentire alle/i giovani di partecipare pienamente all'economia e alla vita delle loro comunità, e infine per ridurre la povertà. Deve quindi essere pienamente integrata in tutte le iniziative di sviluppo attuali e future, compresa la struttura per uno sviluppo sostenibile a livello globale che si baserà sugli Obiettivi di sviluppo del Millennio dopo il 2015.

La comunità internazionale si è impegnata nel 1994 con tutte le donne, gli uomini e le/i giovani a proteggere i loro diritti come individui nel prendere una delle decisioni più importanti della vita. È giunto il momento di tenere fede a quell'impegno e rendere la pianificazione familiare volontaria accessibile a tutti.

Dr. Babatunde Osotimehin

Vice segretario generale delle Nazioni Unite e Direttore esecutivo UNFPA, Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione

▲ *Il Direttore esecutivo di Unfpa, Babatunde Osotimehin, sollecita la continuità nell'assistenza per la salute riproduttiva e la pianificazione familiare volontaria nelle Filippine.*

©UNFPA

Introduzione

Nel 1994, alla Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo che si è svolta al Cairo, 179 Governi hanno affermato il diritto di ogni individuo alla pianificazione familiare. I firmatari del Programma d'azione hanno dichiarato che "l'obiettivo dei programmi di pianificazione familiare deve essere quello di consentire alle coppie e ai singoli di decidere liberamente e responsabilmente il numero di figli e l'intervallo tra le nascite, e di avere le informazioni e i mezzi necessari per farlo". Questa affermazione segna una svolta paradigmatica nel modo in cui Governi e organizzazioni internazionali guardano alle questioni relative allo sviluppo e alla popolazione.

La pianificazione familiare è importante perché i singoli possano esercitare i propri diritti riproduttivi e gli altri diritti umani fondamentali. Il consenso internazionale sul diritto di decidere il momento e l'intervallo delle gravidanze è l'esito di decenni di ricerche, informazioni, pressioni e dibattiti. A riprova di tale consenso si assiste oggi, tra le comunità dei paesi in via di sviluppo, ad un rinnovato interesse verso la necessità di nuove politiche e azioni programmatiche volte a garantire che tutti possano esercitare in uguale misura il proprio diritto ad accedere a servizi, strumenti e informazioni di qualità, ogni volta che ne abbiano bisogno.

Occorre provvedere ad un'ampia gamma di servizi volti a tutelare la salute sessuale e riproduttiva. La pianificazione familiare non è che uno di tali servizi, e dovrebbe essere integrato con gli altri, ovvero:

- assistenza sanitaria primaria, assistenza pre-natale, sicurezza nel parto, assistenza post-natale;
- prevenzione e cure adeguate per l'infertilità;
- cura delle conseguenze legate ad aborti non sicuri;
- trattamento delle infezioni dell'apparato riproduttivo;
- prevenzione, cura e trattamento delle infezioni a trasmissione sessuale e dell'Hiv/Aids;
- informazione, educazione e *counselling* sulla sessualità e sulla salute riproduttiva;

- prevenzione e controllo in materia di violenza contro le donne, e assistenza alle vittime di violenza;
- altre azioni intese ad eliminare le pratiche tradizionali nocive per la salute, come le mutilazioni dei genitali femminili.

Questo rapporto si concentra su pianificazione familiare e diritti perché:

- il diritto fondamentale di tutte le coppie e dei singoli di decidere liberamente e responsabilmente quando e quanti figli avere è inteso come dimensione essenziale dei diritti riproduttivi, insieme al diritto di raggiungere lo standard più alto di salute sessuale e riproduttiva, nonché il diritto di ognuno di prendere ogni decisione riguardo alla riproduzione, senza subire discriminazioni, coercizioni o violenze;
- la possibilità di programmare la tempistica e le dimensioni relative alla propria famiglia determina il concretizzarsi di altri diritti della persona;
- quello alla pianificazione familiare è un diritto per cui molti devono ancora lottare e che richiede di essere attivamente tutelato, malgrado l'importante struttura dei diritti globali e la spinta allo sviluppo che lo sostengono.



◀ Le donne che sono in grado di pianificare le proprie famiglie, hanno maggiori probabilità di mandare i figli a scuola. E più tempo i figli trascorrono a scuola, maggiori saranno le loro capacità di reddito, e quindi le loro possibilità di sollevarsi dalla condizione di povertà.
©Lindsay Mgbor/UK Department for International Development

La svolta verso un approccio alla pianificazione familiare fondato sui diritti

Il valore di un approccio alla pianificazione familiare fondato sui diritti risiede nel considerare ogni individuo come un essere umano a pieno titolo, cioè come un agente attivo e non un beneficiario passivo. Questo approccio si basa sull'identificazione esplicita dei soggetti dei diritti (gli individui) e di coloro che hanno il dovere e la responsabilità di garantirne il rispetto (Governi e altri agenti). Oggi la pianificazione familiare è largamente accettata come il fondamento per tutta una serie di altri diritti.

Pertanto, un approccio basato sui diritti sarà la premessa indispensabile per la struttura di riferimento relativa allo sviluppo sostenibile che subentrerà agli Obiettivi di sviluppo del Millennio, gli MDGs (Millennium Development Goals), il cui percorso si concluderà nel 2015. In un recente saggio sull'agenda post-2015, l'Ufficio dell'Alto commissariato delle Nazioni Unite per i diritti umani, ha sottolineato come "l'abbraccio sempre più globale degli approcci allo sviluppo fondati sui diritti umani, e basati sui principi di partecipazione, responsabilità, non discriminazione, *empowerment* e diritto legale, induce a sperare che stia finalmente emergendo un modello più illuminato di sviluppo".

Gli approcci fondati sui diritti - alla pianificazione familiare come ad altri aspetti dello sviluppo

sostenibile - possono portare a un maggior livello di giustizia, uguaglianza e non-discriminazione.

Figli per scelta, non per caso

Il rapporto sullo *Stato della popolazione mondiale 2012* spiega perché la pianificazione familiare è un diritto della persona e che cosa significa per gli individui, tanto nei paesi in via di sviluppo come in quelli maggiormente sviluppati. Il rapporto sintetizza diversi contesti di riferimento per la salute, la salute riproduttiva e la pianificazione familiare; allo stesso tempo, a partire da questi, si propone di: contribuire al dibattito sull'importanza del coinvolgimento anche degli uomini nella pianificazione familiare, in quanto partner nelle relazioni sessuali, nella vita, e in quanto beneficiari dei servizi; sottolineare la necessità di raccogliere più dati e individuare programmi capaci di raggiungere anche i giovani non sposati e le persone più anziane; attirare l'attenzione sugli alti tassi di gravidanze indesiderate e non volute, sia nei paesi in via di sviluppo, sia in quelli sviluppati; mostrare come il cambiamento del comportamento sessuale in diversi contesti sociali e tra gruppi di età è sempre più in contrasto con i vecchi schemi della sessualità, che rappresentano un ostacolo nel rendere disponibile e accessibile a tutti la pianificazione familiare.

Il rapporto è strutturato per rispondere alle seguenti domande fondamentali:

Cosa significa un approccio alla pianificazione familiare basato sui diritti?

Il capitolo 1 fornisce una panoramica degli impegni internazionali nel campo della salute sessuale e riproduttiva, compresa la pianificazione familiare, mettendo in particolare l'accento sul Programma d'Azione della Conferenza del Cairo e sul rinnovato impegno internazionale a investire nella pianificazione familiare nell'agenda post-MDGs per uno sviluppo sostenibile. Il capitolo sottolinea le libertà e i diritti che sono associati a quelli riproduttivi, con riferimento ai diritti civili, politici, economici, sociali e culturali. Richiama inoltre il dovere dei Governi di garantire il diritto di ogni cittadino alla pianificazione familiare e nell'approntare una struttura in grado di monitorarne il rispetto e l'attuazione.

Quali progressi sono stati fatti e chi sono le persone che ancora non possono esercitare appieno il loro diritto alla pianificazione familiare?

I capitoli 2 e 3 si fondano sulla ricerca e sulle attestazioni programmatiche al fine di descrivere le tendenze globali e per mostrare le disparità nel godimento dei benefici della pianificazione familiare. Il capitolo 2 richiama l'attenzione sulle disuguaglianze evidenziate da diversi indicatori chiave in materia di pianificazione familiare. Le disuguaglianze nell'accesso e nell'utilizzo dei servizi di pianificazione familiare sono analizzate secondo i diversi livelli di ricchezza, di istruzione e luogo di residenza. Il capitolo cerca di spiegare perché alcune persone utilizzino alcuni metodi specifici, l'uso predominante dei metodi femminili, l'impatto dell'uso della pianificazione familiare sull'aborto. Il capitolo 3 discute le esigenze non soddisfatte, relativamente elevate, all'interno di importanti sottogruppi in gran parte trascurati: le giovani, le persone non sposate di tutte le età, uomini e ragazzi, i poveri, e altri gruppi socialmente emarginati che hanno un accesso limitato a informazioni e servizi. Viene illustrato come le dinamiche dell'attività sessuale e i modelli di matrimonio stiano cambiando e come questi mutamenti influenzano la necessità di una pianificazione familiare.



Quali sono i benefici sociali ed economici di un approccio alla pianificazione familiare basato sui diritti?

Il capitolo 4 sintetizza i benefici sociali ed economici derivanti dall'ampliamento dell'accesso alla pianificazione familiare, con particolare attenzione alle popolazioni non sufficientemente servite e più bisognose. Riduzione della mortalità e morbilità materna, miglioramento del livello di istruzione femminile e migliori prospettive di vita per i bambini sono solo alcuni dei vantaggi per le persone, con ampie implicazioni per le famiglie, le comunità e gli Stati. Quando i Governi danno la priorità alla pianificazione familiare all'interno di una strategia integrata per lo sviluppo, fanno un investimento strategico che, oltre a soddisfare l'obbligo di garantire e proteggere i diritti dei cittadini, contribuisce a ridurre la povertà e a stimolare la crescita economica.

Quali costi implica un approccio alla pianificazione familiare basato sui diritti?

Governi e agenzie per lo sviluppo devono investire maggiori risorse per ottenere i vantaggi, sul piano individuale come su quello più generale, sociale ed economico, dati da un approccio alla pianificazione familiare basato sui diritti. Il capitolo 5 consolida le più recenti ricerche sui costi, dimostrando come i bisogni insoddisfatti continueranno ad aumentare mano a mano che nuovi giovani entreranno nell'età riproduttiva. La ricerca conferma che la pianificazione familiare come investimento nella sanità pubblica ha un eccellente rapporto costi/benefici. Se si tiene conto del contributo che porta all'attuazione dei diritti umani e all'efficacia di tale rapporto, la pianificazione familiare è da considerarsi un investimento strategico.

Cosa dovrebbe fare la comunità internazionale per attuare un approccio basato sui diritti?

Il capitolo 6 individua le raccomandazioni che devono guidare gli investimenti, le politiche e i programmi per il futuro. I protagonisti chiave devono riconoscere le disuguaglianze sistematiche nell'ambito della pianificazione familiare come una violazione dei diritti umani e devono convogliare informazioni e servizi verso le popolazioni più bisognose. Famiglie, comunità, istituzioni e Governi dovranno modificare le proprie strategie per garantire che tutti possano veder rispettato il proprio diritto alla pianificazione familiare. Questo lavoro porterà a un ampliamento degli approcci tradizionali nei programmi in questione. È di importanza cruciale l'adozione di indicatori post-MDG tali da individuare situazioni più chiare in materia di disparità nella salute sessuale e riproduttiva.



Il diritto alla pianificazione familiare

Un fondamentale diritto umano

Programmare il numero di figli e l'intervallo tra le nascite è oggi un fatto scontato per milioni di persone che hanno i mezzi e le capacità per farlo. Eppure una grande percentuale della popolazione mondiale non ha il diritto di scegliere perché non ha la possibilità di accedere a informazioni e servizi di pianificazione familiare, oppure perché la qualità dei servizi a loro disposizione è talmente scarsa che vi rinunciano, andando facilmente incontro a gravidanze non desiderate.

Nel 1994, alla Conferenza del Cairo su popolazione e sviluppo (ICPD), la comunità internazionale ha stabilito che la pianificazione familiare dovrebbe essere a disposizione di chiunque lo desideri, e che i Governi devono creare le condizioni che tutelano il diritto delle persone a pianificare la propria famiglia. Ma le ultime ricerche dimostrano che 222 milioni di donne che vivono nei paesi in via di sviluppo non sono in grado di farlo poiché non hanno accesso alle informazioni, alle nozioni e al *counselling* in materia, non possono quindi accedere ai metodi contraccettivi e devono superare barriere sociali, economiche e culturali, ivi comprese la discriminazione, la coercizione e la violenza nel contesto della propria vita sessuale e riproduttiva.

Il numero dei figli e l'intervallo tra le nascite hanno spesso un impatto determinante sulle prospettive di istruzione, di reddito e di benessere di donne e ragazze, ma anche di uomini e ragazzi. Il diritto alla pianificazione familiare consente quindi il godimento di altri diritti, tra cui il diritto alla salute, all'istruzione e a vivere un'esistenza dignitosa. Un approccio informato alla pianifi-

cazione familiare basato sui diritti è l'intervento più efficace, dal punto di vista del rapporto costi/benefici, per affrontare la mortalità e la morbilità materna. Garantire il diritto alla pianificazione familiare può accelerare il progresso di un paese verso la riduzione della povertà e contribuire al conseguimento degli obiettivi di sviluppo. L'accesso universale ai servizi di salute riproduttiva, compresa la pianificazione familiare, è talmente importante da rientrare tra gli Obiettivi di sviluppo del Millennio delle Nazioni Unite. E sarà fondamentale, dopo il 2015, per il conseguimento degli obiettivi prioritari che emergeranno dalla nuova visione di sviluppo sostenibile.

Sebbene la pianificazione familiare sia un diritto fondamentale, comunità civili, sistemi sanitari e governi talora assumono a riguardo un atteggiamento ambivalente. L'impegno in questa direzione è spesso indebolito dalla sua semplicistica associazione con l'attività sessuale e dal significato che assume nei differenti contesti sociali e culturali. In pratica, l'estensione dell'accesso alla pianificazione familiare per specifici gruppi di popolazione, genera preoccupazioni che posso-

◀ *Pakistan. In un centro per le donne, alcune madri partecipano a un incontro sulla contraccezione.*
©Panos/Peter Barker

Tutti gli esseri umani nascono liberi ed eguali in dignità e diritti... Ad ogni individuo spettano tutti i diritti e tutte le libertà enunciati nella presente Dichiarazione, senza distinzione alcuna, per ragioni di razza, di colore, di sesso, di lingua, di religione, di opinione politica o di altro genere, di origine nazionale o sociale, di ricchezza, di nascita o di altra condizione... Ogni individuo ha diritto alla vita, alla libertà ed alla sicurezza della propria persona.

— Dichiarazione universale dei diritti umani

no indebolire un impegno più concreto in questa direzione.

Molti gruppi, tra cui i giovani e le persone non sposate, sono stati esclusi o comunque non hanno tratto benefici dai programmi di pianificazione familiare. Altri, tra cui le persone con disabilità o gli anziani, si sono visti negare l'accesso a tali programmi, in base al pregiudizio dominante secondo cui non avrebbero esigenze sessuali.

Il rapporto dimostra che l'incapacità di decidere quando avere figli e quanto numerosa deve essere la propria famiglia, dipende – e allo stesso tempo rafforza – l'ingiustizia sociale e la mancanza di libertà. Questo rapporto promuove il diritto alla pianificazione familiare in quanto fulcro essenziale, e spesso trascurato, di un'intera gamma di servizi indispensabili a tutelare più in generale la salute sessuale e riproduttiva. Si sottolinea inoltre come la pianificazione familiare sia uno degli interventi più efficaci mai approntati, in ragione del rapporto costi/benefici, in materia di salute pubblica e di sviluppo sostenibile (Levine, What Works Group and Kinder, 2004).

La pianificazione familiare consolida gli altri diritti umani

Il mondo ha sviluppato una visione globalmente condivisa in tema di salute sessuale e riproduttiva e dei fattori istituzionali, sociali, politici ed economici necessari a sostenerla. Questa visione comune è stata documentata soprattutto alla

Conferenza del Cairo, che ha segnato una svolta profonda nell'approccio della comunità internazionale verso la salute sessuale e riproduttiva e ha plasmato molte delle politiche oggi in vigore. Il Programma d'Azione della Conferenza ha riconosciuto formalmente il diritto di ciascuno ad avere figli per scelta, e non per caso.

Ogni persona ha il diritto di determinare le dimensioni della propria famiglia e di scegliere quando avere figli. Diversi elementi del Programma d'azione hanno contribuito a far sì che sempre più persone possano esercitare i propri diritti riproduttivi. Prima di tutto, ha contribuito a farli progredire definendo il concetto generale di "salute sessuale e riproduttiva" e prestando particolare attenzione ai contesti sociali che la condizionano. Ha riconosciuto esplicitamente l'importanza della salute sessuale e riproduttiva nella vita delle donne, nonché le esigenze specifiche delle adolescenti e il ruolo di uomini e ragazzi. Ha disposto un mandato affinché i programmi di sviluppo tengano conto, reagendo di conseguenza, dei fattori sociali, politici ed economici che incidono in misura diversa sulla vita

La Conferenza del Cairo definisce la salute sessuale e riproduttiva come "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale... su tutti gli aspetti relativi all'apparato riproduttivo, ai suoi processi e alle sue funzioni. La salute riproduttiva implica quindi che le persone abbiano una vita sessuale soddisfacente e sicura, che abbiano la possibilità di procreare e la libertà di decidere se, quando e quanto spesso farlo".

— Dal Programma d'azione della Conferenza del Cairo, paragrafo 7.2

delle persone a seconda di chi sono, dove vivono e cosa fanno.

Un ulteriore contributo della Conferenza del Cairo: mentre prima i programmi consideravano la pianificazione familiare come un'attività avulsa e a sé stante, il Programma d'Azione la colloca nel contesto più generale dei programmi per la salute sessuale e riproduttiva. I diritti riproduttivi si fondano non solo sul riconoscimento di coppie e singoli a pianificare la propria famiglia, ma anche sul "diritto di conseguire il massimo livello possibile di salute sessuale e riproduttiva. Implicano inoltre il diritto a prendere decisioni riguardanti la riproduzione, senza subire discriminazioni, coercizioni o violenza, come stabilito nei documenti sui diritti umani" (Unfpa, 1994).

Riducendo le preoccupazioni relative alle gravidanze indesiderate, la pianificazione familiare può contribuire a costruire migliori relazioni tra i partner e ad assicurare una vita sessuale soddisfacente e sicura. Rispettare, proteggere e garantire i diritti umani di tutti migliora le possibilità di ciascuno di godere di tutti i benefici derivanti dagli investimenti nell'ambito della pianificazione familiare (Cottingham, Germain and Hunt 2012).

Impegni internazionali

La salute e i diritti sessuali e riproduttivi non rappresentano un nuovo insieme di diritti, ma sono diritti già implicitamente o esplicitamente riconosciuti dal diritto internazionale, dai documenti internazionali sui diritti umani e da altri importanti documenti delle Nazioni Unite che hanno ricevuto un ampio consenso. Alcune di queste norme internazionali poggiano più in generale su quei diritti umani che sono anche alla base di quello relativo alla salute sessuale e riproduttiva, ivi compresa la pianificazione familiare.

Nei diritti riproduttivi sono implicite anche le libertà e i diritti inerenti i diritti civili, politici, economici, sociali e culturali. Il diritto di decidere il numero dei figli e l'intervallo tra le nascite

è parte integrante e fondamentale della struttura dei diritti riproduttivi, ed è quindi direttamente collegato ad altri diritti umani fondamentali quali:

- **diritto alla vita;**
- **diritto alla libertà e alla sicurezza della persona;**
- **diritto alla salute, compresa la salute sessuale e riproduttiva;**
- **diritto al consenso al matrimonio e all'uguaglianza nel matrimonio;**
- **diritto alla privacy;**
- **diritto all'uguaglianza e alla non discriminazione;**
- **diritto a non essere sottoposti a tortura o a trattamenti e punizioni altrimenti crudeli, inumani o degradanti;**
- **diritto all'istruzione, compreso l'accesso all'educazione alla sessualità;**
- **diritto a partecipare alla conduzione degli affari pubblici e a una partecipazione libera, attiva e significativa;**
- **diritto a richiedere, impartire e ricevere informazioni e alla libertà di espressione;**
- **diritto a beneficiare dei progressi scientifici.**

(Center for Reproductive Rights, 2009; International Planned Parenthood Federation, 1996).

Questi diritti sono derivati da numerosi trattati e convenzioni internazionali e regionali. In quanto tali, riflettono una comune concezione dei diritti fondamentali dell'umanità. Questi e altri diritti umani correlati ai diritti riproduttivi e alle fonti da cui dipendono sono esposti in *Reproductive Rights are Human Rights*, del Center for Reproductive Rights (2009).

Rispondendo alle realtà delle disuguaglianze di genere oltre che alla natura della fisiologia riproduttiva, molti documenti sui diritti umani si richiamano alle particolari difficoltà e discriminazioni che donne e bambine devono affrontare. I diritti umani particolarmente rilevanti per la disuguaglianza di genere sono il diritto a essere libere da pratiche discriminatorie che danneggiano soprattutto donne e bambine, e il diritto a non subire coercizioni sessuali e violenze di genere.

La salute: un diritto sociale ed economico

Il Patto internazionale sui diritti civili e politici (ICCPR) e il Patto internazionale sui diritti eco-

Trattati, convenzioni e accordi rilevanti per la salute e i diritti riproduttivi

1948	Dichiarazione universale dei diritti umani. Documento chiave che ha ispirato l'intero discorso sui diritti umani e molte costituzioni e leggi nazionali. Una delle fonti del diritto internazionale.
1968	Conferenza di Teheran sui diritti umani. Proclama e dichiara il diritto di singoli e coppie ad avere informazioni, accesso e libertà di scelta nel determinare il numero di figli e l'intervallo tra le nascite.
1969	Convenzione sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione razziale
1969	Dichiarazione sul progresso e lo sviluppo nel campo sociale dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite. La risoluzione 2542 (XXIV), art. 4, dichiara: "I genitori hanno il diritto esclusivo di determinare liberamente e con piena responsabilità il numero dei figli e l'intervallo tra le nascite". L'Assemblea ha inoltre stabilito che la sua attuazione esige "la divulgazione nelle famiglie delle nozioni e dei mezzi richiesti perché possano esercitare il loro diritto..."
1974/1984	Programma d'azione della Popolazione mondiale. Adottato nel corso della Conferenza sulla popolazione mondiale di Bucarest, 1974. Le 88 raccomandazioni per la sua ulteriore attuazione sono state approvate nel corso della Conferenza internazionale sulla popolazione di Città del Messico, 1984.
1976	Patto internazionale sui diritti civili e politici. Utilizzato dai gruppi che difendono i diritti civili nella lotta contro gli abusi di potere politico da parte dei governi.
1976	Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali. Adottato nel 1966 ed entrato in vigore nel 1976. L'art. 12 riconosce il diritto di tutti a godere dei massimi standard ottenibili nella tutela della salute fisica e mentale.
1979	Convenzione sull'eliminazione delle discriminazioni contro le donne (CEDAW). Il solo documento internazionale sui diritti umani che faccia esplicitamente riferimento alla pianificazione familiare come strumento chiave per garantire la salute e il benessere delle famiglie. La CEDAW costituisce la base per l'attuazione dell'uguaglianza tra donne e uomini, garantendo parità di accesso e di opportunità nella vita pubblica e politica - compreso il diritto di votare e di candidarsi - nonché nei campi dell'istruzione, della salute e del lavoro.
1986	Dichiarazione sul diritto allo sviluppo. Esorta a forme di sviluppo che mirino al benessere dell'intera popolazione, alla sua partecipazione libera e significativa, all'equa distribuzione dei benefici che ne derivano.
1989	Convenzione sui diritti dell'infanzia. Fissa gli standard per la tutela dei minori contro l'abbandono e l'abuso in tutti i paesi del mondo. Al fine di proteggere l'interesse dei minori, mira a: <ul style="list-style-type: none">• proteggere i minori da atti e prassi nocive, compreso lo sfruttamento commerciale e sessuale e gli abusi fisici e psichici, e dichiara che in caso di necessità i genitori dovranno essere aiutati nel compito di crescere i figli in modo positivo.• garantisce il diritto dei minori ad accedere a servizi come l'assistenza sanitaria e le nozioni su sessualità e riproduzione.• garantisce la partecipazione del minore nelle decisioni riguardanti la sua vita adulta, compreso l'esercizio del diritto di libertà di parola e di opinione.
1993	Conferenza mondiale delle Nazioni Unite sui Diritti umani. Tenutasi a Vienna, afferma che i diritti delle donne sono diritti umani.

1994 **Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo**, Cairo (ICPD). 179 Governi hanno concordato che popolazione e sviluppo sono interdipendenti, e che l'empowerment delle donne e la risposta ai bisogni di istruzione e di salute, compresa la salute riproduttiva, sono indispensabili non solo per il progresso personale ma anche per uno sviluppo equilibrato. La Conferenza ha adottato un Programma d'Azione ventennale concentrato sui bisogni e sui diritti della persona, più che sul conseguimento di obiettivi demografici. Promuovere l'uguaglianza di genere, eliminare la violenza contro le donne, garantire alle donne la possibilità di controllare la propria fecondità, sono stati riconosciuti come punti imprescindibili per ogni politica su popolazione e sviluppo. Gli obiettivi concreti della Conferenza si concentrano sull'accesso universale all'istruzione, soprattutto femminile; sulla riduzione della mortalità neonatale, infantile e materna; sull'accesso universale, entro il 2015, all'assistenza per la salute riproduttiva, compresa la pianificazione familiare, il parto professionalmente assistito e la prevenzione delle infezioni a trasmissione sessuale, compreso l'Hiv.

1995 **Dichiarazione e Piattaforma d'azione di Pechino**. La Quarta conferenza mondiale sulle donne delle Nazioni Unite ribadisce la definizione generale del diritto alla pianificazione familiare sancito dal Programma d'Azione del Cairo.

1999 **Azioni-chiave per l'ulteriore implementazione del Programma d'azione del Cairo**. Raccomanda di adottare una prospettiva di genere in tutti i processi di formulazione delle misure politiche, nonché nell'implementazione e nell'erogazione dei servizi, specie di quelli per la salute sessuale e riproduttiva, inclusa la pianificazione familiare. Sottolinea l'importanza prioritaria della salute sessuale e riproduttiva nel contesto di una più vasta riforma sanitaria, con particolare attenzione ai diritti e ai gruppi esclusi.

2000 **Dichiarazione del Millennio**. Sottoscritta da 189 nazioni che hanno promesso di liberare la popolazione dalla povertà estrema entro il 2015. Inizialmente il rapporto con la salute riproduttiva non era stato ribadito con la necessaria energia.

2001 **Obiettivi di sviluppo del Millennio (MDG)**. Gli obiettivi costituiscono un percorso con punti d'arrivo quantificabili e scadenze chiare; gli obiettivi rilevanti per la salute riproduttiva includono:

- Ridurre dei tre quarti, tra il 1990 e il 2015, il tasso di mortalità materna (MDG-5).
- Raggiungere entro il 2015 l'accesso universale alla salute riproduttiva (MDG 5-B).

2004 **57esima Assemblea sulla salute mondiale**, ha adottato la prima strategia per la salute riproduttiva. L'Organizzazione mondiale per la sanità ne riconosce il Programma d'azione ed esorta gli stati a:

- mettere in atto la nuova strategia all'interno degli sforzi nazionali per conseguire gli Obiettivi di sviluppo del Millennio;
- rendere la salute sessuale e riproduttiva parte integrante della pianificazione, del budget, delle verifiche e dei rapporti sui progressi verso gli Obiettivi di sviluppo del Millennio;
- rafforzare i servizi sanitari nazionali per garantire l'accesso universale all'assistenza per la salute sessuale e riproduttiva, con particolare attenzione ai poveri e ad altri gruppi emarginati, compresi adolescenti e uomini.

2005 **Summit mondiale 2005**. Follow-up del Summit mondiale del millennio. I capi di stato di tutto il mondo si sono impegnati a garantire entro il 2015 l'accesso universale ai servizi di salute riproduttiva, a promuovere l'uguaglianza di genere e a mettere fine a ogni discriminazione contro le donne.

2006 **Convenzione sui diritti delle persone con disabilità**.

2010 **Summit di verifica dell'MDG/10**. I capi di stato di tutto il mondo hanno rinnovato il loro impegno per l'accesso universale alla salute riproduttiva entro il 2015, per la promozione dell'uguaglianza di genere e per mettere fine a ogni discriminazione contro le donne.

2011 **Comitato sull'eliminazione della discriminazione contro le donne** ha emanato una risoluzione che stabilisce l'obbligo di tutti gli Stati di rispettare i diritti umani garantendo alle donne di qualsiasi razza e condizione economica l'accesso tempestivo e senza discriminazioni ai servizi più avanzati di salute materna.

nomici, sociali e culturali (ICESCR) sono stati formulati negli anni Sessanta per garantire l'attuazione concreta dei principi cui fa riferimento la Dichiarazione universale dei diritti umani. Gli attivisti per i diritti umani hanno garantito il ruolo chiave dell'ICCPR nella tutela della persona contro gli abusi di potere dei Governi, mentre oggi l'ICESCR è fondamentale negli sforzi volti a persuadere i Governi ad attribuire la stessa importanza del diritto di voto anche al diritto di avere un alloggio dignitoso e poter mangiare tutti i giorni (*The Economist*, 2001). Gli attivisti che operano nei e per i paesi più poveri del mondo chiedono che l'accessibilità ai beni sociali ed economici sia considerata un diritto, in quelle regioni in cui la disponibilità di cibo e di riparo è talmente esigua da far considerare come un lusso anche i più basilari diritti civili e politici.

A partire dal 1998, l'Organizzazione mondiale della sanità ha chiesto alla comunità internazionale di rispettare formalmente e di sostenere la salute in quanto diritto umano. La sfida consiste nel definire che cosa significhino questi diritti sociali ed economici – compreso il diritto alla salute – in termini specifici e concreti, tali da favorire la loro rivendicazione e attuazione. Nel 2000 il Comitato delle Nazioni Unite sui diritti economici, sociali e culturali ha definito un “obbligo fondamentale” dei Governi l'accessibilità uguale per tutti ai servizi sanitari, cibo sufficiente, acqua potabile, impianti igienici e farmaci essenziali.

Accountability per l'attuazione dei diritti

Non può esistere diritto senza dovere, e nessun dovere ha senso senza *accountability*. Gli organismi di controllo delle Nazioni Unite sull'attuazione dei trattati hanno l'incarico di verificare che i Governi si conformino ai principali trattati sui diritti umani e raccomandano regolarmente ai Governi stessi di intraprendere azioni volte alla difesa della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi (Center for Reproductive Rights, 2009). Sotto gli auspici del Consiglio delle Nazioni Unite

per i diritti umani, la Universal Periodic Review procede alla valutazione dei progressi compiuti in materia di diritti umani ogni quattro anni. Ogni paese ha l'opportunità di dichiarare le azioni intraprese per migliorare la situazione dei diritti umani nel proprio paese e per adempiere ai propri obblighi in materia.

Il Comitato sull'eliminazione della discriminazione contro le donne valuta i dati sulla tutela dei diritti umani in tutto il mondo, ed elabora raccomandazioni. Nel 2011, per esempio ha emanato decise raccomandazioni ai governi di Nepal, Zambia e Costa Rica, affinché garantiscano i diritti sessuali e riproduttivi a tutti i cittadini (Center for Reproductive Rights, 2011a). Nel 2011, il Segretario generale delle Nazioni Unite, ha dato vita a un Expert Review Group indipendente che ha il compito di monitorare l'andamento della Strategia globale per la salute di donne e bambini nonché quello della Commissione su informazione e responsabilità (Organizzazione mondiale della sanità, 2010a). Concentrandosi in particolare sulla necessità di assicurare lo stanziamento delle risorse indispensabili al conseguimento dell'Obiettivo di sviluppo del Millennio n. 4 (riduzione dei tassi di mortalità infantile) e n. 5 (riduzione dei tassi di mortalità materna), questo organismo di controllo indipendente resterà in vigore per quattro anni, e nel settembre 2012 ha consegnato il suo primo rapporto all'Assemblea generale delle Nazioni Unite.

Le istituzioni nazionali per la difesa dei diritti umani e le Corti di giustizia di ciascuna nazione hanno una responsabilità diretta nel vigilare sull'attuazione dei diritti riproduttivi. Per esempio, in Kenya, la Commissione nazionale sui diritti umani ha condotto di recente un'indagine sulle violazioni dei diritti riproduttivi nel paese (Kenya National Commission on Human Rights, 2012). Nel 2009, infatti, la Federazione delle donne avvocato del Kenya e il Centro per i diritti riproduttivi hanno denunciato ripetute violazioni nelle strutture sanitarie del paese. L'indagine della Commissione ha permesso di verificare l'accadu-

to, conseguenza soprattutto della cattiva qualità dei servizi erogati, e ha invitato il Governo ad apportare i necessari miglioramenti.

La Corte costituzionale della Colombia ha emanato importanti sentenze volte a garantire l'accesso ai servizi di salute sessuale e riproduttiva (Corte Constitucional de Colombia, 2012; Reprohealthlaw, 2012). Nel 2010, per esempio, ha ribadito la legalità della contraccezione d'emergenza, garantendone l'accessibilità.

Nel 2003 Unfpa ha condotto un sondaggio a livello mondiale sulle esperienze nazionali a dieci anni dalla Conferenza del Cairo (Unfpa, 2005a). Dei 151 Stati monitorati, 145 hanno risposto alle domande sull'attuazione concreta dei diritti riproduttivi. Di questi, 131 hanno riferito di aver adottato nuove misure politiche, piani nazionali, programmi, strategie o strumenti legislativi sui diritti riproduttivi.

Pianificazione familiare e diritti umani: il contesto generale

Nel corso della Conferenza del Cairo nel 1994, la comunità internazionale ha tradotto il riconoscimento del diritto alla pianificazione familiare in un impegno per un approccio alla salute basato sui diritti, mirato a migliorare l'attuazione di tali diritti per gli Stati e per i singoli individui. Non solo dunque le persone hanno dei diritti, ma gli Stati hanno l'*obbligo* di rispettarli, proteggerli e realizzarli concretamente (Center for Reproductive Rights and United Nations Population Fund, 2010).

Nel loro lavoro per sostenere il rispetto dei diritti umani, le agenzie delle Nazioni Unite sono guidate dall'Accordo Comune delle Nazioni Unite relativo ad un Approccio alla cooperazione allo sviluppo basato sui diritti umani (2003): nel perseguire il rispetto dei diritti umani proclamati nella relativa Dichiarazione universale e in altri accordi internazionali, "gli standard e i principi dei diritti umani devono guidare tutte le forme di cooperazione e di programmazione per lo sviluppo, in tutti i settori e le fasi del processo di



programmazione" (World Health Organization and Office of the High Commissioner for Human Rights, 2010). Un approccio basato sui diritti umani è operativamente rivolto a sviluppare la capacità dei soggetti di chiedere il rispetto dei propri diritti, e le capacità di chi ne è garante di rispettare i propri obblighi (United Nations Practitioner's Portal on Human Rights Based Approaches to Programming).

Le espressioni pratiche del diritto alla pianificazione familiare si possono dividere da un lato in libertà e diritti di cui ogni individuo deve poter godere, e dall'altra negli obblighi che spettano agli Stati (Center for Reproductive Rights and Unfpa

▲ Grace Matthews, due figli, impiega tre ore - a piedi e in bicicletta - per ottenere i contraccettivi. Per rimandare la prossima gravidanza, ha deciso di sottoporsi a un'iniezione ormonale.

©Lindsay Mgbor/
UK Department for
International Development

“Tutti hanno diritto a ricevere un’istruzione, che dovrà essere indirizzata verso il pieno sviluppo di tutte le risorse umane, della dignità e del potenziale umano, con particolare riguardo per le donne e le bambine. L’istruzione dovrebbe mirare a rinforzare il rispetto per i diritti umani e per le libertà fondamentali, incluse quelle relative alla popolazione e allo sviluppo.”

— Programma d’azione della Conferenza del Cairo, Principio 10.

2010). Le libertà e i diritti dei singoli dipendono in larghissima misura dall’obbligo che gli Stati hanno di garantire pari opportunità e progressiva attuazione di tali diritti, compreso il diritto alla salute per tutti, senza discriminazioni. A questo

▼ Kiribati. Una madre con il suo bambino.
©Unfpa/Ariela Zibiah



si giunge mediante strategie che contribuiscono a rimuovere gli ostacoli, e mediante l’adozione di misure positive tali da compensare i fattori che impediscono sistematicamente a taluni gruppi specifici di accedere a servizi di qualità.

Libertà e diritti dei singoli individui

Il diritto alla pianificazione familiare sancisce che singoli e coppie devono poter accedere a una serie di *beni e servizi* di alta qualità per la pianificazione familiare, comprensivi dell’intera gamma di metodi contraccettivi per uomini e donne.

Il diritto ad avere *informazioni* sulla pianificazione familiare e a *ricevere un’educazione alla sessualità* è fondamentale per l’attuazione dei diritti della persona. Ognuno deve poter accedere alle informazioni relative alla salute sessuale e riproduttiva, o attraverso programmi scolastici completi di educazione alla sessualità, o attraverso campagne informative, *counselling* e corsi di formazione. Le nozioni trasmesse devono essere “scientificamente accurate, obiettive e scevre da qualsiasi pregiudizio o discriminazione” (Center for Reproductive Rights, 2008).

Il terzo elemento del diritto alla pianificazione familiare è il *consenso informato* e la *libertà da discriminazione, coercizione o violenza*. Donne e uomini, ragazze e ragazzi devono poter compiere scelte informate in assenza di ogni forma di coercizione, discriminazione o violenza (Center for Reproductive Rights and Unfpa 2010; International Federation of Gynecology and Obstetrics Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women’s Health, 2009).

Obblighi dello Stato

Il Programma d’azione della Conferenza del Cairo afferma che “gli Stati devono intraprendere tutte le misure adeguate per garantire, su una base di uguaglianza tra uomini e donne, l’accesso universale ai servizi per la salute, inclusi quelli relativi alla salute riproduttiva, che comprende la pianificazione familiare e la salute sessuale. I programmi

di salute riproduttiva dovrebbero mettere a disposizione la gamma più ampia possibile di servizi senza alcuna forma di coercizione” (Unfpa, 1994, art. 8).

Gli obblighi degli Stati a *rispettare, proteggere e attuare il diritto all'informazione e ai servizi in materia di contraccezione* comprendono sia limitazioni alle proprie azioni, sia obblighi proattivi da intraprendere (Center for Reproductive Rights and Unfpa, 2010; Hunt and de Mesquita, 2007).

- **Rispettare:** gli Stati devono astenersi dall'interferire nel godimento del diritto alla pianificazione familiare, per esempio limitando l'accesso mediante leggi sul consenso coniugale o genitoriale, o vietando taluni specifici metodi di pianificazione familiare.
- **Proteggere:** gli Stati devono inoltre impedire che persone o gruppi limitino la divulgazione di informazioni e servizi di pianificazione familiare, per esempio nei casi in cui un farmacista si rifiuti di erogare metodi contraccettivi legalmente ammessi.
- **Attuare:** gli Stati sono tenuti ad adottare misure legislative, budgetarie, giudiziarie e/o amministrative per attuare nel modo più completo il diritto alla pianificazione familiare, che potrebbe includere per esempio il sovvenzionamento di beni e servizi.

Può accadere che le risorse limitate impediscano ai Governi di attuare nell'immediato alcuni diritti economici, sociali e culturali che sono alla base del diritto dei singoli di accedere a informazioni e servizi sulla pianificazione familiare. È qui che entra in gioco il principio della “attuazione progressiva”: riconoscendo queste realtà, la legge sui diritti umani consente agli Stati di dimostrare che stanno intraprendendo alcuni passi “nella prospettiva di conseguire progressivamente la piena realizzazione” di tali diritti, utilizzando il massimo possibile delle risorse disponibili (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 1966).

Oltre a stanziare risorse, gli Stati devono intraprendere passi concreti per inserire la pianificazione familiare nelle politiche e nei programmi nazionali di salute pubblica, nonché introdurre misure di salute riproduttiva che contribuiscano a monitorare il progresso del paese verso gli

LA STRATEGIA DI UNFPA SULLA PIANIFICAZIONE FAMILIARE 2012-2020

Obiettivo: *Rendere la pianificazione familiare accessibile per 120 milioni di donne in più, in 69 paesi, entro il 2020.*

La strategia di Unfpa sulla pianificazione familiare si fonda su alcuni principi chiave: approccio basato sui diritti e impegno in favore dell'uguaglianza di genere; equità geografica, sociale ed economica nei servizi; particolare attenzione a innovazione ed efficienza; risultati sostenibili e integrazione con le priorità nazionali.

L'impegno di Unfpa per l'integrazione dei diritti umani nelle politiche e nei programmi di pianificazione familiare mette l'accento su due azioni essenziali. Tutte le politiche, i servizi, le informazioni e le comunicazioni devono rispondere agli standard dei diritti umani per quanto riguarda l'uso volontario della contraccezione e la qualità dell'assistenza nell'erogazione dei servizi. Ogni possibile azione dev'essere intrapresa per ridurre la povertà, l'emarginazione e le disuguaglianze di genere, tutti fattori che sono spesso alla base delle violazioni del diritto alla pianificazione familiare e che impediscono spesso alle persone di godere di tale diritto (Cottingham, Germain and Hunt, 2012; Center for Reproductive Rights and Unfpa, 2010).

All'interno di questa attenzione per i diritti, Unfpa si impegna in particolare a:

- garantire che i contraccettivi distribuiti rispondano ai bisogni specifici di genere;
- informare uomini, donne e giovani sulle disponibilità dei contraccettivi e i modi e luoghi per accedervi – oltre a sostenerli mentre esercitano il loro diritto alla pianificazione familiare;
- aiutare uomini e donne a modificare i loro atteggiamenti verso le relazioni di genere e le barriere culturali che ostacolano l'accesso e il ricorso alla pianificazione familiare.

Unfpa si concentra su:

- rafforzamento dell'impegno politico ed economico per la pianificazione familiare;
- far fronte alla crescente richiesta di pianificazione familiare;
- miglioramento della gestione nazionale dei contraccettivi;
- miglioramento della disponibilità e della qualità dei servizi di pianificazione familiare;
- miglioramento della gestione delle informazioni sulla pianificazione familiare.

▼ *Donne in fila per i servizi gratuiti di pianificazione familiare. Circa 222 milioni di donne nei paesi in via di sviluppo non hanno accesso ai moderni metodi contraccettivi.*
©Unfpa

obiettivi della pianificazione familiare. Una serie di “obblighi minimi essenziali”, indipendenti dalle risorse nazionali e di conseguenza non soggetti ad attuazione progressiva, comprende l’accesso su basi non discriminatorie a tutte le informazioni e servizi di pianificazione familiare disponibili, e la distribuzione dei farmaci essenziali secondo la definizione del Programma d’azione sui farmaci essenziali dell’Organizzazione mondiale della sanità, che comprende l’intera gamma di metodi contraccettivi (Center for Reproductive Rights and Unfpa 2010: 22).

Un approccio alla pianificazione familiare basato sui diritti umani

Gli standard dei diritti umani, fissati dai trattati internazionali e ulteriormente sviluppati nelle legislazioni e nei regolamenti dei singoli Stati, costituiscono le basi legali per la progettazione e la divulgazione di informazioni e servizi sulla pianificazione familiare che siano accessibili, accettabili e di alto livello, nonché per stabilire le basi per la rivendicazione di questi da parte dei singoli e delle comunità che li richiedono (Cottingham, Germain and Hunt, 2010). Le attività di riven-



dicazione comprendono le pressioni esercitate per tradurre gli impegni internazionali in leggi, politiche e regolamenti nazionali, compreso il controllo esercitato sulla loro effettiva attuazione.

Gli standard dei diritti umani e le autorevoli interpretazioni pubblicate dagli organi preposti al monitoraggio dei relativi trattati (i “Commenti generali”), forniscono un insieme di parametri e criteri oggettivi che aiutano a tradurre il diritto alla pianificazione familiare da un livello astrattamente normativo a politiche e programmi concreti. Per garantire questo passaggio, la cooperazione allo sviluppo deve contribuire al rafforzamento delle capacità dei “portatori di doveri” (soprattutto degli Stati) di adempiere ai propri impegni, e delle capacità dei “titolari dei diritti” (individui e comunità) di reclamare i diritti stessi (World Health Organization and Office of the High Commissioner for Human Rights. 2010). Il Comitato sui Diritti economici sociali e culturali, nel suo Commento generale numero 14 sul diritto al livello massimo conseguibile di salute fisica e mentale, definisce i seguenti elementi formativi che si applicano a tutti i fattori determinanti la salute che ne costituiscono il fondamento:

Disponibilità

L'obbligo dello Stato di garantire la disponibilità di tutta la gamma di metodi di pianificazione familiare si estende all'offerta dei servizi, alla regolamentazione dell'obiezione di coscienza, alla regolamentazione dell'erogazione di servizi privati, alla garanzia che i fornitori mettano a disposizione l'intera gamma dei servizi legalmente ammessi. Il ruolo dello Stato nel tutelare e attuare i diritti include la garanzia che l'esercizio dell'obiezione di coscienza tra gli operatori delle strutture sanitarie non abbia come conseguenza la mancata accessibilità dei servizi. La “obiezione di coscienza” si ha quando gli operatori sanitari, in ragione della loro fede religiosa o altrimenti definita, non vogliono fornire un'informazione completa su alcune alternative. “Costoro hanno il dovere etico, per rispettare i diritti umani dei

UNFPA GARANTISCE FORNITURE SUFFICIENTI E SICURE DI CONTRACCETTIVI DI QUALITÀ

Tramite il Programma globale per il miglioramento della sicurezza nelle forniture di prodotti per la salute riproduttiva, Unfpa garantisce l'accesso a forniture affidabili di contraccettivi in 46 paesi in via di sviluppo.

Dall'adozione del Programma, nel 2007, a oggi Unfpa ha destinato 450 milioni di dollari alla fornitura di prodotti per la salute riproduttiva, compresi i contraccettivi. Nel solo 2011 il Programma ha speso 32 milioni per tali forniture e 44 milioni per iniziative volte a rafforzare i sistemi sanitari nazionali e metterli in grado di erogare servizi per la salute riproduttiva.

Nel 2011 il Programma ha finanziato circa 15 milioni di fiale di contraccettivi iniettabili, 1,1 milioni di dispositivi intrauterini, 14 milioni di cicli di contraccezione orale, 316.000 dosi di contraccezione orale d'emergenza, 308.000 impianti contraccettivi, 253 milioni di preservativi maschili e 3,5 milioni di preservativi femminili.

propri pazienti, di comunicare tale obiezione e di fornire i riferimenti adeguati affinché [la paziente] possa ottenere tutte le informazioni necessarie a formulare una scelta valida” (International Federation of Gynecology and Obstetrics Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health, 2009). Gli Stati Uniti rispondono all'obiezione di coscienza nel contesto dell'Affordable Care Act. Nel gennaio 2012 il Dipartimento americano per la Salute e i servizi umani ha specificato quali servizi di salute preventiva dovranno obbligatoriamente essere coperti dai nuovi piani assicurativi (Galston and Rogers 2010). L'elenco comprende contraccettivi e sterilizzazioni, compresa la contraccezione d'emergenza. Gli enti religiosi in senso stretto sono esentati da questa regola, mentre non lo sono gli ospedali e le agenzie di servizi sociali, anche se di affiliazione religiosa. Gli istituti appartenenti a quest'ultimo gruppo, se già non fornivano tali servizi, avranno un anno di tempo per adeguarsi al nuovo mandato. Nel frattempo, saranno tenuti a informare le/gli utenti circa le limitazioni alla copertura e a indicare loro i servizi di contraccezione disponibili altrove.

Accessibilità

Anche laddove i servizi esistono, le norme e le prassi sociali possono a volte limitare l'accesso individuale. La subordinazione dei diritti dei giovani rispetto a quelli dei propri genitori, per esempio, può limitare il loro accesso a nozioni e

“Per poter rivendicare con efficacia i propri diritti, i titolari devono poter accedere a tutte le informazioni, organizzare e partecipare, esercitare pressioni per un cambiamento delle politiche e ottenere risarcimenti.”

— Ufficio dell'Alto Commissariato per i diritti umani e Organizzazione mondiale della sanità

servizi, e la loro capacità di agire. Il Programma d'azione della Conferenza del Cairo riconosce che i genitori devono dare la priorità al miglior interesse dei figli (in base alla Convenzione sui diritti dell'infanzia). Dopo di allora, altri negoziati, e in particolare i meeting nel 2009 e nel 2012 della Commissione su popolazione e svi-

luppo, hanno sottolineato i diritti dei figli e “doveri e responsabilità” dei genitori, di cui fa parte la loro assoluta responsabilità nel decidere il numero dei figli e l'intervallo tra le nascite.

Accettabilità

Ci sono comunità in cui esistono, e sono facilmente disponibili, informazioni e servizi. Ma se questi non sono accettabili per ragioni culturali, religiose o altro ancora, non verranno usati. Una ricerca svolta in una comunità locale del Messico, per esempio, ha registrato che le donne cattoliche in età fertile contavano soprattutto sul coito interrotto e sull'astinenza periodica. Le donne intervistate infatti sostenevano che i contraccettivi moderni, come la pillola o i dispositivi intrauterini, andavano contro la propria fede religiosa ed erano quindi inaccettabili per loro (Hirsch, 2008; Hirsch and Nathanson, 2001).

Qualità

Per essere compatibili con i servizi fondamentali, i servizi di pianificazione familiare devono essere adeguati ad alcuni standard qualitativi. Sulla definizione di “qualità dell'assistenza” si è andato sviluppando, dopo la sua prima definizione del 1990, un notevole consenso (Bruce, 1990). Il punto focale sulla qualità dei servizi dal punto di vista della persona ha portato a evidenziare alcuni elementi specifici: possibilità di scelta tra i metodi contraccettivi; informazione accurata sull'efficacia, i rischi e i benefici di ciascun metodo; competenza tecnica degli operatori; rapporto tra fornitore e utente basato sul rispetto per la scelta informata, la privacy e la riservatezza; follow-up; adeguata integrazione di servizi. Fornire servizi di qualità significa rispettare gli standard dei diritti umani, ma anche attrarre nuove/i clienti, incrementare l'uso di metodi di pianificazione familiare, ridurre le gravidanze indesiderate (Creel, Sass and Yinger, 2002).

Negli ultimi anni ci si è trovati sempre più d'accordo su cosa significhi garantire la qualità nel contesto della pianificazione familiare e dei diritti umani:

UNFPA, DIRITTI E PIANIFICAZIONE FAMILIARE

Unfpa opera per la realizzazione dei diritti riproduttivi, compreso il diritto agli standard più avanzati possibile della salute sessuale e riproduttiva, attraverso l'adozione dei principi di un approccio basato sui diritti umani, sull'uguaglianza di genere e sulla sensibilità culturale rispetto al contesto della salute sessuale e riproduttiva. Alla luce di questi principi, gli individui vengono trattati come partecipanti attivi ai processi politici, in grado di richiamare i governi e verificarne l'azione in merito all'obbligo di rispettare, tutelare e attuare i diritti umani.

In qualità di principale agenzia delle Nazioni Unite che opera per migliorare la salute sessuale e riproduttiva, Unfpa promuove cambiamenti legislativi, istituzionali e politici, e lavora per diffondere la consapevolezza sui diritti umani, per migliorare l'empowerment delle persone, che devono poter esercitare il controllo sulla propria vita sessuale e riproduttiva e partecipare attivamente allo sviluppo.

Unfpa promuove l'approvazione di politiche e l'attivazione di sistemi di verifica e controllo per assicurare l'accesso universale e di alto livello a informazioni, prodotti e servizi riguardanti la salute sessuale e riproduttiva, senza discriminazioni o coercizioni di nessun genere per nessun motivo. Allo stesso tempo, Unfpa sottolinea la necessità di garantire legittimità culturale ai principi dei diritti umani, al fine di renderli adottabili in tutte le comunità.

- fornire servizi di pianificazione familiare integrati con altri servizi di salute riproduttiva, come la prevenzione e cura delle infezioni a trasmissione sessuale e l'assistenza post-aborto (Mora et al., 1993);
- non consentire l'adozione di obiettivi, incentivi o disincentivi in tema di pianificazione familiare, come elargire denaro alle donne che si sottopongono a sterilizzazione o agli operatori in base al numero di donne "reclutate";
- includere nei piani e negli stanziamenti destinati ai servizi di pianificazione familiare valutazioni sui rapporti di genere (AbouZahr et al., 1996);
- tenere conto di fattori come la distanza che dev'essere percorsa dalle/gli utenti, il costo che dev'essere alla portata di tutti, l'atteggiamento degli operatori.

In situazioni diversissime tra loro, come in Senegal e in Bangladesh, le donne hanno maggiori probabilità di accedere alla pianificazione familiare quando ricevono una buona assistenza medica (Sanogo et al., 2003; Koenig, Hossain and Whittaker, 1997). Tra le donne che non ricorrono alla contraccezione, la percezione della qualità dell'assistenza è collegata in modo significativo alla probabilità che comincino a utilizzare un qualche metodo; analogamente, quelle che già se ne servono hanno molte più probabilità di continuare a ricorrere a quel metodo. Migliorando la qualità dei servizi, i programmi hanno prodotto nelle/gli utenti una consapevolezza molto maggiore dei propri diritti, inducendole/i ad esigere standard più alti anche in altri settori del sistema sanitario (Creel, Sass and Yinger, 2002).

Un approccio allo sviluppo sostenibile basato sui diritti umani attribuisce pari importanza agli esiti e ai processi per conseguirli. Gli standard dei diritti umani guidano la formulazione degli esiti di sviluppo e del contenuto degli interventi, come per esempio la risposta alle esigenze ineludibili di pianificazione familiare. I principi dei diritti umani conferiscono qualità e legittimità ai



processi di sviluppo, che devono essere inclusivi, partecipativi e trasparenti. È di cruciale importanza considerare prioritari i diritti e le esigenze dei gruppi di popolazione trascurati ed esclusi per il persistere di modelli di discriminazione e *disempowerment*.

Questi principi trasversali contribuiscono alla nascita di solidi programmi di pianificazione familiare basati sui diritti:

- **Partecipazione** — L'impegno a coinvolgere gli attori interessati, in particolare i/le beneficiari/ie

“Le cattive condizioni di salute costituiscono una violazione dei diritti umani quando sono originate, in tutto o in parte, dalle inadempienze dello Stato nel rispettare, proteggere o attuare un obbligo correlato con i diritti umani. Molti ostacoli si frappongono tra le persone e il godimento della salute sessuale e riproduttiva. Dal punto di vista dei diritti umani la domanda è: gli Stati stanno facendo tutto quanto è in loro potere per smantellare tali barriere?

— (Hunt and de Mesquita, 2007: 4).

▲ Tanzania. Madre e figlio.
©UNFPA/Sawiche Wamunz

più vulnerabili, a tutti i livelli decisionali, dalle linee politiche generali all'implementazione dei programmi, fino al monitoraggio (Unfpa, 2005).

- **Uguaglianza e non-discriminazione** — L'impegno a garantire che tutti gli individui godano dei diritti umani, senza limitazioni di sesso, razza, età o altre condizioni di sorta.
- **Responsabilità** — L'adozione di meccanismi volti a garantire che i Governi assolvano alle proprie responsabilità rispetto alle informazioni e ai servizi di pianificazione familiare. Le attività di controllo comprendono i sistemi di monitoraggio e di valutazione, con obiettivi e target chiari, per poter valutare gli sforzi compiuti dai

Governi in direzione del rispetto dei diritti della popolazione. Monitoraggio e valutazione sono essenziali per fornire ai Governi gli strumenti che servono a identificare i principali ostacoli alla pianificazione familiare e a individuare i gruppi che incontrano maggiori difficoltà in questo senso. Monitoraggio e valutazione forniscono inoltre agli individui – i titolari dei diritti – e alle comunità le informazioni necessarie per richiamare i Governi alle loro responsabilità, laddove i diritti non siano tutelati.

Conclusioni

Sono centinaia di milioni in tutto il mondo le donne e gli uomini che vorrebbero avere figli

▼ *Il Vietnam ha potenziato i servizi di salute riproduttiva, compresi quelli di pianificazione familiare, assistenza pre- e post-natale, prevenzione dell'Hiv.*
©UNFPA/Doan Bau Chau



Per Unfpa, un approccio alla programmazione in materia di salute sessuale e riproduttiva, compresa la pianificazione familiare, basato sui diritti presenta i seguenti benefici:

- promuove l'attuazione dei diritti umani e aiuta i Governi partner a rispettare gli impegni presi;
- incrementa e rafforza la partecipazione delle comunità locali;
- agevola la trasparenza;
- migliora i risultati;
- incrementa responsabilità e controllo;
- riduce le situazioni di vulnerabilità, concentrandosi sulle persone più emarginate ed escluse della società;
- porta a un cambiamento durevole perché i programmi basati sui diritti umani esercitano un impatto maggiore su norme e valori, ma anche su strutture, politiche e prassi.

per scelta e non per caso. Molti dei loro concittadini – più ricchi e più istruiti – sembrano in grado di godere di tale diritto (Foreit, Karra and Pandit-Rajani, 2010; Loaiza and Blake, 2010; World Health Organization, 2011). Il Programma d'azione della Conferenza del Cairo ha inquadrato il diritto alla pianificazione familiare nel contesto del diritto alla salute sessuale e riproduttiva e in quello dei diritti riproduttivi, con particolare attenzione alle necessità di gruppi di persone specificamente escluse e all'uguaglianza di genere.

Il rapporto sullo Stato della popolazione del mondo di quest'anno va ad arricchire la precedente struttura di riferimento in materia di diritti umani e salute, ampliata e sviluppata da Unfpa e dal Center for Reproductive Rights, per includere ragazzi e uomini, molti dei quali vorrebbero ricorrere ai metodi di pianificazione familiare ma che sono di norma ignorati dal dibattito. Sottolinea

inoltre il contesto dei rapporti sessuali entro cui singoli e coppie scelgono di usare la pianificazione familiare. E invita a concentrarsi sull'ampliamento dell'accesso ai metodi di pianificazione familiare, un accesso che deve essere più equamente comprensivo di tutti i gruppi di popolazione, con

“Un approccio allo sviluppo sostenibile basato sui diritti umani dà eguale importanza ai risultati e ai processi utilizzati”

particolare riferimento alle disparità socio-economiche esistenti, di fatto, *in tutti i paesi del mondo*.

Il diritto alla pianificazione familiare è stato fortemente sostenuto e rinforzato da una serie di trattati e di convenzioni internazionali sottoscritti dalla comunità internazionale, ed è saldamente radicato nei diritti umani. Il diritto alla pianificazione familiare è inoltre la porta attraverso cui si accede al conseguimento di altri diritti.



Analizzare i dati e le tendenze per capire i bisogni

Fecondità: il trend mondiale

Lo scorso anno la popolazione mondiale ha superato i 7 miliardi e raggiungerà i nove, secondo le stime, entro il 2050. La crescita demografica è generalmente più elevata nei paesi più poveri, dove la popolazione desidera un maggior numero di figli, dove i Governi non hanno le risorse necessarie per rispondere alle crescenti richieste di servizi e di infrastrutture, dove l'aumento dei posti di lavoro non basta ad accogliere tutti i nuovi ingressi, e dove molti gruppi di popolazione incontrano enormi difficoltà nell'accedere alle informazioni e ai servizi di pianificazione familiare (Population Reference Bureau, 2011; Unfpa, 2011b).

Complessivamente nel mondo il tasso di natalità è in lenta, ma continua diminuzione. Ma sussistono enormi disparità tra le regioni più sviluppate e quelle che lo sono meno. Questo vale in modo particolare per l'Africa sub-sahariana, dove le donne partoriscono un numero di figli che è il triplo rispetto alle donne che vivono nelle regioni maggiormente sviluppate (5,1 rispetto a 1,7 nati per donna—vedi Tav. 1).

In gran parte questa differenza riflette il desiderio, prevalente nell'Africa sub-sahariana, di avere famiglie numerose; tuttavia, poiché la maggioranza delle donne ora desidera avere meno figli (Westoff and Bankole, 2002), le differenze nei tassi di fecondità stanno sempre

più spesso a indicare che nei paesi in via di sviluppo l'accesso ai mezzi per prevenire le gravidanze indesiderate è parziale e non paritario.

Povertà, disuguaglianza di genere e pressioni sociali sono tutte cause del persistere di alti tassi di fecondità. Ma in quasi tutti i paesi meno industrializzati l'impossibilità di accedere a forme di pianificazione familiare volontaria è uno dei fattori più determinanti.

Chi usa la pianificazione familiare?

A livello mondiale l'uso dei metodi moderni di pianificazione familiare, misurati in base al tasso di diffusione dei contraccettivi, è aumentato negli ultimi anni al ritmo dello 0,1 per cento, un incremento modesto e molto più

Tassi di fecondità

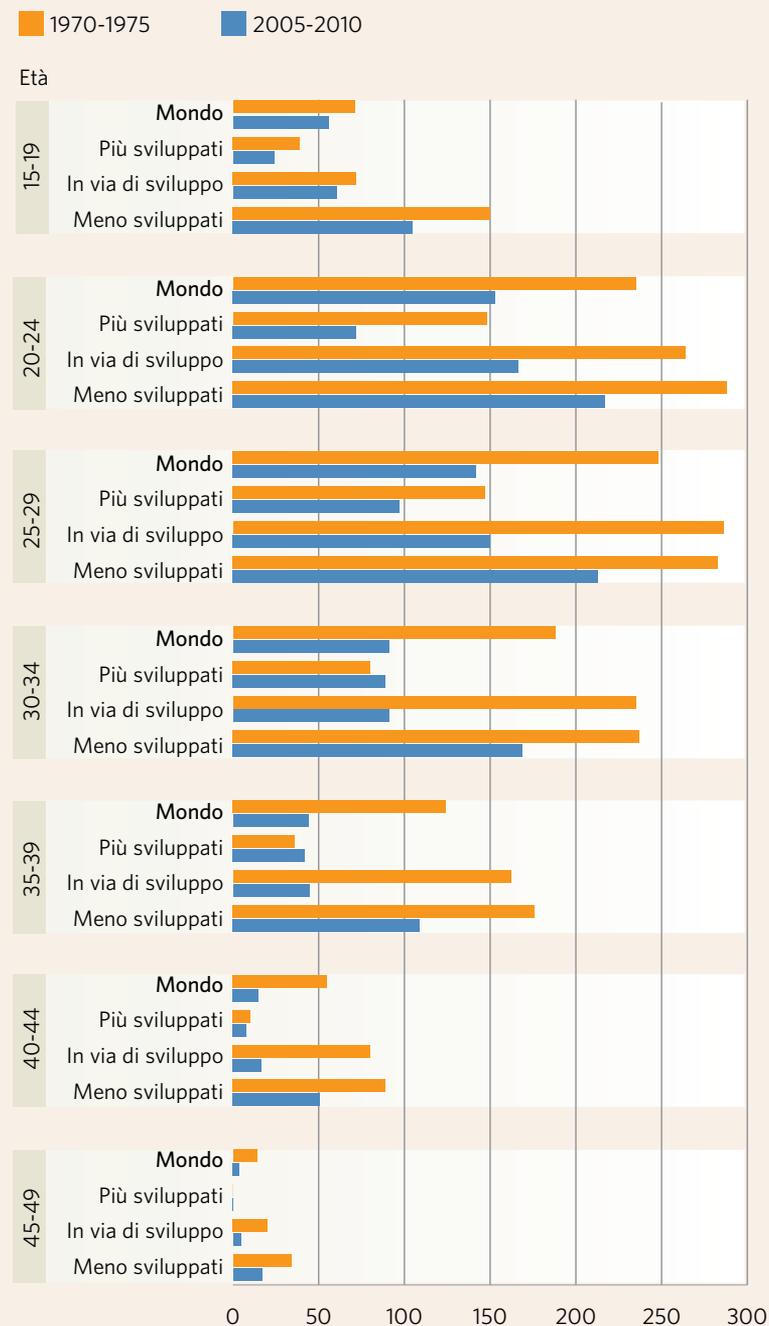
Tasso totale di fecondità (Nati per donna)

Mondo.....	2,5
Paesi più sviluppati.....	1,7
Paesi in via di sviluppo.....	2,8
Paesi meno sviluppati di tutti.....	4,5
Paesi Africa sub-sahariana.....	5,1

Fonte: Nazioni Unite, 2011a.

CAMBIAMENTI NEGLI ANNI DEL TASSO DI FERTILITÀ IN SPECIFICHE FASCE DI ETÀ'

(NATI PER 1000 DONNE)



Fonte: United Nations, 2011a.

lento rispetto al decennio precedente (United Nation, Department of Economic and Social Affairs, 2011). L'esiguità della percentuale si spiega in parte con l'ingente aumento del numero di donne sposate in età fertile – cresciuto del 25 per cento tra il 2000 e il 2010 in 88 paesi che ricevono un sostegno per la contraccezione dai donatori (Ross, Weissman and Stover, 2009). A causa dei precedenti alti tassi di fecondità è aumentato largamente il numero delle persone che hanno raggiunto ora l'età riproduttiva: pertanto, rispondere alle esigenze di contraccezione di molte più donne porta a un incremento solo marginale della percentuale coperta.

Di tutte le donne del mondo in età riproduttiva tra i 15 e i 49 anni, sessualmente attive e in grado di concepire, ma che non sono incinte e non vogliono concepire, circa tre su quattro ricorre a metodi contraccettivi (Singh and Darroch, 2012). In tutti i paesi del mondo, la maggioranza delle donne istruite e benestanti ricorre alla pianificazione familiare. Nell'Asia orientale l'83 per cento delle donne sposate fa uso di metodi contraccettivi (United Nation, Department of Economic and Social Affairs, 2011). Per contro, nelle regioni più povere del mondo i tassi di diffusione dei contraccettivi sono più bassi e aumentano più lentamente. L'uso dei contraccettivi tra le donne dell'Africa sub-sahariana nel 2010 era più basso del dato corrispondente registrato nel 1990 nelle altre regioni del mondo.

La dimensione delle famiglie e l'uso dei contraccettivi sono cambiati enormemente rispetto agli anni Settanta, quando la media era di cinque figli per famiglia, contro i 2,5 di oggi (United Nation, Department of Economic and Social Affairs, 2010). L'aumento dell'uso dei contraccettivi è in gran parte responsabile della diminuzione della fecondità nei paesi in via di sviluppo (Singh and Darroch, 2012). Anche se la loro diffusione a partire dal 2000 è rimasta stabile, il desiderio di famiglie meno numerose è ancora sentito in tutto il mondo ed è in aumento nelle regioni in via di sviluppo.

L'uso varia in base ai livelli di reddito

La maggior parte dei sondaggi calcolano la ricchezza nazionale e poi disaggregano gli indicatori dividendoli per quintili di ricchezza, dal 20 per cento più povero della popolazione fino al 20 per cento più ricco. Le valutazioni basate sulle analisi per quintili possono servire a identificare le disuguaglianze e le esigenze di pianificazione familiare nei vari paesi, specie se si incrociano i dati con il rapporto tra popolazione urbana e rurale e con altri importanti fattori che influenzano l'accesso alle risorse (Health Policy Initiative, Task Order 1, 2010).

Poiché la povertà assume caratteristiche specifiche a seconda del contesto, alcuni ricercatori preferiscono separare i quintili tra popolazione urbana e popolazione rurale per ottenere un ritratto più completo delle disparità tra povertà e ricchezza nelle aree urbane e in quelle rurali. Questo approccio consente di raffrontare le diverse esperienze delle donne povere nei contesti urbani e delle donne relativamente benestanti nelle comunità rurali. Una ricerca compiuta in 16 paesi in Africa, Asia, America Latina e Caraibi conferma lo stretto rapporto tra ricorso alla pianificazione familiare, condizioni socio-economiche e luogo di residenza (Foreit, Karra and Pandit-Rajani, 2010).

In paesi come il Bangladesh, la diffusione dei contraccettivi moderni è trasversalmente analoga, negli stessi quintili di ricchezza, negli ambienti urbani e in quelli rurali: si riscontra una differenza nominale nell'uso dei contraccettivi tra ricchi e poveri delle aree urbane, e tra più ricchi e più poveri in ambiente rurale (Demographic and Health Surveys, 2007). In Bangladesh, la diffusione dei contraccettivi è maggiore (del 6 per cento) nelle aree urbane. Analoghi risultati, che confermano l'opportunità di adottare strategie specifiche in favore delle zone rurali, sono stati riscontrati in Perù come in Bolivia, Etiopia, Madagascar, Tanzania e Zambia (Health Policy Initiative, Task Order 1, 2010). In alcuni paesi come la Nigeria (DHS, 2008) il ricorso ai contraccettivi moderni aumenta con l'aumentare della ricchezza, sia tra

gli abitanti delle aree urbane, sia tra quelli delle aree rurali. La differenza chiave sta nel tasso di cambiamento: le persone di condizione più elevata negli ambienti rurali riferiscono un uso *maggiore* dei contraccettivi rispetto ai poveri di area urbana. Questi risultati andrebbero a confermare la validità delle politiche che mirano a raggiungere i poveri delle zone urbane, soprattutto laddove analoghi modelli di disparità si riscontrano negli indicatori che misurano i risultati negativi nell'ambito della salute sessuale e riproduttiva.

Il livello di istruzione influenza le aspettative sulle dimensioni della famiglia, l'uso della pianificazione familiare e la fecondità

Il livello di scolarizzazione è associato alle aspettative sulle dimensioni della famiglia, l'uso dei contraccettivi e la fecondità. Un'analisi condotta in 24 paesi dell'Africa sub-sahariana, ha dimostrato che un'adolescente ha maggiori probabilità di diventare madre se è povera, poco istruita e residente nelle regioni rurali (Lloyd, 2009). I tassi di natalità sono quattro volte più alti tra le ragazze tra i 15 e i 19 anni non scolarizzate rispetto alle coetanee con un'istruzione almeno a livello di

▼ Romania, studentesse delle superiori a Bucarest leggono un volantino sui preservativi.
©Panos/Peter Barker



SESSUALITÀ, STEREOTIPI SESSUALI E DI GENERE, E USO LIMITATO DELLA VASECTOMIA

La carenza di informazioni e di accessibilità dei servizi per la vasectomia rischia di compromettere i diritti e la salute di uomini e donne che, se adeguatamente informati, potrebbero preferire questa procedura relativamente sicura, semplice, permanente e non invasiva, rispetto alla sterilizzazione femminile. Gli uomini che scelgono la vasectomia decidono in favore di un metodo a lungo termine dopo aver preso in esame diversi fattori fisiologici, psicologici, sociali e culturali. In molte aree del mondo la sterilizzazione maschile non è compresa a fondo ed è considerata come una minaccia per la sessualità maschile e per le prestazioni sessuali.

Laddove tutti, uomini e donne, possono accedere a una gamma completa di informazioni e di servizi relativi alla pianificazione familiare, potrebbero essere molti di più quelli che scelgono la vasectomia come il metodo contraccettivo di preferenza. La bassa percentuale di vasectomie riflette l'accesso limitato alle adeguate informazioni su questa procedura, ma anche i pregiudizi delle istituzioni contro il metodo e le preoccupazioni individuali sugli effetti della vasectomia sulle prestazioni, sul vigore e sul piacere sessuale.

Fonte: Landry and Ward, 1997; Greene and Gold, n.d.; EngenderHealth, 2002.

scuola secondaria. Analogo divario si registra in base alla ricchezza e alla zona di residenza. E in queste nazioni i divari si allargano: le nascite tra le adolescenti tra i 15 e i 19 anni prive di istruzione sono aumentate, nell'ultimo decennio, di circa il 7 per cento, mentre tra le ragazze con un'istruzione almeno secondaria sono scese del 14 per cento circa (Loaiza and Blake, 2010).

Le crescenti disparità nei tassi di natalità tra ragazze istruite e non, riflettono il divario, anch'esso in aumento, nell'uso della contraccezione. Nell'Africa sub-sahariana, le ragazze con un diploma di scuola secondaria hanno quattro volte più probabilità di ricorrere alla contraccezione (Lloyd, 2009).

Se è vero che tra le adolescenti *istruite* l'uso dei contraccettivi è complessivamente aumentato, nel periodo intercorso tra i due sondaggi, fino a raggiungere il 42 per cento, tra quelle *non istruite* non si registrano cambiamenti. Tra queste ultime, non più di una su dieci usa qualche contraccettivo, anche se in questi paesi una su quattro, a prescindere da ricchezza, istruzione o

residenza, ha un bisogno disatteso di pianificazione familiare. Queste cifre fanno capire che gli sforzi per migliorare la fruibilità dei servizi di salute riproduttiva tra i giovani, potenziando i servizi a loro rivolti, non sono riusciti a raggiungere le donne giovani, povere, che vivono nelle aree rurali e hanno un basso livello di scolarizzazione. Le persone che più hanno bisogno di questi servizi, sono quelle che restano più indietro (Loaiza and Blake, 2010). I risultati positivi, dal punto di vista della pianificazione familiare, associati all'istruzione si spiegano probabilmente con il fatto che le donne istruite si sposano più tardi e meno spesso, usano la contraccezione nel modo più efficace, sono più informate sulla contraccezione e su come accedervi, hanno una maggiore autonomia nel processo decisionale che riguarda la riproduzione, e sono più consapevoli dei costi socio-economici di una gravidanza non desiderata (Bongaarts, 2010).

STUDIO DI UN CASO

I servizi per giovani: il caso del Malawi.

I bisogni sessuali e riproduttivi di adolescenti e giovani sono alquanto trascurati in Malawi, come in molte altre regioni africane. Mancanza di informazioni, lunghe distanze per raggiungere i servizi e fornitori poco disponibili contribuiscono agli alti tassi di gravidanze non desiderate e di contagio da Hiv. Unfpa collabora con il ministero della Salute e con la Family Planning Association del Malawi per fornire servizi integrati per la salute sessuale e riproduttiva specificamente rivolti ai giovani.

La Family Planning Association del Malawi eroga i suoi servizi in centri polifunzionali, gli Youth Life Centres, oltre che attraverso gli enti locali e le unità mobili. Le infrastrutture sono state ampliate e potenziate nell'ottica di un miglioramento generale nella qualità dell'assistenza per i giovani. Tra i servizi offerti, contraccezione anche d'emergenza, test di gravidanza, cura delle infezioni trasmesse sessualmente, *counselling* e test

per l'Hiv, terapia anti-retrovirale, cura delle infezioni opportunistiche, screening e trattamento del cancro alla cervice, *counselling* generico attinente alla salute sessuale e riproduttiva, assistenza post-aborto, assistenza prenatale e post-parto per le madri adolescenti. I servizi sono pubblicizzati a mezzo stampa, pubblicità e passaparola. I miglioramenti delle infrastrutture, la partecipazione dei giovani stessi alla distribuzione dei servizi, l'integrazione dei servizi per la salute sessuale e riproduttiva e per il trattamento dell'Hiv, la frequente sollecitazione di input da parte dei giovani utenti – tutto ciò ha migliorato la qualità dei servizi e incrementato in modo significativo il loro uso. ■

L'interdipendenza di scolarizzazione, ricorso alla pianificazione familiare e fecondità è particolarmente evidente tra le/gli adolescenti, ma gli effetti dell'istruzione sul numero dei figli desiderati e sull'uso dei contraccettivi persiste anche in età adulta. Il grafico sottostante dimostra che nell'Africa sub-sahariana le donne con un'istruzione almeno secondaria che ricorrono alla pianificazione familiare sono *quattro volte di più* rispetto alle donne non scolarizzate. Un risultato che riflette *sia* il numero di figli voluti, *sia* l'accesso alla pianificazione familiare (Unfpa, 2010).

Pianificazione familiare e luogo di residenza

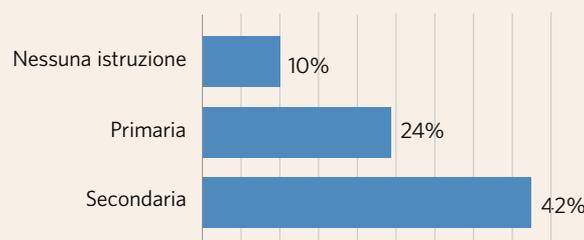
Nell'Africa sub-sahariana l'uso dei contraccettivi è due volte più diffuso nelle aree urbane che in quelle rurali. Molti paesi, specie i più poveri del mondo, faticano a portare i servizi fuori dalla cinta urbana. Inoltre chi vive nelle zone rurali tende ad aver meno accesso anche all'istruzione, altro importante fattore concomitante tra chi desidera famiglie più piccole e strumenti di pianificazione familiare.

Richiesta e utilizzo della pianificazione familiare cambiano nell'arco della vita

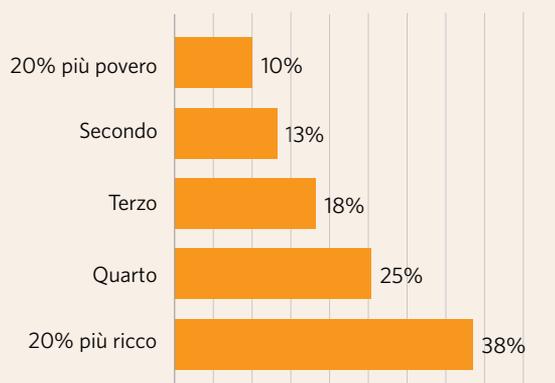
I dati globali mostrano che l'attività sessuale cambia durante la vita di una persona. Donne e

LE DONNE PIU' POVERE, MENO ISTRUITE E CHE VIVONO NELLE ZONE RURALI HANNO I PIU' BASSI TASSI DI USO DEI CONTRACCETTIVI NELL'AFRICA SUB-SAHARIANA

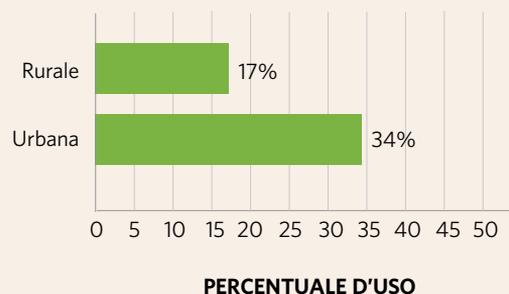
ISTRUZIONE



RICCHEZZA



LOCALITÀ



Uso della contraccezione secondo le caratteristiche della popolazione in 24 paesi dell'Africa sub-sahariana. Inchieste condotte tra il 1998 e il 2008 (percentuale di donne tra 15 e 49 anni, sposate o conviventi, che usano un qualche metodo contraccettivo).

Fonte: Demographic and Health Surveys.

uomini fanno sesso per ragioni diverse e in circostanze diverse nelle diverse fasi dell'esistenza. La decisione iniziale di avere rapporti sessuali con un partner non si associa necessariamente al desiderio di avere dei figli. In molti casi – in assenza di coercizione, sfruttamento o violenza – a guidare il comportamento sessuale è piuttosto il desiderio umano di intimità e di rapporto con l'altro.

I giovani

Anche se l'attività sessuale dei giovani avviene per lo più all'interno del matrimonio, molti ragazzi e ragazze sono sessualmente attivi fuori da esso. L'iniziazione sessuale delle adolescenti avviene sempre più spesso fuori dal matrimonio, anche se nella maggioranza dei casi il rapporto è con il futuro marito (McQueston, Silverman and Glassman, 2012; National Research Council and Institute of Medicine, 2005). L'anticipazione del menarca contribu-

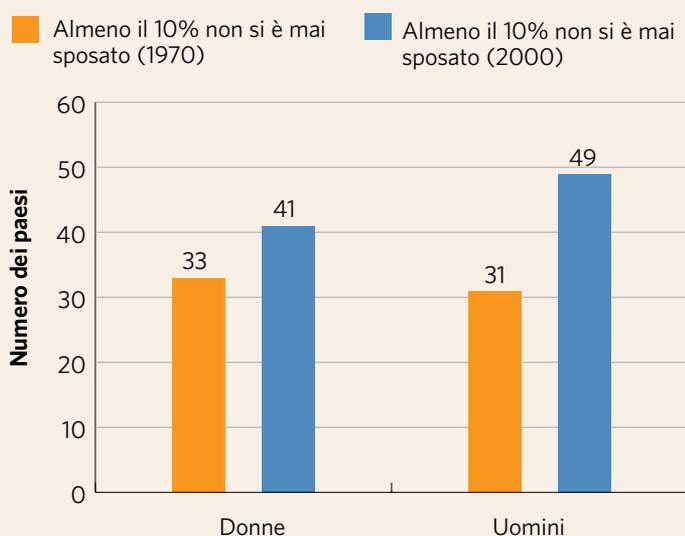
isce probabilmente ad aumentare il rischio per la salute riproduttiva delle giovani donne, in quanto aumentano gli anni che intercorrono tra il menarca e il matrimonio. Circa un terzo delle ragazze di Bangladesh, Ciad, Mali e Niger ha rapporti molto precoci, 14 anni o anche meno (Dixon-Mueller, 2008). La percentuale di questo passaggio varia moltissimo (tra il 40 e l'80 per cento), per esempio, nei paesi dell'Africa sub-sahariana.

Per i ragazzi ci sono molte meno probabilità di fare sesso prima dei quindici anni nei paesi in cui è prassi comune combinare matrimoni con ragazze giovanissime. Dove questo non avviene, invece, i ragazzi, anche di ambienti diversi, sono sessualmente attivi più spesso delle loro coetanee. Come hanno osservato alcuni ricercatori, "il graduale passaggio dall'iniziazione sessuale coniugale a quella extra-coniugale potrebbe costituire un vantaggio per la salute sessuale e riproduttiva delle ragazze" perché il sesso extra-coniugale implica in generale rapporti sessuali meno frequenti e più protetti (Clark, Bruce and Dude, 2006).

I giovani, maschi o femmine, si trovano affrontare difficoltà diverse nelle fasi che vanno dalla prima adolescenza alla prima età adulta. La maggioranza dei giovani non ha rapporti sessuali consensuali con l'intenzione di diventare madre o padre così presto. Nel complesso i giovani del mondo tendono a sposarsi sempre più tardi. Per le donne, l'età media in cui contraggono il primo matrimonio (i dati riguardano solo quelle che si sposano prima dei 50 anni) è aumentata in 100 paesi sui 114 per i quali esistono dati disponibili a partire dal 1970 (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2011b).

Tuttavia sono ancora molti i paesi in cui un precoce ingresso nel matrimonio e nell'attività sessuale continua a mettere le giovani su un sentiero irto di rischi a causa di probabili conseguenze dannose. In molte regioni del pianeta, le ragazze continuano ad avere una probabilità percentualmente significativa, rispetto ai coetanei maschi, di sposarsi ancora bambine e di cominciare a fare sesso prima della maturità. E se le ra-

PAESI IN CUI ALMENO IL 10 PER CENTO DI UOMINI E DONNE NON SI È MAI SPOSATO



Fonte: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2009). World Marriage Data 2008 (POP/DB/Marr/ Rev2008).



gazze iniziano prima dei maschi ad avere rapporti sessuali, le ricerche dimostrano che i giovani hanno più probabilità di fare sesso con una persona che non è il partner convivente (Unicef, Office of the Deputy Director, Policy and Practice, 2011). Questi dettagli aiutano a contestualizzare i dati sulla pianificazione familiare rivolta ai ragazzi, e spiegano in modo più efficace e completo perché i ragazzi hanno più probabilità delle ragazze di usare il preservativo.

Adulti

Benché l'età del primo matrimonio si sia alzata, la maggioranza delle donne e degli uomini finisce per sposarsi o per convivere in un'unione consensuale (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2009). Di conseguenza la procreazione continua a essere molto comune all'interno delle unioni legalmente riconosciute – una realtà coerente con l'accettazione sociale: nella maggior parte dei paesi infatti si ritiene che i figli dovrebbero nascere all'interno del matrimonio. Dati recenti evidenziano però che tra gli adulti l'esigenza di pianificazione familiare può insorgere, sempre più frequentemente, anche quando sono single, separati o divorziati.

Gli adulti oggi trascorrono fuori dal matrimonio molti più anni delle generazioni che li hanno preceduti, e la loro pianificazione familiare deve rispecchiare questa realtà. Nei paesi

sviluppati, come in quelli in via di sviluppo, la percentuale di adulti che non si sposa è in crescita. Negli ultimi quarant'anni il numero di paesi in cui almeno il 10 per cento delle donne non si è mai sposata (entro i 50 anni) è passato da 33 a 41. Per quanto riguarda gli uomini, lo stesso dato è passato da 31 a 49.

Le unioni consensuali di fatto sono rapporti meno stabili e più fluidi del matrimonio ufficiale, e rappresentano una percentuale in aumento di tutte le convivenze. In America Latina e nei Caraibi, circa un quarto delle donne tra i 20 e i 34 anni convive in unione consensuale (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2009). Una scelta meno comune nell'Africa sub-sahariana e in Asia, dove la percentuale scende, rispettivamente, al 10 e al 2 per cento di tutte le donne. Globalmente la percentuale di adulti (fra 35 e 39 anni) divorziati o separati è salita dal 2 al 4 per cento tra il 1970 e il 2000, e questa tendenza, per quanto concentrata soprattutto nei paesi sviluppati, è in aumento ovunque (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2010).

I metodi preferiti

Negli ultimi anni l'uso di metodi moderni di pianificazione familiare è andato aumentando in Africa orientale, soprattutto in Etiopia, Malawi e Ruanda, e anche nel Sudest asiatico, ma nell'Africa centrale e occidentale non si registra

▲ *Camerun. Una famiglia saluta il counsellor per pianificazione familiare che è appena andato a trovarli.*

© UNFPA/Alain Sibener

alcun aumento (Singh and Darroch, 2012). Dove le donne possono accedere a una selezione di metodi contraccettivi, la loro scelta è influenzata da diversi fattori. Tra questi, i più significativi sono i rischi collaterali per la salute, la facilità d'uso e le preferenze del partner (Bradley, Schwandt and Khan, 2009; Darroch, Sedgh and Ball, 2011). Le stime suggeriscono per esempio che 34 milioni di donne sui 104 milioni che adducono, per il mancato uso di contraccettivi moderni, ragioni legate al metodo, dichiarano di volere metodi che non provocano, o non sembrano provocare, problemi per la salute o effetti collaterali (Singh and Darroch, 2012). I metodi a lungo termine, come i di-

spositivi intrauterini o gli anticoncezionali iniettabili, richiedono visite mediche meno frequenti e contano meno, per la continuità d'uso, sulla memoria dell'utente. Singoli e coppie che usano contraccettivi giudicano anche l'efficacia dei vari metodi e le percentuali di fallimento rispetto all'impatto sul piacere sessuale.

In alcuni casi, le donne usano di nascosto dei metodi "invisibili" come i contraccettivi iniettabili per paura che i mariti si oppongano. Poiché le donne sempre più spesso vogliono controllare la loro fecondità, o hanno sempre desiderato farlo ma ora sono più consapevoli di *poterlo fare*, alcune scelgono di aggirare questa opposizione adottando contraccettivi che il partner non può scoprire. Alcuni studi e testimonianze aneddotiche inducono a ritenere che la rapida ascesa degli iniettabili (dal 6 al 20%) nell'Africa sub-sahariana e in altre regioni si possa attribuire al fatto che possono usarli in segreto anche quelle donne che sentono di dover tenere nascosto il ricorso ai contraccettivi a mariti, famiglie o comunità locali (Biddlecom and Fapohunda, 1998).

Efficacia dei metodi

I metodi a lungo termine come gli impianti e i dispositivi intrauterini sono estremamente efficaci per la prevenzione delle gravidanze, soprattutto perché non richiedono un'azione quotidiana o periodica, come prendere la pillola o farsi fare un'altra iniezione in tempo. Pillola, cerotti, anelli vaginali, iniettabili e barriere sono tutti molto più efficaci quando sono usati "in modo perfetto" che nella pratica normale, perché le persone possono dimenticare di usare il metodo in questione, o usarlo in modo non corretto.

I metodi moderni sono in massima parte estremamente efficaci se usati in modo corretto e continuativo. Anche i metodi basati sull'individuazione dei giorni fertili sono abbastanza efficaci, se usati correttamente, e a volte sono preferiti dalle donne che hanno obiezioni religiose nei riguardi di altre forme di contraccezione. Anche i metodi meno efficaci sono di gran lunga più idonei

EFFICACIA DEL METODO

Metodo, dal più al meno efficace	Gravidanze per 100 donne nel primo anno di uso normale
Impianto	,05
Vasectomia	,15
Sterilizzazione femminile	,5
Dispositivi intrauterini (IUD) (Spirale)	,8
IUD a rilascio ormonale	,2
Iniettabili - validità 3 mesi	6
Anello vaginale	9
Cerotti	9
Pillola, ormoni assunti per via orale	9
Diaframma	12
Preservativo maschile	18
Preservativo femminile	21
Spugna	12-24
Coito interrotto	22
Metodi basati sui giorni fecondi (Ogino-Knaus, Billings, Temperatura basale, Sinto-termico)	24
Spermicidi	28
Nessun metodo	85

Fonte: Guttmacher Institute, 2012. (Based on data from the United States)

a prevenire una gravidanza rispetto al non usare alcun metodo. Circa 85 donne sessualmente attive su 100 che scelgono di non ricorrere ad alcun metodo resteranno incinte entro il primo anno di attività sessuale (Guttmacher Institute, 2012).

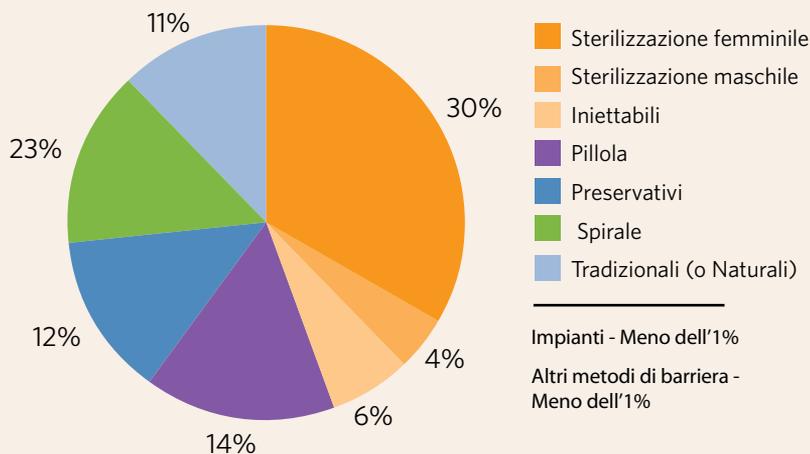
L'efficacia dei metodi – misurata in gravidanze ogni 100 donne nel primo anno di uso regolare – va dallo 0,05 degli impianti al 28 degli spermicidi, rispetto all'85 di chi non usa alcun tipo di contraccettivo (Guttmacher Institute, 2012). In tutto il mondo, quasi una donna su tre di quelle che ricorrono alla contraccezione conta sulla sterilizzazione femminile. Circa una su quattro sceglie un dispositivo intrauterino. Più di una su 10 adotta un metodo tradizionale, soprattutto il coito interrotto e il ritmo del ciclo mestruale.

L'uso dipende dalle opzioni accessibili, dalla facilità d'uso e dalle informazioni

Le donne spesso non ricorrono ai contraccettivi pur desiderandolo o ne fanno un uso discontinuo perché non sono soddisfatte delle opzioni loro fornite (Frost and Darroch, 2008; Bradley, Schwandt and Khan, 2009). La maggior parte delle opzioni disponibili dipendono da tecnologie sviluppate negli anni sessanta e settanta: dopo di allora, gli investimenti nella ricerca e nella diffusione di nuovi metodi sono stati solamente simbolici (Harper, 2005; Darroch, 2007). Oltre a migliorare la qualità dei servizi di informazione sui metodi moderni, gli sforzi dei Governi per tutelare i diritti di uomini e donne dovrebbero prevedere investimenti in nuovi metodi contraccettivi, specie quelli che non provocano sistematicamente effetti collaterali, che consentono l'uso estemporaneo e che non prevedono che il partner collabori o ne sia informato (Darroch, Sedgh and Ball, 2011).

L'adozione di nuovi metodi non basta, da sola, a eliminare le esigenze non soddisfatte. Ma alcuni dei nuovi metodi approvati di recente da molti Governi potrebbero consentire alle donne di esercitare il proprio diritto a prevenire le gravidanze in modo più affidabile e sicuro. Secondo molte ricerche, le cause principali della discontinuità - effetti

USO GLOBALE DEI CONTRACCETTIVI. PER METODO



Fonte: Nazioni Unite. 2011 World Contraceptive Data Sheet

collaterali e timore degli stessi – sono anche il principale ostacolo negli sforzi per soddisfare la domanda (Cottingham, Germain and Hunt, 2012).

L'efficacia e la possibilità di scegliere tra una vasta gamma di metodi fanno parte della domanda ma riflettono anche l'offerta. La qualità dei servizi è spesso scarsa, e la maggioranza delle persone non può scegliere tra un'offerta completa; di conseguenza, la pianificazione familiare spesso non risulta un'opzione attraente, anche quando si desidera rimandare o evitare del tutto la gravidanza.

Pianificazione familiare e attendibilità delle forniture

Soprattutto nei paesi più sviluppati cresce il numero di opzioni contraccettive tra cui scegliere. Ma nella maggior parte dei paesi in via di sviluppo le donne hanno molte meno possibilità di scelta, per quanto la gamma di metodi disponibili stia aumentando e oggi spesso comprenda, oltre a pillola e preservativi, anche contraccettivi iniettabili e impianti. Disporre di metodi con-



▲ *Filippine. Una coppia durante una visita in una clinica per la pianificazione familiare a Mindanao.*
©Panos/Chris Stowers

traccettivi è difficile; distribuirli lo è forse ancora di più. La maggioranza dei finanziamenti internazionali per i preservativi viene spesa per acquistarli, e molto poco si stanZIA per la consegna e la distribuzione.

STUDIO DI UN CASO

Le forniture di contraccettivi nello Swaziland

Poter accedere ai contraccettivi e poter contare sulla loro continua reperibilità è essenziale per realizzare il diritto dei singoli alla pianificazione familiare. Come molti altri paesi africani, lo Swaziland ha avuto periodi di penuria di approvvigionamento, e per la popolazione era difficile scegliere e sentirsi sicura affidandosi a taluni specifici metodi contraccettivi. La programmazione relativa alla sicurezza delle risorse in materia di salute riproduttiva si è concentrata soprattutto sull'erogazione dei contraccettivi da parte del Governo, con scarsi risultati.

All'interno degli sforzi per affrontare gli alti tassi di mortalità materna e di gravidanze tra le adolescenti, lo Swaziland ha investito nell'acces-

sibilità degli strumenti di salute riproduttiva. Il ministero della Salute ha rinforzato i legami con la società civile e con Unfpa, istituendo nel 2011 una partnership con la Family Life Association of Swaziland, con Management Sciences for Health e Unfpa per consolidare il programma di distribuzione. L'obiettivo complessivo era di migliorare l'efficacia del sistema sanitario e garantire l'approvvigionamento dei materiali per la salute riproduttiva attraverso tre strategie: potenziare i sistemi nazionali nel settore della salute riproduttiva e della distribuzione di materiali e servizi; migliorare la formazione del personale per quanto riguarda l'implementazione, il monitoraggio e la valutazione del programma; moltiplicare gli impegni politici ed economici verso i servizi e i materiali per la salute riproduttiva. Secondo gli standard tradizionali, il successo è stato raggiunto grazie a un incremento della diffusione dei contraccettivi. Ma l'aumento del numero delle strutture che offrono servizi di pianificazione familiare, e l'affidabilità di tali servizi, sono stati altrettanto decisivi. ■

I metodi tradizionali di pianificazione familiare sono ancora molto popolari

I metodi tradizionali sono tuttora largamente usati, soprattutto nei paesi in via di sviluppo. Ricerche e sondaggi non sempre spiegano perché le persone preferiscano ricorrere ai metodi tradizionali piuttosto che a quelli moderni.

Per metodi tradizionali si intende l'astinenza periodica, il coito interrotto, l'amenorrea prolungata per l'allattamento al seno, le pratiche "tradizionali"; la loro efficacia varia pertanto in modo estremamente significativo. Analisi comparate condotte in ambienti diversi confermano che le donne che usano metodi moderni hanno molte probabilità in meno di restare incinte rispetto a quelle che si affidano ai metodi tradizionali (Trussell, 2011). Malgrado la tendenza a raggruppare tutti i metodi tradizionali in una stessa categoria, in realtà non sono tutti uguali. Vari paesi hanno

una buona esperienza nei metodi tradizionali, non-moderni. Per esempio, il coito interrotto viene usato comunemente anche tra le coppie istruite in Iran e in Turchia, e viene largamente utilizzato per evitare le gravidanze in Sicilia e in Pakistan (Cottingham, Germain and Hunt, 2012; Erfani, 2010). La Demographic and Health Surveys definiscono il *coitus interruptus* come un “metodo popolare del tutto inefficace”, eppure si tratta di un metodo ampiamente usato in vari paesi e la sua efficacia risulta all’incirca pari a quella del preservativo (Cottingham, Germain and Hunt, 2012).

I metodi femminili di family planning sono più diffusi di quelli maschili

Il Programma d’azione della Conferenza del Cairo definisce una “priorità assoluta... lo sviluppo di nuovi metodi maschili per la regolazione della fecondità” e auspica il coinvolgimento dell’industria privata. Esorta gli Stati a promuovere il coinvolgimento maschile e la responsabilità degli uomini nella pianificazione familiare (Paragrafo 12.14.). A quasi 20 anni di distanza, nessun nuovo metodo maschile è stato introdotto in modo rilevante. A parte le poche opzioni rivolte agli uomini, il loro ricorso a metodi di pianificazione familiare è addirittura inferiore a quello immaginato dalla Conferenza del Cairo. Oggi, seppure conteggiassimo insieme al preservativo anche tutti i metodi tradizionali che esigono la collaborazione dell’uomo (ritmo mestruale, coito interrotto e altri), i metodi maschili non supererebbero il 26 per cento di tutta la contraccezione globale (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2011).

Le percentuali di sterilizzazioni femminili sono di gran lunga superiori a quelle maschili. Per quanto difficile possa essere la decisione di inibire in modo permanente la possibilità di avere figli, la sterilizzazione è il metodo di pianificazione familiare più comunemente usato in tutto il mondo, a cui si affida più di una donna sposata su cinque. Quasi ovunque le donne hanno molte più probabilità degli uomini di sottoporsi a una procedura

di sterilizzazione. In Colombia per esempio, dove il 78 per cento delle donne utilizza normalmente qualche forma di contraccezione, quasi un terzo (31 per cento) si è sottoposto a sterilizzazione, a fronte di appena il 2 per cento degli uomini (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2011). Poiché il desiderio di fecondità tende a scemare nel tempo, le coppie che si sposano molto giovani smetteranno di avere figli quando sono più giovani della media. Dopo aver raggiunto il livello di fecondità auspicato, queste coppie più giovani potrebbero voler evitare nuove gravidanze per altri 25 anni, il che rende particolarmente attraenti i metodi permanenti.

Mentre tassi di sterilizzazione femminile più alti si registrano in America Latina e in America centrale, fino a raggiungere il 47 per cento nel-

“Sebbene la decisione di interrompere permanentemente le gravidanze può essere difficile, la sterilizzazione è il metodo di pianificazione familiare più usato nel mondo, a cui ricorre una donna sposata su cinque”

la Repubblica Dominicana, solo in 14 paesi in tutto il mondo gli uomini che si sono sottoposti a vasectomia superano il 5 per cento. I tassi di sterilizzazione maschile e femminile sono molto simili in Australia e in Nuova Zelanda, dove il 15 per cento circa sia degli uomini e sia delle donne si fa sterilizzare (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2011). La sterilizzazione maschile supera quella femminile in appena una manciata di paesi, in particolare in Canada e nel Regno Unito, dove gli uomini hanno una probabilità circa doppia di chiedere la sterilizzazione rispetto alle donne.

Dall’esperienza dei paesi più sviluppati, si potrebbe dedurre che le percentuali di vasectomia riflettono principalmente il potere economico e il rispetto dei diritti delle donne in questi paesi. Il Nepal è uno dei pochissimi paesi in via di sviluppo in cui la percentuale delle vasectomie supera il 5 per cento e corrisponde ad almeno un terzo

delle sterilizzazioni femminili: questo induce a pensare che l'aumento di *empowerment* femminile in Nepal potrebbe incidere sulle scelte nel campo della contraccezione (EngenderHealth, 2002).

La sterilizzazione femminile è una procedura molto più invasiva, costosa e rischiosa di quella maschile, ed è anche un po' meno efficace; eppure è enormemente più diffusa della vasectomia,

ovunque salvo che nell'America settentrionale e nell'Europa occidentale (Greene and Gold, n.d.; Shih, Turok and Parker, 2011). Che la sterilizzazione femminile sia divenuta la norma, mentre quella maschile resta rara, è una lampante dimostrazione delle disuguaglianze di genere. L'impossibilità di accedere alla vasectomia, e il fatto che non venga propagandata e promossa, compromette i diritti tanto degli uomini come delle donne.

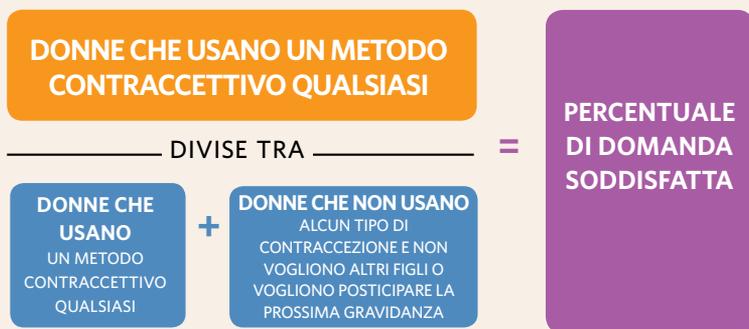
Alla luce di questi dati, quali sono i fattori che le coppie prendono in considerazione, ammesso che ne discutano, per decidere chi dei due deve essere sterilizzato? Un'analisi condotta in più nazioni dimostra che alcuni degli uomini che hanno scelto la vasectomia lo hanno fatto perché erano preoccupati per la salute della loro compagna (Landry and Ward, 1997). Altri si sono dichiarati insoddisfatti della scelta dei metodi a loro disposizione, oppure vi sono stati indotti perché la loro compagna aveva dovuto interrompere l'utilizzo di altri metodi a causa degli effetti collaterali. In alcune famiglie povere si è scelta la vasectomia perché la convalescenza avrebbe tenuto per troppo tempo le donne lontane dalla cura dei figli e della casa. Alcuni uomini hanno deciso di non volere altri figli e non si sono neanche consultati con la compagna prima di farsi sterilizzare. Negli Stati Uniti, l'incidenza della vasectomia è maggiore tra gli uomini di istruzione e reddito elevati, mentre la sterilizzazione femminile è diffusa soprattutto tra le donne ai livelli più bassi di istruzione e di reddito (Anderson et al., 2012).

Nell'Africa sub-sahariana la vasectomia è piuttosto rara, con tassi sotto all'1 per cento (Bunce et al., 2007). Pochissimi operatori sanitari hanno ricevuto la formazione necessaria ad effettuarla e molti uomini e donne, per non dire la grande maggioranza, non ne hanno mai sentito parlare. Uno studio condotto in Tanzania sull'accettabilità della vasectomia ha rivelato che la diffidenza circa gli effetti collaterali sull'attività sessuale riguardava tanto gli uomini come le donne (Bunce et al., 2007). Queste ultime temevano che i mariti sarebbero

DOMANDA E OFFERTA NEL CORSO DEL TEMPO

Le misurazioni sulla diffusione dei contraccettivi e sulla domanda inevasa sono limitate, in quanto non sempre riescono a cogliere la natura dinamica delle decisioni individuali concernenti la sfera sessuale, nonché il contesto in cui vengono prese tali decisioni. Per esempio, la diffusione dei contraccettivi e la percentuale dei bisogni insoddisfatti sono influenzate da fattori che le donne che vorrebbero ricorrere ai contraccettivi non sono in grado di controllare, come il cambiamento nella disponibilità e nelle forniture dei contraccettivi stessi in un dato periodo di tempo. Inoltre, il bisogno insoddisfatto di pianificazione familiare riflette sia la domanda che l'offerta di determinati contraccettivi mano a mano che la gente viene a conoscenza dei benefici derivanti dall'esercizio del diritto di pianificare la propria famiglia, la richiesta di servizi rischia di aumentare più rapidamente delle forniture in distribuzione. Questo vale soprattutto per le zone più difficili da raggiungere e per quelle sottopopolazioni la cui attività sessuale sfida le convenzioni sociali riguardo al sesso.

Mentre la diffusione dei contraccettivi e la domanda inevasa sono indicatori importanti, i loro limiti intrinseci impongono la necessità di ulteriori indicatori, capaci di cogliere meglio la proporzione di domanda che i sistemi sanitari devono soddisfare (Unfpa, 2011). Uno di tali indicatori è la "percentuale di domanda soddisfatta". Questo indicatore si può ricavare dagli attuali metodi di raccolta dei dati, ed è in grado di monitorare in modo più accurato se il desiderio dichiarato di pianificazione familiare stia trovando risposta. Inoltre, un uso più continuativo delle analisi per quintili distinte tra aree rurali e urbane può aiutare i politici e gli esperti dello sviluppo a progettare strategie e programmi di pianificazione familiare tagliati su misura in base agli effettivi bisogni.



Fonte: United Nations Population Fund (2010). *Sexual and Reproductive Health for All: Reducing poverty, advancing development and protecting human rights*. New York: UNFPA

diventati infedeli, mentre molti uomini avevano sentito dire che la vasectomia porta all'impotenza e temevano di essere lasciati dalle mogli se le loro prestazioni sessuali fossero peggiorate.

STUDIO DI UN CASO

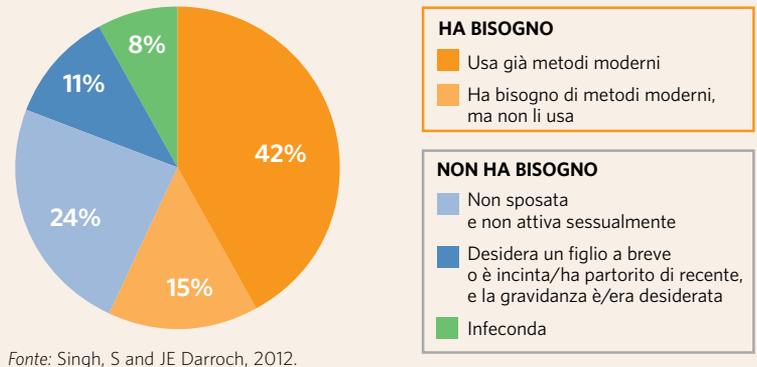
Vasectomia senza bisturi nelle Isole Solomon

Dopo la Conferenza del Cairo, i programmi di pianificazione familiare nelle Isole Solomon hanno adottato un approccio basato sui diritti. Le nuove misure di politica demografica hanno cominciato a riflettere un' enfasi sui diritti e il Governo si è esplicitamente impegnato a "... incoraggiare e sostenere gli sforzi dei genitori nel prendere decisioni responsabili sulla dimensione dei nuclei familiari..." La pianificazione familiare è stata rinforzata nel 2003-2004 con l'aggiornamento delle linee guida nazionali e con un'estesa attività di formazione per gli operatori sanitari su vari argomenti quali la scelta informata e una più ampia gamma di metodi tra cui scegliere. La diffusione della contraccezione è passata dall'11 al 29 per cento. Un metodo particolarmente popolare è la vasectomia senza bisturi. Il successo della proposta di questa procedura è stato in parte attribuito al fatto che per la prima volta si invitavano gli uomini a impegnarsi maggiormente nella pianificazione familiare. Inoltre la vasectomia senza bisturi è molto economica e si può eseguire in ambulatorio, mentre la chiusura delle tube richiede il ricovero in una struttura autorizzata. Un ulteriore fattore, a quanto pare determinante nel promuovere l'assunzione di responsabilità da parte degli uomini, è stata la decisione di sollecitare la presenza dei mariti durante il travaglio e il parto, un evento che ha fatto crescere in loro la considerazione per le mogli e la comprensione di ciò che il parto comporta. ■

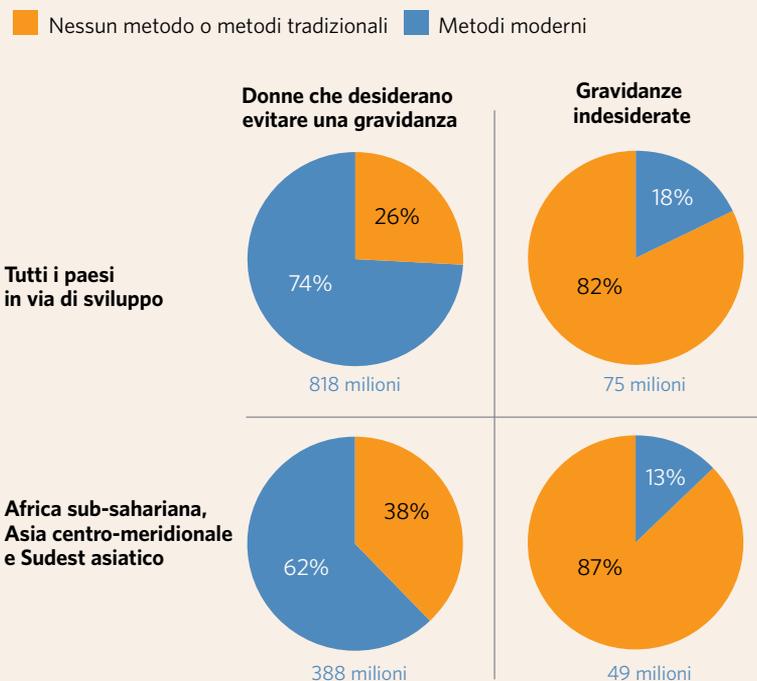
Contraccezione d'emergenza

Come indica il nome, la contraccezione d'emergenza è un metodo retroattivo per impedire la

OLTRE LA METÀ DELLE DONNE IN ETÀ FERTILE NEI PAESI IN VIA DI SVILUPPO HA BISOGNO DI CONTRACCETTIVI MODERNI



LE DONNE CHE VOGLIONO EVITARE UNA GRAVIDANZA MA NON USANO UN METODO MODERNO RAPPRESENTANO LA VASTISSIMA MAGGIORANZA DI TUTTE LE GRAVIDANZE NON DESIDERATE



gravidanza in caso di rapporti sessuali non protetti, uso incorretto dei metodi contraccettivi, rottura o sfilamento del preservativo o fallimento di altri metodi. Una sola pillola contraccettiva, se presa entro cinque giorni dal rapporto non protetto, impedisce l'impianto dell'uovo fecondato, riducendo – in una percentuale che oscilla tra il 60 e il 90 per cento – la possibilità di una gravidanza indesiderata. Prima si assume il farmaco, maggiore è la sua efficacia. La contraccezione d'emergenza non ha effetto se l'impianto è già iniziato, e non provoca l'aborto. È intesa solo per uso d'emergenza, e non è indicata per un uso regolare. Per una protezione a lungo termine, anche il dispositivo intra-uterino, o spirale, se inserito entro cinque giorni dal rapporto, impedisce l'impianto dell'ovulo, e può restare in sede anche fino a dieci anni (Trussell and Raymond, 2012). La contraccezione d'emergenza svolge un ruolo cruciale nei casi di violenza sessuale e durante i conflitti armati e le emergenze umanitarie. Data la natura imprevedibile e spesso non programmata dei rapporti sessuali tra giovanissimi, è particolarmente importante inserirla nella gamma di servizi da offrire ad adolescenti e giovani.

Diritti e bisogni inevasi di pianificazione familiare

Secondo un rapporto del 2012 eseguito dal Guttmacher Institute e da Unfpa sui bisogni di pianificazione familiare che non trovano risposta, nel mondo in via di sviluppo vivono 1,52 miliardi di donne in età fertile. Si calcola che 867 milioni abbiano bisogno di metodi contraccettivi, ma che solo 645 milioni utilizzino attualmente metodi contraccettivi moderni. Pertanto, 222 milioni di donne hanno un bisogno di contraccezione che rimane inevaso.

- Secondo le proiezioni, nel 2012 ci saranno, nel mondo in via di sviluppo, circa 80 milioni di gravidanze non preventivate, in seguito al fallimento o al non uso dei contraccettivi, in donne che non desiderano restare incinte a breve.
- Di questi 80 milioni di gravidanze, la maggio-

ranza – 63 milioni – si verificherà tra le donne che non hanno trovato risposta ai propri bisogni di contraccezione moderna.

- Il 18 per cento di tutte le gravidanze non desiderate si verifica tra quei 603 milioni di donne che pur usando un contraccettivo moderno incontrano difficoltà nell'utilizzarlo in modo continuativo e corretto, o a causa di un fallimento del metodo stesso.

Perché la domanda di contraccezione è ancora così alta?

Quei 222 milioni di donne che vorrebbero evitare di restare incinte almeno per i prossimi due anni ma non stanno usando nessun metodo contraccettivo riflettono in realtà una leggera diminuzione della domanda inevasa verificatasi tra il 2008 e il 2012. In questo periodo il numero delle donne che desiderava evitare una gravidanza è cresciuto di circa 40 milioni, e i più grandi progressi nella riduzione della domanda inevasa sono stati compiuti nel Sudest asiatico. Malgrado queste conquiste c'è ancora un bisogno significativo di interventi mirati capaci di raggiungere le comunità dove la domanda è più alta e i sottogruppi di popolazione più emarginati, dove i bisogni disattesi sono ancora relativamente elevati.

Nel mondo in via di sviluppo nel suo complesso, il 18 per cento delle donne sposate hanno un bisogno insoddisfatto di contraccettivi moderni, ma la percentuale in Africa occidentale, centrale e orientale oscilla tra il 30 e il 37 per cento. Nella regione araba sono ancora molte le donne che avrebbero bisogno di pianificazione familiare – cioè che preferirebbero evitare una gravidanza per almeno due anni, ma non stanno usando alcun metodo di pianificazione familiare. Un'indagine svolta a cura del Pan-Arab Project for Family Health ha rivelato che nei paesi arabi soltanto 4 donne sposate e in età fertile su 10 ricorrono a qualche forma moderna di contraccezione (Roudi-Fahimi et al., 2012). In questi paesi l'ambivalenza delle donne nei confronti della pianificazione familiare è il risultato di una serie di

fattori, tra cui il timore degli effetti collaterali, la preoccupazione per la reazione dei mariti, i conflitti sui ruoli familiari e la responsabilità culturale dell'aver figli. Questa ambivalenza diminuisce con l'aumentare dell'età delle donne interessate.

Soprattutto nell'Africa occidentale e centrale, i sistemi sanitari in cattive condizioni e i servizi di scarsa qualità contribuiscono a innalzare la domanda inevasa (Singh and Darroch, 2012). In tutti i paesi in via di sviluppo, di fatto, le donne povere hanno più figli e usano meno contraccettivi di quelle più benestanti: un dato che sottolinea la necessità di una programmazione mirata sulle comunità più povere di risorse. Nell'Africa subsahariana le donne del quintile più ricco hanno il triplo delle probabilità di usare la contraccezione rispetto a quelle del quintile più povero (Gwatkin et al., 2007). La differenza principale tra chi usa e chi non usa contraccettivi sta nel fatto che alcune donne hanno accesso alle informazioni, hanno più opzioni di scelta in conseguenza del maggiore benessere e del più alto livello di istruzione, e possono intraprendere azioni funzionali al proprio desiderio di avere meno figli.

Tra le donne che hanno un desiderio insoddisfatto di pianificazione familiare si verificano quasi quattro su cinque di tutte le gravidanze non desiderate (Singh and Darroch, 2012). Tra gli altri fattori che conducono a gravidanze indesiderate ci sono anche l'uso scorretto o non regolare di un metodo contraccettivo, esito forse anche di *counseling* o informazioni inadeguate, e l'interruzione di un metodo senza il passaggio immediato a un altro metodo (Singh and Darroch, 2012). L'uso di metodi moderni tra le donne nubili nel mondo in via di sviluppo è di gran lunga più basso che tra le sposate, con l'eccezione dell'Africa sub-sahariana dove le donne hanno estrema necessità di una duplice protezione: sia dalla gravidanza, sia da infezioni a trasmissione sessuale, compreso l'Hiv, e dove i preservativi sono il metodo contraccettivo prevalente tra le donne nubili (Singh and Darroch, 2012).

I dati confermano anche la necessità di servizi rivolti alle/i giovani e alle/gli adolescenti. Le gra-

vidanze tra le adolescenti tra i 15 e i 19 anni provenienti da famiglie povere sono più del doppio rispetto alle loro coetanee provenienti da famiglie benestanti (Gwatkin et al., 2007). Queste disparità sono aggravate dal fatto che le ragazze povere hanno più probabilità delle altre di sposarsi troppo presto, avere un basso livello di istruzione, soffrire di malnutrizione, partorire bambini prematuri o sottopeso. Negli ultimi dieci anni ben pochi miglioramenti nell'accesso ai contraccettivi da parte delle adolescenti si possono osservare in 22 stati dell'Africa sub-sahariana, dove un'adolescente su quattro ha una domanda inevasa di pianificazione familiare (United Nations, 2011c). In tutte le regioni del mondo le adolescenti sposate faticano più delle donne adulte nel trovare risposta ai propri bisogni di servizi di contraccezione (Ortayli and Malarcher, 2010). Ma anche le giovani nubili incontrano difficoltà nell'ottenere contraccettivi, soprattutto per lo stigma sociale annesso all'attività sessuale prima del matrimonio (Singh and Darroch, 2012).

L'uso dei contraccettivi fa scendere il numero degli aborti

Secondo un recente studio del Guttmacher Institute (Singh and Darroch, 2012), circa 80 milio-

▼ Botswana. Un informatore sulla salute durante una visita a domicilio a Gaborone.
©Panos/Giacomo Pirozzi



ni di gravidanze indesiderate sono previste per il 2012 nel mondo in via di sviluppo e 40 milioni di queste gravidanze molto probabilmente finiranno con un aborto.

Le gravidanze indesiderate che si concludono con un aborto dipendono in maggioranza dal mancato uso di un metodo contraccettivo o dal mancato funzionamento del metodo stesso, specie dal fallimento di un metodo tradizionale come il coito interrotto. Malgrado il basso tasso di efficacia, l'11 per cento di tutte coloro che adottano un qualche metodo contraccettivo nel mondo (meno del 7 per cento di tutte le donne sposate) si affidano al coito interrotto, all'andamento del ciclo mestruale e ad altri metodi tradizionali (Rogow, 1995). Se tra i fattori di questa scelta c'è spesso

denza come molte donne che usavano contraccettivi moderni hanno smesso di farlo per diversi motivi (Westoff, 2005). La maggioranza delle gravidanze che risultano dall'interruzione dell'uso di un metodo moderno si concludono con un aborto. Questo evidenzia l'importanza di offrire una gamma di metodi tra cui scegliere, di garantire la qualità del *counselling* e delle altre forme di "accompagnamento" delle utenti, e di formare operatori capaci di aiutare le donne insoddisfatte di un metodo a sceglierne un altro prima che si verifichi una gravidanza non voluta.

In Ucraina, i tassi di fecondità hanno iniziato a scendere quando sempre più donne hanno avuto l'opportunità di intraprendere una carriera fuori casa, e sempre più coppie hanno cominciato a scegliere di avere meno figli. Subito dopo il crollo dell'Unione Sovietica, le coppie contavano sull'aborto come principale strumento di controllo delle nascite. Oggi però che la pianificazione familiare è più facilmente disponibile e accettata, ci sono meno gravidanze non desiderate e di conseguenza meno aborti.

In America Latina e nei Caraibi il numero degli aborti è diminuito, passando da 37 ogni 1000 donne tra i 15 e i 44 anni nel 1991, a 31 su mille nel 2008 (Kulcycki, 2011); nello stesso periodo, l'uso dei contraccettivi moderni è aumentato in tutta la regione, fino a raggiungere circa il 67 per cento di tutte le donne sposate (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2011). Ma in alcune regioni e per alcuni gruppi, soprattutto i poveri e le/gli adolescenti, l'accesso ai contraccettivi è ancora difficile. Alti tassi di gravidanze non volute inducono molte donne a chiedere l'aborto, il cui accesso però nella maggioranza degli Stati della regione è drasticamente limitato dalla legge. In molti stati l'aborto è consentito soltanto per salvare la vita della donna. Di conseguenza, quasi tutti i 4,2 milioni di aborti praticati nella regione sono praticati in clandestinità o in condizioni non sicure; i tassi di aborto e le percentuali di aborti eseguiti senza adottare le necessarie misure di sicurezza sono i più alti del

“Tutti i paesi dovrebbero, nel corso dei prossimi anni, valutare la misura nazionale della domanda inesa di servizi di pianificazione familiare di qualità, e della sua integrazione nel contesto della salute riproduttiva, con particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili e bisognosi della popolazione”.

— Programma di azione del Cairo 1994, Paragrafo 7.16

la mancanza di accesso ai metodi moderni, molti preferiscono i cosiddetti metodi “naturali” per l'assenza di effetti collaterali, perché non comportano spese e perché si possono usare a casa, senza recarsi da un medico.

Affrontare i timori che le donne nutrono verso i metodi moderni, aiutare quelle che smettono di usare un metodo a trovarne uno nuovo ed efficace, potrebbe ridurre le gravidanze indesiderate anche del 60 per cento nell'Africa sub-sahariana, nell'Asia centro-meridionale e nel Sudest asiatico, e ridurre di oltre la metà l'aborto in quelle regioni (Cohen, 2011). Affrontare la domanda inesa in tutto il mondo servirebbe a prevenire 54 milioni di gravidanze non volute, e porterebbe a praticare 26 milioni di aborti in meno – passando da 40 a 14 milioni di aborti (Singh and Darroch, 2012).

Uno studio sull'aborto in 12 paesi dell'Asia centrale e dell'Europa orientale ha messo in evi-

mondo (United Nations, Economic Commission for Latin America and the Caribbean, 2011).

E se le donne più ricche possono rivolgersi agli operatori privati, quelle povere subiscono spesso le conseguenze, dal punto di vista medico e legale, delle opzioni limitate di cui dispongono (World Health Organization, 2011a). Gli aborti non sicuri nella regione causano oltre 1000 morti e 500.000 ricoveri ospedalieri all'anno (Kulczyk, 2011).

Tra le donne delle regioni più sviluppate e dei paesi in via di sviluppo l'incidenza degli aborti è analoga: 29 su 1000 donne nei paesi in via di sviluppo, a fronte di 26 su 1000 nei paesi più sviluppati (World Health Organization, 2011). Anche se la diffusione dei contraccettivi nei paesi maggiormente avanzati è più alta, alcune donne ne interrompono l'uso oppure non possono accedervi con regolarità.

Gli aborti non sicuri corrispondono a quasi la metà di tutti gli aborti (Sedgh, Singh and Shah, 2012). Quasi tutti gli aborti non sicuri (98 per cento), in tutti i gruppi di età, si praticano nei paesi in via di sviluppo; il numero maggiore riguarda l'Africa sub-sahariana. L'Organizzazione mondiale della sanità calcola che ogni anno si eseguano 21,6 milioni di aborti non sicuri (World Health Organization, 2011). Si tratta di un numero in continua crescita, perché il numero delle donne in età fertile (15-44) è in aumento in tutto il mondo.

STUDIO DI UN CASO

Aborto non sicuro in mozambico

Alcune giovani donne del Mozambico ricorrono a pratiche pericolose e illegali per interrompere le gravidanze non desiderate. La Associação Moçambicana para o Desenvolvimento da Família (Amodefa) a cui si sono aggiunte ora altre organizzazioni non governative, ha dato vita a una serie di gruppi di discussione, i cosiddetti "Women's Caucus", che per due ore ogni settimana si ritrovano per parlare di questo e di altri problemi correlati (United Nations Population Fund, 2011a). Le donne scelgono l'argomento di



discussione, che può vertere sulla contraccezione, sui partner, sugli aborti a rischio, sull'uguaglianza di genere, su piccole opportunità di lavoro o sulla violenza contro le donne. A coordinare il dibattito sono le giovani di Amodefa, che hanno una formazione nel campo dei diritti umani, della salute sessuale e riproduttiva e dell'uguaglianza di genere. Le giovani donne acquistano sicurezza per quanto riguarda il proprio potere decisionale sulla salute riproduttiva e acquisiscono importanti informazioni sui servizi di salute sessuale e riproduttiva e su dove trovarli. ■

Più uso di contraccettivi, meno aborti

Ci sono prove evidenti che con il diffondersi dell'uso dei contraccettivi moderni la percentuale di aborti diminuisce (Westoff, 2008). Per esempio, in Russia l'uso dei dispositivi intrauterini e della pillola è aumentato del 74 per cento tra il 1991 and 2001: nello stesso periodo l'aborto, che prima era il principale strumento di control-

▲ Entro il 2020 se altri 120 milioni di donne potranno ottenere i contraccettivi che desiderano, ci saranno 200.000 donne e ragazze in meno che moriranno durante la gravidanza e il parto - ciò significa salvare una vita ogni 20 minuti. L'accesso alla contraccettivi significherebbe 3 milioni di bambini in meno morti nel primo anno di vita.

©Lindsay Mgbor/UK Department for International Development

lo della fecondità, è diminuito del 61 per cento. Analoghi andamenti si riscontrano in tutta l'Europa orientale e in Asia centrale, regioni in cui in precedenza le donne non potevano accedere alla contraccezione moderna (Westoff, 2005).

Secondo i dati più recenti, il 40 per cento di tutti gli aborti non sicuri praticati nel mondo sono eseguiti su giovani e adolescenti (Shah and Ahman, 2004). Le adolescenti incorrono in misura maggiore nei rischi di morte e disabilità rispetto alle donne adulte, perché tardano troppo a ricorrere all'aborto e non cercano assistenza in caso di complicazioni. La percentuale di abortività cresce dove ci sono dei limiti alla contraccezione e dove aumenta l'esigenza di avere famiglie più piccole o di rimandare le gravidanze.

La pianificazione familiare rivolta alle/i giovani può contribuire a prevenire le principali cause di morte tra le ragazze di età compresa tra i 15 e i 19 anni: complicazioni collegate alla gravidanza, al parto e all'aborto non sicuro (Patton et al., 2009). Quasi tutte le morti materne si verificano nei paesi in via di sviluppo: oltre la metà avvengono nell'Africa sub-sahariana e quasi un terzo

nell'Asia meridionale (World Health Organization, 2012).

Uno studio comparato sulle ospedalizzazioni in 13 paesi in via di sviluppo stima che quasi un quarto di tutte le donne (8,5 milioni) che si sottopongono ogni anno a un aborto riportano complicazioni che necessitano di cure mediche, e circa 3 milioni di loro non ricevono l'assistenza di cui hanno bisogno (Singh, 2006).

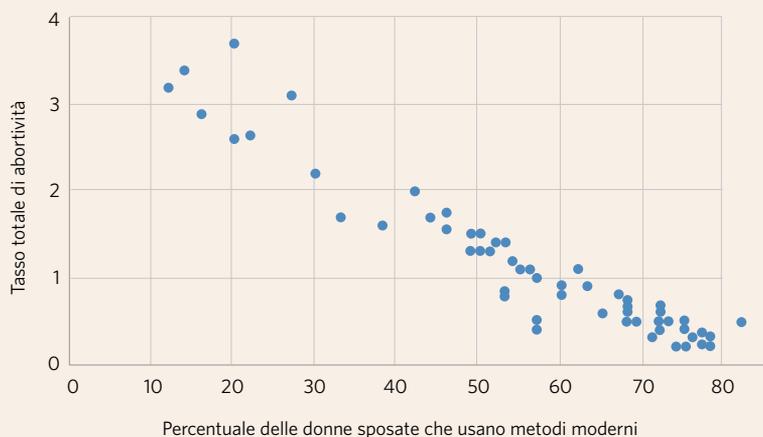
Rispetto alle donne adulte, le giovani devono affrontare molti più rischi di complicazioni e di morte in seguito alla gravidanza. Le giovani madri hanno infatti da due a cinque volte maggiori probabilità di morire durante il parto, e il rischio di mortalità materna è più alto tra le ragazze che partoriscono prima di aver compiuto quindici anni (World Health Organization, 2006). Le ragazze incinte con meno di 19 anni corrono fino a quattro volte più rischi di mortalità materna rispetto alle donne che ne hanno almeno 20 (Greene and Merrick, n.d.).

Spesso trascurata, anche la morbidità materna è una preoccupazione per le giovani. Le giovani madri sopravvissute al parto sono maggiormente a rischio di subire lesioni e infezioni collegate alla gravidanza, tra cui la fistola ostetrica. Nell'Africa sub-sahariana e in Asia, le Nazioni Unite calcolano che oltre 2 milioni di giovani donne soffrono, senza curarsi, di fistola ostetrica, una patologia che comporta disabilità ed esclusione sociale (World Health Organization, 2010).

In quasi tutti i contesti, livelli elevati di mortalità e disabilità materna riflettono le disparità nell'accesso ai servizi sanitari, nonché gli svantaggi sociali e l'esclusione delle ragazze giovani – fattori che sono insieme causa e conseguenza dei rischi per la salute che le ragazze devono affrontare in conseguenza di una gravidanza (Swann et al., 2003; Greene and Merrick, n.d.).

Quasi il 95 per cento dei parti tra le adolescenti avviene nei paesi in via di sviluppo; in questi paesi, quasi il 90 per cento di tali parti avviene all'interno del matrimonio (World Health Organization, 2008). I matrimoni precoci – cioè quelli

PERCENTUALI TOTALI DI ABORTI E DIFFUSIONE DI METODI CONTRACCETTIVI MODERNI IN 59 PAESI



Fonte: Westoff, 2005.

in cui uno dei contraenti, di norma la ragazza, ha meno di 18 anni – sono riconosciuti sempre più spesso come una violazione dei diritti umani delle ragazze, compreso il diritto di essere protette dalle pratiche tradizionali nocive per la salute (come stabilito dalla Convenzione sui diritti dell'infanzia), ma restano ancora molto diffusi, soprattutto in Africa e in Asia meridionale dove quasi la metà delle ragazze si sposa prima di aver compiuto 18 anni (Hervish, 2011). La maggior parte delle ragazze sposate rimane incinta poco dopo il matrimonio (Godha, Hotchkiss and Gage, 2011).

Anche se il 75 per cento di tutte le nascite tra adolescenti sono descritte come “desiderate” (World Health Organization, 2008), tali decisioni possono essere fortemente influenzate dalle pressioni sociali e dalle norme culturali. Per esempio, la donna può dover dimostrare al marito e alla famiglia di lui, poco dopo le nozze, di essere feconda (Godha, Hotchkiss and Gage, 2011). Per le ragazze non sposate è molto più probabile che la gravidanza non sia desiderata e che si concluda con un aborto (World Health Organization, 2008).

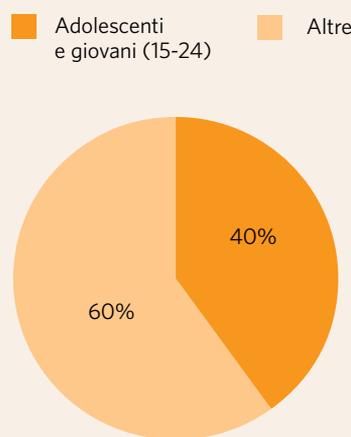
In America Latina, le nascite tra le adolescenti sono scese più rapidamente, ma la percentuale è ancora molto alta: riguarda in media 80 parti ogni 1000 giovani donne l'anno. In alcuni paesi come Ecuador, Honduras, Nicaragua e Venezuela, i tassi di natalità tra le adolescenti superano i 100 parti ogni 1000 donne di età tra i 15 e i 19 anni, un dato che le avvicina alla maggioranza dei paesi dell'Africa sub-sahariana (Unfpa, 2011). Gravidanze e parti di adolescenti sono molto più frequenti nei gruppi indigeni di quei paesi; si tratta di gruppi che tendono a essere svantaggiati dal punto di vista socio-economico e dell'istruzione (Lewis and Lockheed, 2007). Negli Stati Uniti, il tasso di maternità tra le adolescenti è recentemente diminuito in tutti i gruppi etnici, fino a raggiungere il livello storico di 34 nascite ogni 1000 donne, ma è ancora più elevato che in Europa occidentale (Unfpa, 2010a).

I parti delle adolescenti sono in calo in quasi tutte le regioni del mondo, ma in alcune aree

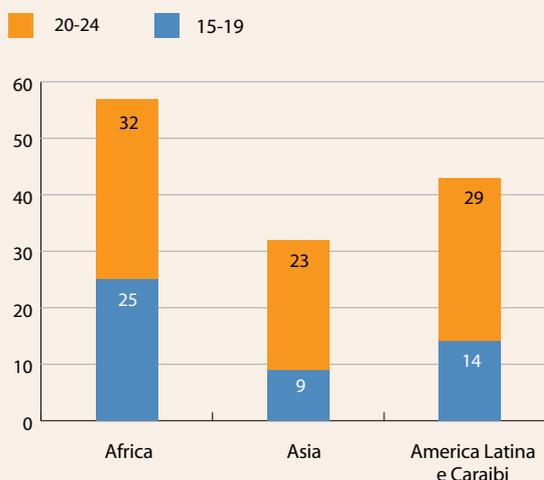
ABORTI NON SICURI TRA GIOVANI E ADOLESCENTI

PERCENTUALE DI TUTTI GLI ABORTI NON SICURI NEI PAESI IN VIA DI SVILUPPO COME PERCENTUALE DI TUTTI GLI ABORTI NON SICURI PER REGIONE

Percentuale tra le giovani e adolescenti, come percentuale di tutti gli aborti non sicuri praticati nel mondo



Suddivisione come percentuale degli aborti non sicuri (15-24 anni) nella regione di residenza



Fonte: Shah, I., Ahman, E (2004). "Age Patterns of Unsafe Abortion in Developing Country Regions. *Reproductive Health Matters*. 12(24 Supplement):9-17.

del mondo la diminuzione è rallentata; ci sono paesi dell’Africa sub-sahariana, dove le cifre sulle nascite tra adolescenti sono le più alte del mondo, in cui si assiste addirittura a un’inversione di tendenza (United Nations Population Division, 2012). In questi paesi si registrano in media tra le adolescenti (15-19 anni) 120 parti ogni 1000 all’anno; si va da un massimo di 199, in Niger, a un minimo di 43 in Ruanda. Oltre la metà delle ragazze partoriscono prima dei 20 anni (Godha, Hotchkiss and Gage, 2011), e in quasi tutta l’Africa sub-sahariana la fecondità tra le adolescenti è scesa di pochissimo dal 1990 a oggi (Loaiza and Blake, 2010). Nel Caucaso e in Asia centrale la fecondità tra le adolescenti si è stabilizzata verso il basso negli ultimi dieci anni, forse perché la regione ha raggiunto eccellenti livelli di istruzione femminile, con una parità tra i generi a livello di scuola secondaria e un numero maggiore di ragazze che supera quello dei ragazzi nell’accesso all’istruzione universitaria e superiore (United Nations, 2012). L’unica regione in cui la fecondità tra le adolescenti ha fatto registrare un aumento tra il 2000 e il 2010 è il Sudest asiatico.

ECUADOR: LE ATTIVITÀ DI PRESSIONE POLITICA BASATE SUI DATI DETERMINANO UN MAGGIOR SOSTEGNO POLITICO E FINANZIARIO PER LA PIANIFICAZIONE FAMILIARE

I tassi di fecondità in Ecuador variano molto a seconda dei gruppi di popolazione. Le donne del quintile a più basso reddito, per esempio, hanno in media cinque figli, a fronte delle donne nel quintile più alto che ne hanno circa due. Queste disparità riflettono le disuguaglianze nell’accesso ai servizi di salute sessuale e riproduttiva. Per rispondere a questo problema, UNFPA in collaborazione con il ministero della Salute e altre organizzazioni bilaterali e multinazionali ha raccolto e analizzato i dati per documentare tali disparità e per esigere cambiamenti volti a correggerle. I dati hanno portato nel 2009 a una nuova strategia in materia di pianificazione familiare e di prevenzione della gravidanza tra le adolescenti; in conseguenza di ciò l’Ecuador ha potenziato gli investimenti nelle forniture di materiali per la salute riproduttiva, compresi i contraccettivi: tali investimenti sono aumentati del 700 per cento tra il 2010 e il 2012, raggiungere i 57 milioni di dollari.

L’esigenza di dati completi

Per tutelare il diritto alla pianificazione familiare è prima di tutto necessario capire chi vi accede attualmente e chi no. Garantire i diritti esige inoltre una buona comprensione del modo in cui giovani e adulti concepiscono il sesso, la sessualità e la decisione di avere figli. Le nuove tecnologie consentono agli Stati di ottenere una miglior comprensione delle tendenze demografiche e dei fattori ambientali che motivano le persone ad avere rapporti sessuali e che influenzano i tassi di fecondità. I mezzi di comunicazione digitale e mobile agevolano l’accesso delle persone all’informazione sui loro diritti e sugli obblighi dei governi di garantirli.

La valutazione delle tendenze in materia di pianificazione familiare richiede un’analisi dettagliata sulle persone più vulnerabili, i cui bisogni sono stati trascurati, e sui fattori che contribuiscono a ciò e che impediscono alle persone di concretizzare i propri diritti alla pianificazione familiare nel corso dell’esistenza (Unfpa, 2010).

Le buone prassi di raccolta di dati demografici raccontano una storia complessa e in continua evoluzione. Le parti interessate hanno sempre più bisogno di analizzare tutti i dati di concerto con le informazioni sulle condizioni sociali, culturali e politiche che influenzano la salute e che causano l’evolversi di modelli in materia di salute. L’Organizzazione mondiale della sanità afferma che questi *determinanti sociali della salute* sono alla base della “maggioranza degli oneri per la salute e della quasi totalità delle disparità nel settore della salute” (World Health Organization, 2005). A tutti i livelli – individuale, delle comunità locali e nazionale – i determinanti sociali della salute stabiliscono le condizioni che incidono sulla possibilità che donne, uomini e giovani accedano a servizi di pianificazione familiare di qualità, quando vogliono prevenire o rinviare una gravidanza, nelle varie fasi della propria vita.

I politici dovranno quindi utilizzare dati completi e incrociati sulle *dinamiche* della popolazione, comprese le strutture per età e il tasso di



urbanizzazione, insieme ad altri trend. Aumentare semplicemente la disponibilità della pianificazione familiare può fare poco per ridurre le gravidanze indesiderate, in assenza di un'analisi per stabilire dove la domanda inevasa è maggiore, dove gli sforzi per sostenere i diritti riproduttivi sono stati insufficienti, o dove le barriere culturali, sociali e logistiche impediscono alle persone di accedere a informazioni e servizi di buona qualità.

Il Programma d'azione della Conferenza del Cairo evidenzia l'interdipendenza tra sessualità, età e relazioni di genere, e dimostra come tutti questi fattori presi insieme abbiano un impatto sulla capacità di uomini e donne di conseguire e conservare una buona salute sessuale e di gestire la propria vita riproduttiva. I programmi di pianificazione familiare devono quindi basarsi sull'analisi dei dati, in modo da tener conto della continuità dell'attività sessuale, oltre che delle sue conseguenze specifiche per il genere e per l'età.

Conclusioni

Fecondità, bisogni inevasi, tassi di discontinuità tra quanti *usano già* i contraccettivi e livelli di aborto non sicuro sono più elevati nei paesi più poveri, e tra le popolazioni più svantaggiate *all'interno* di ogni paese. In alcuni paesi sviluppati, le cifre sulle gravidanze non desiderate continuano a mantenersi troppo elevate. Il persistere delle disuguaglianze si può verificare analizzando l'accesso e l'uso della pianificazione familiare tra le classi dirigenti più istruite e abbienti e il resto della popolazione. Quando si tratta di ricorrere alla pianificazione familiare, quindi, quelli che possono lo fanno, mentre quelli che hanno un accesso più limitato vanno incontro a bisogni inevasi e gravidanze non volute.

Osservando in tutto il mondo il bisogno di informazioni e servizi in materia di pianificazione familiare, i politici devono poter accedere a dati completi e dovrebbero considerare i vari *pattern* dell'attività sessuale nel suo complesso e non soltanto i tassi di fecondità.

▲ Romania. Una coppia col bambino a Vulcan.
©Panos/Petru Calinescu



Estendere l'accesso a tutti: le sfide in corso

In tutto il mondo, tra persone di ogni età, di gruppi etnici diversi e di vari luoghi di residenza, esiste una vasta e insoddisfatta domanda di pianificazione familiare. La capacità dei governi di aiutare la popolazione a soddisfare tale esigenza e a tutelare i diritti dei singoli varia moltissimo. Molti paesi hanno adottato leggi per tradurre in realtà gli impegni sui diritti internazionali (Robison and Ross, eds, 2007). Ma in troppi contesti i diritti di alcuni – non di tutti – sono garantiti solo in linea di principio.

Malgrado l'ampia gamma di tutele legali, sussistono ancora molte barriere all'accesso e ai diritti. Alcune di tali barriere hanno a che fare con i costi e le possibilità economiche. Altre riguardano la difficoltà di rendere disponibili strumenti e servizi di qualità anche nelle aree più remote, o la distanza che le persone devono percorrere per accedere ai servizi di pianificazione familiare. Altri ostacoli derivano da norme sociali, usanze o disuguaglianze di genere. Infine, ci sono difficoltà legate alla politica o ai contesti legislativi.

Molti sono quindi i gruppi non in grado di esercitare il loro diritto di decidere se, quando e in quali condizioni avere figli. La difficoltà è spesso legata a una forma diretta o indiretta di discriminazione e alle disparità di implementazione di leggi, politiche e programmi esistenti.

In tutto il mondo, specifici sottogruppi di popolazione devono affrontare maggiori difficoltà nell'accedere alle informazioni e ai servizi di cui hanno bisogno per poter pianificare le loro famiglie. Di conseguenza l'accesso alla pianificazione familiare è più simile a un privilegio goduto da alcuni che a un diritto universale esercitato da tutti.

Affrontare le barriere sociali ed economiche alla pianificazione familiare

L'Accordo comune delle Nazioni Unite su un approccio basato sui diritti umani sottolinea l'importanza di mettere i singoli nella posizione di poter rivendicare i propri diritti, e chi ha il ruolo di garantirli di adempiere ai propri obblighi, tra cui anche l'erogazione dei servizi. Di conseguenza, per incrementare l'accesso e l'uso dei servizi di base in materia di pianificazione familiare è necessario sviluppare le capacità di *empowerment*, specie tra gli individui più emarginati e discriminati, ma anche incrementare le capacità di chi deve garantire i diritti di rispondere ai bisogni e di assumersi le dovute responsabilità. Varie istituzioni possono affrontare, come già spesso fanno, gli ostacoli che impediscono l'attuazione concreta del diritto alla pianificazione familiare.

Fattori sociali, culturali ed economici possono agevolare o ostacolare l'attuazione dei diritti, compreso l'accesso a informazioni, servizi e strumenti per la pianificazione familiare. Ciò significa che etnia, età, stato civile, condizione di rifugiato, sesso, disabilità, povertà, salute mentale e altre caratteristiche personali costituiscono barriere all'accessi-

◀ *Brenda, 16 anni (a sinistra) e la sorella maggiore Atupele (18, a destra) hanno dovuto abbandonare la scuola perché la famiglia non poteva più pagare le tasse scolastiche. Adesso sono entrambe già madri.*

©Lindsay Mgbor/
UK Department
for International
Development

bilità alla pianificazione familiare. Ma nel campo della salute sessuale e riproduttiva la disuguaglianza e la discriminazione basate sul genere, insieme alla mancanza di *empowerment*, si ergono come ostacoli, in particolare per le donne che perseguono e rivendicano la tutela della loro salute e dei propri diritti.

Per rispettare gli obblighi sulla pianificazione familiare gli Stati devono concentrarsi sull'uguaglianza di genere

In molti contesti le norme sociali relative al genere condonano credenze, comportamenti e aspettative che possono aggravare i rischi per la salute e i fattori di vulnerabilità che condizionano uomini e donne nell'arco di tutta la loro vita. Rispetto agli uomini, donne e ragazze sono spesso educate a essere passive e tenute nell'ignoranza circa la

idee tradizionali su che cosa significhi essere un uomo spesso li incoraggiano ad allacciare molte relazioni sessuali, con i rischi che questo comporta. In tutto il mondo si insegna agli uomini che la principale responsabilità della pianificazione familiare non ricade su di loro, e spesso non sono considerati responsabili delle gravidanze extra-coniugali.

La diversità nel modo di trattare bambini e bambine inizia prestissimo e continua per tutta la vita. Il risultato è che tutti – bambini/e, giovani, adulti/e – assorbono generalmente il messaggio su quale sia il modo giusto, o sbagliato, di pensare e di agire. Iniziano così, a coltivare, fin da piccoli/e, aspettative molto diverse su di sé e sugli altri in quanto maschi e femmine: aspettative che, purtroppo, si traducono frequentemente in prassi che mettono a rischio la loro salute sessuale e riproduttiva.

Generalmente, per quanto siano le donne a soffrire maggiormente per tutta la vita degli effetti negativi di norme di genere nocive, le società influenzano anche gli uomini, gli adolescenti e i bambini spingendoli a comportamenti che si traducono in problemi per la salute sessuale e riproduttiva. In molte società gli uomini sono incoraggiati ad asserire la propria virilità affrontando rischi, mostrandosi dei duri, sopportando il dolore, assumendosi per intero l'onere di provvedere alla famiglia, intrattenendo relazioni sessuali con molte partner. I ruoli e le responsabilità del capofamiglia che mantiene moglie e figli sono impressi nella mente dei giovani e degli uomini; adempiere a tali comportamenti e ruoli costituisce una modalità estremamente diffusa con cui gli uomini affermano la propria virilità.

Se le norme di genere imponessero semplicemente delle *differenze* e non una *gerarchia*, probabilmente non ci sarebbe bisogno di parlarne qui. Invece, di regola, impongono e rafforzano la subordinazione delle donne rispetto agli uomini, producendo come conseguenza danni alla salute sessuale e riproduttiva di entrambi. Spesso alle donne viene impedito di informarsi sui propri diritti e di ottenere quelle risorse che potrebbero aiutarle a programmare la vita personale e della famiglia, che potrebbero contribuire alla loro istru-

“Come parte dell'impegno di rispondere ai bisogni disattesi, tutti gli Stati dovrebbero cercare di identificare e di rimuovere tutti i principali ostacoli che ancora rimangono all'utilizzo dei servizi di pianificazione familiare”.

—Programma d'azione della Conferenza del Cairo su popolazione e sviluppo

propria salute sessuale e riproduttiva. Per loro la sfera della sessualità – tema che comprende in sé una serie complessa di desideri, esperienze e bisogni – è spesso ridotta ai soli concetti di purezza e di verginità. Le donne sono sottoposte a forti pressioni perché si conformino alle norme sociali che confinanano la loro attività sessuale entro il rapporto coniugale. Prendere iniziative, sollevare problematiche attinenti i rapporti sessuali, rifiutare il rapporto o discutere di pianificazione familiare sono tutte attività spesso attivamente scoraggiate.

La mentalità imperante in tema di mascolinità insegna ai ragazzi e agli uomini che la sessualità e le prestazioni sessuali sono l'indicatore chiave della virilità. Il godimento dei rapporti sessuali è considerato una loro prerogativa, e si insegna loro a essere dominanti nel rapporto, il che produce su di loro notevoli pressioni (e quindi insicurezza). Le

zione e favorire la loro partecipazione all'economia formale (Greene and Levack, 2010). Anche gli uomini spesso non si vedono proporre informazioni e servizi per la salute sessuale e riproduttiva, e finiscono per accettare l'idea che pianificare le nascite non sia compito loro: è un lavoro da donne.

La disuguaglianza di genere nei programmi per la pianificazione familiare

La disuguaglianza di genere è un gravissimo ostacolo alle capacità delle donne (ma anche degli uomini) di esercitare il loro diritto alla pianificazione familiare. Ed è anche un impedimento allo sviluppo sostenibile. Mentre l'uguaglianza di genere si riferisce all'*obiettivo* fondamentale di garantire parità di diritti, di accesso e di opportunità e assenza di discriminazioni basate sul genere, per equità di genere si intende la giustizia nella *distribuzione* delle risorse e dei servizi (Unfpa, 2012b; Caro, 2009). Per garantire equità e giustizia, i governi devono perseguire l'uguaglianza di genere, adottando strategie e misure volte a compensare le condizioni sfavorevoli di natura storica e sociale che impediscono a uomini e donne di godere delle stesse opportunità (Unicef, 2010).

Le barriere legali, economiche, sociali e culturali alla salute e all'accesso ai servizi per la salute sono rafforzate dalla realtà fisiologica della riproduzione: sulle donne gravano le conseguenze delle scelte sbagliate nel campo della salute sessuale e riproduttiva, conseguenze che pagano con la salute e a volte con la vita. Quando possono emanciparsi grazie a informazioni, metodi e servizi adeguati, le popolazioni più vulnerabili si trovano in posizione migliore per poter evitare molti degli esiti più nocivi per la salute sessuale e riproduttiva. Concentrandosi sull'uguaglianza di genere diventa più facile, per uomini e donne di tutte le età e di tutti gli ambienti sociali, programmare il momento in cui avere figli e l'intervallo tra le nascite.

I rigidi ideali sugli atteggiamenti e sui comportamenti più appropriati per uomini e donne sono norme apprese, prodotte dalla società, che variano a seconda dei contesti locali, interagendo



◀ Venezuela.
Durante il corso di preparazione al parto.
©UNFPA/Raúl Corredor

con fattori socioculturali come le classi e le caste (Barker, 2005; Barker, Ricardo and Nascimento, 2007). Tali norme sociali e di genere si affermano e si rinforzano a diversi livelli, tra i singoli, nei gruppi di pari e nelle famiglie, tramite mentalità e prassi diffuse nella comunità locale e persino all'interno delle istituzioni.

STUDIO DI UN CASO

Affrontare la violenza di genere in Tanzania

In Tanzania, il programma Jijenge! parte dal riconoscimento dei danni, compresi quelli alla salute sessuale e riproduttiva, inflitti alle donne dalla disuguaglianza di genere (Michau, Naker and Swalehe, 2002). Il programma supera il classico approccio biomedico, integrando l'uguaglianza di genere nella salute sessuale e riproduttiva mediante tre strategie:

- fornendo informazioni e servizi medici alle donne: informazioni, servizi e *counselling* mirati ad aiutarle a identificare le cause alla base

ASSOCIAZIONE TRA ATTEGGIAMENTI PARITARI VERSO IL GENERE E COMPORTAMENTI CORRELATI ALLA SALUTE SESSUALE E RIPRODUTTIVA

	PUNTEGGIO NELLA SCALA GEM	Percentuale di uomini che considerano importanti i seguenti elementi			
		COMUNICAZIONE ALL'INTERNO DELLA COPPIA	SODDISFAZIONE SESSUALE	PARTECIPAZIONE ALLE VISITE PRENATALI	SOTTOPORSI AL TEST PER L'HIV
BRASILE	BASSO	87	80	58	28
	MEDIO	84	91	68	31
	ALTO	87	95	87	38
CILE	BASSO	50	50	27	21
	MEDIO	86	83	83	24
	ALTO	90	88	89	31
CROAZIA	BASSO	70	61	69	5
	MEDIO	88	67	84	3
	ALTO	95	79	94	13
INDIA	BASSO	73	98	91	20
	MEDIO	65	98	91	12
	ALTO	64	98	93	6
MESSICO	BASSO	71	86	75	16
	MEDIO	85	91	87	15
	ALTO	91	96	94	31
RUANDA	BASSO	--	83	--	85
	MEDIO	--	85	--	87
	ALTO	--	90	--	89

Fonte: International Center for Research on Women and Promundo, 2011.

dei problemi di salute sessuale che affliggono le comunità di appartenenza;

- formando operatori di comunità per la creazione di agenzie di servizi che abbiano maggior consapevolezza delle relazioni di genere, inclusi insegnanti, funzionari di polizia, giudici, gruppi religiosi e altri, che possano sviluppare pratiche più favorevoli alle donne;
- modificando la mentalità delle comunità locali verso i ruoli e i bisogni di genere, stimolando il

dibattito pubblico sulla condizione femminile mediante *brochure*, spettacoli di strada, incontri di comunità e altri strumenti atti a divulgare le informazioni.

Il programma ha messo in luce come un'attenzione specifica verso la violenza di genere (soprattutto quando i messaggi vengono diffusi attraverso una pluralità di canali) si dimostra più efficace di un approccio più generico alla disuguaglianza di

genere. Di importanza cruciale si è rivelato il coinvolgimento nei dibattiti degli uomini e dei membri più influenti delle varie comunità. ■

Se tra gli uomini gli atteggiamenti più tradizionali e dominanti verso i ruoli di genere sono da mettere in relazione con i peggiori esiti per la salute, è logico che una mentalità più giusta e paritaria possa portare a un miglioramento degli atteggiamenti e delle prassi riguardanti la salute sessuale e riproduttiva (Pulerwitz and Barker 2006; Barker, Ricardo and Nascimento, 2007). Per esempio, l'International Men and Gender Equality Survey ha dimostrato che prassi più sane sono da mettere in rapporto con livelli più alti di "gender equitable men" o scala GEM per misurare l'atteggiamento maschile verso l'uguaglianza di genere (International Center for Research on Women and Promundo, 2010).

Quello che rivelano questi dati è che gli uomini con un atteggiamento più rispettoso hanno maggiori probabilità di essere migliori come individui e all'interno della coppia, in quanto tale atteggiamento si traduce in una migliore comunicazione, maggiore soddisfazione sessuale, maggior probabilità di condividere con la compagna le visite prenatali e di sottoporsi al test dell'Hiv.

Negli ultimi 15 anni, le Organizzazioni non governative, le agenzie delle Nazioni Unite e i Governi hanno investito in programmi che uniscono l'impegno a modificare le norme di genere con gli interventi per la salute. Le ultime ricerche dimostrano come gli sforzi per consolidare nella popolazione maschile atteggiamenti più equi verso i ruoli di genere possono ripercuotersi su mentalità e prassi relative alla salute sessuale e riproduttiva (Pulerwitz and Barker, 2006; Barker, Ricardo and Nascimento, 2007). Recenti verifiche condotte a livello mondiale sui programmi per la salute sessuale e riproduttiva hanno messo in luce come quelli che hanno integrato considerazioni di genere abbiano ottenuto risultati migliori (Rottach, Schuler and Hardee, 2011; Barker, Ricardo and Nascimento, 2007).

Mentalità dominante e aspettative culturali sulla verginità, il matrimonio e i ruoli nella famiglia



◀ Olivia Adelaide, tecnica di laboratorio nel Boane Health Center del Mozambico, che offre assistenza di base e servizi di salute sessuale e riproduttiva, compresa la pianificazione familiare e i test per l'Hiv.
©UNFPA/Pedro Sá da Bandeira

PREVENZIONE DEL CONTAGIO DA HIV/AIDS DA MADRE A FIGLIO

La condizione di positività all'Hiv non reprime necessariamente il desiderio di avere figli, e le donne positive possono decidere di avere dei figli malgrado la loro condizione, oppure possono decidere di non avere affatto figli (Rutenberg et al., 2006). Le donne positive all'Hiv non sono in grado di esercitare il loro *diritto a decidere quanti figli avere e l'intervallo tra le gravidanze* quando pratiche discriminatorie le privano dei mezzi e dei servizi necessari a concretizzare le loro decisioni, come, ad esempio, la possibilità di valutare il metodo contraccettivo da adottare, l'assistenza alla salute materna, farmaci e servizi per prevenire la trasmissione del virus da madre a figlio.

Il *diritto alla salute* e il *diritto alla salute sessuale e riproduttiva* riconosce alle donne positive all'Hiv il diritto alle cure, all'assistenza e ai servizi necessari per evitare il contagio da madre a figlio durante la gravidanza. Il rischio di trasmissione perinatale dell'Hiv è sotto al 2 per cento se si garantiscono trattamenti anti-retrovirali, parto professionalmente assistito e allattamento sicuro. Ma in assenza di questi servizi fondamentali, il rischio varia dal 20 al 45 per cento (World Health Organization, 2004a).

Nei paesi a basso e medio reddito, si calcola che al 45 per cento di tutte le donne incinte positive all'Hiv sia somministrato almeno qualche farmaco anti-retrovirale per prevenire il contagio da madre a figlio (World Health Organization, Unaid and Unicef, 2010).

sono ancora rigidi in molte zone, e sono rafforzati dalle preoccupazioni per la sessualità, il potere e l'indipendenza femminile, e per i concretissimi pericoli che le ragazze potrebbero affrontare (Greene and Merrick, n.d.). Con l'aumentare dell'istruzione femminile, le ragazze hanno maggiori probabilità di essere sessualmente mature mentre ancora frequentano la scuola; si trovano dunque esposte a rischi che poche scuole affrontano in modo adeguato: violenza sessuale, pericolo di contagio da infezioni trasmesse sessualmente e da Hiv, gravidanze precoci, aborti praticati in assenza di misure di sicurezza (Lloyd 2009). Naturalmente non sono tutti rischi nuovi, né si presentano soltanto a scuola; anche le ragazze che non studiano possono sposarsi e continuare ad avere figli quando sono ancora adolescenti. La novità consiste nella maggiore possibilità di frizioni tra quei ruoli che restano stabili nella vita delle ragazze (faccende domestiche da sbrigare, aspettative sulla verginità, gestione della sessualità, aspirazione al matrimonio) e quelli in trasformazione (frequenza scolastica, frequenti contatti con i coetanei, a volte maggiore mobilità).

L'aborto non sicuro è "una procedura per interrompere una gravidanza indesiderata, eseguita da una persona che non ha le competenze necessarie o in un ambiente non conforme ai minimi standard sanitari, o entrambe le circostanze"

— World Health Organization (1992).

Un'analisi condotta in cinque stati africani sull'esperienza delle/i ragazze/i tra i 12 e i 19 anni, che a 12 anni frequentavano la scuola, dimostra che a qualsiasi età le ragazze hanno meno probabilità dei maschi di continuare gli studi e di passare dalla scuola primaria a quella secondaria (Biddlecom et al., 2008). Alle ragazze accade molto più spesso di abbandonare la scuola una volta raggiunta la maturità sessuale, e dopo i primi rapporti sessuali pre-matrimoniali: le gravidanze precoci per le ragazze sono davvero disastrose. Alcune ricerche recenti suggeriscono invece che gravidanza e matrimonio

precoci possono essere conseguenze piuttosto che cause dell'abbandono scolastico tra le ragazze che non completano l'istruzione secondaria (Biddlecom et al., 2008; Lloyd and Mensch, 2008).

Ridefinire che cosa significa essere "un vero uomo"

Così come le donne e le ragazze, anche i ragazzi e gli uomini avvertono le pressioni sociali che li spingono ad adeguarsi a rigidi ideali sul modo di comportarsi, le emozioni da provare e come interagire per essere considerati veri uomini. Sono ideali appresi, non la semplice conseguenza del sesso a cui appartengono (Connell, 1987; Connell, 1998). Quando si offre loro l'opportunità di riflettere in modo critico su questi ideali, uomini e ragazzi riescono spesso a descrivere la pressione che subiscono per essere *veri uomini* – un termine di solito associato all'assunzione di rischi, alla sopportazione del dolore, all'essere dei duri, a provvedere al mantenimento della famiglia e avere numerose relazioni sessuali (Flood, 2007).

Essere veri uomini si riferisce di solito all'egemonia esercitata dalla virilità, la principale misura della mascolinità mediante la quale gli uomini valutano se stessi e gli altri. La concezione dominante della mascolinità è complessa e varia da una società all'altra, in quanto è influenzata da vari fattori tra cui la cultura, la razza, la classe sociale e la sessualità (Kimmel, 2000). Per esempio, un gruppo che ha una certa concezione della mascolinità all'interno di una classe sociale o di un gruppo etnico può esercitare maggior potere su un altro gruppo: così, la mascolinità eterosessuale è spesso dominante su quella omosessuale e bisessuale (Marsiglio, 1998). In molte società la mascolinità egemone si associa a eterosessualità, matrimonio, imposizione dell'autorità, successo professionale, dominanza etnica e/o prestanza fisica (Barker, Ricardo and Nascimento, 2007).

Uomini e ragazzi che deviano dalle norme maschili dominanti nei loro atteggiamenti e comportamenti vengono spesso ridicolizzati e criticati (Barker and Ricardo, 2005). Ma i giovani e gli

adulti che aderiscono a queste concezioni tradizionali vanno più facilmente incontro a pratiche sessuali rischiose (Sonenstein, ed, 2000). I risultati della *Gender Equitable Men Scale* mettono in evidenza che gli uomini che si adeguano alle concezioni più rigide sulla virilità adottano molto spesso atteggiamenti o comportamenti che compromettono la propria salute sessuale e quella delle loro compagne (Pulerwitz and Barker, 2008).

Non tutti i ragazzi e gli uomini si identificano, però, con la mentalità dominante all'interno delle loro comunità. Per esempio, i giovani di condizione socio-economica più elevata spesso godono di un maggior potere e accedono più facilmente a beni e opportunità rispetto ai giovani delle classi inferiori (Barker, 2005). L'evoluzione della percezione di sé all'interno del gruppo dei pari, della famiglia e della comunità è un processo dinamico che si modifica nel tempo (Connell, 1994). Atteggiamenti ed esperienze, e soprattutto le conclusioni che gli uomini traggono su quali siano i comportamenti socialmente accettabili, si ripercuotono sulla loro disponibilità ad accedere a servizi di pianificazione familiare e a partecipare attivamente, insieme alla partner, alle decisioni che riguardano la pianificazione della propria famiglia.

Una ricerca a livello mondiale, condotta dall'Organizzazione mondiale della sanità, mette in luce che le forme culturalmente prevalenti di mascolinità, che spesso inducono gli uomini a esercitare un rigido controllo delle emozioni e a coltivare il senso della propria invulnerabilità, costituiscono un ostacolo alla salute e a un comportamento salutare: scoraggiano infatti molti maschi dal servirsi delle strutture sanitarie o dal preoccuparsi della salute della partner (Barker, Ricardo and Nascimento, 2007).

Spesso gli uomini non hanno occasione di mettere in discussione queste norme o di riflettere sulle conseguenze che la loro concezione della virilità comporta per la salute propria e della partner. Tuttavia, programmi specificamente mirati hanno dimostrato che giovani e adulti possono adottare atteggiamenti e comportamenti impron-



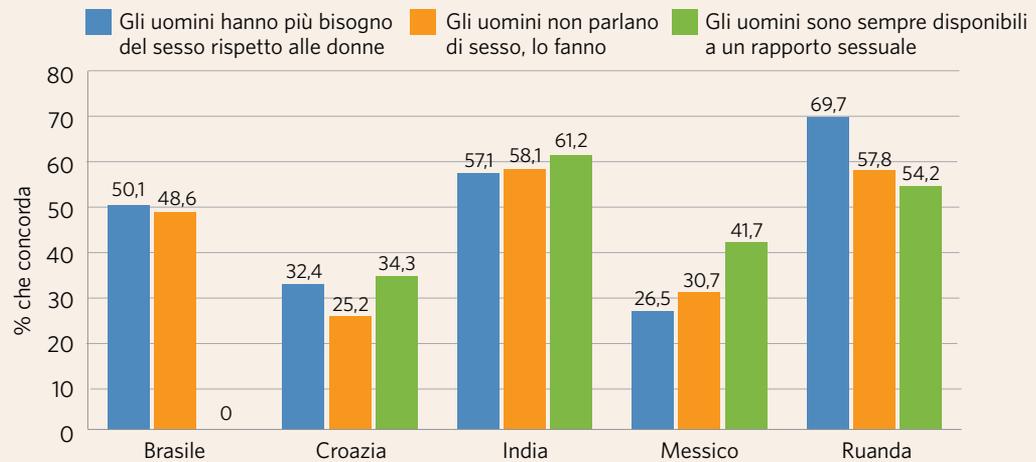
tati all'equità – atteggiamenti che si associano a miglioramenti della salute sessuale e riproduttiva (International Center for Research on Women and Promundo, 2010; UN Women, 2008).

▲ *Un gruppo di ragazzi in Piazza Tahrir, al Cairo.*
©UNFPA/Matthew Cassel

Mentalità e norme prevalenti in ambito sessuale condizionano l'accesso ai servizi delle giovani, delle persone non sposate di qualsiasi età, degli uomini, dei ragazzi e dei gruppi emarginati

Le norme sociali e culturali impongono chi, quando, con chi e a che scopo donne e uomini dovrebbero avere rapporti sessuali. L'attività sessuale è generalmente considerata accettabile solo quando riguarda le persone "giuste" nelle condizioni "giuste". Le aspettative dei gruppi esclusi non sono adeguatamente considerate nella progettazione, nell'attuazione e nella valutazione di politiche e programmi in materia di pianificazione familiare. Gli ostacoli al loro accesso sono dati per scontati,

RAPPORTO TRA SESSUALITÀ E ADESIONE A CONCEZIONI DOMINANTI DELLA MASCOLINITÀ



Fonte: International Men and Gender Equality Survey, International Center for Research on Women & Instituto Promundo 2011

in quanto seguono gli schemi dell'esclusione specifici per ciascun contesto.

In tutto il mondo e trasversalmente in tutte le società, le aspettative impongono di intrattenere rapporti sessuali solo tra coniugi sani, eterosessuali, monogami, non troppo giovani, non troppo vecchi, che abbiano un numero tale di figli da soddisfare le aspettative delle proprie famiglie e delle comunità cui appartengono. Quando l'attività sessuale di una persona viola uno qualsiasi di questi rigidi requisiti, la società rende più difficile a quella persona accedere a forme di educazione alla pianificazione familiare e ai metodi e servizi relativi.

“La sessualità umana e il rapporto fra i sessi sono strettamente interdipendenti e insieme influenzano la capacità di uomini e donne di raggiungere e mantenere la salute sessuale e di gestire la propria vita riproduttiva. Il comportamento sessuale responsabile, la sensibilità e l'uguaglianza nelle relazioni di genere, specialmente se insegnate durante gli anni della formazione, incoraggiano e favoriscono l'instaurarsi di unioni armoniose e rispettose fra uomini e donne”.

— Programma d'azione della Conferenza del Cairo, paragrafo 7.34

Rafforzate da mentalità e prassi culturali secolari, le norme sociali sono alla base del dialogo – o meglio dell'assenza di dialogo – sui desideri sessuali dei singoli, sulle loro motivazioni e sulle riserve che nutrono nei confronti della pianificazione familiare, dello stigma sociale e delle discriminazioni che subiscono. Per tornare all'esempio delle/degli adolescenti non sposate/i, malgrado l'abbondanza di testimonianze della loro attività sessuale, e benché sia palesemente molto ragionevole, dal punto di vista della salute pubblica, prepararle/i a gestire tale esperienza, le norme sociali precludono la possibilità di discutere con loro di rapporti sessuali o di offrire loro informazioni sulla salute sessuale e riproduttiva e sulla pianificazione familiare.

Le condizioni sociali entro cui l'attività sessuale è considerata “accettabile” non esonerano gli Stati dal rispettare i propri obblighi e impegni nei confronti della salute pubblica. I Governi da soli non possono cambiare le mentalità e le norme discriminatorie riguardanti il sesso. Possono però strutturare e coordinare processi tali da ridurre le barriere sociali che impediscono l'accesso, favorire

l'emancipazione di gruppi emarginati mettendoli in condizione di esercitare i loro diritti e garantire a tutti informazioni e servizi adeguati, compresa un'educazione alla sessualità completa e obiettiva.

Trascurare i diritti di una parte della popolazione ostacola il raggiungimento degli obiettivi nazionali di sviluppo. Tali gruppi di popolazione sono spesso quelli più facilmente ignorati e discriminati; in molti paesi coincidono con quelli che hanno più bisogni insoddisfatti. Tra i gruppi di popolazione la cui attività sessuale potrebbe sfidare le norme sociali dominanti, e che si vedono spesso impedire l'accesso a servizi affidabili e di buona qualità in materia di pianificazione familiare ci sono: 1) *le/i giovani*, 2) *le persone non sposate di qualsiasi età*, 3) *gli uomini* 4) *altri gruppi a vario titolo emarginati o discriminati*.

Senza l'integrazione di politiche di pianificazione familiare intese a promuovere l'inclusione sociale e l'applicazione di una struttura basata sui diritti, le istituzioni responsabili di un'equa divulgazione di informazioni e servizi rischiano di trascurare sistematicamente le esigenze di interi segmenti di popolazione.

1 **Le/i giovani**

Malgrado gli impegni internazionali a rimuovere ogni ostacolo alla pianificazione familiare per tutti i gruppi di popolazione, gli studi statistici evidenziano che i bisogni delle/i giovani continuano a essere largamente disattesi. Ne consegue che la più numerosa generazione di giovani che la storia abbia conosciuto non è in grado di esercitare i propri diritti riproduttivi e di evitare gravidanze indesiderate, di ridurre il rischio di abbandono scolastico, di proteggersi da infezioni sessualmente trasmesse, compreso l'Hiv. Questa realtà e le sue perniciose conseguenze sono facilmente prevenibili.

Le persone con meno di 25 anni rappresentano oggi il 44 per cento della popolazione mondiale; nei paesi in via di sviluppo, il numero di bambini e giovani è il più alto di sempre – rispettivamente 1,6 e 1 miliardo di persone. Le sole ragazze tra i 10 e i 19 anni costituiscono quasi un quinto di tutte

le donne in età fertile (Guttmacher Institute and International Planned Parenthood Federation, 2010; Guttmacher Institute and International Planned Parenthood Federation, 2010a).

Mano a mano che queste/i giovani entrano nell'età adulta, la loro realtà politica, economica e socio-culturale andrà a incidere sulle opportunità e sui rischi che dovranno affrontare nel decidere il numero di figli che intendono avere. In molte società, questi fattori non fanno che rinforzare quegli atteggiamenti e pratiche che limitano o scoraggiano le/i giovani dall'accedere a educazione e servizi, risorse che permetterebbero loro, grazie all'*empowerment che deriva* dall'essere informate/i, di scegliere se e quando diventare genitori.

La domanda inevasa tocca il suo massimo tra i 300 milioni di ragazze adolescenti, tra i 15 e i 19 anni. I rischi che la gravidanza comporta, sia per la madre che per il bambino, sono molto più alti nel caso di madri adolescenti, ed è indispensabile moltiplicare gli sforzi per garantire il rispetto del loro diritto a ricevere informazioni e servizi di salute sessuale e riproduttiva, inclusa la protezione contro le infezioni a trasmissione sessuale e l'Hiv (Unicef et al., 2011a). Ogni giorno, 2.500 giovani, in maggioranza femmine, contraggono il virus dell'Hiv. Le ragazze, sposate o meno che siano, hanno spesso bisogno della doppia protezione di preservativo e contraccettivo moderno se vogliono proteggersi da gravidanze e malattie.

Nell'Africa sub-sahariana, nell'Asia meridionale e centrale e nel Sudest asiatico, oltre il 60 per cento delle adolescenti che desiderano evitare una gravidanza non trova risposta al bisogno di un contraccettivo moderno. Queste adolescenti, che non ricorrono alla contraccezione moderna o si affidano a un metodo tradizionale, vanno a costituire oltre l'80 per cento di tutte le gravidanze indesiderate nel loro gruppo anagrafico.

Un'analisi comparata dei dati della Demographic and Health Survey raccolti in 40 paesi dal Guttmacher Institute ha rilevato che la percentuale di ragazze adolescenti che riferiscono di aver interrotto l'uso di qualche contraccettivo quando

ancora ne avevano bisogno va dal 4 per cento in Marocco fino al 28 per cento in Guatemala. In tutti i paesi, i tassi di discontinuità nella contraccezione tra le adolescenti sono di circa il 25 per cento più alti rispetto alle donne adulte, pur con delle variazioni regionali (Blanc et al., 2009). In tutti i paesi, con l'eccezione dell'Etiopia, la percentuale di adolescenti che smette di usare un contraccettivo, pur continuando a desiderare di evitare la gravidanza, è superiore a quella delle donne adulte. La stessa analisi mette in rilievo tassi più alti di fallimento del metodo contraccettivo tra le giovani durante il primo anno di utilizzo.

Pochissime/i giovani sono in grado di esplorare la propria sessualità in un ambiente sano, dopo aver ricevuto un'educazione alla sessualità adeguata alla loro età e con la possibilità di accedere a servizi che li mettano in grado di prendere decisioni informate sul proprio comportamento sessuale e sulla salute riproduttiva. I programmi di pianifi-

cazione familiare riflettono spesso la convinzione che i giovani *dovrebbero* astenersi dai rapporti sessuali fino al matrimonio. Ma questa nozione socio-culturale non riflette più le diverse realtà della vita sessuale dei giovani.

I giovani esplorano la loro sessualità e impostano la propria vita sessuale sotto l'influenza di familiari, pratiche religiose, leader comunitari, amici e coetanei. In tutto il mondo gli adolescenti, maschi e femmine, sono esposti ad atteggiamenti e comportamenti basati su pregiudizi di genere: questo finisce per plasmare la loro percezione del sesso, della sessualità e delle relazioni con il/la partner, oltre che il loro comportamento. La qualità e i contenuti delle informazioni che raggiungono le/i giovani è estremamente diversa, ed è fortemente influenzata dalle amicizie e dai gruppi di altri adolescenti (Kinsman, Nyanzi and Pool, 2000; Jaccard, Blanton and Dodge, 2005). Laddove le giovani sono particolarmente esposte alla violenza

DIFFERENZE NEI TASSI DI FECONDITÀ DELLE ADOLESCENTI: L'IMPORTANZA DI REDDITO E ISTRUZIONE

Tassi di fecondità specifici per età (nati vivi ogni 1000 ragazze), età 15-19, per quintili di reddito e regioni geografiche

Regione	Numero di indagini per paese effettuate nella regione	Media regionale	Quintile più povero	Quintile più ricco	Rapporto del tasso di fecondità ricchi/poveri	% di bambine in età scolare che non frequentano nessuna scuola [^]
Asia Orientale	4 su 7	42,4	75,6	17,6	4,3	10,0
Europa, Asia centrale	6 su 8	52,7	7,0	31,3	2,3	9,6 - 4,9
America Latina e Caraibi	9 su 17	95,7	169,5	39,2	4,3	5,5
Medio oriente e Nord Africa	4 su 6	57,8	68,2	35,1	1,9	19,5
Asia meridionale	4 su 8	107,0	142,0	57,9	2,5	*27,3
Africa sub-sahariana	29 su 49	129,7	168,1	75,4	2,2	36,8
Media complessiva	56 su 95	103,0	142,5	56,6	2,5	18,3

Fonte per i dati sulla fecondità: Gwatkin et al 2007.

Fonte per i dati sull'istruzione: UNESCO Institute for Statistics 2010.

* Include l'Asia meridionale e occidentale

[^] Include le bambine tra gli 11 e i 14 anni, varia per paese



di genere rischiano sempre più spesso che la loro prima esperienza sessuale sia esito di coercizione o di imposizione con la forza. La coercizione è un evento comune soprattutto nei casi di iniziazione sessuale molto precoce: in alcuni paesi, più di un terzo delle ragazze riferisce di aver subito coercizioni in occasione delle prime esperienze sessuali (World health organization, 2012a).

Le ultime analisi condotte in 59 paesi sui dati relativi al comportamento sessuale tra i giovani non hanno evidenziato alcuna tendenza universale in materia di sesso in età più giovane. Esistono invece molte tendenze composite, che variano in modo significativo a seconda delle regioni e dello stato civile degli/delle intervistati/e (Lloyd, 2005). Allo stesso tempo, le tendenze globali verso la posticipazione del matrimonio hanno contribuito a far scendere la percentuale di ragazze che iniziano l'attività sessuale prima dei 15 anni (Lloyd, 2005; Greene and Merrick, n.d.). Ciò nonostante, dove è ancora molto diffusa la pratica del matrimonio precoce – in Asia meridionale e in Africa centrale, occidentale e orientale – l'età media del primo rapporto per le donne è più bassa di quanto lo sia, per esempio, in America Latina e Caraibi. Per i ragazzi, l'età del primo rapporto non è collegata allo stato civile. Queste differenze nelle esperienze dei giovani sono particolarmente pronunciate nei paesi in via di sviluppo.

Una valutazione comparata sulla salute sessuale delle/degli adolescenti condotta in Europa e Stati Uniti, ha messo in rilievo come i/le giovani inizino l'attività sessuale più o meno alla stessa età, ma con esiti molto diversi. Negli Stati Uniti, il 46 per cento di tutti gli studenti, maschi e femmine, della scuola secondaria hanno già avuto rapporti sessuali (Centers for Disease Control and Prevention, 2010). Malgrado livelli analoghi di attività sessuale tra adolescenti in molti paesi europei, come Francia, Germania e Paesi Bassi, le adolescenti sessualmente attive hanno molte meno probabilità di andare incontro a gravidanza, parto o aborto. Le gravidanze, i parti e gli aborti tra le adolescenti degli Stati Uniti sono, rispettivamente, circa tre, otto e due volte più alti rispetto alle coetanee europee (Advocates for Youth, 2011). Queste differenze si possono attribuire alle politiche europee che agevolano l'accesso alle informazioni e ai servizi di salute sessuale per studenti maschi e femmine, rispettano i loro diritti, tutelano la loro salute. I giovani in Europa hanno molto più frequentemente e facilmente accesso a un'educazione completa alla sessualità e a servizi di salute sessuale, compresi quelli di pianificazione familiare. Inoltre, il dialogo sull'attività sessuale con i genitori e nella società in generale tende a essere molto più aperto.

A livello mondiale, il matrimonio sta cambiando. Ragazzi e ragazze si sposano più tardi, e il

▲ *Una coppia appena sposata a Parigi.*
©Panos/Martin Roemers

numero dei paesi in cui il primo rapporto sessuale coincide con il matrimonio per le persone con meno di 25 anni è diminuito rispetto alle generazioni precedenti (Lloyd, ed, 2005; Greene and Merrick, n.d.). Questi trend portano a un aumento della diffusione dei rapporti pre-coniugali tra i giovani. Nei paesi maggiormente industrializzati è aumentato nettamente il numero di anni che intercorre tra il primo rapporto e il matrimonio (Mensch, Grant and Blanc, 2005). L'intervallo tra il primo rapporto sessuale e la prima convivenza stabile è più lungo per gli uomini (da tre a sei anni) che per le donne (fino a due anni).

Questo incremento del periodo che passa tra il primo rapporto sessuale e il matrimonio ha delle implicazioni per i rischi per la salute sessuale e per le esigenze dei giovani, soprattutto per le ragazze in età scolastica. Una recente analisi condotta su 39 paesi ha scoperto che – con l'eccezione di Benin e Mali – le ragazze nubili (15-17 anni) che frequen-

tano la scuola hanno molte meno probabilità di avere rapporti pre-coniugali rispetto alle loro coetanee che hanno interrotto gli studi (Biddlecom et al., 2008; Lloyd, 2010). Anche se il comportamento sessuale e la frequenza scolastica sono influenzati da molti fattori personali, familiari e sociali, queste ricerche evidenziano l'effetto protettivo conferito dall'istruzione rispetto alla gravidanza tra adolescenti e le conseguenze negative che comporta. Tuttavia i dati relativi a cinque paesi dell'Africa occidentale evidenziano che gravidanza e matrimoni precoci potrebbero essere conseguenza, anziché causa, dell'abbandono scolastico delle ragazze in molti contesti (Lloyd and Mensch, 2008).

Milioni di giovani iniziano l'attività sessuale prima che i genitori se ne accorgano o che le istituzioni rispondano ai loro bisogni. Queste ragazze – sposate o meno – hanno anche bisogno di servizi per evitare gravidanze non volute e per prevenire malattie a trasmissione sessuale incluso l'Hiv, ma spesso non hanno la possibilità di accedervi.

L'attività sessuale delle/dei giovani sfida l'enfasi sull'astinenza e l'idea che il sesso dovrebbe essere strettamente in funzione della procreazione. La realtà è che molti giovani *non* si astengono, e che la loro attività sessuale *non* è motivata dal desiderio di avere figli. Ricerche qualitative effettuate nell'Africa sub-sahariana suggeriscono che le/i giovani non sposate/i e sessualmente attive/i in generale non desiderano una gravidanza (Cleland, Ali and Shah, 2006). Per di più, anche le/i giovani già sposati non necessariamente desiderano avere figli molto presto o, se già hanno un figlio, spesso vorrebbero posticipare una seconda gravidanza.

Tenuto conto del proprio desiderio di procreare la nascita di figli ed evitare malattie, le/i giovani rischiano di considerare l'espressione "pianificazione familiare" come irrilevante per i propri bisogni. Gli ultimi studi affrontano appunto questo problema cruciale: molte/i giovani possono essere interessate/i alla contraccezione per evitare gravidanze indesiderate e per proteggersi dalle malattie trasmesse sessualmente, ma i messaggi convenzionali sulla pianificazione familiare, che

▼ *Madagascar.*
Un adolescente
partecipa a un incontro
informativo
sul sesso sicuro.
©Panos/Piers Benatar



parlano appunto di pianificare la propria famiglia, sembrano loro irrilevanti. Per affrontare i loro bisogni e per superare gli ostacoli che impediscono loro di accedere alla pianificazione familiare, occorre mettere l'accento sulla contraccezione e sulla prevenzione delle malattie trasmesse sessualmente, oltre che su una educazione alla sessualità che sia completa e basata sui diritti umani, cioè che comprenda i temi dell'uguaglianza e della non-discriminazione e la riflessione sui ruoli di genere, e su atteggiamenti e comportamenti inerenti la sfera sessuale (Cottingham, Germain and Hunt, 2010).

2 Persone non sposate di qualsiasi età

Rispetto alle generazioni precedenti, un numero sempre crescente di giovani e adulte/i in età riproduttiva intrattiene relazioni sessuali al di fuori del matrimonio, senza l'immediato desiderio di avere figli (Ortega, 2012). Per garantire anche a loro l'accesso alla pianificazione familiare, indipendentemente dallo stato civile, è necessario prendere atto che si può avere un'attività sessuale solo per piacere e per desiderio di intimità, *prima e dopo* il matrimonio, oltre che durante.

La maggior parte della popolazione mondiale si sposa, e la maggior parte dell'attività sessuale nel mondo si svolge all'interno del matrimonio (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2009). Pure, molte sono le persone sessualmente attive che non si sono mai sposate o il cui matrimonio è finito, e che vorrebbero ricorrere alla pianificazione familiare. I dati più recenti sottolineano come la comunicazione interpersonale tra adulti sul tema della pianificazione familiare – e l'effettivo ricorso alla stessa – avviene sempre più spesso tra *single*, *separate/i*, *vedove/i* o *divorziate/i*.

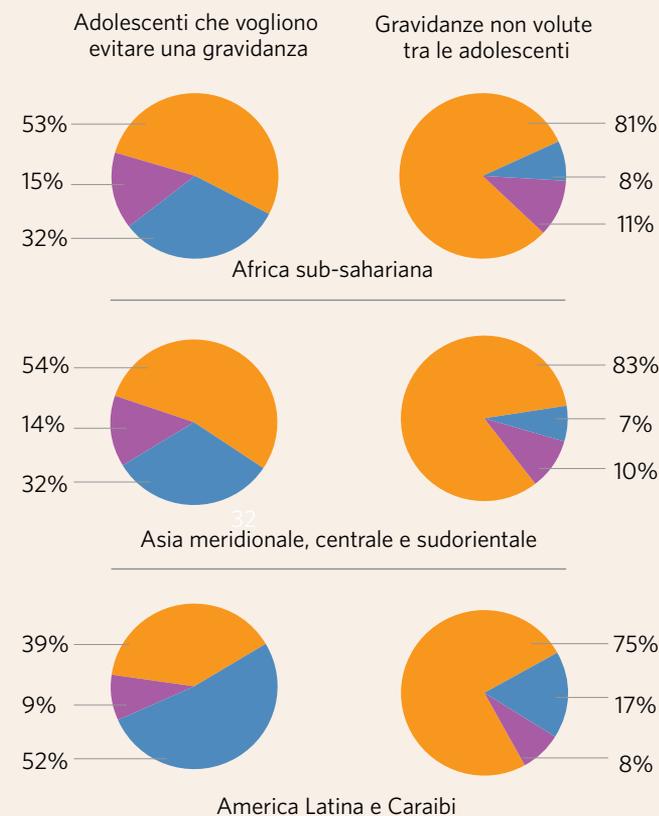
Quando i programmi statali di pianificazione familiare escludono i gruppi dei non-sposati, la pianificazione familiare emargina una percentuale crescente della popolazione. Anche se pratiche religiose e norme sociali insistono nel definire il matrimonio la precondizione di ogni attività sessuale, lo Stato ha l'obbligo di garantire a tutti l'accesso alla pianificazione familiare, a prescindere

dalle convinzioni religiose e dalle pratiche sessuali, e senza discriminazioni.

In alcuni paesi, la percentuale di adulti che non si è mai sposato è in crescita (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2009). Negli ultimi 40 anni, il numero di paesi in cui almeno il 10 per cento delle donne arrivano nubili ai 50 anni è passato da 33 a 41. Anche la percentuale degli uomini che non si sposano è in aumento. Tra il 1970 e il 2000, il numero di paesi in cui almeno il 10 per cento degli uomini arriva scapolo alla soglia dei 50 anni è passato da 31 a 49.

USO E BISOGNI INSODDISFATTI TRA LE ADOLESCENTI CHE DESIDERANO EVITARE LA GRAVIDANZA NEI PAESI IN VIA DI SVILUPPO

■ Nessun metodo ■ Metodo tradizionale ■ Metodo moderno



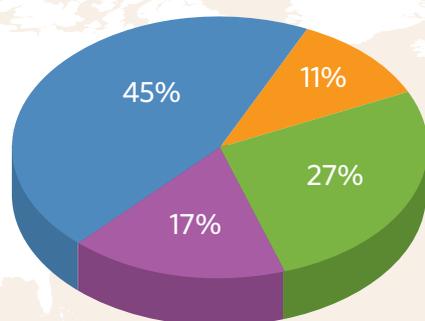
Fonte: Guttmacher Institute and International Planned Parenthood Federation, 2010a.

Le unioni consensuali di fatto rappresentano una percentuale sempre maggiore di tutte le convivenze, e tendono a essere meno stabili dei matrimoni formali. In America Latina e Caraibi, più di una donna su quattro tra i 20 e i 34 anni convive in un'unione di fatto (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2009). Questa scelta è meno comune nell'Africa sub-sahariana e in Asia, dove rispettivamente il 10 e il 2 per cento di tutte le donne convivono senza essere sposate. La percentuale delle donne conviventi in unioni di fatto oscilla da quasi zero fino a 30 nei paesi maggiormente sviluppati. Nella maggioranza dei paesi di cui si dispone di dati relativi, questa percentuale raggiunge il massimo tra i 25

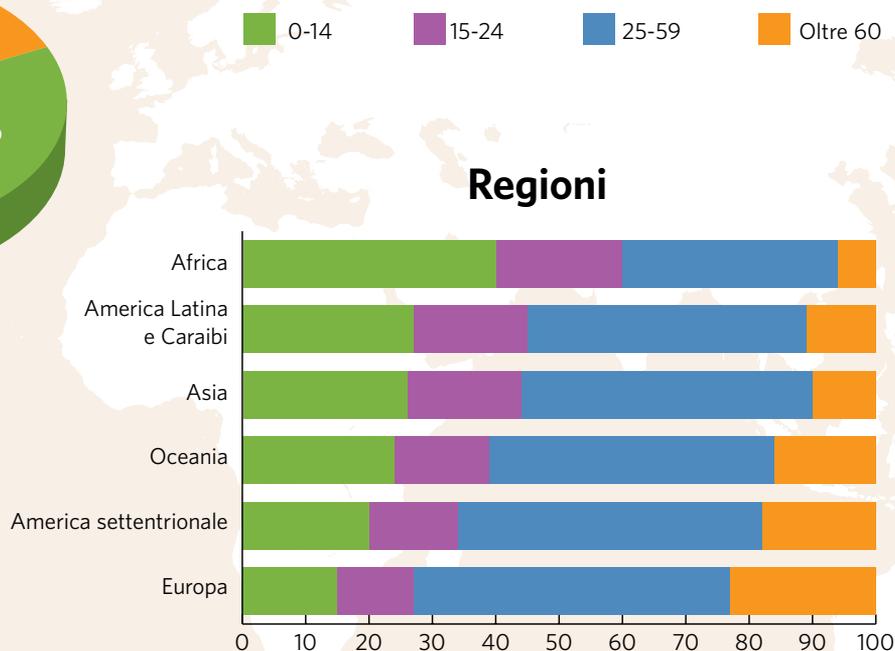
e i 29 anni d'età (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2009).

A livello globale, la percentuale degli adulti divorziati o separati è raddoppiata (passando dal 2 al 4 per cento) tra il 1970 e il 2000. Divorzio e separazione sono più comuni nei paesi sviluppati che in quelli in via di sviluppo. Secondo la pubblicazione World Marriage Data relativa al 2008, nei paesi sviluppati l'11 per cento delle donne era divorziata o separata, ma la cifra scende ad appena il 2 per cento nei paesi in via di sviluppo (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2009). I dati raccolti tra il 2006 e il 2008 in 15 paesi industrializzati suggeriscono che la durata media del matrimonio va dai 10 ai 17 anni. Inol-

ECCO LA SITUAZIONE! DISTRIBUZIONE DELLE/I GIOVANI, RISPETTO ALLA POPOLAZIONE MONDIALE, PER REGIONE



Mondo



Fonte: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2011).

sposata continua a crescere in tutto il mondo, e obbliga gli Stati a provvedere anche ai loro bisogni (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2009). Gli uomini e le donne meno giovani hanno bisogno di servizi espressamente rivolti alle persone mature, ma questo bisogno non ha ancora trovato risposta.

La fecondità maschile diminuisce molto gradualmente nel corso di molti anni (Guttmacher Institute, 2003, citato in Barker and Pawlak, 2011). Poiché la fertilità degli uomini dura molto più a lungo di quella delle donne, gli uomini più anziani spesso non trovano assistenza per prevenire gravidanze ad alto rischio all'interno di relazioni che spesso coinvolgono donne molto più giovani. Oggi, con un numero sempre maggiore di uomini e donne che hanno relazioni sessuali *dopo* il matrimonio, in seguito alla dissoluzione del vincolo coniugale, occorre prevedere forme di educazione rivolte agli uomini maturi e anziani, che li informino sui benefici e sulla disponibilità di tutti i metodi contraccettivi, compresi i preservativi e la vasectomia senza bisturi. In questo modo si potranno dotare gli anziani delle risorse necessarie

a prevenire gravidanze non desiderate e ad alto rischio per motivi di età, proteggendo inoltre il diritto alla salute anche delle donne più mature.

3 Uomini

Uomini e donne che vivono una relazione eterosessuale possono decidere insieme il momento in cui avere figli e l'intervallo tra le nascite. Non-dimeno, i bisogni degli uomini e la loro partecipazione alla pianificazione familiare ha ricevuto pochissima attenzione per quanto riguarda il loro ruolo di partner che collabora attivamente a proteggere la salute della donna (Barker and Pawlak, 2011). Considerando i dati al riguardo e l'accreciuta consapevolezza di quanto sia importante coinvolgere uomini e ragazzi nelle tematiche della salute e dell'uguaglianza di genere, le risposte nazionali ai bisogni sia degli uomini che delle donne in materia di pianificazione familiare sono ancora troppo limitate per portata e per dimensioni (Barker et al., 2010).

Una mole di dati sempre più imponente ha dimostrato, negli ultimi 20 anni, che le norme di genere dannose per la salute influenzano atteggiamenti e comportamenti di ragazzi e uomini, con ripercussioni negative non solo per donne e ragazze ma anche per loro stessi (Barker, Ricardo and Nascimento, 2007; Barker et al., 2011). Questo programma di ricerca, condotto in ambienti diversi, ha osservato che uomini e ragazzi spesso adottano atteggiamenti e comportamenti di genere più equi: atteggiamenti che producono un miglioramento della loro salute, di quella delle loro partner e in generale delle loro famiglie. Su questa nozione si fondano sempre più spesso le politiche e i programmi sulla pianificazione familiare.

In aggiunta, varie convenzioni e accordi internazionali, compreso il Programma d'azione della Conferenza del Cairo, ribadiscono l'importanza della partecipazione maschile alla vita familiare, alla salute sessuale e riproduttiva e alla pianificazione familiare. Sono ormai molti i Governi che si impegnano nel dialogo politico sul ruolo degli uomini nella salute sessuale e riproduttiva e sempre

PAESI BASSI: TASSI MINIMI DI GRAVIDANZE INDESIDERATE E DI ABORTI TRA LE GIOVANI

I Paesi Bassi hanno affrontato gli ostacoli che limitano l'accesso alla contraccezione delle/i giovani in molti modi (Greene, Rasekh and Amen, 2002). Tra i cambiamenti più degni di nota, si segnalano: educazione sessuale nelle scuole primarie e secondarie, comprensiva di istruzioni sulle modalità dei rapporti, spiegazione dei valori, sviluppo sessuale, formazione per gestire una sessualità sana, tolleranza per la diversità. Tutti settori su cui gli insegnanti seguono corsi di formazione sia per quanto riguarda il contenuto che gli approcci didattici; divulgazione di informazioni di qualità ai genitori, ai medici di famiglia, alle strutture sanitarie specializzate per le/i giovani, ai media; riservatezza medico-paziente garantita anche alle/gli adolescenti giovanissime/i; campagne sulla salute sessuale esplicite e accattivanti. Alla base dell'impegno politico nei riguardi della salute sessuale e riproduttiva dei ragazzi e ragazze nei Paesi Bassi è l'idea che la legge deve misurarsi con la realtà, non con l'ideologia (Ketting, 1994). In sintesi, il governo ha risposto ai bisogni e ai diritti delle/i giovani con politiche che garantiscono loro l'accesso a informazioni e servizi. E oggi, nei Paesi Bassi, le percentuali di gravidanze indesiderate e di aborti sono tra le più basse del mondo.

più esperti integrano le questioni di genere nella fase di progettazione di nuovi programmi per lo sviluppo.

La comunità internazionale riconosce che l'atteggiamento del partner maschile incide in modo notevole sulle preferenze della coppia in tema di fecondità (Unfpa, 1994; Bankole and Singh, 1998). In troppi casi però le istituzioni, gli enti che offrono i servizi e le organizzazioni della società civile non sono ancora riusciti a sconfiggere l'idea, molto diffusa e dura a morire, secondo cui i ragazzi e gli uomini semplicemente si disinteressano della pianificazione familiare. Uomini e ragazzi sono quasi sempre educati, fin da piccoli, a considerare le questioni relative alla fecondità come responsabilità delle donne. E anche quando desiderano avere un ruolo più importante, spesso sono i servizi stessi a escluderli. Gli studi che analizzano l'influenza su ragazzi e uomini delle norme di genere hanno messo in dubbio i peggiori stereotipi sui loro atteggiamenti e sul loro comportamento, sottolineando nuove opportunità di tutela della salute e di impegno per conseguire un'uguaglianza di genere.

I comportamenti sessuali degli uomini variano moltissimo da una regione all'altra. Per esempio nper quanto riguarda l'inizio e la durata dell'attività sessuale. Gli ultimi dati, derivanti da inchieste demografiche e studi sulla famiglia effettuati in 30 paesi, evidenziano come gli uomini abbiano un'attività sessuale molto intensa per parecchio tempo, prima di sposarsi (IFC Macro DHS Statcompiler). L'intervallo tra la prima esperienza sessuale e l'età del matrimonio va da 1,1 anni nell'Asia meridionale e sudorientale fino ai 6,8 anni in America Latina e Caraibi. Nell'Africa sub-sahariana i ragazzi si sposano in media 4,8 anni dopo il primo rapporto sessuale.

Quando adolescenti e giovani non ricevono informazioni e servizi adeguati durante questo lasso di tempo – tra il primo rapporto e l'inizio di un legame formale – anche loro, come le loro partner, corrono un rischio maggiore di contrarre infezioni per via sessuale e avere una gravidanza

non desiderata. I programmi di pianificazione familiare che si fondano in misura eccessiva solo sui legami con la salute materna, hanno meno probabilità di coinvolgere questi uomini.

Come conseguenza, almeno in parte, dell'impegno per la prevenzione dell'Hiv, i giovani sono sempre più consapevoli dei metodi contraccettivi disponibili (Abraham, Adamu and Deresse, 2010). Gli uomini che hanno un rapporto stabile hanno maggiori probabilità di essere informati sui metodi contraccettivi a loro disposizione. Negli ultimi anni sono più informati sui preservativi, mentre la vasectomia resta un'opzione relativamente sconosciuta.

Benché gli uomini siano sempre più consapevoli dei metodi maschili di contraccezione, le donne rappresentano ancora il 75 per cento di tutti coloro che, nel mondo, utilizzano i contraccettivi (Nazioni Unite, 2011). Nel 2009, secondo le Nazioni Unite, soltanto il 9 per cento delle donne sposate nelle regioni in via di sviluppo si affidava a metodi contraccettivi che richiedevano la partecipazione del partner, come i preservativi e la sterilizzazione maschile (Nazioni Unite, 2009).

▼ *Uganda. A Kinaaba un padre aspetta la moglie, che si sta facendo iniettare un contraccettivo ad azione prolungata.*
© UNFPA/Omar Gharzeddine



Le preferenze maschili in materia di fecondità si vanno modificando. Oggi, in generale, gli uomini giovani preferiscono famiglie più piccole. Di conseguenza giovani e adulti potrebbero desiderare maggiormente informazioni e servizi che li aiutino a decidere quando avere dei figli (Guttmacher Institute, 2003).

L'uso dei contraccettivi tra i giovani maschi (dai 15 ai 24 anni) in tutto il mondo varia in misura significativa: si va dal 63 fino al 93 per cento di giovani che dichiarano di utilizzare un metodo contraccettivo in alcune parti dell'America del Nord, in Europa e in America Latina e Caraibi (United Nations, 2007). Cifre che contrastano radicalmente con la maggior parte dei paesi dell'Africa sub-

“Grazie al sostegno della comunità internazionale, gli Stati dovranno proteggere e promuovere i diritti delle/gli adolescenti all'educazione, all'informazione e all'assistenza per quanto attiene alla salute riproduttiva, e ridurre drasticamente il numero delle gravidanze tra le adolescenti... I governi, in collaborazione con le organizzazioni non governative, sono esortati a rispondere ai bisogni specifici delle/gli adolescenti e a istituire programmi adeguati a questo scopo. Tali programmi dovrebbero includere meccanismi di sostegno per l'educazione e il counselling delle/gli adolescenti nei settori dell'uguaglianza e dei rapporti di genere, della violenza sulle/gli adolescenti, del comportamento sessuale responsabile, delle pratiche responsabili di pianificazione familiare, della vita familiare, della salute riproduttiva, delle malattie trasmesse sessualmente, della prevenzione dell' Hiv/Aids”.

— Programma d'azione della Conferenza del Cairo, paragrafi 7.46 e 7.47.

sahariana, dove meno del 50 per cento dei giovani sessualmente attivi dichiara di aver usato un preservativo durante l'ultimo rapporto sessuale. A livello mondiale, la sterilizzazione femminile continua a essere il metodo più comune, ed è utilizzato dal 20 per cento di tutte le donne sposate (United Nations, 2011). La cifra è molto più alta in alcuni paesi, e dipende dai modelli di fecondità e dalla gamma di metodi reversibili a disposizione delle donne.

La comunità internazionale si è impegnata moltissimo per promuovere l'impegno degli uomini nel contesto della prevenzione dell'Hiv, e gli sforzi per la prevenzione compiuti a livello comunitario hanno contribuito ad aumentare l'utilizzo dei preservativi maschili. Tuttavia, l'Organizzazione mondiale della sanità riferisce che meno di un terzo (31 per cento) dei giovani maschi nei paesi in via di sviluppo ha una conoscenza “completa e accurata” dell'Hiv, segnalando la necessità di sostenere maggiormente la salute sessuale e riproduttiva degli uomini, ivi compresa l'educazione alla sessualità e ai contraccettivi (United Nations, 2009b).

Sempre più spesso gli uomini esprimono il desiderio di essere maggiormente coinvolti nella pianificazione della propria famiglia e anche di ridurre il numero delle gravidanze non prevenute (Barker and Pawlak, 2011). In alcuni paesi – Brasile, Germania, Messico, Spagna e Stati Uniti – il 50 per cento degli uomini prenderebbero in considerazione una contraccezione maschile di tipo ormonale, se fosse disponibile (Glasier, 2010). Coinvolgere gli uomini in età riproduttiva nei programmi di pianificazione familiare fin da giovanissimi può servire a promuovere una comunicazione più costruttiva all'interno delle coppie per decidere quanti figli avere e quando.

4 Altri gruppi emarginati

Popoli indigeni e minoranze etniche.

I popoli indigeni e le minoranze etniche spesso non riescono ad avere accesso alla pianificazione familiare. I risultati di ricerche qualitative dimostrano che gli stessi operatori sanitari esprimono difficoltà nell'assistere donne indigene o appartenenti a una minoranza etnica, spesso perché non sono in grado di comunicare in modo adeguato o di comprenderne le pratiche culturali (Silva and Batista, 2010; Cooper, 2005). I pregiudizi contro questi gruppi portano spesso ad abbassare i livelli già bassi di investimento nella loro salute sessuale e riproduttiva (United Nations Economic and Social Council, 2009).

Le gravi conseguenze degli insufficienti investimenti governativi si riflettono nelle enormi disparità tra donne indigene e non, evidenziate dagli indicatori chiave sulla salute riproduttiva e materna, come i tassi di mortalità materna, i tassi globali di fecondità e la domanda inesausta di pianificazione familiare (Silva and Batista, 2010).

Sussistono significative disparità dal punto di vista della salute tra gruppi indigeni e non, in vari paesi del mondo. In Guatemala, per esempio, dove i gruppi indigeni (Maya, Xinka, e Garifuna) rappresentano quasi il 40 per cento di tutta la popolazione e il 75 per cento dei poveri, il 39 per cento delle donne indigene sposate, nella fascia di età 15-49 anni, hanno un bisogno insoddisfatto di pianificazione familiare e non sono quindi in

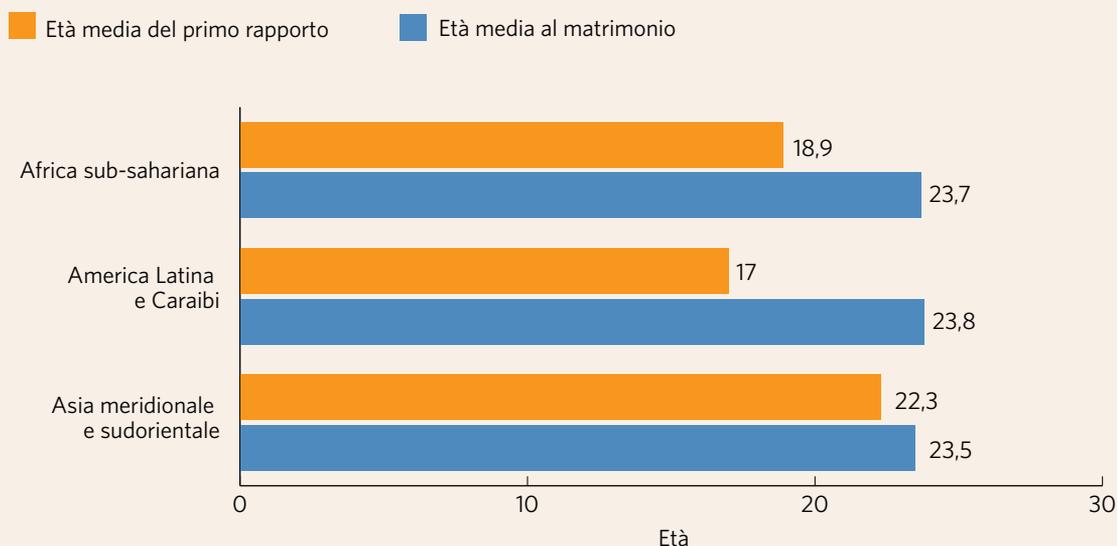
grado di esercitare il proprio diritto alla pianificazione familiare (Guatemala Ministry of Public Health and Social Assistance, 2003). Per contro, tra le donne non-indigene solo il 22 per cento non riesce a soddisfare i propri bisogni di pianificazione familiare. Questo divario nell'accesso ai servizi concorre all'elevato tasso di fecondità (6.1) tra le donne indigene, per le quali è maggiore anche il rischio di mortalità materna.

STUDIO DI UN CASO

Unfpa e i gruppi indigeni in America Latina

Per affrontare l'elevatissima mortalità infantile e materna tra le donne indigene adulte, giovani e

BISOGNO DI PIANIFICAZIONE FAMILIARE RIFLESSO NEL DIVARIO PLURIENNALE TRA L'ETÀ DEL PRIMO RAPPORTO E IL MATRIMONIO



- Nell'Africa sub-sahariana l'attività sessuale inizia circa 5 anni prima del matrimonio
- In America Latina e Caraibi i giovani in media iniziano l'attività sessuale prima dei 18 anni e aspettano 7 anni prima di sposarsi
- In Asia meridionale e sud-orientale il divario (1,1 anno) tra l'età del primo rapporto e l'età del matrimonio è molto più breve che in altre regioni.

Fonte: Paesi selezionati per i quali si dispone dei più recenti dati demografici e sulla salute.

Fonte: IFC Macro DHS Statcompiler

PIANIFICAZIONE FAMILIARE NELLE CRISI UMANITARIE: IL CASO DELLA SOMALIA

Tra le donne somale si registra il tasso di fecondità più alto del mondo, con una media di sei figli per donna (Unfpa, 2012b). Malgrado conflitti, carestie e alti tassi di mortalità materna, neonatale e infantile, negli ultimi cinquant'anni la popolazione del paese si è quasi triplicata. In questa società a economia pastorale, dove così tante persone sono cadute vittime della guerra, i figli hanno un enorme valore.

Negli ultimi due decenni di conflitto in Somalia, con il governo centrale che ha smesso di funzionare fin dal 1991, l'attenzione internazionale si è concentrata nel cercare di risolvere la crisi politica e prestare soccorsi d'emergenza. In questo contesto, non si è ritenuto di importanza prioritaria sviluppare programmi e infrastrutture per la salute che occorrono per generare una domanda di pianificazione familiare e per rispondervi.

Molti pensano che l'unico modo per comunicare in modo efficace con i somali - in grande maggioranza musulmani sanniti devoti - in materia di pianificazione familiare possa avvenire tramite la religione. Collaborare con organizzazioni religiose potrebbe alleggerire le pressioni sociali e religiose subite dalle donne che desiderano un maggior intervallo tra le nascite. I metodi tradizionali, come il coito interrotto e l'allattamento prolungato, sono quelli più facilmente accettati dalla società somala. Unfpa collabora con le istituzioni governative e le organizzazioni non governative per la distribuzione di materiali e servizi essenziali per la salute riproduttiva. Ora che la fase peggiore della carestia sembra superata, la Somalia ha l'opportunità di concentrarsi sui programmi di pianificazione familiare per salvaguardare il benessere delle generazioni future.

adolescenti, Unfpa lavora per aumentare il loro accesso a servizi di qualità, sicuri e culturalmente accettabili, nel settore della salute materna, neonatale e riproduttiva, compresa la pianificazione familiare (Unfpa, 2012d). In questo contesto, Unfpa promuove il dialogo interculturale tra i sistemi sanitari tradizionali e quelli nazionali, in prevalenza di tipo allopatrico occidentale, e allo stesso tempo sostiene interventi a livello comunitario che mobilitino le comunità nel salvare la vita delle donne. Il ruolo di "brokeraggio culturale" svolto dalle autorità e dai leader delle comunità indigene, comprese le levatrici tradizionali, sono fondamentali per questo processo.

Unfpa contribuisce inoltre a promuovere e migliorare la conoscenza delle popolazioni indi-

gene a livello regionale e nazionale, attraverso indagini qualitative e quantitative, esercitando pressioni perché nelle statistiche e nei censimenti della popolazione e delle unità abitative si tenga conto delle questioni che riguardano le popolazioni indigene e contribuendo a migliorare i registri sulla salute e altri documenti amministrativi. ■

Persone con disabilità. La Convenzione sui diritti delle persone con disabilità riconosce i loro diritti specifici e individua gli obblighi corrispondenti degli Stati. La Convenzione precisa che le persone con disabilità hanno uguali riconoscimenti di fronte alla legge (Art. 12), hanno il diritto di sposarsi e formare una famiglia e di decidere liberamente e responsabilmente riguardo al numero dei figli e all'intervallo tra la nascita di un figlio e l'altro (Art. 25).

Le ricerche più recenti dimostrano che le persone con disabilità sono spesso vittime di discriminazioni che violano i loro diritti, nonché di pregiudizi sociali che limitano la loro capacità di eccellere sul piano accademico, professionale e personale (World Health Organization, 2011). Le persone disabili inoltre raggiungono risultati inferiori sul piano socio-economico e si trovano più spesso in condizioni di povertà (Scheer et al., 2003; European Commission, 2008).

Sussiste in tutto il mondo il luogo comune secondo cui le persone disabili sono asessuate o secondo cui la loro sessualità e fecondità dovrebbero essere controllate (World Health Organization, 2009). Le persone con disabilità sono invece sessualmente attive e molti studi documentano bisogni di pianificazione familiare che non trovano risposta (Maart and Jelsma, 2010; World Health Organization, 2009). Malgrado le misure legali che garantiscono loro il diritto di pianificare le gravidanze e l'intervallo tra le nascite, le persone con disabilità sono più facilmente escluse dai programmi di educazione alla sessualità (Rohleder et al., 2009; Tanzanian Commission for Aids, 2009). Altri studi hanno documentato casi di sterilizzazione non richiesta praticata su donne

disabili (Servais, 2006; Grover, 2002). La sterilizzazione senza il consenso del soggetto viola gli standard internazionali sui diritti umani.

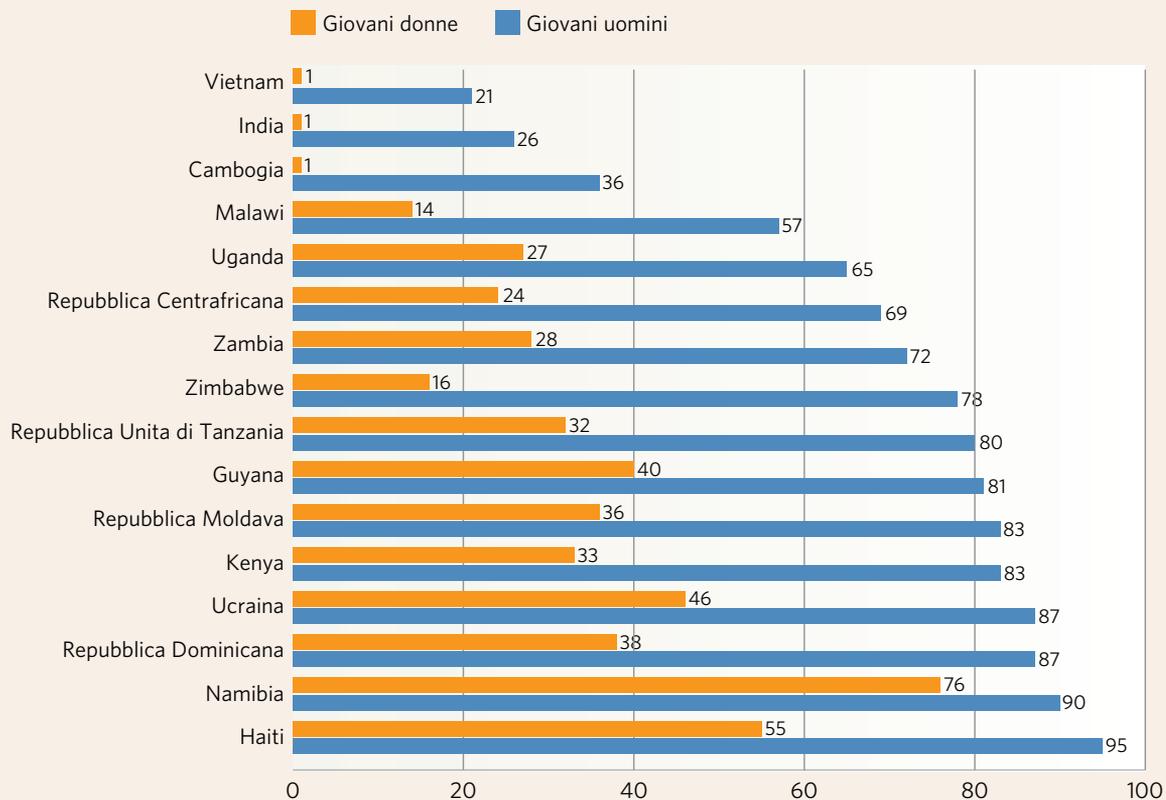
Persone affette da Hiv. Tanto nei paesi sviluppati come in quelli in via di sviluppo, la ricerca evidenzia che la condizione di positività all'Hiv non elimina il desiderio di avere figli (Rutenberg et al., 2006). Le considerazioni specifiche di uomini e donne positivi all'Hiv che progettano una gravi-

danza restano legate allo stigma e alla discriminazione che incontrano all'interno delle famiglie, delle comunità e dei sistemi sanitari (Oosterhoff et al., 2008).

Per le donne e per gli uomini che accedono al trattamento anti-retrovirale, la diagnosi di positività all'Hiv può ormai essere generalmente gestita come una qualsiasi malattia cronica. Anche se non in tutte le parti del mondo si è raggiunto l'accesso universale alle terapie salvavita, la comunità inter-

I RAGAZZI HANNO MAGGIORI PROBABILITÀ DELLE RAGAZZE DI AVERE RAPPORTI A RISCHIO CON UNA PARTNER CHE NON È NÉ CONIUGE NÉ CONVIVENTE NEGLI ULTIMI 12 MESI (% DI GIOVANI TRA 15 E 24 ANNI)

Implicazioni per la pianificazione familiare: le persone, sposate o meno, devono poter accedere alla contraccezione per evitare gravidanze non desiderate



Fonte: AIS, DHS, MICS e altri istituti nazionali di statistica, 2005-2009. Per ciascun paese, i dati si riferiscono all'anno più recente disponibile per il periodo specificato.

Zimbabwe. Patience
Mapfumo, 37 anni,
con il figlio Josphat,
di 5 anni, nato senza
il virus dell'Hiv.

© Elizabeth Glaser Pediatric
AIDS Foundation



POLITICHE CHE OSTACOLANO LA PIANIFICAZIONE FAMILIARE

Honduras: criminalizzazione della contraccezione d'emergenza

Nell'aprile del 2012, il Congresso honduregno ha approvato una legge per cui il personale medico che distribuisce contraccezione d'emergenza, o anche solo informazioni sull'argomento, commette un reato punibile penalmente. Una donna che usi o tenti di usare la contraccezione d'emergenza per evitare una gravidanza non desiderata viola la legge. Questa legislazione si applica a tutte le donne, comprese le vittime di uno stupro.

Manila: restrizioni alla pianificazione familiare

Da oltre dieci anni nella città di Manila, capitale delle Filippine, il divieto imposto alla contraccezione moderna nega alle donne l'accesso alla pianificazione familiare. Nel 2000, il sindaco di Manila ha varato un decreto esecutivo per scoraggiare l'uso dei metodi di contraccezione artificiale, come preservativi, pillole, dispositivi intrauterini, sterilizzazione chirurgica e altri. I centri per la salute che ricevono finanziamenti dalla Municipalità non possono distribuire contraccettivi moderni.

Nel 2008, è stata sollevata un'eccezione di incostituzionalità, motivata dal fatto che il decreto viola gli obblighi delle Filippine in base al diritto internazionale. Dopo una prima bocciatura e il ricorso in appello, la richiesta è stata respinta per la seconda volta dalla Corte suprema. Una nuova causa è stata intentata nell'aprile del 2009 presso il Tribunale regionale di Manila.

Fonti: International Consortium for Emergency Contraception, 2012; Center for Reproductive Rights, 2012; Center for Reproductive Rights, 2010; EnGendeRights, 2009.

nazionale ha compiuto notevoli passi avanti nella sua diffusione. Nei paesi a basso e medio reddito il numero delle persone sottoposte a terapia ha raggiunto i 6,65 milioni, con un incremento di sedici volte in appena sette anni (World Health Organization, 2011). Con l'avanzare del progresso verso l'accesso universale ai trattamenti anti-retrovirali, sempre più persone positive all'Hiv cercheranno il modo di esprimere la propria sessualità e di pianificare le proprie famiglie.

Le donne e gli uomini positivi all'Hiv denunciano le intense pressioni a cui sono sottoposti dalle famiglie, dai leader delle loro comunità e dagli operatori sanitari perché rinuncino al desiderio di avere figli. Tali pressioni vengono generalmente giustificate con le preoccupazioni per il rischio di contagio perinatale o per il benessere dei figli, i cui genitori rischiano di morire prematuramente di Aids (Cooper et al., 2005; Ippf, 2005). Ora però che le persone con Hiv vivono sempre più a lungo, molti di loro vorrebbero diventare genitori. Nella maggior parte delle società, avere figli è una componente essenziale dell'identità sociale, per gli uomini e per le donne. Dalle persone "sane" ci si aspetta generalmente che abbiano dei figli, anche per via delle pressioni esercitate dalla famiglia o dalla comunità.

Lo stigma che grava sulle intenzioni di gravidanza da parte di persone positive all'Hiv varia a seconda dei contesti. Alcune ricerche condotte in Zimbabwe, per esempio, rilevano che le donne spesso desiderano dei figli, ma non si sentono abbastanza sicure da concretizzare tale desiderio: temono le possibili reazioni negative della comunità in cui vivono, soprattutto a causa della potenziale trasmissione dell'Hiv ai figli (Feldman and Maposhere, 2003; Craft et al., 2007). Altri studi condotti in Costa d'Avorio e in Sudafrica mostrano che alcune donne vorrebbero restare incinte proprio per evitare lo stigma della sterilità, che si basa non soltanto sulle aspettative sociali per cui le donne dovrebbero essere madri, ma anche sul fatto che evitare la gravidanza è spesso interpretato come il segnale di una condizione di positività all'Hiv (Aka-Dago-Akribi et al., 1999).

Poiché i preservativi sono il metodo contraccettivo più universalmente accessibile, in grado anche di proteggere contro il contagio da Hiv, l'Organizzazione mondiale della sanità ne raccomanda l'uso a uomini e donne con Hiv che desiderino evitare la gravidanza, in associazione o meno con altri metodi contraccettivi (World Health Organization, 2012; Cooper et al., 2007).

Gli studi suggeriscono che l'Hiv potrebbe avere un effetto negativo sulla fecondità sia maschile sia femminile (Lyerly, Drapkin and Anderson, 2001). Tra le coppie "discordanti" (rapporti in cui solo uno dei partner è positivo al virus) ci sono diversi modi abbastanza sicuri per cercare di avere figli. L'inseminazione artificiale può ridurre il rischio di infezione, quando è la donna a essere positiva. Quando invece la persona contagiata è l'uomo, progettare una gravidanza può essere più complicato, problematico e costoso (Semprini, Fiore and Pardi, 1997).

Poveri. Per quanto negli ultimi 20 anni la situazione della salute sessuale e riproduttiva sia nel complesso migliorata, varia ancora molto a seconda dei livelli di reddito (Unfpa, 2010). Questo divario in costante aumento ha portato a un incremento del numero di persone che non sono in condizione di esercitare il proprio diritto alla pianificazione familiare. Per di più, le ricerche dimostrano che una percentuale sproporzionata di tutta la spesa pubblica per la salute e l'istruzione viene stanziata in favore delle fasce più abbienti della società, esacerbando così la probabilità che le disuguaglianze di oggi continuino ad aumentare tra un paese e l'altro, oltre che internamente a ciascun paese (Gwatkin, Wagstaff and Yazbeck, 2005).

Le inchieste demografiche e sulla salute condotte in 24 paesi dell'Africa sub-sahariana dimostrano che le donne più povere e meno istruite hanno "perso terreno" e che tra le adolescenti povere si registrano i livelli più bassi nell'uso continuativo dei contraccettivi e quelli più alti di domande inevase di pianificazione familiare (Unfpa, 2010). Soltanto il 10 per cento delle donne pro-

"La salute riproduttiva non raggiunge molte persone nel mondo per colpa di fattori quali: livelli inadeguati di conoscenza sulla sessualità umana, informazioni e servizi di salute riproduttiva inadeguati o di scarsa qualità; diffusione di comportamenti sessuali ad alto rischio; pratiche sociali discriminatorie; atteggiamenti negativi verso le donne, adulte e non; scarso potere delle donne nella gestione della propria vita sessuale e riproduttiva. Le/gli adolescenti sono particolarmente vulnerabili in molti paesi a causa della mancanza di informazioni e l'impossibilità di accedere ai servizi. Le donne e gli uomini meno giovani hanno specifici bisogni di salute sessuale e riproduttiva che sono spesso affrontati in modo inadeguato."

— Programma d'azione della Conferenza del Cairo, 1994, paragrafo 7.3

venienti dalle famiglie più povere ricorre a qualche forma di contraccezione, a fronte del 38 per cento delle donne che appartengono a famiglie benestanti.

L'esclusione sociale rende ancora più difficile l'accesso dei poveri alle informazioni e ai servizi di pianificazione familiare, rispetto ai soggetti di condizioni socio-economiche più elevate. Queste disparità compromettono la salute delle donne, i loro diritti e quelli degli uomini e anche gli sforzi per ridurre la povertà (Greene and Merrick, 2005). In base alle ricerche effettuate, per esempio, i tassi di natalità sono aumentati tra le adolescenti più povere e meno istruite che spesso vivono in comunità rurali (Unfpa, 2010). Al contrario, tra le adolescenti istruite che risiedono nelle aree urbane e che appartengono al 60 per cento di famiglie più ricche, i tassi di natalità rispetto al 2000 sono molto più bassi e continuano a diminuire.

Persone difficili da raggiungere nelle comunità rurali o in quelle urbane.

Nella maggior parte dei paesi in via di sviluppo, i dati nazionali sulla povertà sono strettamente collegati al luogo di residenza; le famiglie che risiedono in aree urbane tendono a essere meno povere di quelle rurali (Bloom and Canning, 2003). Le comunità più difficili da raggiungere sono diverse a seconda del paese preso in esame, ma in generale la zona di

“... La cultura influenza la salute riproduttiva delle donne in quanto determina, per esempio, l'età e le modalità della sessualità, i modelli di matrimonio, il numero dei figli e l'intervallo tra le nascite, i riti di pubertà, il processo decisionale e le loro capacità di controllare le risorse. Gli stereotipi e i ruoli di genere, imposti dalla società e dalla cultura, spiegano anche perché siano così tanti gli uomini, adulti e adolescenti, che restano ai margini dei programmi e delle politiche in materia di salute sessuale e riproduttiva, malgrado il loro ruolo chiave in questo settore e malgrado loro stessi abbiano bisogno di informazioni e servizi.”

— Unfpa, *Family Planning Strategy*, 2012

residenza influisce sulle possibilità di accedere alla pianificazione familiare.

In alcune regioni, donne e uomini nelle zone rurali non riescono ad accedere regolarmente a informazioni e servizi di qualità sulla pianificazione familiare. Per esempio, le donne povere dell'Africa sub-sahariana rurale hanno in media un tasso di uso dei contraccettivi del 17 per cento, a fronte di un 34 per cento tra le loro pari urbanizzate (Unfpa, 2010). Anche all'interno delle comunità rurali esistono differenze relative, e le valutazioni dei quintili in base al reddito nazionale spesso mascherano le disparità all'interno delle comunità rurali e urbane. Ad esempio, alcune ricerche condotte in America Latina e nell'Africa sub-saharia-

na dimostrano che quando si adottano i quintili specifici per le comunità rurali per analizzare gli indicatori sulla pianificazione familiare, le donne dei quintili più ricchi all'interno delle comunità rurali sono più facilmente in grado di accedere ai servizi di pianificazione familiare (Foreit, 2012).

In altre situazioni la rapida espansione delle aree urbane non concede ai Governi il tempo necessario per sviluppare infrastrutture in grado di garantire ai poveri servizi di pianificazione familiare di qualità. Più della metà della popolazione mondiale vive oggi nelle aree urbane, e nei prossimi decenni quasi l'intera crescita globale della popolazione si verificherà nelle città, grandi o medio-piccole; la maggioranza della crescita urbana sarà concentrata in Africa e in Asia (Unfpa, 2007). I due terzi della popolazione urbana africana abita in insediamenti informali, dove l'assenza di infrastrutture e la costante minaccia di violenze limitano fortemente l'uso dei trasporti e dei servizi sanitari da parte delle donne (UN Habitat, 2003; Taylor, 2011). Nei paesi in via di sviluppo, anche nelle aree urbane, molte gravidanze non sono intenzionali; la differenza nella diffusione dei contraccettivi tra donne urbanizzate ricche e povere varia dal 30 al 40 per cento (Ezeh, Kodzi and Emina, 2010).

Esaurimento delle scorte, interruzioni nelle catene di rifornimento, costi elevati sono tutti fattori che contribuiscono a far crescere la domanda inevasa nelle comunità meno servite e più difficili da raggiungere, tanto nei contesti urbani come in quelli rurali. Un altro dei fattori chiave che contribuisce a non far crescere i livelli di utilizzo dei contraccettivi, con conseguente aumento della domanda inevasa, è la scarsità di informazioni mirate, indirizzate a soddisfare i bisogni delle persone che abitano nelle aree rurali più isolate o tra le comunità urbane più densamente popolate (Ezeh, Kodzi and Emina, 2010).

Persone migranti, rifugiate e dislocate. Migrazione e dislocazione, cioè gli spostamenti delle persone da un'area all'altra, sono sempre più co-

RAFFORZARE L'INTEGRAZIONE TRA PREVENZIONE DELL'HIV E SALUTE SESSUALE E RIPRODUTTIVA IN ZIMBABWE

Donne e ragazze in età feconda sono le più colpite dall'epidemia di Hiv in Zimbabwe: la diffusione tra le donne incinte è molto alta, e Hiv e Aids sono responsabili di una morte materna su quattro. Nel 2010, uno studio di valutazione sulle politiche e i programmi in materia di salute sessuale e riproduttiva e Hiv/Aids ha osservato che l'inadeguata integrazione tra i programmi di salute sessuale e riproduttiva e quelli per la prevenzione dell'Hiv ha portato a una ridotta capacità del personale sanitario nel rispondere ai bisogni di pianificazione familiare di donne e ragazze. Con la collaborazione dell'Unfpa, dell'Organizzazione mondiale della sanità e dell'Unicef, il Ministero per la salute e per il benessere dell'infanzia sta colmando questo divario grazie allo sviluppo di nuove linee guida sull'erogazione integrata dei servizi e sulla formazione degli operatori sanitari.

muni. Il numero totale dei migranti internazionali è cresciuto negli ultimi otto anni, passando da una stima di 150 milioni nel 2000 a 214 milioni nel 2008 (United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2008a). Le ragioni che inducono alla migrazione o alla dislocazione, interna o esterna ai confini nazionali, sono molto diverse. Ma che si tratti di un trasferimento forzato o volontario, e che avvenga per ragioni politiche, economiche, sociali o ambientali, l'Organizzazione mondiale della sanità osserva che le moltitudini che hanno cambiato il proprio luogo di residenza pongono una grossa sfida di salute pubblica a tutta la comunità internazionale (World Health Organization, 2003).

Gli strumenti internazionali di tutela dei diritti umani riconoscono esplicitamente che i diritti umani, compreso quello alla salute e alla pianificazione familiare, si applicano a tutte le persone, comprese quelle migranti e rifugiate, e a chi non ha la cittadinanza dello Stato in cui vive (World Health Organization, 2003). Quando tali diritti sono negati alle persone migranti e dislocate che subiscono forme di esclusione sociale, diventa impossibile per loro usufruire pienamente dei servizi sanitari, compresi quelli di pianificazione familiare. Le donne (ma anche gli uomini, come iniziano a dimostrare le ricerche) sono inoltre vulnerabili alla violenza sessuale perpetrata da soldati, guardie, membri della comunità di arrivo e altri rifugiati, e sono pertanto particolarmente a rischio di gravidanze indesiderate (United Nations High Commissioner for Refugees and Women's Refugee Commission, 2011).

Secondo gli stessi migranti e le persone dislocate nei paesi sviluppati come in quelli in via di sviluppo, la mancanza di informazioni sui propri diritti e sui servizi a loro disposizione è una delle ragioni principali per cui non accedono ai servizi sanitari (Braunschweig and Carballo, 2001). Per esempio, un'indagine a livello nazionale condotta in diversi paesi dell'Europa occidentale, ha rilevato come i tassi di mortalità e morbilità materna siano più elevati tra le donne migranti

PIANIFICAZIONE FAMILIARE E UNA VITA SESSUALE SODDISFACENTE

Secondo il paragrafo 7.2 del Programma d'azione della Conferenza del Cairo, la salute riproduttiva implica "che le persone abbiano una vita sessuale soddisfacente e sicura... Include inoltre la salute sessuale, il cui scopo è l'arricchimento della vita e delle relazioni personali, e non semplicemente il counselling e l'assistenza relativi alla riproduzione e alle malattie trasmesse sessualmente". Di questa concezione comprensiva della salute riproduttiva - che implica una vita sessuale soddisfacente e sicura - tengono conto molti programmi di pianificazione familiare.

STUDIO DI UN CASO

Lezioni di pianificazione familiare in Iran

La Repubblica Islamica dell'Iran richiede a tutte le coppie che intendono sposarsi di frequentare un corso prematrimoniale di counselling e di sottoporsi ad alcuni esami medici. Per ottenere il risultato di tali esami e per poter registrare il matrimonio, le coppie devono frequentare una lezione di due ore sui temi della pianificazione familiare, della prevenzione delle malattie e soprattutto dei rapporti emotivi e sociali impliciti nel matrimonio. La Repubblica Islamica dell'Iran ha voluto dare priorità alle "questioni sessuali ed emotive" soprattutto dopo aver constatato le alte percentuali di divorzio nel paese. Da quando è stato avviato, il programma di pianificazione familiare iraniano è risultato uno dei più riusciti al mondo, e ha portato a un tasso di diffusione dei contraccettivi intorno all'81,6 per cento.

STUDIO DI UN CASO

Timore di gravidanze non desiderate in Messico

Secondo una ricerca condotta nel 2008 all'interno di una delle comunità più tradizionaliste del Messico (Hirsch 2008: 101), le convinzioni religiose delle donne vietano loro di ricorrere alla pianificazione familiare (il metodo più facilmente disponibile era la sterilizzazione) per gran parte della loro vita riproduttiva. Ovviamente le donne sono spesso preoccupate per le gravidanze non desiderate. Solo molto tardi, al termine degli anni fecondi, hanno la "possibilità di godere dell'intimità sessuale senza la preoccupazione di una gravidanza non preventivata o non voluta".

STUDIO DI UN CASO

Hiv, sesso e uso dei profilattici

L'impatto del preservativo sul piacere sessuale dell'uomo è generalmente riconosciuto come un ostacolo nell'uso di questo metodo di contraccezione e di prevenzione dell'Hiv (Unaid 2000). Ma l'approccio che preferisce incoraggiare le donne a utilizzare questo metodo è considerevolmente cambiato in seguito all'epidemia di Hiv/Aids (Higgins and Hirsch 2007). Molti programmi, riconoscendo le resistenze maschili, sottolineano la necessità di potenziare la capacità negoziale delle donne. Ma sappiamo ancora molto poco della resistenza sessuale femminile all'uso dei preservativi maschili. Alcune ricerche condotte negli Stati Uniti hanno in realtà rivelato che sono più le donne degli uomini a non gradire la sensazione del preservativo (Higgins and Hirsch 2008).

– dato che si associano a livelli più bassi di accesso alla contraccezione (Kamphausen, 2000).

Uno studio eseguito nel 2011 dall'Alto commissariato delle Nazioni Unite per i rifugiati e dalla Women's Refugee Commission a Djibouti, in Giordania, Kenya, Malesia e Uganda ha rilevato che le persone che vivono nei campi profughi riferiscono un minor utilizzo della contraccezione e una maggiore difficoltà nell'accedere a informazioni e servizi, soprattutto per gli adolescenti, maschi e femmine (United Nations High Commissioner for Refugees and Women's Refugee Commission, 2011).

STUDIO DI UN CASO

Ampliare la pianificazione familiare nei contesti di crisi umanitarie.

Come parte degli interventi d'emergenza in Sud Sudan, Unfpa ha distribuito forniture di contraccettivi orali e iniettabili, ha eseguito l'inserimento di dispositivi intrauterini e altri strumenti di pianificazione familiare (Unfpa, 2011a). E, in collaborazione con l'American Refugee Committee, Unfpa ha inoltre contribuito alla formazione di operatori sanitari, di addetti alla distribuzione in loco e di educatori tra pari sulla pianificazione familiare.

Strategie e programmi spesso non riescono a rispondere a tutti i bisogni di pianificazione familiare delle persone rifugiate e dislocate internamente, costrette a trovare asilo lontane da casa per periodi di tempo molto variabili. Le attività d'emergenza si sono concentrate sui ricoveri, cibo e servizi di base per la salute, e non sempre hanno contemplato nella programmazione la distribuzione di servizi essenziali per la salute riproduttiva. Negli ultimi anni tuttavia, i gruppi inter-agenzie che operano in situazioni di emergenza hanno attivato risorse e strumenti per aiutare il personale umanitario a generare domanda di pianificazione familiare e a garantire il rispetto dei diritti dei rifugiati anche in questo settore. ■

Lavoratori e lavoratrici del settore sessuale. I lavoratori e le lavoratrici del settore sessuale non soltanto hanno il diritto di decidere quanti figli avere

e quando, ma anche di poter contare sull'uso del preservativo come strumento per proteggersi dalle infezioni trasmesse sessualmente, come l'Hiv. Ma lo stigma sociale e la discriminazione a cui sono spesso sottoposti limitano e inibiscono le loro capacità di accedere alle informazioni e ai servizi di pianificazione familiare (Lin, 2007).

Spesso le norme sociali classificano i lavoratori e le lavoratrici del settore sessuale come immorali, e le istituzioni e i singoli individui responsabili dell'applicazione delle leggi e dei servizi per la salute spesso rafforzano gli atteggiamenti e le pratiche discriminatorie, con effetti deleteri per i lavoratori e le lavoratrici del settore sessuale. Per esempio, in alcuni paesi come Libano e Filippine, lo stigma contro il lavoro sessuale e il sesso fuori dal matrimonio è stato utilizzato per far approvare una legislazione che vieta il libero possesso dei preservativi (Human Rights Watch, 2004; World Health Organization, 2005). Di conseguenza, i lavoratori e le lavoratrici del settore sessuale percepiscono spesso il sistema sanitario come non rispondente ai propri bisogni, visto che nega loro l'accesso all'intera gamma di contraccettivi disponibili.

Secondo molte ricerche, quando gli operatori del sesso accedono a servizi di pianificazione familiare lo fanno di solito con estrema riluttanza, e sono vittime dei pregiudizi degli operatori sanitari, che trascurano i loro bisogni in materia di salute sessuale e riproduttiva, concentrandosi essenzialmente solo sui rischi di contagio da Hiv e da altre infezioni trasmesse sessualmente (Lin, 2007; Human Rights Watch, 2004). Ci sono casi documentati di operatori sanitari in Asia meridionale e sudorientale, i quali sono stati accusati di aver divulgato i risultati del test per l'Hiv e di aver minacciato di denunciare alle autorità le persone contagiate (Mgbako et al., 2008).

Le conseguenze dello stigma che colpisce gli operatori del sesso violano i diritti umani universali. Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, "gli interventi per promuovere sesso più sicuro tra questi operatori devono rientrare nello sforzo complessivo per assicurare la loro sicurezza,



promuovere in modo più completo la loro salute e il loro benessere e tutelare i loro diritti umani” (World Health Organization, 2005).

Persone lesbiche, gay, bisessuali e transessuali.

I programmi di pianificazione familiare gestiti dai Governi trascurano quasi sempre le necessità di coloro che si identificano come lesbiche, gay, bisessuali e transessuali. L'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i diritti umani ha affermato che “la discriminazione basata sull'orientamento sessuale è contraria alla legislazione internazionale sui diritti umani” (United Nations High Commissioner for Human Rights, 2008). In molti paesi, però, gli eterosessuali godono, all'interno dei programmi governativi per la pianificazione familiare, di un trattamento privilegiato. Alcune di queste persone possono cercare di evitare gravidanze indesiderate. Per esempio, gli uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini e i bisessuali possono scegliere di avere dei rapporti eterosessuali senza desiderare di avere figli. In altre situazioni, lesbiche e gay pos-

sono desiderare di avere una famiglia. La violenza sessuale contro le persone, motivata dall'orientamento sessuale della vittima, effettivo o percepito, rende le donne più vulnerabili a gravidanze non volute in seguito a uno stupro, situazione che richiede di poter accedere alla contraccezione d'emergenza.

Spose bambine. Benché siano in diminuzione, i matrimoni in cui la ragazza non ha ancora compiuto 18 anni – il limite internazionalmente riconosciuto che segna il passaggio all'età adulta – sono ancora molto diffusi nell'Africa sub-sahariana e in Asia meridionale. Per quanto riguarda i maschi è una situazione poco comune. Le stime indicano che il 34 per cento delle donne di età compresa tra i 20 e i 24 anni nei paesi in via di sviluppo si sono sposate o hanno iniziato una convivenza prima del diciottesimo compleanno. Nel 2010 questo equivaleva a quasi 67 milioni di donne. Le aspettative sociali, compresa quella per cui le ragazze devono sposarsi presto, influiscono sul comportamento sessuale delle ragazze, ne compromettono le presta-

▲ *Yemen. Nujoud è stata data in sposa a un uomo di 20 anni più vecchio quando aveva appena 10 anni. Ora è divorziata.*
©VII/Stephanie Sinclair

zioni scolastiche e le rendono vulnerabili al matrimonio precoce.

Il matrimonio precoce porta a iniziare l'attività sessuale in un periodo in cui le ragazze non conoscono ancora bene il proprio corpo, e ignorano quasi tutto della propria salute sessuale e riproduttiva e del loro diritto alla pianificazione familiare. Le spose bambine subiscono inoltre un'intensa pressione sociale perché dimostrino la propria fecondità, cosa che le porta molto spesso ad avere gravidanze troppo presto e troppo ravvicinate. Anche quando le spose bambine hanno una conoscenza accurata e completa dei modi per prevenire una gravidanza,

la loro incapacità di negoziare con il marito (di solito molto più vecchio) il ricorso ai contraccettivi o di accedere ai servizi sanitari, contribuisce agli alti livelli di gravidanze tra le adolescenti.

Sono pochissimi i programmi di pianificazione familiare che comprendono anche strategie per raggiungere le spose bambine, spesso isolate, escluse da reti sociali ampie e sviluppate, vulnerabili a molte delle conseguenze negative per la salute materna che derivano dalle gravidanze e dai parti troppo precoci. Questo è un altro settore in cui è molto importante investire. (Malhotra et al., 2011; Bruce and Clark, 2003; Unfpa, 2009; Lloyd, 2009; World Health Organization, 2008; Lam, Marteleto and Ranchhod, 2009; Levine et al., 2008; Mensch, Bruce and Greene, 1999.)

PAESI CON I PIÙ ALTI TASSI DI MATRIMONI PRECOCI

Paese	Percentuale di ragazze sposate prima dei 18 anni
Niger	75%
Ciad	72%
Bangladesh	66%
Guinea	63%
Repubblica Centro Africana	61%
Mali	55%
Mozambico	52%
Malawi	50%
Madagascar	48%
Sierra Leone	48%
Burkina Faso	48%
India	47%
Eritrea	47%
Uganda	46%
Somalia	45%
Nicaragua	43%
Zambia	42%
Etiopia	41%
Nepal	41%
Repubblica Dominicana	40%

Font: Unfpa, 2012

La scarsa qualità. Un ostacolo all'uso della pianificazione familiare

Quando i servizi sono inaffidabili, o gestiti da personale non preparato, o quando non è disponibile la gamma completa dei contraccettivi e delle informazioni sul loro uso, spesso le persone che hanno un bisogno insoddisfatto preferiscono non ricorrere alla pianificazione familiare e non sono quindi in grado di esercitare il proprio diritto.

In molti paesi, i sistemi sanitari faticano per riuscire a gestire nel modo più efficiente le risorse umane di cui dispongono, a garantire infrastrutture adeguate per erogare i servizi e per assicurare l'adeguata fornitura di materiali e attrezzature di ogni genere. Chi abita nelle aree rurali è particolarmente vulnerabile alle carenze dei sistemi sanitari, perché rischia di essere escluso/a da servizi che sono invece a disposizione della popolazione urbana.

Una delle conseguenze dell'impostazione sbagliata di un approccio alla salute basato sui diritti e di una cattiva gestione del personale può essere l'atteggiamento pregiudizievole e discriminatorio degli operatori sanitari. Alcuni di coloro che forniscono servizi hanno interiorizzato pregiudizi sociali verso le minoranze. L'atteggiamento degli operatori può compromettere la qualità delle informazioni fornite ad alcuni utenti specifici, da

cui risulta l'impossibilità per questi ultimi di disporre di scelte e opzioni informate.

Mancanza di privacy e incapacità di comunicare costituiscono degli ostacoli per l'erogazione dei servizi ad alcuni gruppi. Una recente ricerca svolta in diversi paesi evidenzia come i programmi per la salute non abbiano saputo garantire a tutti il diritto alla privacy, alla riservatezza e alla non-discriminazione, soprattutto nel caso di adolescenti e persone non sposate (United Nations High Commissioner for Refugees, 2011). In alcuni contesti, persone dislocate internamente o rifugiati non sono spesso in grado di accedere a servizi di qualità, a causa dello scarso impegno profuso nell'aiutare le persone a gestire la propria fecondità anche in situazioni instabili, temporanee e con risorse limitate (United Nations High Commissioner for Refugees, 2011).

I potenziali beneficiari dei servizi di pianificazione familiare spesso si sentono respinti dagli operatori proprio nei momenti che compromettono la loro salute a lungo termine. Per esempio, nelle comunità con livelli elevati di diffusione dell'Hiv le esperienze alienanti vissute dai giovani di talune caste o di alcuni gruppi etnici rischiano di dissuaderli dall'accedere ai servizi nei momenti più critici della propria vita sessuale e riproduttiva (United Nations, Economic and Social Council, 2009a). Le minoranze etniche, le persone delle caste inferiori e i lavoratori e le lavoratrici del settore sessuale, che spesso trascorrono una considerevole parte della propria vita in comunità povere e remote o sono stigmatizzate, non sempre possono beneficiare dell'intera gamma di contraccettivi (Unhcr, 2011), che includono la fornitura di contraccettivi iniettabili e di dispositivi intrauterini, il cui uso è stato approvato dall'Organizzazione mondiale della sanità (World Health Organization, USAID and Family Health International, 2009).

STUDIO DI UN CASO

Tagikistan

Il Tagikistan si è molto impegnato per porre rimedio alla mancanza di informazioni e di servi-



zi, soprattutto nelle zone rurali. Grazie agli sforzi congiunti dell'Unfpa e del ministero della Salute, è stata migliorata l'accessibilità alla pianificazione familiare per molti dei segmenti più vulnerabili della popolazione. Informazioni e servizi di pianificazione familiare sono forniti nel contesto di servizi e informazioni sulla salute riproduttiva, comprensivi e di alto livello: una condizione chiave richiesta dal Programma d'azione della Conferenza del Cairo. Il Tagikistan ha ottenuto questi risultati formando gli operatori sanitari, effettuando campagne di informazione e di sensibilizzazione, fornendo contraccettivi e garantendo attrezzature adeguate per supportare servizi di qualità. ■

▲ *L'operatrice di un programma per la salute distribuisce contraccettivi in un villaggio etiopico.*
©UNFPA/Antonio Fiorente

STUDIO DI UN CASO

India

Per raggiungere i propri obiettivi demografici, il programma di pianificazione familiare attuato dall'India aveva stabilito, negli anni '70, una ristretta gamma di metodi, la cui promozione era affidata agli operatori sanitari. In molti hanno subito pressioni, o addirittura coercizioni, perché adottassero metodi di pianificazione familiare a lungo termine o permanenti, e questo approccio ha limitato l'accesso alla gamma completa dei metodi. Si è però dimostrato che era possibile affrontare la domanda insoddisfatta di pianificazione familiare senza ricorrere a obiettivi predefiniti, ma facendo sì che le risorse rispondessero

in modo più efficace ai bisogni locali. Il Governo ha quindi sviluppato un nuovo contesto per la pianificazione familiare, inserendola nell'ambito più vasto dei servizi per la salute riproduttiva e infantile, basata sulla pianificazione a livello locale a partire dalla valutazione dei bisogni effettivi delle donne (Murthy et al., 2002). Sebbene la trasformazione di un enorme programma nazionale sia un processo graduale, incrementare la possibilità di scelta tra i metodi, gestire il personale sanitario in modo meno impositivo, rendere il programma più flessibile e reattivo rispetto ai bisogni locali ha

contribuito a incrementare la richiesta di pianificazione familiare. ■

Le leggi che bloccano la pianificazione familiare rischiano di compromettere diritti e salute

Le leggi e le politiche che limitano l'accesso delle persone e vietano al personale sanitario di garantire i servizi per la salute sessuale e riproduttiva, compresa la pianificazione familiare, rischiano di compromettere il diritto della donna alla salute e di istituzionalizzare il circolo vizioso dello stigma sociale e della discriminazione. È quanto sostiene Anand Grover, Special Rapporteur del Council on Human Rights sul diritto di ciascun individuo a godere del massimo livello raggiungibile di salute fisica e mentale. Uno Stato che usa le proprie leggi per regolamentare le opzioni di pianificazione familiare della popolazione "sostituisce in modo coercitivo la propria volontà a quella dei singoli individui" ha detto Grover nel 2011.

Nell'*Interim report of the special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*, Grover ha invitato tra l'altro tutti gli Stati ad abrogare quelle parti della legislazione penale e civile che limitano l'accesso a un'educazione e informazione comprensiva sulla salute sessuale e riproduttiva. Ha ribadito inoltre che le leggi e le altre restrizioni legali che riducono o limitano l'accesso a beni e servizi concernenti la pianificazione familiare, compresa la contraccezione d'emergenza, violano il diritto alla salute e riflettono idee discriminatorie sul ruolo delle donne nella famiglia e nella società.

Conclusioni

Molti gruppi importanti di popolazione sono trascurati dai sistemi di pianificazione familiare, oppure devono affrontare ostacoli a volte insormontabili: giovani, donne e uomini non sposati nel pieno dell'età riproduttiva, persone separate dal partner, uomini più anziani, persone con disabilità, rifugiati, persone che vivono con l'Hiv/

AMPLIARE L'ACCESSO ALLA PIANIFICAZIONE FAMILIARE TRAMITE SERVIZI LOCALI, CULTURALMENTE APPROPRIATI NELLA REPUBBLICA DEMOCRATICA POPOLARE DEL LAOS

La Repubblica democratica popolare del Laos è un paese diviso dal punto di vista culturale ed etnico. Le comunità indigene parlano quattro lingue distinte, e rappresentano il 40 per cento del totale della popolazione. I bisogni disattesi di pianificazione familiare tra queste popolazioni indigene sono significativi. Con il sostegno di Unfpa, il Mother and Child Health Center, coordinato dal Ministero per la salute, ha lanciato nel 2006 un'iniziativa volta a fornire servizi di pianificazione familiare culturalmente appropriati e accoglienti per gli utenti. Il programma ha formato alcuni abitanti in ogni villaggio perché fungessero da operatori dei servizi di pianificazione familiare nella comunità, per lavorare con adolescenti, giovani e coppie sposate. Nelle comunità interessate, l'uso della contraccezione è passato dal 12 per cento della popolazione nel 2007 al 45 per cento nel 2011.

LA FORMAZIONE DEI FARMACISTI SI TRADUCE IN UNA DISTRIBUZIONE PIÙ SICURA DI CONTRACCETTIVI IN MONGOLIA

La mancanza di una formazione specialistica per i farmacisti ha costituito il principale ostacolo alla distribuzione di contraccettivi e altri materiali per la salute riproduttiva in Mongolia, fino a quando Unfpa non ha cominciato a collaborare con il Ministero della salute e la Scuola di farmacia dell'Università per le scienze mediche per rivedere il programma di studi dei giovani farmacisti. Oggi, si laureano ogni anno più di 350 farmacisti con le competenze necessarie per distribuire contraccettivi e facilitare la riduzione dei bisogni insoddisfatti di pianificazione familiare.



Aids, minoranze etniche e altri gruppi svantaggiati. Esiste tuttora un'enorme necessità di fornire in modo più sistematico e più abbondante i mezzi per ritardare o evitare una gravidanza non desiderata.

Un approccio alla salute e alla pianificazione familiare basato sui diritti umani indica questa necessità di re-orientare gli interventi. Contestualizzare nell'ambito dei diritti umani le politiche e i programmi significa concentrarsi sulla giustizia e sulla non discriminazione per ottenere l'uguaglianza; raggiungere i gruppi più trascurati, spesso emarginati e vulnerabili; avviare procedure volte a rafforzare i meccanismi di monitoraggio e di valutazione della *accountability* delle istituzioni (Unfpa, 2010). Applicare un approccio basato sui diritti umani esige non soltanto leggi e politiche che vietino e sanzionino le pratiche discriminatorie, ma anche sistemi adeguati e la partecipazione della società civile per implementarli e garantire che i responsabili rendano conto del proprio operato.

L'attività sessuale si svolge sempre più spesso secondo modalità che mettono in discussione le norme sociali, quelle che stabiliscono a priori in quali circostanze *si dovrebbero* avere rapporti sessuali. Famiglie, comunità, istituzioni e Governi dovranno modificare le loro strategie per garantire che tutti, in quanto titolari di diritti, compreso il diritto alla pianificazione familiare come stabilito dalle Convenzioni internazionali, possano realizzarli appieno. Adolescenti, persone non sposate di qualsiasi età, uomini e ragazzi, e tutti i gruppi socialmente emarginati, che hanno un accesso limitato a informazioni e servizi: sono questi i gruppi chiave che non hanno potuto approfittare in modo equo delle conquiste più recenti della pianificazione familiare. Con il risultato che la domanda insoddisfatta resta ancora relativamente alta tra le popolazioni-chiave, e che l'accesso alla pianificazione familiare è ancora molto più simile a un privilegio goduto da *alcuni* che a un diritto universale esercitato da *tutti*.

▲ Il primo ministro britannico David Cameron e Melinda Gates discutono di contraccezione e volontariato con alcuni/e giovani in occasione del Vertice di Londra sulla pianificazione familiare.

©Russell Watkins/
UK Department for
International Development



L'impatto sociale ed economico della pianificazione familiare

Essere in grado di esercitare il diritto alla pianificazione familiare – e più in generale il diritto alla salute sessuale e riproduttiva - è indispensabile per poter godere di altri diritti. Inoltre vi sono numerosi vantaggi correlati che riguardano i singoli, le famiglie, le comunità e i diversi paesi. Una miglior salute riproduttiva, che comprenda anche la pianificazione familiare, incide in diversi modi sull'economia e di conseguenza sullo sviluppo sostenibile. Le donne che hanno un numero ridotto di gravidanze a rischio, con parti più sicuri, hanno minori probabilità di mortalità e la loro salute complessiva è migliore.

I loro bambini nascono più sani, e lo sono fin dalla prima infanzia. Da una buona salute derivano anche una serie di benefici economici: più investimenti nell'istruzione, maggiore produttività, più larga partecipazione alla forza lavoro da cui derivano infine redditi più alti, maggiori risparmi e investimenti e più accumulo di beni di proprietà. Sull'impatto prodotto nella vita degli uomini tuttavia i dati sono ancora scarsi.

I ricercatori che cercano di quantificare le complesse dimensioni di questo rapporto si trovano di fronte diversi ostacoli, soprattutto perché l'uso della pianificazione familiare dipende da una quantità di altre variabili, tra cui il reddito, l'istruzione (soprattutto quella femminile), le opportunità di impiego per le donne, il ritmo dell'industrializzazione e dell'urbanizzazione, le norme sociali, culturali e il costo necessario per crescere i figli. Tali varianti non solo sono difficili da calcolare, ma si influenzano fortemente a vicenda.

Pianificazione familiare e benessere delle donne *L'impatto sulla salute*

L'impatto economico sulla vita delle donne prodotto da un miglioramento della salute riproduttiva parte dai miglioramenti della salute in generale, in cui l'accesso alla pianificazione familiare gioca un ruolo chiave: riduce il numero complessivo di figli, il numero delle gravidanze indesiderate, il numero delle gravidanze a rischio e di conseguenza il pericolo di mortalità materna e di morbidità nel lungo termine (Maine et al., 1996). Inoltre, l'accesso alla pianificazione familiare, può portare a un intervallo ottimale tra le nascite, fatto che a sua volta migliora la salute materna facendo diminuire i rischi di esaurimento fisico, nonché quelli legati a parti prematuri e altre complicanze (Conde-Agudelo, Rosas-Bermudez and Kafury-Goeta, 2007).

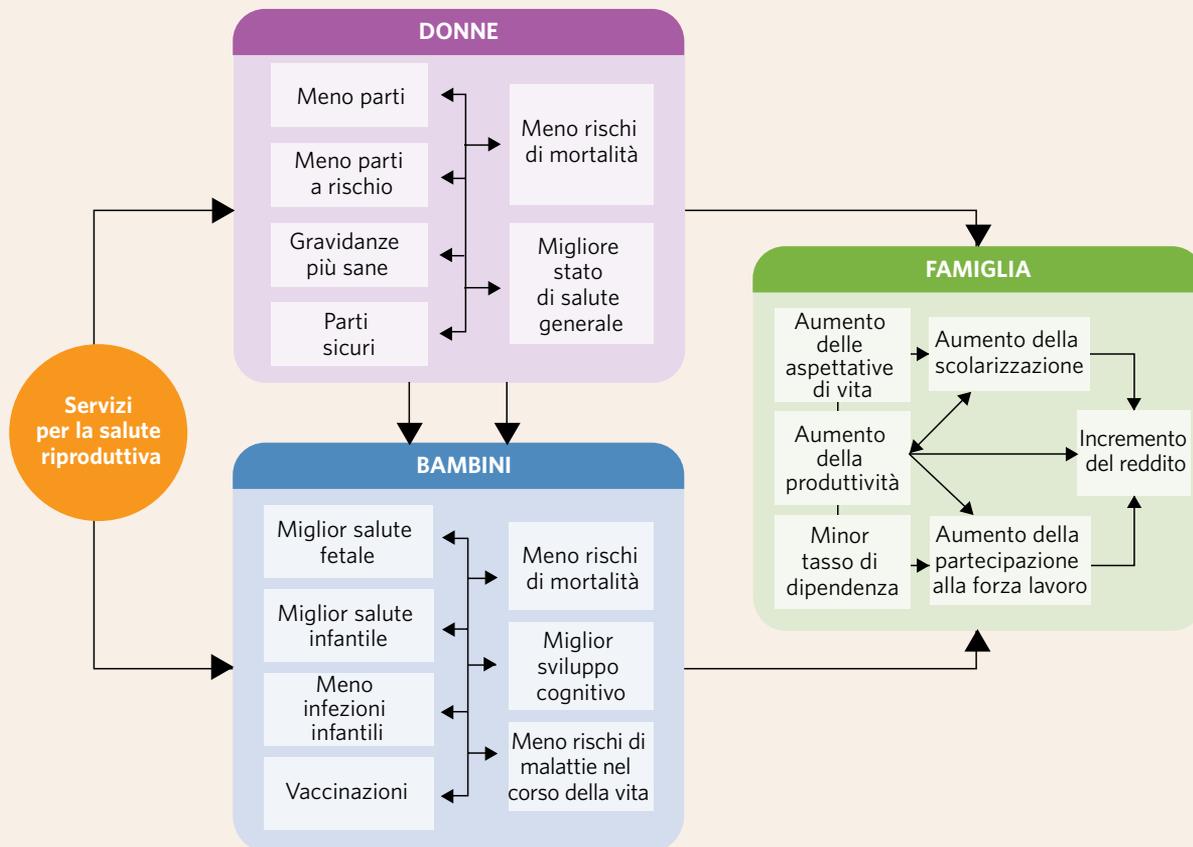
In Sri Lanka per esempio le più drastiche diminuzioni nelle percentuali di mortalità materna

si sono verificate in corrispondenza della diminuzione della fecondità. Oggi lo Sri Lanka ha uno dei più alti tassi di diffusione di contraccettivi, tassi di fecondità e di mortalità materna estremamente bassi e indicatori di salute materna e infantile che sono tra i migliori del mondo (Seneviratne and Rajapaksa, 2000).

Alcune delle più rigorose dimostrazioni dell'effetto positivo che la diminuzione della fecondità provoca sulla salute delle donne vengono dal Bangladesh dove il progetto Matlab, un programma a lungo termine sulla salute materna e infantile, prevedeva la distribuzione a domicilio di contraccettivi, assistenza pre-natale, vaccinazioni, kit per il parto sicuro e una varietà di altri servizi per la salute. Nell'arco di 30 anni il pro-

gramma non solo ha ridotto di circa il 15 per cento la fecondità e migliorato i tassi di mortalità materna e infantile, ma ha prodotto anche una serie di effetti secondari sulla salute delle donne in generale. Queste ultime, coinvolte nel programma durante l'intera vita riproduttiva, hanno riportato aumenti di peso e di massa corporea uniti ad una condizione generale di salute molto migliore (Phillips et al., 1988; Muhuri and Preston, 1991; Muhuri, 1995; Muhuri, 1996; Ronsmans and Khlat, 1999; Chowdhury et al., 2007). In base alle ricerche, l'indice di massa corporea delle donne che hanno partecipato al programma superava la soglia di 18,5 associata al minor rischio di mortalità (World Health Organization, 1995). Secondo uno studio recente, un

RAPPORTO TRA SALUTE RIPRODUTTIVA E RISULTATI ECONOMICI





◀ Venezuela.
Educazione
di gruppo a Caracas.
©Panos/Dermot Tatlow

incremento di un solo punto nell'indice di massa corporea intorno al valore di 18,5, fa diminuire il rischio di morte del 17 per cento (Joshi and Schultz, 2007).

I benefici per la salute prodotti dalla pianificazione familiare sono particolarmente significativi nel caso delle donne più giovani e delle adolescenti. Rispetto alle donne adulte, le ragazze tra i 15 e i 19 anni hanno, per via della loro immaturità fisica, il doppio delle probabilità di morire per cause legate alla maternità o di andare incontro a complicazioni ostetriche, come la fistola (Miller et al., 2005; Raj et al., 2009).

Evitando gravidanze precoci, riducendo il pericolo di gravidanze a rischio, di mortalità prematura o di morbidità a lungo termine, un miglior accesso alla pianificazione familiare comporta un aumento delle aspettative di vita, allarga gli orizzonti temporali entro cui si verifica il ritorno degli investimenti nel capitale umano e consente alle donne di disporre diversamente del loro tempo, dedicandosi ad altre attività economicamente redditizie. Secondo una ricerca condotta in Europa e in Nord America, le donne sono passate dal

trascorrere il 70 per cento della loro vita adulta partorendo e allevando figli, prima della transizione demografica, al 14 per cento degli ultimi anni (Lee, 2003).

L'impatto sull'istruzione

In Colombia il calo della fecondità prodotto dal programma di pianificazione familiare Profamilia è stato associato a circa 0,15 anni in più di istruzione (Miller, 2009). In Sri Lanka la riduzione del rischio di mortalità materna tra il 1946 e il 1953 ha portato a un aumento di 1,5 anni (circa il 4 per cento) nell'aspettativa di vita delle donne, e a un aumento di scolarizzazione femminile del 2,5 per cento (un punto percentuale), incrementando gli anni di scolarizzazione del 4 per cento (0,17 anni) (Jayachandran and Lleras-Muney, 2009).

L'interazione tra scolarizzazione e maternità è particolarmente importante per le adolescenti, per le quali diventare madri significa spesso la fine della frequenza scolastica e quindi una carenza nella preparazione per l'ingresso nella forza lavoro. Il rapporto tra matrimonio e nascita dei figli cambia a seconda dell'ambiente o del paese, e la relazione



▲ Kiribati. Di ritorno dai campi.
©UNFPA/Ariela Zibiah

causale tra gravidanze nell'adolescenza e abbandono scolastico precoce può essere molto difficile da sciogliere.

Una ricerca basata sul National Longitudinal Survey of Youth degli Stati Uniti evidenzia che rapporti sessuali precoci sortiscono un effetto negativo sulle prestazioni scolastiche delle ragazze e sui risultati scolastici finali, anche nei casi in cui si sono controllate le variabili del contesto socio-economico (Steward, Farkas and Bingenheimer, 2009). Un'altra ricerca condotta negli Stati Uniti conferma che la maternità durante l'adolescenza riduce anche fino al 10 per cento le possibilità delle ragazze di ottenere un diploma di scuola superiore, e riduce il reddito annuo delle giovani di una cifra che varia tra i 1.000 e i 2.400 dollari, oltre a ridurre gli anni di scolarizzazione (Fletcher and Wolfe, 2008).

La gravidanza nelle adolescenti limita i risultati dell'istruzione anche nei paesi in via di sviluppo. Lloyd and Mensch (2008) hanno calcolato, in cinque differenti paesi dell'Africa occidentale, i rischi cumulativi comportati dall'abbandono scolastico delle ragazze prima del completamento dell'istru-

zione secondaria. Secondo la loro stima, i rischi vanno dal 20 per cento in Burkina Faso, Costa d'Avorio, Guinea e Togo, a quasi il 40 per cento del Camerun. Un'analisi condotta in Cile per studiare l'impatto della maternità sulla frequenza scolastica delle adolescenti e sul conseguimento dei titoli di studio ha rilevato che diventare madre riduce le possibilità di una ragazza di frequentare e completare le scuole superiori in una percentuale che varia tra il 24 e il 37 per cento (Kruger et al., 2009).

Mentre secondo alcune ricerche le ragazze sembrano più soggette a interrompere gli studi al raggiungimento della maturità sessuale, in coincidenza con l'inizio dell'attività sessuale pre-matrimoniale, secondo altre indagini le giovani sono più inclini all'abbandono per ragioni diverse dalla gravidanza (Biddlecom et al., 2008). In alcuni casi quest'ultima è piuttosto la conseguenza di una precoce interruzione degli studi. I dati del Sudafrica, per esempio, suggeriscono che le cattive prestazioni scolastiche sono spesso associate a un rischio più elevato di gravidanza e di conseguenza a un rischio più elevato di abbandono. Questo produce impatti negativi nel lungo periodo sull'istruzione, sulle competenze e qualificazioni professionali, e quindi sull'occupazione e sul reddito (Grant and Hallman, 2006).

L'impatto sull'occupazione femminile

L'accesso ai servizi di salute riproduttiva, compresa la pianificazione familiare, migliora le opportunità per le donne di entrare nella forza lavoro. Prima di tutto tale accesso consente alle donne di decidere quale momento è adatto per avere figli, di conseguenza aumenta la loro possibilità di entrare nel mercato del lavoro. Una riprova di questo si è avuta con il lancio sul mercato dell'Enovid, la prima pillola anticoncezionale distribuita negli Stati Uniti a partire dal 1960.

La pillola consentì alle donne americane una libertà senza precedenti di prendere decisioni, sia riguardo i figli che volevano avere, che sulla carriera che desideravano intraprendere. Un'analisi

STIME DELLA FECONDITÀ TOTALE

2010-2015 PROIEZIONI MEDIE

Regione	Fecondità totale (numero di bambini per ogni donna), 2010 - 2015
Mondo	2,45
Regioni più sviluppate	1,71
Regioni meno sviluppate	2,57
Paesi meno sviluppati di tutti	4,10
Regioni meno sviluppate, esclusi i paesi meno sviluppati di tutti	2,31
Regioni meno sviluppate, esclusa la Cina	2,86
Africa	4,37
Africa orientale	4,74
Africa centrale	5,16
Africa settentrionale	2,75
Africa meridionale	2,46
Africa occidentale	5,22
Asia	2,18
Asia orientale	1,56
Asia centro-meridionale	2,56
Asia centrale	2,46
Asia meridionale	2,57
Asia sud-orientale	2,13
Asia occidentale	2,85
Europa	1,59
Europa orientale	1,49
Europa settentrionale	1,86
Europa meridionale	1,49
Europa occidentale	1,69
America latina e Caraibi	2,17
Caraibi	2,25
America centrale	2,41
Sud America	2,06
America settentrionale	2,04
Oceania	2,45

Secondo i dati delle Nazioni Unite il tasso complessivo di fecondità è sceso sotto il livello di crescita zero (corrispondente a 2,1 figli per donna) in oltre 83 paesi. Alcuni dei governi di paesi in cui ogni generazione è ormai meno numerosa della precedente sono preoccupati perché avranno meno lavoratori da tassare e un maggior numero di anziani da mantenere. Mano a mano che sempre più persone e famiglie sono in grado di esercitare il loro diritto alla pianificazione familiare, diventa fondamentale avviare un dibattito a livello nazionale sulle politiche familiari, compreso il congedo parentale, la gestione dei servizi di assistenza e l'eliminazione di pratiche occupazionali discriminatorie contro le persone con figli piccoli. Qualunque misura di riforma delle politiche pubbliche non deve però

indebolire l'impegno economico e politico dei Governi volto a garantire che donne e uomini di tutte le età possano liberamente accedere a informazioni e servizi di qualità in materia di pianificazione familiare.

Nelle società in cui la fecondità complessiva è scesa sotto il livello di crescita zero, singoli e famiglie non si astengono dall'aver figli perché possono accedere alla pianificazione familiare. Piuttosto, realizzano il desiderio di famiglie più piccole perché hanno la possibilità di farlo. L'accesso alla pianificazione familiare ha conferito sempre più empowerment alle donne, specie grazie alle informazioni e ai servizi che consentono loro di affermare i propri diritti e di mettere in atto le proprie preferenze sulla fecondità.

causale sulle conseguenze prodotte dalla pillola sui tempi della prima gravidanza e sulla partecipazione femminile alla forza lavoro, mostra che l'accesso legale alla pillola prima dei 21 anni ha ridotto in misura significativa le probabilità di partorire prima dei 22 anni e ha prodotto un aumento dell'occupazione femminile e delle ore lavorate dalle donne ogni anno. Gli effetti sono considerevoli: dal 1970 al 1990 l'accessibilità alla pillola in età giovane è responsabile di tre dei 20 punti percentuali di incremento (il 14 per cento) dei tassi di partecipazione femminile alla forza lavoro e di 67 delle 450 ore lavorate in più ogni anno (il 15 per cento) tra le donne di età compresa tra i 16 e i 30 anni (Bailey, 2006).

L'accesso ai servizi di pianificazione familiare incide anche sulla partecipazione al mercato del lavoro grazie alla riduzione della morbilità e al miglioramento della salute generale. La pianificazione familiare contribuisce a ridurre i parti a rischio o con complicazioni, e questo a sua volta riduce il rischio di morbilità materna e incrementa la produttività delle donne.

In questo schema ci sono però delle eccezioni. In alcuni contesti la partecipazione femminile alla forza lavoro può *diminuire* con il declinare della fecondità o in seguito al miglioramento dei risultati scolastici e delle condizioni socio-economiche. Nel progetto Matlab del Bangladesh, per esempio, la distribuzione a domicilio dei servizi di pianificazione familiare e di salute riproduttiva alle donne adulte, per un periodo di 20 anni, ha portato a significativi miglioramenti del benessere generale, ma la partecipazione femminile alla forza lavoro retribuita in realtà è diminuita. I ricercatori attribuiscono questo fenomeno alla mentalità patriarcale imperante e alle restrizioni che impone alla mobilità femminile, specie per le donne benestanti e di elevata condizione sociale – spingendo le donne a lavorare in casa anziché occuparsi in un lavoro retribuito, manuale o meno, fuori di casa. Secondo le stime, tuttavia, le donne che lavoravano fuori casa ottenevano stipendi superiori di circa un terzo a quelli delle loro pari che

non avevano beneficiato dei servizi del programma. Questo incremento salariale si deve in gran parte alle qualifiche superiori acquisite grazie alla scolarizzazione ricevuta nei villaggi interessati dal programma (Schultz, 2009a).

I benefici che la pianificazione familiare produce su salute e reddito garantiscono anche il rispetto dei diritti delle donne

La diminuzione della fecondità e i miglioramenti nella salute e di reddito comportano spesso, nelle famiglie e nelle comunità locali, una miglior tutela dei diritti delle donne. Uno studio recente dimostra che quando la fecondità diminuisce mentre aumenta l'importanza del capitale umano per l'economia, gli uomini sono più disponibili a condividere il potere con le donne per garantire una miglior educazione dei figli, poiché sono le donne quelle che più investono nel capitale umano dei figli. In questo modo aumenta il loro potere contrattuale sulle decisioni che riguardano la famiglia (Doepke and Tertilt, 2009). Gli uomini si trovano a dover accettare lo scambio tra i loro vantaggi e quelli dei figli, dei nipoti e delle generazioni a venire. Questo li porta a modificare le loro preferenze per quanto riguarda la concessione di maggiori diritti alle donne. Per dimostrare questa tesi basta guardare la storia: basandosi sui dibattiti parlamentari e sugli editoriali dei quotidiani, gli autori documentano il graduale passaggio avvenuto nel diciottesimo secolo negli Stati Uniti e in Inghilterra, dalle argomentazioni concentrate sui diritti degli uomini verso una visione che attribuiva priorità ai bisogni dei figli.

Pianificazione familiare e benessere dei bambini

Migliorare i servizi di salute riproduttiva incide sulla salute dei bambini in diversi modi. Prima di tutto l'uso dei servizi di pianificazione familiare per ottenere una riduzione del numero delle gravidanze e un intervallo ottimale tra le nascite, produce delle ripercussioni positive perché donne più sane danno vita a figli più sani, avendo anche

più risorse da investire nel benessere dei bambini (Alderman et al., 2001).

L'impatto sulla sopravvivenza e sulla salute di neonati e bambini

Molte ricerche, condotte in diversi paesi, hanno posto in risalto il rapporto positivo tra pianificazione familiare e sopravvivenza dei bambini: chi usufruisce di programmi di pianificazione familiare ha meno probabilità di incorrere nel rischio di mortalità per sé e per i propri figli (Bongaarts, 1987). Tale rapporto non può però essere interpretato come causale per via dei fattori che complicano il calcolo, come la durata e la frequenza dell'allattamento al seno, le nascite premature, oltre a effetti ancora non abbastanza precisati di natura biologica, comportamentale, ambientale, socio-economica e sanitaria, che possono fare una grande differenza tra una famiglia e l'altra dal punto di vista della mortalità infantile. Tenendo conto di molti di questi fattori, uno studio recente ha comunque stabilito che l'incremento dell'intervallo tra le nascite contribuisce a ridurre la mortalità neonatale, infantile e minorile (Rustein, 2005). Questa ricerca ha concluso che un intervallo dai tre ai cinque anni basta da solo a prevenire fino al 46 per cento della mortalità infantile nei paesi in via di sviluppo.

I dati dei programmi nazionali confermano queste scoperte. Una ricerca svolta in Colombia illustra, per esempio, come la disponibilità locale di letti nelle cliniche e negli ospedali, sommata a una maggior spesa pro capite per la pianificazione familiare, sia da associare a una minor incidenza della mortalità infantile e a diminuiti tassi di fecondità tra le donne delle aree urbane di tutti gli strati sociali (Rosenzweig and Schultz, 1982). Nelle Filippine la presenza di un programma di pianificazione familiare ha avuto effetti diretti sulla salute dei bambini (Rosenzweig and Wolpin, 1986). Il miglior accesso alla salute riproduttiva, un aumento dell'intervallo delle gravidanze e la riduzione del numero di gravidanze a rischio si sono combinati, in Bangladesh, per ridurre la mortalità infantile e migliorare le possibilità di sopravviven-



za dei bambini (Phillips et al., 1998; Muhuri and Preston, 1991; Muhuri, 1995; Muhuri, 1996; Joshi and Schultz, 2007). Analogo impatto è stato riscontrato nel programma attuato a Navrongo, in Ghana (Binka, Nazzar and Phillips, 1995; Pence et al., 2001; Phillips et al., 2006; Pence, Nyarko and Phillips, 2007).

Le ricerche più recenti hanno utilizzato misurazioni antropometriche della salute, nell'arco di tutta la vita, come misura della salute nella prima infanzia. L'altezza degli individui è un esempio particolarmente interessante. L'altezza dell'adulto è considerata un indicatore latente dell'alimentazione nella prima infanzia e dello stato di salute nell'arco della vita intera. I bambini sottopeso alla nascita, per esempio, raggiungono un'altezza inferiore a quella che avrebbero potuto raggiungere, anche se durante l'infanzia ricevono una nutrizione adeguata. Per quanto l'altezza sia determinata dal corredo genetico, il suo potenziale si realizza in parte con un'alimentazione adeguata e condizioni di benessere e cure correlate, soprattutto nella primissima infanzia. Non a caso è aumentata negli ultimi decenni in quelle popolazioni in cui

▲ Costa Rica. Seminario di pianificazione familiare.
©UNFPA/Alvaro Monge

è cresciuto il reddito pro capite e dove sono state potenziate le attività relative alla salute pubblica. Una ricerca svolta nella provincia di Laguna, nelle Filippine, che ha raccolto informazioni su altezza, peso e accesso ai programmi di pianificazione familiare tra il 1975 e il 1979, ha rilevato che l'esposizione a programmi correlati con la salute e con la pianificazione familiare hanno portato a un aumento di peso e altezza in rapporto all'età. Le stime indicano che l'altezza di un bambino che non poteva accedere a strutture sanitarie era di circa il 5 per cento inferiore a quella dei bambini che ne avevano sempre goduto, mentre l'esposizione a una struttura di pianificazione familiare era correlata a un aumento dell'altezza del 7 per cento.

Un altro importante meccanismo che collega servizi di pianificazione familiare efficienti con la salute nella prima infanzia è il miglioramento nell'alimentazione materna, che si verifica come esito di un minor numero di gravidanze, meglio intervallate tra loro. Esiste ormai un'ampia letteratura in medicina, nei testi sulla salute pubblica e nelle scienze sociali, che sostiene il ruolo cruciale dell'alimentazione materna nello sviluppo del bambino. Molti studi dimostrano che la sotto-nutrizione della madre – misurata in termini di mancato sviluppo, perdita di peso e di forze, carenze di micronutrienti essenziali, indice di massa corporea inferiore a 18,5 – si associa a un incremento del rischio di ritardo di crescita intrauterina, a complicazioni alla nascita e a difetti congeniti (Bhutta et al., 2008). Una crescita fetale insufficiente può portare indirettamente a morti neonatali, specie quelle causate da asfissia e infezioni alla nascita (sepsi, polmonite e diarrea), che prese insieme provocano oltre la metà di tutte le morti neonatali che si verificano oggi nel mondo.

È ormai risaputo che il calo della fecondità e i miglioramenti nella salute materna si associano a bambini più sani che pesano di più alla nascita e corrono meno rischi di morte neonatale. La riprova si è avuta in uno studio effettuato su un campione di comunità locali riguardante bambini nati nello stesso anno, che ha coinvolto Nepal, India,

Pakistan e Brasile. Rispetto ai bambini nati con un peso superiore ai 2.499 grammi, i neonati che alla nascita pesavano tra i 1.500 e i 1.999 grammi avevano l'8,1 per cento in più di probabilità di morire per una causa qualsiasi entro il periodo neonatale, mentre quelli nati a termine con un peso compreso tra i 2.000 e i 2.499 grammi avevano il 2,8 per cento in più di probabilità di morire (Bhutta et al., 2008).

Scolarizzazione

Migliorare la salute riproduttiva e l'accesso alla pianificazione familiare può anche incidere sull'investimento nel capitale umano rappresentato dai figli, che si produce attraverso più canali. L'aumento delle aspettative di vita crea nuovi incentivi e nuove opportunità di investire nell'istruzione. Inoltre una migliore salute riproduttiva si traduce in migliori condizioni di salute generale delle madri durante la gravidanza, il che si ripercuote in modo favorevole sullo sviluppo cognitivo del bambino. Infine, il calo della fecondità libera molte risorse delle donne, consentendo loro di investire maggiormente sulla scolarizzazione dei figli.

La miglior riprova del rapporto tra calo della fecondità, miglior salute riproduttiva e scolarizzazione dei figli viene dal progetto Matlab del Bangladesh. La diminuzione della fecondità e un livello superiore di salute materna ha portato, non solo a maggiori investimenti nell'istruzione, ma ha avuto anche un impatto positivo nel rapporto tra scolarizzazione e mondo del lavoro (Sinha, 2003; Joshi and Schultz, 2007; Schultz, 2010). È stata dimostrata anche l'influenza positiva del programma sui risultati scolastici e sullo sviluppo cognitivo dei bambini (Barham, 2009).

Futura partecipazione alla forza lavoro dei figli

La diminuzione della fecondità materna, i progressi della salute e l'investimento sul capitale umano dei figli, dovrebbero alla fine andare ad incidere positivamente sulla partecipazione di questi alla forza lavoro. Per quanto questo legame

sia intuitivo ed evidentemente ovvio, le prove empiriche a sostegno di questa teoria si sono finora dimostrate elusive, soprattutto per via del lungo intervallo temporale tra cause e d effetto.

Un'ulteriore prova a sostegno del rapporto che sussiste tra salute materna, salute del nascituro e partecipazione di quest'ultimo alla forza lavoro, viene dagli studi sulla nutrizione materna. Questi studi dimostrano che ai cali della fertilità e ai miglioramenti della salute materna corrisponde non solo una miglior condizione di salute dei bambini, migliori punteggi nei test cognitivi e migliori risultati scolastici, ma anche un miglioramento della condizione occupazionale e del reddito, nonché una riduzione dell'esclusione dalla forza lavoro, minori malattie croniche o disabilità prima di aver compiuto i 50 anni, e soprattutto in seguito (Miguel and Kremer, 2004; Almond 2006; Almond, Edlund, et al., 2007; Almond and Mazumder, 2008; Almond and Currie, 2011).

Una ricerca recente ha analizzato i dati relativi a gemelli monozigoti per calcolare l'effetto prodotto dai nutrienti assorbiti nella fase intrauterina sulla salute e i guadagni dell'adulto, dimostrando che le condizioni di salute giocano un ruolo essenziale nel determinare la distribuzione del reddito a livello mondiale (Behrman and Rosenzweig, 2004). Lo studio ha evidenziato una considerevole variazione, in diversi paesi, dell'incidenza del basso peso corporeo alla nascita, dimostrando come un peso maggiore alla nascita si traduce in risultati effettivi e considerevoli. A quasi tutti i livelli di peso alla nascita, l'incremento della media ponderale si traduce in migliore scolarizzazione e maggiore altezza nell'età adulta. La studio rileva anche che riuscire a ottenere un aumento del peso tra i gruppi di popolazione in cui il peso alla nascita è più basso, senza andare a toccare quelli in cui il peso è già sufficiente, comporta significativi ritorni sul mercato del lavoro.

Salute riproduttiva: ricchezza e benessere per le famiglie

Sono diverse le strade che dalla diminuzione della



fecondità e dal miglioramento della salute portano a migliori condizioni sociali e di benessere per le famiglie (Bloom and Canning, 2000; Birdsall, Kelley and Sinding, 2001; Schultz, 2008; Sinding, 2009). Prima di tutto, come già documentato, le persone più sane lavorano di più e sono più forti dal punto di vista fisico e cognitivo, pertanto sono maggiormente produttive e guadagnano meglio, dunque accumulano più beni. In secondo luogo le persone più sane godono di un'aspettativa di vita più lunga, hanno quindi maggiori opportunità di investire sulla loro scolarizzazione e in generale sul capitale umano, raccogliendone i frutti. Questo rapporto positivo tra salute e ricchezza è ulteriormente rafforzato dall'interdipendenza tra un numero minore di figli e il rapporto qualità/quantità, che induce i genitori, quando il numero dei figli

▲ Sri Lanka. Unità mobile sanitaria.
©UNFPA/FPASL

diminuisce, a investire più risorse su quelli che già hanno.

Risparmi, redditi e beni per le famiglie

Più salute e maggiori aspettative di vita, probabile esito di un miglior accesso alla salute riproduttiva, compresa la pianificazione familiare, modificano le decisioni che la famiglia prende non solo sull'istruzione, ma anche sulle spese e sui risparmi di tutta la vita. Diminuendo il numero dei figli, si è meno inclini a contare sulla prole per avere sostegno e garanzie per la vecchiaia. Si tende quindi a risparmiare di più in vista della pensione. La spinta verso il risparmio è ulteriormente rafforzata dal fatto che la salute è migliore e una più lunga aspettativa di vita, dopo la presunta età pensionabile, diventa una prospettiva ragionevole: si prevede di vivere un maggior numero di anni dopo il pensionamento rispetto al passato. Questo rapporto tra il ridotto numero di figli e il livello di risparmio, è ampiamente attestato (Bloom and Canning, 2008). Molti studi hanno individuato una correlazione positiva tra la diminuzione della fecondità o l'incremento delle aspettative di vita da una parte, e l'entità del risparmio dall'altra.

Nella provincia cinese di Taiwan, per esempio, la percentuale dei risparmi privati è passata dal 5 per cento degli anni Cinquanta al 20 per cento degli anni Ottanta, in sincronia quasi perfetta con il miglioramento delle prospettive di vita (Tsai, Chu and Chung, 2000). Questo effetto si amplifica con l'adozione dei sistemi di welfare e di sicurezza sociale.

Dal progetto Matlab del Bangladesh arriva ancora una volta una delle più valide attestazioni, a livello micro-economico, del rapporto tra minor fecondità, miglior salute riproduttiva e reddito (Joshi and Schultz, 2007; Schultz, 2008; Barham, 2009; Schultz, 2009). I dati complessivi suggeriscono che il calo delle nascite e quello della mortalità infantile hanno contribuito ad alleviare il problema della povertà: i figli maschi hanno ricevuto una scolarizzazione significativamente

migliore, le figlie sono state meglio alimentate, e le donne, più istruite, hanno cominciato a percepire redditi relativamente più alti, vivendo in famiglie dotate di mezzi relativamente migliori. Le famiglie dei villaggi interessati dal programma riportavano un 25 per cento di beni in più per ogni adulto, nonché una quota minore di quei beni che spesso generavano lavoro infantile, come l'allevamento del bestiame, la pesca e persino la terra coltivabile. Una quota sempre maggiore della ricchezza veniva investita in risparmi di denaro contante, gioielli, frutteti e giardini, nella casa, in oggetti durevoli e in tutti quei beni che possono servire a sostituire almeno in parte l'assistenza agli anziani garantita tradizionalmente dai figli.

Un miglior accesso alla pianificazione familiare, la diminuzione del numero di figli, la riduzione della mortalità e della morbilità materna, infine il miglioramento della salute dei bambini comporta anche un aumento dei risparmi e dei redditi, grazie alla riduzione delle spese per affrontare le "emergenze sanitarie", come ad esempio l'improvvisa cessazione di una fonte di reddito, la dissoluzione della famiglia, il peggioramento della salute dei membri sopravvissuti, soprattutto dei bambini. Le migliori condizioni di salute portano inoltre un contributo alla produttività economica.

Nuovi processi decisionali in famiglia

La disponibilità dei servizi di salute riproduttiva, in particolare di pianificazione familiare, alterano le strutture di potere interne alla famiglia. In contesti in cui uomini e donne hanno preferenze diverse per quanto riguarda il numero di figli, dove le donne possono accedere in autonomia ai servizi di pianificazione familiare, il maggiore controllo che possono esercitare sulla loro fecondità si traduce in maggior potere negoziale, più autonomia e più capacità decisionale all'interno della famiglia.

A livello nazionale, uno dei migliori esempi è quello del Bangladesh. La drastica diminuzione del tasso di fecondità, da circa sei figli per don-

na negli anni Settanta a meno di tre negli anni Novanta, è stata accompagnata da aumenti dei tassi femminili di istruzione e di occupazione, soprattutto nell'industria dell'abbigliamento (Kabeer 1997; Kabeer 2000). L'accesso al mercato del lavoro, al credito e più in generale alla vita della società, ha permesso alle donne di rinegoziare le norme del *purdah* (la segregazione femminile) che aveva confinato in casa le donne delle generazioni precedenti, e ne aveva soffocato la voce nelle famiglie patriarcali.

Gli stessi processi sono evidenziati da una ricerca tra le operatrici locali del Matlab, sempre in Bangladesh, che hanno svolto un ruolo chiave nella distribuzione dei servizi di salute riproduttiva, e che a loro volta hanno beneficiato del programma anche dal punto di vista occupazionale. La diminuzione della loro fecondità, le nuove opportunità di lavoro e il reddito percepito hanno concorso a migliorare la loro condizione e il loro potere negoziale all'interno delle famiglie e delle comunità locali (Simmons, 1996).

L'accesso alla contraccezione può da solo alterare la posizione negoziale delle donne in am-

bito familiare. Lo illustra bene il caso dell'Africa sub-sahariana. In questa regione uomini e donne hanno da sempre avuto preferenze diverse riguardo al numero ideale di figli. Mentre le donne sopportano direttamente i costi fisici ed economici derivanti dal partorire e dall'educare i figli, per gli uomini la pratica della poliginia e dell'affidamento dei bambini suddivide tali costi su diverse famiglie. La conseguenza è che le donne spesso vorrebbero famiglie più piccole di quanto desiderino il marito. La loro capacità di affermare tali preferenze è però di frequente limitata dalle norme sociali, che auspicano una maggiore fecondità, e dalle leggi che impongono il consenso del marito per accedere alla contraccezione.

La diminuzione della fecondità e il miglioramento della salute non soltanto garantiscono alle donne nuove opportunità di gestire il loro tempo dedicandolo non più solo ai figli ma anche all'impiego nella forza lavoro, e le lasciano anche libere di occuparsi di altri membri della famiglia, per esempio gli anziani - come documentato in un'altra ricerca sul Matlab in Bangladesh (Chaudhuri, 2005; Chaudhuri, 2009).



◀ Camerun. Coppia in attesa di counselling sulla pianificazione familiare in un ospedale regionale.
© UNFPA/Alain Sibener



▲ Città del Messico. Ricardo e Sara hanno deciso di aspettare di completare gli studi e trovare un lavoro, prima di sposarsi e avere dei figli.
©UNFPA/Ricardo Ramirez Arriola

Pianificazione familiare e benessere per uomini e ragazzi

L'impatto della pianificazione familiare sulla salute fisica degli uomini non sembra particolarmente significativo. Ma ritardare e impedire gravidanze e nascite non desiderate può incidere anche sulla scolarizzazione e sulle opportunità di lavoro della popolazione maschile (Montgomery, 1996). Quando un uomo è costretto ad assumersi la responsabilità della gravidanza della sua compagna, può trovarsi a dover lasciare la scuola (sia pure senza dover affrontare lo stesso stigma sociale che subisce la donna), per lavorare e mantenere la famiglia. Come la maggior parte delle madri, un padre responsabile può trovarsi a dover rinunciare a opportunità, di lavoro più redditizio, a dover accettare lavori che non rispondono al suo ideale, a perdere occasioni di carriera e di crescita professionale.

All'interno del matrimonio o fuori da esso, una gravidanza non desiderata può incidere sulla salute mentale di entrambi i genitori, specie quando ci sono tra loro divergenze riguardo all'impegno connesso alla gravidanza (Leathers and Kel-

ley, 2000). I dati indicano che l'incidenza della depressione, degli abusi fisici e di altri problemi mentali è sempre più alta tra coloro che devono affrontare una gravidanza indesiderata rispetto alle coppie che l'hanno voluta. Si tratta di problemi che non riguardano unicamente gli uomini e le donne in questione, ma anche i figli e le famiglie in generale (Korenman et al., 2002).

Le ricerche dicono inoltre che le gravidanze non desiderate si associano spesso a livelli più alti di dissidi coniugali, a redditi familiari più bassi e a una quantità di effetti psico sociali negativi per lo sviluppo dei bambini (McLanahan and Sandefur, 1994).

Salute, cambiamenti demografici, ricchezza nazionale e sviluppo sostenibile

L'impatto di una miglior salute sessuale e riproduttiva, inclusa la pianificazione familiare, unite all'uguaglianza di genere si fa sentire in modo molto più deciso e diretto a livello familiare piuttosto che a livello micro- o macro-economico. Ma le conseguenze per l'individuo e la famiglia dei servi-

zi di pianificazione familiare – minore fecondità, migliori condizioni di salute, diminuzione del tasso di mortalità, maggiori investimenti sul capitale umano, maggiore partecipazione alla forza lavoro e incremento del reddito e dei risparmi – aumentano quando si considerano livelli aggregati delle comunità e dei paesi. Questi effetti a livello macro economico sono spesso difficili da individuare per via dell'interdipendenza delle variabili, su cui incide un numero enorme di varianti addizionali come l'ambiente istituzionale, l'influsso della politica, le guerre e altri importanti eventi sociali, economici e politici. Per quanto al momento non si disponga di prove certe circa le dimensioni di questo rapporto, sono tuttavia emerse delle aree di ampio consenso.

Una di queste aree, su cui concordano economisti, demografi e politici, è il riconoscimento dell'impatto che la struttura per età di una popolazione esercita sullo sviluppo economico. Il calo della fecondità riduce inizialmente la percentuale di popolazione giovane di un paese. Per un certo periodo questo declino iniziale nella popolazione giovane, e dunque dipendente da altri per i suoi bisogni di base, non è controbilanciato dall'aumento della quota di popolazione più anziana e anch'essa dipendente da altri. In questa fase della transizione demografica aumentano le dimensioni relative della quota di popolazione in età occupazionale. Questo incremento (che si verifica una sola volta, per un periodo di tempo limitato) della percentuale della popolazione in età lavorativa, e che coincide con la temporanea decrescita dei "tassi di dipendenza", genera delle condizioni particolarmente favorevoli per lo sviluppo: è il cosiddetto "dividendo demografico".

A livello macro-economico la transizione demografica consente di attenuare in parte i problemi che sorgono in quei paesi che faticano a tenere il passo degli investimenti nella salute e nell'istruzione di una popolazione giovane numerosa e in rapida crescita, e che hanno difficoltà a gestire un continuo e virtualmente illimitato flusso di giovani che preme per entrare nel mercato del lavoro.

Inoltre il dividendo demografico offre ai paesi l'opportunità di incrementare l'occupazione, il reddito, i risparmi, gli investimenti e il cambiamento sociale, purché si adottino politiche capaci di investire nel capitale umano della popolazione giovane (mediante spese pro-capite più alte nel settore della salute e dell'istruzione, maggiori investimenti nelle infrastrutture e nello sviluppo istituzionale, sostegno alla partecipazione fisica e altre misure ancora).

Esempi di dividendo demografico sono stati osservati nel Sudest asiatico, in America Latina, nel Medio Oriente e in Nord Africa e nelle isole del Pacifico (Lee et al., 2010; Lee, 2003; Lee et al., 2001; Mason and Lee, 2004; Lee and Mason,

“Ma una volta che i tassi di fecondità, nel giro di 20 o 30 anni, iniziano a scendere in modo stabile, cresce il numero di adulti produttivi in rapporto al numero di persone che dipendono economicamente da loro, creando così condizioni più favorevoli per la crescita economica e lo sviluppo sostenibile”.

2006; Bloom et al., 2009; Schultz, 2009). La fase iniziale del dividendo è stata osservata in Asia orientale negli anni Settanta, poi negli anni Ottanta in Asia meridionale e nel nuovo millennio anche nell'Africa sub-sahariana.

L'impatto macro economico della pianificazione familiare su risparmi, investimenti e crescita

I tassi di dipendenza e il dividendo demografico incidono sulle economie e sulle società in molti modi. Nei primi stadi della transizione demografica – quando la fascia più giovane della popolazione inizia a crescere – gli stati possono trovarsi nella necessità di aumentare la spesa per la scuola, le strutture sanitarie, gli alloggi e altre infrastrutture per garantire il benessere e la produttività delle nuove generazioni. Questa riallocazione delle risorse verso i giovani, che consumano e non producono, potrebbe non condurre nell'imme-

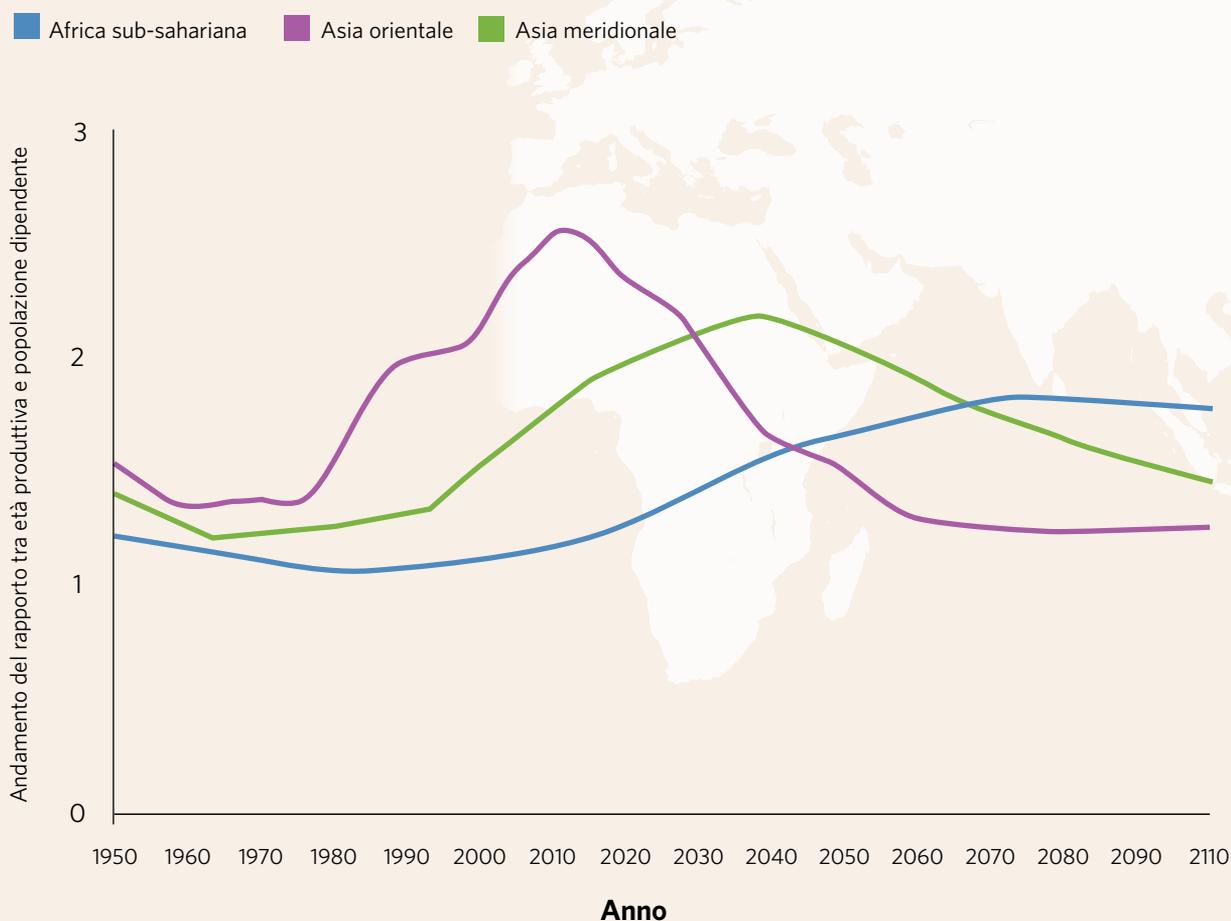
diato alla crescita economica (Coale and Hoover, 1958). Ma una volta che i tassi di fecondità, nel giro di 20 o 30 anni, iniziano a scendere in modo stabile, cresce il numero di adulti produttivi in rapporto al numero di persone che dipendono economicamente da loro, creando così condizioni più favorevoli per la crescita economica e lo sviluppo sostenibile.

Uno degli elementi chiave per dare impulso alla crescita durante la transizione demografica è l'incremento dei risparmi e degli investimenti in economia. Gli adulti che hanno meno figli sono spesso in grado di riallocare più risorse da desti-

nare ai risparmi in vista della pensione. Questo si traduce in un aumento del capitale disponibile per gli investimenti.

I miglioramenti della salute in generale, con la conseguente riduzione degli oneri imposti dalle malattie, contribuisce ad aumentare l'attrattiva delle opportunità di investimento. La diminuzione dei tassi di dipendenza nell'Asia orientale dagli anni Sessanta in poi ha comportato, per esempio, un sostanziale incremento dei tassi di risparmio, creando nuove opportunità di investimenti e portando i paesi asiatici a ridurre la loro dipendenza dai capitali stranieri (Higgins and Williamson

ANDAMENTO DEL RAPPORTO TRA ETÀ PRODUTTIVA E POPOLAZIONE DIPENDENTE



Fonte: United Nations World Population Prospects 2010 Medium Fertility Variant

1996; Higgins and Williamson, 1997). L'aumento del risparmio ha inoltre contribuito all'istituzione di sistemi pensionistici e di welfare: la fascia degli adulti produttivi, in continua crescita, ha potuto finanziare i benefici di cui gode il gruppo relativamente ridotto dei cittadini più anziani (Reher, 2011).

Migliori condizioni di salute, più investimenti nell'istruzione, maggiori capacità di risparmio e di investimento si traducono infine nella crescita economica. Il rapido sviluppo delle economie dell'Asia orientale dal 1975 in poi è evidentemente collegato al loro dividendo demografico. Uno studio ha dimostrato che i cambiamenti nella struttura per età della popolazione contano per un terzo del successo delle economie delle "tigri" asiatiche (Bloom, Canning and Malaney, 2000; Williamson, 2001).

Le ricerche dimostrano inoltre che la salute iniziale di una popolazione costituisce una delle spinte più robuste e potenti della crescita. Secondo un'indagine, un anno in più nella aspettativa di vita si traduce in una crescita del Pil pro capite di circa il 4 per cento (Bloom, Canning and Silva, 2001; Bloom, Canning and Silva, 2003).

Conclusioni

L'incremento di accesso alla pianificazione familiare può migliorare il benessere di donne, uomini e bambini, ma anche delle loro famiglie e delle comunità di appartenenza, in quanto aumenta l'aspettativa di vita, diminuisce il tasso di morbilità, e in generale migliora lo stato di salute complessivo. Comporta maggiori possibilità di investire nella scuola e in altre forme di capitale umano, migliori opportunità di partecipazione al mercato del lavoro, aumento della produttività e del reddito, nonché dei risparmi, degli investimenti e dell'accumulo di beni di proprietà.

La diminuzione della mortalità, seguito dal declino della fecondità, porta a una trasformazione della struttura generazionale della popolazione, e produce inoltre a livello nazionale un "dividendo demografico" collaterale che porta con sé molti



miglioramenti per la crescita economica e per lo sviluppo.

Dalla letteratura sull'argomento emergono tre conclusioni principali. In primo luogo i progressi nella salute riproduttiva, non soltanto garantiscono il rispetto dei diritti e migliorano la vita di donne e bambini, ma contribuiscono ad alleviare la povertà e a promuovere la crescita economica. In secondo luogo i programmi integrati mirati a migliorare la salute riproduttiva – salute materna, salute infantile, nutrizione e programmi di pianificazione familiare – possono produrre non solo un cambiamento demografico ma anche un cambiamento economico. Terzo, questi programmi non dovrebbero essere considerati dei sostituti di altre misure politiche mirate alla crescita economica o allo sviluppo sostenibile in una determinata società. Occorre invece guardare alla pianificazione familiare come a una delle componenti di una più vasta strategia di investimenti nel capitale umano, specie per le donne.

▲ *Egitto. Servizi dedicati ai giovanissimi.*

© UNFPA/Matthew Cassel



Costi e benefici derivanti dalla tutela del diritto alla pianificazione familiare

Per tutelare i diritti umani e per raccogliere i benefici della pianificazione familiare dal punto di vista del benessere economico e sociale degli individui, delle famiglie, delle comunità e dei paesi è indispensabile ampliarne l'accesso. Ma quanto può costare? Trattare la pianificazione familiare, in quanto diritto, ha importanti implicazioni per le politiche di sviluppo e per la struttura dello sviluppo sostenibile che nel 2015 sostituirà gli Obiettivi di sviluppo del Millennio.

La dimensione normativa dei diritti umani comporta un cambiamento radicale, in quanto sposta le strategie per la pianificazione familiare dall'ambito degli impegni politici e del pragmatismo economico a quello degli obblighi e delle priorità nell'affrontare complesse interazioni tra politiche. Sul piano del pragmatismo economico comunque è necessaria un'analisi delle implicazioni economiche e di bilancio per realizzare gli obblighi di uguaglianza e di non-discriminazione nelle politiche fiscali e di spesa pubblica, per esempio riguardo all'impatto dei ticket sanitari o delle imposte sui servizi contraccettivi. E' inoltre necessario che ci si concentri sull'obbligo dell'attuazione progressiva nel tempo delle allocazioni di bilancio nei vari settori coinvolti, all'interno del bilancio complessivo dello Stato.

Le stime di spesa di solito non adottano un'ottica dei diritti, per quanto non siano certamente in conflitto con essa. Di norma tendono a concentrarsi sulle caratteristiche demografiche della popolazione, sulla sua struttura per età e su come

la combinazione di questi fattori con il dato sulla domanda inevasa generi la cifra complessiva dei potenziali utenti della pianificazione familiare.

Un bisogno crescente

Il bisogno di pianificazione familiare è destinato a crescere con l'aumento del numero delle persone che entrano nell'età riproduttiva, soprattutto nei paesi più poveri. Nei paesi in via di sviluppo circa il 15 per cento delle donne in età riproduttiva vorrebbero rimandare la prossima gravidanza o non avere altri figli, ma attualmente non usano alcun metodo contraccettivo moderno (Singh and Darroch, 2012). Il loro diritto alla pianificazione familiare è quindi a rischio.

La "domanda inevasa", secondo la definizione più ampiamente accettata, non è altrettanto alta nei paesi più ricchi. Tuttavia l'espressione "gravidanza non desiderata" si applica a una percentuale significativa di tutte le nascite, tanto nei paesi ricchi come in quelli poveri. La percentuale più bassa di gravidanze non desiderate, intorno al 30

◀ *Mwanasha attende insieme ad altre 200 donne nei pressi di un baobab. Sono venute per la distribuzione dei contraccettivi, che salveranno la vita a molte di loro e trasformeranno il futuro delle loro famiglie. Nel Malawi una donna su 36 muore durante la gravidanza o il parto. Nel Regno Unito il rapporto è di una su 4.600.*

©Lindsay Mgbor/
UK Department for
International Development

ESITI DELLE GRAVIDANZE NON DESIDERATE, 2008

	Numero totale di gravidanze (milioni)	Percentuale di gravidanze non desiderate	Percentuale degli esiti delle gravidanze non desiderate (come % di tutte le gravidanze)		
			Nascite	Aborti procurati	Aborti spontanei
Mondo	208,2	41	16	20	5
Regioni sviluppate	22,8	47	15	25	6
Regioni meno sviluppate	185,4	40	16	19	5
Africa	49,1	39	21	13	5
Orientale	17,4	46	25	14	6
Centrale	6,9	36	22	8	5
Settentrionale	7,4	38	15	18	5
Meridionale	2,0	59	34	20	8
Occidentale	15,5	30	16	10	4
Asia	118,8	38	12	21	5
Orientale	31,7	33	4	25	3
Centro-meridionale	60,4	38	15	18	5
Sud-orientale	19,2	48	14	28	6
Occidentale	7,5	44	24	15	6
Europa	13,2	44	11	28	5
Orientale	6,4	48	5	38	5
Settentrionale	1,8	41	17	18	5
Occidentale	2,4	42	17	20	5
Meridionale	2,7	39	18	16	5
America Latina e Caraibi	17,1	58	28	22	8
Caraibi	1,2	63	31	23	9
America centrale	4,6	43	20	17	6
Sud America	11,3	64	31	24	9
America settentrionale	7,2	48	23	18	7
Oceania	0,9	37	16	16	5

Fonte: Singh, S. et al., 2010: 244.

per cento, si incontra in Europa occidentale; la più alta, il 64 per cento, in Sud America (Singh, Sedgh and Hussain, 2010). Negli Stati Uniti si calcola che il 49 per cento delle gravidanze non siano desiderate, percentuale rimasta invariata tra il 1994 e il 2001 (Finer and Henshaw, 2006).

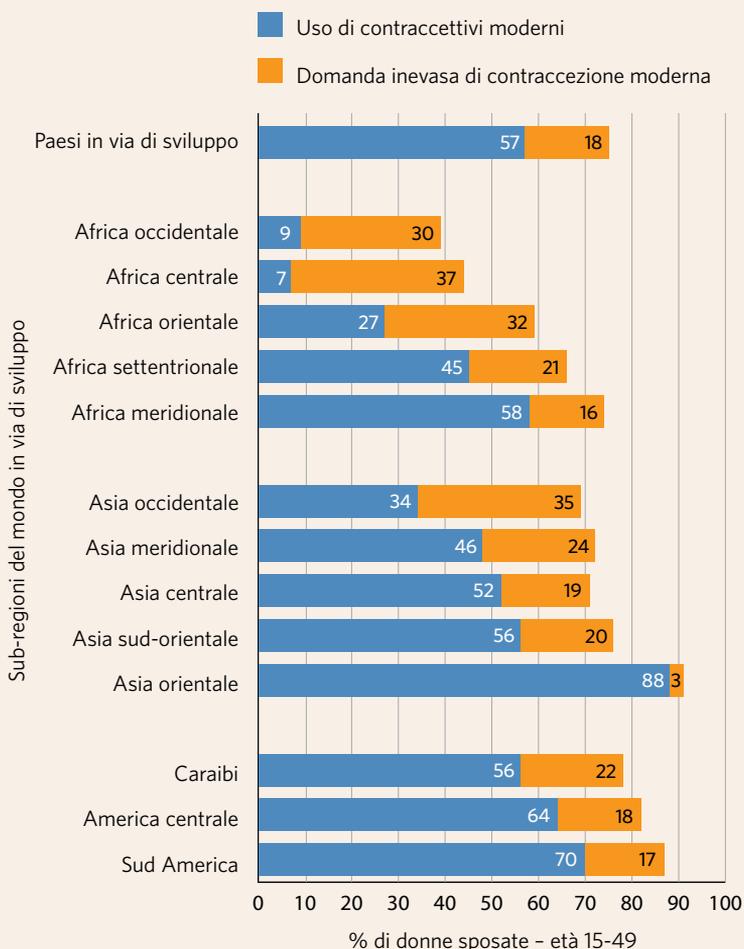
Negli Stati Uniti le gravidanze non desiderate si verificano più di frequente tra le donne di età compresa tra i 18 e i 24 anni che sono nubili, povere, afroamericane o ispaniche. Nel 2001 il quarantotto per cento di tutti i concepimenti non voluti si sono avuti in un mese in cui erano comunque stati usati dei contraccettivi (Finer and Henshaw, 2006). Questo si spiega con il fatto che alcune donne tendono ad avere rapporti sessuali non protetti, anche quando in alcuni casi usano la contraccezione. È inoltre possibile che stiano usando metodi meno efficaci. Infine, le donne che convivono con un partner hanno più facilmente gravidanze non desiderate, in quanto possono avere un atteggiamento incostante verso l'uso della contraccezione, che può essere una scelta del partner ma non la propria. Le persone di condizione socio-economica inferiore hanno maggiori probabilità di andare incontro a fallimenti del metodo contraccettivo, in parte perché tendono più spesso a usare metodi meno efficaci.

Cambiamenti nell'uso dei contraccettivi. Attuali livelli d'uso e di domanda inevasa

Come descritto nei capitoli 2 e 3, c'è un forte e crescente bisogno di servizi per la salute sessuale e riproduttiva, inclusa la pianificazione familiare, anche tra le persone non sposate, poiché ci si sposa sempre più tardi ed è in aumento l'attività sessuale tra persone non sposate. Rispetto alle coniugate, le donne non sposate e sessualmente attive corrono maggiori rischi di avere una gravidanza non desiderata. Le donne che convivono usano la contraccezione in percentuali analoghe a quelle sposate, ma tendono ad avere livelli più alti di attività sessuale, essendo più giovani; inoltre possono essere più feconde.

L'uso dei contraccettivi da parte delle donne sposate nei paesi in via di sviluppo e in quelli sviluppati, di età compresa tra i 15 e i 49 anni, è passata dal livello zero, o quasi, degli anni Sessanta a circa il 47 per cento nel 1990 fino al 55 per cento del 2000, percentuale sulla quale si è finora stabilizzata (United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2004 and 2011). In Africa orientale la percentuale è in crescita: dal 20

VARIAZIONI NOTEVOLI NEL LIVELLO DI DOMANDA INEVASA E DI USO DI METODI CONTRACCETTIVI MODERNI DA PARTE DELLE DONNE SPOSATE NELLE SUB-REGIONI DEL MONDO IN VIA DI SVILUPPO, 2012.



Fonte: Singh & Darroch 2012



▲ Un panel sugli impegni dei paesi donatori durante il Vertice di Londra sulla pianificazione familiare.

©Russell Watkins/
UK Department for
International
Development

per cento del 2008 al 27 per cento attuale. Nel Sudest Asiatico si è passati, nello stesso periodo, dal 50 al 56 per cento. Tra il 2008 e il 2012 si è riscontrata una crescita media annuale dell'1,7 per cento dell'uso di metodi moderni, ovvero ci sono 42 milioni di donne sposate in più che ricorrono alla pianificazione familiare.

Seguendo il metodo per misurare la domanda inevasa messo a punto da Singh e Darroch (2012), le cifre sono state ricalcolate per includere le stime riguardanti le donne nubili sessualmente attive: degli 1,52 miliardi di donne in età fertile che vivono nei paesi in via di sviluppo, 867 milioni hanno nel 2012 il bisogno di ricorrere alla pianificazione familiare.

I bisogni di circa tre donne su quattro sono attualmente soddisfatti. Ma i bisogni di una su quattro non trovano risposta.

I finanziamenti non tengono il ritmo delle domande

Il sostegno di governi e paesi donatori per la salute sessuale e riproduttiva, e in particolare per la pianificazione familiare, si sta riducendo in un mo-

mento critico, quando quasi due miliardi di giovani entrano nell'età riproduttiva. Nel frattempo i sistemi sanitari di molti paesi in via di sviluppo non considerano ancora la salute sessuale e riproduttiva come una priorità (Population Council, 2007; Birungi et al., 2006). Allo stesso tempo, la salute sessuale e riproduttiva ha perso terreno rispetto ad altre questioni "concorrenziali" come le malattie infettive, in quanto non si è riusciti a convincere i politici e i donatori ad aumentare i finanziamenti.

Il Programma d'azione della conferenza del Cairo su popolazione e sviluppo, aveva invitato i donatori internazionali a coprire un terzo dei costi per la salute sessuale e riproduttiva, pianificazione familiare compresa, e i paesi in via di sviluppo a contribuire per i restanti due terzi del totale.

Ma sia gli uni che gli altri non hanno rispettato l'accordo. Per esempio per rispondere ai bisogni di pianificazione familiare degli attuali utenti di metodi contraccettivi moderni, i donatori avrebbero dovuto stanziare nel 2010 circa 1,32 miliardi di dollari, a fronte di un versamento effettivo di 822 milioni – un contributo inferiore di quasi un terzo rispetto all'obiettivo previsto.

La differenza si può attribuire ai tagli di bilancio in alcuni paesi donatori, ma anche ai cambiamenti nelle decisioni riguardanti l'allocazione delle risorse. Per esempio, gli Stati Uniti, uno dei paesi che più contribuisce a finanziare la pianificazione familiare a livello internazionale, hanno inserito un numero crescente di paesi nell'elenco delle "promozioni". Quando uno Stato viene "promosso", si ritiene che non abbia più bisogno dello stesso livello di sostegno di cui godeva in precedenza. Sono considerati promuovibili quei paesi che hanno un tasso di fecondità totale che non supera il 3,0 e con una percentuale di diffusione di contraccettivi moderni di almeno il 55 per cento (Bertrand, 2011). Molti paesi dell'America Latina sono stati messi in difficoltà da questa procedura, perché, quando finiscono o diminuiscono i finanziamenti degli Stati Uniti, i rispettivi Ministeri della salute non sono in grado di colmare il divario.

Estendere l'accesso per rispondere alla domanda inevasa

Fornire contraccettivi agli attuali 645 milioni di utenti nei paesi in via di sviluppo costa 4 miliardi di dollari l'anno. Migliorare la qualità dei servizi attuali costerebbe 1,1 miliardi, secondo le recenti stime del Guttmacher Institute. Fornire contraccettivi moderni e migliorare i servizi per quei 222 milioni di donne la cui domanda è tuttora inevasa costerebbe altri 3 miliardi l'anno. Pertanto il costo complessivo per rispondere ai bisogni di tutte le donne nei paesi in via di sviluppo e per migliorare la qualità dei servizi ammonterebbe a 8,1 miliardi di dollari l'anno. Rispondere per intero al bisogno di contraccezione moderna e migliorare i servizi porterebbe il costo annuale medio per utente, nei paesi in via di sviluppo, da 6,15 \$ a 9,31 \$ (Singh and Darroch, 2012).

Questi costi sono più alti nell'Africa sub-sahariana e nei paesi più poveri di altre regioni, dove è più carente la capacità dei servizi di distribuzione. Impegnarsi per rispondere a tutti i bisogni richiederebbe, quindi, uno spostamento nell'allocatione delle risorse dei donatori. I 69 paesi più poveri ricevono oggi circa il 36 per cento di tutte le risorse dei donatori destinate alla pianificazione familiare. Questa quota dovrebbe salire ad almeno il 51 per cento.

STUDIO DI UN CASO

Accountability in Sierra Leone

La corruzione è enormemente costosa per qualunque sistema sanitario. Prima e dopo la fine della guerra civile in Sierra Leone, oltre il 50 per cento dei farmaci e delle attrezzature sanitarie destinate alle strutture pubbliche non è stato rendicontato (Unfpa, 2011a). La catena dei rifornimenti era caratterizzata da mancanza di trasparenza, pessima gestione dei registri contabili, cattiva gestione dei farmaci; inoltre, i farmaci venivano sottratti alle scorte del servizio sanitario nazionale per essere rivenduti alle farmacie private. Unfpa sostiene la coalizione Health for All, un'organizzazione del-

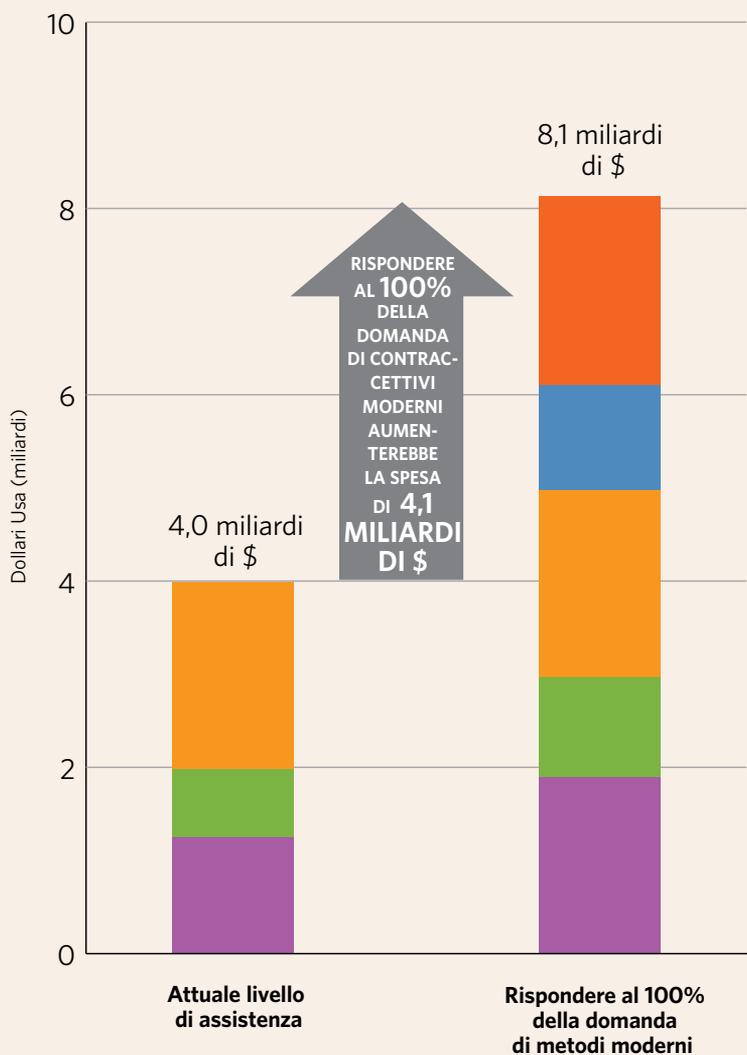
FIGURA 4. FORNIRE PER IL 2012 CONTRACCETTIVI MODERNI A CHI NE HA BISOGNO COMPORTA UN AUMENTO DI 4,1 MILIARDI DI DOLLARI RISPETTO ALLA SPESA ATTUALE.

Costi diretti

- Contraccettivi, forniture e attrezzature
- Retribuzioni degli operatori sanitari

Costi per progetti e sistemi (P&S)

- Attuali livelli di spesa per P&S
- Ulteriore spesa per P&S per gli utenti attuali
- Spesa per P&S per rispondere alle domande inevase



Fonte: Singh & Darroch 2012

la società civile che opera per l'istituzione di un sistema indipendente di controllo e di valutazione. Il monitoraggio dei farmaci, attualmente in vigore nel sistema sanitario, ha ridotto il numero dei furti di medicinali e migliorato enormemente l'affidabilità (accountability), con effetti positivi diretti sull'accessibilità dei metodi di pianificazione familiare. ■

Rispondere alla domanda inevasa fa risparmiare

Investendo 4,1 miliardi di dollari in più nei servizi per la contraccezione dei paesi in via di sviluppo, il mondo risparmierebbe circa 5,7 miliardi in servizi di salute materna e neonatale, semplicemente prevenendo le gravidanze indesiderate e gli aborti non sicuri (Singh and Darroch, 2012). La pianificazione familiare è un intervento con un eccellente rapporto costi/benefici a livello individuale, familiare e nazionale (Cleland et al., 2011; Greene and Merrick, 2005). Le ricerche più recenti calcolano che l'incremento nell'uso dei contraccettivi negli ultimi vent'anni ha ridotto del 40 per cento il numero delle morti materne, solo con la riduzione delle gravidanze indesiderate (Cleland et al.,

2012). Un altro trenta per cento di morti materne si potrebbe evitare rispondendo alla domanda inevasa di pianificazione familiare.

Il ruolo del "sesso a rischio" – un insieme di patologie collegate alla salute sessuale e riproduttiva, compreso l'Hiv – nell'onere complessivo dei problemi di salute è enorme (Ezzati et al., 2002). Le cattive condizioni di salute sessuale e riproduttiva rappresentano la quinta causa di morte nel mondo, e il secondo fattore che contribuisce all'onere globale delle malattie, misurato in anni di vita con disabilità (disability-adjusted life years – DALYs); l'incidenza degli anni di vita con disabilità causata dal "sesso a rischio" è molto più alta per le donne che per gli uomini.

Impegnarsi per il diritto alla pianificazione familiare: i costi

Stabilire quanto costi la pianificazione familiare è difficile, perché le modalità della distribuzione dei servizi sono molto diverse e i servizi di "pianificazione familiare" offrono spesso molto più che i soli metodi di pianificazione familiare (Janowitz and Bratt, 1994). Inoltre, i costi associati alle gravidanze non desiderate o i benefici

▶ Guinea. I servizi di pianificazione familiare offrono un'ampia gamma di scelte.

© UNFPA/Mariama Sire Kaba.



che derivano dall'evitarle si estendono ben oltre il singolo, e vanno a incidere su famiglie, comunità e paesi.

In aggiunta, alcuni costi di pianificazione familiare sono sostenuti dai sistemi sanitari nazionali, altri sono a carico dei singoli utenti. In alcune località, ci sono gruppi specifici più o meno svantaggiati dal fatto di dover sostenere tali costi. In generale, i costi delle *informazioni* non vengono inclusi nella maggior parte delle stime, che si concentrano soprattutto sulla distribuzione di forniture e servizi.

I programmi che hanno fornito servizi di pianificazione familiare ai gruppi iniziali, quelli "facili da raggiungere", rischiano di scoprire che i costi per raggiungere la quota successiva di utenti sono molto più alti (Janowitz and Bratt, 1994). In primo luogo, potrebbe essere necessario arrivare a persone isolate geograficamente o socialmente. Per rispettare i diritti dei gruppi più emarginati potrebbe rendersi indispensabile estendere o migliorare i servizi.

L'impegno a tutelare il diritto alla pianificazione familiare esige una comprensione completa di tutti i costi necessari per raggiungere ogni individuo. Occorre portare i servizi in località isolate per migliorare l'accessibilità ai gruppi svantaggiati? Come risponde uno Stato al dovere di dare priorità alle persone più difficili da raggiungere, anche se questo non sembra avere senso dal punto di vista economico? Esistono componenti programmatiche, oltre alla clinica, che è necessario includere per superare gli ostacoli all'accesso?.

Il Programma d'azione della Conferenza del Cairo riconosceva gli impedimenti sociali e culturali esistenti e stabiliva la necessità di affrontare alcuni di tali impedimenti come parte dei programmi di pianificazione familiare. Ma progetti di questo tipo, che vanno "oltre la pianificazione familiare" e possono sembrare avulsi dai servizi veri e propri, possono avere enormi conseguenze per la salute e per lo sviluppo (Singh and Darroch, 2012). Un esempio è dato dagli sforzi per raggiungere uomini e ragazzi per incoraggiarli ad adottare

norme e rapporti di genere all'insegna dell'uguaglianza e a sostenere e aiutare le partner nell'uso degli strumenti di pianificazione familiare.

Le attività in favore della pianificazione familiare sono essenziali per il godimento dei diritti

La spesa per la pianificazione familiare si è concentrata, nella maggioranza dei casi, sui servizi per la salute e sulla produzione delle forniture necessarie e dei servizi per rispondere alla domanda inevasa. Spesso, però, si trascura la necessità di incidere sulle condizioni di fondo che influenzano la mentalità delle persone per quanto riguarda la gravidanza e che permettono o impediscono loro di ricorrere alla pianificazione familiare.

Un approccio allo sviluppo sostenibile basato sui diritti umani può aiutare le politiche e i programmi a identificare e affrontare quell'intreccio di fattori interdipendenti che portano alla domanda inevasa in un dato paese o in un certo contesto

"L'impegno a realizzare il diritto alla pianificazione familiare richiede una conoscenza approfondita di tutti i costi da affrontare per raggiungere ciascun individuo"

locale. L'applicazione di un approccio basato sui diritti in tutti gli stadi, dall'analisi situazionale alla formulazione delle misure politiche, fino alla valutazione dei costi di un programma, può garantire che i bilanci pubblici siano maggiormente attenti alle diverse forme di discriminazione e sostengano i diritti umani.

Nella recente analisi dei costi prodotta dal Guttmacher Institute si osserva: "Sono necessari interventi che vadano 'oltre la pianificazione familiare' per affrontare quei fattori sociali che inibiscono il ricorso alla contraccezione... Affrontare questo genere di barriere richiede un impegno a lungo termine, interventi a largo raggio come l'educazione sessuale completa e un impegno pubblico su vasta scala e ben congegnato per educare la popolazione" (Singh and Darroch, 2012).



▲ Il dottor Babatunde Osotimehin, Direttore esecutivo di Unfpa, al Vertice di Londra sulla pianificazione familiare.

©Russell Watkins/
UK Department for
International Development

Tra le attività a sostegno del diritto alla pianificazione familiare si possono includere:

- cambiamento delle norme sociali per produrre una variazione della domanda a lungo termine. Per esempio, lavorare con uomini e ragazzi perché si sposino più tardi e perché siano di sostegno alle partner;
- mobilitazione dell'opinione pubblica perché esiga il rispetto dei propri diritti e perché chieda conto alle amministrazioni incaricate della gestione e della qualità dei servizi;
- superamento degli ostacoli all'accesso: per esempio, contribuendo a potenziare la rete dei trasporti locali.

Alcune attività mirate a incrementare la domanda di pianificazione familiare sono a volte incluse nelle stime di spesa perché sono diretta-

mente connesse all'uso della pianificazione familiare: per esempio, l'incoraggiamento agli uomini perché sostengano il ricorso alla pianificazione familiare da parte delle partner e la sensibilizzazione sui benefici economici e per la salute che derivano dalla possibilità di distanziare le gravidanze.

Se è possibile calcolare i costi degli sforzi per modificare le norme di genere e altre norme sociali – costi fundamentalmente collegati ai benefici per la salute sessuale e riproduttiva – è invece difficile misurare il “merito” che possono rivendicare per l'incremento dell'uso dei contraccettivi. Perciò è molto difficile valutare il rapporto costi/benefici, anche se gli effetti prodotti non si limitano, alla fine, alla pianificazione familiare e ad altri aspetti della salute sessuale e riproduttiva, ma investono altre aree della salute e dello sviluppo. Un esempio di intervento per il cambiamento delle norme sociali che ha sortito effetti concreti sui risultati clinici è il programma “Stepping Stones”, sviluppato nell'Africa sub-sahariana e oggi adattato per essere utilizzato in decine di paesi in tutto il mondo (Welbourn, 2003). Il programma mira ad alterare gli equilibri di potere, intervenendo sui rapporti tra uomini e donne a livello comunitario, secondo modalità che incidono sulla salute. Stepping Stones ha cambiato i comportamenti di genere, portando a ridurre l'incidenza della diffusione dell'Hiv, incrementando l'uso dei preservativi, con risultati rimasti stabili anche a distanza di un anno dall'intervento.

Fino a questo momento si è parlato molto poco di *diritti* nei dibattiti sui costi da sostenere per garantire gli strumenti di pianificazione familiare a tutti coloro che la desiderano. In altri settori, ci sono tuttavia esempi di analisi dei costi per la tutela dei diritti umani inseriti nel conteggio complessivo di spesa.

Un recente studio sulla spesa associata ai trattamenti per l'Hiv includeva, per esempio, le stime di spesa per le attività che servivano a garantire l'efficacia dell'investimento nella fornitura delle terapie anti-retrovirali. Tra queste attività erano comprese le azioni per tutelare i diritti umani del-

le persone sottoposte al trattamento (Jones et al., 2011).

Uno studio recente ha cercato di calcolare la spesa per i diritti umani, inclusa nell'offerta della terapia anti-retrovirale come intervento *preventivo* a basso costo (Granich et al., 2012).

Lo studio mette in luce che, senza il coinvolgimento della comunità locale e il sostegno alla stessa, il programma difficilmente potrebbe raggiungere gli obiettivi prefissati. Questo modello sostiene l'importanza di assicurare "il coinvolgimento della comunità nella pianificazione e nell'attuazione del programma, al fine di evitare ogni coercizione su chi si sottopone ai test per l'Hiv e di garantire un supporto adeguato alle persone che hanno domande e preoccupazioni. Diversamente da altri studi simili, abbiamo inserito la spesa da sostenere per le molte componenti indispensabili a realizzare una solida struttura di tutela dei diritti umani" (Granich, 2012). Il costo complessivo dell'inserimento di queste compo-

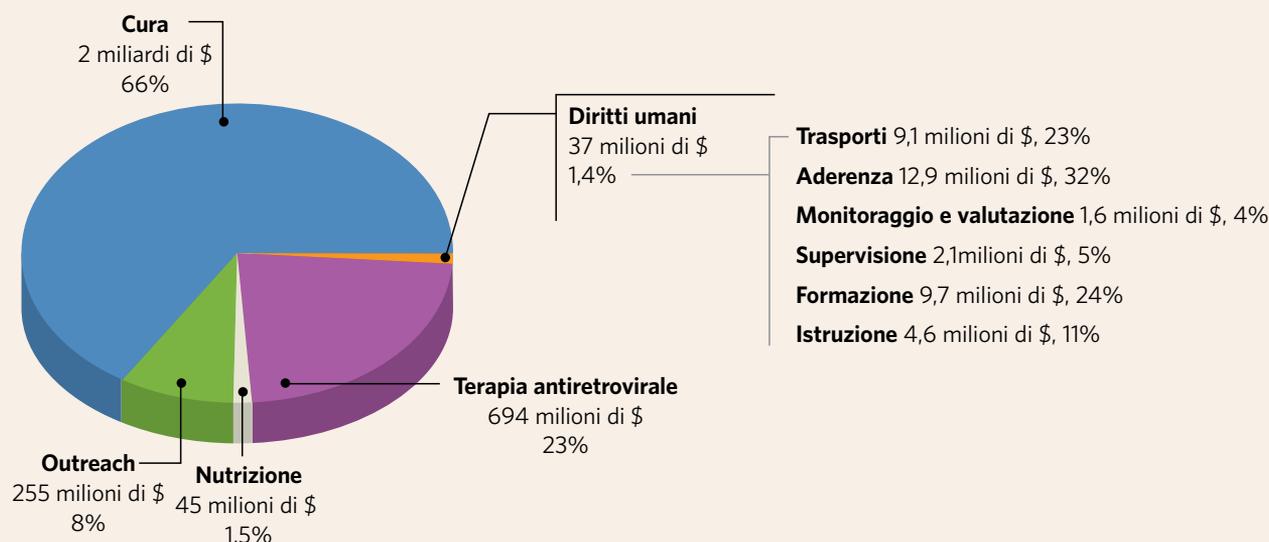
nenti per i diritti umani nel programma è dell'1,4 per cento, un piccolo investimento per assicurare il successo a lungo termine del programma e il suo contributo alla tutela dei diritti.

Conclusioni

Le stime recenti che calcolano la domanda inesausta di pianificazione familiare sottolineano i significativi livelli di investimento necessari a sostenere il diritto di tutta la popolazione del mondo alla pianificazione familiare. I livelli già alti di bisogni disattesi sono destinati ad aumentare nei prossimi anni, perché una foltissima generazione di giovani sta per entrare nella fase riproduttiva. La pianificazione familiare si è già dimostrata uno degli investimenti più produttivi, dal punto di vista del rapporto costi/benefici, del settore sanitario. Pertanto, qualsiasi decisione su come investire nella pianificazione familiare dovrebbe mettere sul piatto, a controbilanciare i costi, la vasta gamma di benefici che essa comporta per i singoli, per le famiglie e per i paesi.

COSTO MEDIO DEL TRATTAMENTO PER L'HIV PER CATEGORIA, CON SPECIFICA PER I DIRITTI UMANI E COMPONENTI DI SUPPORTO PER LA COMUNITÀ LOCALE

(SPESA IN DOLLARI USA)



Fonte: Granich et al, 2012



Rendere universale il diritto alla pianificazione familiare

Sono passati quasi 20 anni da quando i 179 governi rappresentati alla Conferenza internazionale del Cairo su popolazione e sviluppo, hanno trasformato l'approccio globale alla salute sessuale e riproduttiva, compresa la pianificazione familiare.

E se è vero che sono stati fatti importanti passi avanti, resta però ancora molto da fare per realizzare la visione basata sui diritti della Conferenza.

Il Programma d'azione della Conferenza del Cairo dava una chiara definizione di salute sessuale e riproduttiva e situava la pianificazione familiare all'interno di un insieme più vasto e interdipendente di diritti. Al di là dei programmi, indicava le circostanze sociali ed economiche che informano le decisioni individuali sulla vita sessuale e riproduttiva e determinano la capacità dei singoli di agire coerentemente con tali decisioni. Sottolineava i ruoli e i bisogni di adolescenti, uomini e altri gruppi fino a quel momento ignorati. Metteva inoltre l'accento sulla necessità di servizi rispettosi dei diritti individuali e capaci di rispondere alle preferenze di ciascuno nell'offerta di pianificazione familiare.

Per i politici, le organizzazioni internazionali, i governi e la società civile, questo nuovo approccio basato sui diritti rappresentò una vera rivoluzione, in parte perché istituiva l'obbligo per i governi di mettere a disposizione di tutti servizi per la salute riproduttiva. Ma la gente comune, le donne, gli uomini, le ragazze e i ragazzi che la Conferenza del Cairo intendeva aiutare, presi singolarmente, hanno davvero vissuto questo cambiamento come una rivoluzione?

Laddove il diritto alla pianificazione familiare è stato supportato e l'accesso alla pianificazione

familiare è migliorato, le persone ne hanno tratto benefici: migliori condizioni di salute, reddito più alto, riduzione della povertà e maggior uguaglianza di genere. Ma la Conferenza del Cairo non è ancora riuscita a cambiare la realtà quotidiana di centinaia di milioni di persone che vorrebbero evitare o rimandare una gravidanza e non sono in condizioni di farlo – o perché ancora non possono accedere a contraccettivi, informazioni e servizi di qualità o perché devono affrontare ostacoli insormontabili sul piano sociale, economico o logistico.

Queste persone non hanno potuto approfittare di quei miglioramenti nella salute, nell'*empowerment* e nel godimento di una serie di altri diritti che la pianificazione familiare può agevolare o catalizzare. La situazione è particolarmente difficile nei paesi in via di sviluppo, ma si riscontra anche nei paesi sviluppati dove molte donne e molti uomini ancora non hanno accesso alla pianificazione familiare, o hanno accesso a servizi carenti, o sono insoddisfatti dei metodi che usano attualmente.

La concezione di fondo della Conferenza del Cairo deve ancora essere tradotta appieno in un approccio alle politiche e ai programmi di salute sessuale e riproduttiva basato sui diritti, per garantire qualità e accessibilità per tutti.

◀ Una coppia
brasiliiana con la
loro bambina.
©Panos/Adam Hinton

Quando un individuo è in grado di esercitare il diritto alla pianificazione familiare, è anche in grado di prendere decisioni su quando avere figli e sull'intervallo tra le gravidanze, e ha quindi il potere di esercitare e trarre beneficio da molti altri diritti

Di conseguenza, troppe persone ancora non hanno il potere di prendere decisioni sulla dimensione delle loro famiglie e sul momento in cui avere un figlio.

I governi che hanno sottoscritto il Programma d'azione della Conferenza del Cairo si sono impegnati a garantire che ogni singolo individuo abbia le informazioni, l'educazione e i mezzi per decidere, liberamente e responsabilmente, se avere figli e quando, e hanno concordato sulla definizione della pianificazione familiare come diritto.

Il diritto alla pianificazione familiare è anche esplicitamente affermato nella Convenzione sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione nei confronti delle donne. Tale diritto è stato incluso nell'Obiettivo di sviluppo del Millennio n. 5, in particolare nel target 5-B, che misura i progressi verso l'accesso universale alla salute riproduttiva, entro il 2015. Ma i progressi compiuti verso il conseguimento di questo obiettivo non riescono a tenere il ritmo dei progressi compiuti sugli altri Obiettivi.

Cosa succederà dunque dopo il 2015, alla scadenza degli Obiettivi di sviluppo del Millennio?

I valori e i principi affermati nella Dichiarazione del Millennio costituiscono una solida base per affrontare le sfide poste dallo sviluppo globale. L'agenda per lo sviluppo sostenibile, che entrerà in vigore dopo il 2015, si baserà quasi certamente sui principi fondamentali dei diritti umani, dell'uguaglianza e della sostenibilità.

Nel contesto di tali principi, gli Obiettivi dello sviluppo verranno perseguiti lungo quattro direzioni interdipendenti: sviluppo sociale inclusivo, sostenibilità ambientale, sviluppo economico inclusivo, pace e sicurezza.

La visione dell'agenda per lo sviluppo dopo il 2015 è olistica e globale, e poggia su principi base, su valori e criteri che derivano da documenti già approvati a livello internazionale. Questi principi contribuiranno alla coerenza politica a tutti i livelli – globale, regionale, nazionale e sub-nazionale - per garantire che le attività per lo sviluppo si rafforzino reciprocamente.

La pianificazione familiare è una di tali attività. Quando gli individui sono in grado di esercitare il diritto alla pianificazione familiare, sono anche in grado di prendere decisioni su quando avere figli e sull'intervallo tra le gravidanze, e sono quindi in grado di esercitare molti altri diritti – di cui godono i vantaggi – come i diritti all'istruzione, alla salute e allo sviluppo.

La capacità di determinare se e quando avere figli, e quanti averne, riflette la realizzazione di pari diritti e opportunità. La pianificazione familiare è quindi una questione di equità e di giustizia sociale.

Si possono delineare quattro raccomandazioni generali, per riconoscere la pianificazione familiare come questione intrinseca ai diritti umani fondamentali e allo sviluppo sostenibile, oltre alle strategie specifiche per concretizzare queste raccomandazioni. Si riferiscono al bisogno di: 1) *assumere o rinforzare un approccio basato sui diritti*; 2) *assicurare che la pianificazione familiare occupi un posto di rilievo nel quadro dello sviluppo sostenibile post-2015*; 3) *garantire l'uguaglianza, concentrandosi su gruppi specifici finora esclusi*; 4) *raccogliere fondi da investire unicamente nella pianificazione familiare*.

Poter pianificare la propria famiglia è un diritto umano fondamentale, a cui aspirano donne e uomini di ogni età e in tutto il mondo. Nel 2012, la possibilità di realizzare questo diritto per tutti sembra sempre più a portata di mano.

1 Ampliare la portata della pianificazione familiare e migliorare i servizi adottando un approccio alla salute basato sui diritti umani

La pianificazione familiare deve basarsi su programmi aventi un approccio integrato alla salute sessuale e riproduttiva. Un approccio alla pianificazione familiare basato sui diritti umani comporta molto più che non la semplice tutela del diritto di accesso ai servizi di pianificazione familiare. Lo stretto rapporto tra il diritto di scegliere se, quando e quanti figli avere e gli altri aspetti della vita sessuale e riproduttiva della persona esige un approccio più ampio dei servizi in questione.

I governi devono monitorare, al fine di eliminarli, l'esistenza di incentivi, quote da raggiungere, o strutture private che offrono incentivi agli operatori sanitari perché sollecitino l'adozione di un metodo in particolare, o perché incentivino il ricorso alla contraccezione. L'erogazione dei servizi deve rispondere agli standard dei diritti umani, e gli ostacoli al loro uso devono configurarsi come violazioni dei diritti umani. Le persone più povere e meno istruite sono le più vulnerabili a fraintendimenti e informazioni sbagliate sul funzionamento dei contraccettivi e sul modo migliore per attuare le loro scelte.

Occorre andare "oltre la pianificazione familiare" e affrontare gli ostacoli sociali ed economici alla salute sessuale e riproduttiva. Per esercitare il loro diritto alla pianificazione familiare, le donne, ma a volte anche gli uomini, devono spesso superare norme di genere radicate nella mentalità comune. La tutela dell'accesso delle donne alla pianificazione familiare dovrebbe essere supportata da attività che tengano conto dell'ambiente sociale in cui vivono, per potenziare la loro capacità decisionale, la mobilità, l'autonomia e l'accesso alle risorse. I programmi

devono affrontare queste costrizioni in modo diretto, all'interno degli sforzi per garantire il diritto alla pianificazione familiare per tutti.

Bisogna riconoscere che il ruolo di uomini e ragazzi è cruciale per realizzare il diritto delle donne alla pianificazione familiare. In quanto diritto umano, la pianificazione familiare riguarda ogni persona e tutti i genitori potenziali, maschi e femmine. La pianificazione familiare è particolarmente importante per le donne, per la loro salute e benessere, ma è anche di grande interesse e valore per gli uomini. Il campo della salute sessuale e riproduttiva offre l'opportunità di stimolare un più completo impegno degli uomini nella pianificazione familiare. Uomini e ragazzi possono contribuire a garantire i diritti delle donne ricorrendo alla contraccezione, evitando atti di violenza e promuovendo l'uguaglianza di genere. Hanno un ruolo importante nel cambiamento dei ruoli e delle norme di genere, in modo che sia più facile per tutti godere dei propri diritti.

▼ India. Fermata d'autobus a Mumbai.
©Panos/Mark Henley



I programmi di pianificazione familiare devono riflettere la realtà del fatto che l'uso dei contraccettivi avviene nel contesto delle relazioni sessuali. Il settore della pianificazione familiare ha prontamente riconosciuto i legami tra salute sessuale e riproduttiva, diritti riproduttivi e sessualità. Occorre approfondire la ricerca per capire come il desiderio di una vita sessuale soddisfacente abbia un ruolo nel determinare l'opinione di donne e uomini riguardo alla pianificazione familiare, nelle loro preferenze per un metodo specifico, nella loro capacità di negoziarne l'uso. I programmi di pianificazione familiare potrebbero riconoscere in modo più sistematico, e appoggiare il desiderio di mantenere relazioni sessuali sane e soddisfacenti.

La pianificazione familiare dovrebbe essere disponibile insieme ai servizi per l'aborto, quando questi non contrastano con le leggi vigenti.

I servizi di pianificazione familiare dovrebbero essere facilmente messi a disposizione di tutte le donne che hanno avuto di recente un aborto procurato, per consentire loro di evitare in futuro gravidanze non volute. Tuttavia la pianificazione familiare è spesso separata dai servizi per l'aborto, laddove sono legali. Il mondo è concorde nel preoccuparsi per gli aborti non sicuri, una causa importante di mortalità e morbidità materna. La pianificazione familiare dà un contributo fondamentale alla lotta contro questo importante problema di salute pubblica, riducendo le gravidanze non desiderate.

Garantire l'accesso alla contraccezione d'emergenza è parte essenziale della realizzazione del diritto alla pianificazione familiare. La comunità internazionale deve sottolineare l'importanza di poter accedere alla contraccezione d'emergenza nei casi di violenza sessuale, oltre che in situazioni di conflitti armati e di emergenze umanitarie.

Governi, organizzazioni internazionali e società civile devono verificare i livelli di soddisfazione nei confronti della qualità dei metodi

contraccettivi e dei servizi disponibili, l'impatto sulla salute, l'incidenza delle gravidanze tra adolescenti, i costi delle gravidanze non volute.

Le organizzazioni internazionali e non governative devono considerare l'adozione di indicatori più precisi sulla domanda inevasa, quali la "percentuale di domanda soddisfatta" che mostra la quota della domanda totale di contraccettivi che attualmente trova risposta. Presi insieme, i dati sull'uso dei contraccettivi e quelli sulla domanda inevasa definiscono soltanto il *livello* totale del bisogno di pianificazione familiare. Misurare la "domanda soddisfatta" serve per capire se i desideri che la persona dichiara di avere in merito alla contraccezione trovano risposta, e misura in modo più accurato quanto i singoli, le comunità e i sistemi sanitari sostengano il diritto di tutti a usare la pianificazione familiare.

2 **Garantire che la pianificazione familiare occupi un posto centrale nel quadro dello sviluppo sostenibile del dopo-2015, che dovrà riconoscerne il contributo per lo sviluppo e per interrompere il circolo vizioso di povertà e disuguaglianza**

Considerare la pianificazione familiare non come un argomento "specializzato" all'interno del settore della salute, ma come uno degli investimenti chiave nel cammino verso lo sviluppo. La pianificazione familiare è un investimento economico di provata efficacia, che garantisce ritorni e utili a individui, famiglie, comunità e paesi. L'ampiezza e le dimensioni dei benefici che derivano dal garantire il diritto alla pianificazione familiare fanno capire che quest'ultima potrebbe essere uno dei più efficaci – ed efficienti, dal punto di vista del rapporto costi/benefici – interventi sull'aumento di capitale umano e la riduzione della povertà. Quando i governi ratificano i trattati sui diritti umani, assumono determinati obblighi per tutelare un'ampia gamma di diritti.

Rispondere a tali obblighi sarà spesso più facile, se si realizza il diritto alla pianificazione familiare.

La pianificazione familiare svolge un ruolo cruciale nel conseguimento di un'ampia serie di obiettivi di sviluppo. Concentrandosi in particolare sulle disparità e sulle disuguaglianze, il quadro per lo sviluppo sostenibile post-2015 sarà probabilmente composto da elementi che si rinforzano a vicenda. La pianificazione familiare rafforza almeno quattro delle priorità che riflettono l'orientamento sui diritti umani che va emergendo in questo nuovo progetto per lo sviluppo dopo il 2015.

- **Riduzione della povertà:** la pianificazione familiare consente alle persone di evitare gravidanze non previste, non desiderate e a rischio, e contribuisce a ridurre la povertà creando condizioni che rendono possibile alle persone di trarre il massimo beneficio da altri investimenti del settore sociale, nonché di investire maggiormente nei figli che hanno.
- **Uguaglianza di genere:** come possono le donne pianificare la propria vita se non sono in grado di prendere decisioni sui figli che vogliono avere? L'impegno per lo sviluppo deve in particolare mettere le donne nella posizione di poter attuare le loro scelte di vita. E l'uguaglianza di genere invita gli uomini ad assumere un ruolo centrale nella pianificazione delle famiglie e nel sostegno da dare a donne e ragazze.
- **Empowerment dei giovani:** la pianificazione familiare contribuisce ad aprire nuove opportunità per i giovani e a *programmare la loro vita* nel modo migliore. Evitando le gravidanze non desiderate, protegge le/gli adolescenti da eventi che li derubano delle loro opportunità. Imparare a pianificare la propria famiglia è una capacità da esercitare per decenni, nella vita riproduttiva delle persone. Pianificare la famiglia contribuisce a pianificare molti aspetti della propria vita: istruzione, lavoro, formazione della famiglia e altri.
- **Salute:** la pianificazione familiare è fondamentale per la salute delle donne in quanto

permette di rinviare gravidanze troppo precoci, di decidere l'intervallo tra le nascite, di ridurre una fecondità eccessiva.

Un miglior accesso ai servizi di pianificazione familiare garantisce una maggior aspettativa di vita sia per le madri che per i figli; incrementa gli incentivi a investire nella scolarizzazione e in altre forme di capitale umano; produce migliori opportunità per l'inserimento nel mercato del lavoro; genera un miglior ritorno economico dalla partecipazione al mercato del lavoro; produce redditi più alti e incrementa l'aumento dei beni di proprietà. A tutto questo si aggiungono benefici significativi, soprattutto se la diminuzione della fecondità si verifica abbastanza rapidamente da generare un dividendo demografico. Inoltre, quasi tutte le ricerche sull'argomento confermano che l'entità del dividendo demografico non dipende soltanto dal tasso di mortalità e dalla diminuzione della fecondità, ma anche dal contesto delle politiche – specie nei settori della salute sessuale e riproduttiva e della pianificazione familiare, dell'istruzione, della flessibilità del mercato del lavoro, degli incentivi al commercio e al risparmio.

I programmi di pianificazione familiare rafforzano l'impatto positivo di *altri* programmi che

▼ La dottoressa Awa Marie Coll-Seck, Ministro per la salute del Senegal, intervienne al Vertice di Londra sulla pianificazione familiare.
©Russell Watkins/UK Department for International Development



investono nel capitale umano. Riducendo la mortalità materna e aumentando l'aspettativa di vita, questi programmi aumentano i benefici derivanti dalla scolarizzazione, in tal modo potenziano il ritorno economico degli investimenti nel campo dell'istruzione, soprattutto per le ragazze. I governi dovrebbero considerare la pianificazione familiare allo stesso modo in cui considerano e promuovono altri investimenti cruciali nel capitale umano, come l'istruzione, l'occupazione e la partecipazione politica.

Lo stretto rapporto che esiste tra diminuzione della fecondità e miglior tutela dei diritti del-

Riducendo la mortalità materna e aumentando l'aspettativa di vita, questi programmi aumentano i benefici derivanti dalla scolarizzazione, in tal modo potenziano il ritorno economico degli investimenti nel campo dell'istruzione, soprattutto per le ragazze. I governi dovrebbero considerare la pianificazione familiare allo stesso modo in cui considerano e promuovono altri investimenti cruciali nel capitale umano, come l'istruzione, l'occupazione e la partecipazione politica.

le donne suggerisce che i governi e le istituzioni multilaterali non dovrebbero concentrarsi unicamente sulla promozione di riforme legislative mirate direttamente a garantire i diritti delle donne, ma investire anche nella pianificazione familiare e in altri programmi che investono nel capitale umano. È questo uno dei modi per migliorare le capacità negoziali delle donne nella società.

I programmi di pianificazione familiare non rappresentano tuttavia un surrogato di altre forme di investimenti nel capitale umano. Infatti, i programmi di pianificazione familiare e la diminuzione della fecondità producono il massimo impatto in quelle società che fanno investimenti complementari per aumentare la scolarizzazione femminile, ampliare le opportunità di occupazione, attuare riforme economiche che modifichino in modo sostanziale il rapporto costi/benefici della fecondità. I programmi che si sono rivelati più efficaci sono quelli abbinati ad altri tipi di input sulla salute materna e infantile.

3 Garantire il diritto alla pianificazione familiare di specifici gruppi esclusi

Come parte essenziale degli impegni dei governi per correggere le disuguaglianze nel campo della salute, i programmi devono affrontare quei fattori economici, fisici, legali, sociali e culturali che rendono difficile per tante persone ottenere servizi per la salute e superare la rete di discriminazioni che si trovano ad affrontare.

Le donne povere, che non possono avere accesso alla pianificazione familiare, hanno più figli di quanti ne vorrebbero. Mentre le classi dirigenti, più abbienti e istruite, in qualunque paese abitino possono accedere alla pianificazione familiare, indipendentemente dal fatto che sia sostenuta dalle politiche e programmi. In molti paesi, malgrado gli sforzi compiuti per superare le disuguaglianze nel campo della salute, approntando servizi diretti ai poveri, a goderne i benefici sono quasi sempre quelli che già stanno meglio (Gwatkin and others, 2007). Per migliorare l'accesso dei poveri alle informazioni e ai servizi sulla contraccezione, i programmi devono spesso affrontare non solo gli ostacoli economici, ma anche quelli fisici (come la distanza dalle strutture sanitarie e i costi delle ore di lavoro perse per recarsi nelle strutture preposte alla erogazione della pianificazione familiare) e fattori socio-culturali (tra cui il trattamento irrispettoso o pregiudizievole da parte degli operatori sanitari, la scarsa autonomia nel prendere decisioni sui servizi o l'opposizione all'uso dei contraccettivi da parte della famiglia o della comunità).

Nei paesi in cui ciò è necessario, occorre introdurre nuove misure legislative per garantire l'accesso alla pianificazione familiare. In altri, bisognerà intraprendere i passi necessari per garantire l'applicazione equa della legislazione, delle politiche e dei programmi che già esistono. Il sostegno statale alla pianificazione familiare dovrà includere le azioni necessarie per garantire l'accessibilità dei servizi ai gruppi emarginati, come le



popolazioni indigene e le minoranze etniche, o le persone che abitano in comunità urbane o rurali difficili da raggiungere (United Nations Economic and Social Council, 2009).

Politiche e programmi di pianificazione familiare devono rispondere ai bisogni delle persone non sposate di qualsiasi età, il cui numero è in aumento in tutto il mondo. Giovani e adulti avviano, o concludono, legami e relazioni in modo diverso dalle generazioni precedenti: i servizi scolastici e sanitari devono rispondere a questi cambiamenti. I giovani hanno bisogno dei servizi anche nel periodo che intercorre tra le prime esperienze sessuali e il matrimonio. Ampliare l'accesso in modo da rispondere ai bisogni di salute sessuale e riproduttiva dei giovani richiederà azioni di pressione politica e di sensibilizzazione, per modificare l'atteggiamento prevalente verso le esperienze sessuali e riproduttive dei ragazzi. Servizi e informazioni dovranno inoltre essere messe a disposizione degli adulti *single*, o che hanno avviato una nuova relazione in una fase più avan-

zata della propria vita. Con il passare degli anni, le persone si trovano sottoposte a pressioni diverse, e devono rispondere ad aspettative diverse da parte della comunità e della famiglia, in relazione al sesso, al matrimonio e ai figli. Con l'evolversi dei loro ruoli, il loro bisogno di pianificazione familiare spesso appare meno evidente ai politici e a coloro che si occupano di programmazione sanitaria.

I programmi di pianificazione familiare dovrebbero essere ampliati, così da includere le donne giovani sposate e i loro mariti. Le adolescenti sposate incontrano grandi difficoltà ad avere accesso ai servizi di pianificazione familiare, e incorrono facilmente in gravidanze non previste o non volute, con tutti gli effetti negativi per la salute che questo comporta (Ortayli and Malarcher, 2010; Godha, Hotchkiss and Gage, 2011). Più una ragazza si sposa giovane, e maggiori sono i problemi che incontra nel controllare la sua fertilità, e più è soggetta a gravidanze molto ravvicinate e ripetute (Rutstein 2008).

▲ Una coppia del Botswana riceve informazioni sulla scelta dei contraccettivi.
© Panos/Giacomo Pirozzi

Soddisfarre in modo adeguato i bisogni di pianificazione familiare delle persone meno giovani esige che si sfidi il pregiudizio diffuso secondo cui queste persone non hanno bisogno di esercitare il proprio diritto alla pianificazione familiare. Gli uomini oltre i 49 anni, la cui fertilità declina con il passare degli anni, spesso non vengono presi in considerazione dalle politiche e programmi di pianificazione familiare. Questa omissione compromette i diritti delle persone più anziane e sessualmente attive, che desiderano proteggersi dai rischi per la salute sessuale e riproduttiva. Come ribadito dalla Commission on Population and Development, nel 2012, i servizi e le informazioni dovrebbero essere messi a disposizione anche degli adulti *single* o che iniziano una nuova relazione in una fase più avanzata della vita.

Gli Stati e la comunità internazionale dovrebbero rafforzare gli sforzi per raccogliere dati su

tutti quei gruppi che possono incontrare maggiore difficoltà nell'accedere alla pianificazione familiare. Si tratta di adolescenti - anche quelli/e nella fascia 10-14 anni - giovani, ragazzi e uomini, adolescenti sposate, persone non sposate, persone più anziane, minoranze etniche, rifugiati e migranti, lavoratori e lavoratrici del sesso, persone affette da Hiv/Aids, donne e ragazze particolarmente vulnerabili alla violenza sessuale nelle aree di conflitto o colpite da disastri naturali o da crisi umanitarie. Tali dati dovrebbero di regola essere disaggregati per sesso, età ed etnia, e analizzati in base ai quintili di ricchezza; dovrebbero inoltre indicare le differenze che intercorrono tra chi vive nelle aree rurali e in quelle urbane, per poter capire come varia l'accesso all'interno di una stessa popolazione e tra una popolazione e l'altra.

Misurazione e monitoraggio dell'accesso devono riflettere i bisogni e le esperienze di tutti. Una combinazione di indicatori consentirebbe di comprendere meglio le disuguaglianze nell'accesso tra i vari gruppi di popolazione. Un'analisi delle dimensioni dell'uguaglianza sociale, per esempio nel settore della salute, aiuterebbe a concentrare gli sforzi là dove sono maggiormente necessari (Austveg, 2011). Un'ottica sulla pianificazione familiare basata sui diritti umani, esige che si calcolino i costi di una programmazione centrata sulla domanda. Singh e Darroch (2012) raccomandano una sistematica raccolta dei dati su chi eroga il servizio e sulle strutture coinvolte, che includa indicatori quali il numero delle persone che compongono lo staff e la loro formazione, la gamma di metodi offerta, la continuità nella distribuzione dei contraccettivi e la qualità dell'assistenza fornita.

4 Aumentare i fondi per la pianificazione familiare ed assicurarsi che siano ben spesi

I governi dei paesi in via di sviluppo e dei paesi donatori, le organizzazioni interna-

▼ Il presidente nigeriano Goodluck Jonathan annuncia un programma per migliorare l'accesso a strumenti salva-vita, compresi quelli per la pianificazione familiare. Jonathan è co-presidente della Commissione delle Nazioni Unite sui servizi e prodotti salva-vita.
©United Nations/J. Carrier



zionali e le fondazioni devono aumentare i finanziamenti per migliorare la qualità e la disponibilità della contraccezione, delle informazioni e dei servizi per tutti coloro che lo desiderano, consentendo così a tutti di esercitare il diritto alla pianificazione familiare. I governi – dei paesi donatori e di quelli in via di sviluppo – devono anche rispettare gli impegni di finanziamento presi durante la Conferenza internazionale del Cairo del 1994, per implementare il Programma d'azione in tutti i suoi aspetti.

Ogni anno, servono circa 4 miliardi di dollari per continuare a rispondere ai bisogni dei 645 milioni di donne che usano attualmente metodi moderni di pianificazione familiare nei paesi in via di sviluppo. Migliorare la qualità dei servizi per queste donne richiederebbe ulteriori 1,1 miliardi di dollari. Per rispondere ai bisogni delle donne che vorrebbero rimandare le gravidanze o non avere altri figli, ma che attualmente non usano la pianificazione familiare, servono altri 3 miliardi di dollari all'anno. Quindi, dare una risposta completa ai bisogni attuali e non soddisfatti di pianificazione familiare delle donne nei paesi in via di sviluppo costerebbe 8,1 miliardi di dollari all'anno. Anche i paesi sviluppati dovranno fare un'analisi dei costi per realizzare questo diritto, tenendo conto anche dei benefici per tutti i cittadini e lo sviluppo del paese.

Nel promuovere la pianificazione familiare, governi, organizzazioni internazionali e società civile dovrebbero sottolineare il legame con altre iniziative globali, come quelle volte a ridurre la mortalità materna, a mettere fine ai matrimoni precoci, a combattere la violenza di genere e a prevenire le gravidanze tra adolescenti. Molte iniziative specifiche, come Women Deliver (dedicata alla salute e al benessere di donne e bambine), Girls Not Brides (per mettere fine ai matrimoni precoci) and MenEngage (una rete mondiale di organizzazioni impegnate per ridurre la disuguaglianza di genere

e per migliorare il benessere di uomini, donne e bambini) rappresentano alleati naturali per realizzare il diritto alla pianificazione familiare.

Investimenti multi-settoriali coordinati sono essenziali per l'uso efficiente dei fondi. Ci sono maggiori probabilità di fare scelte informate sul numero di figli e il momento per averne, nei paesi nei quali i governi investono in una serie di politiche e di programmi che comprendono anche l'impegno per eliminare i matrimoni precoci, promuovere l'istruzione femminile, creare opportunità d'impiego per i/le giovani (Greene, 2000 in Cohen and Burger, 2000). Poiché un approccio comprensivo allo sviluppo, alla salute, all'istruzione e ai diritti tende a ridurre i tassi di fecondità, i governi dovranno inoltre adottare un approccio comprensivo che includa forme migliori di coordinamento e di collaborazione tra i ministeri. È anche necessario lavorare a livello comunitario. Per esempio, lavorare congiuntamente agli educatori e ai leader religiosi contribuisce a eliminare i pregiudizi legati alle relazioni di genere e all'età, che portano gli uomini a mettere in discussione la pianificazione familiare, minacciano i diritti delle donne, minimizzano o ignorano la sessualità degli adolescenti.

Durante il Vertice sulla pianificazione familiare, svoltosi a Londra l'11 luglio 2012, i paesi donatori, insieme alle fondazioni intervenute, si sono impegnati a stanziare 2,6 miliardi di dollari per rendere la pianificazione familiare disponibile per altri 120 milioni di donne, sui 222 che nei paesi in via di sviluppo non trovano risposta al proprio bisogno di pianificazione familiare. Nel corso dello stesso evento, anche i paesi in via di sviluppo si sono impegnati a dare un contributo alla stessa iniziativa, per un totale di 2 miliardi. Le parti interessate hanno definito "una buona partenza" questo stanziamento supplementare, nella speranza di riuscire a mobilitare risorse sufficienti per eliminare del tutto la domanda inesa nei paesi in via di sviluppo.

Monitoraggio degli obiettivi della Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo - Indicatori selezionati

Stato, territorio o altra area

	Salute materna e neonatale				Salute sessuale e riproduttiva			Istruzione			
	Mortalità materna su 100.000 nascite, 2010	Nascite assistite da personale sanitario qualificato (2000-2010*, %)	Tasso di maternità tra le adolescenti ogni 1000 donne di 15-19 anni, 1991/2010*	Mortalità infantile sotto i 5 anni su 1000 nati vivi, 2010-2015*	Prevalenza contraccettiva totale, donne 15-49 anni, qualsiasi metodo, 1990/2011	Prevalenza contraccettiva totale, donne 15-49 anni, metodi moderni, 1990/2011	Domanda insoddisfatta di pianificazione familiare, percentuale, 1988/2011	Iscrizione alla scuola primaria, percentuale netta su tutti i bambini in età scolare, 1999/2011		Iscrizione alla scuola secondaria, percentuale netta su tutti i ragazzi in età scolare, 1999/2011*	
								Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Afghanistan	460	34	90	184	22	16			34	13	
Albania	27	99	11	19	69	10	13	80	80	75	73
Algeria	97	95	4	27	61	52		98	96	65	69
Angola	450	49	165	156	6	5		93	78	12	11
Antigua and Barbuda			67					91	84	85	85
Argentina	77	98	68	14	79	70		100	99	78	87
Armenia	30	100	28	27	55	27	19	95	98	85	88
Australia ¹	7	99	16	5	72	68		97	98	85	86
Austria	4	99	10	5	51	47					
Azerbaijan	43	88	41	43	51	13	15	85	84	81	78
Bahamas	47	99	41	18				94	96	82	88
Bahrain	20	97	12	9	62	31		99	100	92	97
Bangladesh	240	27	133	51	56	48	17			45	50
Barbados	51	100	50	14				90	97	81	88
Belarus	4	100	21	9	73	56					
Belgium	8	99	11	5	75	73	3	99	99	90	87
Belize	53	88	90	21	34	31	21	100	91	64	65
Benin	350	74	114	121	17	6	27			27	13
Bhutan	180	58	59	52	66	65	12	88	91	50	57
Bolivia (Plurinational State of)	190	71	89	54	61	34	20	95	96	68	69
Bosnia and Herzegovina	8	99	17	16	36	11					
Botswana	160	95	51	46	53	51	27	87	88	57	65
Brazil	56	99	71	24	80	77	6	95	97		
Brunei Darussalam	24	100	18	6						95	99
Bulgaria	11	99	48	11	63	40	30	99	100	84	82
Burkina Faso	300	67	130	147	16	15	30	65	61	19	16
Burundi	800	60	65	152	22	18	29	91	89	18	15
Cambodia	250	71	48	69	51	35	24	96	95	37	33
Cameroon, Republic of	690	64	127	136	23	14	21				
Canada	12	99	14	6	74	72		100	100		
Cape Verde	79	76	92	22	61	57	17	95	92	61	71
Central African Republic	890	41	133	155	19	9	19	78	60	18	10
Chad	1100	14	193	195	3	2	21	74	51	16	5
Chile	25	100	54	8	64			94	94	81	84
China	37	96	6	24	85	84	2				
Colombia	92	95	85	23	79	73	8	92	91	72	77

Monitoraggio degli obiettivi della Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo - Indicatori selezionati

Stato, territorio o altra area	Salute materna e neonatale				Salute sessuale e riproduttiva			Istruzione			
	Mortalità materna su 100.000 nascite, 2010	Nascite assistite da personale sanitario qualificato (2000-2010*, %)	Tasso di maternità tra le adolescenti ogni 1000 donne di 15-19 anni, 1991/2010*	Mortalità infantile sotto i 5 anni su 1000 nati vivi, 2010-2015*	Prevalenza contraccettiva totale, donne 15-49 anni, qualsiasi metodo, 1990/2011	Prevalenza contraccettiva totale, donne 15-49 anni, metodi moderni, 1990/2011	Domanda insoddisfatta di pianificazione familiare, percentuale, 1988/2011	Iscrizione alla scuola primaria, percentuale netta su tutti i bambini in età scolare, 1999/2011		Iscrizione alla scuola secondaria, percentuale netta su tutti i ragazzi in età scolare, 1999/2011*	
								Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Comoros	280	47	95	86	26	19	36	81	75		
Congo, Democratic Republic of the ²	540	80	135	180	18	6	24	34	32		
Congo, Republic of the	560	83	132	104	44	13	20	92	89		
Costa Rica	40	95	67	11	82	80	5				
Côte d'Ivoire	400	57	111	107	13	8	29	67	56		
Croatia	17	100	13	7				95	97	88	94
Cuba	73	100	51	6	73	72		100	99	87	87
Cyprus	10	98	4	5				99	99	96	96
Czech Republic	5	100	11	4	72	63	11	96	96		
Denmark	12	98	6	5				95	97	88	91
Djibouti	200	78	27	104	18	17		47	42	28	20
Dominica			48					95	96	84	93
Dominican Republic	150	94	98	28	73	70	11	96	90	58	67
Ecuador	110	89	100	23	73	59	7	99	100	58	59
Egypt	66	79	50	25	60	58	12	100	96	71	69
El Salvador	81	85	65	23	73	66	9	95	95	57	59
Equatorial Guinea	240	65	128	151	10	6	29	57	56		
Eritrea	240	28	85	62	8	5		37	33	32	25
Estonia	2	99	21	7	70	56	25	96	96	91	93
Ethiopia	350	10	79	96	29	27		85	80	17	11
Fiji	26	100	31	22				99	99	79	88
Finland	5	99	8	3				98	98	94	94
France	8	98	12	4	77	75	2	99	99	98	99
Gabon	230	86	144	64	33	12	28				
Gambia	360	52	104	93	18	13		68	70		
Georgia	67	100	44	27	47	27	16	96	94	84	80
Germany	7	99	9	4	70	66					
Ghana	350	55	70	63	24	17	36	84	85	51	47
Greece	3		12	5	76	46		98	99	91	90
Grenada	24	100	53	15	54	52		96	99	95	86
Guatemala	120	51	92	34	43	34	28	100	98	43	40
Guinea	610	46	153	134	9	4	22	83	70	36	22
Guinea-Bissau	790	44	137	181	14			77	73	12	7
Guyana	280	87	97	46	43	40	29	82	86	78	83
Haiti	350	26	69	76	32	24	37				
Honduras	100	66	108	33	65	56	17	95	97		
Hungary	21	100	19	7	81	71	7	98	98	91	91
Iceland	5		15	3				99	100	87	89
India	200	58	39	65	55	48	21	99	98		
Indonesia	220	77	52	31	61	57	13	97	93	68	67

Monitoraggio degli obiettivi della Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo - Indicatori selezionati

Stato, territorio o altra area	Salute materna e neonatale				Salute sessuale e riproduttiva			Istruzione			
	Mortalità materna su 100.000 nascite, 2010	Nascite assistite da personale sanitario qualificato (2000-2010*, %)	Tasso di maternità tra le adolescenti ogni 1000 donne di 15-19 anni, 1991/2010*	Mortalità infantile sotto i 5 anni su 1000 nati vivi, 2010-2015*	Prevalenza contraccettiva totale, donne 15-49 anni, qualsiasi metodo, 1990/2011	Prevalenza contraccettiva totale, donne 15-49 anni, metodi moderni, 1990/2011	Domanda insoddisfatta di pianificazione familiare, percentuale, 1988/2011	Iscrizione alla scuola primaria, percentuale netta su tutti i bambini in età scolare, 1999/2011		Iscrizione alla scuola secondaria, percentuale netta su tutti i ragazzi in età scolare, 1999/2011*	
								Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Iran (Islamic Republic of)	21	99	31	31	73	59		98	96		
Iraq	63	80	68	41	50	33		94	84	49	39
Ireland	6	100	16	4	65	61		99	100	98	100
Israel	7		14	4				97	97	97	100
Italy	4	100	7	4	63	41	12	100	99	94	94
Jamaica	110	98	72	26	69	66	12	83	81	80	87
Japan	5	100	5	3	54	44				99	100
Jordan	63	99	32	22	59	41	13	91	91	83	88
Kazakhstan	51	99	31	29	51	49	12	99	100	90	89
Kenya	360	44	106	89	46	39	26	84	85	52	48
Kiribati			39	44	36	31	12			65	72
Korea, Democratic People's Republic of	81	100	1	32	69	58					
Korea, Republic of	16	100	2	5	80	70		99	98	96	95
Kuwait	14	99	14	10	52	39		97	100	86	93
Kyrgyzstan	71	97	31	42	48	46		95	95	79	79
Lao People's Democratic Republic	470	37	110	46	38	35	27	98	95	42	38
Latvia	34	99	15	8	68	56	17	95	97	83	84
Lebanon	25	97	18	24	58	34		94	93	71	79
Lesotho	620	62	92	89	47	46	23	72	75	23	37
Liberia	770	46	177	107	11	10	36	52	41		
Libya	58	100	4	15	45	26					
Lithuania	8	100	17	9	51	33	18	96	96	91	91
Luxembourg	20	100	7	3				96	98	84	86
Madagascar	240	44	147	58	40	28	19	79	80	23	24
Malawi	460	71	157	119	46	42	26	91	98	28	27
Malaysia	29	99	14	9	49	32		96	96	65	71
Maldives	60	95	19	12	35	27	29	97	97	46	52
Mali	540	49	190	173	8	6	28	72	63	36	25
Malta	8	100	20	7	86	46		93	94	82	80
Martinique			20	8							
Mauritania	510	57	88	106	9	8	32	73	76	17	15
Mauritius ³	60	100	31	15	76	39	4	92	94	74	74
Mexico	50	95	87	17	71	67	12	99	100	70	73
Micronesia (Federated States of)	100	100	52	38							
Moldova, Republic of	41	100	26	19	68	43	11	90	90	78	79
Mongolia	63	99	20	37	55	50	14	100	99	77	85
Montenegro	8	100	24	9	39	17					
Morocco	100	74	18	31	63	52	12	97	96	38	32
Mozambique	490	55	193	123	16	12	19	92	88	18	17
Myanmar	200	71	17	57	41	38	19			49	52

Monitoraggio degli obiettivi della Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo - Indicatori selezionati

Stato, territorio o altra area	Salute materna e neonatale				Salute sessuale e riproduttiva			Istruzione			
	Mortalità materna su 100.000 nascite, 2010	Nascite assistite da personale sanitario qualificato (2000-2010*, %)	Tasso di maternità tra le adolescenti ogni 1000 donne di 15-19 anni, 1991/2010*	Mortalità infantile sotto i 5 anni su 1000 nati vivi, 2010-2015*	Prevalenza contraccettiva totale, donne 15-49 anni, qualsiasi metodo, 1990/2011	Prevalenza contraccettiva totale, donne 15-49 anni, metodi moderni, 1990/2011	Domanda insoddisfatta di pianificazione familiare, percentuale, 1988/2011	Iscrizione alla scuola primaria, percentuale netta su tutti i bambini in età scolare, 1999/2011		Iscrizione alla scuola secondaria, percentuale netta su tutti i ragazzi in età scolare, 1999/2011*	
								Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Namibia	200	81	74	39	55	54	21	84	89	44	57
Nepal	170	36	81	39	50	43	25	78	64		
Netherlands	6		5	5	69	67		100	99	87	88
New Zealand	15	96	29	6	75	72		99	100	94	95
Nicaragua	95	74	109	22	72	69	8	93	95	43	49
Niger	590	18	199	144	11	5	16	68	57	13	8
Nigeria	630	34	123	141	14	9	19	60	55		
Norway	7	99	10	4	88	82		99	99	94	94
Occupied Palestinian Territory	64		60	22	50	39		90	88	81	87
Oman	32	99	12	11	32	25		100	97		
Pakistan	260	45	16	86	27	19	25	81	67	38	29
Panama	92	89	88	21				99	98	66	72
Papua New Guinea	230	40	70	58	36						
Paraguay	99	85	63	33	79	70	5	86	86	58	62
Peru	67	84	72	28	74	50	7	98	98	77	78
Philippines	99	62	53	27	51	34	22	88	90	56	67
Poland	5	100	16	7	73	28		96	96	90	92
Portugal	8		16	5	87	83		99	100	78	86
Qatar	7	100	15	10	43	32		96	97	76	93
Romania	27	99	41	15	70	38	12	88	87	82	83
Russian Federation	34	100	30	16	80	65		95	96		
Rwanda	340	69	41	114	52	44	19	89	92		
Saint Kitts and Nevis			67					86	86	89	88
Saint Lucia	35	100	49	16				90	89	85	85
Saint Vincent and the Grenadines	48	98	70	25				100	97	85	96
Samoa			29	24	29	27	48	93	97	73	83
São Tomé and Príncipe	70	81	110	69	38	33	38	97	98	44	52
Saudi Arabia	24	100	7	19	24			90	89	78	83
Senegal	370	65	93	85	13	12	29	76	80	24	19
Serbia	12	100	22	13	61	22	7	95	94	89	91
Seychelles			62					96	94	92	100
Sierra Leone	890	31	98	157	8	6	28				
Singapore	3	100	6	2	62	55					
Slovakia	6	100	21	7	80	66					
Slovenia	12	100	5	4	79	63	9	97	97	91	92
Solomon Islands	93	70	70	43	35	27	11	83	81	32	29
Somalia	1000	9	123	162	15	1					
South Africa	300	91	54	64	60	60	14	90	91	59	65
Spain	6		13	4	66	62	12	100	100	94	96
Sri Lanka	35	99	24	13	68	53	7	94	94		

Monitoraggio degli obiettivi della Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo - Indicatori selezionati

Stato, territorio o altra area	Salute materna e neonatale				Salute sessuale e riproduttiva			Istruzione			
	Mortalità materna su 100.000 nascite, 2010	Nascite assistite da personale sanitario qualificato (2000-2010*, %)	Tasso di maternità tra le adolescenti ogni 1000 donne di 15-19 anni, 1991/2010*	Mortalità infantile sotto i 5 anni su 1000 nati vivi, 2010-2015*	Prevalenza contraccettiva totale, donne 15-49 anni, qualsiasi metodo, 1990/2011	Prevalenza contraccettiva totale, donne 15-49 anni, metodi moderni, 1990/2011	Domanda insoddisfatta di pianificazione familiare, percentuale, 1988/2011	Iscrizione alla scuola primaria, percentuale netta su tutti i bambini in età scolare, 1999/2011		Iscrizione alla scuola secondaria, percentuale netta su tutti i ragazzi in età scolare, 1999/2011*	
								Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Sudan ⁴	730	23	70	87	9		29				
Suriname	130	87	66	27	46	45		91	91	46	55
Swaziland	320	82	111	92	65	63	13	86	85	29	37
Sweden	4		6	3	75	65		100	99	94	94
Switzerland	8	100	4	5	82	78		99	99	84	82
Syrian Arab Republic	70	96	75	16	58	43		100	98	67	67
Tajikistan	65	88	27	65	37	32		99	96	90	80
Tanzania, the United Republic of	460	49	128	81	34	26	25	98	98		
Thailand	48	99	47	13	80	78	3	90	89	70	78
The former Yugoslav Republic of Macedonia	10	100	20	15				97	99	82	81
Timor-Leste, the Democratic Republic of	300	30	54	76	22	21	32	86	86	34	39
Togo	300	60	89	104	15	13	31			33	16
Tonga	110	98	16	25				94	89	67	80
Trinidad and Tobago	46	97	33	31	43	38		98	97	66	70
Tunisia	56	95	6	23	60	52	12	99	96	64	66
Turkey	20	91	38	23	73	46	6	98	97	77	71
Turkmenistan	67	100	21	62	62	45	10				
Turks and Caicos Islands			26		31	22		77	84	72	69
Tuvalu			28				24				
Uganda	310	42	159	114	24	18	38	90	92	17	15
Ukraine	32	99	30	15	67	48	10	91	91	86	86
United Arab Emirates	12	100	34	8	28	24		94	98	80	82
United Kingdom	12		25	6	84	84		100	100	95	97
United States of America	21	99	39	8	79	73	7	95	96	89	90
Uruguay	29	100	60	15	77	75		100	99	66	73
Uzbekistan	28	100	26	53	65	59	14	94	91	93	91
Vanuatu	110	74	92	29	38	37		98	97	46	49
Venezuela (Bolivarian Republic of)	92	95	101	20	70	62	19	95	95	68	76
Viet Nam	59	84	35	23	78	60	4				
Yemen	200	36	80	57	28	19	39	86	70	49	31
Zambia	440	47	151	130	41	27	27	91	94		
Zimbabwe	570	66	115	71	59	57	16				

Dati mondiali
e regionali¹⁴

	Salute materna e neonatale				Salute sessuale e riproduttiva			Istruzione			
	Mortalità materna su 100.000 nascite, 2010	Nascite assistite da personale sanitario qualificato (2000-2010*, %)	Tasso di maternità tra le adolescenti ogni 1000 donne di 15-19 anni, 1991/2010*	Mortalità infantile sotto i 5 anni su 1000 nati vivi, 2010-2015*	Prevalenza contraccettiva totale, donne 15-49 anni, qualsiasi metodo, 1990/2011	Prevalenza contraccettiva totale, donne 15-49 anni, metodi moderni, 1990/2011	Domanda insoddisfatta di pianificazione familiare, percentuale, 1988/2011	Iscrizione alla scuola primaria, percentuale netta su tutti i bambini in età scolare, 1999/2011		Iscrizione alla scuola secondaria, percentuale netta su tutti i ragazzi in età scolare, 1999/2011*	
								Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Totale mondiale	210	70	49	60,0	63	57	12	92	90	64	61
Regioni sviluppate⁶	26		23	7,7	72	62		97	97	90	91
Regioni in via di sviluppo⁷	240	65	52	66,1	62	56	13	91	89	60	57
Paesi meno sviluppati di tutti⁸	430	42	116	112,0	35	28	24	82	78	35	29
Paesi Arabi⁹	140	76	43	49,1	51	42	18	89	82	61	58
Asia e Pacifico¹⁰	160	69	33	51,4	67	62	11	95	94	63	60
Europa Orientale e Asia Centrale¹¹	32	97	30	26,1	70	54	10	94	94	85	85
America Latina e Caraibi¹²	81	91	79	23,9	73	67	10	96	95	71	76
Africa Sub-Sahariana¹³	500	47	120	122,6	25	20	25	79	76	33	26

Indicatori demografici

Maschi Femmine

Stato, territorio o altra area

Stato, territorio o altra area	Popolazione totale, in milioni, 2012	Tasso di variazione medio annuo della popolazione, percentuale, 2010-2015	Speranza di vita alla nascita, 2010-2015		Tasso di fecondità totale, per donna, 2010-2015
			Maschi	Femmine	
Afghanistan	33,4	3,1	49	49	6,0
Albania	3,2	0,3	74	80	1,5
Algeria	36,5	1,4	72	75	2,1
Angola	20,2	2,7	50	53	5,1
Antigua and Barbuda	0,1	1,0			
Argentina	41,1	0,9	72	80	2,2
Armenia	3,1	0,3	71	77	1,7
Australia ¹	22,9	1,3	80	84	1,9
Austria	8,4	0,2	78	84	1,3
Azerbaijan	9,4	1,2	68	74	2,1
Bahamas	0,4	1,1	73	79	1,9
Bahrain	1,4	2,1	75	76	2,4
Bangladesh	152,4	1,3	69	70	2,2
Barbados	0,3	0,2	74	80	1,6
Belarus	9,5	-0,3	65	76	1,5
Belgium	10,8	0,3	77	83	1,8
Belize	0,3	2,0	75	78	2,7
Benin	9,4	2,7	55	59	5,1
Bhutan	0,8	1,5	66	70	2,3
Bolivia (Plurinational State of)	10,2	1,6	65	69	3,2
Bosnia and Herzegovina	3,7	-0,2	73	78	1,1
Botswana	2,1	1,1	54	51	2,6
Brazil	198,4	0,8	71	77	1,8
Brunei Darussalam	0,4	1,7	76	81	2,0
Bulgaria	7,4	-0,7	70	77	1,5
Burkina Faso	17,5	3,0	55	57	5,8
Burundi	8,7	1,9	50	53	4,1
Cambodia	14,5	1,2	62	65	2,4
Cameroon, Republic of	20,5	2,1	51	54	4,3
Canada	34,7	0,9	79	83	1,7
Cape Verde	0,5	0,9	71	78	2,3
Central African Republic	4,6	2,0	48	51	4,4
Chad	11,8	2,6	49	52	5,7
Chile	17,4	0,9	76	82	1,8
China	1.353,6	0,4	72	76	1,6
Colombia	47,6	1,3	70	78	2,3
Comoros	0,8	2,5	60	63	4,7
Congo, Democratic Republic of the ²	69,6	2,6	47	51	5,5
Congo, Republic of the	4,2	2,2	57	59	4,4

Stato, territorio o altra area

Stato, territorio o altra area	Popolazione totale, in milioni, 2012	Tasso di variazione medio annuo della popolazione, percentuale, 2010-2015	Speranza di vita alla nascita, 2010-2015		Tasso di fecondità totale, per donna, 2010-2015
			Maschi	Femmine	
Costa Rica	4,8	1,4	77	82	1,8
Côte d'Ivoire	20,6	2,2	55	58	4,2
Croatia	4,4	-0,2	73	80	1,5
Cuba	11,2	0,0	77	81	1,5
Cyprus	1,1	1,1	78	82	1,5
Czech Republic	10,6	0,3	75	81	1,5
Denmark	5,6	0,3	77	81	1,9
Djibouti	0,9	1,9	57	60	3,6
Dominica	0,1	0,0			
Dominican Republic	10,2	1,2	71	77	2,5
Ecuador	14,9	1,3	73	79	2,42
Egypt	84,0	1,7	72	76	2,6
El Salvador	6,3	0,6	68	77	2,2
Equatorial Guinea	0,7	2,7	50	53	5,0
Eritrea	5,6	2,9	60	64	4,2
Estonia	1,3	-0,1	70	80	1,7
Ethiopia	86,5	2,1	58	62	3,8
Fiji	0,9	0,8	67	72	2,6
Finland	5,4	0,3	77	83	1,9
France	63,5	0,5	78	85	2,0
Gabon	1,6	1,9	62	64	3,2
Gambia	1,8	2,7	58	60	4,7
Georgia	4,3	-0,6	71	77	1,5
Germany	82,0	-0,2	78	83	1,5
Ghana	25,5	2,3	64	66	4,0
Greece	11,4	0,2	78	83	1,5
Grenada	0,1	0,4	74	78	2,2
Guatemala	15,1	2,5	68	75	3,8
Guinea	10,5	2,5	53	56	5,0
Guinea-Bissau	1,6	2,1	47	50	4,9
Guyana	0,8	0,2	67	73	2,2
Haiti	10,3	1,3	61	64	3,2
Honduras	7,9	2,0	71	76	3,0
Hungary	9,9	-0,2	71	78	1,4
Iceland	0,3	1,2	80	84	2,1
India	1.258,4	1,3	64	68	2,5
Indonesia	244,8	1,0	68	72	2,1
Iran (Islamic Republic of)	75,6	1,0	72	75	1,6
Iraq	33,7	3,1	68	73	4,5

Stato, territorio o altra area	Popolazione totale, in milioni, 2012	Tasso di variazione medio annuo della popolazione, percentuale, 2010-2015	Speranza di vita alla nascita, 2010-2015		Tasso di fecondità totale, per donna, 2010-2015
			Maschi	Femmine	
Ireland	4,6	1,1	78	83	2,1
Israel	7,7	1,7	80	84	2,9
Italy	61,0	0,2	79	85	1,5
Jamaica	2,8	0,4	71	76	2,3
Japan	126,4	-0,1	80	87	1,4
Jordan	6,5	1,9	72	75	2,9
Kazakhstan	16,4	1,0	62	73	2,5
Kenya	42,7	2,7	57	59	4,6
Kiribati	0,1	1,5	66	71	2,9
Korea, Democratic People's Republic of	24,6	0,4	66	72	2,0
Korea, Republic of	48,6	0,4	77	84	1,4
Kuwait	2,9	2,4	74	76	2,3
Kyrgyzstan	5,4	1,1	64	72	2,6
Lao People's Democratic Republic	6,4	1,3	66	69	2,5
Latvia	2,2	-0,4	69	79	1,5
Lebanon	4,3	0,7	71	75	1,8
Lesotho	2,2	1,0	50	48	3,1
Liberia	4,2	2,6	56	59	5,0
Libya	6,5	0,8	73	78	2,4
Lithuania	3,3	-0,4	67	78	1,5
Luxembourg	0,5	1,4	78	83	1,7
Madagascar	21,9	2,8	65	69	4,5
Malawi	15,9	3,2	55	55	6,0
Malaysia	29,3	1,6	73	77	2,6
Maldives	0,3	1,3	76	79	1,7
Mali	16,3	3,0	51	53	6,1
Malta	0,4	0,3	78	82	1,3
Martinique	0,4	0,3	77	84	1,8
Mauritania	3,6	2,2	57	61	4,4
Mauritius ³	1,3	0,5	70	77	1,6
Mexico	116,1	1,1	75	80	2,2
Micronesia (Federated States of)	0,1	0,5	68	70	3,3
Moldova, Republic of	3,5	-0,7	66	73	1,4
Mongolia	2,8	1,5	65	73	2,4
Montenegro	0,6	0,1	73	77	1,6
Morocco	32,6	1,0	70	75	2,2
Mozambique	24,5	2,2	50	52	4,7
Myanmar	48,7	0,8	64	68	1,9
Namibia	2,4	1,7	62	63	3,1

Stato, territorio o altra area	Popolazione totale, in milioni, 2012	Tasso di variazione medio annuo della popolazione, percentuale, 2010-2015	Speranza di vita alla nascita, 2010-2015		Tasso di fecondità totale, per donna, 2010-2015
			Maschi	Femmine	
Nepal	31,0	1,7	68	70	2,6
Netherlands	16,7	0,3	79	83	1,8
New Zealand	4,5	1,0	79	83	2,1
Nicaragua	6,0	1,4	71	77	2,5
Niger	16,6	3,5	55	56	6,9
Nigeria	166,6	2,5	52	53	5,4
Norway	5,0	0,7	79	83	1,9
Occupied Palestinian Territory	4,3	2,8	72	75	4,3
Oman	2,9	1,9	71	76	2,1
Pakistan	180,0	1,8	65	67	3,2
Panama	3,6	1,5	74	79	2,4
Papua New Guinea	7,2	2,2	61	66	3,8
Paraguay	6,7	1,7	71	75	2,9
Peru	29,7	1,1	72	77	2,4
Philippines	96,5	1,7	66	73	3,1
Poland	38,3	0,0	72	81	1,4
Portugal	10,7	0,0	77	83	1,3
Qatar	1,9	2,9	79	78	2,2
Romania	21,4	-0,2	71	78	1,4
Russian Federation	142,7	-0,1	63	75	1,5
Rwanda	11,3	2,9	54	57	5,3
Saint Kitts and Nevis	0,1	1,2			
Saint Lucia	0,2	1,0	72	78	1,9
St. Vincent and the Grenadines	0,1	0,0	70	75	2,0
Samoa	0,2	0,5	70	76	3,8
São Tomé and Príncipe	0,2	2,0	64	66	3,5
Saudi Arabia	28,7	2,1	73	76	2,6
Senegal	13,1	2,6	59	61	4,6
Serbia	9,8	-0,1	72	77	1,6
Seychelles	0,1	0,3			
Sierra Leone	6,1	2,1	48	49	4,7
Singapore	5,3	1,1	79	84	1,4
Slovakia	5,5	0,2	72	80	1,4
Slovenia	2,0	0,2	76	83	1,5
Solomon Islands	0,6	2,5	67	70	4,0
Somalia	9,8	2,6	50	53	6,3
South Africa	50,7	0,5	53	54	2,4
South Sudan	10,7	3,2			
Spain	46,8	0,6	79	85	1,5

Stato, territorio o altra area	Popolazione totale, in milioni, 2012	Tasso di variazione medio annuo della popolazione, percentuale, 2010-2015	Speranza di vita alla nascita, 2010-2015		Tasso di fecondità totale, per donna, 2010-2015
			Maschi	Femmine	
Sri Lanka	21,2	0,8	72	78	2,2
Sudan ⁵	35,0	2,2			
Suriname	0,5	0,9	68	74	2,3
Swaziland	1,2	1,4	50	49	3,2
Sweden	9,5	0,6	80	84	1,9
Switzerland	7,7	0,4	80	85	1,5
Syrian Arab Republic	21,1	1,7	74	78	2,8
Tajikistan	7,1	1,5	65	71	3,2
Tanzania, United Republic of	47,7	3,1	58	60	5,5
Thailand	69,9	0,5	71	78	1,5
The former Yugoslav Republic of Macedonia	2,1	0,1	73	77	1,4
Timor-Leste, Democratic Republic of	1,2	2,9	62	64	5,9
Togo	6,3	2,0	56	59	3,9
Tonga	0,1	0,4	70	75	3,8
Trinidad and Tobago	1,4	0,3	67	74	1,6
Tunisia	10,7	1,0	73	77	1,9
Turkey	74,5	1,1	72	77	2,0
Turkmenistan	5,2	1,2	61	69	2,3
Turks and Caicos Islands	0,0	1,2			
Tuvalu	0,0	0,2			
Uganda	35,6	3,1	54	55	5,9
Ukraine	44,9	-0,5	64	75	1,5
United Arab Emirates	8,1	2,2	76	78	1,7
United Kingdom	62,8	0,6	78	82	1,9
United States of America	315,8	0,9	76	81	2,1
Uruguay	3,4	0,3	74	81	2,0
Uzbekistan	28,1	1,1	66	72	2,3
Vanuatu	0,3	2,4	70	74	3,7
Venezuela (Bolivarian Republic of)	29,9	1,5	72	78	2,4
Viet Nam	89,7	1,0	73	77	1,7
Yemen	25,6	3,0	65	68	4,9
Zambia	13,9	3,0	49	50	6,3
Zimbabwe	13,0	2,2	54	53	3,1

Dati mondiali e regionali¹⁴

	Popolazione totale, in milioni, 2012	Tasso di variazione medio annuo della popolazione, percentuale, 2010-2015	Speranza di vita alla nascita, 2010-2015		Tasso di fecondità totale, per donna, 2010-2015
			Maschi	Femmine	
Totale mondiale	7.052,1	1,1	67	72	2
Paesi meno avanzati di tutti⁶	1.244,6	0,3	75	81	2
Regioni in via di sviluppo⁷	5.807,6	1,3	66	69	3
Regioni sviluppate⁸	870,4	2,2	58	60	4
Paesi Arabi⁹	318,5	1,9	68	72	3
Asia e Pacifico¹⁰	3.744,5	1,0	68	71	2
Europa Orientale e Asia Centrale¹¹	401,9	0,3	66	75	2
America Latina e Caraibi¹²	598,3	1,1	72	78	2
Africa Sub-Sahariana¹³	841,8	2,4	54	56	5

Note sugli indicatori

- * Ultimi dati disponibili per ciascun paese nel periodo specificato
- 1 Comprende le Isole Christmas, Cocos (Keeling) e Norfolk
 - 2 Ex Zair
 - 3 Comprende Agalesa, Rodrigues e St. Brandon.
 - 4 In seguito alla costituzione nel luglio 2012 della Repubblica del South Sudan e la sua successiva ammissione alle Nazioni Unite il 14 luglio 2012, per la maggior parte degli indicatori non sono ancora disponibili dati disaggregati per il Sudan e il South Sudan come paesi separati. I dati aggregati presenti nel rapporto sono relativi al Sudan prima dell'indipendenza del South Sudan.
 - 5 Non comprende il South Sudan
 - 6 Delle regioni sviluppate fanno parte North America, Japan, Europe and Australia-New, Zealand
 - 7 Delle regioni in via di sviluppo fanno parte tutte le regioni dell' Africa, Latin America e Caribbean, Asia (escluso Japan), e Melanesia, Micronesia e Polynesia.
 - 8 Paesi meno avanzati di tutti secondo la definizione standard della Nazioni Unite.
 - 9 Comprende Algeria, Bahrain, Djibouti, Egypt, Iraq, Jordan, Kuwait, Lebanon, Libyan Arab Jamahiriya, Morocco, Occupied Palestinian Territory, Oman, Qatar, Saudi Arabia, Somalia, Sudan, Syrian Arab Republic, Tunisia, United Arab Emirates e Yemen.
 - 10 Comprende soltanto paesi, territori o altre aree interessati dai programmi Unfpa: Afghanistan, Bangladesh, Bhutan, Cambodia, China, Cook Islands, Democratic People's Republic of Korea, Fiji, India, Indonesia, Iran (Islamic Republic of), Kiribati, Lao People's Democratic Republic, Malaysia, Maldives, Marshall Islands, Micronesia, Mongolia, Myanmar, Nauru, Nepal, Niue, Pakistan, Palau, Papua New Guinea, Philippines, Samoa, Solomon Islands, Sri Lanka, Thailand, Timor-Leste, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Viet Nam.
 - 11 Comprende soltanto paesi, territori o altre aree interessati dai programmi Unfpa: Albania, Armenia, Azerbaijan, Belarus, Bosnia and Herzegovina, Bulgaria, Georgia, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Republic of Moldova, Romania, Russian Federation, Serbia, Tajikistan, the former Yugoslav Republic of Macedonia, Turkmenistan, Ukraine, Uzbekistan.
 - 12 Comprende soltanto paesi, territori o altre aree interessati dai programmi Unfpa: Anguilla, Antigua and Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belize, Bermuda, Bolivia (Plurinational State of), Brazil, British Virgin Islands, Cayman Islands, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Dominican Republic, Ecuador, El Salvador, Grenada, Guatemala, Guyana, Haiti, Honduras, Jamaica, Mexico, Montserrat, Netherlands Antilles, Nicaragua, Panama, Paraguay, Peru, Saint Kitts and Nevis, Saint Lucia, St. Vincent and the Grenadines, Suriname, Trinidad and Tobago, Turks and Caicos, Uruguay, Venezuela (Bolivarian Republic of).
 - 13 Comprende soltanto paesi, territori o altre aree interessati dai programmi Unfpa: Angola, Benin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroon, Cape Verde, Central African Republic, Chad, Comoros, Congo, Côte d'Ivoire, Democratic Republic of the Congo, Equatorial Guinea, Eritrea, Ethiopia, Gabon, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritania, Mauritius, Mozambique, Namibia, Niger, Nigeria, Rwanda, Senegal, Seychelles, Sierra Leone, South Africa, Swaziland, Togo, Uganda, United Republic of Tanzania, Zambia, Zimbabwe.
 - 14 Le medie relative alle aggregazioni regionali sono calcolate sulla base dei dati disponibili per ciascun paese.

Note tecniche Fonti dei dati e definizioni

Nello Stato della popolazione nel mondo 2012, le Tabelle statistiche comprendono indicatori che monitorano i progressi compiuti verso il raggiungimento degli obiettivi del Programma d'azione della Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo (ICPD) e degli Obiettivi di sviluppo del Millennio nel campo della salute materna, accesso all'istruzione, salute sessuale e riproduttiva. Le tabelle includono una varietà di indicatori demografici.

Enti nazionali diversi e organismi internazionali possono utilizzare metodi diversi per raccogliere, estrapolare e analizzare i dati. Per facilitare a livello internazionale la comparabilità dei dati, Unfpa si basa sulle metodologie standard utilizzate dalle principali fonti dei dati, soprattutto dalla Divisione popolazione del Dipartimento affari economici e sociali delle Nazioni Unite. In alcuni casi, perciò, i dati riportati nelle tabelle differiscono da quelli prodotti dagli enti nazionali.

Le medie regionali si basano su dati relativi agli Stati e ai territori interessati dai programmi Unfpa, piuttosto che sulle rigide definizioni geografiche adottate dalla Divisione popolazione, Dipartimento affari economici e sociali delle Nazioni Unite. Per un elenco degli Stati inclusi in ciascuna sezione regionale in questo rapporto, si vedano le "Note agli indicatori".

Monitorare gli obiettivi della Conferenza del Cairo e gli Obiettivi di sviluppo del Millennio

Salute maternal e neonatale

Tasso di mortalità materna su 100.000 nascite. Fonte: World Health Organization (WHO), Unicef, Unfpa e Banca Mondiale, 2010. Trends in maternal mortality: 1990 - 2010: WHO. Questo indicatore misura il

numero annuo di decessi femminili su 100.000 nati vivi, per cause legate alla gravidanza, al parto, al periodo post-parto e relative complicanze. Le stime tra 100 e 999 sono arrotondate alla decina più prossima; quelle sopra 1.000 al centinaio più prossimo. Molte stime differiscono dai dati ufficiali forniti dai governi. Le stime si basano, ove possibile, su dati pubblicati, in base ad approcci che migliorano la possibilità di confrontare le informazioni provenienti da fonti diverse. Si veda la fonte per i dettagli sull'origine delle specifiche stime nazionali. Stime e le metodologie sono regolarmente riesaminate da WHO, Unicef, Unfpa, istituti accademici e altre agenzie e sono modificate, secondo necessità, all'interno del processo continuo per migliorare i dati sulla mortalità materna. A causa dei cambiamenti metodologici intervenuti, le stime relative agli anni 1995 e 2000 a volte non sono esattamente comparabili alle presenti. Le stime sulla mortalità materna qui riportate sono basate sul database globale sulla mortalità materna, che viene aggiornato ogni 5 anni.

Parti assistiti da personale sanitario qualificato, percentuale,

2000/2010. Fonte: WHO global database on maternal health indicators, 2012 update. Ginevra, Organizzazione Mondiale della Sanità (<http://www.who.int/gho>). La percentuale dei parti assistiti da personale sanitario specializzato (medici, infermiere, levatrici) indica la percentuale dei parti assistiti da personale sanitario addestrato a fornire assistenza ostetrica d'emergenza, che comprende anche supervisione, assistenza e consigli alle donne durante la gravidanza, il parto e il periodo post-parto; assistenza al momento del parto vero e proprio; prime cure prestate ai neonati. Non sono comprese le levatrici tradizionali, anche qualora abbiano frequentato un breve corso di formazione

Tasso di maternità tra le adolescenti, ogni 1.000 donne tra i 15 e i 19 anni, 1991/2010. Fonte: Divisione popolazione, Dipartimento affari

economici e sociali delle Nazioni Unite (2012). 2012 Update for the MDG Database: Adolescent Birth Rate (POP/DB/Fert/A/MDG2012). Il tasso di maternità tra le adolescenti indica il numero annuo dei parti in donne tra i 15 e i 19 anni ogni 1.000 donne in questa fascia di età. Per la registrazione anagrafica, i tassi sono soggetti a limiti che dipendono dalla completezza delle registrazioni alla nascita, dal trattamento dei dati relativi ai bambini nati vivi ma morti prima della registrazione o entro le prime 24 ore di vita, dalla qualità delle informazioni a disposizione sull'età della madre e dall'inclusione di nascite avvenute in periodi precedenti. Le stime della popolazione possono essere soggette a limiti dovuti a informazioni sull'età riportate in modo errato o non completo. Relativamente ai dati di indagini e censimenti, il numeratore e il denominatore provengono dalla stessa popolazione. I maggiori limiti riguardano le informazioni inesatte dei dati relativi all'età, le nascite omesse, le inesattezze nella data di nascita dei bambini e la variabilità del campionamento in caso di indagini.

Mortalità infantile sotto i 5 anni su 1.000 nati vivi. Fonte: Divisione popolazione, Dipartimento affari economici e sociali delle Nazioni Unite (2011). World Population Prospects: The 2010 Revision. DVD Edition - Extended Dataset in Excel and ASCII formats (United Nations publication, ST/ESA/SER.A/306). La mortalità sotto i 5 anni è la probabilità (espressa in proporzione rispetto a 1.000 nati vivi) che ha un/una bambino/a in un determinato anno di morire prima di compiere 5 anni, se soggetto/a agli attuali tassi di mortalità specifici per la sua età.

Salute sessuale e riproduttiva

Prevalenza contraccettiva. Fonte: Divisione popolazione, Dipartimento affari economici e sociali delle Nazioni Unite (2012). 2012 Update for the MDG Database: Contraceptive Prevalence (POP/DB/CP/A/MDG2012). Questi dati sono tratti dai risultati di indagini effettuate su campioni e calcolano la percentuale di donne sposate (incluse le donne che convivono in unione consensuale) che usano attualmente, rispettivamente, qualsiasi metodo o metodi di contraccezione moderni. I metodi moderni, detti anche metodi clinici, comprendono la sterilizzazione maschile e femminile, i dispositivi intra-uterini, la pillola, i contraccettivi iniettabili, gli impianti ormonali, i preservativi maschili e femminili. Questi numeri si possono comparare con una certa approssimazione, ma non in modo esatto, tra i diversi paesi, per via delle differenze nella tempistica delle indagini e nei dettagli delle domande. Tutti i dati nazionali e regionali si riferiscono a donne di età compresa tra i 15 e i 49 anni. Sono riportati i dati più recenti disponibili, raccolti tra il 1990 e il 2011.

Domanda insoddisfatta di pianificazione familiare. Fonte: Divisione popolazione, Dipartimento affari economici e sociali delle Nazioni Unite (2012). 2012 Update for the MDG Database: Unmet Need for Family Planning (POP/DB/CP/B/MDG2012). Le donne con domanda insoddisfatta di pianificazione familiare sono donne fertili e sessualmente attive, che non usano nessun metodo contraccettivo e desiderano rimandare di almeno due anni la nascita del prossimo figlio. Questa categoria rappresenta però soltanto una parte della domanda insoddisfatta di pianificazione familiare che comprende anche quella relativa alla limitazione delle nascite. Il concetto di domanda insoddisfatta di pianificazione familiare indica il divario tra le intenzioni riproduttive delle donne e il loro comportamento contraccettivo. Per

il monitoraggio degli Obiettivi di sviluppo del Millennio, la domanda insoddisfatta di pianificazione familiare è espressa come percentuale basata sulle donne sposate o in unione consensuale. Per un'analisi più approfondita, si veda Adding It Up: Costs and Benefits of Contraceptive Services: Estimates for 2012. Guttmacher Institute and UNFPA, 2012.

Istruzione

Iscrizione maschile e femminile alla scuola primaria, percentuale netta (corretta), iscrizione maschile e femminile alla scuola secondaria, percentuale netta, 1999-2011. Fonte: UNESCO Institute for Statistics, data release of May 2012. Accessibile da: stats.uis.unesco.org. Le percentuali nette indicano l'iscrizione del gruppo di età ufficiale per un dato livello di istruzione, espresso come percentuale sulla popolazione del corrispondente gruppo di età. La percentuale netta corretta di iscrizione alla scuola primaria comprende anche i bambini in età scolare primaria che frequentano istituti di scuola secondaria. I dati riportati costituiscono le più recenti stime annuali disponibili per il periodo 1999-2011.

Indicatori demografici

Popolazione totale, 2012. Fonte: Divisione popolazione, Dipartimento affari economici e sociali delle Nazioni Unite (2011). World Population Prospects: The 2010 Revision. DVD Edition - Extended Dataset in Excel and ASCII formats (Pubblicazione delle Nazioni Unite, ST/ESA/SER.A/306). Questi indicatori misurano le dimensioni della popolazione nazionale a metà anno.

Tasso di variazione medio annuo della popolazione (%). Fonte: Divisione popolazione, Dipartimento affari economici e sociali delle Nazioni Unite (2011). World Population Prospects: The 2010 Revision. DVD Edition - Extended Dataset in Excel and ASCII formats (Pubblicazione delle Nazioni Unite, ST/ESA/SER.A/306). Il tasso di variazione medio annuo della popolazione è il tasso medio esponenziale di crescita della popolazione in un dato periodo. Si basa su una proiezione a variante media.

Speranza di vita alla nascita, maschi/femmine. Fonte: Divisione popolazione, Dipartimento affari economici e sociali delle Nazioni Unite (2011). World Population Prospects: The 2010 Revision. DVD Edition - Extended Dataset in Excel and ASCII formats (Pubblicazione delle Nazioni Unite, ST/ESA/SER.A/306). Questi indicatori misurano i livelli di mortalità di maschi e femmine, e rappresentano il numero medio di anni che un ipotetico gruppo di persone può aspettarsi di vivere qualora fossero soggette nel corso di tutta la loro vita ai tassi di mortalità registrati in un dato arco di tempo. I dati sono relativi al periodo 2010-2015 e sono espressi in anni.

Tasso di fecondità totale. Fonte: Divisione popolazione, Dipartimento affari economici e sociali delle Nazioni Unite (2011). World Population Prospects: The 2010 Revision. DVD Edition - Extended Dataset in Excel and ASCII formats (Pubblicazione delle Nazioni Unite, ST/ESA/SER.A/306). La stima indica il numero di figli che una donna avrebbe negli anni in cui è fertile se partorisce al ritmo calcolato per i diversi gruppi di età nel periodo di tempo specificato. I singoli Stati possono raggiungere il livello calcolato dalla proiezione in momenti diversi all'interno del periodo di riferimento. Le stime sono valide per il periodo 2010-2015.

Bibliografia

- Abbasi-Shavazi, Mohammad Jalal, Peter McDonald, and Meimanat Hosseini-Chavoshi. 2011. "The Fertility Transition in Iran: Revolution and Reproduction." *Studies in Family Planning* 42(3): 233-235.
- Abdel-Tawab, Nahla, Dale Huntington, Ezzeldin Osman, Hala Youssef and Laila Nawar. 2002. "Recovery from Abortion and Miscarriage in Egypt: Does Counseling Husbands Help?" In, Haberland, Nicole and Diana Measham, eds., *Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning*. New York: Population Council.
- Abma, Joyce C., Gladys Martinez, and Casey E. Copen. 2010. "Teenagers in the United States: Sexual Activity, Contraceptive Use, and Childbearing, National Survey of Family Growth 2006-2008." *Vital and Health Statistics*. 23(30): 1-47.
- AbouZahr, Carla and others. 1996. "Quality Health Care for Women: A Global Challenge." *Health Care for Women International*. 17(5): 449-467.
- Abraham, W., A. Adamu, and D. Deresse. 2010. "The Involvement of Men in Family Planning An Application of Transtheoretical Model in Wolaita Soddo Town South Ethiopia." *Asian Journal of Medical Sciences*. 2(2): 44-50.
- Advocates for Youth. 2011. "Adolescent Sexual Health in Europe and the United States: The Case for a Rights. Respect. Responsibility. Approach." Fact Sheet. Washington, DC: Advocates for Youth.
- Aka-Dago-Akribi, H, A. Desgrees Du Lou, Phillippe Msellati, and others. 1999. "Issues Surrounding Reproductive Choice for Women Living with HIV in Abidjan, Cote d'Ivoire." *Reproductive Health Matters*. 7(13): 20-29.
- Alderman, Harold, Jere. R. Behrman, Victor Lavy, and others. 2001. "Child Health and School Enrollment: A Longitudinal Analysis." *The Journal of Human Resources*. 36(1): 185-205.
- Almond, Douglas. 2006. "Is the 1918 Influenza Pandemic Over? Long-Term Effects of In Utero Influenza Exposure in the Post-1940 U.S. Population." *Journal of Political Economy*. 114(4): 672-712.
- Almond, Douglas and Janet Currie. 2011. "Killing Me Softly: The Fetal Origins Hypothesis." *Journal of Economic Perspectives*. 25(3): 153-172.
- Almond, Douglas, Lena Edlund, Hongbin Li, and others. 2007. "Long-Term Effects of the 1959-1961 China Famine: Mainland China and Hong Kong." *National Bureau of Economic Research Working Paper Series*. No. 13384.
- Almond, Douglas and Bhashkar Mazumder. 2008. "Health Capital and the Prenatal Environment: The Effect of Maternal Fasting During Pregnancy." *National Bureau of Economic Research Working Paper Series*. No. 14428.
- Anderson, John E., Denise J. Jamieson, Lee Warner, and others. 2012. "Contraceptive Sterilization Among Married Adults: National Data on Who Chooses Vasectomy and Tubal Sterilization." *Contraception*. 85(6): 552-557.
- Angusto E. Semprini, Simona Fiore, Gioigio Pardi. 1997. "Reproductive Counseling for HIV-Discordant Couples." *The Lancet*. 349(9062): 1401-1402.
- Bailey, Martha J. 2006. "More Power to the Pill: The Impact of Contraceptive Freedom on Women's Life Cycle Labor Supply." *The Quarterly Journal of Economics*. 121(1): 289-320.
- Bankole A and Singh S. 1998. Couples' fertility and contraceptive decision-making in developing countries: hearing the man's voice, *International Family Planning Perspectives*, 1998, 24(1): 15-24.
- Barham, Tania. 2009. "Effects of Early Childhood Health and Family Planning Interventions on Adolescent Cognitive Functioning: Evidence from Matlab in Bangladesh." Working Paper.
- Barker, Gary T. 2005. *Dying to Be Men: Youth, Masculinity, and Social Exclusion*. Abingdon: Routledge.
- Barker, Gary, Margaret E. Greene, Eve Goldstein Siegel, and others. 2010. *What Men Have to Do With It: Public Policies to Promote Gender Equality*. Washington, DC: International Center for Research on Women.
- Barker, Gary and Peter Pawlak. 2011. "Evolving Men? Men, Families, Gender Equality and Care." In *Men in Families and Family Policy in a Changing World*. New York: The Division for Social Policy and Development of the United Nations Department of Economic and Social Affairs.
- Barker, Gary and Christine Ricardo. 2005. *Young Men and the Construction of Masculinity in Sub-Saharan Africa: Implication for HIV/AIDS, Conflict, and Violence*. *Social Development Papers: Conflict Prevention and Reconstruction*. Paper No. 26.
- Barker, Gary, Christine Ricardo, and Marcos Nascimento. 2007. *Engaging Men and Boys in Changing Gender-Based Inequity in Health: Evidence from Programme Interventions*. Geneva: World Health Organization.
- Batini, Nicoletta, Tim Callen, and Warwick McKibbin. 2006. *The Global Impact of Demographic Change*. International Monetary Fund Working Paper. Washington, DC: IMF.
- Behrman, Jere R. and Mark R. Rosenzweig. 2004. "Returns to Birthweight." *The Review of Economics and Statistics*. 86(2): 586-601.
- Bertrand, Jane T. 2011. *USAID Graduation from Family Planning Assistance: Implications for Latin America*. Washington, DC: Population Institute and Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine.
- Bertrand, Jane T., Karen Hardee, Robert J. Magnani, and others. 1995. "Access, Quality of Care and Medical Barriers in Family Planning Programs." *International Family Planning Services*. 21(2): 64-69, 74.
- Bhutta, Zulfiqar A., Tahmeed Ahmed, Robert E. Black, and others. 2008. "What Works? Interventions for Maternal and Child Undernutrition and Survival." *The Lancet*. 371(9610): 417-440.
- Biddlecom, Ann E., and Bolaji M. Fapohunda. 1998. "Covert Contraceptive Use: Prevalence, Motivations, and Consequences." *Studies in Family Planning*. 29(4): 360-372.

- Biddlecom, Ann E., Richard Gregory, Cynthia B. Lloyd, and Barbara S. Mensch. 2008. "Associations between Premarital Sex and Leaving School in Four Sub-Saharan African Countries." *Studies in Family Planning*. 39(4): 337-350.
- Binka, Fred N., Alex Nazzar, and James F. Phillips. 1995. "The Navrongo Community Health and Family Planning Project." *Studies in Family Planning*. 26(3): 121-139.
- Birdsall, Nancy, Allen Kelley, and Stephen Sinding. 2001. *Population Matters: Demographic Change, Economic Growth, and Poverty in the Developing World*. New York: Oxford University Press.
- Birungi, Harriet, Philomena Nyarko, Ian Askew, and others. 2006. *Priority Setting for Reproductive Health at the District Level in the context of Health Sector Reforms in Ghana*. Washington, DC: Population Council.
- Blanc, Ann K., Amy O. Tsui, Trevor N. Croft, and Jamie L. Trevitt. 2009. "Patterns and Trends in Adolescents' Contraceptive Use and Discontinuation in Developing Countries and Comparisons with Adult Women." *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 35(2): 63-71.
- Bloom, David E. and David Canning. 2008. "Global Demographic Change: Dimensions and Economic Significance." *Population and Development Review*. 34:17-51.
- Bloom, David E. and David Canning. 2003. "The Health and Poverty of Nations: from Theory to Practice." *Journal of Human Development*. 4(1): 47-71.
- Bloom, David E. and David Canning. 2000. "The Health and Wealth of Nations." *Science*. 287(5456): 1207-1209.
- Bloom, David E., David Canning, Gunther Fink, and others. 2009. "Fertility, Female Labor Force Participation, and the Demographic Dividend." *Journal of Economic Growth*. 14(92): 79-101.
- Bloom, David E., David Canning, and Pia N. Malaney. 2000. "Population Dynamics and Economic Growth in Asia." *Population and Development Review*. 26(Supplement: Population and Economic Change in East Asia): 257-290.
- Bloom, David E., David Canning, Jaypee Silva. 2001. "Economic Growth and the Demographic Transition." *National Bureau of Economic Research Working Paper Series*. No. 8685.
- Bloom, David E., David Canning, and Jaypee Silva. 2003. "The Effect of Health on Economic Growth: A Production Function Approach." *World Development*. 32(1): 1-13.
- Bongaarts, John. 2010. *The Causes of Educational Difference in Fertility in sub-Saharan Africa*. New York: The Population Council.
- Bongaarts, John. 1987. "Does Family Planning Reduce Infant Mortality Rates?" *Population and Development Review*. 13(2): 323-334.
- Bongaarts, John, W. Parker Mauldin, and James F. Phillips. 1990. "The Demographic Impact of Family Planning Programs." *Studies in Family Planning*. 21(6): 299-310.
- Bradley, Sarah E.K., Hilary M. Schwandt, and Shane Khan. 2009. *Levels, Trends, and Reason for Contraceptive Discontinuation. DHS Analytical Studies No. 20*. Calverton, Maryland: ICF Macro.
- Braunschweig, Scott and Manuel Carballo. 2001. *Health and Human Rights of Migrants*. Geneva: International Centre for Migration and Health.
- Bruce, Judith. 1990. "Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework." *Studies in Family Planning*. 21 (2): 61-91.
- Bruce, Judith, and Shelley Clark. 2003. *Including Married Adolescents in Adolescent Reproductive Health and HIV/AIDS Policy*. Paper prepared for the WHO/UNFPA/Population Council Technical Consultation on Married Adolescents, WHO, Geneva, 9-12 December 2003.
- Bunce, Arwen, Greg Guest, Hannah Searing, and others. 2007. "Factors Affecting Vasectomy Acceptability in Tanzania." *International Family Planning Perspectives*. 33 (1):13-21.
- Canning, David, Jocelyn E. Finlay, and Emre Ozaltin. 2009. *Adolescent Girls Health Agenda: Study on Intergenerational Health Impacts*. Boston: Harvard School of Public Health.
- Caro, Deborah, for the Interagency Gender Working Group. 2009. *A Manual for Integrating Gender Into Reproductive Health and HIV Programs: From Commitment to Action (2nd Edition)*. Washington, DC: Population Reference Bureau
- Centers for Disease Control and Prevention. 2010. Youth Risk Behavior Surveillance: United States, 2009. Surveillance Summaries. MMWR 2010; 59 (No. SS-5).
- Center for Reproductive Law and Policy. 1998. *Silence and Complicity: Violence Against Women in Peruvian Public Health Facilities*. New York: CRLP.
- Center for Reproductive Rights. 2009. *Reproductive Rights are Human Rights*. New York: CRR.
- Center for Reproductive Rights. 2010. "Facts on Abortion in the Philippines: Criminalization and a General Ban on Abortion." New York: CRR.
- Center for Reproductive Rights. 2011. *Calculated Injustice—The Slovak Republic's Failure to Ensure Access to Contraceptives*. New York: CRR.
- Center for Reproductive Rights. 2011a. *The CEDAW Committee Urges States to Protect and Promote Sexual and Reproductive Rights*. July 2011. Available from: <http://reproductiverights.org/en/feature/the-cedaw-committee-urges-states-to-protect-and-promote-sexual-and-reproductive-rights> (Accessed 30 August 2012).
- Center for Reproductive Rights. 2008. *An International Human Right: Sexuality Education for Adolescents in Schools*. New York: CRR.
- Center for Reproductive Rights. 2012. "Over 700,000 Petitioners Demand Honduran Congress Reject Law Criminalizing Emergency Contraception." Press Release. 16 May 2012.
- Center for Reproductive Rights and United Nations Population Fund. 2010. *The Right to Contraceptive Information and Services for Women and Adolescents*. New York: CRR.
- Chaudhuri, Anoshua. 2005. "Direct and Indirect Effects of a Maternal and Child Health Program in Rural Bangladesh." *Journal of Developing Societies*. 21(1-2): 143-173.

- Chaudhuri, Anoshua. 2009. "Spillover Impacts of a Reproductive Health Program on Elderly Women in Rural Bangladesh." *Journal of Family and Economic Issues*. 30(2): 113-125.
- Chowdhury, M.E., R. Botlero, M. Koblinsky, and others. 2007. "Determinants of Reduction in Maternal Mortality in Matlab, Bangladesh: a 30-year march." *The Lancet*. 370(9595): 1320-1328.
- Chun, Hyunbae and Jeungil Oh. 2002. "An Instrumental Variable Estimate of the Effect of Fertility on the Labour Force Participation of Married Women." *Applied Economics Letters*. 9(10): 631-634.
- Clark, Shelley, Judith Bruce, and Annie Dude. 2006. "Protecting Young Women from HIV/AIDS: The Case Against Child and Adolescent Marriage." *International Family Planning Perspectives*. 32(2): 79-88.
- Cleland, John, Mohamed M. Ali, and Iqbal Shah. 2006. "Trends in Protective Behavior Among Single Versus Married Young Women in sub-Saharan Africa." *Reproductive Health Matters*. 14(28): 17-22.
- Cleland, John, Agustin Conde-Agudelo, Herbert Peterson, and Others. 2012. "Contraception and Health." *The Lancet*. 380(9837): 149-156.
- Cleland, Kelly, Jeffrey F. Peipert, Carolyn Westoff, and others. 2011. "Family Planning as a Cost-Saving Preventive Health Service." *The New England Journal of Medicine*. 364(18):e37.
- Coale, Ansley J. and Edgar M. Hoover. 1958. *Population Growth and Economic Development in Low-Income Countries: A Case Study of India's Prospects*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Cohen, Susan A. 2011. "The World at Seven Billion: Global Milestone A Reflection of Individual Needs." *Guttmacher Policy Review*. 14(3): 2-5.
- Conde-Agudelo, A., A. Rosas-Bermudez, A.C. Kafury-Goeta. 2007. "Effects of Birth Spacing on Maternal Health: A Systematic Review." *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 196(4): 297-308.
- Connell, Robert W. 1987. *Gender and Power: Society, the Person, and Sexual Politics*. Stanford: Stanford University Press.
- Connell, Robert W. 1994. *Masculinities*. Berkeley: University of California Press.
- Connell, Robert W. 1998. "Masculinities and Globalization." *Men and Masculinities*. 1(1): 3-23.
- "Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW)." UN News Center. UN. Web. 30 May. 2012. Accessible at: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/>
- Cooper, Diane, Hillary Bracken, Landon Myer, and others. 2005. *Reproductive Intentions and Choices among HIV-infected individuals in Cape Town, South Africa: Lessons for Reproductive Policy and Service Provision from a qualitative Study (Policy Brief)*. New York: Population Council.
- Cooper, D., J. Harries, L. Myer, and others. 2007. "Life is Still Going on": Reproductive Intentions Among HIV-Positive Women and Men in South Africa." *Social Science Medicine*. 65(2): 274-283.
- Corte Constitucional de Colombia. *Sentencia T-841/2011*. 10 May 2012. Available from: http://www.promsex.org/docs/varios/Sentencia_T-841_de_2011.pdf (Accessed 30 August 2012).
- Cottingham, Jane, Adrienne Germain, and Paul Hunt. 2012. "Use of Human Rights to Meet the Unmet Need for Family Planning." *The Lancet* 380 (9837): 172-180.
- Craft, Shonda M., Robin O. Delaney, Dianne T. Bautista, and others. 2007. "Pregnancy Decisions among Women with HIV." *AIDS and Behavior*. 11(6): 927-935.
- Creanga, Andreea A., Duff Gillespie, Sabrina Karklins, and Amy O. Tsui. 2011. "Low Use of Contraception Among Poor Women in Africa: An Equity Issue." *Bulletin of the World Health Organization*. 89(4): 241-316.
- Creel, Liz C., Justine C. Sass, and Nancy V. Yinger. 2002. *Overview of Quality of Care in Reproductive Health: Definitions and Measurements of Quality*. Washington, DC: Population Council and Population Reference Bureau.
- Darroch, Jacqueline. 2007. *Family Planning: Overview of Epidemiologic and Medical Events*. In: JW Ward and C Warren, eds., *Silent Victories: The History and Practice of Public Health in Twentieth Century America*. New York: Oxford University Press. pp. 253-278.
- Darroch, Jacqueline E., Gilda Sedgh, and Haley Ball. 2011. *Contraceptive Technologies: Responding to Women's Needs*. New York: The Guttmacher Institute.
- Dixon-Mueller, Ruth. 2008. "How Young is 'Too Young'? Comparative Perspectives on Adolescent Sexual, Marital, and Reproductive Transitions." *Studies in Family Planning*. 39 (4): 247-262.
- Doepke, Matthias and Michele Tertilt. 2009. "Women's Liberation: What's in It for Men?" *The Quarterly Journal of Economics*. 11(92): 379-420.
- Donohue, John J. and Steven D. Levitt. 2001. "The Impact of Legalized Abortion on Crime." *The Quarterly Journal of Economics*. 116(2): 379-420.
- Eaton, Danice K., Laura Kann, Steve Kinchen, and others. 2012. "Youth Risk Behavior Surveillance—United States, 2011." *Morbidity and Mortality Weekly Report Surveillance Summaries*. 61(4): 1-164.
- The Economist. 2001. "Righting Wrongs—Human Rights." New York: The Economist.
- EngenderHealth. 2002. *Contraceptive Sterilization: Global Issues and Trends*. New York: EngenderHealth.
- EnGendeRights. 2009. *Advancing reproductive rights using the inquiry procedure of the OP CEDAW and the UN special procedures: the Philippine experience*. Manila: EnGendeRights, Inc.
- Erfani, Amir. 2010. *The Use of Withdrawal among Birth Limiters in Iran and Turkey*. *DHS Working Papers No. 71*. Calverton, Maryland: ICF Macro.
- Erulkar, Annabel S. and Eunice Muthengi. 2007. *Evaluation of Berhane Hewan: A Pilot Program to Promote Education and Delay Marriage in Rural Ethiopia*. New York: Population Council.

- European Commission. 2008. *Quality in and Equality of Access to Healthcare Services*. Brussels: Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities.
- Ezeh, Alex C., Ivy Kodzi, Jacques Emina. 2010. "Reaching the Urban Poor with Family Planning Services." *Studies in Family Planning*. 41(2): 109-116.
- Ezzati, Majid, AD Lopez, A Rodgers, S Vander Hoorn, CJ Murray and Comparative Risk Assessment Collaborating Group. 2002. "Selected Major Risk Factors and Global and Regional Burden of Disease." *Lancet* Nov 2; 360(9343): 1347-60. *Lancet* Nov 2; 360(9343): 1347-60.
- Fahimi-Roudi, Farzaneh, Ahmed Abdul Monem, Lori Ashford, and Maha El-Adawy. 2012. *Women's Need for Family Planning in Arab Countries*. Cairo: UNFPA Arab States Regional Office and the Pan Arab Project for Family Health. Washington DC: Population Reference Bureau.
- Feldman, R. and C. Maposhere. 2003. "Safer Sex and Reproductive Choice: Findings from "Positive Women: Voices and Choices" in Zimbabwe." *Reproductive Health Matters*. 11(22): 162-173.
- Finer, Lawrence B. and Stanley K. Henshaw. 2006. "Disparities in Rates of Unintended Pregnancy in the United States, 1994 and 2001." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 38(2): 90-96.
- Fletcher, Jason M. and Barbara L. Wolfe. 2008. "Education and Labor Market Consequences of Teenage Childbearing." *The Journal of Human Resources*. 44(2): 303-325.
- Flood, Michael. 2007. "Involving Men in Gender Policy and Practice." *Critical Half*. 5(1): 9-13.
- Foreit, Karen G. 2012. *Addressing Poverty: A Guide for Considering Poverty-Related and Other Inequities in Health*. Washington, DC: USAID and MEASURE Evaluation.
- Foreit, Karen, M. Karra, and T. Pandit-Rajani. 2010. *Disentangling the Effects of Poverty and Place of Residence for Strategic Planning*. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Initiative, Task Order 1.
- Frost, Jennifer J. and Jacqueline E. Darroch. 2008. "Factors Associated with Contraceptive Choice and Inconsistent Method Use." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 40(2): 94-104.
- Galston, William A. and Melissa Rogers. 2012. *Health Care Providers' Consciences and Patients' Needs: The Quest for Balance*. Washington, DC: The Brookings Institution.
- Glazier, Anna. 2010. Acceptability of contraception for men: a review. *Contraception*. 82 (5): 453-456.
- Glazier, Anna, A. Metin Gulmezoglu, George P. Schmid, and others. "Sexual and Reproductive Health." *The Lancet*. 368(9547): 1595-1607.
- Godha, Deepali, David Hotchkiss, and Anastasia Gage. 2011. *The Influence of Child Marriage on Fertility, Fertility-Control, and Maternal Health Care Utilization: A Multi-country Study from South Asia*. MEASURE Evaluation PRH Working Paper Series. Tulane: Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine.
- Granich, Reuben, James G. Kahn, Rod Bennett, and others. 2012. "Expanding ART for Treatment and Prevention of HIV in South Africa: Estimated Cost and Cost-Effectiveness 2011-2050." *PLoS ONE*. 7(2): e30216.
- Grant, Monica and Kelly Hallman. 2006. *Pregnancy-related School Dropout and Prior School Performance in South Africa*. New York: Population Council.
- Greene, Margaret E. and Alison M. Gold. N.d. "Gender and Sterilization in International Reproductive Health Programs." Unpublished manuscript.
- Greene, Margaret E., and Andrew Levack. 2010. *Synchronizing Gender Strategies: A Cooperative Model for Improving Reproductive Health and Transforming Gender Relations*. Washington, DC: Population Reference Bureau for the Interagency Gender Working Group of USAID.
- Greene, Margaret E., Manisha Mehta, Julie Pulerwitz, and others. N.d. *Involving Men in Reproductive Health: Contributions to Development*. New York: United Nations Millennium Project.
- Greene, Margaret E. and Thomas W. Merrick. n.d. "Adolescent Sexual Activity and Childbearing in Developing Countries: Challenges and Support for Girls (Draft)." Washington, DC: World Bank.
- Greene, Margaret E, Omar J Robles, and Krista Stout. 2012. *A Girl's Right to Learn Without Fear: Working to End Gender-Based Violence at School*. Toronto: Plan Canada.
- Greene, Margaret E. and Thomas W. Merrick. 2005. *Poverty Reduction: Does Reproductive Health Matter?* In *HNP Discussion Paper Series*. Washington, DC: The World Bank.
- Greene, Margaret E., Zohra Rasekh, and Kali-Ahset Amen. 2002. *In this Generation: Sexual and Reproductive Health Policies for a Youthful World*. Washington, DC: Population Action International.
- Grover S.R. 2002. "Menstrual and Contraceptive Management in Women with an Intellectual Disability." *The Medical Journal of Australia*. 176(3): 108-110.
- Guatemala Ministry of Public Health and Social Assistance. 2003. *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil* (National Maternal and Child Health Survey). Guatemala City: MSPAS.a
- The Guttmacher Institute. 2003. *In Their Own Right: Addressing the Sexual and Reproductive Health Needs of Men Worldwide*. New York: The Guttmacher Institute.
- The Guttmacher Institute. 2012. "Are you in the know?" New York: Guttmacher Insitute. Website: <http://www.guttmacher.org/in-the-know/contraceptive-use.html>. Accessed 25 July 2012.
- The Guttmacher Institute and the International Planned Parenthood Federation. 2010. *Facts on Satisfying the Need for Contraception in Developing Countries*. New York and London: The Guttmacher Institute and IPPF. Accessible at: <http://www.guttmacher.org/pubs/FB-Unmet-Need-Intl.pdf>.
- The Guttmacher Institute and the International Planned Parenthood Federation. 2010a. *In Brief: Facts on the Sexual and Reproductive Health of Adolescent Women in the Developing World*. New York: Guttmacher Institute and IPPF.

- Gwatkin, Davidson R., Shea Rutstein, Kiersten Johnson, and others. 2007. *Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population Within Developing Countries: An Overview. Country Reports on Health, Nutrition, and Population and Poverty*. Washington, DC: World Bank.
- Gwatkin, Davidson R., Adam Wagstaff, Abdo S. Yazbeck. 2005. *Reaching the Poor with Health, Nutrition, and Population Services: What Works, What Doesn't, and Why*. Washington, D.C.: The International Bank for Reconstruction and Development and The World Bank.
- Haberland, Nicole and Diana Measham. 2002. *Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning*. New York: Population Council.
- Hamilton, Brady E., and Stephanie J. Ventura. 2012. *Birth Rates for U.S. Teenagers Reach Historic Lows for All Age and Ethnic Groups*. NCHS Data Brief, No. 89. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Hardon, Anita. 2001. *Monitoring Family Planning and Reproductive Rights*. New York: Zed Books.
- Harper, Michael J.K. 2005. "In Search of a Second Contraceptive Revolution." *Sexuality, Reproduction, and Menopause*. 3(2): 59-67.
- Haupt, A., T.T. Kane, and C. Haub. 2011. *PRB's Population Handbook. A Quick Guide to Population Dynamics for Journalists, Policymakers, Teachers, Students, and other People Interested in Demographics*. Washington, DC: Population Reference Bureau.
- Health Policy Initiative, Task Order 1. 2010. "Quantify Inequalities in Access to Health Services and Health Status." Washington, DC: Futures Group, Health Policy Initiative, Task Order 1.
- Hervish, Alexandra Charlotte Feldman-Jacobs. 2011. *Who Speaks for Me?: Ending Child Marriage*. Policy Brief. Washington, DC: Population Reference Bureau.
- Higgins JA and HS Hirsch JS. 2008. "Pleasure and power: incorporating sexuality, agency, and inequality into research on contraceptive use and unintended pregnancy." *American Journal of Public Health*. 98(10): 1803-1813.
- Higgins, Jenny A. and Jennifer S. Hirsch. 2007. "The Pleasure Deficit: Revisiting the "Sexuality Connection" in Reproductive Health." *International Family Planning Perspectives*. 33(3): 133-139.
- Higgins, Matthew and Jeffrey G. Williamson. 1997. "Age Structure Dynamics in Asia and Dependence on Foreign Capital." *Population and Development Review*. 23(2):261-293.
- Higgins, Matthew and Jeffrey G. Williamson. 1996. "Asian Demography and Foreign Capital Dependence." *National Bureau of Economic Research Working Paper Series*. No. 5560.
- Hirsch, Jennifer S. 2008. "Catholics Using Contraceptives: Religion, Family Planning, and Interpretive Agency in Rural Mexico." *Studies in Family Planning*. 39(2): 93-104.
- Hirsch, Jennifer S. and Nathanson, Constance A. 2001. "Some Traditional Methods are More Modern than Others: Rhythm, Withdrawal and the Changing Meanings of Sexual Intimacy in Mexican Companionate Marriage." *Culture, Health, and Sexuality*. 3 (4): 413-428.
- Hobcraft, J. 1991. *Child Spacing and Child Mortality*. Columbia, MD: Macro International, Inc.
- Human Rights Watch. 2004. "Testimonies from "Unprotected: Sex, Condoms, and the Human Right to Health in the Philippines." Accessible at: <http://www.hrw.org/news/2004/05/04/testimonies-unprotected-sex-condoms-and-human-right-health-philippines>.
- Human Rights Watch. 2011. "Landmark UN Vote on Sexual Orientation." Available at <http://www.hrw.org/news/2011/06/17/landmark-un-vote-sexual-orientation>. (Accessed 30 August 2012).
- Hunt, Paul and Judith Bueno de Mesquita. 2007. *The Rights to Sexual and Reproductive Health*. Essex: University of Essex Human Rights Centre.
- ICF Macro and Uganda Bureau of Statistics. 2007. *Uganda Demographic and Health Survey 2006*. Calverton, Maryland: ICF Macro.
- ICF Macro and Uganda Bureau of Statistics. 2012. *Uganda Demographic and Health Survey 2011*. Calverton, Maryland: ICF Macro.
- International Center for Research on Women and Promundo. 2011. *Evolving Men: Initial Results from the International Men and Gender Equality Survey*. Washington, DC: ICRW and Promundo.
- International Consortium for Emergency Contraception. 2012. "What is Emergency Contraception?" New York: ICEC. Accessible at: <http://www.cecinfo.org/what/index.htm>. Accessed 25 June 2012.
- International Federation of Gynecology and Obstetrics Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. 2009. *Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology*. London: International Federation of Gynecology and Obstetrics.
- International Planned Parenthood Federation, European Network. 2006. *Sexuality Education in Europe: a Reference Guide to Policies and Practices*. Brussels: The SAFE Project: A European partnership to promote the sexual and reproductive health and rights of young people.
- International Planned Parenthood Federation. 2005. *Fulfilling Fatherhood: Experiences from HIV-Positive Fathers*. London: IPPF.
- International Planned Parenthood Federation. 1996. *IPPF Charter on Sexual and Reproductive Rights*. London: IPPF.
- Jaccard, James; Blanton, Hart; Dodge, Tonya (2005). *Developmental Psychology*, Vol. 41(1). 135-147.
- Janowitz, Barbara and John H. Bratt. 1994. *Methods for Costing Family Planning Services*. New York: United Nations Population Fund and Family Health International.
- Jayachandran, Seema, and Adriana Lleras-Muney. 2009. "Life Expectancy and Human Capital Investments: Evidence from Maternal Mortality Declines." *The Quarterly Journal of Economics*. 124(1): 349-397.
- Jewkes, R. and H. Rees. 2005. "Dramatic Decline in Abortion Mortality Due to the Choice on Termination of Pregnancy Act." *South African Medical Journal*. 95(4): 250.

- Jones, Louisa, Paula Akugizibwe, Michaela Clayton, and others. 2011. "Costing Human Rights and Community Support Interventions as a Part of Universal Access to HIV Treatment and Care in a Southern African Setting." *Current HIV Research*. 9(6):416-428.
- Jones, Rachel K. and Joerg Dreweke. 2011. *Countering Conventional Wisdom: New Evidence on Religion and Contraceptive Use*. New York: Guttmacher Institute.
- Joshi, Shareen, T. Paul Schultz. 2007. *Family Planning as an Investment in Development: Evaluation of a Program's Consequences in Matlab, Bangladesh*. New Haven, CT: Yale University.
- Kabeer, Naila. 2000. *Bangladeshi Women and Labour Market Decisions in London and Dhaka*. London: Verso.
- Kabeer, Naila. 1997. "Women, Wages, and Intra-Household Power Relations in Urban Bangladesh." *Development and Change*. 28(2):261-302.
- Kamphausen, W. 2000. *Health Status of Minority Women Living in Europe*. Report of a meeting in Gothenburg, Sweden, November 2000. Brussels: European Commission.
- Karki, Yagya B. and Radha Krishna. 2008. *Factors Responsible for the Rapid Decline of Fertility in Nepal—An Interpretation: Further Analysis of the 2006 Nepal Demographic and Health Survey*. Calverton, Maryland: Macro International.
- Ketting, Evert and Visser, Adriaan P. 1994. "Contraception in the Netherlands: The Low Abortion Rate Explained." *Patient Education and Counseling*. 23 (3): 161-171.
- Kim, Young Mi, Caroline Marangwanda, and Adrienne Kols. 1996. *Involving Men in Family Planning: The Zimbabwe Male Motivation and Family Planning Method Expansion Project, 1993-1994*. Baltimore: Johns Hopkins School of Public Health, Center for Communication Programs.
- Kimmel, Michael S. 2000. *The Gendered Society*. New York: Oxford University Press.
- Kinsman, John; Nyanzi, Stella; Pool, Robert (2000). Socializing Influences and the Value of Sex: The Experience of Adolescent School Girls in Rural Masaka, Uganda *Culture, Health & Sexuality*. Vol. 2, No. 2 (Apr. - Jun., 2000): 151-166.
- Kirby, Douglas. 2008. "The Impact of Abstinence and Comprehensive Sex and STD/HIV Education Programs on Adolescent Sexual Behavior." *Sexuality Research and Social Policy*. 5(3): 18-27.
- Koenig, Michael A., Mian Bazle Hossain, and Maxine Whittaker. 1997. "The Influence of Quality of Care upon Contraceptive Use in Rural Bangladesh." *Studies in Family Planning*. 28 (4): 278-289.
- Korenman, Sanders, Robert Kaestner and Ted Joyce. 2002. "Consequences for Infants of Parental Disagreement In Pregnancy Intention." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* Volume 34, Number 4, July/August.
- Kruger, Diana, Matias Berthelon, and Rodrigo Navia. 2009. *Adolescent Motherhood and Secondary Schooling in Chile*. IZA Discussion Paper Series Paper No. 4552.
- Kulczycki, Andrzej. 2011. "Abortion in Latin America: Changes in Practice, Growing Conflict, and Recent Policy Developments." *Studies in Family Planning*. 42(3): 199-220.
- Lam, David, Leticia Marteleto, and Vimal Ranchhod. 2009. *Schooling and Sexual Behavior in South Africa: The Role of Peer Effects*. Presentation to the XXVI IUSSP International Population Conference, Marrakech, Morocco, September 2009.
- Landry, Evelyn, and Victoria Ward. 1997. "Perspectives from Couples on the Vasectomy Decision." *Reproductive Health Matters*. London: Reproductive Health Matters.
- Leathers, Sonya J. and Michele A. Kelley. 2000. "Unintended Pregnancy and Depressive Symptoms Among First-Time Mothers and Fathers." *American Journal of Orthopsychiatry*. 70(4): 523-531.
- Lee, Ronald. 2003. "The Demographic Transition: Three Centuries of Fundamental Change." *Journal of Economic Perspectives*. 17(4): 167-190.
- Lee, Ronald and Andrew Mason. 2006. "What is the Demographic Dividend?" *Finance and Development*. 43(3): 16.
- Lee, Ronald, Andrew Mason, and Timothy Miller. 2000. "Life Cycle and the Demographic Transition: The Case of Taiwan." *Population and Development Review*. 26 (Supplement: Population and Economic Change in East Asia): 194-219.
- Lee, Ronald, Andrew Mason, and Timothy Miller. 1997. *Saving, Wealth, and the Demographic Transition in East Asia*. Honolulu: East-West Center.
- Levine, Ruth, The What Works Working Group, with Molly Kinder. 2004. *Millions Saved: Proven Successes in Global Health*. Washington, DC: Center for Global Development.
- Levine, Ruth, Cynthia B. Lloyd, Margaret Greene, and others. 2008. *Girls Count: A Global Investment and Action Agenda*. Washington, DC: Center for Global Development.
- Lewis, Maureen, and Marlaire Lockheed. 2007. *Inexcusable Absence: Why 60 Million Girls Aren't in School and What to Do About It*. Washington, DC: Center for Global Development.
- Lin, Yim Yuet. 2007. "Working from a Rights-Based Approach to Health Service Delivery to Sex Workers." *Exchange*. Accessible at: http://www.kit.nl/net/KIT_Publicaties_output/ShowFile2.aspx?e=1277.
- Lloyd, Cynthia B., ed. 2005. *Growing Up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries*. Washington, DC: National Academy of Sciences.
- Lloyd, Cynthia B. 2009. *New Lessons: The Power of Educating Adolescent Girls—A Girls Count Report on Educating Adolescent Girls*. New York: The Population Council.
- Lloyd, Cynthia B. 2007. *The Role of Schools in Promoting Sexual and Reproductive Health Among Adolescents in Developing Countries*. Poverty, Gender, and Youth Working Paper No. 6. New York: Population Council.

- Lloyd, Cynthia B. and Barbara S. Mensch. 2008. Marriage and childbirth as factors in dropping out from school: an analysis of DHS data from sub-Saharan Africa. *Population Studies* Mar; 62(1):1-13.
- Loaiza, Edilberto, and Sarah Blake. 2010. *How Universal is Access to Reproductive Health?: A Review of the Evidence*. New York: United Nations Population Fund.
- Lyerly, Anne Drapkin and Jean Anderson. 2001. "Human Immunodeficiency Virus and Assisted Reproduction: Reconsidering Evidence, Reframing Ethics." *Fertility and Sterility*. 75(5): 843-858.
- Maart, S and J Jelsma. 2010. "The Sexual Behaviour of Physically Disabled Adolescents." *Disability and Rehabilitation*. 32(6):438-443.
- Maine, Deborah, Murat Z. Akalin, Jyotsnamoy Chakraborty, and others. 1996. "Why did Maternal Mortality Decline in Matlab." *Studies in Family Planning*. 27(4): 179-187.
- Malhotra, Anju, Ann Warner, Aliison McGonagle, and others. 2011. *Solutions to End Child Marriage: What the Evidence Shows*. Washington, DC: International Center for Research on Women.
- Mason, Andrew and Sang-Hyop Lee. 2004. *The Demographic Dividend and Poverty Reduction*. Presentation to Seminar on the Relevance of Population Aspects for the Achievement of the Millennium Development Goals New York NY, November 17-19, 2004. Honolulu: East-West Center.
- Marsiglio, William. 1988. "Adolescent Male Sexuality and Heterosexual Masculinity: A Conceptual Model and Review." *Journal of Adolescent Research*. 3 (3-4): 285-303.
- McCleary-Sills, Jennifer, Allison McGonagle, and Anju Malhotra. 2012. *Women's Demand for Reproductive Control: Understanding and Addressing Gender Barriers*. Washington, DC: International Center for Research on Women.
- McLanahan, Sara and Gary Sandefur. 1994. *Growing Up With a Single Parent: What Hurts, What Helps*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- McQueston, Kate, Rachel Silverman, and Amanda Glassman. 2012. *Adolescent Fertility in Low- and Middle-Income Countries: Effects and Solutions*. Working Paper 295. Washington, DC: Center for Global Development.
- Meekers, Dominique. 1994. "Sexual Initiation and Premarital Childbearing in Sub-Saharan Africa." *Population Studies*. 48 (1): 47-67.
- Mensch, Barbara S., Judith Bruce, Margaret E. Greene. 1999. *The Uncharted Passage: Girls' Adolescence in the Developing World*. New York: Population Council.
- Mensch, Barbara S., Monica J. Grant, and Ann K. Blanc. 2005. *The Changing Context of Sexual Initiation in Sub-Saharan Africa*. New York: Population Council.
- Mgbako, Chi, Meghan Gabriel, Laura Garr, and others. 2008. *Rights-Based Sex Worker Empowerment Guidelines: An Alternative HIV/AIDS Intervention Approach to the 100% Condom Use Programme*. Maharashtra: Center for Advocacy on Stigma and Marginalization.
- Michau, Lori, Dipak Naker and Zahara Swalehe. 2002. "Mobilizing Communities to End Violence Against Women in Tanzania." In *Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning*, Nicole Haberland and Diana Measham, eds. New York: Population Council.
- Miguel, Edward and Michael Kremer. 2004. "Worms: Identifying Impacts on Education and Health in the Presence of Treatment Externalities." *Econometrica*. 72(1): 159-217.
- Miller, Grant. 2009. "Contraception as Development? New Evidence from Family Planning in Colombia." *The Economic Journal*. 120(545):709-736.
- Miller, S., F. Lester, M. Webster, B. Cowan. "Obstetric Fistula: A Preventable Tragedy." *Journal of Midwifery and Women's Health*. 50(4): 286-294.
- "Monitoring MDG Target 5B". MDG5 at 10. Commonwealth Medical Trust, 01 January 2010. Web. 10 July. 2012. http://mdg5at10.org/index.php?option=com_content&view=category&id=3:mdg-target-5b&layout=blog&Itemid=4.
- Montgomery, Mark R. 1996. "Comments on Men, Women, and Unintended Pregnancy." *Population and Development Review*. 22 (Supplement: Fertility in the United States: New Patterns, New Theories): 100-106.
- Mora G., C. Betts, J. Gay, and others. 1993. *Quality of Care in Women's Reproductive Health: A Framework for Latin America and the Caribbean*. Washington, DC: Pan American Health Organization.
- Muhuri, Pradip K. 1996. "Estimating Seasonality Effects on Child Mortality in Matlab, Bangladesh." *Demography*. 33(1): 98-110.
- Muhuri, Pradip K. 1995. "Health Programs, Maternal Education, and Differential Child Mortality in Matlab, Bangladesh." *Population and Development Review*. 21(4): 813-834.
- Muhuri, Pradip K. and Samuel H. Preston. 1991. "Effects of Family Composition on Mortality Differentials by Sex Among Children in Matlab, Bangladesh." *Population and Development Review*. 17(3): 415-434.
- Murthy, Nirmala, Lakshmi Ramachandar, Perti Pelto and Akhila Vasan. 2002. "Dismantling India's Contraceptive Target System: An Overview and Three Case Studies." In *Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning*, Nicole Haberland and Diana Measham, eds. New York: Population Council.
- "Namibia: Women Take Legal Action Over Alleged Sterilisations." *Irin Plus News*. 25 June 2009. Accessible at: <http://www.irinnews.org/Report/85012/NAMIBIA-Women-take-legal-action-over-alleged-sterilisations>.
- National Research Council and Institute of Medicine, panel on Transitions to Adulthood in Developing Countries, Cynthia B. Lloyd (ed.). 2005. *Growing up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries*. Washington, DC: National Academies Press.
- Office of the High Commissioner for Human Rights. Convention on the Rights of the Child. 3 June 2012.

- Oosterhoff, P., NT Anh, NT, Hanh, and others. 2008. "Holding the Line: Family Responses to Pregnancy and the Desire for a Child in the Context of HIV in Vietnam." *Culture, Health, and Sexuality*. 10(4): 403-416.
- Organisation for Economic Co-Operation and Development. 2011. *Doing Better for Families*. Presentation to OECD Ministerial Meeting on Social Policy Paris, May 2-3, 2011. Paris: OECD.
- Organisation for Economic Co-Operation and Development. 2010. "Marriage and Divorce Rates." OECD Family Database. Paris: OECD, Social Policy Division-Directorate of Employment, Labour, and Social Affairs. Accessible at: <http://www.oecd.org/els/familiesandchildren/40321815.pdf>.
- Ortayli, Nuriye, and Shawn Malarcher. 2010. "Equity Analysis: Identifying Who Benefits from Family Planning Programs". *Studies in Family Planning*. 41(2): 101-108.
- Ortega, José Antonio. 2012. "A Characterization of World Union Patterns at the National and Regional Level." Paper presented at the International Union for the Scientific Study of Population seminar on First Union Patterns around the World, Madrid, Spain, 20-22 June.
- PATH. 2012. "Sharing Experiences and Changing Lives—Communication Influences Informed Choice for Nepali Women." Seattle: PATH. Website: http://www.path.org/projects/safe_abortion_nepal.php. Accessed 14 July 2012.
- Patton, George C., Carolyn Coffey, Susan M. Sawyer, and others. 2009. "Global Patterns of Mortality in Young People: A Systematic Analysis of Population Health Data." *The Lancet*. 374(9693): 881-892.
- Pence, Brian, Philomena Nyarko, Cornelius Debpuur, and others. 2001. *The Impact of the Navrongo Community Health and Family Planning Project on Child Mortality, 1993-2000*.
- Pence, Brian W., Philomena Nyarko, and James F. Phillips. 2007. "The Effect of Community Nurses and Health Volunteers on Child Mortality: The Navrongo Community Health and Family Planning Project." *Scandinavian Journal of Public Health*. 35(6): 599-608.
- Penteado, Luis Guilherme, Francisco Cabral, Margarita Diaz, and others. 2001. "Organizing a Public-sector Vasectomy Program in Brazil." *Studies in Family Planning*. 32(4):315-328.
- Perper K, Peterson K, Manlove J. 2010. *Diploma Attainment Among Teen Mothers*. Child Trends, Fact Sheet Publication #2010-01: Washington, DC: *Child Trends*.
- Phillips, James F., Ayaga A. Bawah, and Fred N. Binka. 2006. "Accelerating Reproductive and Child Health Programme Impact with Community-Based Services: the Navrongo Experiment in Ghana." *Bulletin of the World Health Organization*. 84: 949-955.
- Phillips, James F., Ruth Simmons, Michael A. Koenig, and others. 1988. "Determinants of Reproductive Change in a Traditional Society: Evidence from Matlab, Bangladesh." *Studies in Family Planning*. 19(6): 313-334.
- Philpott, Anne, Wendy Knerr and Dermot Maher. 2006. "Promoting protection and pleasure: amplifying the effectiveness of barriers against sexually transmitted infections and pregnancy." *The Lancet*. 368(9551): 2028-2031.
- Planned Parenthood Federation of America. 2012. "Fertility Awareness-Based Methods." New York: Planned Parenthood Federation of America. Website: <http://www.plannedparenthood.org/health-topics/birth-control/fertility-awareness-4217.htm>. Accessed 25 July 2012.
- Population Action International. 2003. *Emergency Contraception and the Global Gag Rule: An Unofficial Guide*. New York: Population Action International.
- Population Council. 2007. "Financial Sustainability of Reproductive Health Services." *Frontiers in Reproductive Health (Legacy Series)*. Washington, DC: Population Council.
- Population Reference Bureau. 2011. *2011 World Population Datasheet*. Washington, DC: PRB.
- Population Reference Bureau. 2011. *Population Bulletin: The World at 7 Billion*. Washington, DC: PRB.
- Pradhan Ajit, Subedi Bal Krishna, Barnett Sarah, Sharma Sharad Kumar, Puri Mahesh, Poudel Pradeep, Rai Shovana, KC Naresh Pratap, Hulton Louise. 2010. Nepal Maternal Mortality and Morbidity Study 2008/2009. Family Health Division, Department of Health Services, Ministry of health and Population, Government of Nepal: Kathmandu, Nepal.
- Pulerwitz, Julie, and Gary Barker. 2006. "Promoting More Gender-equitable Norms and Behaviors Among Young Men as an HIV/AIDS Prevention Strategy." *Horizons Final Report*. Washington, DC: Population Council.
- Pulerwitz, Julie and Gary Barker. 2008. "Measuring Attitudes toward Gender Norms among Young Men in Brazil." *Men and Masculinities*. 10(3): 322-338.
- Raj, Anita, Niranjana Saggurti, Donta Balaiah, and others. 2009. "Prevalence of Child Marriage and its Effect on Fertility and Fertility-Control Outcomes of Young Women in India: A Cross-Sectional, Observational Study." *The Lancet*. 373(9678):1883-1889.
- Ravindran, TK Sundari. 1995. *A Study of User Perspectives on the Diaphragm in an Urban Indian Setting*. New York: Population Council.
- Reher, David S. 2011. "Economic and Social Implications of the Demographic Transition." *Population and Development Review*. 37 (Supplement s1): 11-33.
- Reprohealthlaw. 2012. *Colombia: Constitutional Court Upholds Abortion Rights*, 23 Feb 2012. Available from: <http://reprohealthlaw.wordpress.com>. (Accessed 30 August 2012).
- Ringheim, Karin. 2007. "Ethical and Human Rights Perspectives on Providers' Obligation to Ensure Adolescents' Rights to Privacy." *Ethical Issues in Reproductive Health*. 38(4): 245-252.
- Rogow, Deborah. 1995. "Withdrawal: A Review of the Literature and an Agenda for Research." *Studies in Family Planning*. 26(3): 140-153.
- Rohleder P., SH Braathen, LSwartz, AH Eide. 2009. "HIV/AIDS and Disability in Southern Africa: A Review of Relevant Literature." *Disability and Rehabilitation*. 31(1): 51-59.

- Ronsmans, Carine and Myriam Khat. 1999. "Adolescence and Risk of Violent Death during Pregnancy in Matlab, Bangladesh." *The Lancet*. 354(9188): 1448.
- Rosenzweig, Mark R. and T. Paul Schultz. 1982. "Child Mortality and Fertility in Colombia: Individual and Community Effects." *Health Policy and Education*. 2(3-4):305-348.
- Rosenzweig, Mark R. and Kenneth I. Wolpin. 1986. "Evaluating the Effects of Optimally Distributed Public Programs: Child Health and Family Planning Interventions." *The American Economic Review*. 76(3):470-482.
- Ross, John, Eva Weissman, and John Stover. 2009. *Contraceptive Projections and the Donor Gap: Meeting the Challenge*. Washington, DC: Reproductive Health Supplies Coalition.
- Rottach, Elisabeth, Sidney Schuler, and Karen Hardee. 2009. *Gender Perspectives Improve Reproductive Health Outcomes: New Evidence*. Washington, DC: Population Reference Bureau.
- Rutenber, Naomi, Duff Gillespie, Elizabeth Flanagan, and others. 2006. *HIV Status, Fertility Intentions, and the Demand for Contraception: Assessing the Current Research to Improve the Integration of Reproductive Health and HIV Programs*. Presentation to Population Association of America Meetings Los Angeles CA, March 30, 2006. Princeton: Princeton University.
- Rutstein, Shea. 2000. "Effects of Birth Intervals on Mortality and Health: Multivariate Cross-Country Analyses." Power Point Presentation. Washington DC: United States Agency for International Development.
- Rutstein, Shea. 2005. "Effects of Preceding Birth Intervals on Neonatal, Infant and Under-five years Mortality and Nutritional Status in Developing Countries: Evidence from the Demographic and Health Surveys." *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 89: S7-S24.
- Sanogo, Diouratie, Saumya RamaRao, Heidi Jones, Penda N'diaye, Bineta M'bow, and Cheikh Bamba Diop. 2003. "Improving Quality of Care and Use of Contraceptives in Senegal." *African Journal of Reproductive Health*. 7 (2): 57-73.
- Schalet, Amy. 2004. "Must We Fear Adolescent Sexuality?" *MedGenMed*. 6(4):44.
- Schalet, Amy. 2010. "Sexual Subjectivity Revisited: The Significance of Relationships in Dutch and American Girls' Experiences of Sexuality." *Gender and Society*. 24(3):304-329.
- Scheer, Jessica, Thilo Kroll, Melinda T. Neri, Phillip Beatty. 2003. "Access Barriers for Persons with Disabilities: The Consumer's Perspective." *Journal of Disability Policy Studies*. 14(4):221-230.
- Schmidt, Brita. 1998. "Forced Sterilization in Peru." *Political Environments*. 6. Accessible at: <http://cwpe.org/node/49>.
- Schultz, Paul T. 2009. "The Gender and Intergenerational Consequences of the Demographic Dividend: An Assessment of the Micro- and Macrolinkages between the Demographic Transition and Economic Development." *The World Bank Economic Review*. 23(3): 427-442.
- Schultz, Paul T. 2008. "Health Disabilities and Labor Productivity in Russia in 2004: Health Consequences beyond Premature Death." In *Economic Implications of Chronic Illness and Disability in Eastern Europe and the Former Soviet Union*, edited by C. Mete. Washington, DC: The World Bank.
- Schultz, Paul T. 2010. "Health Human Capital and Economic Development." *Journal of African Economies*. 19(3): iii12-iii80.
- Schultz, Paul T. 2009a. *How Does Family Planning Promote Development? Evidence from a Social Experiment in Matlab, Bangladesh, 1977-1996*. Presentation to Population Association of America meetings Detroit MI, April 20, 2009. New Haven: Yale University.
- Schultz, Paul T. 2003. "Human Capital, Schooling and Health." *Economics and Human Biology*. 1(2):207-221.
- Schultz, Paul T. 1997. "Wage and Labor Supply Effects of Illness in Cote d'Ivoire and Ghana: Instrumental Variable Estimates for Days Disabled." *Journal of Development Economics*. 53(2): 251-286.
- Sedgh, Gilda, Susheela Singh, and Iqbal H. Shah. 2012. "Induced Abortion: Incidence and Trends Worldwide from 1995 to 2008." *The Lancet*. 379(9816): 625-632.
- Seneviratne, H.R. and L.C. Rajapaksa. 2000. "Safe Motherhood in Sri Lanka: a 100 year march." *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 70(1): 113-124.
- Servais, L. 2006. "Sexual Health Care in Persons with Intellectual Disabilities." *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*. 12(1): 48-56.
- Shah, Iqbal and Elisabeth Ahman. 2010. "Unsafe Abortion in 2008: Global and Regional Levels and Trends." *Reproductive Health Matters*. 18(36): 90-101.
- Sharma, Sudha. 2003. "Legalization of Abortion in Nepal: The Way Forward." *Kathmandu University Medical Journal*. 2(3): 177-178.
- Shih, Grace, David Turok, and Willie Parker. 2011. "Vasectomy: the Other (Better) Form of Sterilization." *Contraception*. 83(4): 310-315.
- Silva, Erika and Ricardo Batista. 2010. *Bolivian Maternal and Child Health Policies: Successes and Failures (Policy Paper)*. Ottawa, ON: FOCAL (Canadian Foundation for the Americas).
- Simmons, Ruth. 1996. "Women's Lives in Transition: A Qualitative Analysis of the Fertility Decline in Bangladesh." *Studies in Family Planning*. 27(5):251-268.
- Sinding, Steven W. 2009. "Population, Poverty, and Economic Development." *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*. 364(1532): 3023-3030.
- Singh, Susheela. 2006. "Hospital Admissions Resulting from Unsafe Abortion: Estimates from 13 Developing Countries." *The Lancet*. 368(9550):1887-92.
- Singh, Susheela and others. 2009. *Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health*. New York: Guttmacher Institute and UNFPA.
- Singh, Susheela and Jacqueline E. Darroch. 2012. *Adding it Up: Costs and Benefits of Contraceptive Services-Estimates for 2012*. New York: Guttmacher Institute and United Nations Population Fund.

- Singh, Susheela, Gilda Sedgh, and Rubina Hussain. 2010. "Unintended Pregnancy: Worldwide Levels, Trends, and Outcomes." *Studies in Family Planning*. 41(4): 241-250.
- Sinha, Nistha. 2003. "Fertility, Child Work and Schooling Consequences of Family Planning Programs: Evidence from an Experiment in Rural Bangladesh." *Economic Development and Cultural Change*. 54(1): 97-128.
- Sonenstein, Freya L. (ed). *Young Men's Sexual and Reproductive Health: Toward a National Strategy-Framework and Recommendations*. Washington, DC: Urban Institute.
- Statement by Dr. Kisamba Mugerwa, Chairperson of the National Planning Authority at the 45th Session of the Commission on Population and Development on Agenda Item 4 "Adolescents and Youth". Accessible at: http://www.un.org/esa/population/cpd/cpd2012/Agenda%20item%204/Country%20statements/Uganda_Item4.pdf.
- Steward N.R., G. Farkas, and J.B. Bingenheimer. 2009. "Detailed Educational Pathways Among Females After Very Early Sexual Intercourse." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 41(4):244-252.
- Suedi, Bal Krishna, Ajit Pradhan, Sarah Barnett, and others. 2009. *Nepal Maternal Mortality and Morbidity Study 2008/2009: Summary of Preliminary Findings*. Kathmandu, Nepal: Family Health Division, Department of Health Services, Ministry of Health, Government of Nepal.
- Swann C., K. Bowe, G. McCormick, M. Kosmin. 2003. *Teenage Pregnancy and Parenthood: A Review of Reviews*. London: Health Development Agency.
- Taylor, Joan. 2008. *Revitalizing Underutilized Family Planning Methods Using Communication and Community Engagement to Stimulate Demand for the IUD in Uganda*. New York: The ACQUIRE Project and Engender Health.
- Tanzania Commission for AIDS. 2009. *The Forgotten: HIV and Disability in Tanzania*. Dar es Salaam, Tanzania: Tanzania Commission for AIDS. Available from: <http://www.gtz.de/de/dokumente/gtz2009-en-hiv-and-disability-tanzania.pdf> (accessed 14 June 2012).
- Tensou, Biruk, and Michelle J. Hindin. 2010. *Covert Contraceptive Use and Discordant Fertility Preferences among Ethiopian Couples*. Presentation to Population Association of America Dallas TX, April 17, 2010. Princeton, New Jersey: Princeton University.
- Trussell, James. 2011. "Contraceptive Efficacy." In Hatcher R.A., J. Trussell, A.L. Nelson, W. Cates, D. Kowal, and M. Policar (eds). *Contraceptive Technology: Twentieth Revised Edition*. New York: Ardent Media.
- Trussell, James, and Elizabeth G. Raymond. 2012. *Emergency Contraception: A Last Chance to Prevent Unintended Pregnancy*. Princeton, New Jersey: Princeton University Office of Population Research.
- Tsai, I-Ju, C. Y. Cyrus Chu and Ching-Fan Chung. 2000. "Demographic Transition and Household Saving in Taiwan." *Population and Development Review*. 26 (Supplement: Population and Economic Change in East Asia): 174-193.
- UNAIDS. 2000. *Men and AIDS—A Gendered Approach*. Geneva: UNAIDS.
- UNFPA. 1994. *International Conference on Population and Development Programme of Action*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2003. *Enlisting the Armed Forces to Protect Reproductive Health and Rights: Lessons Learned from Nine Countries-Technical Report*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2005. *Rights into Action: UNFPA Implements Human Rights-Based Approach*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2005a. *ICPD at Ten - The World Reaffirms Cairo: Official Outcomes of the ICPD at Ten Review*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2007. "RHIYA Programme Officially Ends, But Its Legacy Continues-Making a Decade of Investment in the Youth in Asia." Brussels: UNFPA. Website: <http://www.unfpa.org/news/news.cfm?ID=1038&Language=1>. Accessed 25 July 2012.
- UNFPA. 2007a. *The State of the World Population Report*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2009. *Do all pregnant women have the right to live?* Retrieved June 8, from Fact Sheet: Motherhood and Human Rights: <http://www.unfpa.org/public/cache/offonce/home/factsheets/pid/3851>.
- UNFPA. 2010. *Sexual and Reproductive Health for All: Reducing Poverty, Advancing Development and Protecting Human Rights*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2010a. *Monitoring ICPD Goals: Select Indicators*. New York: UNFPA. http://www.unfpa.org/swp/2010/web/en/pdf/EN_SOWP10_ICPD.pdf United Nations Population Fund. 2011. "Issues Brief: Comprehensive Condom Programming." New York: UNFPA.
- UNFPA. 2011. *The State of the World Population Report*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2011a. *The Global Programme to Enhance Reproductive Health Commodity Security: Annual Report 2011*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2011b. *Population Dynamics in the Least Developed Countries: Challenges and Opportunities for Development and Poverty Reduction*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2012. *Marrying Too Young: End Child Marriage*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2012a. *The Family Planning Programme in the Islamic Republic of Iran*. Tehran: UNFPA.
- UNFPA. 2012b. "Promoting Gender Equality-Frequently Asked Questions about Gender." New York: UNFPA. Website: http://www.unfpa.org/gender/resources_faq.htm. Accessed 12 July 2012.
- UNFPA. 2012c. "So Many Mouths to Feed: Addressing High Fertility in Famine-Stricken Somalia." Retrieved 30 August from <http://www.unfpa.org/public/home/news/pid/10333>.
- UNFPA. 2012d. "Statement of UNFPA for the Eleventh Session of the Permanent Forum on Indigenous Peoples Issues," May 9th, 2012.
- UNFPA. N.d. "Young People and Times of Change." Fact Sheet. New York: UNFPA. Accessible at: http://www.unfpa.org/public/home/factsheets/young_people, Accessed 4/12/11.

- UN-Habitat. 2003. *The Challenge of Slums—Global Report on Human Settlements*. Virginia: Earthscan.
- UNICEF. 2011. *Boys and Girls in the Life Cycle: Sex Disaggregated data on a selection of well-being indicators, from early childhood to young adulthood*. New York: UNICEF, Division of Policy and Practice.
- UNICEF. 2010. *Progress for Children: Achieving the MDGs with Equity*. New York: UNICEF.
- UNICEF, with UNAIDS, United Nations Educational Scientific and Cultural Organization, United Nations Population Fund, International Labour Organization, World Health Organization, and the World Bank. 2011a. *Opportunity in Crisis: Preventing HIV from Early Adolescence to Early Adulthood*. New York: UNICEF.
- United Nations. 2006. *Levels and Trends in Contraceptive Use as Assessed in 2002*. New York: Department of Economic and Social Affairs.
- United Nations. 2007. *World Youth Report*. New York: Department of Economic and Social Affairs.
- United Nations. 2008. *Official List of Millennium Development Goals Indicators*. New York: Statistics Division, Department of Economic and Social Affairs. Accessible at: <http://mdgs.un.org/> (Accessed 30 August 2012).
- United Nations. 2008a. *Trends in International Migrant Stock: The 2008 Revision*. New York: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs.
- United Nations. 2009. *World Marriage Data 2008*. New York: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs. Accessible at: http://www.un.org/esa/population/publications/WMD2008/WP_WMD_2008/Documentation.html.
- United Nations. 2009a. *Analysis prepared by the secretariat of the Permanent Forum on Indigenous Issues: indigenous women*. E/C.19/2009/8. New York: Economic and Social Council.
- United Nations. 2009b. "The Millennium Development Goals Report 2009." New York: UN.
- United Nations. 2010. *World Fertility Report 2007*. New York: Population Division of Department of Economic and Social Affairs.
- United Nations. 2011. "World Contraceptive use." Wall Chart. New York: The Population Division of the Department of Economic and Social Affairs. Accessible at: http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2011/wallchart_front.pdf
- United Nations. 2011a. *World Population Prospects: The 2010 Revision, Highlights and Advance Tables*. New York: The Population Division of the Department of Economic and Social Affairs.
- United Nations. 2011b. "World Marriage Patterns." Population Facts. No. 2011/1. New York: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs. Accessible at: http://www.un.org/esa/population/publications/popfacts/PopFacts_2011-1.pdf.
- United Nations. 2011c. "The Millennium Development Goals Report 2011." New York: UN.
- United Nations. 2011d. *Social Panorama of Latin America 2011*. Santiago: UN Economic Commission for Latin America.
- United Nations. 2012. *Millennium Development Goals: 2012 Progress Chart*. New York: Statistics Divisions, Department of Economic and Social Affairs.
- United Nations General Assembly. 1999. *Report of the Ad Hoc Committee of the Whole of the Twenty-First Special Session of the General Assembly. Key Actions for Further Implementation of the ICPD Programme of Action*. New York: United Nations.
- United Nations General Assembly Special Session (2010). UNGASS Report on HIV and AIDS - Zimbabwe. Harare: National AIDS Council
- United Nations High Commissioner for Refugees. 2011. *Refocusing Family Planning in Refugee Settings: Findings and Recommendations from a Multi-Country Baseline Study*. Geneva: UNHCR.
- United Nations High Commissioner for Human Rights. 2008. Ms. Navanetham Pillay, Statement to the UN General Assembly (New York, N.Y., 18 Dec 2008). Available from: <http://www.unhcr.org/refworld/docid/49997ae312.html> (accessed 30 August 2012).
- United Nations Population Division. 2012. Unpublished data on regional averages.
- United Nations Practitioner's Portal on Human Rights Based Approaches to Programming. *The Human Rights Based Approach to Development Cooperation: Towards a Common Understanding Among UN Agencies*. Available from: <http://hrbportal.org/> (Accessed 30 August 2012).
- UN System Task Force Team on the Post-2015 UN Development Agenda. 2012. *Realizing the Future We Want for All: Report to the Secretary-General* (New York, United Nations).
- UN Women. 2008. *The Role of Men and Boys in Achieving Gender Equality*. New York: The Division for the Advancement of Women of the Department of Economic and Social Affairs.
- VanLandingham, Mark, and John E. Knodel. 2007. "Sex and the Single (Older) Guy: Sexual Lives of Older Unmarried Thai Men During the AIDS Era." *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 22(4): 375-388.
- Ventura, Stephanie J., Joyce A. Martin, Sally C. Curtin, and T.J. Mathews. 1997. "Report of Final Natality Statistics." *Monthly Vital Statistics Report*. 45(11):1-84.
- Welbourn, Alice. 2003. *Stepping Stones*. Oxford, UK: Strategies for Hope Trust.
- Westoff, Charles F. 2008. *A New Approach to Estimating Abortion Rates*. DHS Analytical Studies No. 13. Calverton, Maryland: Macro International, Inc.
- Westoff, Charles F. 2005. *Recent Trends in Abortion and Contraception in Twelve Countries*. DHS Analytical Studies No. 8. Calverton, Maryland: ORC Macro.
- Westoff, Charles F., and Akinrinola Bankole. 2002. *Reproductive Preferences in Developing Countries at the Turn of the Century*. DHS Comparative Reports No. 2. Calverton, Maryland: ORC Macro.

- Williamson, Jeffrey G. 2001. "Demographic Change, Economic Growth and Inequality." *Population Matters*. 1(9): 106-137.
- World Health Organization. 1995. *Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry—Report of a WHO Expert Committee*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2003. *International Migration, Health, and Human Rights*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2004. *Basic Indicators: Health Situation in South-East Asia*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2004a. *Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: Guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. 2005. *Action on the Social Determinants of Health: Learning from Previous Experience (Background Paper)*. Geneva: Commission on Social Determinants of Health.
- World Health Organization. 2005a. "Emergency Contraception." Fact Sheet No. 244. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2005b. *Violence against Sex Workers and HIV Prevention*. Information Bulletin Series, Number 3. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2006. *International Covenant on Economic, Social, and Cultural Rights*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2006a. *Pregnant Adolescents: Delivering on Global Promises of Hope*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2008. "Adolescent Pregnancy." *Making Pregnancy Safer (MPS) Notes*. 1(1). Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2008a. "Why is Giving Special Attention to Adolescents Important for Achieving Millennium Development Goal 5?" Fact Sheet. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2009. *Strategy for Integrating Gender Analysis and Actions into the work of WHO*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2010. "10 Facts on Obstetric Fistula." Geneva: WHO. Available from: http://www.who.int/features/factfiles/obstetric_fistula/en/.
- World Health Organization. 2010a. *Accountability for Women's and Children's Health*. Geneva: WHO. Available from: http://www.who.int/woman_child_accountability/about/en/ (Accessed 30 August 2012).
- World Health Organization. 2011. *Global HIV/AIDS Response: Epidemic Update and Health Sector Progress Towards Universal Access: Progress Report 2011*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2011a. *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2011b. "Reproductive Health at a Glance: Uganda." Accessible at: <http://siteresources.worldbank.org/INTPRH/Resources/376374-1303736328719/Uganda42111WEB.pdf>, accessed 15 July 2012.
- World Health Organization. 2011c. *World Report on Disability*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2012. "WHO Upholds Guidance on Hormonal Contraceptive Use and HIV: Women Living with HIV or at Risk of HIV can safely continue to use Hormonal Contraceptives to Prevent Pregnancy." Note for the Media. 16 February 2012. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2012a. *Early Marriages, Adolescent and Young Pregnancies*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2012b. "Maternal Mortality." Fact Sheet No. 348. Geneva: WHO. Accessible at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/index.html>.
- World Health Organization and Office of the High Commissioner for Human Rights. 2010. *A Human Rights-Based Approach to Health*. Geneva: WHO and OHCHR.
- World Health Organization, UNAIDS, UNICEF. 2010. *Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector: Progress Report 2010*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization and UNFPA. 2009. *Promoting Sexual and Reproductive Health for Persons with Disabilities*. Geneva: WHO and UNFPA.
- World Health Organization, U.S. Agency for International Development, Family Health International. 2009. *Community-Based Health Workers Can Safely and Effectively Administer Injectable Contraceptives: Conclusions from a Technical Consultation*. Research Triangle Park, North Carolina: FHI.

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 del Sud del mondo. Aidos concentra i propri interventi in quattro settori: salute e diritti sessuali e riproduttivi, sviluppo di piccola imprenditorialità femminile, *capacity building* delle istituzioni e organizzazioni di donne, istruzione delle bambine.

Aidos - Dal 1981 unisce le donne del mondo.

**Generare un mondo dove ogni gravidanza sia desiderata, ogni parto sia sicuro,
e il potenziale di ogni giovane si possa realizzare.**



**Fondo delle Nazioni Unite
per la popolazione**

605 Third Avenue
New York, NY 10158 USA
Tel. +1-212 297-5000
www.unfpa.org
©Unfpa 2012



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

www.aidos.it