



lo stato della popolazione nel mondo 2015



AL RIPARO DALLA TEMPESTA

Un'agenda innovativa per
donne e ragazze, in un mondo
in continua emergenza

Lo Stato della popolazione nel mondo 2015

RICERCATRICE PRINCIPALE

Therese McGinn

Heilbrunn Department of Population and Family Health, Mailman School of Public Health, Columbia University

RICERCATORI E AUTORI

Jacqueline Bhabha

Harvard T.H. Chan School of Public Health; François-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights, Harvard University; Harvard Law School

Richard Garfield

Emergency Response and Recovery Branch, United States Centers for Disease Control and Prevention; Columbia and Emory Universities

Kirsten Johnson, M.D.

Department of Family Medicine, McGill University, Montreal Canada; Humanitarian U

Gretchen Luchsinger

Lisa Oddy

Humanitarian U

Monica Adhiambo Onyango

Boston University School of Public Health, Department of Global Health

Sarah Shteir and Louise Searle

Humanitarian Advisory Group

ASSISTENTI ALLA RICERCA

Amiya Bhatia

Harvard T.H. Chan School of Public Health

Chantilly Wijayasinha

Boston University School of Public Health, Department of Global Health

Mélanie Coutu

Humanitarian Studies Initiative, McGill University

CONSULENTI UNFPA

Prudence Chaiban

Howard Friedman

Henia Dakkak

Ann Leoncavallo

Ugochi Daniels

Jacqueline Mahon

Abubakar Dungus

Rachel Snow

Danielle Engel

REDAZIONE

Caporedattore: Richard Kollodge

Redattrice associata e responsabile versione digitale: Katheline Ruiz

Sviluppatore digitale: Hanno Ranck

Progettazione e produzione della versione stampa e web interattiva Prographics, Inc.

RINGRAZIAMENTI

Mengjia Liang, Edilberto Loaiza e Rachel Snow del Settore Popolazione e Sviluppo di UNFPA hanno analizzato e aggregato i dati delle tavole degli indicatori del Rapporto e fornito le stime sul numero delle donne incinte nei paesi colpiti da un conflitto o da un disastro naturale.

Le fonti per gli indicatori sono stati messi a disposizione dalla Divisione per la popolazione del Dipartimento per gli Affari Economici e Sociali delle Nazioni Unite, da UNESCO e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Ramiz Alakbarov, Björn Andersson e Arthur Erken hanno rivisto le versioni preliminari e contribuito alla struttura del Rapporto.

I colleghi degli uffici UNFPA a Amman, Bangkok, Bogota, Cairo, Dakar, Istanbul, Johannesburg, Kathmandu, Monrovia, Panama City and Skopje hanno supportato o orientato la stesura delle sezioni di approfondimento e la scelta delle fotografie del rapporto: Ghifar Al Alem, Tamara Alrifai, Daniel Baker, Mile Bosnjakovski, Santosh Chhetri, Jens-Hagen Eschenbaecher, Adebayo Fayoyin, Gema Granados, Habibatou M. Gologo, Calixte Hessou, Ruba Hikmat, Jorge Parra, Elina Rivera, Shible Sahbani, Alvaro Serrano, Sonja Tanevska, Giulia Vallese and Roy Wadia.

Anna Maltby ha scritto il reportage sulla crisi Ebola in Liberia

Fotografi e videografi:

Nake Batev (Ex Repubblica Jugoslava di Macedonia)

Daniel Baldotto (Colombia)

Abbas Dulleh, AP Images (Liberia)

Salah Malkawi (Giordania)

MAPPE E DEFINIZIONI

Le definizioni utilizzate e la presentazione dei dati nelle mappe di questo Rapporto non implicano in alcun modo l'espressione di qualsivoglia opinione da parte di UNFPA per quanto riguarda lo status giuridico di ogni singolo paese, territorio, città o area, né per quanto riguarda le autorità preposte o la definizione e delimitazione di confini e frontiere. Una linea tratteggiata rappresenta in modo approssimativo la Linea di Controllo concordata da India e Pakistan per Jammu e Kashmir. Lo status giuridico definitivo di Jammu e Kashmir non è ancora stato concordato dalle parti.

Edizione italiana

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

Traduzione: Anna Tagliavini

Editing: Giovanna Ermini e Serena Fiorletta

Impaginazione: Simona Ferri

Stampa: Litostampa 3B

Ufficio stampa: Serena Fiorletta

Foto di copertina: © UNFPA/Nake Batev

UNFPA

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



AL RIPARO DALLA TEMPESTA

Un'agenda innovativa per donne e ragazze,
in un mondo in continua emergenza

Premessa	pagina 2
Introduzione	pagina 4
1 Un mondo fragile	pagina 12
2 Il prezzo troppo alto pagato da donne e adolescenti	pagina 36
3 Cambiare le risposte: da essenziali a complete	pagina 56
4 Rafforzare la resilienza e colmare il divario tra assistenza umanitaria e sviluppo	pagina 74
5 Nuove indicazioni per i finanziamenti della salute sessuale e riproduttiva nelle emergenze umanitarie	pagina 90
6 Una visione innovativa per la riduzione del rischio, la capacità di reazione e la resilienza	pagina 102
Indicatori	pagina 115
Bibliografia	pagina 131

Premessa

Oggi sono oltre 100 milioni le persone che hanno bisogno di assistenza umanitaria.

Mai, dalla Seconda guerra mondiale, si era raggiunta una cifra così alta.

Tra quanti sono costretti a fuggire da conflitti o catastrofi naturali ci sono decine di milioni di donne e ragazze adolescenti. Questo rapporto vuole essere un invito ad agire per rispondere alle loro esigenze e tutelare i loro diritti.

Nell'ultimo decennio si sono fatti notevoli passi avanti nella difesa della salute e dei diritti di donne e adolescenti in situazioni di emergenza umanitaria; tuttavia il moltiplicarsi dei bisogni ha superato di gran lunga l'aumento dei finanziamenti e dei servizi disponibili. Questi ultimi sono però di importanza cruciale, soprattutto per le giovanissime, le più vulnerabili e impreparate ad affrontare le numerose difficoltà a cui vanno incontro anche in situazioni che non sono di emergenza.

In alcuni Paesi in via di sviluppo, ad esempio, anche in circostanze normali una bambina di dieci anni può essere costretta a sposarsi contro la sua volontà, restare vittima del traffico di esseri umani, venire strappata alla famiglia e privata di sostegno sociale, incontrare impedimenti nell'accesso all'istruzione e alla salute, o alle opportunità di migliorare le proprie condizioni di vita. Lo scoppio di una crisi non solo moltiplica tutti questi rischi, ma anche la vulnerabilità di quell'adolescente le cui prospettive, da scarse, diventano quasi nulle. Aumenta il pericolo di essere oggetto di violenza sessuale, contrarre l'HIV, rimanere incinta appena raggiunta la pubertà. Il suo futuro è praticamente distrutto.

Ogni bambina, ovunque si trovi, ha diritto alla salute, alla dignità e alla sicurezza. Nel 1994, alla Conferenza del Cairo su popolazione e sviluppo, 179 governi si sono impegnati a sostenere tali diritti

in qualsiasi circostanza. Ma già da troppi anni l'assistenza umanitaria trascura quella bambina, lasciandola in balia del rischio di partorire in condizioni di grave pericolo e di subire violenze dalle conseguenze devastanti. La salute sessuale e riproduttiva e la possibilità di accedere alle informazioni sono essenziali per qualsiasi ragazza nella fase di passaggio dall'adolescenza all'età adulta. Immaginate questa bambina di 10 anni quando ne avrà venticinque avendo avuto accesso a diritti e salute; poi pensatela in un mondo in cui conflitti armati, devastazioni e sfollamenti le negano ogni diritto, ogni opportunità, ogni dignità.

Non si può pensare di abbandonare lei, la sua comunità, il suo paese. Viviamo tutti nello stesso mondo, i governi devono assumersi la responsabilità di tutelare i diritti umani e di rispettare il diritto internazionale. Da cittadini e cittadine globali abbiamo il dovere di offrire sostegno e solidarietà.

Oggi, circa tre casi su cinque di mortalità materna si verificano in contesti di crisi e di emergenze umanitarie. Ogni giorno 480 donne e ragazze muoiono per complicanze dovute a gravidanze e parti in situazioni di emergenza e in paesi a rischio. La violenza di genere continua a esigere un pesante tributo di brutalità, a devastare vite umane, a distruggere ogni prospettiva di pace e di ripresa.

Dobbiamo, insieme, trasformare gli interventi umanitari mettendo al centro delle nostre priori-

tà la salute e i diritti delle donne e delle ragazze; contemporaneamente dobbiamo investire sempre di più nelle istituzioni e nelle azioni volte a costruire il capitale umano e la capacità di *agency* di adolescenti e donne, nonché le capacità di recupero delle comunità locali e degli Stati, cosicché, al presentarsi di una nuova crisi, le devastazioni e gli esodi possano essere ridotti al minimo, accelerando la ripresa.

UNFPA ribadisce il suo impegno per un effettivo e completo rispetto della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi di tutte le donne e ragazze, ovunque vivano e in qualsiasi situazione si trovino, di crisi o meno, in ogni momento. Il numero spropositato di conflitti e distruzioni da cui siamo circondati significa che oggi una percentuale sempre più ingente dei servizi forniti da UNFPA

viene erogata in situazioni di emergenza. Quando donne e ragazze hanno la possibilità di accedere a servizi di salute sessuale e riproduttiva, unitamente a diversi programmi umanitari, esplicitamente rivolti alla gestione delle disuguaglianze, i benefici degli interventi crescono in misura esponenziale, consentendo di superare le fasi più acute della crisi per approdare a un futuro in cui paesi e comunità si ricostruiscono, e gli abitanti possono riprendere in mano la propria esistenza.

Dobbiamo combattere insieme per un mondo in cui donne e ragazze non siano più svantaggiate da tanti punti di vista, ma godano delle stesse possibilità di realizzare appieno il loro potenziale e di contribuire allo sviluppo e alla stabilità delle comunità e dei paesi a cui appartengono – prima, durante e dopo un'emergenza.



Dr. Babatunde Osotimehin

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

Foto © UNFPA/Nezih Tavlas

Introduzione

Le persone che hanno visto la propria esistenza sconvolta da una crisi sono più di un miliardo in tutto il mondo. Guerre, instabilità politica, epidemie e catastrofi naturali si sono lasciate alle spalle una lunga scia di caos e devastazioni.

In questo momento ci sono più persone costrette a fuggire da un'emergenza di quante ne abbia viste il mondo dopo il cataclisma del secondo conflitto mondiale: si calcola che i rifugiati siano 59,5 milioni. Le catastrofi naturali riguardano ormai 200 milioni di persone ogni anno. Per alcuni la crisi è temporanea. Per altri può durare tutta la vita. I rifugiati trascorrono in media 20 anni lontani da casa.

Gravidanze e parti rappresentano per donne e ragazze un pericolo ulteriore nelle situazioni di conflitto e di emergenza. Il sessanta per cento delle morti materne che potrebbero essere prevenibili si verificano tra le donne che cercano di sopravvivere in una situazione di conflitto, disastro naturale o sfollamento.

Sottoscrivendo una serie di accordi internazionali, il mondo ha affermato i diritti di donne e ragazze alla

salute sessuale e riproduttiva; una promessa che implica la tutela e l'attuazione di questi diritti in qualsiasi situazione e circostanza. Le crisi umanitarie non riducono tale responsabilità, mantenere l'impegno significa garantire a donne e ragazze l'accesso a servizi completi prima, durante e dopo l'emergenza. Quel che è necessario, in molti paesi colpiti da una crisi, è un incremento di impegno e azione.

In un mondo più fragile, donne e ragazze pagano un prezzo spropositato

Molti paesi sono considerati oggi, in base a diversi criteri di misura, più fragili di cinque o sei anni fa, dunque più vulnerabili ai conflitti o alle conseguenze di qualche catastrofe. A rendere più deboli persone e paesi contribuiscono numerosi fattori. Il primo è la povertà: oltre



RISCHIO

Foto © UNFPA/Sawiche Warnunza



un miliardo di persone vive ancora oggi in condizioni di povertà estrema. Questo costringe non solo i singoli ma intere popolazioni in una posizione così bassa nella scala dello sviluppo da rendere l'inizio della ripresa un sogno irrealizzabile; implica l'impossibilità di trovare un lavoro dignitoso e di accedere a servizi di buon livello qualitativo.

Un altro fattore è di tipo geografico. Alcuni paesi si trovano esposti a catastrofi naturali, che stanno aumentando in misura drammatica per numero e gravità a causa dei cambiamenti climatici. Livelli record di urbanizzazione comportano un incremento del rischio per gli abitanti delle città, soprattutto per i più poveri che spesso vivono in insediamenti informali, in costruzioni instabili e in aree pericolose, come le pendici di alture tendenti a frane e smottamenti.


Per le donne e le ragazze, ad aggravare questi e altri fattori intervengono anche la discriminazione e la disuguaglianza di genere. Innanzitutto donne e adolescenti hanno sempre un po' meno di qualsiasi cosa: reddito,

terreni e altri beni, accessibilità ai servizi per la salute, all'istruzione e alle reti di solidarietà sociale, possibilità di avere voce in politica, pari tutela davanti alla legge, far valere i propri diritti umani fondamentali.

Quando si scatena un'emergenza si trovano dunque svantaggiate in modo sproporzionato, meno preparate o attrezzate per sopravvivere o per riprendersi. Durante e dopo una crisi di qualsiasi entità, spesso la violenza di genere conosce un'impennata e può anche essere usata come arma di guerra.

Nelle emergenze, donne e ragazze sono molto più svantaggiate, meno preparate e attrezzate a sopravvivere e a riprendersi.

DONNE E RAGAZZE SONO ENORMEMENTE SVANTAGGIATE



Oltre
100 MILIONI
di persone hanno bisogno
di assistenza umanitaria,
**UN QUARTO SONO
DONNE E RAGAZZE
TRA I 15 E
I 49 ANNI.**

Con un rischio molto maggiore di:

- infezioni sessualmente trasmissibili, incluso l'HIV
- gravidanze indesiderate e non programmate
- mortalità e morbidità materna
- violenza sessuale e di genere

Le estreme difficoltà economiche, prodotte da catastrofi e conflitti, a volte possono indurre le donne a prostituirsi o le rendono più vulnerabili al traffico di esseri umani. La mancanza dei servizi basilari per la salute sessuale e riproduttiva fa sì che partorire in una situazione di emergenza diventi un pericolo potenzialmente letale, soprattutto per le adolescenti.

Tutti questi rischi hanno una causa in comune: il mancato rispetto dei diritti umani di tutte le persone senza distinzioni di sesso, età o altro. Di questi diritti fanno parte anche i diritti riproduttivi, riconosciuti nel 1994 da 179 governi, durante la conferenza del Cairo su popolazione e sviluppo, conclusa con un rivoluzionario Programma d'Azione che guida tuttora il lavoro del Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione (UNFPA).

L'accesso di donne e ragazze alla salute sessuale e riproduttiva è ostacolato prima, durante e dopo le emergenze

Si calcola che, degli oltre 100 milioni di persone che nel 2015 hanno avuto bisogno di interventi umanitari,

almeno un quarto siano donne e adolescenti in età fertile. Gli aiuti che non riescono a rispondere a tutte le loro esigenze, comprese quelle specifiche legate al genere e all'età, non si possono certo considerare efficaci.

Ad oggi, l'erogazione di aiuti volti a rispondere alle necessità di salute sessuale e riproduttiva non copre la domanda. Nell'ultimo decennio si sono fatti notevoli progressi per attivare servizi umanitari specificamente mirati, ma restano ancora enormi divari, sia nelle azioni che nei finanziamenti.

Disuguaglianza di genere e discriminazioni – in base al sesso, all'età o ad altri fattori – sono tra le cause ed emergono persino nelle risposte umanitarie meglio intenzionate. Gli interventi che non tengono conto delle diverse modalità con cui disastri e conflitti possono colpire gruppi differenti, rischiano di perpetuare le disuguaglianze: ad esempio, quando si forniscono servizi di emergenza per la salute in generale, ma non per gravidanza, parto o contraccezione, si lasciano le donne e le ragazze, che già versano in condizioni svantaggiate, in situazioni ancora più precarie.

Nelle prime, convulse fasi di un'emergenza, le necessità più urgenti sembrano riguardare il cibo, gli al-



RISPOSTA

Foto © Panos/Chris de Bode



loggi e l'assistenza per i traumi fisici acuti, mentre si pensa che le discriminazioni legate al genere o ad altre cause possano essere rimandate a tempi più tranquilli. Questo approccio rischia di produrre una risposta incapace di cogliere la realtà dei fatti – come quei fattori che escludono donne e ragazze dai servizi di assistenza o che le rendono più vulnerabili alle violenze.

La mancanza di un'attenzione concertata è alimentata in parte dall'estrema penuria di dati disaggregati per sesso o per altri parametri, nonché dalla scarsa competenza in materia di genere tra il personale che porta i primi soccorsi.

Considerando l'entità delle crisi attuali, in corso in tutto il mondo, e tenuto conto dell'identità delle persone coinvolte, è tempo di trasformare tale approccio convenzionale per adottarne uno che tenga conto delle diversità nelle popolazioni colpite dalle emergenze, per ridurre i rischi, accelerare la ripresa e promuovere la capacità di resilienza e recupero.

Mettere la salute sessuale e riproduttiva al centro dell'intervento umanitario

Fino a 20 anni fa, negli interventi umanitari la salute

Nell'ultimo decennio si sono fatti notevoli progressi nei servizi umanitari rivolti a donne e ragazze. Tuttavia il divario è ancora ampio sia nelle azioni che nei finanziamenti.

sessuale e riproduttiva era relegata ai margini, dopo priorità come l'acqua, il cibo e l'alloggio. A partire dai primi anni novanta, molte ricerche e dati hanno contribuito a dare maggiore visibilità alla salute di donne e ragazze. Oggi sono diversi gli interventi umanitari che rispondono alle esigenze in caso di gravidanza e parto, cercando di prevenire o affrontare le principali vulnerabilità in tema di violenza sessuale o di genere e le infezioni sessualmente trasmissibili come l'HIV.

Non solo è ampiamente accettato che rispondere a tali bisogni è un imperativo umanitario, nonché

AZIONI E SERVIZI ESSENZIALI ALL'INIZIO DI UNA CRISI

SERVIZI PRIORITARI

- assistenza ostetrica e neonatale d'emergenza
- sistema di riferimento per le emergenze ostetriche
- attrezzature per partorire in condizioni sicure e igieniche
- contraccezione
- preservativi
- farmaci anti-retrovirali
- assistenza medica per le vittime di stupro

OBIETTIVI



Prevenzione della mortalità materna e infantile



Riduzione del contagio da HIV



Prevenzione e gestione delle conseguenze delle violenze sessuali

una questione di tutela e rispetto dei diritti umani, ma è sempre più chiaro che garantire l'accesso alla salute sessuale e riproduttiva è una via che porta al ritorno alla normalità, alla riduzione dei rischi e alla capacità di recupero e di resilienza. I benefici si estendono non solo alle dirette interessate ma anche alle comunità di riferimento. Quando le donne possono accedere all'assistenza per la salute sessuale e riproduttiva e a programmi specifici mirati a gestire le disuguaglianze, gli effetti positivi influenzano l'intero intervento umanitario.

La non sostenibilità dei finanziamenti richiede un rinnovamento dell'azione umanitaria

Le azioni umanitarie sono in gran parte coordinate e gestite da importanti attori internazionali come le Nazioni Unite, finanziate tradizionalmente da Stati donatori, membri dell'Organizzazione per la Cooperazione economica e lo sviluppo (OCSE); tuttavia, altri paesi e fondazioni private stanno iniziando a svolgere un ruolo rilevante. La domanda di aiuti umanitari è andata crescendo di anno in anno a partire dal

È indispensabile uno spostamento fondamentale di prospettiva: anziché rispondere a catastrofi e conflitti nel momento in cui avvengono, e che a volte si trascinano per decenni prima di risolversi, puntare alla prevenzione, preparazione e costruzione di risorse per individui e comunità, in modo che siano in grado di resistere e riprendersi.

2011, ma i fondi non sono cresciuti allo stesso ritmo, generando un divario senza precedenti che si traduce in risposte inadeguate o insufficienti per milioni di persone in condizioni disperate.

RESILIENZA

Foto © UNFPA/Ben Manser



Il divario tra domanda e finanziamenti mostra come la situazione attuale sia insostenibile, così come lo è un approccio agli interventi umanitari che prevede di lasciare le cose come sono ora.

Le crisi continueranno a riproporsi e le necessità urgenti avranno sempre bisogno di una risposta. Si impone un cambiamento fondamentale: passare dalla mera reazione a catastrofi e conflitti nel momento in cui esplodono e per il tempo che si protraggono, spesso decenni, all'adozione di un'ottica di prevenzione, preparazione ed empowerment dei singoli e delle comunità; per migliorare la loro capacità di resistere, reagire e tornare alla normalità.

Spostare l'ago della bilancia da reazione e risposta verso preparazione, prevenzione e resilienza

Dobbiamo pensare ad un mondo meno vulnerabile e con maggiori capacità di recupero. Un pianeta in cui lo sviluppo, a livello nazionale e transnazionale, sia davvero inclusivo ed equo, capace di tutelare i diritti di ogni persona. In cui donne e ragazze non siano più svantaggiate da innumerevoli punti di vi-

sta, ma godano delle stesse possibilità di realizzare appieno il loro potenziale, contribuendo così allo sviluppo e alla stabilità delle società e degli Stati in cui vivono.

In questo mondo, ogni paese dovrebbe poter gestire la propria economia e la propria politica in modo da garantire a tutti la possibilità di avere un lavoro dignitoso e servizi essenziali di qualità, compresi quelli per la salute sessuale e riproduttiva. Chi stabilisce le direttive politiche dovrebbe avere chiara consapevolezza che investire in uno sviluppo equo e inclusivo è la scelta migliore, sicuramente la più giusta e umana, che possa essere messa in atto. Tra i benefici nel lungo periodo c'è la riduzione del rischio e delle conseguenze di un'eventuale emergenza.

Rendere il mondo più reattivo e meno vulnerabile dipende anche dal saper gestire il rischio e da istituzioni che abbiano già a disposizione sufficienti risorse per affrontare una crisi esplosa. I rischi vanno innanzitutto compresi nella loro totalità: soltanto così sarà possibile investire nelle misure necessarie per ridurli.

Per quei pericoli che non è possibile scongiurare totalmente, una preparazione proattiva è di impor-

PREVENZIONE, PREPARAZIONE ED EMPOWERMENT



Miglior gestione del rischio



Colmare la disuguaglianza di genere



Favorire la capacità di resilienza dei singoli, attraverso l'istruzione e la salute



Potenziare le risorse delle istituzioni prima che si verifichi un'emergenza



Garantire la salute e i diritti sessuali e riproduttivi



Adoperarsi per uno sviluppo a lungo termine inclusivo ed equo per tutti

tanza cruciale per limitare le conseguenze più gravi. Una strategia fondamentale nel ridurre i rischi, a prescindere dal paese, è quella di fare in modo che le persone siano resilienti di fronte alle difficoltà. Persone sane, istruite, che dispongono di un reddito adeguato e godono appieno dei diritti umani hanno pro-

Finché la disuguaglianza e la mancanza di pari opportunità continueranno a ostacolare i diritti, le capacità e le opportunità, donne e adolescenti resteranno nel novero di coloro che hanno più necessità di assistenza umanitaria e sono meno capaci di resilienza e recupero.

spettive nettamente migliori quando il pericolo diventa realtà.

Spezzare il circolo vizioso di discriminazione e disuguaglianza

Una delle aree meno resilienti è attualmente rappresentata da donne e ragazze, nonché dalle istituzioni che se ne occupano. Finché la disuguaglianza e la mancanza di pari opportunità continueranno a ostacolare l'esercizio di diritti, capacità e possibilità, donne e adolescenti resteranno nel novero di coloro che hanno più necessità di assistenza umanitaria e sono meno capaci di resilienza e recupero e poter contribuire al risanamento.

La trasformazione può iniziare, in parte, anche all'indomani di un'emergenza, ma questo dipende in gran parte dalla risposta immediata. Se questa si limita a replicare i modelli discriminatori esistenti, per esempio non fornendo servizi di qualità per la salute sessuale e riproduttiva fin dai primi interventi, non ci sarà la forza necessaria e la trasformazione è destinata al fallimento anche sul



PASSI AVANTI

Foto © Panos/Sven Torfinn



piano dell'efficacia e della tutela dei diritti umani. Ogni questione umanitaria implica una prospettiva di genere, poiché uomini e donne, ragazze e ragazzi fanno esperienza del mondo in modi decisamente differenti. Ogni intervento umanitario deve riconoscere e rispondere a tali differenze, correggendo attivamente eventuali disparità.

Laddove possibile, l'assistenza umanitaria dovrebbe sfidare le forme di discriminazione esistenti, per esempio fornendo servizi completi per le vittime della violenza di genere; coinvolgendo uomini e ragazzi per favorire l'accettazione di nuove norme sociali, come quelle riguardanti i diritti impliciti delle donne e la risoluzione pacifica dei contrasti.

Abbatte la divisione artificiosa tra azione umanitaria e sviluppo

La quantità di emergenze e di crisi nel mondo attuale esige da noi maggiore impegno. Abbiamo bisogno di uno sviluppo efficace, di interventi umanitari di qualità, migliore gestione del rischio, attenzione a prevenzione, preparazione e capacità di reazione, collegando meglio tra loro queste priori-

tà che presentano tutte un comune denominatore: l'attenzione alle questioni di genere e all'uguaglianza, conseguita anche grazie alla piena consapevolezza dei diritti sessuali e riproduttivi, porta individui e intere società ad essere meno vulnerabili e a sviluppare una capacità di recupero molto più efficace.

La distinzione tra risposta umanitaria e sviluppo è una falsa dicotomia. L'azione umanitaria deve porre le fondamenta per uno sviluppo a lungo termine. Uno sviluppo da cui tutti traggono benefici, grazie al quale tutti esercitano i propri diritti, compresi quelli riproduttivi, può aiutare singoli, istituzioni e comunità ad affrontare un'emergenza, contribuendo a una più rapida ripresa.

Uno sviluppo che sia equo, inclusivo e fondato sui diritti, e che favorisca la resilienza, può in molti casi evitare il ricorso agli interventi umanitari. Con l'avvio dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile, e con l'avvicinarsi del Summit Umanitario Mondiale del 2016, è giunto il momento di agire sulla base di questa consapevolezza per ripensare gli interventi umanitari e mettere al centro la salute e i diritti di donne e ragazze.

UNA NUOVA VISIONE DELL'AZIONE UMANITARIA



L'insieme degli elementi che compongono le azioni umanitarie, quali la prima risposta, la resilienza e lo sviluppo, ha al centro la salute e i diritti sessuali e riproduttivi

Un mondo fragile

Le catastrofi naturali, in particolare inondazioni e tempeste, si verificano oggi con una frequenza doppia rispetto a 25 anni fa. I conflitti, in particolare quelli interni ai confini nazionali, spingono milioni di persone ad allontanarsi dalle loro case.

Guerre, violenze, instabilità politica, povertà estrema e vulnerabilità ai disastri naturali sono condizioni profondamente interdipendenti che tuttora impediscono a più di un miliardo di persone di godere dei significativi progressi sociali ed economici conseguiti dalla Seconda guerra mondiale ad oggi.

Quando non c'è più tempo: rispondere alle esigenze basilari delle donne incinte che si spostano



Ashur con la famiglia, Gevgelija.

Foto © UNFPA/Nake Batev

“Ero incinta di tre mesi, preoccupata per le conseguenze che il viaggio poteva avere per il bambino, ma non avevo scelta. Dovevamo partire”, dice Leyla Ashur, una delle poche centinaia di siriani che, in un giorno di agosto, è riuscita a entrare nella ex Repubblica Jugoslava di Macedonia, passando attraverso la Grecia.

Leyla Ashur, 35 anni, è fuggita nel 2012 dalla cittadina siriana di Dayr Az-Zawr, insieme al marito e ai quattro figli. La famiglia ha vissuto in Iraq per circa un anno ma la paura delle violenze perpetrate dall'auto-proclamatosi Stato Islamico in Iraq e nel Levante, l'ISIL, li ha spinti ad attraversare un altro confine per passare in Turchia, dove sono rimasti tre anni finché la situazione non si è fatta insostenibile. La donna racconta

che non temevano solo l'escalation di violenza lungo il confine, ma si sentivano anche sfruttati e sgraditi nel luogo che li ospitava.

“Quando le persone capivano che eravamo siriani ci triplicavano l'affitto” racconta Leyla, “e non facevano che dirci 'Andatevene, andate via'.”

Così la famiglia di sei persone, con pochi averi stipati negli zaini, si è messa in cammino attraverso la Turchia. Nei 10 giorni di viaggio hanno riposato pochissimo e mangiato ancora meno. “Nessuno ci ha aiutato” sottolinea la donna.

Arrivati nella città costiera turca di Bodrum, gli Ashur, insieme a un'altra ventina di persone, hanno versato



10.000 euro a uno scafista per attraversare l'Esodo su un gommone, approdando infine all'isola greca di Los. Da qui sono arrivati nella ex Repubblica Jugoslava di Macedonia. Dalla città meridionale di Gevgelija, Leyla e i suoi hanno percorso l'ultimo tratto del viaggio verso nord, con l'intento di attraversare Serbia e Ungheria per arrivare fino in Belgio, dove abita la sorella del marito. "Arriveremo a destinazione, o moriremo lungo la strada".

Mentre la gran parte della gente si accalava sui treni e sui pullman, o semplicemente percorreva a piedi i 178 chilometri fino al confine settentrionale di Kumanovo, Leyla e la sua famiglia sono riusciti, pagando 100 euro, a salire su un taxi. I due bambini più piccoli salutavano dal finestrino.

I siriani come Leyla Ashur e la sua famiglia costituiscono circa l'80 per cento di quanti attraversano il paese. Afgani e iracheni rappresentano ciascuno un altro 5 per cento. Il resto proviene da Pakistan, Somalia, Palestina e da cinque diversi paesi dell'Africa sub-sahariana.

Tra giugno e agosto 2015, una media di 700 rifugiati e migranti ha seguito ogni giorno lo stesso itinerario, attraverso l'ex Repubblica jugoslava di Macedonia verso l'Europa settentrionale. Circa un quarto sono donne e circa il 6 per cento di queste, in media, è incinta.

In molte di queste ultime hanno problemi di salute causati dalle lunghe distanze percorse a piedi sotto il sole, dall'alimentazione inadeguata, dalla disidratazione e dalla mancanza di servizi

igienici, tutti elementi che possono provocare complicazioni e anche aborti. Diverse donne hanno subito traumi, dice Suzana Paunovska della Croce Rossa di Skopje, la capitale macedone. "Lo vedi subito, guardandole in faccia."

A giugno il governo macedone ha dichiarato che rifugiati e migranti potevano accedere all'assistenza medica gratuita, compresi i servizi di ostetricia e ginecologia, negli ambulatori e negli ospedali pubblici, compreso quello di Gevgelija. Ma poiché rifugiati e migranti devono affrettarsi per raggiungere il confine con la Serbia, entro le 72 ore concesse dal governo per il transito, la maggior parte sceglie di non avvalersi di tali servizi per non perdere i pochi treni e pullman diretti a nord. Le donne incinte ricorrono a tali servizi solo se sono rapidi

I nostro mondo è percorso da un parossismo di brutalità, instabilità e sommovimenti come non accadeva dalla fine del secondo conflitto mondiale. Negli ultimi due decenni, le catastrofi naturali, comprese quelle legate a fenomeni atmosferici di estrema violenza, hanno sconvolto l'esistenza di milioni di persone. Oggi le situazioni di crisi, inclusi gli spostamenti in massa di persone che fuggono da situazioni di povertà estrema e da conflitti, sono sempre più evidenti. Intere aree del pianeta versano nel caos e, in un mondo sempre più interconnesso, anche chi vive in regioni stabili si sente meno sicuro di un tempo.

Molte emergenze si protraggono per decenni senza che si profili una reale soluzione. I rifugiati restano lontani dalle loro case per una media di 20 anni, senza riuscire a trovare soluzioni durevoli o forme di sostentamento regolare. In alcuni casi le crisi sono durate per generazioni (Milner e Loescher, 2011).

Ogni emergenza, che si origini da una guerra o da un'epidemia mortale, da un terremoto o da un'inondazione, porta con sé enormi problemi per la salute,

la sicurezza, il sostentamento e i diritti dei singoli, delle famiglie e delle comunità.

I conflitti attuali, le devastazioni naturali, l'instabilità e la vulnerabilità ambientale ed economica hanno originato una domanda senza precedenti di azioni umanitarie da parte di governi, società civile e organizzazioni internazionali.

Inondazioni e tempeste: i disastri naturali più frequenti

Dal 1980 al 2000 il numero delle catastrofi naturali è triplicato; in seguito si è registrata una leggera diminuzione, ma secondo i dati del CRED (Centre for Research on Epidemiology of Disasters) è comunque il doppio rispetto a 25 anni fa.

Quasi ogni anno si verificano da una a tre calamità su larga scala, con un numero di vittime maggiore rispetto ad altri eventi. Nei decenni che si sono succeduti, ci sono state una o due catastrofi così notevoli e scioccanti per il mondo intero da venire etichettate come grandi-disastri.

e vicini agli snodi di transito sul confine, spiega Bojan Jovanovski che a Skopje è a capo dell'HERA (Health Education and Research Association)

Un giorno alla settimana l'HERA porta l'unico ambulatorio mobile di cui



Lidija Jovcevska

Foto © UNFPA/Nake Batev

dispone al confine con la Grecia, a poche centinaia di metri da Gevgelija: qui fornisce servizi ginecologici essenziali, veloci e gratuiti a rifugiate e migranti. UNFPA contribuisce alle spese operative.

Lidija Jovcevska, ostetrica e ginecologa, lavora a Kumanovo. Un giorno alla settimana opera come volontaria nell'ospedale mobile. Ogni giorno visita cinque o sei donne, che di solito vogliono sapere se il feto sta bene. Grazie all'ecografia è in grado di assicurare la maggior parte delle future madri, ma anche di informarle su potenziali complicazioni. Alcune, in viaggio da giorni se non da mesi, chiedono integratori vitaminici per avere qualche possibilità in più di partorire bambini sani. Per le infezioni vaginali e del tratto urinario, molto comuni,

Jovcevska prescrive antibiotici e altri farmaci. A volte, per i problemi più gravi che esigono delle cure ospedaliere, la dottoressa rinvia le pazienti all'ospedale più vicino, in grado di affrontare, oltre ai parti, anche le emergenze.

I rischi del viaggiare in condizioni così estreme e in stato di gravidanza, spiega Jovcevska, sono altissimi. "Avendo io stessa due figli, non riesco a capire come possano anche solo immaginare un'impresa del genere" commenta, pur riconoscendo la disperazione che muove tante di queste donne. "Una di loro, che ho visitato oggi, mi ha detto: 'se dovessi morire durante il viaggio, va bene lo stesso!'"

L'ambulatorio mobile fornisce anche contraccettivi, ma poche ne approfittano,

Per ogni persona che muore in un disastro, diverse centinaia sono colpite in vario modo e hanno necessità urgenti per sopravvivere, come cibo, acqua, alloggio, impianti igienici o assistenza medica. Le vittime di una catastrofe restano spesso senza casa e mezzi di sussistenza, separate dalla famiglia, con patologie o invalidità permanenti o ridotte prospettive di reddito, lontane dalle comunità di origine.

Pur controllando l'aumento della popolazione, oggi la probabilità di dover sfollare in seguito a un disastro è superiore del 60% rispetto a quarant'anni fa. Facendo la media degli ultimi vent'anni, ogni anno si sono verificati 340 disastri, con 67.500 vittime e 200 milioni di persone colpite.

Secondo i dati EM-DAT del CRED, nel periodo 1994-2014 si è trattato, nel 43 per cento dei casi, di inondazioni che hanno colpito complessivamente

quasi 2,5 miliardi di persone. Le tempeste, la seconda calamità per frequenza, hanno ucciso in totale oltre 244.000 persone e fatto danni evidenti per 936 miliardi di dollari negli anni presi in esame: la tipologia di disastro più costosa degli ultimi vent'anni e la seconda per numero di vittime.

I terremoti (inclusi gli tsunami) hanno fatto più morti di tutte le altre calamità messe insieme, provocando 750.000 vittime tra il 1994 e il 2013. La sotto-categoria più letale è quella degli tsunami, con una media di 79 decessi ogni mille persone colpite, rispetto ai 4 su mille dei sismi tellurici. Ciò significa che gli tsunami sono quasi

20 volte più letali dei terremoti veri e propri.

Nello stesso ventennio 1994-2014 la siccità ha colpito oltre un miliardo di persone, pari a un quarto di tutte quelle coinvolte in un disastro naturale, benché rappresentino appena il 5 per cento degli eventi cata-



Per ogni persona che muore in un disastro, diverse centinaia sono colpite in vario modo e hanno necessità urgenti per sopravvivere, come cibo, acqua, alloggio, impianti igienici o assistenza medica.

dice Vesna Matevska, coordinatrice di programma per HERA.

Le rifugiate e le migranti che incontra sono tendenzialmente molto riservate, riluttanti a chiedere o ad accettare preservativi o pillola, malgrado siano gratuiti e distribuiti da operatori che non giudicano in alcun modo. Questo senso della privacy, dice Matevska, unito alle barriere linguistiche, rende ancora più difficile per molte donne raccontare o denunciare le violenze di genere.

Oltre ai servizi erogati dalle organizzazioni non governative e dal ministero della salute macedone, altri sono offerti a livello informale da singoli volontari come Lence Zdravkin, 48 anni, che si definisce un'attivista e dichiara di aver aiutato centinaia di donne

incinte, dirette a piedi verso nord, per raggiungere il confine serbo.

Fino a giugno 2015 era vietato a rifugiati e migranti utilizzare treni, pullman o taxi: la maggioranza si rassegnava a camminare, di solito seguendo la linea ferroviaria che passa a 10 metri dalla casa di Lence Zdravkin. Così la donna ha iniziato a offrire loro cibo e acqua, poi ad aprire la sua casa alle persone più bisognose di riposo. Ha accompagnato diverse donne incinte all'ospedale locale per controlli o per curare i problemi di salute che insorgono inevitabilmente quando si cammina per giorni nella calura estiva.

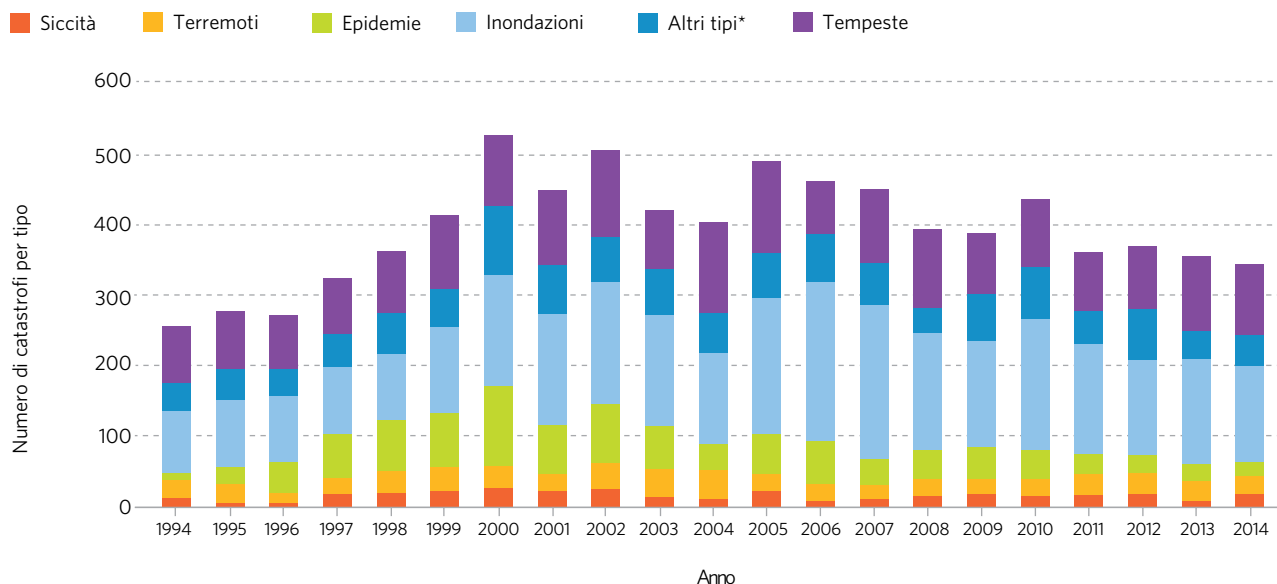
"Succedeva tutto proprio davanti a me" racconta Zdravkin. "Non potevo limitarmi a chiudere gli occhi."

Lence Zdravkin

Foto © UNFPA/Nake Batev

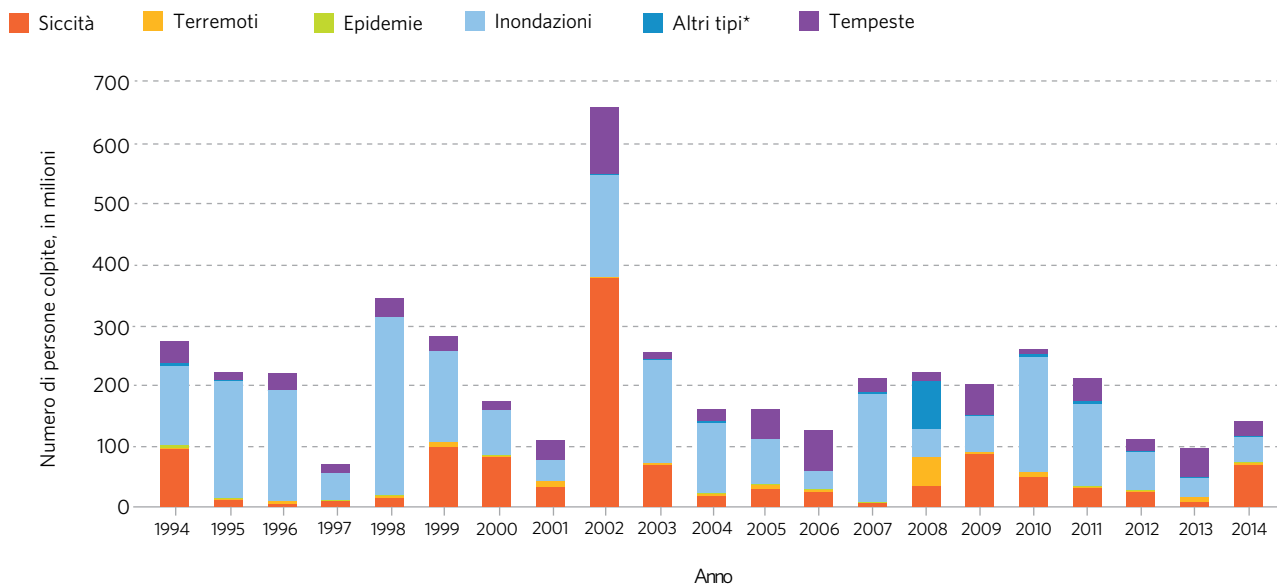


CATASTROFI NATURALI REGISTRATE IN TUTTO IL MONDO, PER TIPOLOGIA DAL 1994 AL 2014



*Comprese catastrofi come infestazioni di insetti, temperature estreme, frane, attività vulcaniche e grandi incendi.
(CREDES, 2015a)

NUMERO STIMATO DI PERSONE COLPITE DA CATASTROFI NATURALI, PER TIPOLOGIA DAL 1994 AL 2014



*Comprese catastrofi come infestazioni di insetti, temperature estreme, frane, attività vulcaniche e grandi incendi.
(CREDES, 2015a)

strofici. Circa il 41 per cento dei danni causati dalla siccità, nel periodo preso in esame, si sono verificati in Africa.

In termini assoluti, negli stessi venti anni Stati Uniti e Cina hanno registrato il maggior numero di catastrofi naturali, soprattutto a causa delle loro dimensioni, della grande diversità del territorio e dell'elevata densità di popolazione. Tra i continenti, è invece l'Asia a subire il peso maggiore, con 3,3 miliardi di persone coinvolte solo in India e in Cina. Se si calcola il numero di persone colpite su 100.000 abitanti, le nazioni più danneggiate – escludendo gli Stati costituiti da isole – sono state Eritrea e Mongolia. Il maggior numero di decessi, sia in termini assoluti che in rapporto alle dimensioni della popolazione, si è registrato ad Haiti in seguito al terremoto del 2010.

Sebbene negli ultimi venti anni la frequenza delle calamità naturali sia aumentata, il numero medio delle persone coinvolte in realtà è diminuito, passando da 1 su 23 tra il 1994 e il 2003 a circa 1 su 39 tra il 2004 e il 2014.

Mortalità e disastri nei paesi più poveri

I dati del CRED mostrano anche come i livelli di reddito incidano sul bilancio delle vittime delle catastrofi. In media, nei paesi a minor reddito si registra una mortalità per disastro (332 decessi) che è tripla rispetto a quelli ad alto reddito (105 decessi). Lo stesso schema si evidenzia accorpando i paesi a reddito basso e medio-basso e confrontandoli con quelli a reddito alto e medio-alto. Nel complesso, le nazioni a maggior reddito sono state colpite dal 56 per cento dei cataclismi, ma hanno avuto il 32 per cento di vittime, mentre quelle a minor reddito hanno registrato il 44 per cento dei disastri ma il 68 per cento dei decessi. Ciò dimostra che è il livello di sviluppo economico e non la vulnerabilità alle catastrofi naturali di per sé, il fattore determinante per la mortalità.



Le inondazioni hanno provocato il 43% delle catastrofi registrate tra il 1994 e il 2014, colpendo quasi **2,5 MILIARDI DI PERSONE**



La siccità ha colpito oltre **1 MILIARDO** di persone tra il 1994 e il 2014, ovvero circa **UNA PERSONA SU QUATTRO** tra quelle colpite da catastrofe naturale



TSUNAMI
79
VITTIME

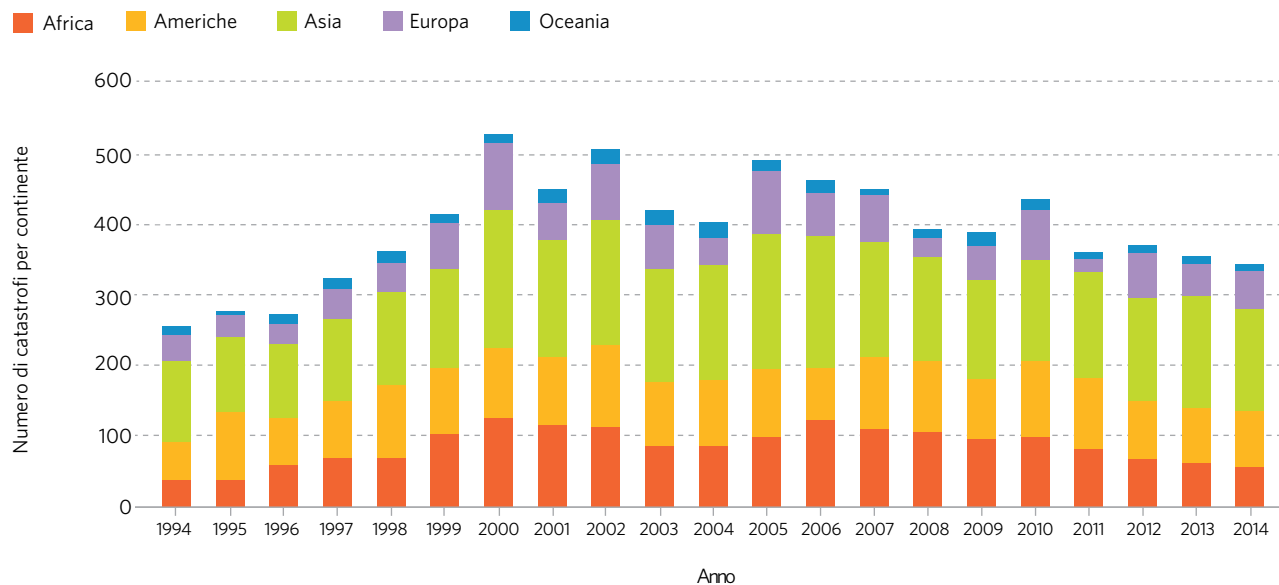


TERREMOTO
4
VITTIME

su
1.000 persone colpite

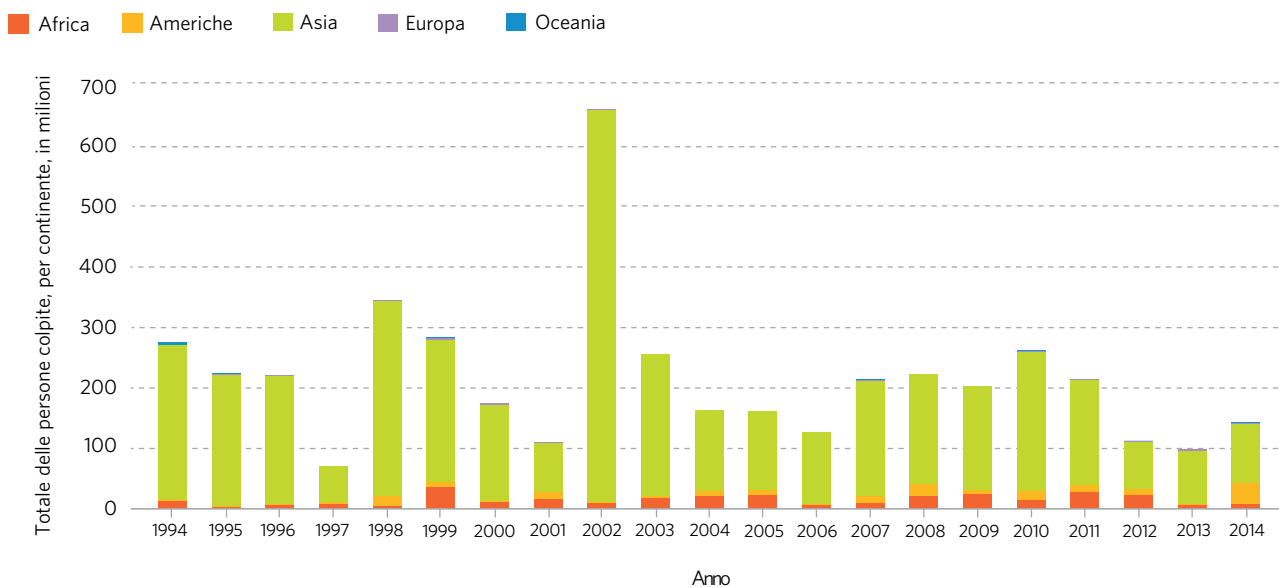
Negli ultimi 20 anni gli tsunami sono stati quasi **20 VOLTE** più letali dei terremoti

CATASTROFI NATURALI REGISTRATE, PER REGIONE DAL 1994 AL 2014



(CRED, 2015a)

NUMERO STIMATO DI PERSONE COLPITE DA CATASTROFI NATURALI, PER REGIONE DAL 1994 AL 2014



(CRED, 2015a)

L'aumento dei conflitti intra-nazionali fa salire il bilancio delle vittime civili

La Seconda guerra mondiale, il più esteso conflitto dell'era moderna, resta l'evento di riferimento per le distruzioni di massa. Circa il 3 per cento della popolazione mondiale perse la vita in seguito al conflitto, al suo preludio o alle sue immediate conseguenze, coinvolgendo complessivamente oltre un terzo dell'umanità. Ciò significa che, per ogni decesso, altre 10 vite sono state profondamente devastate.

Da allora, il numero dei conflitti internazionali è molto diminuito, ma negli anni Cinquanta e Sessanta le guerre civili, i conflitti entro i confini nazionali e quelli post-coloniali sono aumentati.

L'aumento dei conflitti intra-nazionali e la diminuzione delle guerre internazionali contribuisce a spiegare l'aumento delle vittime civili e la diminuzione di quelle militari. Qualsiasi guerra, che si svolga all'interno o fuori dei confini nazionali, produce invariabilmente conseguenze terribili sulla vita di molte persone, anche per via dell'insicurezza e dell'incertezza croniche che a loro volta incidono sulla qualità della vita, sulla coesione sociale, sulla possibilità di percepire un reddito, sui diritti e sul potenziale sviluppo di ciascuno.

Alla fine della Seconda guerra mondiale, 940 milioni di persone – il 40 per cento della popolazione mondiale – vivevano in zone interessate da un conflitto. Nel 1956 questa cifra è scesa drasticamente a 210 milioni, pari all'8 per cento della popolazione mondiale. In seguito la percentuale ha ricominciato a crescere, raggiungendo attualmente circa un miliardo di persone (Garfield et al., 2012).

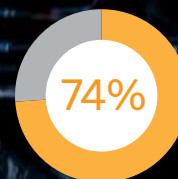
Le vittime dirette dei conflitti sono in media 168.100 ogni anno

Il numero dei morti è uno degli indicatori dell'intensità o delle dimensioni di un conflitto. Un'intera generazione di ricercatori ha cercato di stabilire una stima valida del numero di persone uccise in guerra. Ma si tratta di un calcolo particolarmente complica-



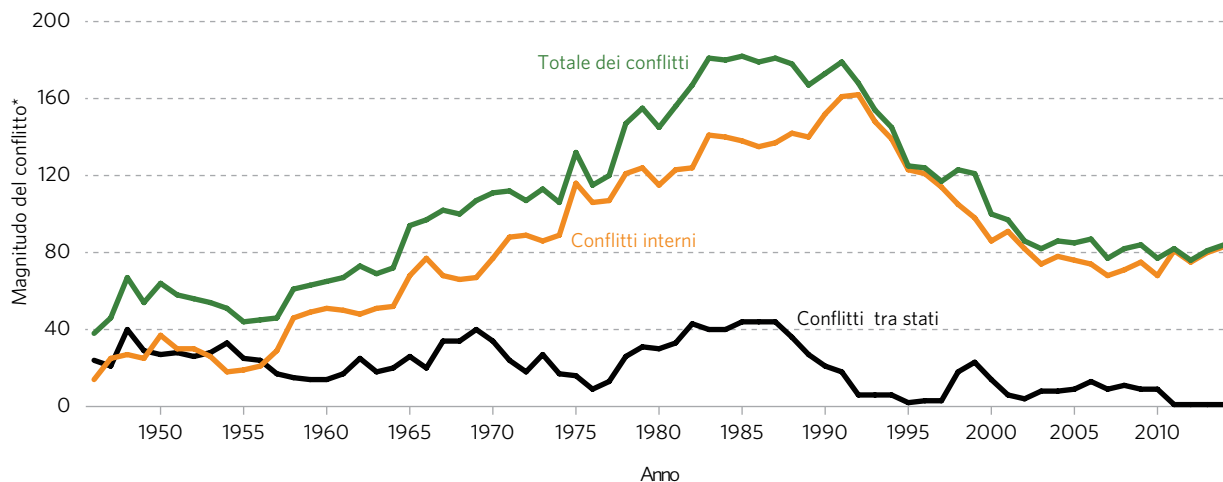
Oggi circa **UN TERZO**
dei rifugiati risiede in un campo.
Due rifugiati su tre vivono
nelle aree urbane

Oggi **1 MILIARDO DI**
PERSONE, ovvero circa
il 14% della popolazione
mondiale, vive in aree
coinvolte in un conflitto



Il 74% delle morti causate
direttamente da un conflitto,
tra il 1989 e il 2008, è
avvenuto in Africa centrale,
Africa orientale, Medio Oriente
e Africa settentrionale, Asia
meridionale

TENDENZE MONDIALI NEI CONFLITTI ARMATI DAL 1946 AL 2014

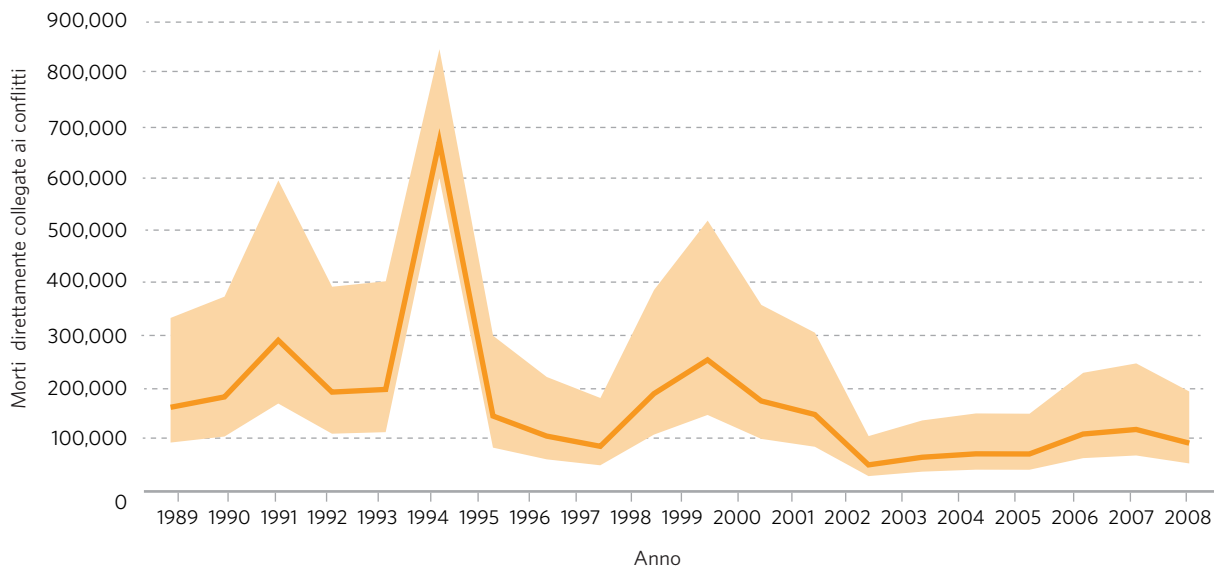


(Center for Systemic Peace, 2015)

* La magnitudo di un conflitto si misura in base agli effetti complessivi sullo Stato o sugli Stati direttamente coinvolti, compreso il numero di combattenti e vittime, aree interessate, popolazione sfollata e dimensioni dei danni alle infrastrutture.

MORTI COLLEGATE DIRETTAMENTE AI CONFLITTI

■ Stime normalizzate massime e minime ■ Stime normalizzate



(Garfield and Blore, 2009)

CONSEGUENZE DEI CONFLITTI SU DONNE E UOMINI

I dati disaggregati per sesso relativi ai conflitti sono pochi e, quando ci sono, spesso non sono attendibili. Tuttavia alcuni dati raccolti in territori specifici e circoscritti permettono di dedurre che gli uomini hanno probabilità molto maggiori di morire direttamente e nel corso di un conflitto, mentre le donne muoiono o restano colpite maggiormente per cause indirette dopo la fine della guerra (Ormhaug, 2009). Tutte le stime sulle vittime dirette suggeriscono che oltre il 90% delle vittime sono uomini giovani (Cummings et al., senza data).

	CONSEGUENZE DIRETTE	CONSEGUENZE INDIRETTE
UOMINI	<ul style="list-style-type: none">• Percentuali più elevate di morbilità e mortalità in guerra• Maggiori probabilità di essere prigionieri o dispersi• Violenza sessuale e di genere: massacri selettivi per sesso; coscrizioni o reclutamenti forzati; soggetti a torture, stupri e mutilazioni; costretti a commettere violenze sessuali su altre persone• Percentuali più elevate di disabilità in seguito a ferite	<ul style="list-style-type: none">• Rischio di coinvolgimento degli ex-combattenti in attività criminali o illegali e difficoltà a trovare lavoro e mezzi di sostentamento• Aumentata diffusione di altre forme di violenza – soprattutto violenza domestica
UOMINI E DONNE	<ul style="list-style-type: none">• Depressione, traumi e stress emotivi	<ul style="list-style-type: none">• Perdita di beni materiali e di reddito• Aumentata tendenza alla migrazione• Distruzione del normale andamento di matrimoni e fertilità• Perdita delle reti familiari e sociali, e degli inerenti meccanismi di sicurezza• Interruzione degli studi• Riduzione del benessere, in particolare problemi di salute e handicap derivanti da povertà e malnutrizione
DONNE	<ul style="list-style-type: none">• Maggiori probabilità di essere sfollate e rifugiate• Violenze di genere: stupri, tratta e prostituzione; gravidanze e matrimoni forzati	<ul style="list-style-type: none">• Problemi di salute riproduttiva• Ruoli riproduttivi e di cura in situazioni di stress• Mutata partecipazione al mercato del lavoro, a causa della morte di familiari e effetto lavoratore aggiunto ("<i>added worker effect</i>")• Maggior incidenza di violenza domestica• Possibilità di maggiore partecipazione politica• Incremento partecipazione economica grazie ai cambiamenti dei ruoli di genere durante un conflitto

(Anderlini, 2010)

to, perché sempre più spesso i conflitti si combattono tra eserciti non regolari, in regioni isolate e spesso in paesi in cui le istituzioni non sono attrezzate per il computo accurato delle vittime.

Tra il 1989 e il 2008 si calcola che il totale dei decessi causati direttamente da un conflitto sia stato di 3.362.000, cioè una media di 168.100 morti all'anno (Garfield R., Blore J., 2009). Il 74% dei decessi si è verificato in Africa centrale, Africa orientale, Medio Oriente, Africa settentrionale e Asia meridionale.

Dopo il 2008, l'escalation dei conflitti in Medio Oriente ha portato il numero delle vittime causate direttamente da una guerra a oltre 200.000 all'anno (Price, 2014). Nel 2012, ogni cinque decessi in battaglia avvenuti nel mondo, due si sono verificati in Siria.

Inoltre, il numero di persone morte a causa di una guerra, ma non direttamente coinvolte in qualche combattimento, è molto maggiore delle vittime dirette: in alcuni paesi la proporzione è di tre a uno. Gran parte di queste morti indirette avviene nei paesi a basso reddito, dove ai civili più vulnerabili è impe-

dito l'accesso a vaccinazioni, nutrizione infantile, acqua potabile.

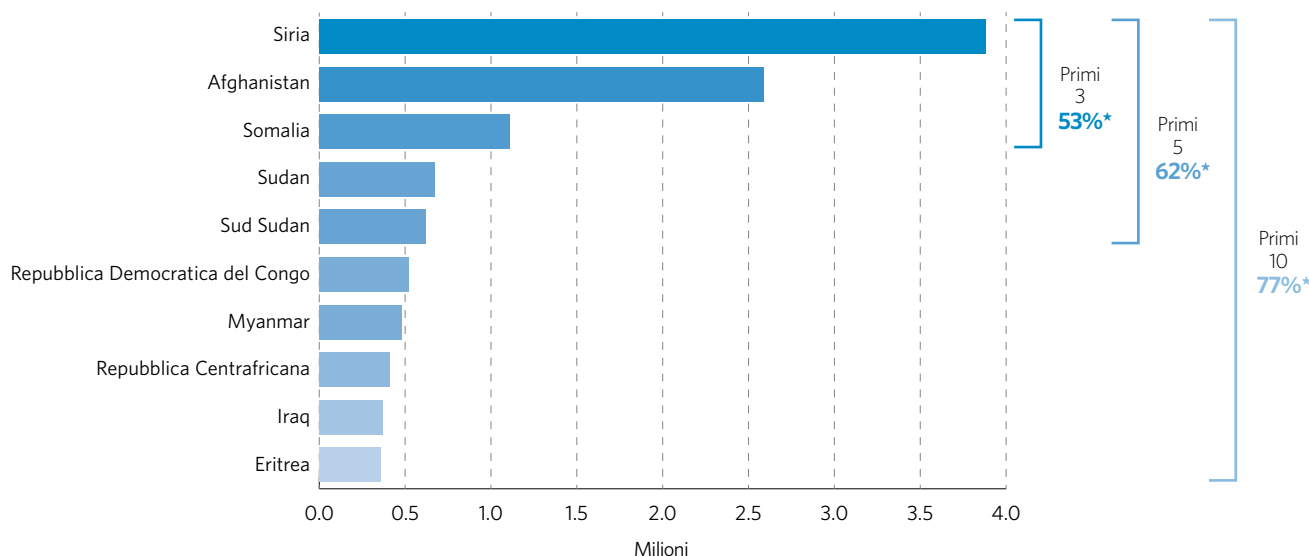
Altre forme di violenza armata

Anche la violenza armata, non direttamente associata a una guerra, esige un pesante tributo di vite umane. Il Global Burden of Armed Violence ha tentato di calcolare nel 2011 tutte le vittime di armi da fuoco registrate dai sistemi civili di tutto il mondo, raggiungendo una stima di 400.000 morti in situazioni non di conflitto. L'insicurezza e la paura causate dalla violenza armata sono state, recentemente, tra i principali fattori che in alcuni paesi hanno spinto tante persone a scappare e a migrare, dando vita a una situazione molto vicina a un'emergenza umanitaria.

In fuga dalla guerra

Nel 2014, in tutto il mondo, il numero dei rifugiati e degli sfollati all'interno dei confini nazionali ha raggiunto i 59,5 milioni, la cifra più alta nell'era contemporanea (United Nations High Commissioner for Re-

PRINCIPALI PAESI DI ORIGINE DEI RIFUGIATI



fugees, 2015). Tra il 2010 e il 2015, il numero degli sfollati interni è raddoppiato. Più della metà di tutti i nuovi rifugiati del 2014 proveniva da Siria, Afghanistan, Somalia e Sudan. Oltre la metà degli sfollati interni risiede in Siria, Colombia, Iraq e Sudan (Internal Displacement Monitoring Centre, 2015). Oggi in Libano c'è un rifugiato ogni quattro abitanti; in Giordania, uno su dieci.

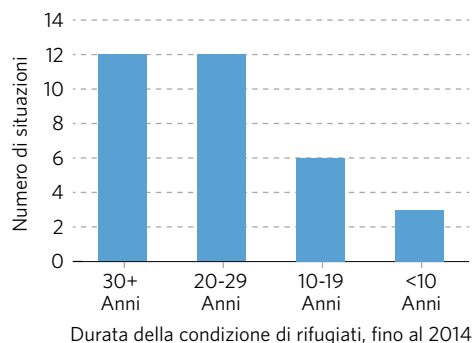
Solo un terzo circa dei rifugiati risiede in un campo profughi. Due su tre vivono in aree urbane. Circa due terzi di tutti i rifugiati del mondo si trovano in "situazioni di esilio apparentemente senza fine" (Milner and Loescher, 2011). I 25 paesi più interessati da una prolungata presenza di rifugiati appartengono tutti al cosiddetto mondo in via di sviluppo. Attualmente abbiamo una trentina di situazioni consistenti di questo genere, la cui durata media sfiora i vent'anni. Questa media non comprende però gran parte delle popolazioni sfollate la cui situazione è cronica e a lungo termine, come quelle degli insediamenti urbani o nelle aree rurali. Inoltre non tiene conto dei milioni

di profughi palestinesi sotto il mandato dell'UNRWA (United Nations Relief and Works Administration).

I disastri costringono ogni anno 26,4 milioni di persone a lasciare le proprie case

Secondo l'Alto commissariato delle Nazioni Unite

SITUAZIONI PROTRATTE DELLA CONDIZIONE DI RIFUGIATI, PER DURATA



(UNHCR, 2015)

SFOLLATI NEL XXI SECOLO DAL 2000 AL 2014



(UNHCR, 2015)

* Persone sfollate all'interno o al di fuori dei confini nazionali. I dati sulle persone nuovamente sfollate sono disponibili solo a partire dal 2003.

per i rifugiati (UNHCR), in media 26,4 milioni di persone nel mondo sono state costrette a spostarsi annualmente dal 2008 a oggi. Gran parte di questi esodi sono avvenuti in paesi a basso e medio reddito.

Se la frequenza dei cataclismi geo-fisici – terremoti, tsunami, eruzioni vulcaniche – è rimasta sostanzialmente invariata anche in anni recenti, gli eventi legati al clima, come inondazioni e tempeste, sono in aumento. Dal 2000 a oggi si è avuta una media di 341 disastri climatici all'anno, con una crescita del 44 per cento rispetto alla media registrata dal 1994 al 2000. Nel 2014, secondo le stime del CRED, 19,3 milioni di persone hanno dovuto lasciare le loro case a causa di una catastrofe. Negli

ultimi sette anni, l'85 per cento di questi spostamenti è stato causato da eventi collegati al clima, soprattutto inondazioni e tempeste. Il restante 15 per cento è avvenuto in seguito a un terremoto.

I fattori della fragilità

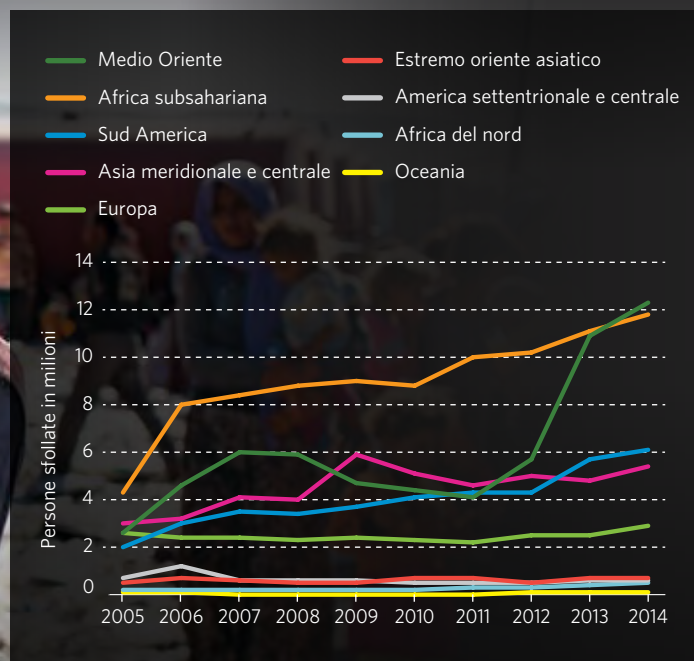
Perché nel mondo contemporaneo ci sono tante emergenze? Come mai il pianeta sembra improvvisamente diventato tanto insicuro?

Esistono molte spiegazioni sulla fragilità e le sue cause. Ma a prescindere da come la si voglia definire, questa è strettamente legata a fattori come povertà, disuguaglianza ed esclusione, che colpiscono donne e ragazze molto più degli uomini.



Foto © Ali Arkady/VII Mentor Program

NUMERO DI SFOLLATI PER REGIONE DAL 2005 AL 2014



(Development Initiatives, 2015)

* Il termine 'sfollati' comprende i rifugiati e le persone in situazioni analoghe, anche entro i confini nazionali e i richiedenti asilo. Tra gli sfollati entro i confini nazionali si contano solo le persone protette/assistite dall'Alto commissariato delle Nazioni Unite per i rifugiati. I dati sono organizzati in base alle definizioni del paese/territorio di asilo. I paesi sono organizzati secondo la classificazione delle regioni del mondo dell'OCSE.

Una persona povera su tre vive in un paese fragile

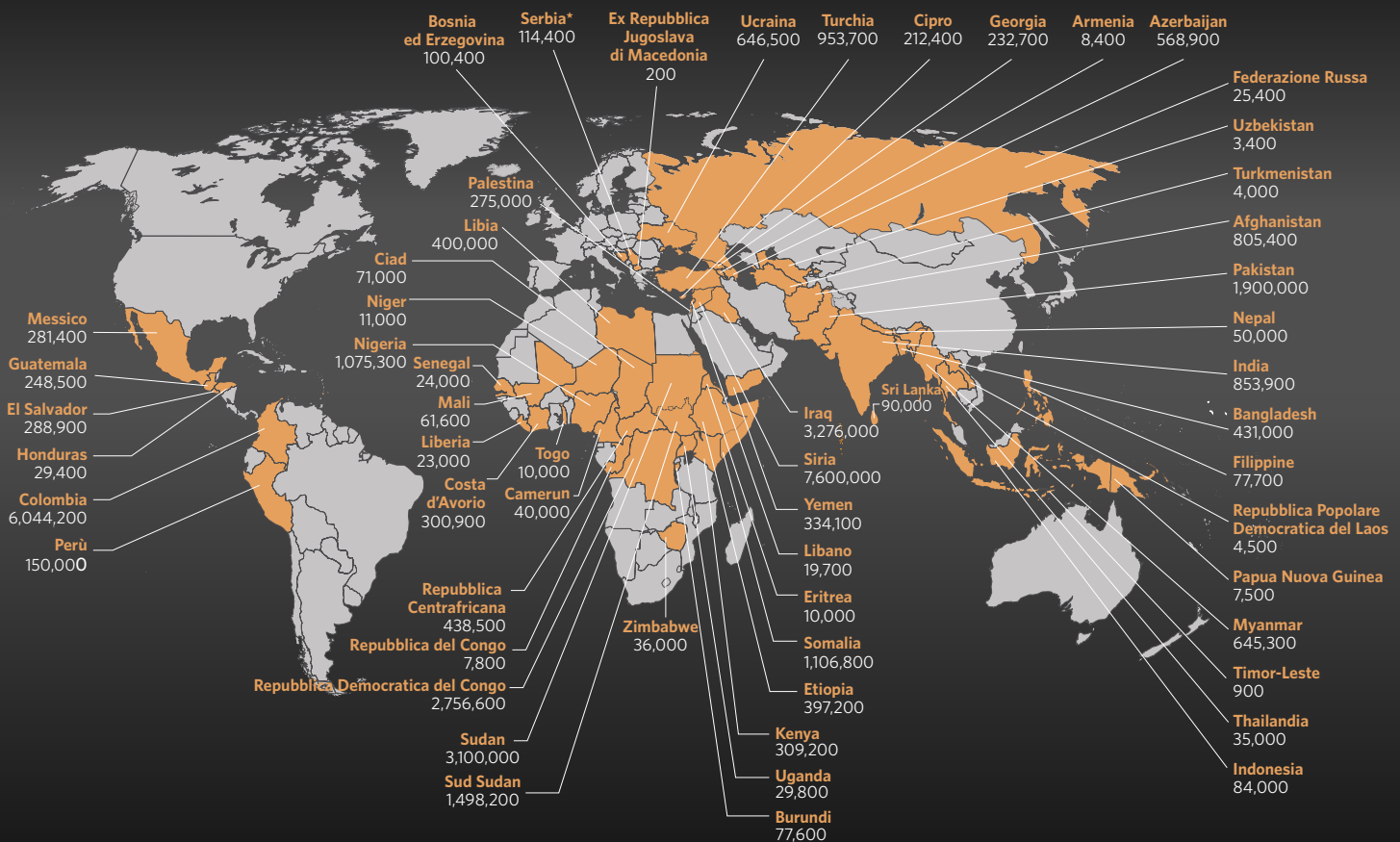
La fragilità si manifesta in forme diverse e a prescindere dal livello di reddito dei paesi. Secondo l'OCSE (Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico), “una regione o uno stato è fragile quando ha una scarsa capacità di svolgere le funzioni fondamentali della *governance* e non è in grado di sviluppare rapporti mutualmente costruttivi con la società civile”. Gli Stati fragili sono più vulnerabili ai traumi interni o esterni, come le crisi economiche o le calamità naturali (OCSE, 2013). Il rapporto tra stato e società rischia di venir meno in seguito a fattori di stress interni o esterni, come i

movimenti demografici, le innovazioni tecnologiche, i cambiamenti climatici.

Nello scorso decennio la maggior parte degli Stati fragili era a basso reddito. Secondo le stime più recenti, circa la metà degli Stati attualmente fragili e con un conflitto in corso ha un reddito medio. Malgrado questa evoluzione, la povertà resta concentrata in tali paesi fragili (OCSE, 2013). Quelli a medio reddito presentano caratteristiche comuni come alti livelli di violenza urbana e organizzata, crescita di megalopoli violente, con una enorme popolazione giovanile disoccupata o sottoccupata (Castillejo 2015).

Negli Stati fragili abita un terzo dei poveri del mondo. Secondo le stime della Banca Mondiale, oltre un

SFOLLATI INTERNI A CAUSA DI CONFLITTI E VIOLENZA NEL 2014



(Norwegian Refugee Council, Internal Displacement Monitoring Centre, 2015a)
*Compreso il Kosovo

miliardo di persone, il 15 per cento circa dell'umanità, versa in condizioni di povertà estrema (Banca Mondiale, 2015). Tale situazione, che si concentrava in precedenza soprattutto in Asia Orientale, oggi è più diffusa in Africa sub-sahariana e Asia Meridionale, con circa l'80 per cento dei poveri del mondo, in maggioranza donne e bambini (Banca Mondiale 2015).

I poveri sono particolarmente vulnerabili agli effetti dei conflitti, e le varie misurazioni della fragilità suggeriscono tutte che, elevati livelli di povertà e di disparità di reddito, possono contribuire all'instabilità. I poveri hanno meno risorse economiche, sociali e di altro tipo in grado di aiutarli a resistere o a riprendersi da un conflitto, cosa che a sua volta aggrava la condizione di povertà.

Due parti non assistite su tre avvengono negli Stati fragili

Malgrado i progressi economici e sociali degli ultimi decenni, una larga e crescente porzione di umanità vive in condizioni di profonda insicurezza e instabilità. È da questi paesi che provengono le principali insidie alla stabilità, allo sviluppo e al conseguimento del progresso sociale. Gates et al. (2010) hanno sintetizzato la portata di questo fattore con dati che mostrano come, nel 2010, quasi la metà della popolazione dei paesi a basso reddito risiedeva in Stati fragili, coinvolti in un conflitto o in fase di recupero dopo una guerra. Queste stesse aree ospitano il 60 per cento della popolazione mondiale con problemi di malnutrizione, il 77 per cento dei bambini e bambine che non frequentano le scuole primarie, il 70 per cento dei decessi infantili, il 64 per cento dei parti senza assistenza medica.

Quando la fragilità di uno Stato è confrontata con gli indicatori chiave della salute riproduttiva, una serie di correlazioni dimostra come in tali aree si abbiano maggiori probabilità di partorire senza l'assistenza di personale specializzato, percentuali più alte di gravidanze adolescenziali, maggior domanda inesa di pianificazione familiare.

Misurare la fragilità

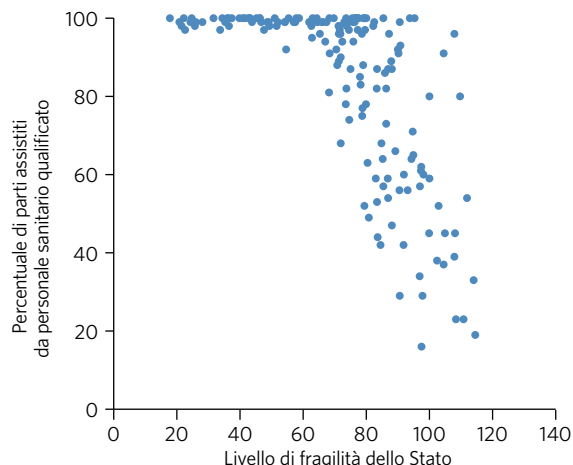
In diversi hanno elaborato strumenti per valutare se un paese è fragile e quindi vulnerabile ai conflitti o alle conseguenze di un disastro (OCSE, 2015).

L'OCSE pubblica annualmente un Indice degli Stati fragili che stima la vulnerabilità di paesi e territori a conflitti e disastri, in base a sei dimensioni chiave: livello di violenza, accessibilità al sistema di giustizia e stato di diritto, efficienza, responsabilità e inclusività delle istituzioni nazionali, livello di stabilità economica, livello di resilienza per resistere e adattarsi a traumi e disastri.

Nove dei luoghi più fragili del pianeta riportano basse valutazioni in tutte e cinque le dimensioni (OCSE, 2015).

Un'altra misurazione, quella del Global Peace Index, valuta il livello della pace in 162 paesi. Pubblicato dall'Institute for Economics and Peace, l'indice prende in esame il livello di sicurezza e di protezione nella società, le dimensioni dei conflitti interni e internazionali e il grado di militarizzazione. Tra il 2013 e il 2014, secondo questo indice, 78 paesi sono diventati meno pacifici (IEP, 2014).

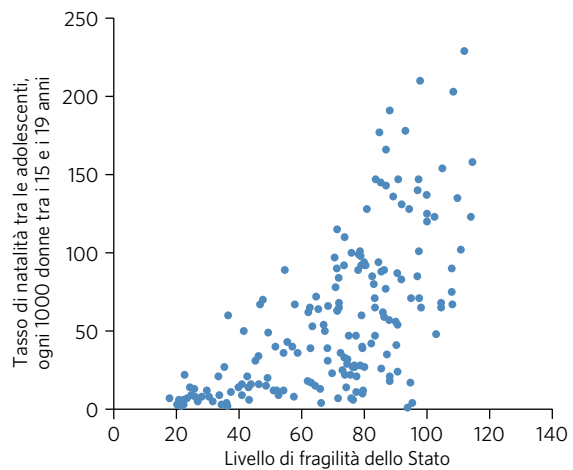
LA PERCENTUALE DI PARTI ASSISTITE DA PERSONALE SANITARIO QUALIFICATO È MINORE NEGLI STATI FRAGILI



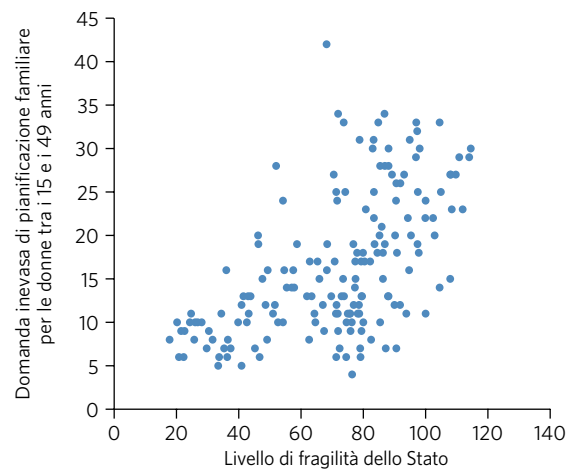


Sapana Suwal, 25 anni, con i figli nel rifugio per le vittime del terremoto a Bhaktapur, Nepal
Foto © Panos Pictures/Brian Sokol

LA PERCENTUALE DI PARTI TRA LE ADOLESCENTI TENDE A ESSERE MAGGIORE NEGLI STATI FRAGILI



NEGLI STATI PIÙ FRAGILI LA DOMANDA INEVASA DI PIANIFICAZIONE FAMILIARE È PIÙ ALTA



LE DIMENSIONI DELLA FRAGILITÀ

INDICE DI FRAGILITÀ DEGLI STATI 2015 DELL'ORGANIZZAZIONE PER LA COOPERAZIONE E LO SVILUPPO ECONOMICO

L'indice evidenzia la vulnerabilità di paesi e territori a conflitti e catastrofi, tenendo conto di cinque dimensioni chiave: livello di violenza, accessibilità della giustizia e stato di diritto, efficienza, responsabilità e inclusività delle istituzioni nazionali, livello di stabilità economica, livello di resilienza a traumi e disastri

LE DIMENSIONI DELLA VULNERABILITÀ:


-  **VIOLENZA**
-  **GIUSTIZIA**
-  **ISTITUZIONI**
-  **RESILIENZA**
-  **SOLIDITÀ ECONOMICA**

9 PAESI



Repubblica Centrafricana
Ciad
Repubblica Democratica del Congo
Costa d'Avorio
Guinea
Haiti
Sudan
Swaziland
Yemen

13 PAESI



Guinea Equatoriale
Eritrea
Guinea-Bissau
Mauritania
Togo
Zimbabwe



Afghanistan
Burundi
Nepal
Sud Sudan

26 PAESI



Algeria
Repubblica Araba di Siria



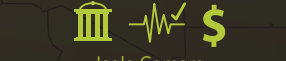
Camerun
Repubblica Popolare Democratica del Laos



Angola
Liberia




Kenya
Uganda




Isole Comoro
Madagascar
Repubblica del Congo
Sierra Leone



Bangladesh
Libia
Myanmar
Pakistan
Venezuela



Gambia
Malawi
Mozambico
Niger
Timor-Leste



Honduras
Lesotho
Mali
Palestina

22 PAESI



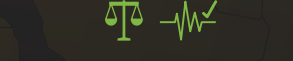
India
Panama
Serbia (Kosovo)




Iran
Iraq



Gibuti



Papua Nuova Guinea
Isole di Salomone
Zambia



Benin
Burkina Faso
Kiribati
São Tomé e Príncipe
Suriname



Cambogia
Fiji
Tajikistan
Turkmenistan



Colombia
Guatemala
Paraguay
Rwanda

5 DIMENSIONI

4 DIMENSIONI

3 DIMENSIONI

2 DIMENSIONI

L'indice degli Stati fragili del Fund for Peace (FFP) valuta 12 dimensioni della vulnerabilità, tra cui l'equità o meno dello sviluppo economico, il rispetto dei diritti umani e delle libertà civili, la diffusione della povertà e delle crisi economiche, la frequenza dei disastri naturali, l'accessibilità per tutti dei servizi chiave e in particolare di istruzione e salute. Secondo quest'indice, quattro Stati sono in "altissima allerta": in cima all'elenco troviamo il Sud Sudan, seguito da Somalia, Repubblica Centrafricana e Sudan. Tra il 2013 e il 2014 le misurazioni della fragilità secondo questo indice sono peggiorate in 67 Stati (FFP, 2015).

A prescindere dall'indice utilizzato, sono sempre più numerosi i paesi considerati fragili e quindi più vulnerabili ai conflitti o alle conseguenze dei disastri.

Valutazione del rischio

Emergenze umanitarie e disastri non sempre si possono prevenire, ma il loro impatto può essere ridotto in modo significativo. Valutare il rischio di crisi e catastrofi è un passo cruciale per ridurle e gestirle: l'obiettivo è identificare e rendere prioritari i gruppi di popolazione e le aree in cui è più probabile che si verifichino, e trovare il modo di ridurre e gestire i pericoli a cui vanno incontro (INFORM - Index for Risk Management, 2015).

L'Indice per la gestione del rischio (INFORM), un progetto congiunto di Nazioni Unite, organizzazioni internazionali e bilaterali e istituti di ricerca, utilizza 50 indicatori diversi per misurare i rischi e l'esposizione della popolazione, la vulnerabilità, la quantità e il tipo di risorse disponibili per aiutare le potenziali vittime (INFORM, 2015).

I dati mostrano un aumento del rischio di emergenze umanitarie in tre paesi a basso reddito, sei a reddito medio-basso, quattro a reddito medio-alto e due paesi ad alto reddito che non fanno parte dell'OCSE (INFORM, 2015).

INFORM mostra però anche una significativa diminuzione del rischio in 22 paesi a basso reddito,



Residenti di Union Balsalito, Colombia.

Foto © UNFPA/Daniel Baldotto

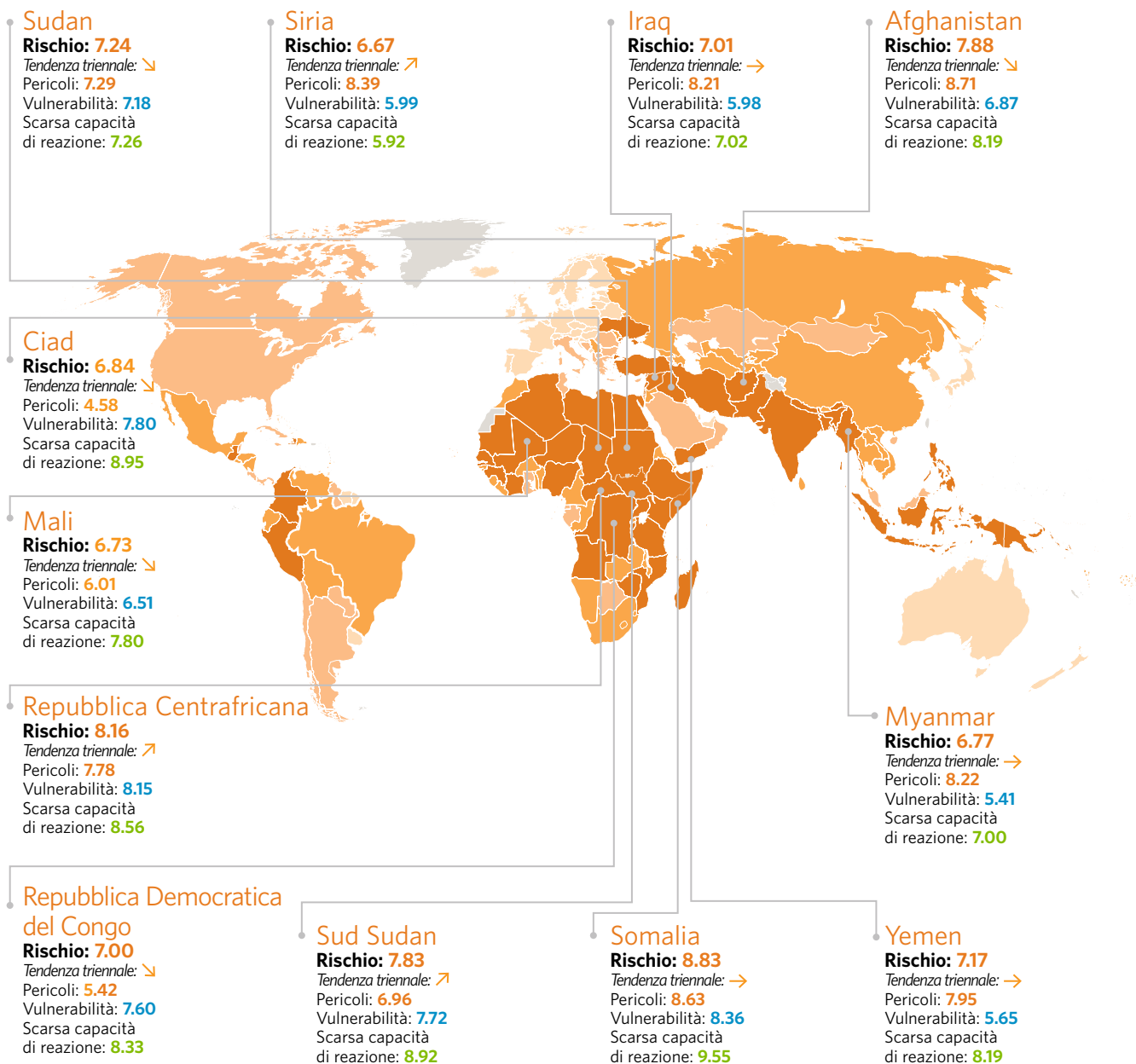
28 a reddito medio-basso, 43 a reddito medio-alto, 16 Stati non-OCSE e 29 Stati OCSE a reddito elevato (INFORM, 2015).

Secondo l'Overseas Development Institute (ODI), 11 nazioni rischiano un ulteriore impoverimento a causa di qualche catastrofe: Bangladesh, Repubblica Democratica del Congo, Etiopia, Kenya, Madagascar, Nepal, Nigeria, Pakistan, Sud Sudan, Sudan e Uganda (ODI, 2013).

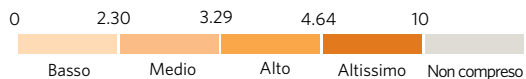
Escludendo terremoti e cicloni, e valutando solo i rischi di siccità, temperature estreme e inondazioni, entro il 2030 nei 45 paesi più a rischio vivranno almeno 319 milioni di persone in condizioni di povertà estrema. La preoccupazione è grande, anche perché, tra le cause dell'impoverimento a lungo termine, siccità e inondazioni sono tra gli eventi più devastanti (ODI, 2013).

A livello mondiale le catastrofi naturali sono sempre più gravi e costose. Si parla di disastri naturali, catalogati come climatici o geofisici, quando gli eventi naturali portano alla distruzione di vite umane e di mezzi di sostentamento. Oggi l'espressione disastri naturali è in gran parte riferita alle catastrofi collegate al clima, comprese tempeste e inondazioni, che sono in continuo aumento (CRED, 2015).

L'indice di rischio globale identifica gli Stati a rischio di emergenze umanitarie e catastrofi che potrebbero sovrappassare la capacità di risposta nazionale. Si compone di tre criteri: pericoli ed esposizione, vulnerabilità e mancanza di reazione. La mappa mostra nel dettaglio i 12 Stati con il più alto coefficiente di rischio globale



INDICE DI RISCHIO INFORM

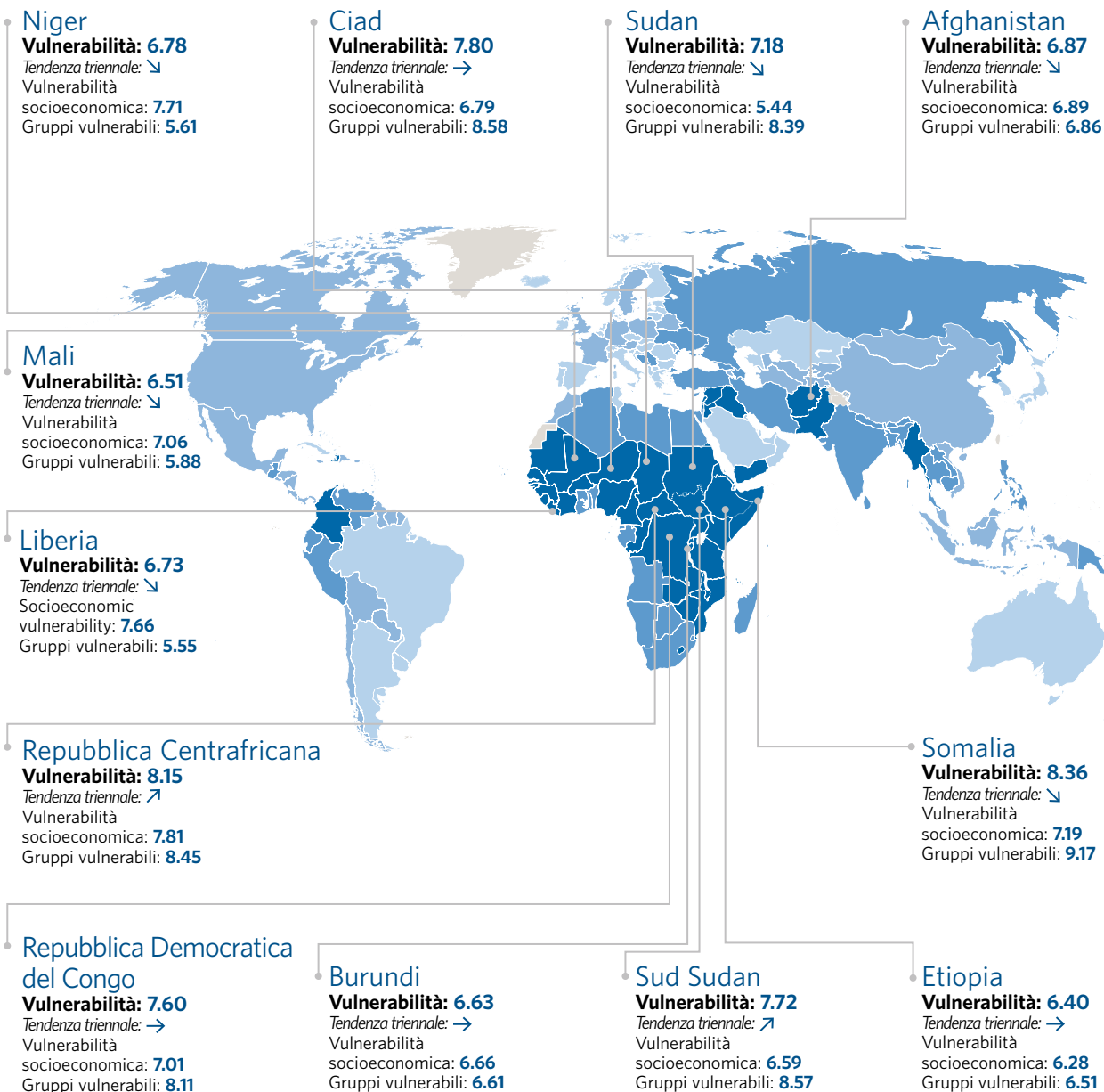


LEGENDA ↗ Rischio crescente → Stabile ↘ Rischio in diminuzione

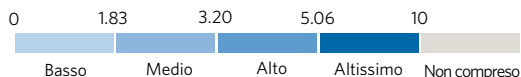
(INFORM, 2015)

VULNERABILITÀ 2015

Si misura la vulnerabilità di una popolazione a pericoli potenziali. Si compone di due categorie: vulnerabilità socio-economica e presenza di gruppi vulnerabili. La mappa mostra nel dettaglio i 12 Stati con il più alto coefficiente di vulnerabilità.



INDICE DI VULNERABILITÀ INFORM



LEGENDA ↗ Rischio crescente → Stabile ↘ Rischio in diminuzione

(INFORM, 2015)

TENDENZA DEI RISCHI SU CINQUE ANNI, PER GRUPPI DI REDDITO SECONDO LA BANCA MONDIALE DAL 2011 AL 2015

	Tendenza dei rischi INFORM su cinque anni per gruppi di reddito da Banca Mondiale 2011-2015				
	Reddito basso (35)	Reddito medio-basso (47)	Reddito medio-alto (55)	Reddito alto: non OCSE (22)	Reddito alto: OCSE (31)
Incremento significativo (>0.5)	3	6	4	2	0
Stabile (<0.5 / >-0.5)	10	13	8	4	2
Diminuzione significativa (<-0.5)	22	28	43	16	29

(INFORM, 2015)

Un rapporto della Banca Mondiale, *Turn Down the Heat*, evidenzia gli effetti drammatici del clima globale e degli eventi atmosferici estremi dovuti all'innalzamento delle temperature del pianeta (World Bank, 2013). L'impatto si concentra soprattutto, senza proporzione, nei paesi a basso e medio reddito e nei piccoli paesi in via di sviluppo costituiti da isole. Le popolazioni più povere e vulnerabili sono generalmente colpite in modo più grave e hanno meno capacità e risorse per adattarsi e riprendersi.

Negli ultimi 50 anni, la frequenza delle siccità è andata crescendo gradualmente in Africa orientale, ma è diminuita in Africa occidentale. Secondo una stima basata su un indicatore specifico, Somalia, Burundi, Niger, Etiopia, Mali e Ciad sono i paesi con la massima vulnerabilità alle siccità (Shiferaw, 2014).

Nell'Africa sub-sahariana il 90 per cento degli alimenti destinati al consumo umano e animale è prodotto da un'agricoltura irrigata soltanto dalle piogge – attività che oltretutto rappresenta la principale fonte di reddito per oltre il 70 per cento della popolazione (Shiferaw, 2014). La vita e il sostentamento degli abitanti più poveri, specie delle donne, a cui si deve il 70 per cento della produzione alimentare della regione, sono tanto più minacciati dalla siccità in quanto hanno minori capacità di adattamento, proprio in conseguenza degli alti livelli di povertà cronica (Gawaya, 2008).

Genere, urbanizzazione e crisi umanitarie

L'urbanizzazione sta cambiando il volto del pianeta e anche la natura delle emergenze e delle risposte umanitarie. Per la prima volta nella storia, la maggioranza dell'umanità risiede in aree urbane. Più la gente si riversa negli slum delle megalopoli dei cosiddetti Paesi in via di sviluppo, più si ritrova sulla linea di confine del disastro. La rapida crescita delle popolazioni urbane, il flusso senza precedenti di rifugiati e l'aumentata incidenza di disastrosi fenomeni climatici, incrementa il rischio di disastri umanitari nelle città.

La crescita della popolazione urbanizzata si concentra sempre di più nei Paesi in via di sviluppo, dove 1,2 milioni di persone migrano ogni settimana nelle città (UN-HABITAT, 2013). Africa sub-sahariana e Asia, dove si registrano livelli di urbanizzazione senza precedenti, sono anche le regioni meno sviluppate e le meno preparate e attrezzate per gestire il flusso degli arrivi.

L'urbanizzazione rapida, i piani urbanistici inadeguati e il poco spazio a disposizione hanno costretto le persone più povere e vulnerabili a vivere negli slum o in agglomerati informali in zone maggiormente vulnerabili ai disastri.

Si calcola che un miliardo di persone abiti in insediamenti informali che si trovano, nel 90% dei casi, nei Paesi in via di sviluppo (Norwegian Refugee Council, 2015a).

Migranti e rifugiati – interni o meno – che non possono permettersi alloggi adeguati rappresentano una percentuale significativa e in aumento di tutti gli abitanti degli insediamenti informali urbani, in gran parte situati in aree dove i servizi sono carenti e mancano le infrastrutture di base, come i servizi per la salute, l'acqua potabile e le strutture igienico-sanitarie.

Rispetto alla popolazione in generale, gli abitanti di questi insediamenti sono più vulnerabili alle conseguenze di catastrofi naturali come i terremoti, perché le abitazioni in cui sono costretti a vivere sono di pessima qualità e non costruite per resistere a forti sollecitazioni. Questi alloggi improvvisati si trovano spesso in aree a rischio, con maggiori probabilità di essere colpite da disastri naturali: discariche di rifiuti, pianure alluvionali, pendii scoscesi a rischio di frane.

Una tendenza recente vede sempre più donne sole migrare dalle regioni rurali ai centri urbani. La spinta alla migrazione urbana femminile e le conseguenze che questa comporta sono strettamente legate a questioni di disuguaglianza sociale e di genere. Sia gli uomini che le donne arrivano in città in cerca di una vita migliore, non solo per le opportunità economiche ma anche per l'accessibilità dei servizi. Tra le cause specifiche di genere che spingono le donne a trasferirsi in città, ci sono l'esilio forzato, l'aumento della violenza domestica, pratiche nocive come i matrimoni precoci, problemi di salute collegati ad HIV e AIDS (COHRE, 2008).

Donne e ragazze sono di gran lunga più danneggiate dalle pessime condizioni di vita degli slum e degli alloggi inadeguati in quanto, dovendosi prendere cura della famiglia, trascorrono molto più tempo nelle case e nei quartieri in cui abitano. Negli insediamenti informali, la salute e la sicurezza delle donne rappresentano un grave problema a causa delle pessime condizioni igieniche, dei rischi per la sicurezza, di violenze sessuali in continuo aumento e delle conseguenze di disastri come alluvioni e incendi (COHRE, 2008). La scarsa illuminazione stradale, l'inadeguatezza dei

sistemi di trasporto pubblici, l'assenza di pattuglie di sorveglianza e la mancanza di porte solide con serrature sicure contribuiscono ad alimentare la violenza di genere e a rendere le donne più vulnerabili agli stupri (United Nations Human Settlements Programme, 2013).

La percentuale della popolazione urbana residente negli slum è in continuo aumento nei paesi attualmente o recentemente coinvolti in qualche conflitto. Uno studio ha calcolato che, in 41 dei 75 paesi in cui sono disponibili dati disaggregati per sesso, le donne hanno maggiori probabilità di trovarsi sotto la soglia di povertà.

Fragilità e problemi legati alla salute

I paesi più fragili sono quelli con i peggiori indicatori per la salute, le conseguenze dei problemi di salute accrescono infatti la fragilità. Ma quest'ultima contribuisce a sua volta a peggiorare i tassi di morbilità e mortalità, per via dell'inefficienza nell'erogazione dei servizi (Haar, 2012).



Centro di cura per Ebola di Magbenteh, Sierra Leone.
Foto © UN Photo/Martine Perset

Nel 2014 si è registrata in Africa occidentale la peggiore epidemia di Ebola della storia. I paesi più colpiti – Guinea, Liberia e Sierra Leone – sono tutti Stati fragili (UNDP, 2015).

Un conflitto devastante, durato 11 anni, ha distrutto gran parte delle infrastrutture della Liberia, cosicché quando è scoppiata l'epidemia il settore della salute presentava già gravi carenze nelle attrezzature e nel personale, e non è stato pertanto in grado di gestire la crisi (UNDP, 2015).

Nei paesi fragili, gli indicatori per la salute riproduttiva sono molto negativi per via dell'inadeguatezza delle infrastrutture di servizio e del numero insufficiente di personale, il che comporta una ridotta accessibilità a servizi, materiali e informazioni per la salute riproduttiva. In 18 paesi interessati da un conflitto, nel periodo 2003-2006, si spendevano annualmente solo 1,30 dollari procapite per la salute riproduttiva (Patel, et al. 2009).

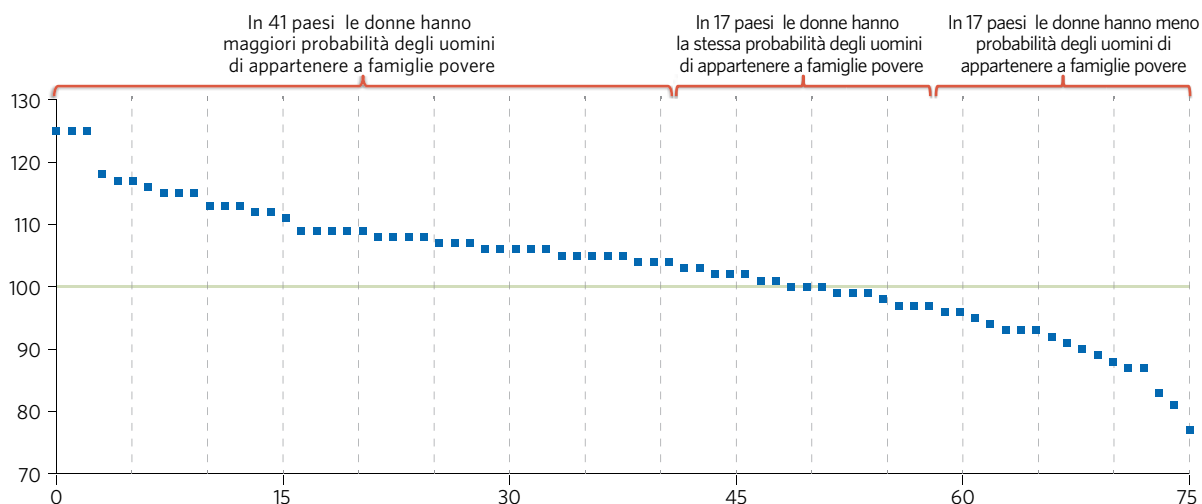
Le crisi intralciano lo sviluppo e aggravano la vulnerabilità

Conflitti, violenze, instabilità, povertà estrema e vulnerabilità ai disastri sono condizioni profondamente interdipendenti, che impediscono tuttora a oltre 1 miliardo di persone di godere dei grandi progressi compiuti dalla Seconda guerra mondiale a oggi, in campo sociale ed economico.

Una complessa miscela di rischi che si sommano contribuisce agli sfollamenti e genera nei paesi più vulnerabili e colpiti dai conflitti meccanismi di spostamenti di massa e di condizioni di grave necessità. Altri aspetti – relativi al genere, all'etnia, al reddito e ai luoghi di residenza – sembrano associarsi a maggiori probabilità di affrontare danni e problemi a lungo termine e complicazioni nelle attività di ripresa. Oltre a tutto ciò, ogni problema legato all'esclusione sociale, alla povertà e a un insufficiente livello di istruzione contribuisce a creare una vulnerabilità più profonda.

LE DONNE CORRONO IL MAGGIOR RISCHIO DI POVERTÀ

Percentuale di donne e uomini in età lavorativa (20-59) nel quintile più basso sul totale delle famiglie, in determinati Paesi in via di sviluppo, 2000-2013



Note: questo indicatore è calibrato in base alla percentuale di donne e uomini tra i 20 e i 59 anni in tutte le famiglie, per tener conto del fatto che le donne potrebbero essere sovra-rappresentate nel complesso della popolazione. L'indice di ricchezza delle Inchieste Demografiche e di Salute e delle Indagini campione a indicatori multipli è utilizzato come indicatore indiretto della povertà. I valori che superano 103 indicano che le donne sono sovra-rappresentate nel quintile con meno ricchezza, mentre i valori inferiori a 97 indicano che gli uomini sono sovra-rappresentati nel quintile con minore ricchezza. I valori tra 97 e 103 indicano una sostanziale parità.

(Nazioni Unite, 2015a) Riprodotto per concessione delle Nazioni Unite



Barcone nello Stretto di Sicilia, a 40 miglia dalla costa libica.

Foto © Franco Pagetti/VII

Soprattutto gli Stati fragili, coinvolti in qualche conflitto o colpiti da una catastrofe naturale, sono rimasti lontani dal conseguimento degli Obiettivi di sviluppo del Millennio. Ed è in questi che si registra la maggioranza di morti materne del mondo, a causa della mancanza o dell'inaccessibilità di strutture attrezzate per le emergenze perinatali.

Le emergenze relative ai flussi di rifugiati e di migranti del 2015 e l'epidemia di Ebola ci ricordano che in crisi ed emergenze si perdono, si distruggono o vengono rovinare molte vite umane, si mettono a repentaglio le prospettive di sviluppo nazionale e si generano ripercussioni negative su tutta la comunità internazionale. Abbandonare i paesi e le società devastate da conflitti e disastri non è un'opzione praticabile.

Se, negli ultimi anni, disastri e conflitti non sono cresciuti di numero, sono però peggiorati per dimensioni, complessità e portata, specie nei paesi più poveri. A pagare le conseguenze di gran lunga peggiori

sono donne e ragazze, in quanto sono enormemente svantaggiate dall'impossibilità di accedere ai servizi, compresi quelli per la salute sessuale e riproduttiva, per la pianificazione familiare, alle risorse economiche e sociali e, in generale, alle istituzioni di cui hanno bisogno per costruirsi un capitale sociale ed essere meglio attrezzate per resistere alle crisi e riprendersi in seguito.

Fragilità e vulnerabilità ai conflitti o agli effetti delle catastrofi sono esacerbate da molti fattori tra cui la povertà, la disparità nello sviluppo, la negazione dei diritti umani, la debolezza delle istituzioni. La fragilità è una sfida dalle molte dimensioni che richiede una risposta multi-dimensionale.

In un modo o nell'altro siamo ormai un unico mondo e i nostri tentativi di progredire continueranno a essere frustrati fintanto che instabilità, conflitti e disastri non potranno essere attenuati o prevenuti e gestiti nel modo migliore.

Il prezzo troppo alto pagato da donne e adolescenti

Le situazioni di crisi aumentano la vulnerabilità di donne e adolescenti all'HIV, gravidanze indesiderate, mortalità materna, violenza di genere, matrimonio precoce, stupro e tratta.

Un circolo vizioso di conflitto, povertà e isolamento mina la salute e i diritti di donne e ragazze in Colombia



“Ho iniziato a lavorare come ostetrica 37 anni fa” dice Neida Waitotó, una delle quattro levatrici di Docordó, una regione fluviale con circa 1.200 abitanti, quasi tutti di origine africana, un’area isolata nella giungla colombiana, a due ore di navigazione dalla città più vicina.

“Nel 1978 le suore sono venute a insegnarci come mettere al mondo i bambini, lasciandoci il necessario”. Da allora, dice Neida, le ostetriche di Docordó hanno avuto qualche altro corso di formazione, ma nessuna nuova attrezzatura. Eppure, in questi anni sono riuscite a far nascere in modo sicuro centinaia di bambini. “Nessuna delle madri è morta”, aggiunge Neida che, una

Nimia Teresa Vargas

Foto © UNFPA/Daniel Baldotto

settimana prima del nostro colloquio, ha contribuito a far nascere due gemelli.

Le levatrici sono essenziali per la sopravvivenza di donne e bambini a Docordó e in decine di comunità colombiane ancora più isolate, che di fatto sono tagliate fuori dai servizi sanitari dello Stato, non solo per ragioni geografiche, ma anche a causa di conflitti armati e violenze che affliggono vaste aree del paese da oltre 50 anni. I conflitti finora hanno costretto allo sfollamento circa 7 milioni di persone; 9 su dieci appartengono a gruppi indigeni. Gli attori non statali, tra cui sono le Forze armate rivoluzionarie della Colombia (FARC), l'Esercito di liberazione nazionale (ELN), paramilitari, gruppi della criminalità organizzata e anche i militari colombiani che si scontrano da decenni, mentre



Neida Waitotó (a sinistra) e Maria-Estela Ibargüen a Docordó, Colombia.
Foto © UNFPA/Daniel Baldotto

molte comunità sopravvivono al fuoco incrociato e molte di più sono quelle soggette a coercizioni, sfruttamento, intimidazioni e abusi di vario genere. Combattimenti e violenze comportano un prezzo pesantissimo, sul piano economico, per le comunità di diverse province o “dipartimenti”, compreso quello di Chocó in cui si trova Docordó, causando e aggravando la povertà e il sottosviluppo della regione. In questo dipartimento, quattro persone su cinque vivono in condizioni di povertà estrema.

La mortalità materna aumenta nelle zone di conflitto

Conflitti e violenze – e l’isolamento che ne deriva – hanno gravi ripercussioni anche sulla salute delle donne. Le morti materne sono quasi otto volte più numerose nelle comunità in cui sono

presenti gruppi armati. Altri indicatori sulla salute illustrano le ripercussioni negative dei problemi di sicurezza per la salute sessuale e riproduttiva: i decessi correlati a HIV e AIDS sono il triplo della media nazionale e le gravidanze adolescenziali delle minori di 15 anni sono il doppio che in altre regioni del paese.

Neida Waitotó spiega che a volte i parti a Docordó sono troppo complicati per gestirli da sola e per salvare la vita di madre e bambino è necessario l’intervento di un medico. Ma a causa della insicurezza nella zona e dell’estremo isolamento, accade molto spesso che non ci sia la possibilità di raggiungere un dottore. “Quando vengono, i medici non si fermano mai a lungo” dice. Di recente la comunità è rimasta per quattro mesi senza un medico o altro personale

sanitario qualificato. Questo significa che alcune donne devono fare un viaggio in barca di diverse ore fino all’ospedale di Buenaventura, con un costo che per la maggior parte di loro è proibitivo. E se le complicazioni insorgono di notte, il viaggio non è nemmeno un’opzione per via del pericolo di violenze dopo il tramonto. Le medicine che possono salvare madre e bambino non erano quasi mai disponibili anche prima che l’ambulatorio locale chiudesse per mancanza di risorse.

Anche Maria-Estela Ibargüen fa la levatrice a Docordó. Lei e Neida si sono aiutate a vicenda a partorire. Maria-Estela è preoccupata perché le ostetriche stanno invecchiando e nessuna delle giovani prende il loro posto. “Cosa succederà quando la vecchia generazione non ci sarà più?”

Le crisi umanitarie, improvvise o protratte nel tempo, comportano conseguenze molto più pesanti per donne e adolescenti, poiché la loro salute e i diritti sessuali e riproduttivi sono esposti a livelli di rischio sproporzionati.

Conflitti e disastri peggiorano una situazione già gravissima. Per donne e adolescenti c'è un rischio ancora maggiore di contrarre infezioni trasmesse per via sessuale, compreso l'HIV, di iniziare una gravidanza non programmata e indesiderata, di andare incontro a morbidità e mortalità materne e ad altri rischi per la loro salute e quelle dei neonati. Corrono inoltre molti più rischi di subire violenze di genere, tra cui quelle perpetrate dal partner, stupri, matrimoni precoci e traffico di esseri umani.

Il collasso dei servizi e la disuguaglianza di genere accrescono la vulnerabilità

Donne e adolescenti non sempre hanno la medesima storia da raccontare. L'esperienza è data da un complesso intersecarsi di fattori come l'età, il sesso, lo stato civile, la condizione economica, il luogo di residenza. Ele-

menti di vulnerabilità possono essere l'appartenenza a una minoranza etnica, l'aver contratto l'HIV o soffrire di qualche disabilità, essere rifugiate o sfollate interne, essere povere, a carico della famiglia o avere persone a proprio carico.

La sovrapposizione di questi fattori, spesso in combinazioni multiple e complesse, incide sui rischi e sulle vulnerabilità delle singole persone.

Le ricerche e le esperienze contribuiscono a comprendere meglio queste differenze per cogliere varie sfumature nel modo in cui le donne, specialmente le ragazze, sono colpite dalle crisi. Tuttavia la comprensione delle differenti esperienze è spesso complicata dalla penuria di dati certi, che diventano particolarmente difficili da raccogliere laddove c'è un'emergenza. Sebbene tra donne e giovani ci siano differenze sostanziali in qualsiasi situazione di crisi, due importantissimi fattori comuni contribuiscono a innalzare il rischio: il primo è la disuguaglianza di genere che non solo persiste, ma aumenta durante le emergenze umanitarie.

Le condizioni di salute delle donne sono ancora più preoccupanti dall'altro lato del fiume, a Union Balsalito, una comunità indigena di etnia Wounaan, con circa 360 abitanti. Qui vengono usati metodi tradizionali ma non ci sono le più elementari attrezzature come i guanti di lattice. Per le donne accedere ai servizi, anche solo a Buenaventura, è particolarmente difficile: la maggioranza non parla spagnolo e le risorse sono di meno di quelle delle loro vicine sull'altra riva del fiume.

Le donne che sono riuscite a raggiungere altre città in cerca di servizi hanno affrontato le discriminazioni degli addetti. Il governo utilizza delle squadre mobili per la salute che si spostano in tutto il paese per fornire i servizi di base a poveri ed emarginati in posti come Docordó.

Ma i problemi di sicurezza in diverse zone del paese rendono impossibile raggiungere molte delle comunità più bisognose.

L'accesso a materiali, farmaci e servizi, comprese le cure ostetriche d'emergenza e la pianificazione familiare, è regolarmente bloccato da conflitti e violenze, oltre che da catastrofi naturali, soprattutto inondazioni e frane, particolarmente frequenti in un'area che riceve in media oltre 10.000 millimetri di pioggia l'anno. Soltanto nei primi sei mesi del 2015, secondo le Nazioni Unite, si calcola che circa 2 milioni di persone abbiano "subito limitazioni nella mobilità o nella possibilità di accedere" ai servizi in conseguenza di "122 eventi collegati ad azioni armate, catastrofi naturali o manifestazioni di protesta di massa"

L'arma della violenza sessuale

I conflitti non hanno ostacolato solo i servizi per la salute, un prezzo altissimo in termini di salute, vite umane e possibilità di sopravvivenza è stato pagato da migliaia di donne e ragazze. Uno studio condotto da Oxfam e House of Women ha calcolato che 500.000 donne e ragazze sono state stuprate o hanno subito altre forme di violenza sessuale nel conflitto ultra decennale che devasta il paese. A volte lo stupro è stato utilizzato come arma di guerra, altre per terrorizzare intere comunità che rifiutavano di allearsi con un gruppo armato piuttosto che con un altro, attraverso la minaccia di altre aggressioni. I dati a disposizione suggeriscono che in un caso su 10 la vittima di violenze sessuali, nelle aree interessate da un conflitto, è di sesso maschile.

Molte società sono caratterizzate da disuguaglianze e discriminazioni di genere particolarmente radicate: in famiglia e nella società, donne e ragazze esercitano molto meno potere e prestigio di uomini e ragazzi. Questo significa una minore possibilità di accedere all'istruzione, alle risorse economiche e politiche, alle reti di solidarietà sociale e rischia addirittura di essere fatale quando i genitori, a fronte di una grave scarsità di cibo, riservano quasi tutto ai bambini maschi.

Rispetto ai coetanei, le adolescenti hanno di solito meno possibilità di accedere alle informazioni sulla salute sessuale e riproduttiva, ai rapporti con gruppi di pari e a quelle opportunità e risorse grazie a cui potrebbero sviluppare abilità e capacità essenziali per la loro vita presente e futura (Women's Refugee Commission, 2014a). La disuguaglianza di genere incrementa il rischio e la vulnerabilità, limitando la capacità di sopravvivere in sicurezza in un ambiente colpito da una crisi (Women's Refugee Commission, 2014a; Plan International, 2013).

Il secondo, fondamentale fattore di rischio è il collasso o il danneggiamento di infrastrutture e servizi essen-

“ Le catastrofi naturali e i conflitti armati sono... eventi profondamente discriminatori che colpiscono donne, uomini, ragazze e ragazzi in modi molto diversi. ”

Mazurana et al., 2011

ziali per la salute sessuale e riproduttiva, evento comune nelle emergenze, nonché la difficoltà di accedere a tali servizi anche quando esistono, in conseguenza di situazioni di caos o di insicurezza.

Accesso limitato ai servizi per la salute sessuale e riproduttiva quando servono maggiormente

Le crisi umanitarie significano spesso una ridotta ac-

Nimia Teresa Vargas dirige la Rete delle donne del dipartimento di Chocó, con sede a Quibdó. L'associazione, che riceve aiuti e forniture di tipo tecnico ed economico, come i kit per il parto sicuro, da UNFPA e da altre agenzie delle Nazioni Unite, è nata nel 1991 come gruppo di emancipazione femminile. Con gli anni si è trasformata in un'organizzazione di difesa dei diritti umani che fornisce assistenza alle vittime

di violenze sessuali. “Quando le donne hanno iniziato a essere consapevoli dei loro diritti, nei nostri gruppi di discussione, hanno anche iniziato a parlare della violenza sessuale subita” dice Nimia Vargas, che aggiunge: “Sono venuti alla luce casi di truppe armate che cercavano di prendere il controllo di una comunità usando la violenza sessuale come dimostrazione di forza”. Spesso, prosegue, questi criminali violentano le mogli davanti ai mariti o le figlie davanti ai padri per affermare il potere e mostrare che cosa può accadere se la comunità non acconsente alle richieste del gruppo armato che le minaccia in quel momento.

Per affrontare tale dramma, l'organizzazione di Nimia Vargas ha iniziato a organizzare gruppi di sostegno, anche per denunciare sistematicamente i crimini alle autorità governative e fare in modo che le donne non solo accedano a servizi qualificati di assistenza sanitaria e di aiuto psicologico, ma inoltre ottengano giustizia.

I gruppi armati responsabili di violenze sessuali hanno più volte minacciato di morte Nimia Vargas e hanno addirittura assassinato una donna che, dopo aver partecipato a uno dei programmi di formazione della Rete, era diventata una nota militante.

Neida Waitotó, a sinistra, con una madre e il bambino che ha aiutato a nascere.

Foto © UNFPA/Daniel Baldotto

Nuovi aiuti per le vittime

Nel 2011, la Colombia ha approvato la legge 1448 per il risarcimento delle



“ La verità pura e semplice è che le catastrofi rafforzano, perpetuano e aumentano la disuguaglianza di genere, peggiorando la situazione già difficile delle donne. ”

Margareta Wahlström

Rappresentante speciale del Segretario generale delle Nazioni Unite per la riduzione del rischio di catastrofi

cessibilità dei servizi essenziali e di qualità per la salute sessuale e riproduttiva. Questo problema può essere causato da diversi fattori. Spesso le infrastrutture sanitarie sono danneggiate o distrutte. Gli operatori sanitari possono essere stati uccisi o feriti, troppo stressati per lavorare, costretti a spostarsi o fuggiti. Nelle situazioni di crisi interessate da violenza, le strutture sanitarie possono essere colpite da raid aerei o da attacchi armati e gli operatori esposti ad aggressioni fisiche,

minacce e violenze sessuali (International Committee of the Red Cross, 2015).

I servizi, anche quando esistono, possono subire ritardi o interruzioni, non essere riforniti di farmaci e altri materiali o risultare inaccessibili per motivi di sicurezza e per le limitazioni imposte agli spostamenti. Queste circostanze hanno spesso conseguenze gravissime, a volte fatali, per le vittime di violenza, per chi deve adottare rischiose strategie di sopravvivenza, come le prestazioni sessuali, ma anche per le persone positive all'HIV, le ragazze sposate, donne e ragazze incinte, neo-mamme e i loro neonati.

L'accessibilità dei servizi per la salute sessuale e riproduttiva varia moltissimo da un'emergenza all'altra e anche, nella stessa crisi, da un ambiente all'altro (Casey et al., 2015). Donne e ragazze vivono spesso differenze significative nell'accesso e nella qualità dell'assistenza ostetrica e neonatale di emergenza, delle cure mediche dopo uno stupro, dei servizi per la pianificazione familiare inclusa la contraccezione: dipende, per esempio, dal trovarsi o meno in un ambiente stabile allestito per

vittime e la restituzione delle terre, per sostenere le vittime del conflitto armato (7,3 milioni, secondo le stime). La legge ha portato anche all'istituzione di una Unità governativa per la denuncia e il risarcimento (UARIV) mirata ad aiutare le vittime del conflitto armato, comprese le vittime degli stupri.

Le persone che sporgono denuncia alla UARIV hanno diritto a un risarcimento in contanti ma anche a servizi integrati per la salute, il sostegno psicologico, la riabilitazione e altri ancora, tutti erogati in modo da rispettare la privacy. Le persone imparano anche, di solito per la prima volta nella loro vita, a conoscere i propri diritti. Secondo Licet Ciénfuegos, nei gruppi femminili e di genere della UARIV, le donne "riconoscono di non essere sole, di essere cittadine con dei diritti e

agenti del cambiamento". Molte hanno proseguito nel cammino, dando vita a nuovi gruppi di difesa e di solidarietà. "Stiamo cercando di aiutare le donne ad essere protagoniste, capaci di cambiare il futuro delle loro comunità".

A settembre del 2015, già 9.892 donne, 863 uomini e 53 persone che si definivano lesbiche, gay, bisessuali o transgender, avevano denunciato di aver subito atti di violenza sessuale, alcuni verificatisi negli ultimi due anni, molti successi anni prima.

UNFPA ha collaborato con UARIV nell'organizzare corsi di formazione per gli operatori che ricevono le denunce affinché diano alle vittime un sostegno



Una donna di etnia Wounaan a Union Balsalito, Colombia.

Foto © UNFPA/Daniel Baldotto

psicosociale sensibile alle specificità culturali. "Insegniamo loro a parlare con le persone in modo da non renderle un'altra volta vittime" spiega Licet Ciénfuegos. Il conflitto ha inoltre delle conseguenze indirette, ma forse più insidiose, sulla salute e sui diritti delle donne e delle ragazze del Chocó.

i rifugiati, in un'area urbana o rurale, dall'essere parte di una popolazione ospite o dal vivere in un campo per sfollati interni. I residenti nei campi stabili spesso hanno un miglior accesso all'assistenza rispetto alle comunità ospitate in paesi vicini o rispetto a quella di cui godevano in patria prima della crisi (Chynoweth, 2015). A complicare ulteriormente il quadro, non tutti i campi per rifugiati garantiscono lo stesso livello di accesso e di qualità, lo stesso vale per i campi degli sfollati interni.

L'accessibilità dei servizi dipende inoltre da fattori come l'età o le disabilità. Le persone con disabilità fisiche, psicologiche o di sviluppo incontrano maggiori difficoltà. Atteggiamenti negativi e mancanza di rispetto, da parte degli operatori sanitari, sono stati identificati come "la barriera più significativa che impedisce" l'accesso ai servizi per la salute sessuale e riproduttiva per le disabili rifugiate (Consortium, 2015).

Donne e ragazze sono particolarmente vulnerabili a malnutrizione e malattie, condizioni esacerbate

dalla perdita dell'assistenza per la salute sessuale e riproduttiva. Per esempio, l'Ufficio delle Nazioni Unite per il coordinamento delle questioni umanitarie, calcola che nella sola Repubblica Democratica del Congo quasi un milione di donne incinte o che stanno allattando sono affette da malnutrizione acuta (Save the Children, 2014).

Le donne sono fisiologicamente più soggette a carenze di vitamine, ferro e anemia. Queste carenze si aggravano in situazioni di emergenza, quando il cibo scarseggia, perché spesso donne e ragazze sono le prime a soffrire la fame. Se incinte e in allattamento, quando si ha maggiore necessità di alimentarsi, malnutrizione o denutrizione possono portare a complicazioni nel parto e a problemi nell'allattamento, che a loro volta si traducono in maggiori rischi per la salute neonatale. Quando si è incinte, l'anemia acuisce il rischio di mortalità materna, parto prematuro e insufficienza ponderale alla nascita (Save the Children, 2014).

Povertà causata dalla guerra: le conseguenze per la salute

La violenza, o la minaccia di violenza, ha soffocato l'economia di tutta la regione, molte persone e famiglie si sono trovate con ridotte o nessuna possibilità di trovare lavoro o fonti di reddito. La povertà moltiplica le vulnerabilità, soprattutto nel caso di donne o ragazze. In alcune situazioni, intraprendere relazioni sessuali con membri di gruppi armati serve ad ottenere cibo o altre risorse indispensabili per sopravvivere. In altri casi, donne e ragazze vengono costrette a prostituirsi. Si sono anche verificati episodi in cui un gruppo armato compie quelli che in apparenza sembrano gesti di buona volontà verso una comunità locale, distribuendo cibo o altre merci. In seguito quei favori devono essere ripagati, a volte cedendo le giovani che finiscono

schiate sessuali a combattenti a loro volta. La povertà provocata da una guerra spinge inoltre gli uomini di villaggi isolati a trasferirsi in città per cercare lavoro. Quando tornano a casa, in molti trasmettono alle mogli infezioni sessualmente trasmissibili contratte in città. Le deficienze del sistema sanitario implicano che spesso tali infezioni non sono diagnosticate o curate. "La guerra coinvolge tutti, in un modo o nell'altro", dice il rappresentante di UNFPA Jorge Parra. "Ma colpisce in modo sproporzionato le donne e le ragazze, negando i loro diritti fondamentali alla salute, alla sicurezza, alla possibilità di avere il potere e gli strumenti per decidere quando o quanto spesso avere figli", aggiunge. "Il compito che abbiamo davanti è colossale, ma con le

risorse adeguate e la volontà politica possiamo raggiungere le donne e le ragazze più vulnerabili in tutto il paese."

Abitanti di Docordó, Colombia.

Photo © UNFPA/Daniel Baldotto





Madre e figli nel campo di Domiz, Iraq.
Foto © UNFPA/Aral Kaki

Esigenze inevase di pianificazione familiare

La pianificazione familiare è un intervento salvavita: previene le gravidanze non programmate e indesiderate, riduce di conseguenza i pericoli per la salute derivanti dal parto e il ricorso agli aborti clandestini. Alcuni metodi inoltre riducono anche il pericolo di contrarre infezioni trasmissibili sessualmente (Save the Children, 2014).

L'importanza di questo tipo di interventi è cruciale nelle emergenze umanitarie, spesso contraddistinte da violenze sessuali e domestiche, matrimoni precoci e comportamenti ad alto rischio come le prestazioni sessuali offerte per sopravvivere, in cambio di beni materiali o di denaro. Ma negli ambienti e nelle situazioni di emergenza i servizi per la pianificazione familiare, inclusa la contraccezione, sono spesso ridotti, inadeguati o addirittura inesistenti (Casey et al., 2015).

Anche laddove questi esistono, in molte società la posizione subordinata di donne e ragazze all'interno della famiglia impedisce loro di accedervi per la difficoltà di convincere i partner a farvi ricorso (Klasing, 2011; Plan International, 2013). Le donne non sposate e le adolescenti spesso incontrano ulteriori difficoltà nell'accedere ai servizi di pianificazione familiare, inclusa la contraccezione, per via di norme di genere che considerano l'attività e l'interesse sessuale come un comportamento femminile inappropriato (Casey et al., 2015). Queste norme spesso influenzano il comportamento degli operatori sanitari che erogano i servizi, compromettendo l'assistenza fornita (Casey et al., 2015).

Le scuole, anche nelle situazioni di sfollamento, sono un importante veicolo di educazione sessuale e di sensibilizzazione sull'uso dei contraccettivi. Ma nelle crisi anche l'istruzione può essere gravemente deficitaria e dare luogo a pesanti gap e limitazioni.



Vulnerabilità alle gravidanze non programmate e indesiderate

Negli ambienti colpiti da un'emergenza, donne e ragazze corrono maggiori rischi di iniziare una gravidanza non programmata e indesiderata: può avvenire contro la loro volontà, in conseguenza di uno stupro, di rapporti sessuali a cui hanno dovuto far ricorso per sopravvivere; a causa dell'impossibilità di accedere ai servizi di pianificazione familiare, inclusa la contraccezione; dall'incapacità di convincere il partner a ricorrere ai contraccettivi, compreso il preservativo. Particolarmente vulnerabili, soprattutto nelle situazioni di crisi, sono le ragazze single (Plan International, 2013). Uno studio condotto ad Haiti dopo il terremoto, ha evidenziato che il tasso di gravidanze nei campi era triplicato rispetto alla media urbana prima dell'emergenza, con un 66% circa di gravidanze indesiderate o non programmate (citato in Klasing, 2011). In molti paesi ciò espone

le donne, soprattutto adolescenti, al pericolo di aborti clandestini.

Gravidanze e parti senza servizi adeguati di cura prenatale e perinatale

Essere incinta durante un'emergenza umanitaria significa spesso rischiare la vita. Non sempre è possibile accedere a strutture pulite e sicure, a servizi di cura prenatale e ostetrica, ad attrezzature e servizi essenziali, come per le trasfusioni, a personale sanitario in grado di provvedere. (Casey et al., 2015). Se non si può usufruire di tali servizi è maggiore il rischio di incorrere in infezioni, aborti spontanei e parti prematuri, partorire bambini già morti, ricorrere ad aborti clandestini, contrarre gravi patologie croniche come la fistola ostetrica e anche morire. Senza assistenza ostetrica d'emergenza, anche le complicazioni facilmente prevenibili e curabili mettono a repentaglio la vita della madre e del bambino. Anche lo stress cau-

sato da una crisi può danneggiare fisicamente donne e ragazze incinte, provocando a volte parti prematuri. Nelle Filippine, per esempio, un tasso insolitamente alto di gestosi – un pericoloso aumento della pressione sanguigna in gravidanza – è stato attribuito allo stress causato dal tifone Haiyan (Save the Children, 2014).

Le ragazze, soprattutto sotto i 16 anni, hanno una pelvi ancora immatura che rende il parto più difficile e pericoloso. Tale immaturità fisica può portare a un'ostruzione in fase di travaglio e, in mancanza di cure ostetriche d'emergenza, a fistola ostetrica, rotture uterine, emorragie e morte della madre e del bambino (Save the Children e UNFPA, 2009). Le madri adolescenti sono inoltre molto più a rischio di aborti spontanei, parti prematuri e morte del feto (Save the Children e UNFPA, 2009).

Durante le crisi umanitarie, le infrastrutture per l'assistenza prenatale e ostetrica sono spesso distrutte, danneggiate o inutilizzabili. Nelle Filippine, il tifone Haiyan ha devastato, nelle aree colpite, anche le strutture per la salute riproduttiva. La provincia di Leyte ha perso quasi tutti i centri di maternità. In una valutazione di 52 strutture per la salute riproduttiva è risultato che oltre la metà aveva riportato gravi danni strutturali (Save the Children, 2014). A Gaza, nel 2014, sono stati danneggiati sei ospedali e sei reparti maternità sono stati chiusi (UNFPA, 2014). Nella Repubblica Democratica del Congo, un conflitto quasi ventennale, ha decimato il sistema sanitario. Secondo Save the Children, in molte – se non in quasi tutte – strutture per la salute, non ci sono le condizioni per praticare un parto cesareo (Save the Children, 2014).

Donne e ragazze incinte, durante la gravidanza e al momento del parto, hanno bisogno di operatori spe-

cializzati per la sicurezza propria e dei bambini. Ma anche gli operatori sanitari sono personalmente colpiti dalle crisi. Possono essere feriti o uccisi. In Africa occidentale, gli operatori che assistevano ai parti rischiavano di contrarre l'Ebola e, viceversa, l'assistenza alle partorienti era uno dei modi in cui le pazienti contraevano il virus (United Nations Development Programme, 2015).

A causa delle emergenze aumentano i parti senza assistenza medica

A causa di danni, distruzioni, situazioni di stress, di perdita e di paura provocati dalle crisi umanitarie, molte donne e ragazze incinte partoriscono senza l'assistenza di personale qualificato: si tratta di uno dei fattori che più contribuiscono alla mortalità materna. In Siria, prima del conflitto, operatori qualificati davano assistenza al 96 per cento dei parti. Oggi, l'accesso alle cure prenatali, ai servizi di maternità e alle cure ostetriche d'emergenza è estremamente limitato. Ci sono aree, tra cui alcune zone di Homs, dove non esiste alcun servizio per la salute riproduttiva (Save the Children, 2014).

In Africa occidentale, dove i tassi di mortalità materna erano già tra i più alti del mondo, l'epidemia di Ebola ha causato un'escalation di decessi (Diggins and Mills, 2015). Un recente rapporto delle Nazioni Unite descrive l'accesso ai servizi per la salute sessuale e riproduttiva come "drasticamente ridotto" (United Nations Security Council, 2015). In Liberia, i parti assistiti da personale qualificato hanno registrato una significativa diminuzione, dal 52 per cento del 2013, a circa il 38 per cento tra maggio e agosto 2014; in Guinea, in un analogo lasso di tempo, si è passati dal 20 al 7 per cento (Inter-Agency Standing Committee, 2015).



A causa di devastazioni, stress, lutti e del terrore provocato dalle emergenze umanitarie, molte donne e ragazze incinte partoriscono senza l'assistenza di personale qualificato.

Limitazioni nell'assistenza postnatale e neonatale

Spesso nelle situazioni di crisi l'assistenza postnatale e neonatale è ridotta. Le neo mamme hanno bisogno di assistenza anche per se stesse, soprattutto se ci sono state complicazioni durante il parto.

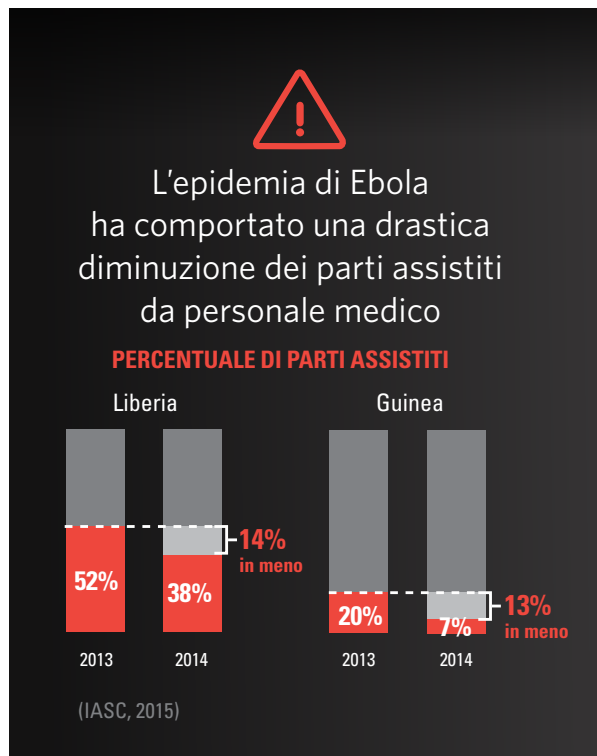
Diventare madri e riprendersi dal parto è già un'impresa ardua senza i rischi e le vulnerabilità associati alle emergenze umanitarie. La situazione è particolarmente difficile per le giovani. Le crisi possono provocare "ostacoli e disincentivi" all'allattamento al seno (Save the Children, 2014). Questo spiega come mai i tassi di allattamento al seno diminuiscono in molte situazioni di emergenza. Per allattare nel modo migliore occorre aver ricevuto informazioni e raccomandazioni ed essere poi seguite individualmente e personalmente. Tutte cose che spesso mancano o sono estremamente limitate in situazioni di crisi.

Anche i problemi legati alla lattazione spesso si aggravano durante le emergenze. Un grave stato di

malnutrizione può ridurre la produzione di latte. Anche un forte stress può provocare un'interruzione del flusso (World Vision, senza data). Le crisi possono poi comportare la distruzione delle scorte dei sostituti del latte materno il che, sommato ai problemi legati all'allattamento e alla lattazione, può causare problemi di malnutrizione dei neonati, che corrono ancora più rischi di ammalarsi e di morire.

Le crisi aumentano il rischio di infezioni trasmesse sessualmente

Le crisi umanitarie sono terreno fertile per la diffusione delle malattie sessualmente trasmissibili, compreso l'HIV, e le donne – in particolare le ragazze – sono più vulnerabili degli uomini. La violenza sessuale e di genere, che comprende stupri e schiavitù sessuale, è tra i principali fattori di rischio: nelle donne, soprattutto nelle ragazze, le violenze sessuali agevolano il contagio. Altri fattori che incrementano il pericolo di infezione da HIV sono il traffico di



persone a scopo di sfruttamento sessuale, la violenza perpetrata dal partner, le strategie di sopravvivenza ad alto rischio come i rapporti sessuali in cambio di beni e le prestazioni sessuali a pagamento.

Anche in assenza di una crisi, donne e ragazze risultano molto più vulnerabili alle infezioni trasmesse sessualmente, sia per una vulnerabilità biologica, sia per la pervasiva disuguaglianza di genere che ancora esiste in tante società. La posizione subordinata delle donne nega loro, nei rapporti con il partner e in altre interazioni, ogni possibilità di influire sull'attività sessuale, compreso l'uso dei preservativi, in particolare quando il rapporto avviene tra una ragazza e un uomo più anziano (Plan International, 2013; UNFPA, senza data). Le norme di genere che riguardano i comportamenti femminili considerati appropriati, negano spesso alle donne non sposate e alle adolescenti qualsiasi accesso alle informazioni sulla salute sessuale e sui metodi per evitare infezioni a trasmissione sessuale (Plan International, 2013; UNFPA, senza data). Uno studio, condotto tra i rifugiati in Burkina Faso, nella Repubblica Democratica del Congo e in Sud Sudan ha rilevato come le giovani non sposate sono quelle "meno informate" in materia di HIV, infezioni trasmesse sessualmente e dei metodi – compreso l'uso dei preservativi – per ridurre al minimo il rischio di contagio (Casey et al., 2015). Le norme di genere rendono poi anche gli uomini e i ragazzi più vulnerabili alle infezioni, in quanto incoraggiano un comportamento sessuale a rischio, dominante e aggressivo.

Le emergenze spesso compromettono l'accesso ai servizi di prevenzione, cura e informazione, esacerbando la vulnerabilità alle infezioni trasmesse per via sessuale, compreso l'HIV. Anche negli ambienti in precedenza stabili, quando è in corso una crisi umanitaria spesso l'accesso alla prevenzione è limitato, inadeguato o addirittura inesistente (UNAIDS/PCB; 2015).



Le crisi umanitarie sono terreno fertile per le infezioni sessualmente trasmissibili, come l'HIV.

I dati raccolti dall'UNHCR evidenziano che 56 campi per rifugiati, nel periodo 2007-2013, avevano scarsissime scorte di preservativi (Chynoweth, 2015). L'esistenza dei servizi poi non è garanzia di prevenzione: donne e ragazze vittime di stupri spesso scelgono di non avvalersi della profilassi contro il contagio da HIV per paura di essere stigmatizzate per la violenza subita (Chynoweth, 2015).

L'impatto di un'emergenza umanitaria spesso impedisce alle persone già positive all'HIV di accedere alle cure indispensabili e salvavita. Proseguire un regime terapeutico è ancora più difficile nelle emergenze, quando la disponibilità dei farmaci antiretrovirali è solo sporadica e disponibile solo nei grandi ospedali e non a livello di assistenza sanitaria di base (Chynoweth, 2015).

Le scorte di farmaci e di sangue sicuro possono essere andate distrutte o risultare indisponibili, specie durante la fuga e nei successivi spostamenti (Plan International, 2013; UNFPA, senza data). Questi ultimi sono spesso la causa dell'interruzione delle terapie mediche. Altre infezioni sessualmente trasmesse come la clamidia, la gonorrea e la sifilide possono, se non curate, portare a complicanze in gravidanza, infertilità, tumori dell'apparato riproduttivo e a un aumentato rischio di contagio da HIV (Chynoweth, 2015).

Le donne sieropositive incinte o che hanno partorito da poco hanno necessità di accedere all'assistenza e alle cure prenatali per evitare la trasmissione del virus da madre a figlio, ma le crisi spesso distruggono i servizi essenziali e rendono indisponibili i farmaci. In uno studio condotto nella Repubblica Democratica del Congo, nessuno dei centri per la salute monitorati era in grado di fornire servizi adeguati per prevenire la trasmissione da madre a figlio, per mancanza di materiali e di personale qualificato (Casey et al., 2015).

Donne e adolescenti con disabilità e HIV

Donne e adolescenti con disabilità risultano particolarmente vulnerabili al contagio da HIV nelle situazioni di crisi, hanno spesso difficoltà ad accedere a informazioni e servizi per la salute sessuale e riproduttiva, compresi quelli indispensabili alla loro protezione, come i farmaci anti-retrovirali. Nel corso di una ricerca condotta su alcune donne disabili in Uganda del nord, Human Rights Watch ha parlato con due donne disabili stuprate che dicevano “di non essersi in seguito sottoposte ai test per l’HIV perché non erano riuscite a raggiungere una struttura sanitaria” (Human Rights Watch, 2010).

Il modo in cui le società percepiscono donne e ragazze con disabilità, ovvero come “esseri asessuati”, limita la loro possibilità di accedere all’educazione sessuale, comprese le informazioni su come riconoscere i comportamenti inappropriati (UN Human Rights Council, 2012). Donne e giovani con disabilità mentali incontrano ulteriori difficoltà nel prendere consapevolezza delle infezioni a trasmissione sessuale e della contraccezione (Women’s Refugee Commission, 2014b)

Ulteriore rischio di violenza di genere

Le emergenze umanitarie spesso esasperano la violenza di genere. In ambienti molto diversi tra loro, come Myanmar, Somalia e Siria, la violenza sessuale è descritta come “diffusa”, “prevalente”, “un tratto dominante” e, una “minaccia significativa e una vera e propria crisi” (United Nations Security Council, 2015). Tuttavia, non si tratta di un fenomeno nuovo prodotto dalle emergenze: fa parte di un flusso ininterrotto di violenze di cui donne e ragazze fanno esperienza nella vita quotidiana e che nelle crisi rischia di diffondersi ulteriormente.

Le rifugiate e le sfollate sono particolarmente a rischio anche nei campi apposti, in quelli temporanei e nei centri di evacuazione. Nei conflitti armati, donne e ragazze sono spesso vittime di violenze di genere

durante le perquisizioni, i raid nei quartieri residenziali, i posti di blocco e di detenzione, nel corso di attacchi armati contro i loro villaggi per costringere la popolazione alla fuga e in generale come parte di sistematiche campagne di dominio, intimidazione e terrore portate avanti dai gruppi armati. I responsabili sono spesso partner o parenti delle vittime, militari delle forze armate, nazionali e non, funzionari dei campi profughi, insegnanti e, in alcuni casi, persino membri delle forze di pace e operatori volontari. I rischi della violenza di genere aumentano quando lo stato di diritto e le infrastrutture si indeboliscono o vengono meno. Nei conflitti che si protraggono nel tempo, spesso emerge una cultura della violenza e dell’impunità, sostenuta dalla facilità con cui ci si procurano armi piccole e leggere. I sistemi e le reti di sostegno e solidarietà familiare e sociale sono spesso indeboliti e distrutti, le famiglie vengono separate. Laddove il nucleo familiare aveva rappresentato una fonte di protezione, la separazione o la morte dei genitori può creare un vuoto di sicurezza. Povertà, incertezza sulla possibilità di procurarsi il cibo, difficoltà economiche, stress, traumi, senso di perdita e di noia, mancanza di privacy in condizioni di sovraffollamento diventano le realtà quotidiane che influ-

“ Da gennaio a settembre 2014, UNFPA ha registrato 11.769 casi di violenza sessuale e di genere nelle province di North Kivu, South Kivu, Orientale, Katanga e Maniema; il 39% erano direttamente collegati alle dinamiche di conflitto e perpetrati da individui armati.

Commissione per le donne rifugiate, 2014a

scono sul comportamento, all'interno delle famiglie e nelle comunità in generale, e che portano anche ad adottare meccanismi negativi o estremi per la sopravvivenza.

Spesso i gruppi armati installano le loro basi vicino ai centri di soccorso e cercano di utilizzare lo stupro come prassi istituzionalizzata e intenzionale all'interno di una strategia di guerra più generale (United Nations Security Council, 2015). Alla base di molti atti di violenza sessuale o di genere vi è una profonda mancanza di rispetto per i diritti di donne e ragazze.

Doppie e triple discriminazioni

Nelle situazioni di crisi, forme multiple e sovrapposte di discriminazioni in base al sesso, all'età, alla condizione economica, all'appartenenza a una minoranza etnica e altri fattori possono incrementare la vulnerabilità di donne e ragazze rispetto alla violenza sessuale e di genere (United Nations Human Rights Council, 2011).

Le adolescenti, la cui condizione di giovani e di sesso femminile è descritta da Plan International (2013) come una "doppia discriminazione", si trovano particolarmente a rischio di subire, nelle emergenze, violenze come stupri, matrimoni precoci, sfruttamento sessuale, rapimenti e traffico di esseri umani (Women's Refugee Commission, 2014a).

Nei paesi interessati da un conflitto, le/i giovani sotto i 18 anni costituiscono spesso la maggioranza di tutte le vittime di violenza sessuale (Save the Children, 2014).

“ Il punto di partenza non è lo stesso per tutti. Ma in molti sono in vantaggio rispetto alle adolescenti.

Commissione per le donne rifugiate, 2014a

Nel 2014, il segretario generale delle Nazioni Unite ha descritto la violenza sessuale contro le adolescenti nelle situazioni di conflitto come una "inquietante tendenza" (United Nations Security Council, 2015). La condizione di rifugiata o sfollata aggiunge diversi livelli di rischio a questa equazione. Le minori che hanno perso i propri genitori si trovano lontano da loro, vanno incontro a rischi ancora maggiori in quanto non godono della protezione spesso garantita dai familiari. Questo è avvenuto anche durante l'epidemia di Ebola, quando molti bambini e bambine sono rimasti soli e senza tutela perché i genitori erano morti o gravemente malati (Inter-Agency Standing Committee, 2015). Una situazione analoga si verifica spesso nei contesti in cui procurarsi da mangiare è problematico e i genitori possono essere costretti a lasciare a casa i figli, affidandoli alle figlie maggiori, per andare a cercare cibo o opportunità di guadagno (Plan International, 2013).

Donne e ragazze che soffrono di disabilità fisiche o dello sviluppo sono particolarmente vulnerabili perché vengono meno sia il sostegno fornito da comunità e famiglia, sia le regole dello stato di diritto (Women's Refugee Commission, 2013; Ortoleva e Lewis, 2012). Secondo l'Alto Commissariato delle



Ayan, 16 anni, nel campo di Minkaman in Sud Sudan:

"Non mi sento sicura quando vado nella boscaglia, perché spesso ci sono uomini che violentano le donne."

Foto © Panos Pictures/Chris de Bode

LA MANCANZA DI PRIVACY AUMENTA I RISCHI

La mancanza di privacy in molti campi per sfollati ha gravi conseguenze per la salute sessuale e riproduttiva di donne e ragazze. Molte di loro aspettano che faccia buio per usare le latrine e i bagni per lavarsi, soprattutto le ragazze con le mestruazioni (Plan International, 2013). Questo le mette particolarmente a rischio di subire violenze (UNIFEM, 2010; Plan International, 2013).

Illuminazione insufficiente e senso di insicurezza a volte impediscono del tutto a donne e ragazze di usare i bagni (Child Protection and Gender-Based Violence Sub-Working Group, Jordan, 2013). Che sia per la mancanza di privacy, sicurezza o igiene, spesso si trattengono dall'usare i servizi igienici e a volte contraggono infezioni del tratto urinario e altre patologie (Pincha, 2008; Plan International, 2013).

Chi ha le mestruazioni spesso non può lavarsi con cura, cambiarsi e lavare gli assorbenti, il che può provocare irritazioni perineali e infezioni del tratto urinario, oltre a incidere sul senso di sicurezza personale e di fiducia in se stesse (WHO, 2002; Plan International, 2013). La mancanza di privacy può causare disagio e stress anche nelle donne che allattano, il che può provocare interruzioni del flusso del latte, generare insicurezza nella madre e ripercuotersi sulla nutrizione, sulla salute e sulla sopravvivenza del bambino (World Vision, senza data). Dopo il terremoto del 2005 e le inondazioni del 2010 in Pakistan, i rapporti suggeriscono che molte donne avrebbero smesso di allattare per la mancanza di privacy e il disagio provato ad allattare davanti a lontani parenti maschi o ad altri uomini nei rifugi comuni (Bradshaw and Fordham, 2013; UNIFEM, 2010).

Nazioni Unite per i Rifugiati, il 49 per cento di tutte le vittime adulte di stupri perpetrati nei campi allestiti in Nepal per i rifugiati del Buthan, tra il 2009 e il 2011, erano persone con disabilità o menomazioni fisiche o dello sviluppo (Women's Refugee Commission, 2013). Le disabili sono riconosciute come un gruppo particolarmente soggetto al pericolo di violenze sessuali, in quanto limitate nei movimenti e nella capacità di comunicare, emarginate e a rischio di povertà (United Nations High Commissioner for Refugees, 2011b; Consortium, 2015; Women's Refugee Commission, 2013; Human Rights Watch, 2010). Tra le donne disabili ci sono poi dei sottogruppi che corrono pericoli ulteriori per via di quel-

la che potremmo definire triplice discriminazione: donne anziane, appartenenti a minoranze etniche, linguistiche o religiose, persone lesbiche, gay, bisessuali o transgender (United Nations High Commissioner for Refugees, 2011b; United Nations Human Rights Council, 2012).

“Non possiamo chiudere la porta”

Quando terremoti, cicloni, inondazioni, violenze e guerre costringono la gente a lasciare la casa e la comunità cui appartengono, molti trovano rifugio nei campi per rifugiati e sfollati, alloggi temporanei, abitazioni improvvisate, insediamenti spontanei, slum urbani, centri di evacuazione e di transito. In queste situazioni aumenta il rischio di violenza di genere. Anche nei campi profughi istituzionali, si verificano casi di violenza sessuale. Nel campo di Dadaab in Kenia, per esempio, a causa del rapido aumento della popolazione non c'è stato il tempo di dotare i nuovi settori di illuminazione e recinzioni, e questo ha causato un aumento delle violenze sessuali (United Nations Security Council, 2015). Le condizioni di vita e

“ Mi vergognavo perché dopo la catastrofe non potevo lavarmi e tutti vedevano le mie perdite ”

Mirasol, 16 anni, Filippine

le infrastrutture di questi insediamenti sono una concreta fonte di pericoli per donne e ragazze.

Le strutture allestite per le popolazioni colpite da catastrofi o conflitti hanno caratteristiche comunemente identificate come fattori di rischio per la violenza di genere: sovraffollamento, mancanza di privacy, porte senza serratura, dormitori e servizi igienici in comune, latrine e bagni inadeguati, illuminazione e impianti elettrici insufficienti (Women's Refugee Commission, 2014a; CARE, 2015b; CARE, 2014; Plan International, 2013; Internal Displacement Monitoring Centre and the International Rescue Committee, 2015; Inter-cluster Coordination Group, 2014; UNFPA, 2014; Child Protection and Gender-Based Violence Sub-Working Group, Jordan, 2013). “Non possiamo chiudere le porte” ha raccontato una donna residente nel campo profughi di Za'atari, in Giordania (Save the Children, 2014).

Dopo che il ciclone Pam si è abbattuto su Vanuatu, nel marzo 2015, i centri di evacuazione sull'isola di Emae Island erano “sovraffollati, senza privacy e senza illuminazione, soprattutto nella zona dei bagni...” (CARE, 2015b). Nella regione delle Filippine colpita dal tifone Haiyan, nel 2013, donne e bambini sono stati accolti in siti “sovraffollati” con “poca sicurezza, servizi igienici inadeguati e mancanza di privacy” (Inter-cluster Coordination Group, 2014). Plan International (2011) riferisce che in Bangladesh i rifugi per le persone colpite dal ciclone “di solito non prevedono

dormitori separati per uomini e donne, né accessi separati a servizi igienici sicuri”.

“Non potevamo proteggerla, abbiamo dovuto farla sposare”

L'impatto dei conflitti armati e delle catastrofi naturali può portare a un aumento dei matrimoni precoci nei luoghi colpiti dall'emergenza, come nei campi allestiti dopo lo sfollamento. Secondo World Vision, la paura – per esempio delle violenze sessuali o della fame – è “una delle cause principali dei matrimoni precoci” nei contesti di fragilità (World Vision UK, 2013). In considerazione della loro età e del genere, le ragazze sono estremamente vulnerabili a questa pratica. In Siria, ad esempio, i matrimoni precoci sono una pratica tradizionale largamente accettata sia dalle donne che dagli uomini (UN Women, 2013). Stando alle indicazioni disponibili, in situazione di emergenza umanitaria la pratica, anche se antecedente alla crisi, viene esacerbata, specie in situazioni di sfollamento prolungato, ed estesa anche a famiglie che altrimenti non l'avrebbero adottata, coinvolgendo ragazze sempre più giovani (CARE, 2015a). Dove c'è scarsità di cibo, a causa della povertà estrema o della siccità, molte famiglie fanno sposare le figlie per avere meno bocche da sfamare e anche come forma di reddito laddove si usa pagare alla famiglia un “prezzo” per la sposa (Save the Children, 2014; CARE, 2015a). La prassi può essere anche considerata un modo per proteggere “l'onore” della figlia, messo a repentaglio dalla scarsità di cibo che potrebbe spingere la ragazza a offrire prestazioni sessuali per sopravvivere o in cambio di denaro (Plan International, 2013). La crisi siriana ha portato a un incremento dei matrimoni precoci tra le ragazze siriane rifugiate in Giordania, in Libano e in Egitto (CARE, 2015a). I rifugiati siriani raccontano di stupri subiti dalle ragazze e il timore della violenza sessuale come una delle cause che li ha spinti a scappare dalla Siria (CARE, 2015a; International Rescue Committee, 2013).

“ Mia figlia ha 16 anni... eravamo molto preoccupati per lei. Aggredivano le donne. Non potevamo proteggerla, così abbiamo dovuto farla sposare... Lei era contraria, voleva studiare.

Una madre siriana in Libano



Tra le ragazze il matrimonio precoce comporta gravi rischi e limitazioni per i loro diritti riproduttivi, il loro benessere, la loro salute e quella dei figli. Per via dell'età e del genere, le ragazze sposate non godono di quasi nessun potere o possibilità di influire sulle decisioni che riguardano il proprio corpo. Non hanno quasi mai la possibilità di decidere in merito all'uso della contraccezione, alla frequenza dei rapporti sessuali, all'intervallo tra le gravidanze o al numero dei figli (CARE, 2015a). Le ripercussioni di questa mancanza di potere sono significative e a volte fatali: le espongono al rischio di contrarre infezioni per via sessuale e di andare incontro a morbilità e mortalità materne.

La violenza del partner

Le crisi comportano sovente dei cambiamenti nelle relazioni di genere in famiglia e questo può incrementare il rischio di violenze da parte del partner. L'incidenza di questi cambiamenti è particolarmente significativa nei campi per sfollati (UNFPA, 2010): mentre gli uomini devono affrontare disoccupazione, perdita dei mezzi di sostentamento, ozio e frustrazione, le donne spesso si assumono la responsabilità di mantenere la famiglia. Avendo la precedenza nella distribuzione degli aiuti alimentari, spesso si trovano davanti a nuove opportunità a cui prima non potevano accedere, grazie ai programmi offerti dalle organizzazioni umanitarie (International Rescue Committee, 2015). Questa novità a volte scatena una "crisi di identità" negli uomini (Anderlini, 2010). Nella regione orientale della Repubblica Democratica del Congo, dove è stato osservato e documentato questo cambiamento nei ruoli di genere, gli uomini congolesi hanno dichiarato di provare umiliazione, senso di fallimento e "smarrimento dei valori personali" (Lwambo, 2011). Alcuni uomini vedono nella violenza inflitta sulle compagne e sui figli uno strumento per riaffermare potere, dominio e virilità.

Stress, senso di perdita, noia e frustrazione spingono molti uomini sfollati verso l'abuso di alcol e droghe



Nel campo di Bachid Kendal a Zakho, Iraq.

Foto © Ali Arkady/VII Mentor Program

o verso altri meccanismi negativi, questo alimenta a sua volta la violenza contro la partner. Le ragazze sposate, che si trovano in una posizione di "estrema" dipendenza e mancanza di potere, acuite dall'età e dal genere, sono ancora più soggette a questo tipo di violenza (International Rescue Committee, 2015; CARE, 2015a).

Dati sempre più numerosi suggeriscono che la violenza da parte del partner è la più comune nelle situazioni di emergenza umanitaria (International Rescue Committee, 2015). In alcuni ambienti interessati da un conflitto, la violenza inflitta dal partner, compreso lo stupro e la violenza sessuale perpetrata da altri membri della famiglia, sono più frequenti degli stupri commessi dai combattenti (Wood, 2015; Human Security Report Project, 2012). Nel corso

di un monitoraggio effettuato nel 2013 nel campo profughi di Za'atari, in Giordania, i membri della comunità e gli operatori dei servizi hanno identificato la violenza domestica come “la tipologia di violenza più diffusa” che va “emergendo come un problema rilevante” tra i rifugiati siriani, le ragazze tra i 12 e i 18 anni sono la fascia più colpita (Child Protection and Gender-Based Violence Sub-Working Group, Jordan, 2013). Un incremento degli atti di violenza perpetrati dal partner è stato osservato spesso dopo un disastro naturale, compresi i più recenti:

- **Terremoto in Nepal:** sebbene non ci siano dati ufficiali, i counsellor e il personale coinvolto nell'emergenza umanitaria hanno osservato un “drammatico aumento” delle violenze sessuali e domestiche sulle donne dopo il terremoto (UN Women, 2015).
- **Cicloni Vania e Atu:** in Vanuatu, dove già si registravano elevati tassi di violenza domestica, un

centro di counselling ha osservato, dopo i cicloni Vania e Atu del 2011, un incremento del 300% (CARE, 2015b).

- Un aumento delle violenze inferte dal partner è stato constatato anche dopo la serie di incendi del “Black Saturday” in **Australia** (2009), dopo il terremoto di Christchurch in **Nuova Zelanda** (2011), l'uragano Katrina negli **Stati Uniti** (2005), lo tsunami che ha investito l'**Oceano Indiano** (2004) e il terremoto in **Giappone** (2011).

"Cosa si può fare?"

Il rischio di prestazioni sessuali a scopo economico aumenta negli ambienti interessati da una crisi e in particolare negli insediamenti per i senzatetto, dove le possibilità di percepire un reddito sono particolarmente limitate. Nelle emergenze, per alcune donne e ragazze il sesso diventa una strategia di sopravvivenza e un meccanismo, estremo e negativo, di adattamen-



In un campo di Dohuk, Iraq.
Foto © Ali Arkady/VII Mentor Program

to. Di fronte a difficoltà economiche gravi e all'incertezza del cibo, senza poter accedere a fonti di reddito, non è insolito che donne, ragazze e anche ragazzi vendano il proprio corpo per assicurarsi la sopravvivenza e aiutare le persone che dipendono economicamente da loro, come i figli o i parenti (United Nations High Commissioner for Refugees, 2011a). Il sesso è offerto in cambio di beni essenziali come cibo, medicine o prodotti per la salute, regali o accesso ai canali di distribuzione (Klasing, 2011; United Nations High Commissioner for Refugees, 2011a).

Un'attività di prostituzione collegata alle emergenze è stata osservata, per esempio, nella Repubblica Democratica del Congo, in Sud Sudan, nelle Filippine, ad Haiti e in Somalia (UNAIDS Programme Coordinating Board, 2015; CARE, 2014a; The Inquirer, 2015; Inter-cluster Coordination Group for the Humanitarian Country Team, 2014; Klasing, 2011).

Donne e ragazze a volte offrono prestazioni sessuali come fonte di reddito. La presenza delle forze di pace o degli operatori delle organizzazioni umanitarie accresce il rischio di sfruttamento sessuale a causa della grande disparità di ricchezza (Human Rights Watch, 2015b). Donne e ragazze non accompagnate e con disabilità sono particolarmente vulnerabili (Women's Refugee Commission, 2013). Una ricerca condotta da Plan International ha rilevato come, durante i periodi di siccità in Etiopia, le giovani ricorrono alla prostituzione per guadagnarsi da vivere (Plan International, 2011). Ad Haiti, dopo il terremoto, le ragazze, specie se non accompagnate, iniziavano rapporti con gli uomini per avere una sicurezza economica (Klasing, 2011).

Aumento del rischio di traffico e sfruttamento

I conflitti e le catastrofi naturali creano nuove opportunità per i criminali coinvolti nel traffico e

commercio di esseri umani, sfruttando le vulnerabilità delle popolazioni colpite da una crisi. La International Organization for Migration (2015) descrive i campi per i rifugiati e i senzatetto come un "brodo di coltura di nuove vittime per i trafficanti" e gli insediamenti informali e le comunità ospitate come "situazioni particolarmente a rischio"

(2015). Donne e ragazze sono i bersagli favoriti dei trafficanti, che spesso le costringono a prostituirsi nei bordelli, le riducono in condizioni di schiavitù sessuale o le obbligano a lavori forzati (International Organization for Migration, 2015). Possono venire convinte dalla promessa di un posto di lavoro o essere rapite. Quelle che ricorrono a strategie di sopravvivenza pericolose come le prestazioni sessuali, le ragazze non accompagnate e prive della protezione di una famiglia, i bambini e le bambine in generale sprovvisti della struttura e della protezione offerta dalla scuola, corrono gravissimi rischi di cadere nelle mani dei trafficanti (International Organization for Migration, 2015). Anche la discriminazione può essere un importante fattore di rischio che si riflette nella presa di mira delle minoranze etniche e religiose, come il gruppo Yazidi in Iraq (International Organization for Migration, 2015).

Le Nazioni Unite riferiscono di un'impennata nel traffico di ragazze adolescenti nelle regioni di Myanmar interessate dal conflitto (United Nations Securi-

“ La gente cerca di sopravvivere come può. Le donne vanno con gli uomini per sfamare i figli. Succede di continuo... non è bello prostituirsi ma che altro puoi fare? Bisogna pur mangiare. ”

Residente nel campo di Croix-de-Bouquets, Haiti



Khokhana dopo il terremoto, periferia di Kathmandu,
Foto © Panos Pictures/Vlad Sokhin

ty Council, 2015). L'attività di commercio di esseri umani è stata osservata anche a seguito delle recenti catastrofi in Nepal (Burke, 2015) e nelle Filippine (Inter-cluster Coordination Group for the Humanitarian Country Team, 2014). In quest'ultimo caso però UNICEF non ha registrato un significativo incremento della sua diffusione in seguito al tifone (Slywander citato in Erakit, 2014). La comprensione della relazione tra commercio di esseri umani e situazioni di crisi è ancora limitata: la sua diffusione non è ben documentata e i dati scarseggiano (International Organization for Migration, 2015).

Le crisi privano le vittime degli stupri della necessaria assistenza

Le vittime di violenze sessuali devono poter accedere, dopo uno stupro, a un'assistenza medica di qualità che comprenda la profilassi post-esposizione (entro 72 ore) per ridurre al minimo le possibilità

di un contagio da HIV, la contraccezione d'emergenza, farmaci antibiotici per la prevenzione delle infezioni trasmesse sessualmente e in generale di assistenza medica, sostegno per la salute mentale e psico-sociale, aiuto legale (Casey et al., 2015).

Nelle crisi, però, le vittime spesso non riescono ad accedere all'assistenza medica di qualità necessaria dopo uno stupro. A volte le cure mediche non sono disponibili perché le strutture sanitarie di base sono andate distrutte, gli aiuti umanitari hanno un accesso limitato o gli operatori sanitari disponibili non hanno una formazione specifica. L'assistenza può essere compromessa anche dalla mancanza di forniture, per esempio dei farmaci. Non sempre le donne sono in grado di raggiungere i servizi a causa delle limitazioni al movimento imposte loro. Anche laddove esistono i servizi, possono non esserne a conoscenza o decidere di non cercare assistenza medica per il clima di paura e di silenzio che in molte società continua a circondare la violenza sessuale (United Nations Security Council, 2015; Casey et al., 2015).

"Bottino di guerra"

Nell'Iraq settentrionale e nella Siria orientale, l'autoproclamatosi Stato Islamico dell'Iraq e del Levante (ISIL) ha istituzionalizzato, nelle regioni che controlla, la violenza sessuale e in particolare lo stupro, la schiavitù sessuale e il matrimonio forzato quando le vittime sono "infedeli" (Reinl, 2015). Bersaglio principale sono le donne e le ragazze della minoranza religiosa yazida (Amnesty International 2014), ma anche altre comunità non arabe e musulmane non sunnite – come i cristiani, i gruppi di minoranza della Shi'a turkmena e della Shabak Shi'a – sono vulnerabili a queste violazioni dei diritti umani (United Nations Iraq, 2014).

Donne e ragazze vengono rapite come "bottino di guerra", stuprate dai combattenti dell'ISIL, costrette al "matrimonio", vendute all'asta – anche

più di una volta – o offerte in “regalo” (Human Rights Watch, 2015a; Office of the High Commissioner for Human Rights, 2015). Questa pratica non solo è considerata “spiritualmente benefica”, ma è diventata anche una prassi istituzionalizzata per convincere i combattenti ad arruolarsi. (Callimachi e Limaug, 2015).

Trauma

C'è un'attenzione crescente agli effetti dei traumi su individui, gruppi, tra generazioni, anche in contesti di pace e sicurezza. Acquistano sempre più credibilità le teorie secondo cui i traumi irrisolti individuali e collettivi possono avere conseguenze che si tramandano da una generazione all'altra, dando luogo a nuovi cicli di violenza e di conflitti. Guerre ed emergenze mettono ancora più a rischio la salute e il benessere mentale delle persone, molto resta ancora da studiare per conoscere le conseguenze sulla salute mentale, la violenza intergenerazionale, su come tali esperienze possono condurre o meno a violenze future e, infine, come le esigenze psico-sociali siano interconnesse con le operazioni di costruzione della pace al livello di comunità locali (Institute of Justice and Reconciliation, 2015).

Cambiamento necessario

Malgrado tutto quello che già sappiamo sulla disuguaglianza e la violenza di genere e sulla discriminazione, donne e ragazze continuano a essere molto più colpite in caso di catastrofi, conflitti e sfollamenti.

Che siano nelle loro case, negli agglomerati per senzatetto o accolte da comunità più vaste, i rischi per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi sono molto più elevati che per uomini e ragazzi.

La loro vulnerabilità a sofferenze ed esperienze negative non è però sempre la stessa. Donne e ragazze adolescenti incorrono in ulteriori fattori di rischio a seconda dell'etnia, età, stato di salute e eventuali

disabilità, della situazione economica in cui versano e da situazioni come sfollamenti e migrazioni.

Gli attori umanitari coinvolti nella definizione delle politiche e nell'attuazione dei programmi devono essere all'altezza degli impegni assunti per alleviare l'esagerato carico di rischio che incombe su donne e ragazze e che esaspera l'esperienza già devastante dello sradicamento e della perdita del sostegno di famiglie, comunità e governi in conseguenza di una crisi.

È indispensabile modificare alcuni aspetti della risposta umanitaria per garantire la soddisfazione delle necessità acute per la salute sessuale e riproduttiva di donne e ragazze adolescenti, per esempio ripristinando immediatamente l'accessibilità di strumenti e servizi come quelli per la contraccezione.

Se le condizioni di crisi possono ridurre l'accesso ai servizi di contraccezione e pianificazione familiare, possono però anche costituire l'occasione per migliorarlo attraverso una programmazione umanitaria mirata (Plan International, 2013).

Ma la riduzione del rischio esige anche investimenti a lungo termine e la volontà politica di correggere la disuguaglianza di genere.

Se le situazioni di crisi presentano alcuni fattori che comportano un accrescimento del rischio, possono però anche offrire delle opportunità di cambiamento. Relativamente all'HIV, per esempio, le crisi possono costituire l'occasione per migliorare l'assistenza o per coinvolgere persone che finora era stato impossibile raggiungere (UNAIDS/PCB, 2015). In campi ben gestiti e con le risorse adeguate la popolazione sfollata potrebbe addirittura trovare più protezione, migliori strutture per la salute, l'istruzione e i servizi rispetto a prima della crisi.

Le ragazze adolescenti presentano vulnerabilità specifiche, e gli attori umanitari devono riconoscere da subito i rischi che aggravano queste fragilità, dando priorità ad azioni che rispondano alle loro esigenze, garantiscano loro sicurezza e salvaguardino la loro dignità.

Cambiare le risposte: da essenziali a complete

Quando donne e ragazze riescono a ottenere servizi per la salute sessuale e riproduttiva insieme ai vari programmi umanitari che affrontano esplicitamente le disuguaglianze, i benefici degli interventi crescono in misura esponenziale e agevolano la transizione dalla fase acuta di una crisi a quella in cui paesi e comunità rinascono e la gente riprende in mano la propria vita

Salvare la vita di donne e ragazze in Giordania



Reema Diab con una donna.

Foto © UNFPA/Salah Malkawi

Una mattina d'agosto, in Giordania nel campo di Za'atari, migliaia di rifugiati siriani iniziano le loro attività quotidiane prima della calura del mezzogiorno. Alle undici la temperatura esterna ha raggiunto già i 30°C, ma all'interno di una delle quattro cliniche per la salute riproduttiva di UNFPA, l'aria condizionata ristora cinque madri in attesa le cui contrazioni si vanno intensificando.

In una giornata, nel centro travaglio e parto, nascono in media 10 bambini, secondo l'ostetrica-ginecologa Reema Diab. Questi centri sono progettati, gestiti e controllati da UNFPA in collaborazione con una ONG locale, la Jordan Health Aid Society, e grazie a sovvenzioni della Commissione Europea e degli Stati Uniti. La dottoressa Diab

è uno dei cinque medici che, con l'aiuto di 17 ostetriche, fa nascere centinaia di bambini al mese malgrado le condizioni proibitive di un campo per rifugiati. Finora a Za'atari nessuna donna è morta durante la gravidanza o il parto, ma molte hanno rischiato.

Diab spiega che una delle donne in travaglio in questa mattina d'agosto soffre di preeclampsia, una patologia potenzialmente fatale. È stato necessario trasferirla in un ospedale dotato di sala operatoria, anestesia e altri servizi essenziali per il parto cesareo e le complicanze del parto. Alcune vengono ricoverate in un ospedale nelle vicinanze, ma nella maggioranza dei casi sono trasferite in un ospedale interno al campo, gestito dall'esercito marocchino. In



Ambulatorio dell'IFH a Deir Allah, Giordania.
Foto © UNFPA/Salah Malkawi

questa struttura si eseguono in media tre cesarei al giorno, i chirurghi sono specializzati anche nel trattamento delle lacerazioni cervicali e della fistola ostetrica.

Sajah, 25 anni, è una delle tante donne ad aver beneficiato delle cure specialistiche disponibili nell'ospedale marocchino, dove è stata ricoverata di recente per un parto ad alto rischio, dopo cinque aborti spontanei. Il parto cesareo le ha permesso di far nascere in sicurezza un bimbo sano.

Assistenza integrata e completa

I centri di travaglio e parto non rappresentano che un aspetto dei servizi completi per la salute sessuale e riproduttiva disponibili per i residenti di Za'atari, in cui una persona su quattro

è una donna o ragazza in età fertile. Le donne possono usufruire anche di servizi di assistenza antenatale ed essere seguite dopo il parto. Donne, uomini e giovani possono ricevere informazioni sulla pianificazione familiare e ottenere contraccettivi moderni gratuiti. Il personale del centro sanitario ha ricevuto una formazione specifica per identificare e garantire assistenza medica in caso di violenze sessuali e di genere e per rinviare le vittime ai centri di counseling.

Tuttavia, la vita nel campo è una continua lotta. Anche quando ci sono servizi a disposizione, le donne e ragazze rifugiate affrontano molti problemi di salute fisica e psicologica, dal trauma prolungato dovuto allo sfollamento, alle conseguenze delle

difficoltà di adattamento, fino ai matrimoni precoci e/o forzati.

Le sofferenze si accumulano

In quella mattina al centro travaglio e parto hanno partorito due ragazze di 16 anni. Le gravidanze adolescenziali sono una realtà normale a Za'atari. Omar Laghzaoui, primario di chirurgia ostetrica nell'ospedale marocchino, dice che circa un terzo delle partorienti che assiste non ha più di 15 anni. "La più giovane che ho visto ne aveva 12", racconta. Le gravidanze precoci hanno un altissimo rischio di complicazioni e spesso si rende necessario il parto cesareo.

Problemi specifici di adolescenti e giovani

Le gravidanze precoci sono spesso legate ai matrimoni precoci celebrati

Immaginate di essere al nono mese di gravidanza, sola, separata da famiglia e amici, lontana chilometri da un medico o da chiunque vi possa aiutare e iniziano le contrazioni. Siete di fronte alla prospettiva di dover partorire da sola.

Questa scena impensabile e terrificante è stata la realtà di migliaia di donne che si sono trovate coinvolte in un conflitto o una catastrofe naturale solo 20 anni fa.

Per molto tempo la risposta umanitaria è stata principalmente di soddisfare le necessità di base come acqua, cibo e alloggio. Altre esigenze, come quelle relative alla salute sessuale e riproduttiva, incluso il parto, sono state considerate secondarie. Ma per una donna sola che deve partorire la necessità di un'ostetrica, di un ambiente igienico e di strumenti puliti per evitare un'infezione sono questioni di primaria importanza.

L'assenza di servizi per la salute sessuale e riproduttiva nelle emergenze era la regola, non l'eccezione. Nel 1994, per esempio, un rapporto che prendeva in considerazione diversi campi per rifugiati e sfollati entro i confini nazionali, in otto Stati diversi, non

evidenziava praticamente alcun servizio di questo tipo (Wulf, 1994).

Da allora però gli attori umanitari hanno iniziato a riconoscere l'importanza di tutelare la salute e i diritti sessuali e riproduttivi anche nelle crisi, non soltanto come parte essenziale dell'intervento umanitario, ma anche come leva per realizzare programmi più efficaci e fondamentale nel lungo periodo, per favorire la ripresa, la riabilitazione e la resilienza.

Il Programma d'azione della Conferenza internazionale del 1994 su Popolazione e sviluppo, sottoscritto da 179 governi, ha contribuito a portare l'attenzione sulle esigenze ineludibili di salute sessuale e riproduttiva negli insediamenti per l'assistenza umanitaria: "La tutela della salute riproduttiva dev'essere attiva in qualsiasi situazione e si deve basare sulle necessità e sulle richieste espresse dai rifugiati, in particolare dalle donne, rispettando appieno i diversi valori religiosi ed etici e le diversità culturali, purché in conformità con i diritti umani universalmente riconosciuti (Nazioni Unite, 1994). Questo approccio

nel campo, dice Asma Nemrawi, psicologa che lavora con i giovani rifugiati. I genitori combinano il matrimonio delle figlie per eliminare i costi del loro mantenimento, oppure nell'errata convinzione che un marito possa proteggerle meglio dalla violenza sessuale.

Nemrawi vede continuamente ragazze sposate o sul punto di sposarsi, alcune hanno solo 14 anni. "A volte vogliono sapere come avere figli" dice, "altre sono già incinte e cercano un sostegno psicologico."

Secondo Asma Nemrawi alcune ragazze le dicono che vogliono dei figli per compensare i lutti che hanno avuto. Alcune hanno anche paura che il marito possa diventare violento o chiedere

il divorzio in caso di una mancata gravidanza. Per queste situazioni più difficili, Asma cerca di incontrare la coppia, per parlare dei benefici per la salute, psicologici ed economici derivanti dal rinviare le gravidanze a un'età più matura, portando l'attenzione sulle difficoltà di crescere un bambino in un campo per rifugiati. La psicologa parla anche di pianificazione familiare con le/i giovani. "All'inizio non volevano sentirne parlare" dice. Ma i suoi sforzi per spiegare come funziona e quali benefici porti alla salute delle madri stanno cominciando a essere ricompensati. Circa il 60 per cento dei giovani che partecipa alle riunioni decide di farne uso.

Raggiungere chi non vive nei campi
Za'atari ospita circa 80.000 rifugiati

siriani; circa 30.000 vivono in altri quattro campi. Ma queste persone rappresentano solo il 18 % di tutti i rifugiati siriani in Giordania. Il rimanente 82 % vive in città grandi e piccole o nelle zone rurali del paese, molti faticano ad accedere all'assistenza per la salute sessuale e riproduttiva. Erogare servizi fuori dai campi è complicato. Sono popolazioni disperse, spesso al di fuori della portata delle istituzioni che servono i cittadini giordani. Per di più i servizi degli ambulatori e ospedali statali sono gratuiti solo per chi è assicurato. I siriani e i rifugiati di altri paesi, devono pagare un ticket che, pur non essendo alto rispetto ai costi della sanità privata, in pochi si possono permettere.

Un'alternativa è accedere ai servizi erogati da associazioni non-profit come

NELLA TERRIBILE SCIA DEL TIFONE, LE DONNE NELLE FILIPPINE HANNO CONTINUATO A PARTORIRE IN SICUREZZA

Quando è scattato l'allarme per il tifone Haiyan, la direttrice del Felipe Abrigo Memorial Hospital non ha perso tempo. La dottoressa Lilia Daguinod ha raccolto dall'ospedale le medicine essenziali e ha allestito una piccola farmacia nel salotto di casa sua.

Da ostetrica, la dottoressa Daguinod sapeva che le donne avrebbero continuato a partorire e a correre rischi in qualsiasi circostanza. "Dovevo essere pronta", dice. Nei primi giorni dopo che le feroci raffiche del tifone avevano devastato la città e ridotto in macerie l'ospedale, ha fatto nascere tre bambini nel suo salotto. "Grazie a Dio non ci sono state complicazioni". Dopo aver allestito una sala-parto improvvisata di fianco a un ambulatorio scoperchiato, ha continuato ad ospitare in casa le partorienti e i neonati subito

dopo il parto. Il tifone Haiyan, che la gente del posto chiama Yolanda, nel novembre 2014 ha lasciato senza casa quattro milioni di persone.

Centinaia di donne senz'altro partorivano ogni giorno, e decine di loro dovevano affrontare complicazioni potenzialmente fatali. La maggior parte dei centri per la salute hanno ripristinato alcuni servizi subito dopo l'emergenza, ma in molti casi il personale faticava ad assistere i pazienti per la mancanza di attrezzature o di elettricità, con poche ambulanze e scorte ridottissime.

Per rispondere a questa emergenza, UNFPA ha dato priorità ai servizi che garantivano la sicurezza delle donne incinte e di quelle che avevano partorito da poco. Ha distribuito ai partner, governativi e non, attrezzature e forniture mediche essenziali, tra cui medicine, kit per partorire in sicurezza e per l'igiene intima, al fine di sostenere l'assistenza medica nelle regioni più colpite.

l'Institute for Family Health (IFH), che dispone di una rete nazionale di cliniche che offrono servizi di salute sessuale e riproduttiva sia ai siriani che ai giordani. L'IFH attua programmi sostenuti da UNFPA.

Hanin Zoubi è la direttrice dei programmi IFH-UNFPA. "Adottiamo un approccio integrato" racconta, che offre assistenza gratuita ante e postnatale, counseling e servizi per la pianificazione familiare, cure mediche per le infezioni trasmesse sessualmente e sostegno psico-sociale per le vittime di violenze di genere e traumi, tutto sotto lo stesso tetto.

Non tutti però sono in grado di raggiungere la clinica; per questo l'IFH fornisce servizi direttamente nelle varie

comunità. "Andiamo dove vive la gente" dice Hanin Zoubi. Per esempio, nelle scuole a fornire informazioni alle/agli adolescenti, o presso le organizzazioni comunitarie per offrire corsi di formazione pratica ai giovani. La gente apprezza avere informazioni, soprattutto le popolazioni più vulnerabili del paese che spesso non hanno accesso a Internet e non sono in grado di trovare da sole il modo per evitare una gravidanza o un'infezione sessualmente trasmissibile.

La popolazione di rifugiati che vive fuori dal campo è diversa sotto molti aspetti cruciali. La domanda di pianificazione familiare è maggiore, secondo Zoubi, e ci sono meno gravidanze tra le adolescenti.



Neonati nel campo di Za'atari.

Foto © UNFPA/Salah Malkawi

Hava Badri, la coordinatrice delle cliniche IFH, dice che almeno 65 pazienti giordane e siriane usufruiscono ogni giorno della struttura di Amman. Vengono in maggioranza per fare

è stato ribadito nel 1995 dalla Piattaforma d'azione della Conferenza mondiale di Pechino sulle donne (Nazioni Unite, 1995).

Nel 1995 UNFPA e l'Alto commissariato delle Nazioni Unite per i rifugiati hanno guidato la formazione dell'Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises (IAWG), per rispondere al crescente riconoscimento delle esigenze di salute sessuale e riproduttiva tra le rifugiate e sfollate all'interno del loro paese, nonché alla generale mancanza di proposte al riguardo. Da allora lo IAWG si è evoluto diventando una coalizione globale tra Nazioni Unite, donatori e organizzazioni accademiche, Ong locali e internazionali e ministeri della salute, con lo scopo di ampliare e potenziare l'accesso a servizi di qualità per la salute sessuale e riproduttiva a disposizione delle persone colpite da conflitti o da catastrofi naturali (IAWG, 2014).

Oggi molti più rifugiati e sfollati all'interno del proprio paese possono accedere molto più facilmente a molti più servizi che in passato. Nel 2014, UNFPA ha distribuito 8.347 kit per la salute riproduttiva che

contenevano forniture essenziali come medicinali, contraccettivi e altri dispositivi, con cui sono stati raggiunti oltre 35 milioni di donne, uomini e adolescenti nei contesti umanitari. Ma il divario tra esigenze e risposte permane, sia perché le popolazioni in stato di necessità sono sempre più numerose, sia perché sempre di più si cerca di fornire servizi completi: senza uno sforzo concertato per rispondere a questa sfida il divario rischia di ampliarsi ulteriormente.

In questi ultimi 20 anni, la comunità coinvolta nelle azioni umanitarie ha percorso un lungo cammino. In diversi siti per rifugiati oggi è disponibile una gamma completa di servizi e di aiuti. In altri siti però, alcuni settori sono ancora scoperti. La salute sessuale e riproduttiva non è ancora completamente garantita o universale in tutti i contesti interessati da un'emergenza.

Centosettantanove governi hanno concordato, nel 1994, alla Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo, che i diritti riproduttivi sono diritti umani. La comunità internazionale ha il dovere di tutelare questi diritti, anche nelle emergenze.

controlli, per esempio ecografie, ma alcune vengono anche curate per l'anemia o chiedono contraccettivi. Molte vengono poi per denunciare e ricevere cure e assistenza in caso di violenze sessuali o di genere. Le sessioni di counseling personali o di gruppo sono disponibili anche per adulti e bambini che abbiano subito traumi e per le vittime di tortura.

Riservatezza e rispetto

Quale che sia il servizio erogato, la privacy è essenziale. Tutto il personale ha ricevuto una formazione specifica e ha sottoscritto un codice di condotta con cui si impegna alla riservatezza, senza esprimere giudizi. Tale garanzia aiuta le persone a superare la paura e conservare la dignità quando chiedono aiuto.

In un altro centro a Deir Alla, nella valle del Giordano, Nadia om-Hassan, 35 anni, viene per la pianificazione familiare, sessioni di counseling e partecipare ai gruppi di supporto sociale. Tre anni fa, quand'era ancora in Siria, aveva appena partorito il quinto figlio con il cesareo ed era ancora intontita dall'anestesia, quando l'ospedale venne bombardato costringendo tutti a un'evacuazione di emergenza. Nei giorni seguenti, la ferita fece infezione. Malgrado le sue condizioni lei, il marito, l'ultimo nato e gli altri quattro bambini sono fuggiti in Giordania. In seguito, suo marito ha insistito perché iniziasse un'altra gravidanza. "Voleva altri figli maschi perché contribuissero a mantenere la famiglia" dice. "Dopo tre mesi ero di nuovo incinta, ma l'ho perso." Il personale di Deir Alla le ha spiegato come funziona la pianificazione familiare

e quanto sia importante per la sua salute. "Adesso anch'io spiego a mio marito che è un bene anche per la salute di tutta la famiglia."

"Quando vengo in ospedale e ho la possibilità di parlare dei miei problemi mi sento felice e sollevata", aggiunge Nadia.

Il centro di Deir Alla aiuta anche le adolescenti. Malak, 15 anni, è arrivata in Giordania da Damasco quattro anni fa insieme a genitori, nonni e tre sorelle e fratelli. Frequenta la scuola secondaria, la sua materia preferita è scienze, ma dice che vuole entrare nella polizia. All'inizio dell'anno sua zia è andata dai genitori a proporre di farle sposare il proprio figlio, 20 anni. "Non ero felice ma non potevo rifiutare. Non volevo rinunciare alla scuola", dice Malak.

Stabilire uno standard per l'essenziale

Nel 1998, lo IAWG ha presentato quello che oggi viene considerato il pacchetto essenziale di servizi e forniture per la salute riproduttiva, che dovrebbe essere disponibile fin dall'inizio di qualunque emergenza. Questo pacchetto di servizi minimi iniziali è lo standard internazionale per la protezione della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi di donne e ragazze, nella fase acuta di conflitti e catastrofi.

L'obiettivo è quello di prevenire e gestire le conseguenze delle violenze sessuali, ridurre il contagio da HIV, prevenire la morbilità e mortalità materna e neonatale, integrare l'assistenza per la salute sessuale e riproduttiva in quella sanitaria di base.

Benché tali servizi essenziali siano ormai ampiamente inclusi nelle forniture per le emergenze, talvolta sono venuti a mancare, mettendo in pericolo la salute di donne e ragazze adolescenti, negando loro i diritti riproduttivi.

Servizi completi dopo la fase iniziale

Lo IAWG ha identificato altri servizi importanti per la salute sessuale e riproduttiva che dovrebbero essere messi a disposizione il prima possibile, ovvero non appena la situazione di crisi si stabilizza.

Gamma completa di opzioni per la pianificazione familiare

Se non è possibile prevenire una catastrofe, è almeno possibile prevenire le gravidanze indesiderate all'indomani di una crisi.

Dopo il terremoto in Nepal dell'aprile 2015, per esempio, UNFPA e i suoi partner hanno ripristinato l'accesso alla pianificazione familiare per le donne nelle zone in cui le strutture sanitarie erano danneggiate o distrutte. Gli operatori sanitari formati da UNFPA e i volontari della società civile hanno diffuso informazioni su come accedere alla pianificazione familiare e sulla modalità d'uso più efficace. La popolazione è stata raggiunta mediante postazioni sanitarie mobili, insediate nei comitati

Poi un giorno, accompagnando sua madre al centro, ha scoperto che c'era un corso informativo sui matrimoni precoci. L'hanno frequentato insieme. Sua madre, e in seguito anche suo padre, hanno finito per accettare l'idea che per Malak la cosa migliore fosse continuare la scuola e completare gli studi. Il fidanzamento finì un mese dopo.

Daniel Baker, coordinatore delle attività di UNFPA per i rifugiati siriani in Giordania, Egitto, Iraq, Libano e Turchia oltre ai siriani che ancora non hanno lasciato il paese, racconta quanto "la situazione dei rifugiati siriani è terribile, malgrado la generosità delle nazioni vicine che li ospitano. Mentre la guerra in Siria prosegue, senza che se ne veda la fine, la situazione si fa sempre più disperata mano a mano che esauriscono

anche le ultime risorse. La fornitura dei servizi di base, come l'assistenza per la salute materna, è nelle mani della comunità umanitaria internazionale, per preservare la vita e avere qualche speranza per un futuro migliore quando la guerra sarà finita."

Malak a Deir Alla, Giordania.

Foto © UNFPA/Salah Malkawi



L'AZIONE UMANITARIA DELLE NAZIONI UNITE

Oltre due terzi delle crisi umanitarie a cui rispondono oggi le Nazioni Unite sono costituite da calamità naturali. Solo nel 2014 si sono affrontate 60 catastrofi, a fronte di emergenze complesse o conflitti.

A partire dal 2013, le Nazioni Unite hanno classificato la magnitudo e la tipologia delle emergenze secondo una scala di tre livelli. Il più grave, il livello 3, comporta la mobilitazione dell'intero sistema per via delle dimensioni, della complessità e dell'urgenza. Il livello 2 può richiedere soprattutto una risposta a livello di macro-regione. Le emergenze di livello 1 sono quelle che possono essere affrontate dal paese interessato o gestite e supportate dalle agenzie che già vi operano.

A settembre 2015, le Nazioni Unite avevano risposto a quattro emergenze

di terzo livello: in Iraq, dove l'escalation della violenza tra gruppi armati e forze statali ha provocato, secondo le stime, 1,9 milioni di sfollati entro i confini nazionali; in Siria, dove milioni di persone hanno bisogno di aiuto e sono intrappolate in zone difficili da raggiungere; nella Repubblica Centrafricana dove in seguito alla terribile crisi politica dell'ultimo anno ci sono 2,5 milioni di persone - oltre la metà della popolazione - che hanno estremo bisogno di soccorso urgente; infine in Sud Sudan che conta 1,7 milioni di sfollati e circa 4 milioni, secondo le stime, in situazioni di insicurezza alimentare (UNOCHA, 2015).

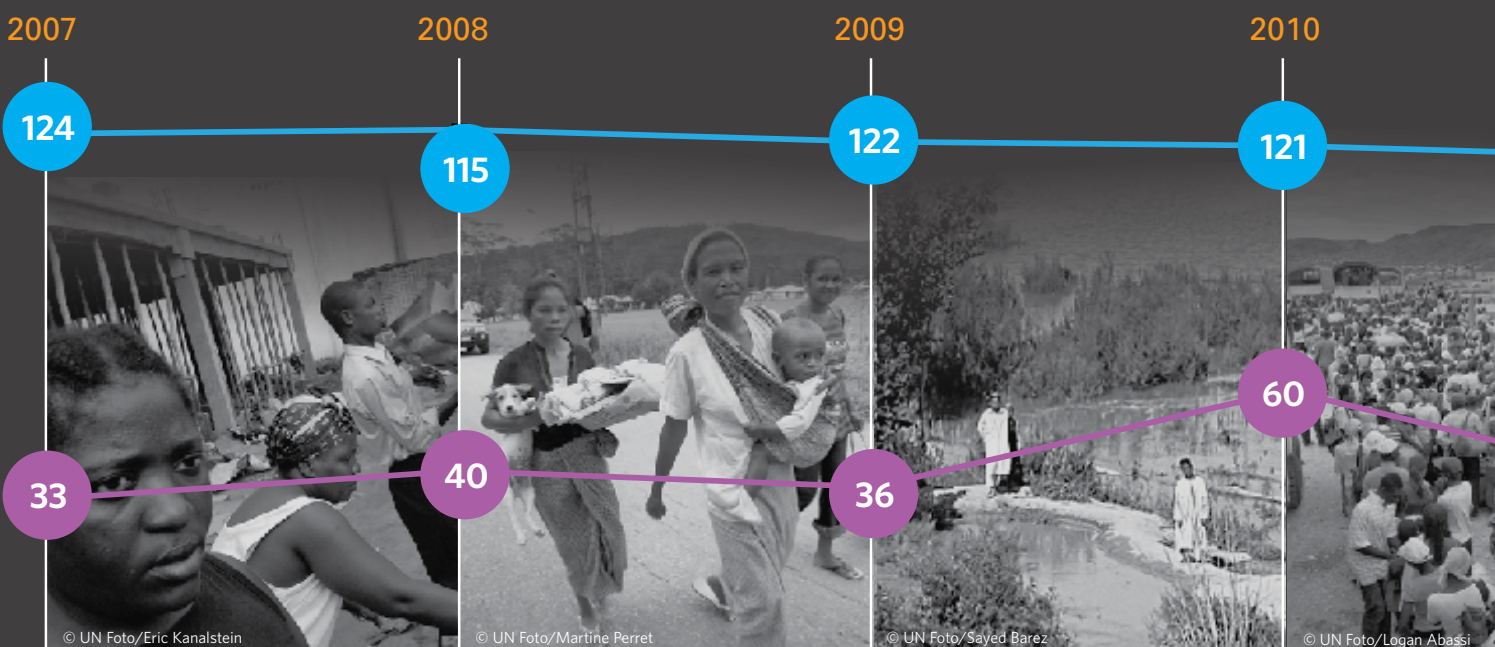
Negli ultimi 12 mesi ci sono stati 30 appelli di sovvenzionamenti umanitari rivolti alle Nazioni Unite: quasi la metà riguardavano paesi dell'Africa subsahariana.

Secondo l'Assessment Capacities Project (ACAPS) ci sono gravi emergenze umanitarie in: Afghanistan, Repubblica Centrafricana, Repubblica Democratica del Congo, Eritrea, Iraq, Niger, Nigeria, Somalia, Sud Sudan, Sudan, Siria e Yemen. L'ACAPS è una iniziativa non profit di Action Contre la Faim, Norwegian Refugee Council e Save the Children International, che insieme sostengono la comunità umanitaria mediante la valutazione delle necessità.

Secondo l'ACAPS, ci sono crisi umanitarie anche in Camerun, Ciad, Colombia, Repubblica Popolare Democratica di Corea, Gibuti, Etiopia, Gambia, Haiti, Kenya, Libano, Liberia, Libia, Malawi, Mali, Mauritania, Nepal, Pakistan, Palestina, Senegal, Sierra Leone e Ucraina.

RISPOSTA UMANITARIA DELLE NAZIONI UNITE, 2007 - 2014

● Catastrofi ● Conflitti



LE SITUAZIONI DI CONFLITTO, SFOLLAMENTO E CATASTROFE NATURALE PROVOCANO:



53 PER CENTO
dei decessi di bambini
sotto i 5 anni



TRE SU CINQUE
morti materne prevenibili

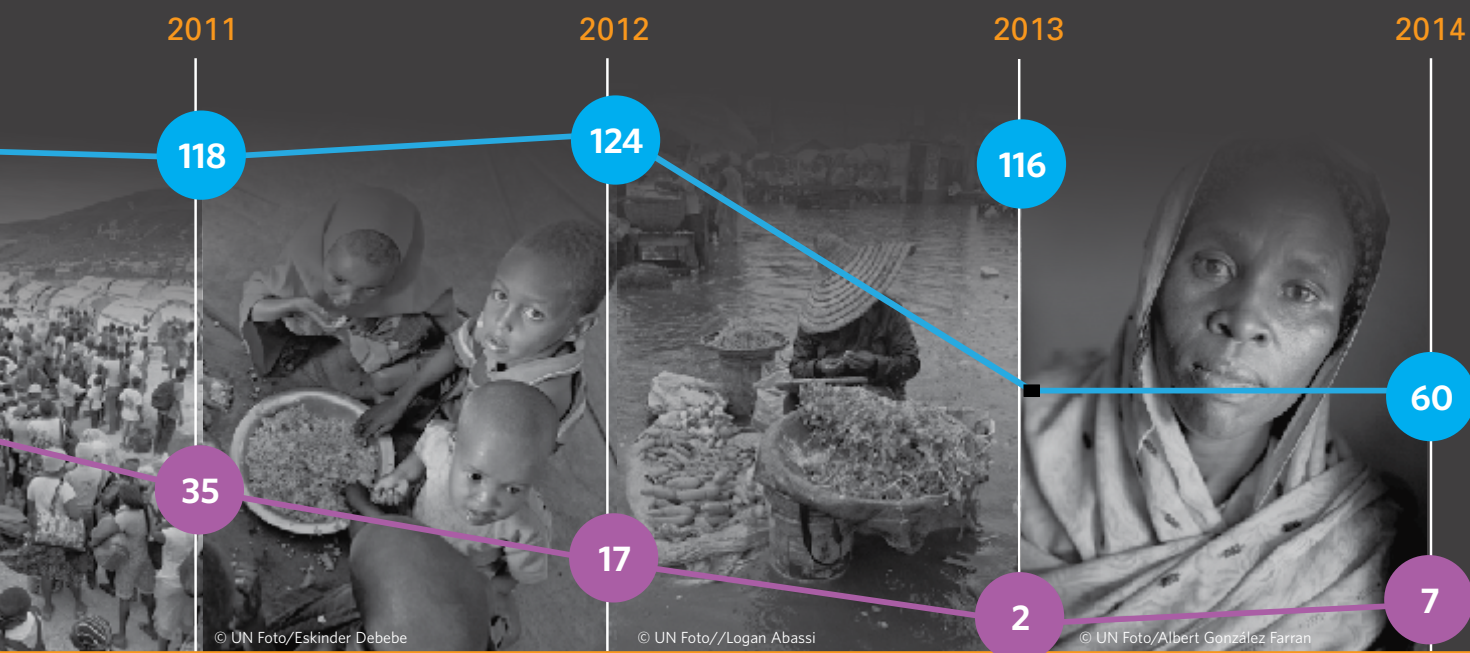


45 PER CENTO
delle morti neonatali



Degli oltre **100 MILIONI DI PERSONE** che nel 2015 hanno avuto bisogno di aiuti umanitari, si stima che **26 MILIONI ERANO DONNE E RAGAZZE (15-49 ANNI)**

Oltre l'**80 PER CENTO** dei paesi che non hanno raggiunto gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio (MDGs), per la sopravvivenza di madri e bambini, sono stati interessati da un conflitto recente, catastrofi naturali ricorrenti o entrambi. Inoltre negli stati fragili non si è raggiunta la maggior parte degli MDGs e i 10 paesi in fondo alla graduatoria del Mothers' Index di Save the Children sono tutti definiti fragili o coinvolti in una guerra.



DOVE UNFPA HA FORNITO SOSTEGNO UMANITARIO NEL 2015

Il ruolo di UNFPA in tutte le crisi umanitarie è garantire che le donne possano accedere ai servizi per partorire in sicurezza, in qualsiasi circostanza, per proteggere la vita e la salute di madri e bambini



*Le stime del numero di donne probabilmente incinte in un paese o in un territorio nel suo complesso - non solo le aree interessate da conflitti o catastrofi - sono tratte dalle statistiche nazionali. Il numero totale di donne incinte in un luogo dato e in un dato momento sarebbe inferiore se i dati stimati fossero limitati alle aree interessate da una crisi in ciascun paese o territorio.

**Per difficoltà nella disponibilità di dati, le stime per Vanuatu si basano sul tasso totale di fertilità anziché sul tasso generico di fertilità.

Fonti dei dati:
Indagini Demografiche e Sanitarie: Burkina Faso, Burundi, Camerun, Ciad, Repubblica Democratica del Congo, Egitto, Eritrea, Etiopia, Giordania, Malawi, Mali, Mauritania, Nepal, Niger, Nigeria, Perù, Rwanda, Senegal, Tanzania, Uganda, Yemen; Censimenti: Repubblica Centrafricana, Repubblica Popolare Democratica di Corea, Sud Sudan, Sudan, Vanuatu; Registro stato civile: Cile, Guatemala, ex Repubblica Jugoslava di Macedonia, Turchia, Ucraina; Progetto Pan-Arabo per la salute della famiglia: Gibuti, Libano, Palestina; Inchieste a indicatori multipli: Iraq, Somalia; Istituti nazionali di statistica: Myanmar, Siria.

Foto © Panos Pictures/Abbie Traylor-Smith

	Numero stimato di donne incinte in un determinato momento *
Burkina Faso	598,610
Burundi	373,871
Camerun	695,698
Repubblica Centrafricana	150,727
Ciad	472,898
Cile	193,042
Repubblica Democratica del Congo	2,753,898
Repubblica Popolare Democratica di Corea	276,175
Gibuti	21,836
Egitto	1,991,512
Eritrea	134,236
Etiopia	2,711,606
Guatemala	365,965
Iraq	934,973
Giordania	157,846
Libano	74,572
Malawi	555,483
Mali	573,961
Mauritania	103,372
Myanmar	609,344
Nepal	517,850
Niger	763,201
Nigeria	5,366,797
Palestina	128,179
Perù	473,691
Rwanda	310,901
Senegal	432,879
Somalia	373,756
Sud Sudan	244,317
Sudan	860,404
Siria	355,706
Tanzania	1,605,941
Ex Repubblica Jugoslava di Macedonia	17,611
Turchia	945,434
Uganda	1,304,798
Ucraina	306,902
Vanuatu**	6,839
Yemen	687,058
Totale	28,451,889

di sviluppo dei villaggi – le più piccole unità amministrative sul territorio – per analizzare da vicino l'uso della pianificazione familiare a livello locale e sviluppare strategie per rispondere alle esigenze inevase. Un'analisi condotta dal governo su 30 strutture ha messo in luce come la diffusione dei contraccettivi sia cresciuta, passando dal 34 al 45 per cento.

Nelle emergenze umanitarie, dove i finanziamenti per gli interventi salvavita sono limitati, la pianificazione familiare è un investimento proficuo. In generale, ogni dollaro speso per i servizi di contraccezione porta a risparmiarne da 1,70 fino a 4 dollari in costi per l'assistenza sanitaria materna e perinatale.

Lo scorso anno UNFPA ha distribuito contraccettivi e altro materiale per la pianificazione familiare, tramite kit per la salute riproduttiva d'emergenza, erogando i servizi a un totale di 20.780.000 tra donne, uomini e adolescenti in età riproduttiva, in vari interventi umanitari, effettuati in tutto il mondo.

La possibilità di usufruire di tali servizi è un diritto umano, trascurarne la tutela comporta gravi conseguenze per la salute, soprattutto nelle emergenze. Nel maggio 2013, UNFPA e la International Planned Parenthood Federation hanno costituito una partnership mirata a dare accesso alla pianificazione familiare e relative informazioni a 22 milioni di donne, in vari paesi e territori, coinvolti in un conflitto o colpiti da catastrofi naturali.

L'iniziativa vuole colmare il divario nelle infrastrutture per la salute, migliorando la qualità del personale specializzato, sviluppando efficienti sistemi di distribuzione per la pianificazione familiare e garantendo forniture alla portata di tutti. I paesi interessati, con bassi tassi di diffusione dei contraccettivi e considerevoli esigenze inevase in merito, sono Bolivia, Costa d'Avorio, Repubblica democratica del Congo, Etio-

pia, Haiti, India, Kenya, Liberia, Myanmar, Nigeria, Isole del Pacifico, Pakistan e Sud Sudan.

La pianificazione familiare è un elemento indispensabile negli interventi iniziali come in quelli di ricostruzione e di ripresa, apporta benefici economici diretti a donne e ragazze, grazie all'aumento dei risparmi e della produttività familiare, uniti a migliori prospettive di istruzione e occupazionali. Inoltre, migliora la situazione complessiva della salute in quanto un minor numero di gravidanze indesiderate significa meno complicazioni durante il parto e una diminuzione della mortalità materna.

I dati dimostrano che le persone colpite da una crisi sviluppano desideri diversi riguardo alla fertilità; in seguito a guerre, disastri naturali, crisi economiche, insurrezioni politiche e separazione forzata dal coniuge si sono registrati sia aumenti che diminuzioni del tasso di fecondità (McGinn, 2000). Tuttavia dev'essere assiomatico, all'interno dei diritti umani e del diritto alla salute, che i servizi per la salute devono essere disponibili, accessibili, accettabili e avere il miglior livello qualitativo possibile per chi sceglie di usufruirne (PRB, 2015).

Un principio fondamentale dei programmi per la pianificazione familiare è che gli utenti prendano le decisioni in base a una scelta, libera e informata (PRB, 2015; IAWG, 2010).

Per una buona programmazione, occorre che tutti i metodi contraccettivi di provata efficacia siano a disposizione di donne e uomini. Le esperienze fatte con programmi che offrono l'intera gamma di contraccettivi, a breve e a lungo raggio d'azione, hanno dimostrato che le donne tendono a scegliere dispositivi e impianti intrauterini ad azione prolungata, se sono disponibili e se la qualità dei servizi offerti è buona.



UNFPA ha fornito durante le emergenze contraccettivi e altro materiale per la pianificazione familiare, erogando kit per la salute riproduttiva che hanno raggiunto 20.780.000 persone in età fertile

I programmi di pianificazione familiare offerti a donne e adolescenti negli interventi umanitari distribuiscono – quando lo fanno – soprattutto contraccettivi di breve durata (Casey, 2015).

Nella provincia di North Kivu, Repubblica Democratica del Congo, regione di conflittualità e insicurezza cronica, tutti i metodi reversibili sono a disposizione in alcune strutture gestite dal Ministero della salute e sostenute da Ong internazionali. Non soltanto la diffusione dei contraccettivi ha superato la media nazionale, ma l'uso di metodi reversibili a lungo termine, a North Kivu, è ora più che raddoppiato rispetto a Kinshasa (Ministère du Plan et al, 2014).

Altre misure salvavita per madri e neonati

I 10 paesi con i più alti tassi di mortalità materna nel mondo sono coinvolti in una guerra o ne stanno uscendo ora (World Health Organization et al., 2014).

Il ruolo di UNFPA, in qualunque emergenza umanitaria, consiste nel garantire alle donne un accesso sicuro ai servizi erogati, in qualsiasi circostanza, al fine di proteggere la vita di madri e bambini. UNFPA non sempre eroga direttamente tali servizi con i suoi interventi: generalmente sussistono alcune strutture per la salute, pubbliche o private, che continuano a funzionare ed esistono molte Ong specializzate in servizi per la maternità. Laddove però vi sono carenze, UNFPA cerca di supplire.

A volte strumenti innovativi sono stati usati per garantire l'accesso ai servizi di salute materna e neonatale per le donne lontane o disperse sul territorio.

Gli operatori sanitari volontari che hanno risposto all'emergenza Ebola in Guinea, ad esempio, hanno utilizzato gli smartphone per registrare le persone esposte al virus e riferire ai responsabili sanitari informazioni di importanza cruciale.

In Somalia le infermiere si sono servite del GPS per agevolare l'offerta dei servizi anche alle persone sfollate nelle zone più difficili da raggiungere (Shaikh, 2008). Sempre in Somalia, UNFPA finanzia 34 case

maternità per donne incinte con complicanze, in cui vengono date cure e protezione fino al momento del parto, che avviene in una struttura specializzata.

Nelle Filippine, dopo il tifone Haiyan, UNFPA ha contribuito a creare un reparto maternità attrezzato per le emergenze all'interno di un "ospedale mobile": qui il personale specializzato ha assistito 14 parti normali ed 83 parti cesarei. Ha distribuito inoltre dei kit sterili per il parto che sono stati utilizzati in situazioni di emergenza da almeno 26.000 donne che hanno partorito in strutture improvvisate come gli uffici comunali.

I rifugiati stessi hanno contribuito ad avviare molte iniziative. In Guinea, alcune rifugiate hanno impartito lezioni sulla salute materna nelle comunità locali e aiutato nella distribuzione e nell'utilizzo di altri servizi (Howard et al., 2011). In Siria, dove ci sono quasi 7,6 milioni di persone sfollate entro i confini nazionali, sono stati introdotti dei voucher per consentire alle donne più vulnerabili di avere gratuitamente servizi essenziali come l'assistenza ostetrica prenatale, durante il parto, postnatale e d'emergenza, negli ambulatori e negli ospedali convenzionati. Di tutte le donne che hanno beneficiato dei servizi per la salute riproduttiva, sostenuti da UNFPA, in Siria dall'inizio della crisi, oltre 810.000 hanno potuto partorire in sicurezza e 93.000 sfollate interne hanno utilizzato il sistema dei voucher.

A Gaza, quattro centri di maternità e cinque strutture per la salute di base, che servono 50.000 persone all'anno, soffrono fin dal 2006 di una cronica scarsità di farmaci essenziali, ma dopo il 2014 la penuria delle scorte ha raggiunto livelli critici. UNFPA rifornisce questi centri di farmaci e altri materiali che hanno consentito finora a 35.000 donne incinte di portare avanti la gravidanza senza complicazioni e partorire in sicurezza. Sempre a Gaza, l'Harazeen Hospital, unica struttura a disposizione della comunità di Shejaiia, è stato gravemente danneggiato nel 2014. UNFPA ha finanziato la sua ristrutturazione. L'ospedale fornisce assistenza prenatale, per il parto e postnatale ad alme-

UNFPA SOSTIENE L'ACCESSO AI SERVIZI DI DONNE E RAGAZZE

Servizi e forniture erogati tra gennaio e settembre 2015 nei paesi del Bacino del Lago Ciad interessati dall'emergenza Boko Haram

NIGER

53,312 preservativi distribuiti

10,913 donne e adolescenti hanno avuto accesso alla **pianificazione familiare**

1,458 donne hanno avuto un **parto assistito e sicuro**

1,407 "dignity kit" distribuiti alle rifugiate

906 donne hanno ricevuto **assistenza prenatale**

118 adolescenti e giovani hanno seguito corsi di formazione come **educatori per la salute riproduttiva** tra i rifugiati

40 operatori sanitari hanno ricevuto formazione specifica

22 donne vittime di violenze hanno ricevuto **sostegno psicologico**

CIAD

28,000 preservativi distribuiti

2,500 donne, uomini e giovani hanno partecipato a incontri di sensibilizzazione sulla **violenza di genere**

1,500 donne hanno ricevuto **assistenza prenatale**

1,500 donne hanno usufruito di **servizi per la violenza di genere**

510 donne hanno avuto un **parto assistito e sicuro**

500 women accessed **contraception**

CAMERUN

4,075 kit per parti sicuri distribuiti nelle postazioni sanitarie di campi e centri

5,400 "dignity kit" consegnati a donne e ragazze incinte e vulnerabili

10,000 preservativi maschili distribuiti

110 donne hanno potuto accedere alla **contraccezione**

11 casi di stupro hanno ricevuto **assistenza medica**

30 addetti alle strutture sanitarie e **40 operatori sanitari locali** sono stati **formati e impiegati**

22 ostetriche sono state **formate** e impiegate

5 centri giovanili attrezzati per formazione professionale e *counseling* per adolescenti

4 strutture pubbliche per la salute dei rifugiati attrezzate per offrire **servizi qualificati di salute riproduttiva**

4 aree rivolte specificamente a giovani e donne allestite nel campo di Minawao

NIGERIA

2,108,441 persone raggiunte dalla campagna di sensibilizzazione per la prevenzione e la risposta alla **violenza di genere**

27,293 donne hanno avuto un **parto assistito e sicuro**

22,000 donne e ragazze adolescenti hanno ricevuto i **"dignity kit"**

214 kit per la salute riproduttiva (1.759 cartoni) distribuiti insieme a attrezzature, farmaci e altro materiale salvavita

213 operatori sanitari e coordinatori di programma hanno ricevuto una **formazione specifica** per erogazione di servizi di salute riproduttiva nelle emergenze umanitarie

56 ostetriche e infermiere con una formazione specifica nella somministrazione di mezzi di contraccezione reversibili di lunga durata

Ragazze in fuga da Boko Haram, Chibok, Nigeria.

Foto © Panos Pictures/Sven Torfning

no 300 donne al mese. Inoltre UNFPA ha finanziato degli ospedali da campo per raggiungere le donne incinte nei campi per i rifugiati interni, nonché alloggi estemporanei e camper nelle zone di confine più isolate dove si calcola vi siano ancora 100.000 senzate. Nel solo luglio 2015 gli ospedali da campo hanno assistito 389 donne, di cui 156 incinte.

Alcuni programmi umanitari hanno compiuto progressi notevoli nel migliorare l'accessibilità dei servizi per la salute riproduttiva per tutti, in tutte le circostanze. I centri per la salute materna e infantile sono a disposizione dei residenti nel campo rifugiati di Za'atari in Giordania e altri centri ancora servono i rifugiati siriani che non alloggiano nei campi (Krause et al., 2015).

Assistenza salvavita dopo un aborto

Nelle crisi umanitarie, a causa dell'incremento degli stupri e la discontinuità nell'uso dei contraccettivi dovuta alle fughe precipitose, donne e ragazze sono maggiormente a rischio di iniziare una gravidanza indesiderata e ricorrere ad aborti clandestini (IAWG, 2010). Sebbene le leggi nazionali in materia di aborto e di accesso all'assistenza medica al riguardo, varino da stato a stato, il 99 per cento della popolazione mondiale risiede in paesi in cui l'interruzione di gravidanza è consentita in determinate circostanze; in sei Stati l'aborto è vietato in qualsiasi caso (RAISE, 2015; Center for Reproductive Rights, 2014).

L'assistenza post-aborto è un servizio salvavita per la prevenzione di mortalità e morbilità conseguenti ad eventuali complicazioni di un aborto spontaneo o procurato. La politica di UNFPA è guidata dal Programma d'azione della conferenza del Cairo: laddove l'aborto è legale, deve essere effettuato in condizioni di sicurezza. Dove è illegale, occorre fornire l'assistenza post-aborto per salvare vite umane.

Un monitoraggio dello IAWG ha evidenziato come in tre paesi dell'Africa sub-sahariana, colpiti da una crisi, gli ospedali erano in grado di erogare terapie

post-aborto ma l'effettiva disponibilità dell'assistenza medica era limitata (Casey et al., 2015).

Prevenire e curare le infezioni trasmesse sessualmente, compreso l'HIV

Negli ultimi due decenni, durante le emergenze umanitarie, l'HIV è stato sempre più preso in considerazione, si sono messi a disposizione più finanziamenti e assistenza mirata rispetto a qualsiasi altro problema di salute sessuale e riproduttiva (Tanabe et al., 2015). Una ricerca effettuata dallo IAWG nel 2014, ha evidenziato come molti paesi abbiano compiuto notevoli progressi nell'incrementare la disponibilità delle terapie antiretrovirali e di quelle per la prevenzione del contagio madre-figlio, mentre si è fatto molto meno per fornire servizi volti a prevenire o a curare altre infezioni trasmesse per via sessuale (Chynoweth, 2015).

Nel 2014 l'Ufficio delle Nazioni Unite per droghe e criminalità e l'Alto commissariato delle Nazioni Unite per i rifugiati hanno messo a punto un programma che prevede l'erogazione di trattamenti per la prevenzione e la riduzione del danno da HIV, oltre alla somministrazione di relativi test, counselling e cure per i rifugiati afgani in Iran, Pakistan e per quelli che rientrano in patria. Il programma ha distribuito preservativi e siringhe e finanziato altri servizi per l'HIV erogati oltre confine, promuovendo la continuità del servizio dopo il rientro dei rifugiati. In Afghanistan il programma ha raggiunto circa 3000 persone che usano droghe, tra cui circa 500 donne (UNAIDS, 2015).

Proteggere il diritto alla salute delle adolescenti

Le situazioni di crisi umanitaria sono accompagnate da rischi connaturati che moltiplicano la vulnerabilità delle adolescenti alla violenza, quali povertà, separazione dalle famiglie, abusi sessuali e sfruttamento. Inoltre, in caso di parto, i rischi per le adolescenti aumentano a causa della maggior esposizione a violenze sessuali, comportamenti a rischio, ridotta disponibilità e sensibilità riguardo i servizi per la salute

sessuale e riproduttiva dedicati a loro (WRC, Save the Children, UNHCR, UNFPA, 2012).

Nei contesti di emergenza umanitaria non ci sono molti riscontri di un'adeguata attenzione alla salute sessuale e riproduttiva delle adolescenti. Ci sono però alcuni programmi che adottano approcci promettenti, erogando servizi per la salute sessuale e riproduttiva all'interno delle scuole, in collaborazione con gli sfollati interni urbani che inseriscono il tema nelle attività di riduzione del danno in caso di catastrofi (WRC, Save the Children, UNHCR, UNFPA, 2012).

Un problema che, durante le crisi, tocca tutte le donne in età fertile ma che ha una particolare rilevanza per le adolescenti, è la questione dell'igiene nel periodo mestruale. Lo IAWG ha chiesto che nelle scuole vi siano strutture igieniche sicure e riservate alle donne, nonché adeguate forniture di assorbenti o altri materiali sanitari appropriati per la cultura di riferimento, da utilizzare durante il ciclo. UNFPA, una delle prime agenzie a distribuire assorbenti igienici nelle emergenze umanitarie, mette a disposizione i "dignity kit", fin dall'inizio del nuovo millennio, che contengono anche assorbenti.

Le/i giovani sono spesso agenti di cambiamenti positivi e sanno attivarsi per la ricostruzione e lo sviluppo a livello locale. Ma per potersi impegnare in tali processi hanno necessità di accedere a una vasta gamma di programmi che comprendano anche istruzione formale e informale, acquisizione di competenze, alfabetizzazione, matematica di base, formazione professionale e strategie innovative per affrontare i problemi dovuti alla mancanza di sicurezza e scarsità di personale (IAWG, 2010). Tuttavia l'interrelazione tra istruzione, mezzi di sostentamento e protezione delle/degli adolescenti viene generalmente trascurata (UNFPA, 2015d).

Prevenire e combattere la violenza di genere

La risposta alla violenza di genere esige servizi e aiuti volti a prevenire e proteggere le popolazioni colpi-

CARATTERISTICHE DEI PROGRAMMI EFFICACI PER LA SALUTE SESSUALE E RIPRODUTTIVA DEGLI ADOLESCENTI

- coinvolgimento delle parti interessate
- partecipazione e impegno di adolescenti per coinvolgere i loro pari e aumentare la richiesta dei servizi
- capacità di rispondere alle esigenze specifiche delle/degli adolescenti
- personale qualificato e dedicato
- erogazione di servizi per gli adolescenti in un'unica sede
- approcci alla programmazione olistici e multisettoriali
- supervisione strutturata, riconoscimento e azioni di mentoring permanente per gli educatori tra pari
- strategie flessibili e creative di sensibilizzazione e agevolazioni economiche per i mezzi di trasporto
- attenzione per la salute sessuale e riproduttiva durante la preparazione alle emergenze

(Women's Refugee Commission et al., 2012)

te, per ridurre le conseguenze negative e prevenire ulteriori lesioni, traumi, danni e sofferenze fisiche e morali. Nelle linee guida delle Nazioni Unite si sottolinea come tutto il "personale umanitario dovrebbe dare per assodato che si verificano violenze di genere che minacciano le popolazioni colpite; trattare la questione come un problema gravissimo e una minaccia per le vite umane; intraprendere azioni... a prescindere dalla presenza o assenza di prove concrete" (IASC, 2005).

Con violenza di genere si intendono le violenze sessuali, compresi stupri, abusi, sfruttamento sessuale e prostituzione forzata; violenze domestiche; matrimoni forzati e precoci; pratiche dannose come le mutilazioni genitali femminili, delitti d'onore e l'usanza di lasciare le vedove in eredità ai parenti del marito; traffico di persone a scopo di sfruttamento (IAWG, 2010). Pertanto, nelle crisi umanitarie, la lotta contro la violenza di genere esige un approccio multisettoriale.

Nell'agosto 2015, l'Inter-Agency Standing Committee (IASC) che contribuisce al coordinamento degli aiuti umanitari erogati dai diversi organismi delle Nazioni Unite in partnership con le organizzazioni umanitarie, ha emanato delle linee-guida aggiornate sull'integrazione degli interventi contro la violenza di genere, invitando gli attori nazionali e internazionali a proteggere le popolazioni colpite da un'emergenza: "non agire contro la violenza di genere rappresenterebbe un fallimento per gli attori umanitari, che verrebbero meno alle loro più basilari responsabilità nel promuovere e proteggere i diritti delle popolazioni colpite" (IASC, 2015).

Le donne sono di solito le prime a rispondere e a trovare soluzioni, con idee spesso semplici ma che possono fare la differenza tra la vita e la morte. Quando, nel 2010, il terremoto ha sconvolto Haiti, l'incidenza degli stupri è cresciuta notevolmente in quanto le istituzioni che normalmente proteggono le donne erano devastate. Ma, all'interno dei campi per i senzatetto, le donne si sono mobilitate per proteggersi a vicenda e aiutare le vittime. Ong come MADRE e KOFIV hanno distribuito dei fischietti alle donne alloggiate nei campi e questo ha contribuito a ridurre, in uno degli accampamenti, la percentuale di stupri dell'80 per cento. Così come l'installazione di luci a energia solare.

Anche nelle Filippine, dopo il tifone Haiyan, le donne hanno preso l'iniziativa formando pattuglie di sorveglianza e istituendo "spazi di accoglienza per donne" al fine di proteggersi dalla violenza di genere. Nel luglio 2014, dopo che le previsioni meteo avevano annunciato l'arrivo di un nuovo tifone, le donne, coordinandosi con le agenti di polizia femminile e con le autorità locali, hanno inviato nei centri di evacuazione le proprie pattuglie di sorveglianza.

Subito dopo l'arrivo di Haiyan, il Ministero per il welfare e lo sviluppo delle Filippine e UNFPA hanno organizzato delle assemblee cittadine nei centri di evacuazione di Tacloban, per offrire a donne e ragazze uno spazio di discussione in cui riferire i rischi

legati a questioni di salute e di sicurezza. Molte di loro hanno citato tra le principali fonti di pericolo la mancanza di privacy, il sovraffollamento degli alloggi e l'illuminazione insufficiente. Le adolescenti hanno dichiarato di aver paura di andare ai bagni la notte. In risposta alla richiesta di maggior protezione, la polizia di stato delle Filippine ha assegnato ai campi un maggior numero di agenti donne con una specifica formazione per contrastare la violenza di genere. La loro presenza non solo ha contribuito a ridurre il rischio di violenze di genere, ma ha portato a un maggior numero di denunce.

Molti programmi per combattere la violenza nei contesti di crisi umanitaria hanno fatto ricorso a misure innovative per garantire una risposta efficace. In Ciad, per esempio, sono stati istituiti rifugi per donne sole (WRC, 2004) e spazi sicuri in cui le vittime possono ricevere sostegno psico-sociale e partecipare a training per affrontare il trauma (UNFPA, 2015c). In Giordania, come in molti altri Stati, gli spazi loro riservati consentono a donne e ragazze di parlare delle violenze sessuali subite e accedere a servizi appositi, sicuri e liberi da qualsiasi stigmatizzazione (UNFPA, 2015c).

L'istituzione di spazi riservati è sempre più spesso riconosciuta come una buona prassi nella risposta e nella ricostruzione umanitaria, nonché una strategia chiave per la tutela, la leadership e l'empowerment di donne e ragazze. Diversamente dai rifugi, questi spazi sicuri sono luoghi – formali o informali – in cui donne e ragazze si sentono fisicamente ed emotivamente al sicuro e in cui possono socializzare, ricevere aiuto, acquisire capacità, ottenere appositi servizi di supporto, avere informazioni su questioni riguardanti i diritti, la salute e i servizi dedicati.

La creazione di task-force e pattuglie all'interno della comunità si è rivelata un passo essenziale per fornire servizi di protezione nei contesti umanitari. Anche in Malawi, dopo una devastante alluvione all'inizio dell'anno, le donne hanno riferito di aver paura di aggressioni quando vanno al bagno da sole.

Con la collaborazione di UNFPA, il Ministero per le pari opportunità, l'infanzia, le disabilità e il welfare ha messo a disposizione 50 tende destinate a servire da spazi sicuri per donne e ragazze, aiutando i responsabili dei campi a istituire dei gruppi per affrontare i casi di violenza di genere.

In molti paesi si è fatto ricorso a un “pronto soccorso psicologico” per mitigare gli effetti di questo tipo di violenze. CARE, per esempio, ha erogato questo servizio a quasi 800.000 persone colpite da conflitti e catastrofi naturali nel 2014. Il pronto soccorso psicologico è stato sperimentato per la prima volta ad Haiti e si è rivelato un eccellente aiuto per le/i partecipanti, tutti duramente provati dallo stress (Schafer et al., 2010). A Tonga, gli operatori di prima linea, in collaborazione con il ministero per la salute e le Ong, hanno ricevuto una formazione specifica per la salute mentale e il sostegno psicologico. Nelle Fiji, UNFPA ha guidato la messa a punto di servizi di pronto soccorso psicologico da parte dei governi e delle Ong.

I programmi che cercano di coinvolgere uomini e donne nella prevenzione della violenza di genere sono di importanza cruciale. Ne fanno parte, per esempio, il “Men's Action Groups” dell'International Rescue Committee in Liberia e la campagna scolastica “Be a man” di CARE, realizzata dai giovani nei Balcani (Holmes e Bhuvanendra, 2014; Shteir, 2014).

Gran parte dell'attenzione dedicata alla violenza di genere si è concentrata sugli stupri, ma in seguito ha iniziato a includere anche i matrimoni precoci e/o forzati, la violenza domestica, le mutilazioni genitali femminili, il traffico di persone a scopo di sfruttamento.

Un'analisi sistematica degli sforzi compiuti per scoraggiare i matrimoni precoci ha identificato cinque approcci chiave:

- potenziare l'empowerment delle ragazze aiutandole ad acquisire capacità e a migliorare il valore del loro ruolo sociale
- sensibilizzare le comunità di riferimento per trasformare le norme sociali dannose



Ragazze ballano nel campo di Za'atari, Giordania.

Foto © Panos Pictures/Mads Nissen

- migliorare l'accesso delle ragazze all'istruzione formale di buon livello
- migliorare la situazione economica delle ragazze e delle loro famiglie
- creare un contesto politico e legale che promuova la parità di genere (UNFPA, 2012a).

Le agenzie si sono impegnate nella formazione e comunicazione di massa per sensibilizzare il pubblico sulle ripercussioni negative dei matrimoni precoci sulla salute; tra questi, il programma Information Volunteer Program di CARE in Turchia e quello di Oxfam, Integrated Action on Poverty and Early Marriage Program, nello Yemen (Care International, 2015; Oxfam, 2008; UNFPA, 2012b). Quasi tutti questi programmi mirano a modificare le norme sociali alla base del fenomeno, mediante uno sforzo educativo a livello di comunità locali; pochi invece si concentrano sulle leggi e le misure politiche relative ai matrimoni precoci e ancora meno sono al servizio delle ragazze già sposate (UNFPA, 2012b; Feldman-Jacobs e Ryniak, 2006).

Il caos e le separazioni familiari che si verificano durante le emergenze possono peggiorare la vulnerabilità al traffico e commercio di esseri umani, soprat-

tutto nel caso di donne e ragazze. ECPAT International (End Child Prostitution, Child Pornography and Trafficking of Children for Sexual Purposes) ha messo a punto una guida specifica per le situazioni di emergenza, con consigli alle famiglie su come stabilire punti di ritrovo e adottare misure che aiutino l'identificazione dei bambini e delle bambine in caso di separazione (Delaney, 2007).

Adattarsi ai cambiamenti demografici tra i rifugiati

Oggi si calcola che 6 rifugiati su 10 vivano nelle città anziché nei campi allestiti ad hoc. La percentuale varia a seconda dei contesti, con oltre 8 rifugiati su 10 nelle aree urbane della Siria. Comprendere la crescente tendenza all'urbanizzazione è importante per adeguare le strategie di protezione e programmazione alle esigenze dei rifugiati nelle varie situazioni. Per rispondere a questo fenomeno, UNFPA e l'ufficio dell'Alto commissariato delle Nazioni Unite per i rifugiati hanno approntato un kit per la salute sessuale e riproduttiva che aiuti gli operatori umanitari e i partner a pianificare e programmare gli interventi per i rifugiati urba-

ni. Il kit comprende consigli per la fase decisionale, analisi, mappatura delle strutture e dei servizi per la salute, strumenti di pianificazione, monitoraggio e valutazione, advocacy, coordinamento, sensibilizzazione della società civile locale, nonché diverse opzioni per la gestione dell'assistenza sanitaria.

La prevenzione salva molte vite

Sono sempre più numerose le iniziative per la prevenzione e la riduzione del rischio di catastrofi che includono tra i servizi essenziali, prima, durante e dopo una crisi, anche quelli per la salute sessuale e riproduttiva. Nel 2014 UNFPA ha potenziato in 48 paesi la capacità di risposta rapida, per garantire il pacchetto minimo iniziale di servizi e forniture appositi in caso di crisi (UNFPA, 2014). Prima del terremoto dell'aprile 2015 in Nepal, per esempio, erano già state predisposte le forniture per la salute sessuale e riproduttiva, il che ha consentito agli attori umanitari di distribuirle immediatamente dopo il cataclisma.

In Pakistan, i monsoni degli ultimi anni hanno ripetutamente inondato la provincia di Jhang, distruggendo le strutture sanitarie locali e sradicando migliaia di persone in circa 250 villaggi. Dopo ciascun disastro, UNFPA e Muslim Aid hanno unito le loro forze per ripristinare i servizi essenziali per la salute riproduttiva, ma nel 2015 hanno anche aiutato le comunità locali e gli operatori sanitari a prepararsi in vista di future alluvioni, mobilitando le donne nella gestione di comitati locali per la riduzione del rischio. Di tali comitati assistenziali fanno parte operatori sanitari, ostetriche e membri della società civile impegnati nella sensibilizzazione sulla minaccia dei disastri naturali e nella spiegazione di cosa fare per ridurne gli effetti. Sono stati istituiti anche comitati diretti da giovani, che si incaricano di prendere nota dei gruppi sanguigni di tutti gli abitanti della zona, nel caso si renda necessario ricorrere a donatori, si coordinano con i dipartimenti statali per la salute per mettere a punto piani mirati a raggiungere le donne incinte in caso di un altro disastro.



In un campo di Dohuk, in Iraq.
Foto © Ali Arkady/VII Mentor Program

Lavorando insieme, questi comitati a guida femminile e giovanile hanno inoltre identificato le località meno vulnerabili alle alluvioni, in cui immagazzinare i kit sterili per il parto, le forniture per l'assistenza neonatale e persino delle barche per trasportare le donne che avessero bisogno di assistenza medica.

L'accesso ai servizi completi è in aumento, ma i divari restano

Enormi passi avanti si sono compiuti nella risposta ai problemi di salute sessuale e riproduttiva nelle emergenze umanitarie: si è passati dalla loro totale assenza nel 1994, ai servizi attuali completi e capillarmente distribuiti. L'intervento a Za'atari, in Giordania, è un esempio calzante: i servizi a disposizione dei rifugiati e delle rifugiate siriane comprendono la pianificazione familiare, le cure prenatali, l'assistenza al parto, gli interventi ostetrici d'emergenza e l'assistenza neonatale; interventi in caso di violenza di genere, prevenzione e terapia per le infezioni trasmesse per via sessuale compreso l'HIV; attenzione specifica per le/gli adolescenti.

Il successo dell'attuale risposta ai bisogni di salute sessuale e riproduttiva è il risultato della collaborazione tra organizzazioni umanitarie e per lo sviluppo, ministeri per la salute e società civile. Molte più donne e ragazze rifugiate o sfollate possono accedere ai servizi rispetto al passato.

È chiaro anche però che solo poche di queste popolazioni possono usufruire dell'intera gamma di servizi a cui hanno diritto. L'aumento delle persone coinvolte nelle emergenze indica che è necessario incrementare sia la qualità che l'estensione dei servizi, per garantire che tutte possano esercitare i diritti di salute riproduttiva anche durante una crisi. Per salvaguardare la dignità umana è fondamentale individuare azioni strategiche che diano priorità al sostegno della salute riproduttiva. Tali azioni devono essere più sensibili al contesto e adattarsi alle diverse circostanze e alle varie fasi della vita. Gli interventi sanitari e in generale le risposte alle crisi in contesti umanitari e fragili devono

essere sempre più tempestivi, programmati e finanziati.

Il mondo adotta una nuova Agenda per lo sviluppo sostenibile per i prossimi 15 anni, in un periodo di crisi nascenti e prolungate, in cui la maggior parte delle persone coinvolte sono donne, bambine/i e adolescenti che spesso non possono accedere a servizi salvavita, vanno incontro a gravi emarginazioni, sfruttamento e sempre più spesso soccombono e muiono.

Nei paesi che escono da un conflitto, la protratta mancanza dell'assistenza sanitaria, di strumenti di sostegno psicologico e sociale, nonché la mancanza di giustizia, unita alla perdurante pratica della violenza di genere, sono tutti elementi che ostacolano il recupero e lo sviluppo. Spesso la pianificazione per lo sviluppo a lungo termine di un paese, trascura di inserire le fasi di preparazione/prevenzione, resilienza e ripresa. Per conseguire molti degli Obiettivi per lo sviluppo sostenibile delle Nazioni Unite, sarà necessario prestare un'attenzione specifica allo sviluppo sostenibile e universale per tutte le donne e adolescenti nelle crisi umanitarie.

Per contribuire ad affrontare le difficoltà che ci attendono, gli esperti delle agenzie delle Nazioni Unite e di governi, società civile, mondo accademico e fondazioni umanitarie si sono riuniti ad Abu Dhabi nel febbraio 2015, invocando una nuova strategia globale volta a proteggere la salute di ogni donna e bambina/o in ogni circostanza, comprese le situazioni di catastrofi e conflitti. Il gruppo della "Dichiarazione di Abu Dhabi" ha stabilito che la costruzione della resilienza e l'accelerazione della ripresa per le comunità colpite da una crisi dipende dall'efficienza con cui si risponde alle esigenze di salute riproduttiva, materna, neonatale, infantile e adolescenziale; nonché alla tutela dei diritti umani nei contesti umanitari, riducendo i casi di evitabile mortalità materna e infantile e potenziando la prevenzione e la reazione alla violenza di genere, senza trascurare le esigenze fondamentali quali alimentazione, acqua, servizi igienico-sanitari (UNFPA, 2015).

Rafforzare la resilienza e colmare il divario tra assistenza umanitaria e sviluppo

Il profondo impatto umano di catastrofi e conflitti su individui, comunità, istituzioni e interi paesi, evidenzia l'importanza cruciale di costruire la resilienza per poter meglio resistere alle conseguenze di una crisi e accelerare la ripresa. Costruire la resilienza aiuta inoltre ad attenuare gli effetti potenzialmente negativi sulla salute sessuale e riproduttiva di donne e ragazze.

Danni collaterali dell'emergenza Ebola in Liberia: donne e ragazze in età fertile



La dottoressa Jallah nell'ospedale di Paynesville, Liberia.

Foto © Abbas Dulleh/AP Images per UNFPA

Comfort Fayiah è stata fortunata. Alla fine di settembre 2014, la data prevista per il parto dei suoi gemelli, l'emergenza Ebola in Liberia stava raggiungendo il picco.

Da quando il primo malato di Ebola si è presentato a Monrovia nel giugno 2014, il numero di nuovi casi è aumentato di giorno in giorno. Ad agosto erano 400 a settimana. Il Ministero per la salute e il welfare è stato costretto a sospendere di fatto qualsiasi attività non connessa all'emergenza per concentrarsi sulla gestione della crisi. L'involontaria conseguenza è stata che le donne in età fertile hanno sopportato una delle peggiori ripercussioni, a prescindere dalla loro condizione di contagiate o meno.

“La catena delle forniture per la salute, a livello nazionale, ha sospeso di colpo tutte le operazioni quotidiane, impedendo alle strutture sanitarie di accedere a materiali e attrezzature mediche essenziali” spiega Woseh Gobeh, funzionaria per la programmazione nazionale per la salute riproduttiva di UNFPA. “Anche nelle regioni meno colpite dall'epidemia, le strutture sanitarie hanno dovuto affrontare l'esaurimento di moltissimi farmaci e dispositivi medici.”

Non era solo questione di rifornimenti: il già insufficiente personale medico della Liberia (all'inizio della crisi, secondo una stima del Ministero della salute, erano appena 45 i medici operanti nella sanità pubblica dell'intero paese) veniva falcidiato dal virus. Nel maggio 2015,



Comfort Fayiyah con le sue gemelle.
Foto © Abbas Dulleh/AP Images per UNFPA

l'8,07 per cento di medici, infermieri e ostetriche era morto di Ebola, a fronte dello 0,11 per cento della popolazione. La paura del contagio – soprattutto per la difficoltà di stabilire se un paziente avesse contratto l'Ebola senza un test di laboratorio – ha indotto molti operatori a mandar via la gente.

“Gli operatori sanitari hanno cominciato ad aver paura e a rifiutare i pazienti” dice la dottoressa Wilhelmina Jallah, direttrice esecutiva e responsabile sanitaria di Hope for Women International, una ONG che opera a Paynesville, in Liberia. “Nessun membro dello staff medico, anche provvisto di dispositivi di protezione personale, voleva toccare una donna incinta”.

Per queste ultime, come Comfort, che oggi ha 29 anni, significava non poter

ricevere quasi nessuna cura prenatale: uno degli indicatori più comuni degli esiti positivi per la salute materna, ovvero il completamento di quattro visite prenatali, era crollato dal 65% del 2013 al 40% nell'agosto 2014. Partorire in una struttura qualificata e specialistica era diventato impossibile.

Quando Comfort è arrivata al termine della gravidanza, ha vagato da un ospedale all'altro senza riuscire a trovare una struttura disposta a ricoverarla. “Mi mandavano via, dicevano che non potevano aiutarci” dice. “Non posso biasimare chi si è rifiutato di aiutarci, tutti avevano paura del virus.”

Se le madri in attesa senza Ebola (come Comfort) avevano problemi a trovare assistenza, quelle contagiate

non avevano praticamente nessuna possibilità di essere aiutate. “È più pericoloso curare le donne incinte malate di Ebola perché non si conosce l'effetto in gravidanza, non ci sono procedure standard da seguire. Durante il parto, il sangue e i fluidi corporei possono esporre gli operatori al virus”, spiega Jallah.

Non avendo altra scelta, Comfort ha cercato riparo dalla pioggia scrosciante e si è accucciata nel fango per partorire sotto una tettoia di lamiera ondulata. “Ho sofferto molto, avevo paura di morire. L'unica cosa in cui speravo era un miracolo”, ricorda. E c'è stato: Comfort ha dato alla luce due bambine sane con l'aiuto di un'infermiera che passava di lì al momento giusto.

Un conflitto o una calamità naturale possono cancellare in un attimo un'intera generazione di conquiste economiche e sociali. Possono inoltre minare, a livello individuale, ogni speranza di una vita migliore, distruggendo opportunità e limitando le possibilità di scelta. Possono, infine, esasperare le disuguaglianze già presenti nella società, incrementando ulteriormente le difficoltà di poveri ed emarginati ed esigendo un prezzo spropositato da donne e giovani; soprattutto quelli che hanno meno di 20 anni, che costituiscono circa la metà della popolazione in molte delle regioni coinvolte in conflitti o che da questi stanno uscendo (OCSE, 2015).

Il profondo impatto di disastri e guerre su persone, comunità, istituzioni e paesi evidenzia l'importanza cruciale di lavorare sulla resilienza, così che tutti possano sopportare meglio gli effetti delle crisi e riprendersi più rapidamente. Costruire la resilienza serve anche ad attenuare i potenziali effetti negativi sulla salute sessuale e riproduttiva di donne e ragazze adolescenti.

Sopravvivere o meno, riprendersi durante o subito dopo un conflitto o una catastrofe, dipende anche da politiche, programmi e contesti sociali, economici e politici precedenti la crisi. Uno sviluppo inclusivo, equo e capace di rispettare e tutelare i diritti umani, compresa la salute sessuale e riproduttiva, è un fattore chiave per la resilienza. I principi di inclusività ed equità dei diritti sono anche il fondamento dei nuovi Obiettivi per lo sviluppo sostenibile delle Nazioni Unite che guideranno la comunità internazionale nell'affrontare le sfide economiche e sociali fino al 2030. Garantire la salute e i diritti sessuali e riproduttivi di donne e ragazze è un grosso passo avanti verso il conseguimento di uno sviluppo inclusivo ed equo. Può portare infatti alla costruzione di società più resilienti e capaci di affrontare le crisi, nonché di avviare una ricostruzione che produca una resilienza ancora maggiore.

La nuova visione dello sviluppo sostenibile nei prossimi 15 anni potrà realizzarsi solo se l'umanità intera si impegna e ha interesse a riuscire in questa



Woseh Gobeh.

Foto © Abbas Dulleh/AP Images per UNFPA

Altre donne non sono state altrettanto fortunate. In tutta la regione, i medici riferiscono un aumento di decessi di donne incinte per cause prevenibili come emorragie, lacerazioni uterine e gestosi. Poiché gli operatori sanitari non si possono sostituire facilmente (basti pensare agli anni che ci vogliono per formare un chirurgo) le ripercussioni erano destinate ad espandersi.

Secondo un recente rapporto della Banca Mondiale, la perdita di operatori sanitari in Guinea, Liberia e Sierra Leone potrebbe portare a ulteriori 4.022 donne decedute ogni anno per complicazioni della gravidanza e del parto. La mortalità materna rischia di crescere del 38% in Guinea, del 74% in Sierra Leone e del 111% in Liberia.

Non si citano le conseguenze della crisi sulle possibilità delle donne di stabilire quando o quanto spesso iniziare una gravidanza. Secondo stime UNFPA, al culmine della crisi, quasi metà delle strutture sanitarie liberiane avevano completamente esaurito le scorte di contraccettivi iniettabili.

Secondo il Ministero della salute, poco più di un terzo di tali strutture erogava servizi di pianificazione familiare. Gli importanti progressi nell'uso dei contraccettivi è stato annullato. "Il numero di donne e ragazze che continuano a morire per problemi prevenibili è inaccettabile", dice Gobeh. "Negare a una donna o a una ragazza l'accesso a servizi qualificati di salute riproduttiva è una violazione dei diritti umani."

sfida. Ciò significa che donne e ragazze devono avere un ruolo centrale nel dirigere e contribuire agli sforzi per migliorare la salute e lo sviluppo sostenibile a ogni livello – familiare, locale, istituzionale e governativo – e non essere lasciate indietro o relegate in ruoli secondari.

La via della resilienza, da Hyogo a Sendai

Il termine resilienza, dal latino *resilire*, rimbalzare o saltare indietro, viene usato in diversi contesti che vanno dall'ecologia – per spiegare come un ecosistema risponde ai cambiamenti – alla psicologia per descrivere come le persone rispondono ai traumi (McAslan, 2010; Manyena, 2014; Matyas, 2015). Un tratto comune però, a prescindere dalla disciplina interessata, è la capacità di resistere e reagire a uno shock.

La resilienza riveste oggi un ruolo centrale nella concettualizzazione della risposta ai disastri naturali, ai conflitti, alle emergenze e ad altre calamità (Twigg, 2009, Matyas, 2015; DFID, 2011) e influenza la progettazione e l'erogazione dei servizi di

salute sessuale e riproduttiva, oltre che gli esiti sulla salute di donne e ragazze.

Due progetti globali per aumentare la sicurezza dai disastri naturali, il Quadro d'azione di Hyogo, dal 2005 al 2015, e il Quadro d'azione di Sendai, dal 2015 al 2030, elencano le priorità nella costruzione della resilienza.

Un obiettivo strategico prioritario del Quadro d'azione di Hyogo è stato lo sviluppo e il consolidamento di istituzioni, meccanismi gestionali e capacità a tutti i livelli, ma soprattutto a livello comunitario, che possono sistematicamente contribuire a costruire la resilienza contro le calamità (United Nations International Strategy for Disaster Reduction, 2005). Si afferma che è necessario integrare la prospettiva di genere in tutte le politiche di gestione del rischio di disastri, nei processi progettuali e decisionali, compresi quelli relativi alla valutazione del rischio, alle dichiarazioni immediate di stato d'allerta, alla gestione delle informazioni, all'istruzione e alla formazione.

Gli sforzi compiuti per migliorare la situazione hanno avuto un certo impatto. UNFPA e altri organismi si stanno impegnando per aumentare il personale sanitario, incoraggiando le ostetriche in pensione a tornare al lavoro. "Grazie a questi sforzi, i parti presso strutture qualificate sono passati da una media di sei - dieci al mese, a una media di 30-40 al mese, in appena due mesi." La diminuzione di nuovi casi di Ebola nella regione non può che costituire un sollievo per le donne in età fertile.

"Bisogna riconoscere che la Liberia e la comunità internazionale hanno saputo sconfiggere Ebola in un tempo relativamente breve", dice Gobehe. Adesso però "la responsabilità principale

e l'appello che facciamo al governo della Liberia, alla comunità dei donatori e a tutti i partner riguarda la necessità, più urgente che mai, di ricostruire il sistema sanitario per la maternità."

Comfort Fayiah a casa con la famiglia.

Foto © Abbas Dulleh/AP Images per UNFPA





Christine Yakoundou visita una paziente al Centre de Santé, Repubblica Centrafricana.
Foto © Panos Pictures/Jenny Matthews

Basandosi sul Quadro d'azione di Hyogo, la Dichiarazione di Sendai ha ampliato la definizione di resilienza per includervi esplicitamente l'importanza di resistere, assorbire e recuperare dopo una calamità, per ribadirne l'importanza su più piani, ovvero a livello di comunità, società e individui. La resilienza viene definita come:

“La capacità di un sistema, una comunità o una società esposti a catastrofi di resistere, assorbire, adattarsi e riprendersi dagli effetti di una crisi in maniera efficiente e tempestiva, attraverso la protezione e il ripristino delle sue strutture e funzioni essenziali”
(UNISDR - United Nations Office for Disaster Risk Reduction, 2015a).

La Dichiarazione di Sendai amplia l'approccio di genere del Quadro d'azione di Hyogo, includendo le donne nei processi di pianificazione e programmazione per la prevenzione dei disastri. Sottolinea inoltre la necessità di consolidare la progettazione e attuazione di politiche inclusive e meccanismi di protezione sociale, come la

salute sessuale e riproduttiva. La resilienza è insieme un processo e una condizione d'arrivo, che consente alle comunità e alle famiglie più vulnerabili di prevenire, prepararsi o reagire agli stress e ai traumi, senza compromettere le prospettive a lungo termine.

Prevenire povertà e disuguaglianza

I fattori socioeconomici e strutturali che determinano le capacità di resilienza delle comunità sono precondizioni essenziali per controllare le conseguenze di un disastro o di un conflitto ed esigono la costante vigilanza dei governi. Sebbene la resilienza possa essere considerata una condizione di arrivo, è anche un processo continuo che esige sforzi ininterrotti per affrontare quei fattori socioeconomici e strutturali – povertà, norme di genere dannose, insicurezza delle scorte alimentari – che possono influire sulla capacità o meno della comunità di riprendersi da una crisi o da un evento traumatico. La costruzione della resilienza come processo deve avere la priorità a tutti i livelli e dev'essere guidata da strategie adattate a realtà, culture, retaggi e conoscenze locali. Per questo è necessario il coinvolgimento di tutti gli attori umanitari e dello sviluppo, ma il processo dev'essere

guidato dalla comunità (Twigg, 2009). Le emergenze umanitarie, come i conflitti e i disastri naturali, possono comportare un ampliamento e un peggioramento delle condizioni di povertà e di disuguaglianza (UNISDR, 2015). La resilienza può attenuare tali effetti.

Per costruirla bisogna affrontare le cause alla base della vulnerabilità, come povertà e disugua-

glianza, e avviare misure preventive per avere una capacità di adattamento positivo prima del manifestarsi di una crisi (Hillier and Castillo, 2013; IFRC, 2012).

Gli investimenti nella salute riproduttiva, materna, neonatale, infantile e adolescenziale e nei relativi diritti, possono proteggere le persone maggiormente colpite dalle catastrofi.

RESILIENZA E SALUTE SESSUALE E RIPRODUTTIVA: DAGLI OBIETTIVI DI SVILUPPO DEL MILLENNIO AGLI OBIETTIVI PER LO SVILUPPO SOSTENIBILE

Obiettivi riferiti alla resilienza	Obiettivi riferiti alla salute sessuale e riproduttiva
MDGs (2000-2015)	
Nessuno	<p>Obiettivo 5: migliorare la salute materna</p> <p>Target 5A: ridurre la mortalità materna</p> <p>Target 5B: raggiungere l'accesso universale alla salute riproduttiva</p>
SDGs (2016-2030)	
<p>1.5 Entro il 2030, costruire la resilienza dei poveri e di chi si trova in situazioni vulnerabili, ridurre l'esposizione e la vulnerabilità ai fenomeni climatici e ad altri traumi e catastrofi di tipo economico, sociale e ambientale.</p> <p>11b Entro il 2020, incrementare in modo sostanziale il numero di città e insediamenti che adottano e attuano politiche e piani regolatori integrati orientati all'inclusione, all'utilizzo razionale delle risorse, all'attenuazione e adattamento ai cambiamenti climatici, alla resilienza in caso di catastrofi; sviluppare e implementare, in linea con il Quadro d'azione di Sendai, una gestione del rischio olistica.</p> <p>13.1 Rafforzare in tutti i paesi la resilienza e la capacità di adattamento ai pericoli collegati al clima e alle catastrofi naturali.</p> <p>14.2 Entro il 2020, gestire e proteggere in modo sostenibile gli ecosistemi marini e costieri, soprattutto rafforzandone la resilienza, per evitare gravi conseguenze e prendere misure per risanarli con l'obiettivo di avere oceani puliti e produttivi.</p>	<p>3.7 Entro il 2030, garantire l'accesso universale ai servizi per la salute sessuale e riproduttiva compresi pianificazione familiare, informazione ed educazione sessuale, integrare la salute riproduttiva nelle strategie e nei programmi statali.</p> <p>5.2 Eliminare ogni forma di violenza contro donne e ragazze, nella sfera pubblica e in quella privata, compresa la tratta e lo sfruttamento sessuale e di altro tipo.</p> <p>5.6 Garantire l'accesso universale alla salute e ai diritti sessuali e riproduttivi come stabilito nel Programma d'azione della Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo, nella Piattaforma d'azione di Pechino e nei documenti finali delle conferenze di revisione.</p>

Investire nelle/nei giovani per potenziare le capacità di comunità e paesi di assorbire i traumi

La salute e i diritti sessuali e riproduttivi sono un elemento cardine del passaggio dalla gioventù all'età adulta. Quando i governi adottano misure per garantire che questo avvenga in modo sicuro e sano, intraprendono anche i passi necessari a potenziare le capacità di "assorbire i traumi" a livello di comunità e di paese, dando vita a contesti in cui anche i singoli diventano resilienti.

Costruire la resilienza serve anche a correggere e superare ataviche ingiustizie (UNSDR, 2015a). Per esempio, costruire la resilienza dei sistemi sanitari a livello nazionale può contribuire ad ampliare l'accesso a servizi di qualità per la salute sessuale e riproduttiva anche per le persone che prima dell'avvento della crisi ne erano escluse. Perché la resilienza si verifichi, la sua costruzione dev'essere innovativa da un punto



Nyantit, 10 anni, Sud Sudan: "Volevo venire bene in fotografia, perciò sono andata a casa a cambiare la camicetta. È l'unica bella che possiedo, perché ho lasciato tutto tutto quando siamo stati costretti a scappare."

Foto © Panos Pictures/Chris de Bode

di vista di genere, sfidando le strutture di potere improntate alla disparità (Winderl, 2014). Deve includere donne e ragazze, non soltanto come utenti dei servizi per la salute e la protezione sociale, ma come avvocate, operatrici sanitarie e membri attivi, rappresentanti e leader delle comunità di riferimento.

La resilienza è collegata a un solido sviluppo che tiene conto delle vulnerabilità dei singoli

L'impatto delle catastrofi naturali e dei conflitti su individui e comunità dipende in gran parte dalle dimensioni e dalla natura della povertà e della privazione sociale prima del verificarsi di una crisi (United Nations International Strategy for Disaster Reduction, 2015). La costruzione della resilienza e la protezione delle comunità dagli effetti negativi di una catastrofe devono essere collegate a una solida agenda per lo sviluppo che tenga conto delle vulnerabilità individuali, sociali, economiche e culturali. Gli Obiettivi per lo sviluppo sostenibile per il 2015-2030 e gli altri sforzi per ridurre la privazione sociale e la povertà, all'interno di un serio quadro di riferimento internazionale nell'ottica dei diritti umani, costituiscono la via che gli Stati e i loro partner per lo sviluppo devono seguire per costruire la resilienza (Nazioni Unite, 2015d). Tale via è raccomandata anche dalla risoluzione dell'Assemblea Generale sul Quadro d'azione di Sendai, per la riduzione del rischio di disastri dal 2015 al 2030:

"Gli Stati ribadiscono inoltre il loro impegno ad affrontare la riduzione del rischio di catastrofi e la costruzione della resilienza ai disastri con un rinnovato senso di urgenza nel contesto dello sviluppo sostenibile e dell'eliminazione della povertà e a integrare, nel modo più opportuno, sia la riduzione del rischio di catastrofi che la costruzione della resilienza in politiche, progetti, programmi e budget a tutti i livelli, considerando entrambe all'interno di quadri di riferimento pertinenti".

Collegare l'impegno per costruire la resilienza a quello per lo sviluppo sostenibile garantisce che la resilienza non venga definita mediante una serie di criteri distinti e separati, ma sia invece integrata, in ciascun paese, nel processo del conseguimento complessivo di una gamma di obiettivi di sviluppo. Raggiungere gli obiettivi sulla salute, per esempio, dipende dalla capacità di migliorare la qualità e l'estensione della salute sessuale e riproduttiva e di garantirne l'accesso universale anche nelle emergenze, nelle crisi e nei luoghi allestiti per i rifugiati. Dato che i tassi più elevati di mortalità materna e infantile si concentrano nei paesi colpiti da conflitti e catastrofi naturali, stabilire un legame solido tra i programmi di potenziamento della resilienza e gli obiettivi di sviluppo è essenziale sia per raggiungere gli Obiettivi di sviluppo sostenibile, sia per attenuare gli effetti dei disastri.

Investire nella riduzione del rischio di catastrofi per migliorare la salute materna, infantile e degli adolescenti

La riduzione del rischio di disastri è un elemento cruciale della resilienza. Mentre la risposta umanitaria è un intervento a breve termine, ridurre il rischio è un impegno sul lungo periodo che affronta le cause alla radice delle vulnerabilità (Plan International, 2013). Anche se alcune emergenze, come terremoti e tsunami, non possono essere previste o prevenute, l'impatto può essere attenuato da investimenti pre-crisi volti a costruire sistemi di salute sessuale e riproduttiva capaci di resilienza e imperniati sulle esigenze dei più vulnerabili della comunità. Per migliorare la prevenzione e ridurre l'impatto delle catastrofi, il Quadro d'azione di Sendai per la riduzione del rischio, invita a prevenire nuovi disastri e ridurre quelli esistenti, mediante l'attuazione di misure integrate ed inclusive a livello economico, strutturale, legale, sociale, sanitario, culturale, educativo, ambientale, tecnologico, politico e istituzio-

nale. Questo approccio integrato è in grado di prevenire e ridurre l'esposizione e la vulnerabilità alle catastrofi, migliorare la preparazione e la capacità di reazione e di ripresa, rafforzando in tal modo la resilienza (UNISDR, 2015a).

Tutto ciò è possibile se si conoscono gli eventuali e mutevoli pericoli e le vulnerabilità fisiche, sociali, economiche e ambientali ai disastri con cui quasi tutte le società devono fare i conti; seguiranno quindi le azioni adottate sulla base di tali conoscenze, secondo il Quadro d'azione di Hyogo. Le dimensioni delle catastrofi sono aumentate per la continua crescita dei tassi di urbanizzazione, della deforestazione e del degrado ambientale, oltre che per l'intensificarsi di variabili climatiche come l'innalzamento delle temperature, l'inasprirsi delle precipitazioni, l'aumentata violenza di venti e tempeste (Leaning e Guha-Sapir, 2013). Gli sforzi per rafforzare la resilienza richiedono dunque un'approfondita comprensione di come variano mortalità e morbilità nel tempo e nei vari gruppi di popolazione (Leaning and Guha-Sapir, 2013). Queste conoscenze possono dar vita a sistemi capaci di gestire e attenuare i fattori di rischio e vulnerabilità, tenendo conto delle differenze di genere, classe, casta, età, etnia, disabilità e reddito che generano la geografia della disuguaglianza del rischio e dell'esclusione sociale e politica (UNISDR, 2015). La riduzione del rischio di catastrofi deve anche riconoscere, includere e affrontare i rischi connessi al genere, avendo l'uguaglianza di genere come obiettivo chiave (Bradshaw, 2015).

La capacità di reagire varia da uno stato all'altro e all'interno di uno stesso paese

Le analisi del rischio devono tener conto delle variazioni da uno stato all'altro e all'interno di uno stesso stato. L'INFORM valuta le capacità di un paese di fronteggiare una crisi in base a: sforzi per ridurre il rischio di disastri, governance, comuni-

cazione, infrastrutture e accessibilità del sistema sanitario.

Nell’Africa occidentale e centrale, ogni donna ha una possibilità su 32 di morire per cause legate alla maternità. Si tratta di un rischio circa cinque volte maggiore di quello che affrontano le donne dell’Asia meridionale e di circa 150 volte più alto rispetto a quello delle donne dei paesi maggiormente industrializzati (Save the Children, 2014). Laddove i dati nazionali sono disaggregati secondo criteri significativi, emergono ulteriori prove di come comunità diverse si situino a differenti livelli nella scala della riduzione del rischio; l’effetto di una catastrofe su una donna che appartiene al quintile dal reddito più alto e abita in un ambiente urbano è diverso da quello prodotto su una donna del quintile più basso che vive a poca distanza dalla prima. In contesti così disuguali, è urgente moltiplicare gli sforzi per costruire la resilienza e i dati disaggregati servono a influenzare le politiche nazionali e l’allocazione delle risorse, in quanto contribuiscono a identificare i rischi, a costruire la resilienza e a prepararsi meglio alle emergenze. La disuguaglianza nell’accesso ai servizi e ai meccanismi di protezione sociale, incide sulla resilienza dei diversi gruppi e individui colpiti da un disastro, specie nel caso di donne e ragazze. Un accesso impari alla possibilità di possedere terra, reddito e altri beni incide sul modo in cui famiglie e comunità riescono a gestire il rischio di catastrofi. La disuguaglianza nella protezione garantita dal rispetto dei diritti e da leggi e regolamenti certi, la disparità nel far sentire la propria voce e nell’assumersi le proprie responsabilità hanno importanti ripercussioni sui programmi di riduzione del rischio e sulle capacità di un paese di gestire i fattori che ne sono alla base (UNISDR,



Nell’Africa occidentale e centrale, il rischio di mortalità materna riguarda una donna su 32. Un rischio 5 volte maggiore rispetto a quello delle donne in Asia meridionale, e 150 volte più alto di quello delle donne nei paesi industrializzati.

2015). L’impegno nei confronti di chi ha meno probabilità di ricevere assistenza o di poter accedere ai servizi trova eco anche nella Strategia globale del Segretario generale delle Nazioni Unite “Every Woman Every Child”. I dati disaggregati consentono alle attività volte alla costruzione della resilienza di non affidarsi esclusivamente ai dati aggregati su salute e benessere che non misurano l’impatto di conflitti e catastrofi su giovani, donne, migranti e popolazioni a basso reddito o emarginate. Inserire di regola dati disaggregati negli usuali sistemi di raccolta dati e rafforzare i sistemi di registrazione dei dati anagra-

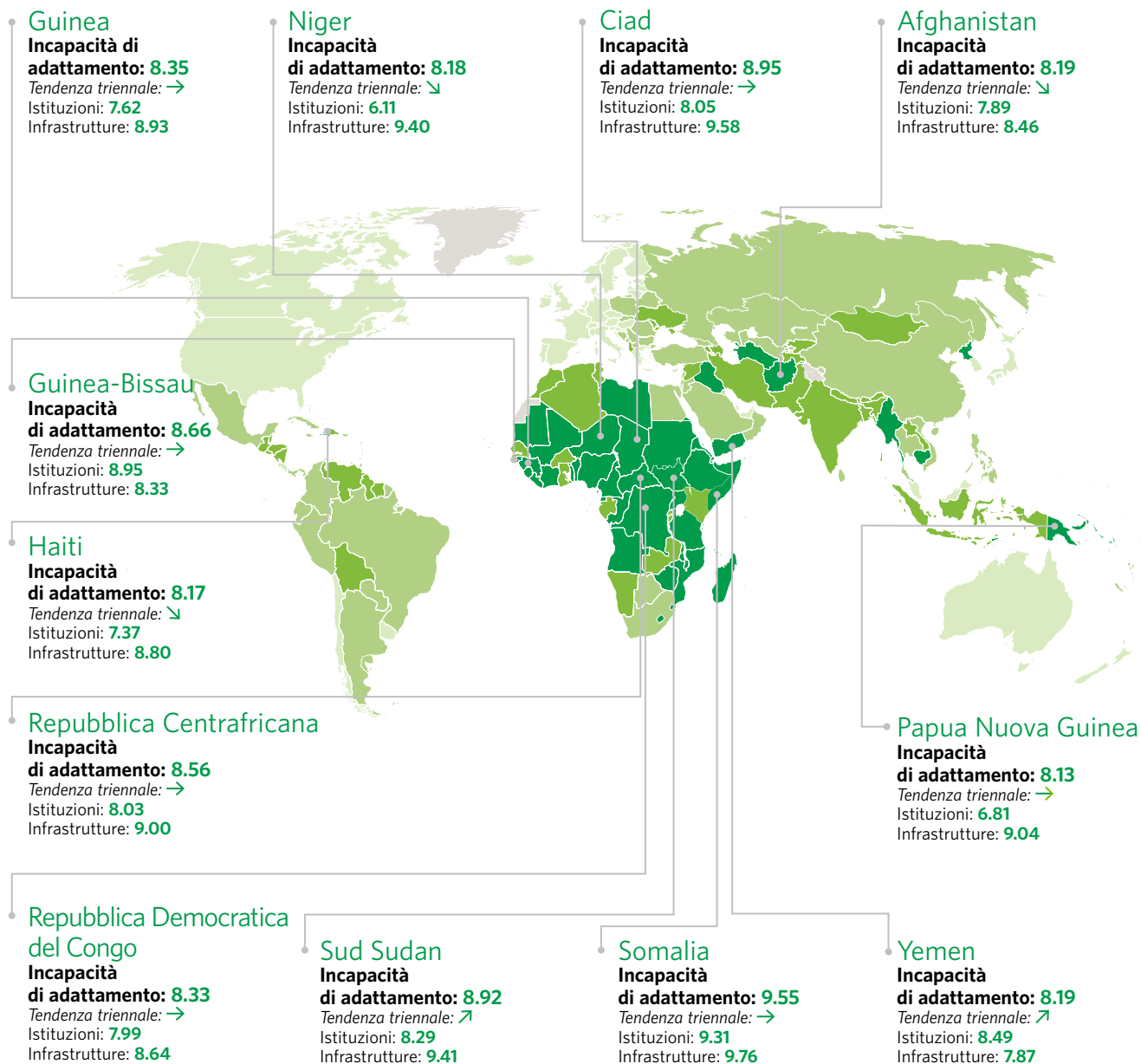
fici consentirebbe una comprensione più approfondita e sfaccettata del rischio. Sviluppare sistemi di allerta e prevenzione che tengano conto di genere, età e disabilità è un modo essenziale per garantire l’accesso alle informazioni prima del verificarsi di un’emergenza (Development Initiatives, 2015).

Costruire la resilienza nelle emergenze collegate a un conflitto

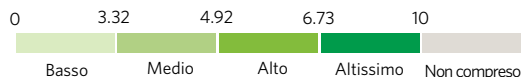
Se molte innovazioni nei sistemi di preallarme si sono concentrate sui fenomeni climatici, la prevenzione e le azioni in vista di un conflitto sono ancora complesse per ragioni tecniche e politiche. Costruire la resilienza nelle emergenze umanitarie dovute a conflitto richiede una serie di strategie di prevenzione diverse e articolate, tra cui l’attuazione di concrete misure anti-discriminazione e riduzione della violenza, nonché l’attenzione verso quelle disuguaglianze strutturali che compromettono la salute sessuale e riproduttiva (Harris et al., 2013). Accade sempre più spesso che le emergenze umanitarie siano correlate tanto alle catastrofi naturali come ai conflitti e che un insieme di fattori interagisca con l’altro.

MANCANZA DI CAPACITÀ DI ADATTAMENTO NEL 2015

Misurazione della mancanza di risorse disponibili per aiutare la popolazione ad adattarsi agli imprevisti negativi. Si compone di due categorie: istituzioni e infrastrutture. La mappa mostra nel dettaglio i 12 stati con i valori più alti di difficoltà a far fronte alle crisi



INDICE INFORM DELLA CAPACITÀ DI ADATTAMENTO



LEGENDA ↗ Rischio in aumento → Rischio stabile ↘ Rischio in diminuzione

(INFORM, 2015)

Ebola

L'emergenza Ebola ha riguardato, secondo le stime, 18,7 milioni di persone, di cui 9,8 erano adolescenti e bambini (UNICEF, 2015). L'epidemia ha evidenziato come i sistemi sanitari con un'assistenza di base inadeguata non sono resilienti agli eventi traumatici. In tali contesti, la resilienza avrebbe comportato la capacità di costruire, consolidare e rafforzare i sistemi sanitari locali, migliorare l'accessibilità e lo scambio delle informazioni, sviluppare sistemi che impegnino le parti interessate a tutti i livelli della pubblica amministrazione e non solo nel settore sanitario, costruire un clima di fiducia (Kieny and Dovlo, 2015).

Un sistema sanitario resiliente è quello in grado di rispondere a un cambiamento nel profilo epidemiologico della popolazione e di adattarsi a condizioni avverse. Anziché operare in modo isolato, coltiva i rapporti con i partner regionali e internazionali, consentendo al governo di mettere in atto il rapido dispiego di un'ampia gamma di risorse (Kruk et al., 2015). Il lavoro intersettoriale per inserire i progetti umanitari, le priorità e i processi all'interno di un quadro di riferimento per lo sviluppo sostenibile, è un elemento essenziale dei sistemi sanitari resilienti (Kieny and Dovlo, 2015).

Integrare la salute sessuale e riproduttiva nella sanità di base è cruciale per la resilienza

L'inserimento dei servizi di salute sessuale e riproduttiva nelle politiche sanitarie nazionali è una condizione essenziale per costruire la resilienza di fronte alle emergenze e per assicurare un accesso affidabile e sicuro alle terapie salvavita, ai servizi per la salute riproduttiva e a quanto necessario per proteggere donne e ragazze adolescenti da decessi che possono essere prevenuti, specie quelli dovuti a complicazioni del parto o a gravidanze indesiderate. La qualità dei servizi per la salute materna e i tassi di mortalità materna sono indicatori della qualità, del funzionamento e dell'inclusività complessivi del sistema sanitario.

La salute sessuale e riproduttiva dovrebbe essere integrata nella valutazione del rischio e nei sistemi di preallarme per le comunità e i gruppi più vulnerabili. L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) ribadisce l'importanza di garantire solide strutture per la salute di base, capaci di assicurare tali servizi, comprese le cure ostetriche d'emergenza e l'assistenza neonatale. Inoltre i servizi per la salute sessuale e riproduttiva già esistenti andrebbero rafforzati per mitigare l'impatto delle crisi e favorire l'adattamento e la ripresa. L'OMS raccomanda anche di tener conto, nella pianificazione per l'eventualità di disastri, delle necessità dei settori più vulnerabili della popolazione – donne, adolescenti, neonati, persone con disabilità e rifugiati o sfollati (OMS, 2012). Rafforzare l'assistenza completa per la salute riproduttiva, integrandola nel sistema sanitario di base prima di una crisi, può agevolare o contribuire a garantire la messa a punto di un pacchetto minimo iniziale di servizi (MISP - Minimum initial service package), a cui ricorrere in caso di emergenza. Una serie di strutture politiche e legali che consentano a donne e giovani di esercitare i diritti alla salute riproduttiva fa sì che diventi più difficile trascurarli nelle emergenze. Come affermato dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite nel 2015, “rispondere alle esigenze di salute sessuale e riproduttiva è cruciale per la resilienza e per una ripresa complessiva più rapida delle comunità colpite” (Nazioni Unite, 2015c)

Tutela sociale e riduzione del rischio di catastrofi

Il Quadro d'azione di Sendai invita ad adottare politiche e programmi di tutela sociale che rispondano alle esigenze delle persone maggiormente vulnerabili.

Tali interventi possono mirare a prevenire o risolvere la malnutrizione cronica, assicurare l'accesso ai documenti di identità, garantire il diritto delle donne all'eredità, impedire i matrimoni precoci. Un sistema di tutela sociale che sia il più inclusivo

ed esteso possibile è indispensabile per proteggere le famiglie più povere e i bambini da condizioni di estrema privazione e per offrire l'opportunità di migliorare il proprio tenore di vita e di avviare attività produttive per uomini e donne.

Dato che la maggior parte dei paesi che presentano i tassi più elevati di matrimoni precoci sono considerati Stati fragili o ad alto rischio di calamità naturali, gli sforzi attualmente in corso per proteggere le ragazze da tale fenomeno e dalla violenza di genere – continuare a frequentare la scuola, fornire un sostegno economico mirato alle famiglie, garantire un'educazione sessuale completa e altre misure ancora – vanno rafforzati per garantirne la prosecuzione anche in caso di emergenza o di eventi traumatici (Plan International, 2013).

Rafforzare le misure per combattere il traffico di esseri umani a scopo di sfruttamento è fondamentale per costruire la resilienza delle comunità e dei paesi che fronteggiano comportamenti predatori finalizzati allo sfruttamento, che spesso prendono di mira bambini e ragazze adolescenti, subito dopo una catastrofe. L'Organizzazione internazionale per la migrazione (OIM), invoca l'adozione e l'attuazione di leggi nazionali per contrastare il traffico di esseri umani. Le misure in questa direzione dovrebbero essere integrate nella strategia nazionale (OIM 2015) di preparazione e pianificazione degli interventi d'urgenza e contribuire inoltre a rispettare l'impegno, assunto con gli Obiettivi per lo sviluppo sostenibile, di abolire il traffico di esseri umani.

Le misure per combattere la violenza di genere sono necessarie prima, durante e dopo un'emergenza

Nelle situazioni di post-conflitto, gli adolescenti, soprattutto le ragazze, sono ancora più soggetti al pericolo di abusi, sfruttamento e comportamenti a rischio, situazioni che li rendono più vulnerabili all'inizio prematuro di attività sessuale, gravidanze inde-

siderate e infezioni sessualmente trasmissibili, come l'HIV. Le giovanissime, la fascia di età 10-14 anni, le adolescenti incinte e le emarginate corrono rischi maggiori e hanno più bisogno di interventi mirati (UNFPA and Save the Children, 2009). Le ragazze vittime di violenza di genere sono spesso afflitte per tutta la vita da problemi psicologici e fisici, nonché dalla riprovazione sociale (DFID, 2013). Le linee-guida dell'Inter-Agency Standing Committee sottolineano la necessità di integrare gli interventi sulla violenza di genere negli aiuti umanitari, in quanto azione essenziale per la costruzione della resilienza (IASC, 2015). Le azioni per costruire quest'ultima devono prevenire la violenza e reagire contro di essa lavorando a livello locale, istituzionale e nazionale per rendere efficaci leggi, politiche e programmi, nonché consentire alle vittime e a chi è più a rischio di accedere ai servizi di assistenza e di sostegno. Non affrontare il problema della violenza di genere, prima di una crisi o nelle sue fasi iniziali, significa non gettare le basi per garantire la resilienza e la salute delle donne nel medio e nel lungo periodo, ostacolando la ricostruzione della vita e quella dei mezzi di sostentamento per i singoli, le famiglie e le comunità d'appartenenza (International Rescue Committee, 2012).

Educare le ragazze per ridurre la vulnerabilità

Molti studi dimostrano che l'istruzione femminile è uno degli investimenti più efficaci che uno stato possa mettere in atto per far uscire le famiglie dalla povertà e preparare un futuro migliore. Le ragazze istruite, crescendo, diventano madri che tendono ad avere figli più sani e istruiti. I dati recenti indicano un'altra ragione importante per istruire le ragazze: l'empowerment delle donne generato da un miglior livello di istruzione riduce la loro vulnerabilità agli incidenti fatali o con conseguenze gravissime, nel caso di catastrofi naturali legate ai fenomeni climatici (Save the Children, 2014). Frequentare la scuola

conferisce spesso un essenziale senso di normalità, oltre informazioni e servizi salvavita. Altrettanto importante è il fatto che garantire un buon livello educativo alle generazioni future è vitale per superare i conflitti, dare impulso alla ripresa, assicurare lo sviluppo e la sicurezza futuri (Global Coalition to Protect Education from Attack, 2015). L'istruzione in tema di sessualità, salute e diritti sessuali e riproduttivi è per gli adolescenti, maschi e femmine, un elemento cruciale dell'accesso completo all'istruzione stessa. Anche l'informazione specifica sulle catastrofi è essenziale per promuovere la resilienza: le/i giovani non informati su comportamenti da tenere in caso di calamità, situazioni di allerta e allarme, modalità di evacuazione e altri comportamenti protettivi sono maggiormente a rischio di morire o restare gravemente feriti in caso di disastri naturali (Wisner, 2006). Anche altre misure legali e politiche più generali, per esempio quelle volte a prevenire l'occupazione delle scuole da parte dei gruppi armati durante un conflitto, possono contribuire alla costruzione della resilienza (Global Coalition to Protect Education from Attack, 2015).

Impegnare le donne, i giovani, le minoranze etniche nella costruzione di basi solide per la resilienza

Impegnare una vasta gamma di comunità e di attori nella costruzione della resilienza produce una base più solida per assicurare esiti positivi. Tale impegno dovrebbe includere minoranze etniche, donne, adolescenti e giovani, persone con disabilità, anziani. La maggior parte delle leggi sulla riduzione del rischio di catastrofi contiene l'esortazione a coinvolgere le donne e i gruppi vulnerabili, spesso però si tratta di generiche dichiarazioni di intenti, prive di specifici meccanismi per la loro attuazione (UNISDR, 2015).

In molti casi, le/i giovani vengono ignorati dalle misure per la riduzione del rischio e per la costruzione della resilienza. Ma proprio coloro che vengono esclusi dai processi pre-emergenza spesso svolgono ruoli es-

senziali dopo un evento catastrofico, aiutando nelle attività di evacuazione e di ripresa (Peek, 2008), nella rimozione delle macerie, nella condivisione e diffusione di notizie e informazioni, nella distribuzione del cibo, nelle attività di insegnamento e custodia per i minori. La significativa partecipazione dei giovani è vitale per la localizzazione degli aiuti umanitari per garantire miglior efficacia e resilienza. Sono importanti alleati nella progettazione e attuazione delle azioni di preparazione e di reazione a una crisi (UNFPA and Women's Refugee Commission, 2015; Osotimehin, 2015). Quando ai giovani, adolescenti compresi, si offre empowerment e sostegno, possono contribuire a ridurre la povertà intergenerazionale e a costruire un dividendo demografico per una crescita economica inclusiva e duratura. In altri termini, molti paesi, tra cui diversi attualmente in situazioni di emergenza, possono trarre vantaggio dalla transizione di tantissimi giovani verso l'età produttiva. Cogliere e massimizzare il dividendo demografico può innescare proprio quel processo di rapido sviluppo di cui hanno bisogno i paesi colpiti da un'emergenza per potersi riprendere e progredire.

La resilienza nel processo dello sviluppo umanitario

Per costruire la resilienza occorre una collaborazione costante tra attori umanitari e per lo sviluppo. Dato che il 43 per cento dei poveri del mondo vive oggi negli Stati fragili (OCSE, 2015) e che i paesi più esposti al rischio di catastrofi ed eventi traumatici ricevono livelli inferiori di aiuti ufficiali procapite per lo sviluppo (OCSE 2015), è più vitale che mai costruire un ponte tra tali attori. Indispensabile anche per garantire che gli investimenti verso i nuovi Obiettivi per lo sviluppo sostenibile non trascurino la riduzione del rischio di catastrofi, la risposta alle emergenze e il passaggio dalla ripresa allo sviluppo sostenibile.

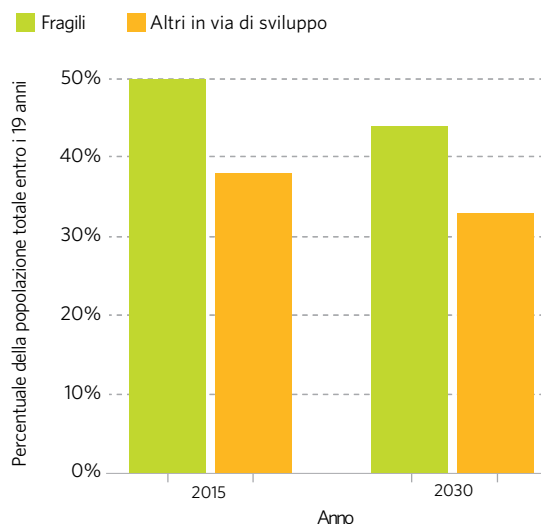
Molti paesi hanno avviato riforme istituzionali integrando i finanziamenti per la riduzione del rischio di catastrofi in un più ampio approccio strategico alla gestione del rischio stesso (UNISDR, 2015). Sempre più spesso i ministeri delle finanze assumono la guida nello sviluppo di progetti di assicurazione e credito a livello nazionale e di macro-regioni, i governi mettono a punto nuovi accordi istituzionali, come le commissioni per la prevenzione dei rischi, a cui partecipano oltre ai ministeri interessati anche responsabili delle assicurazioni e agenzie per la gestione di emergenze e calamità (UNISDR, 2015).

La salute sessuale e riproduttiva, strada maestra per la riduzione della povertà e l'attenuazione del rischio

Una quota sempre più importante dei servizi per la salute sessuale e riproduttiva, finanziati dalla comunità internazionale, si distribuisce oggi nelle emergenze umanitarie. Raggiungere gli obiettivi del Programma d'azione della Conferenza del Cairo significa erogare servizi e informazioni e tutelare diritti durante un conflitto, esodi di intere popolazioni, epidemie o all'indomani di una calamità naturale o di una catastrofe collegata ai cambiamenti climatici. Proteggere la salute e i diritti sessuali e riproduttivi di donne e ragazze nelle emergenze è un dovere essenziale che concerne i diritti umani, ma diventa complicato, costoso e insostenibile in assenza della giusta preparazione e di misure per costruire la resilienza.

Occorre quindi intraprendere nuovi passi per affrontare le cause alla base delle crisi stesse, specie lo sviluppo insufficiente e la disuguaglianza, promuovendo la resilienza di paesi, ambienti, comunità locali e singoli individui per attenuare le conseguenze di una crisi. La resilienza dipende anche dallo sviluppo e dall'equità con cui si realizzano i progressi economici e sociali. Se è scarsa, la vulnerabilità a conflitti e disastri si moltiplica. Anche la preparazione è

POPOLAZIONE MEDIA CON MENO DI 20 ANNI, IN PERCENTUALE DELLA POPOLAZIONE TOTALE, NEGLI STATI FRAGILI RISPETTO AGLI ALTRI PAESI IN VIA DI SVILUPPO, 2015



(OECD, 2015)

una variabile di importanza cruciale nell'equazione della resilienza. La salute sessuale e riproduttiva è un diritto umano ed è anche un fattore chiave per conseguire uno sviluppo sostenibile. Quanto più un paese riesce a ridurre la povertà e la privazione sociale, tanto più resiliente diventa e tante maggiori probabilità ha di resistere e riprendersi da una crisi, pagando meno in costi umani, economici e sociali. Rispondere a un'emergenza costa sempre molto di più che investire nella preparazione e nell'attenuazione del rischio.

Il Quadro di Sendai, approvato all'inizio di quest'anno, ha quattro priorità: riconoscere il rischio di disastri; rafforzare la governance per gestirlo; investire nella riduzione del rischio per costruire la resilienza; potenziare la preparazione per assicurare una risposta efficace e consentire una ripresa, riabilitazione e ricostruzione che sia "meglio di prima". Questo Quadro d'azione è direttamente collegato al mandato di UNFPA. Il paragrafo 30 (j) dichiara



Susila Bora, 19 anni, nel villaggio Saurpani-4 che è stato distrutto dal terremoto di magnitudo 7.8 che ha colpito il Nepal nell'aprile 2015.

Foto © Panos Pictures/Vlad Sokhin

che occorre rafforzare, a livello nazionale e locale, la progettazione e attuazione di politiche inclusive e di meccanismi per l'attivazione di reti di protezione sociale, coinvolgendo le comunità locali integrate con programmi per migliorare il tenore di vita della popolazione; assicurare l'accesso ai servizi per la salute di base, compresa la salute materna, neonatale e infantile, la salute sessuale e riproduttiva, la sicurezza di avere cibo sufficiente e nutriente, alloggi dignitosi e istruzione per tutti, per l'eliminazione della povertà, trovando soluzioni durature nella fase post-emergenza, migliorando l'empowerment e aiutando le persone più colpite dalle catastrofi (UNISDR, 2015a).

Investire nella salute sessuale e riproduttiva di donne e ragazze – prima, durante o dopo una crisi – contribuisce allo sviluppo e risulterà un punto cardine per il conseguimento dei nuovi Obiettivi per lo sviluppo sostenibile. Servirà anche a ridurre, in alcune emergenze, il grado di vulnerabilità.

Le donne possono svolgere un ruolo centrale nelle fasi di ripresa e riabilitazione dopo un'emergenza, ma la loro partecipazione dipende in parte dalle

condizioni di salute e dal potere decisionale di cui godono per stabilire se o quando intraprendere una gravidanza.

Molte più vite si potranno salvare se gli organismi che si occupano di aiuti umanitari, sviluppo e salute sessuale e riproduttiva si sosterranno a vicenda lavorando in modo più sinergico. Le attività di gestione del rischio e di costruzione della resilienza devono essere simultanee, anziché seguire un approccio lineare di passaggio dall'aiuto umanitario allo sviluppo. La cooperazione tra tutti gli attori, con diverse aree di competenza, può collegare tra loro obiettivi umanitari e obiettivi per lo sviluppo.

La costruzione della resilienza è un processo cumulativo che opera contemporaneamente su diversi livelli – mondiale, regionale, nazionale, locale e individuale. Ed è anche un risultato, perché affronta preventivamente l'iniqua distribuzione del rischio nelle emergenze, sviluppando la capacità istituzionale e le funzioni sistemiche anche oltre le loro basi originarie. La resilienza è centrale anche per quella che UNFPA definisce come la "responsabilità umanitaria di proteggere i diritti e affrontare le necessità specifiche dei giovani, compresi le/gli adolescenti, di impegnarli, attraverso le loro straordinarie capacità, nelle attività umanitarie di preparazione, risposta e ripresa (UNFPA and Women's Refugee Commission, 2015).

Porre le fondamenta per una duratura uguaglianza di genere

Uno studio del 2015, condotto da UN Women, dimostra che la programmazione improntata all'uguaglianza di genere nelle emergenze umanitarie si ripercuote positivamente sull'impatto degli interventi e contiene "il potenziale per gettare le basi di una conquista duratura dell'uguaglianza di genere" (UN Women, 2015a). Questa visione riconosce che le esigenze e le vulnerabilità di donne, uomini, ragazze e ragazzi in una popolazione colpita da un'emergenza

sono specifiche e diverse. Secondo questo studio, la progettazione in un'ottica di genere, in zone interessate da crisi in Kenya, Nepal e nelle Filippine, per esempio, ha avuto conseguenze positive, migliorando l'accessibilità e l'utilizzo dei servizi, potenziando l'efficacia dei risultati dell'impegno umanitario e riducendo le disuguaglianze di genere.

Ha inoltre sortito "importanti conseguenze" sulla salute, soprattutto di donne e ragazze, ma anche di tutti i familiari. In Nepal, l'allestimento di strutture per la salute e improntate all'uguaglianza di genere, le campagne di sensibilizzazione su salute e igiene, l'incoraggiamento ad utilizzare le strutture sanitarie hanno portato "grandi miglioramenti" per la salute materna e infantile e diminuito la mortalità dovuta a gravidanza o parto. Per di più, questo tipo di programmazione ha ridotto alcune forme di violenza di genere. Le catastrofi naturali concedono alle donne l'occasione di sfidare e cambiare la condizione sociale imposta dai ruoli di genere, assumendo spesso compiti "tradizionalmente maschili", come la costruzione di case e lo scavo dei pozzi.

L'importanza delle sinergie

Investire nella riduzione del rischio di catastrofi per costruire la resilienza significa effettuare investimenti pubblici e privati multisettoriali per affrontare le cause che determinano la sopravvivenza e la ripresa dopo un disastro, per salvare vite e avere mezzi di sostentamento, per prevenire e ridurre la perdita di vite umane e i danni materiali, per garantire un recupero e una ripresa efficaci (UNISDR, 2015a). L'ininterrotta attività di sviluppo umanitario è essenziale per realizzare un impegno costante nel progresso verso la salute e il riconoscimento dei diritti sessuali e riproduttivi. Le emergenze umanitarie interrompono, in alcuni casi invertono, le conquiste dello sviluppo. Gli investimenti per lo sviluppo attenuano le conseguenze delle crisi e delle catastrofi naturali e possono costituire un solido fondamento per la ricostruzione

di una società (UNFPA, 2010). Gli interventi umanitari e quelli per lo sviluppo devono essere coerenti, rinforzarsi a vicenda, operare con contiguità e basarsi su una stessa concezione dei risultati comuni nel lungo periodo che garantiscono un'efficace gestione del rischio (Nazioni Unite, 2015b). Donne e giovani devono essere sempre al centro delle attività di preparazione a livello locale e del passaggio dalla crisi allo sviluppo. Se diritti ed esigenze dei più vulnerabili non occupano un posto centrale nella pianificazione, nei programmi e nei finanziamenti per lo sviluppo, non sarà possibile conseguire gli Obiettivi per lo sviluppo sostenibile entro il 2030.

Dall'aspirazione alla realtà

La sfida che i politici devono affrontare nel 2015 e oltre consiste nel trasformare in realtà l'aspirazione alla resilienza. Servono nuovi modelli di sviluppo integrato, che prevedano l'impegno per la riduzione del rischio di catastrofi. In tali modelli potrebbero trovare posto la costruzione di solidi sistemi per la salute di base con servizi integrati per la salute sessuale e riproduttiva, l'adozione di un approccio multisettoriale alla salute delle/degli adolescenti, la diffusione, attraverso le scuole, di informazioni necessarie in caso di emergenza, la sensibilizzazione sugli adattamenti climatici. Inoltre bisognerebbe avere la garanzia di un deciso impegno per fare in modo che l'inclusione, la consultazione e l'uguaglianza costituiscano il nucleo centrale dello sviluppo integrato.

C'è sempre più bisogno di tali approcci integrati per gestire il rischio di conflitti e calamità naturali. Se queste ultime possono esasperare o addirittura innescare un conflitto, dovrebbero essere prese in esame all'interno di un quadro di riferimento relativo a conflitti e ricostruzione di un paese. Per contro, se conflitti e fragilità incrementano la vulnerabilità e l'esposizione a disastri naturali, epidemie o carestie, andrebbero considerati nell'ottica del rischio di catastrofi.

Nuove indicazioni per i finanziamenti della salute sessuale e riproduttiva nelle emergenze umanitarie

Il numero di persone che hanno bisogno di aiuti umanitari è in crescita, così come l'ammontare dei fondi messi a disposizione da donatori istituzionali, statali, aziendali e individuali. Ma anche il deficit dei finanziamenti è in crescita: se ne deduce che le attuali misure di finanziamento probabilmente non sono sostenibili



Madre e neonato nel campo di Tierkidi, Etiopia.

Foto © UNFPA/A. Haileselassie

Proteggere la salute di madri e adolescenti in Sud Sudan

Sono in media 45 ogni settimana le donne che partoriscono nell'ospedale allestito nel campo per rifugiati di Tierkidi, in Etiopia. Il numero non è sempre stato così alto, spiega la direttrice del centro per la salute, Yonas Zewdu.

Fino a poco tempo fa, la maggior parte delle donne partoriva nel luogo in cui abitava, senza l'aiuto di personale qualificato. Il centro, continua Zewdu, si è servito di personale apposito per raggiungere e visitare le donne a domicilio, incoraggiarle a presentarsi al centro per l'assistenza prenatale e



Madri e bambini nell'ospedale da campo di Tierkidi.
Foto © UNFPA/A. Haileselassie

convincerle a partorire presso il centro dove ci sono due ostetriche che si occupano delle partorienti. Una di queste, Lelisa Bekele, spiega che ogni volta che una paziente, che ha fatto almeno una visita prenatale, non si presenta al controllo successivo, il personale va a verificare che stia bene.

Alle donne incinte che vivono lontano dalle strutture sanitarie, UNFPA distribuisce kit per un parto igienico, che contengono un telo di cotone, bisturi, guanti, teli di plastica, fili per il cordone ombelicale e sapone.

UNFPA rifornisce il centro di kit per le emergenze di salute riproduttiva, compreso tutto quel che occorre - farmaci e materiali - per un parto

sicuro, suturare le lacerazioni cervicali e vaginali, per la cura delle infezioni a trasmissione sessuale, oltre a un'ampia gamma di metodi contraccettivi.

Secondo Peter Lam Gony, che sovrintende le attività di sensibilizzazione comunitaria sulla salute sessuale e riproduttiva, sono sempre di più le donne che si informano e scelgono la pianificazione familiare, spesso contro la volontà dei partner. "I mariti pensano che, se ricorrono alla pianificazione familiare, le loro mogli intendono frequentare altri uomini", dice Gony.

Nel campo, un numero crescente di adolescenti decide di usare la contraccezione. Quelle che si avvalgono

dei servizi riservati imparano anche che, a parte i preservativi, gli altri contraccettivi si limitano a prevenire le gravidanze ma non i contagi da infezioni sessualmente trasmissibili, come l'HIV.

Il centro mette anche gratuitamente a disposizione i preservativi, attraverso macchinette distributrici installate in tutto il campo. A Tierkidi sono ospitati circa 52.000 rifugiati provenienti dal Sud Sudan.

Oltre 100 milioni di persone, nel 2015, hanno avuto bisogno di aiuto umanitario. Nel 2014 erano 88 milioni circa, 78 milioni nel 2013. Donne e ragazze, dai 15 ai 49 anni, rappresentano circa un quarto del totale. Le crisi mondiali si moltiplicano e diventano sempre più complesse, lo stesso avviene per le esigenze di salute sessuale e riproduttiva di donne e ragazze. A causa del gran numero e delle dimensioni sempre più estese delle emergenze nel mondo, la comunità internazionale soddisfa una parte crescente dei bisogni globali di salute sessuale e riproduttiva nei contesti umanitari. Raggiungere gli obiettivi del Programma d'azione del Cairo su tale tema significa erogare sempre più spesso servizi e informazioni in contesti di conflitto, esodi su larga scala, epidemie, calamità naturali o catastrofi collegate ai cambiamenti climatici.

Proteggere la salute e i diritti sessuali e riproduttivi di donne e ragazze in un contesto di emergenza è essenziale ed è questione di tutela dei diritti umani. Ma può essere complesso e non sostenibile se non si modifica il modo in cui gli aiuti umanitari sono erogati e finanziati. Sta emergendo la necessità imperativa di un cambiamento a lungo termine negli approcci e nei finanziamenti umanitari da parte

della comunità internazionale e dei governi interessati. Oltre a mobilitare le risorse per affrontare le emergenze nella fase acuta, tutti gli attori interessati devono anche dedicare maggiore attenzione a investimenti a lungo termine che possano affrontare le cause alla base di molte emergenze, in particolare uno sviluppo insufficiente, e costruire la resilienza di singoli, comunità e paesi per attenuarne l'impatto. La resilienza dipende in parte dallo sviluppo e dall'equità con cui si distribuiscono le risorse economiche e sociali di una società. Se la resilienza è scarsa, la vulnerabilità a conflitti e disastri aumenta. Il grado di preparazione è un'altra variabile cruciale nell'equazione della resilienza.

La salute sessuale e riproduttiva non è soltanto un diritto umano, ma anche una delle chiavi per conseguire uno sviluppo sostenibile. Quanto più si sviluppa un paese, tanto più diventa resiliente e tante più probabilità ha di resistere o di riprendersi dopo una crisi, pagando un prezzo meno elevato. La risposta a un'emergenza è sempre più costosa delle attività di preparazione e attenuazione del rischio. All'inizio quest'anno, la comunità internazionale ha approvato a Sendai, in Giappone, un Quadro d'azione per la riduzione del rischio di catastrofi. Parte di questo si

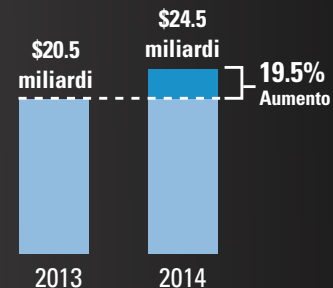
Studenti in una tenda, la scuola di Damsijhang, in Nepal, è stata distrutta dal terremoto.

Foto © Panos Pictures/Brian Sokol



CONTRIBUTI

Nel 2014, anno segnato da molte emergenze su larga scala, i contributi hanno raggiunto nuove cifre, con un totale di 24,5 miliardi di dollari che corrisponde a un incremento del 19,5% rispetto al record precedente, ovvero i 20,5 miliardi di dollari del 2013. È il terzo anno consecutivo che gli aiuti umanitari internazionali crescono in misura sostanziale.



collega direttamente al mandato UNFPA, in quanto cita la necessità di incrementare la progettazione e l'attuazione di politiche inclusive e di meccanismi di sicurezza sociale, anche attraverso il coinvolgimento della società civile a livello locale, integrandoli con programmi per il miglioramento del tenore di vita e per l'accesso ai servizi di salute di base compresi salute materna, neonatale e infantile, salute sessuale e riproduttiva, sicurezza alimentare e nutrizione, alloggi e istruzione. Tutto questo volto all'eliminazione della povertà, trovare soluzioni durevoli nella fase post-catastrofe e garantire empowerment e aiuti alle persone maggiormente colpite dai disastri.

In questo stesso anno, una dichiarazione degli esperti riunitisi ad Abu Dhabi, ha esortato a concentrarsi più strategicamente sulla salute riproduttiva, sulla salute e sul benessere di madri, neonati, bambini e adolescenti all'interno di un "continuum" umanitario e di sviluppo, per potenziare e rendere sempre più resilienti i sistemi sanitari a livello nazionale e regionale, affinché aumentino le probabilità di poter usufruire di servizi di qualità anche nelle situazioni di crisi e nel contesto di catastrofi naturali o di conflitti.

Domanda record di finanziamenti umanitari

Conflitti e catastrofi naturali, compresi gli eventi climatici estremi, insieme ad altre crisi protratte e alla povertà estrema, hanno portato, tutti insieme, al maggior numero di persone costrette ad allontanarsi dalle proprie comunità o dal proprio paese, dalla Seconda guerra mondiale ad oggi. Questo ha portato le richieste di finanziamenti internazionali a scopo umanitario a livelli record (Kim et al., 2015; Bond for International Development, 2015). Anche il fabbisogno di fondi di UNFPA per sostenere le azioni umanitarie nel campo della salute e dei diritti riproduttivi è il più ingente di sempre, ed è passato dai circa 78 milioni di dollari del 2006 ai circa 175 milioni del 2014.

La sfida di oggi consiste nel rispondere alle vaste e sfaccettate esigenze di tante persone colpite da crisi

umanitarie. Per avere soluzioni sostenibili, occorre oggi trovare nuovi donatori, avviare partnership con il settore privato e provare altre strategie innovative.

L'assistenza umanitaria internazionale ha totalizzato 24,5 miliardi di dollari nel 2014

In tutto il mondo l'assistenza umanitaria internazionale ha totalizzato una media annuale di sovvenzioni di 19,8 miliardi di dollari, nel periodo tra il 2009 e il 2014 (Development Initiatives, 2015). Nel 2014, tuttavia, anno segnato da molteplici emergenze su larga scala, i contributi hanno toccato livelli record, totalizzando 24,5 miliardi: un aumento del 19,5 per cento rispetto al record dell'anno precedente, di 20,5 miliardi. È il terzo anno consecutivo che l'aiuto umanitario internazionale cresce in misura significativa.

I principali donatori – governi e istituzioni – hanno risposto alle crisi umanitarie su larga scala versando, nel 2014, un totale di 18,7 miliardi di dollari. Circa il 90 per cento, 16,8 miliardi, è arrivato dai 29 Stati membri dell'OCSE-DAC (OCSE-DAC, 2014b; UNFPA, 2015). Questi stessi paesi hanno versato nell'ultimo decennio il 94 per cento dell'aiuto umanitario internazionale da parte dei governi. I soli Stati Uniti hanno finanziato, nel 2014, circa il 32 per cento di tutti gli aiuti umanitari internazionali.

Sempre nel 2014 l'Arabia Saudita e gli Emirati Arabi Uniti sono entrati tra i 20 principali donatori per gli aiuti umanitari. I contributi degli Stati arabi sono cresciuti del 120 per cento, tra il 2013 e il 2014, passando da 764 milioni di dollari a 1,7 miliardi, soprattutto per rispondere alle crisi irachena e siriana. La maggior parte dei fondi arriva da Kuwait, Qatar, Arabia Saudita ed Emirati Arabi Uniti. Anche i contributi della Turchia sono aumentati in misura considerevole: l'allocazione di 1,6 miliardi per i rifugiati siriani ne fa uno dei principali donatori per la crisi in Siria (Start Network, 2014).

I donatori dell'Est asiatico hanno incrementato i finanziamenti dell'11 per cento nel biennio 2013-

2014. In testa c'è il Giappone con 882 milioni di dollari, seguito da Repubblica di Corea e Cina, rispettivamente con 81,7 e 53,7 milioni. Sono in aumento anche i contributi delle economie nazionali emergenti come il Brasile, per esempio, che è passato dai 2,6 milioni del 2005 ai 14,9 del 2014. La Sierra Leone ha offerto 17,2 milioni di dollari dal proprio bilancio nazionale per rispondere all'emergenza Ebola.

Altre fonti di finanziamenti umanitari

Anche il settore privato e la società civile sono importanti fonti di aiuto umanitario, erogato soprattutto attraverso le Ong. Questo eterogeneo gruppo di donatori, che comprende singoli individui, fiduciarie, fondazioni e imprese, ha finanziato circa il 27 per cento degli aiuti umanitari tra il 2009 e il 2013 (Stoianova, 2013; Gingerich and Cohen, 2015; Development Initiatives, 2015). I donatori privati nel loro insieme sono stati la principale fonte di finanziamento degli interventi per il tifone Haiyan nel 2013 e la terza per l'epidemia di Ebola del 2014 (Stoianova, 2013; Development Initiatives, 2015).

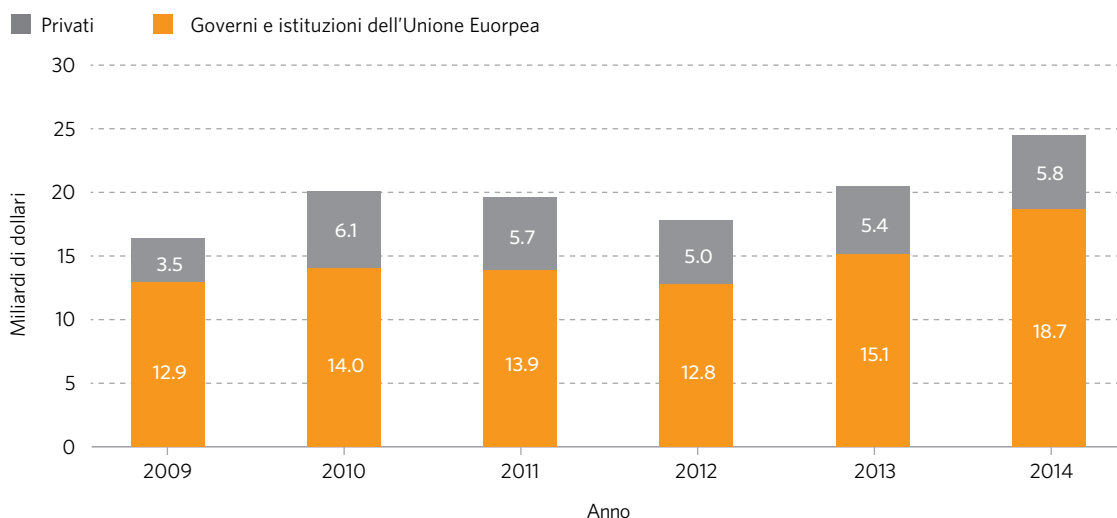
Le persone della diaspora forniscono aiuti tramite il trasferimento delle rimesse. Anche le organizzazioni religiose, che a volte intervengono al di fuori del sistema umanitario, hanno prestato aiuto. Le organizzazioni religiose svolgono un ruolo chiave nei finanziamenti umanitari, a cui concorrono per il 16 per cento di tutti gli aiuti incanalati attraverso le Ong.

Gli appelli consolidati del sistema Nazioni Unite

Gli appelli consolidati delle Nazioni Unite si basano sulla valutazione dei bisogni e sugli interventi previsti dalle agenzie delle Nazioni Unite e dalle Ong internazionali che agiscono in determinati paesi o che rispondono a specifiche emergenze. Nel 2014, le Nazioni Unite hanno richiesto la somma senza precedenti di 19,5 miliardi di dollari mediante 31 appelli. A questo totale complessivo i donatori hanno contribuito per 12 miliardi, lasciando un gap senza precedenti di 7,5 miliardi, ovvero il 38 per cento del fabbisogno.

I fondi "comuni" gestiti dalle Nazioni Unite, come il Central Emergency Response Fund

LA RISPOSTA UMANITARIA INTERNAZIONALE 2009-2014



(Development Initiatives, 2015)

(CERF), consistono di risorse non allocate per rispondere alle urgenze. Nel 2014, il CERF ha destinato 290 milioni di dollari per progetti di intervento immediato e 170 milioni per progetti con finanziamenti insufficienti. Inoltre i Country-Based Pooled Funds, finanziati dai contributi di governi e privati, hanno allocato un totale di 386 milioni di dollari distribuiti su 19 paesi. I contributi dei donatori consorziati nel 2014 sono arrivati soprattutto da Danimarca, Germania, Paesi Bassi, Norvegia, Qatar, Svezia e Regno Unito.

Cresce il deficit dei finanziamenti

I soli aiuti umanitari internazionali non sono riusciti a tenere il passo con le esigenze crescenti e l'aumentata complessità delle odierne emergenze, per non parlare dei fattori che ne sono alla base come instabilità, povertà e vulnerabilità (Gingerich and Cohen, 2015; Development Initiatives, 2015). Negli ultimi 10 anni, i contributi in risposta agli appelli umanitari internazionali sono cresciuti del 300 per cento (Bond for International Development, 2015). Nello stesso periodo, tuttavia, il gap dei finanziamenti si va allargando (Development Initiatives, 2015). Il divario tra domanda e offerta è ulteriormente esacerbato dalla scarsità delle risorse e delle capacità nei luoghi più vulnerabili alle crisi, specie nei contesti interessati da un conflitto, dove gli interventi nazionali sono limitati o inesistenti. Inoltre le pressioni sul sistema sono destinate a intensificarsi nei prossimi anni per effetto dei cambiamenti climatici, delle vulnerabilità correlate con l'urbanizzazione, delle necessità degli Stati fragili o coinvolti in una guerra. Dei 20 paesi che nell'ultimo decennio hanno ricevuto la maggioranza dei finanziamenti umanitari internazionali, molti sono stati coinvolti in qualche conflitto, la maggior parte è estremamente vulnerabile agli effetti dei cambiamenti climatici e ha scarse capacità di adattarsi, prepararsi o gestirne le conseguenze. Tutti sono considerati Stati fragili

IL DANNO ECONOMICO

Nel 2013 si calcola che tra conseguenze dirette (danni a infrastrutture, abitazioni e raccolti) e indirette (diminuzioni del reddito, mancata produzione, destabilizzazione del mercato, disoccupazione) le catastrofi naturali siano costate, nell'insieme, circa 118,6 miliardi di dollari (UNOCHA, 2014).

Nel 2014 i danni economici derivanti solo da precipitazioni torrenziali, tempeste, inondazioni e temperature invernali esageratamente basse hanno prodotto una perdita stimata intorno ai 110 miliardi (UNISDR, 2014). Dal 2000 a oggi i danni economici dovuti alle catastrofi sono stati stimati in 2.500 miliardi di dollari (UNISDR, 2014).

I disastri naturali che comportano costi multi-miliardari sono sempre più diffusi. Le statistiche mondiali sui danni economici dovuti a guerre e altre emergenze prolungate sono più difficili da accertare. Le emergenze umanitarie complesse e croniche si verificano di solito in situazioni estremamente insicure e la povertà è endemica, dove lo stato e le istituzioni statali sono venuti meno o sono in procinto di crollare, e le infrastrutture sono devastate o distrutte.

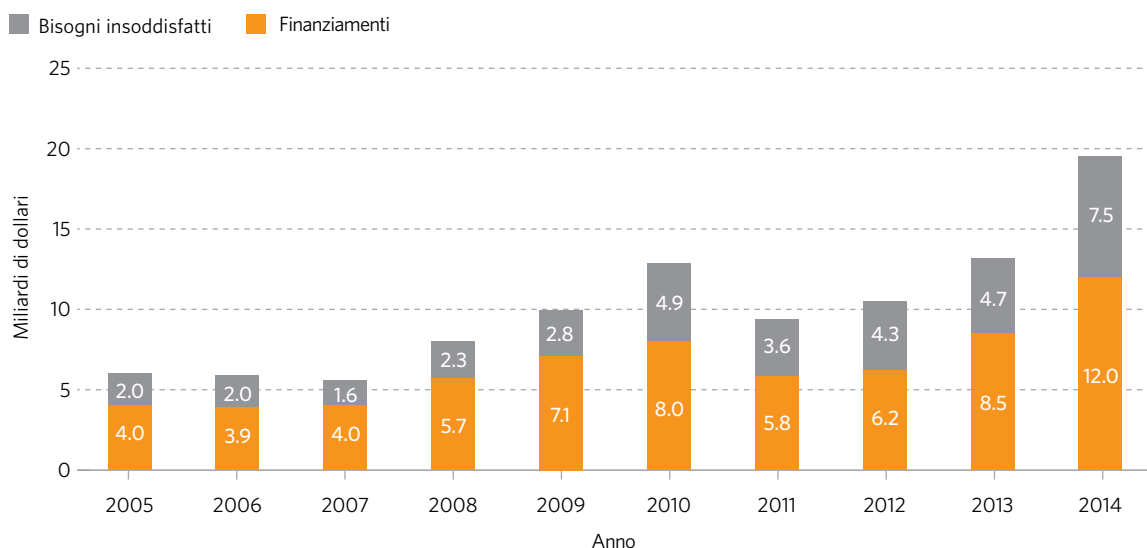
(Inomata, 2012). L'ampliarsi del gap ci dice che gli attuali schemi di finanziamento per le azioni umanitarie sono probabilmente insostenibili.

Un'iniqua distribuzione dei fondi

Alcuni paesi e alcune emergenze hanno dovuto affrontare, nel 2014, un deficit nei finanziamenti maggiore di altri. Gli appelli umanitari meno ambiziosi tendono a colmare una percentuale inferiore dei bisogni. Con l'eccezione della crisi ucraina, di alta risonanza, tutte sono state finanziate per meno del 50 per cento. Per contro, gli interventi in Sud Sudan, in Iraq e per l'epidemia di Ebola, il cui costo ha superato, in ciascuno dei casi, il miliardo di dollari, sono stati finanziati rispettivamente per il 90,

FINANZIAMENTI E BISOGNI INSODDISFATTI: GLI APPELLI COORDINATI DELLE NAZIONI UNITE

2005 TO 2014



(Development Initiatives, 2015)

75 e 81 per cento (Gingerich and Cohen, 2015). Sono relativamente pochi gli aiuti umanitari erogati direttamente agli attori nazionali e locali dei paesi colpiti da un'emergenza. Tra il 2007 e il 2013 tali attori hanno ricevuto meno del 2 per cento del totale annuo dell'assistenza umanitaria (Gingerich and Cohen, 2015).

Quote minori di fondi destinate alla prevenzione e a una rapida ricostruzione

I finanziamenti umanitari sono diretti soprattutto agli interventi di risposta alle crisi, relativamente poco è allocato per la prevenzione e la preparazione. Circa il 60% degli aiuti umanitari è destinato ai primi soccorsi d'emergenza, il 35% a ricostruzione e recupero e solo il 5% alla preparazione e attenuazione delle conseguenze delle catastrofi. Negli ultimi 5 anni i principali donatori hanno allocato dal 3 al 6 per cento di tutta la spesa umanitaria alla riduzione del rischio e delle conseguenze di un disastro (Gingerich and Cohen, 2015).

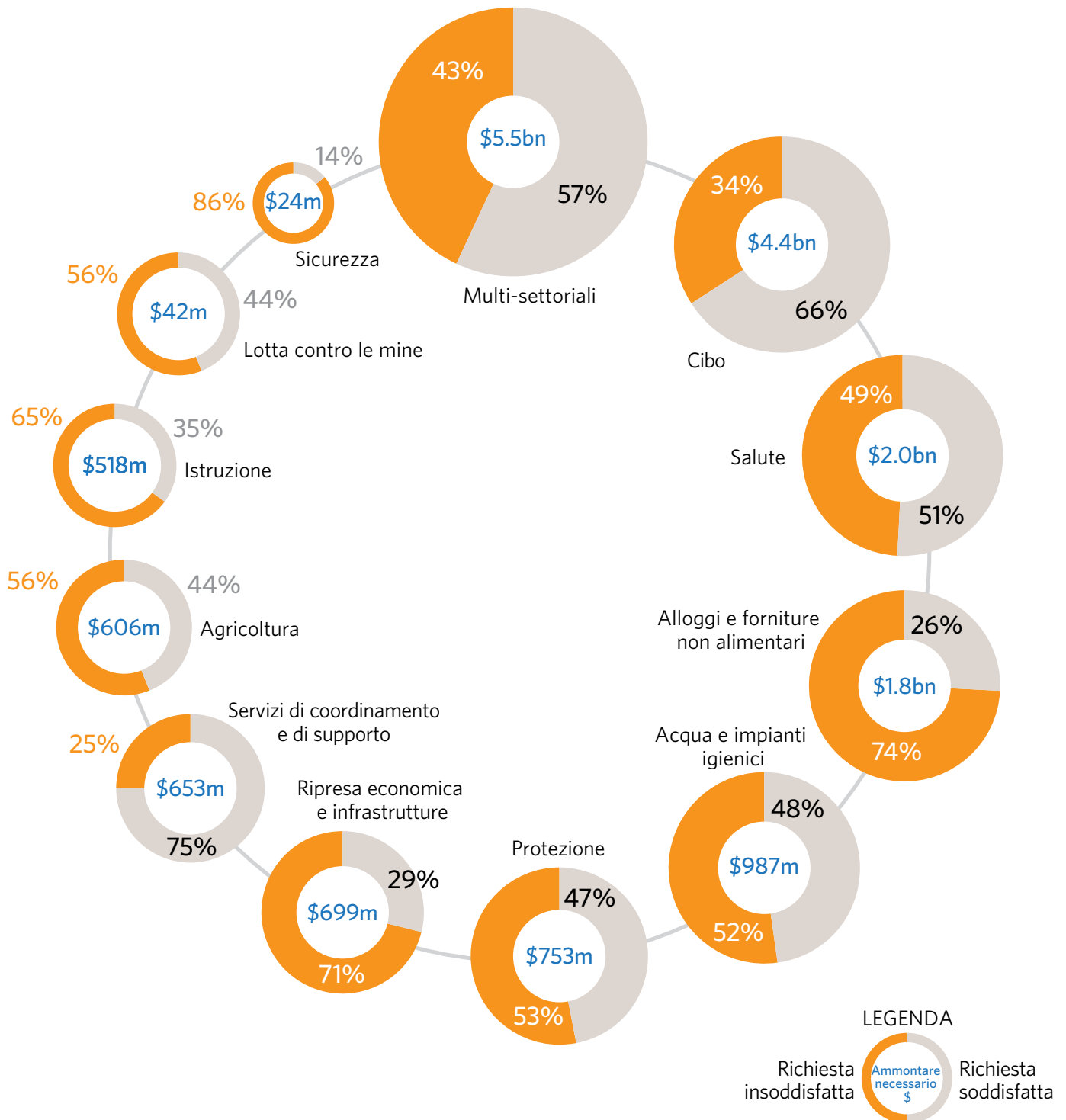
Il Quadro d'azione di Sendai dimostra la crescente consapevolezza dell'importanza di investire nella prevenzione e nella preparazione alle calamità naturali. Nell'ultimo decennio i finanziamenti umanitari hanno subito un'evoluzione. Ma il grosso dei finanziamenti continua a essere erogato per rispondere alle emergenze che si protraggono anziché a prevenzione e preparazione (Inomata, 2012).

I finanziamenti per la salute sessuale e riproduttiva sono una piccola quota del totale

I fondi per la salute sessuale e riproduttiva nelle emergenze umanitarie sono relativamente pochi, sia come ammontare sia come percentuale di tutte le risorse umanitarie.

Benché le richieste di sovvenzioni e di finanziamenti incondizionati allocati per la salute riproduttiva negli appelli umanitari siano aumentate dal 2002 in poi, solo il 43 per cento delle necessità sono state soddisfatte tra il 2002 e il 2013, a fronte del 68 per

NECESSITÀ DI FINANZIAMENTO RISPETTO AI FINANZIAMENTI RICEVUTI, PER DESTINAZIONE, 2014



(Development Initiatives, 2015)



Il Centro per la salute della famiglia a Sweileh, Giordania.
Foto © UNFPA/Salah Malkawi

cento per l'insieme del settore umanitario (Tanabe et al., 2015).

Delle 11.347 proposte di sovvenzionamento presentate alla comunità internazionale dei donatori per sostenere la salute e la protezione in 345 emergenze verificatesi tra il 2002 e il 2013, 3.912 (il 34,5%) erano attinenti alla salute riproduttiva (Tanabe et al., 2015). Il numero di proposte che contenevano specifiche azioni relative alla salute riproduttiva è aumentato in media del 22 per cento l'anno, mentre la percentuale di appelli dal settore salute e protezione, contenenti attività per la salute riproduttiva, è aumentata, in media, solo di un 10 per cento annuo.

Negli ultimi anni la comunità dei donatori ha incrementato il sostegno ai servizi per la violenza sessuale e di genere, soprattutto nei contesti di conflitto: i contributi sono più che raddoppiati, da 50 milioni di dollari nel 2012 a 107 milioni nel 2014. Tuttavia, malgrado l'aumento dei finanziamenti per affrontare questo problema nelle emergenze umanitarie, rispetto al totale degli aiuti umanitari, la percentuale resta

molto bassa, appena lo 0,5% nel 2014 (Development Initiatives, 2015).

Secondo Tanabe et al. (2015) il 57% di tutti gli appelli di finanziamento per gli aiuti umanitari “mirati alle questioni di genere” tra il 2002 e il 2013 conteneva specifiche proposte per la salute materna e infantile. Circa il 46% comprendeva richieste di finanziamento per affrontare la violenza sessuale e di genere, il 38% riguardava la lotta alle infezioni da HIV e altre malattie trasmesse sessualmente, il 27% era destinato alla salute riproduttiva in generale e circa il 15% alla pianificazione familiare. Nello stesso periodo, le proposte che contenevano tutti le componenti di un pacchetto minimo iniziale di servizi, o MISB, per la salute riproduttiva nei contesti di crisi sono aumentate di circa il 40% (Chynoweth, 2015).

C'è una notevole mancanza di attenzione verso la salute riproduttiva degli adolescenti in termini di sovvenzioni, accessibilità dei servizi, elaborazione e valutazione dei programmi (Women's Refugee Commission, 2014). Dal 2009 a oggi, le proposte per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi delle adolescenti, lanciate attraverso appelli “flash” e consolidati delle Nazioni Unite, hanno rappresentato annualmente meno del 3,5% di tutte le proposte relative alla salute in generale; nel 68% dei casi non hanno ricevuto sovvenzioni (Women's Refugee Commission, 2014).

Oltre la metà dei rifugiati, sfollati interni e richiedenti asilo sono donne e ragazze, con specifiche esigenze di accesso ai servizi essenziali per la salute riproduttiva. La condizione di sfollata o rifugiata moltiplica la necessità di tali servizi. La loro mancanza e quella di interventi salvavita, come l'assistenza ostetrica, produce un aumento delle gravidanze indesiderate e degli aborti a rischio, nonché della morbilità e mortalità in conseguenza di violenze di genere e di complicazioni della gravidanza (International Rescue Committee, 2012).

Un'ottica nuova sui finanziamenti umanitari

La necessità di interventi umanitari cresce di giorno

in giorno: il protrarsi dei conflitti costringe un numero senza precedenti di persone a lasciare le proprie case per anni, a volte per decenni; la scarsità delle risorse idriche, l'insicurezza alimentare e le condizioni climatiche estreme producono conseguenze sempre più gravi sulla vita della gente, soprattutto su quella dei poveri nelle aree urbane a maggiore densità abitativa.

Aumentando la necessità, si fa ancora più urgente l'imperativo di sostenere donne e ragazze e di soddisfare le loro esigenze di salute sessuale e riproduttiva, considerate in passato dalla comunità internazionale come secondarie rispetto ai bisogni di base: acqua, cibo, riparo.

Negli ultimi anni si è andata affermando una nuova consapevolezza dell'importanza cruciale di tutelare la salute sessuale e riproduttiva nelle crisi umanitarie e si è capito che il conseguimento degli obiettivi umanitari in altri settori, come l'educazione, la sicurezza alimentare e la sopravvivenza infantile, dipende in parte dall'autonomia e dai mezzi che donne e ragazze hanno per poter stabilire se, quando o a che distanza iniziare una gravidanza, se e quando sposarsi, come proteggersi dalle infezioni trasmesse per via sessuale, come l'HIV.

Sta emergendo anche la convinzione che la salute e i diritti sessuali e riproduttivi sono fondamentali nella preparazione e nella riduzione del rischio di catastrofi, nonché nelle fasi di ripresa, ricostruzione e resilienza. Ovunque, ma soprattutto nei paesi più poveri, donne e ragazze sono molto più svantaggiate, anche nelle situazioni più stabili. Hanno minori possibilità di usufruire di servizi e opportunità, meno potere economico, minori probabilità di esercitare i propri diritti e devono affrontare gli ulteriori rischi per la salute legati alla gravidanza e al parto. Quando si verifica una catastrofe o esplose un conflitto, queste disuguaglianze si moltiplicano e si esasperano.

Un cambiamento fondamentale nel modello del sistema umanitario

Come tutti i finanziamenti umanitari, anche quelli destinati alla salute sessuale e riproduttiva non sono riusciti finora a tenere il passo con una domanda in rapida crescita. Persistono gravi deficit nei finanziamenti umanitari – per gli interventi umanitari in generale e per la salute sessuale e riproduttiva in particolare – il che induce a ritenere che l'attuale sistema non sarà probabilmente in grado di rispondere ai bisogni nei prossimi anni. Sono necessari approcci innovativi ai finanziamenti e, in generale, occorre rinnovare complessivamente l'approccio agli interventi umanitari.

Il gruppo indipendente Future Humanitarian Financing (FHF) è tra i consulenti dell'Inter-Agency Standing Committee delle Nazioni Unite, un organismo di coordinamento con nove membri a pieno titolo, tra cui UNFPA. Il rapporto FHF per il 2015, "Looking Beyond the Crisis", raccomanda numerosi e importanti cambiamenti nel finanziamento e nella realizzazione degli interventi umanitari, a partire da un "cambiamento fondamentale del modello di business umanitario" che passi da "una cultura e un insieme di prassi che tendono alla compartimentazione, alla reattività e alla competizione, verso prevenzione, trasparenza, ricerca e sperimentazione, nonché collaborazione strategica".

Un'agenda globale radicalmente nuova per rispondere alle esigenze di finanziamenti umanitari

Secondo l'FHF, gli attori umanitari non devono concentrarsi solo sulla risposta alle esigenze presenti, ma devono anche lavorare per costruire un futuro in cui, laddove possibile, la risposta umanitaria internazionale non sia più necessaria o eccezionale, e la maggior parte delle necessità trovi risposta da parte degli attori locali. Questo

spostamento esige una “visione a lungo termine e alleanze strategiche con una vasta gamma di attori in grado di effettuare cambiamenti innovativi, focalizzati sulla vulnerabilità e la gestione del rischio”.

Inoltre serve una “agenda mondiale radicalmente nuova”, capace di rispondere alle sfide finanziarie del futuro, coinvolgendo diversi attori a cui sia data la possibilità di provvedere ai costi associati alla gestione del rischio, adottando un approccio alle situazioni post-emergenza che sia di “responsabilità condivisa e interesse comune”.

La raccolta di fondi non è più una prerogativa “occidentale”. A gennaio, per esempio, un telethon in favore della Mezzaluna Rossa a Dubai, per i rifugiati siriani in fuga da una terribile tempesta di neve, ha raccolto in sei ore 40 milioni di dollari. È probabile che in futuro organismi e donatori regionali assumeranno un ruolo più determinante nel rispondere alle catastrofi che si verificano in luoghi dove c'è una forte affinità culturale e geografica con le popolazioni colpite dalla crisi.

Collegare sovvenzioni umanitarie e sviluppo

In un rapporto presentato all'Assemblea generale delle Nazioni Unite nel 2015, il Segretario generale ha chiesto maggiore prevedibilità nei finanziamenti per gli interventi umanitari e maggiore efficienza della risposta, privilegiando le risorse per le necessità più urgenti e per consolidare i legami con i finanziamenti per lo sviluppo, con l'intento di costruire la resilienza delle popolazioni e delle istituzioni più vulnerabili prima, durante e dopo un'emergenza (Nazioni Unite, 2015c).

Il Consiglio economico e sociale delle Nazioni Unite ha emanato all'inizio dell'anno una risoluzione contenente analoghe raccomandazioni, invitando gli Stati membri, il sistema Nazioni Unite, il settore privato e altri organismi interessati, a garantire sovvenzioni e investimenti adeguati per il rafforzamento della preparazione e resilienza, attin-

gendo anche ai budget per gli aiuti umanitari e per lo sviluppo, nonché da finanziamenti di base non preventivamente allocati e finanziamenti flessibili per appelli pluriennali, allo scopo di eliminare la divisione tra finanziamenti umanitari e finanziamenti per lo sviluppo (Nazioni Unite, 2015c).

Un'altra sfida importante che ci attende è la natura a breve termine tipica dei cicli di finanziamenti umanitari delle Nazioni Unite. Secondo il Segretario generale, quest'ottica rende difficile intraprendere una pianificazione umanitaria pluriennale che sia efficiente e tenga conto del rischio: “raccolgere fondi su base annuale per crisi prolungate non è efficace dal punto di vista dei costi e non consente alle agenzie interessate di beneficiare delle potenzialità di efficienza permesse da una pianificazione pluriennale (Nazioni Unite, 2015c).

La scarsità di dati ostacola la destinazione mirata dei fondi per la salute sessuale e riproduttiva

Una delle difficoltà nel mobilitare risorse specificamente mirate alla salute sessuale e riproduttiva nei contesti di crisi umanitaria – e per le azioni umanitarie in generale – è la scarsità di dati disaggregati per sesso ed età relativi alla popolazione colpita dalla crisi. Ma scarseggiano anche dati completi e attendibili su quali e quanti finanziamenti sono destinati ad azioni in favore della salute sessuale e riproduttiva, nonché sulla loro provenienza. Se è vero che esistono alcuni dati sui contributi del settore privato, fondazioni, eccetera, le cifre sono però spesso incomplete. Senza un quadro d'insieme dei finanziamenti e delle loro fonti, in una qualsiasi situazione di emergenza umanitaria, metter a punto risposte coordinate diventa più difficile e sovente si perdono preziose occasioni di sinergia.

Verso finanziamenti prevedibili e più attenti alla prevenzione e alla riduzione del rischio

Negli ultimi dieci anni, il numero delle persone che

ha avuto bisogno di aiuti umanitari è aumentato e, nonostante siano aumentati anche i finanziamenti a disposizione, è cresciuto il deficit di fondi. La stessa tendenza si verifica negli aiuti umanitari nel settore della salute sessuale e riproduttiva.

Allo stesso tempo, il costo per garantire servizi e forniture essenziali per la salute sessuale e riproduttiva è aumentato, soprattutto perché una percentuale crescente di tali servizi e forniture sono erogati in situazioni di crisi e di emergenza.

Gli attuali modelli di finanziamento rischiano quindi di diventare insostenibili ed esigono nuovi approcci non solo alle modalità di finanziamento ma anche all'assistenza umanitaria in generale. Le modalità di finanziamento che consentono una pianificazione a lungo termine, abbinate a misure per migliorare la prevedibilità dei finanziamenti stessi e la flessibilità nell'allocazione delle risorse, consentirebbero programmazioni più efficaci e meglio mirate in situazioni in cui occorrono più risorse. Occorre inoltre consolidare i sistemi di monitoraggio e rendicontazione e migliorare la trasparenza, in modo che i paesi donatori possano dimostrare all'opinione pubblica che i suoi contributi stanno facendo la differenza per la vita delle persone colpite da catastrofi e conflitti.

Pur continuando a rispondere alle situazioni di necessità acuta, la comunità internazionale e i governi stessi dovrebbero investire di più nel rafforzamento delle capacità per aumentare la resilienza, la preparazione in caso di catastrofe e la riduzione del rischio, con l'obiettivo di ridurre la vulnerabilità ai conflitti e ai disastri naturali e di accelerare la ripresa se e quando questi dovessero verificarsi.

Il sistema umanitario internazionale può trovare modelli più adeguati di finanziamento sostenibile nel settore dello sviluppo. Gli aiuti d'emergenza dovrebbero essere erogati in modo da favorire uno sviluppo a lungo termine, garantire una transizione serena dall'aiuto immediato alla ricostruzione e



Rifugiati afgani a Shiraz, Iran.

Foto © UNHCR/Sebastian Rich

allo sviluppo. Nello stesso tempo, le organizzazioni di aiuto allo sviluppo dovrebbero integrare nei loro programmi attività di preparazione in caso di catastrofi, riduzione del rischio e costruzione della resilienza (United Nations Intergovernmental Committee of Experts on Sustainable Development Financing, 2014).

All'inizio di quest'anno, il Segretario generale delle Nazioni Unite ha indetto un panel di alto livello sui finanziamenti per gli aiuti umanitari, per valutare le sfide presenti e future e trovare nuove modalità per colmare i deficit di finanziamento. Il prossimo Summit umanitario mondiale darà ai paesi donatori, alle organizzazioni internazionali e ai governi, l'occasione senza precedenti di ripensare il modo in cui si espleta e si finanzia l'azione umanitaria, e di allineare gli interventi futuri con gli Obiettivi per lo sviluppo sostenibile (Nazioni Unite, 2015c).

Una visione innovativa per la riduzione del rischio, la capacità di reazione e la resilienza

Gli interventi umanitari spesso pongono le fondamenta di uno sviluppo a lungo termine. Uno sviluppo che arreca benefici a tutti, perché a tutti consente di godere dei propri diritti, compresi quelli riproduttivi, e aiuta i singoli, le istituzioni e le comunità a sopravvivere nelle crisi. E può anche accelerare la ripresa.



Ishwori Dangol.

Foto © UNFPA/Santosh Chhetri

Nepal: dalla disperazione alla speranza

Quando il terremoto più devastante del secolo ha colpito il Nepal, lo scorso 25 aprile, la vita di Ishwori Dangol è cambiata per sempre. Trent'anni, incinta di sette mesi, la donna ha cercato disperatamente il figlio di sette anni che stava giocando a casa dei vicini, nel villaggio di Betrawati, nella provincia di Nuwakot.

Purtroppo il suo bambino era tra i quasi 9000 che quel giorno hanno perso la vita. Distrutta dal dolore, Ishwori era anche preoccupata per la salute del feto e sgomenta all'idea di dover partorire da sola



Ishwori Dangol (al centro).
Foto © UNFPA/Santosh Chhetri

visto che il terremoto, di magnitudo 7.8, aveva danneggiato o distrutto il 70 per cento dei centri di maternità nelle 14 province più colpite, tra cui Nuwakot.

Migliaia di donne incinte come Ishwori sono rimaste con pochissime o nessuna possibilità di accedere a servizi sanitari essenziali per garantire un parto sicuro. Sushila, una volontaria del posto addetta alla salute della comunità, le ha parlato di un campo per la salute riproduttiva finanziato da UNFPA e gestito dal Manamohan Memorial Community Hospital e dall'Adventist Development and Relief Agency, in coordinamento con il Ministero della salute e della popolazione.

Solo nei primi tre giorni di attività, il campo ha fornito informazioni e servizi a Ishwori e a oltre 400 donne. UNFPA ha sostenuto e finanziato 109 campi simili, oltre alla distribuzione di materiale per la salute riproduttiva ad altre 124 strutture sanitarie, raggiungendo circa 1,8 milioni di persone, nei primi cinque mesi successivi al terremoto.

I servizi da campo comprendevano cure pre e post-natali, parto sicuro, pianificazione familiare, test e cure per le infezioni sessualmente trasmissibili, come l'HIV, sostegno psico-sociale e cure mediche per le vittime di violenza.

Il dottor Suman Panta, il medico del campo che ha visitato Ishwori, le ha spiegato che il feto aveva assunto una posizione anomala. Perciò ha prescritto il ricovero nel vicino Trishuli Hospital, ancora funzionante nonostante i danni strutturali. Dieci settimane dopo aver perso il suo primogenito nel terremoto, Ishwori dava alla luce, grazie al parto cesareo, un bel bambino perfettamente sano.

Viviamo in un mondo in cui le emergenze umanitarie esigono un prezzo sempre più alto da economie nazionali, comunità locali e individui. Guerre e catastrofi naturali fanno notizia, almeno all'inizio. Meno visibili, ma altrettanto costose, sono le crisi causate da fragilità, vulnerabilità e disuguaglianza crescente, che costringono milioni di persone ad una esile speranza di pace e sviluppo.

Tutte le crisi, da quelle che colpiscono durante una violenta tempesta a quelle che tengono la pace in scacco per decenni, distruggono – spesso in profondità – le prospettive di sviluppo. La popolazione perde la vita e i mezzi di sostentamento, la casa e la propria comunità di appartenenza, subisce gravi ferite e menomazioni, a volte disabilità permanenti. I servizi scolastici e per la salute scompaiono, privando le persone del diritto a usufruirne e mettendo in moto conseguenze a lungo termine che rendono la ripresa ancora più difficile.

Tra i danni più gravi ci sono quelli relativi alla salute sessuale e riproduttiva. Anche se i relativi servizi sono sempre più spesso assicurati dagli interventi umanitari, il deficit resta impressionante. Per la donna che deve partorire o la ragazza che è stata stuprata approfittando del caos dei bombardamenti che hanno colpito la sua città, le conseguenze – che nei casi peggiori arrivano alla morte o alla disabilità – moltiplicano il danno in misura esponenziale.

Il mondo continua ad affermare i diritti sessuali e riproduttivi di donne e ragazze, ma bisogna tutelarli in tutti i casi, anche nelle emergenze umanitarie.

Conflitti e disastri non esimono alcun governo né alcun intervento umanitario da quest'obbligo, contenuto nel Programma d'azione della Conferenza del Cairo: sostenere il diritto della persona alla salute sessuale e riproduttiva, compreso il diritto a decidere liberamente e responsabilmente se, quando o con che frequenza iniziare una gravidanza.

Eliminare i compartimenti stagni che impediscono un'azione integrata

Un'epoca di crisi continue ha portato alla domanda esponenziale di aiuti umanitari. Se da un lato "l'esplosione" di emergenze umanitarie dovrà sempre essere affrontata sempre più spesso, soprattutto per il moltiplicarsi delle catastrofi naturali causate dai cambiamenti climatici, molto di più si può fare per eliminare le cause profonde delle crisi e ridurre le vulnerabilità che ne sono alla base.

Le fonti di rischio sono molteplici. Emarginazione politica e disparità economiche, già causa di forti tensioni sociali, possono esplodere in un conflitto. Uno slum costruito da gente povera su un terreno senza valore, perché occupa una piana alluvionale, subirà danni più gravi nell'eventualità di una violenta tempesta. La discriminazione di genere porta le donne ad avere un reddito o un livello di istruzione inadeguati a proteggerle in caso di catastrofi.

Molti rischi dipendono da una scarsa qualità dello sviluppo - perché si escludono interi settori della popolazione dall'accesso a un lavoro dignitoso e servizi essenziali, o perché si distruggono le risorse naturali comuni. In tutto il mondo, le persone e i paesi con i massimi livelli di sviluppo hanno solitamente una miglior capacità di resistere alle peggiori conseguenze di una crisi. I disastri naturali fanno di regola il triplo delle vittime nei paesi a basso reddito rispetto a quelli più ricchi. La discriminazione di genere riduce ulteriormente le prospettive di sviluppo di donne e ragazze, spesso più vulnerabili degli uomini in caso di catastrofi naturali, anche per ragioni banali come il non saper nuotare. Le possibilità di trovare rifugio e riparo sono ostacolate – tra l'altro – da un accesso ridotto a fonti di reddito e possesso di beni, alle reti di protezione sociale e ai mezzi di trasporto, il che produce una "doppia catastrofe".

Malgrado gli stretti legami tra sviluppo ed emergenze, gran parte degli attori umanitari nel mondo resta concentrata sulle modalità di "reazione", agendo solo

quando si manifesta una crisi. Gli interventi di emergenza spesso sono gestiti in modo separato dagli aiuti per lo sviluppo, anche dalle organizzazioni che offrono entrambe le forme di assistenza e anche laddove gli interventi di emergenza si dimostrano molto più costosi di quelli per lo sviluppo, che al contrario potrebbero ridurre i rischi.

Questo approccio è discutibile sia dal punto di vista dell'adeguatezza che da quello dell'inclusione e dell'equità. È tempo di stringere legami più solidi e agire in modo trasversale, collegando lo sviluppo agli interventi umanitari: un concetto in sintonia con l'accento posto dall'Agenda 2030 sulle azioni integrate e interdipendenti, che potrebbe contribuire alla riduzione di rischi e vulnerabilità e alla costruzione della resilienza. Ciò implica la necessità di includere, in ogni intervento umanitario, tutti gli elementi principali relativi ai diritti umani e allo sviluppo, ivi compresa l'assistenza per la salute sessuale e riproduttiva. Gli Obiettivi di sviluppo sostenibile sono il piano d'azione internazionale che agirà in favore dell'umanità, il pianeta e la sua prosperità nei prossimi 15 anni; riconoscono che l'eliminazione della povertà in ogni suo aspetto e dimensione, compresa la povertà estrema, è la sfida globale più importante e l'indispensabile requisito di uno sviluppo sostenibile.

Cibo e riparo sono sempre stati considerati bisogni umanitari "primari". Ma l'assistenza alla salute sessuale e riproduttiva salva molte vite, protegge le famiglie e accelera la ripresa, oltre a rispettare gli impegni verso i diritti umani assunti dalla Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo. Tutte le persone colpite da un'emergenza, ma soprattutto le donne e le ragazze, hanno bisogno di servizi di qualità per quanto riguarda gravidanza, contraccezione, prevenzione e cura delle infezioni sessualmente trasmissibili come l'HIV, protezione dalla violenza, servizi di sostegno alle vittime.

Proattività, non reattività

Comprendere la natura dei rischi aiuta a compiere le scelte di sviluppo migliori per i singoli, le comunità



Nel Centro per la salute della famiglia di Sweileh, in Giordania.
Foto © UNFPA/Salah Malkawi

e i paesi. Serve a favorire la prevenzione e a costruire la resilienza, cosicché in caso di emergenza vi siano meno conseguenze, minor necessità di interventi umanitari, maggior rapidità di ripresa.

Stabilire un programma esaustivo di gestione del rischio di catastrofi

Il Quadro d'azione di Sendai individua le priorità di base per la comprensione e la gestione del rischio, rivedendo gli accordi di finanziamento e promuovendo la preparazione in caso di disastri. Il successo dipenderà dall'adeguatezza delle risorse e delle istituzioni oltre che da prassi inclusive come la partecipazione di tutti i gruppi potenzialmente interessati. A livello mondiale, gli attori umanitari devono prepararsi meglio a rispondere alle crisi con analisi più sofisticate e coordinate che studino capacità e dinamiche, un fattore che può incidere fortemente sul successo degli interventi (ALNAP, 2015).

Puntare alla continuità nei servizi essenziali

Gli sforzi per affrontare il rischio di crisi dovrebbero inserirsi nelle azioni intese a ridurre la privazione sociale e la povertà, anche in base all'Agenda 2030 e ai nuovi Obiettivi per lo sviluppo sostenibile per il



Persone in fuga dal tifone Haiyan, Tacloban, Filippine.

Foto © Panos Pictures/Andrew McConnell

2015-2030. I servizi dovrebbero essere pensati per mantenere la continuità, anche applicando modelli integrati che possano ampliarne la disponibilità. Per esempio, solidi sistemi per la salute di base che includano servizi per la salute sessuale e riproduttiva, assistenza sanitaria per adolescenti collegata ai servizi per l'istruzione, la salute sessuale e i mezzi di sostentamento.

Occorre attuare progetti per gestire eventuali carenze di personale e di forniture. Le misure per precollocare il materiale indispensabile nelle emergenze devono per default prevedere anche i prodotti essenziali per la salute sessuale e riproduttiva, come i contraccettivi.

Investire subito nella tutela sociale

I programmi di tutela sociale offrono una protezione contro diversi rischi, specie per i settori più vulnerabili della popolazione, come bambini e giovani, donne e poveri. Questi programmi possono portare un contributo vitale alla resilienza e alla capacità di sopravvivenza durante una crisi. All'indomani di una catastrofe, possono offrire un sostegno essenziale per uscire dalla dipendenza dagli aiuti umanitari esterni, garantendo la capacità nel tempo di rispondere alle esigenze alimentari e di salute e ad altri bisogni essenziali.

Gestire i rischi incrociati

Troppo spesso si dà per scontato che i rischi siano gli stessi per persone diverse. Tutti quelli che si trovano sulla traiettoria di una frana, per esempio, rischiano di perdere la casa. Tuttavia molti sono i fattori che influenzano i livelli di rischio, la capacità di resilienza e la capacità di ripresa. Sesso, età, provenienza, disabilità e molti altri elementi si intersecano in modi complessi, e devono essere presi in considerazione nei dati utilizzati per la valutazione dei rischi e nella programmazione mirata alla preparazione.

La partecipazione diretta di donne e giovani, soprattutto delle ragazze, nel definire i progetti di prevenzione delle emergenze, serve a garantire che i loro diritti e le loro esigenze non saranno trascurate negli interventi di risposta immediata. Coinvolgere uomini e ragazzi nelle iniziative per la riduzione del rischio di violenze di genere può generare un maggiore rispetto verso i diritti delle donne e di conseguenza aumentare la resilienza.

Unire volontà e risorse per una migliore pianificazione urbana

Il rapido sviluppo delle aree urbane comporta una maggior densità abitativa e grava sulle risorse ambientali, trasformando le città in epicentri di rischio

potenziale. La programmazione per prepararsi alle catastrofi deve riflettere meglio la probabilità che le crisi future siano sempre più spesso emergenze urbane. All'interno delle attività di gestione del rischio, gli urbanisti che operano a livello cittadino e i pianificatori nazionali devono trovare le capacità, le risorse e la volontà politica per organizzare al meglio la crescita. Gli slum delle aree più periferiche, dove l'igiene è inadeguata, possono rappresentare un rischio per la salute e isolare gli abitanti da servizi pubblici essenziali.

Integrare i finanziamenti per il rischio di catastrofi

I finanziamenti per il rischio di catastrofi sono spesso inadeguati: per questo gli sforzi di alcuni Stati, che cercano di farne il perno di un approccio strategico alla gestione del rischio, dovrebbero essere condivisi e incoraggiati (UNISDR, 2015). Anche la costituzione di commissioni nazionali per la gestione del rischio che coinvolgono supervisori delle compagnie assicurative, agenzie per la gestione del rischio e ministeri competenti, compresi quelli che lavorano per la salute e per l'uguaglianza di genere, costituisce un passo avanti.

Rispondere alle situazioni di bisogno acuto

Nella prima fase di un intervento di prevenzione umanitaria balzano agli occhi diverse priorità. Mentre alcune sono già prese in considerazione in molti interventi di emergenza, tutte sono essenziali in qualsiasi situazione.

Salvare vite fin dal primo giorno grazie a servizi essenziali approvati dalla comunità internazionale

Nella fase acuta di una crisi occorre approntare immediatamente un pacchetto minimo di servizi essenziali per la salute riproduttiva nelle emergenze, per bloccare e reagire alle violenze sessuali, ridurre il contagio da HIV e prevenire mortalità e morbilità materna e

neonatale. Tale pacchetto è utile anche nella pianificazione per fornire assistenza completa per la salute sessuale e riproduttiva, non appena le condizioni lo consentano. Pur facendo parte di uno standard accettato a livello internazionale e applicabile in qualsiasi contesto, questo insieme di servizi non è ancora previsto da alcuni organismi che forniscono assistenza umanitaria. Una distribuzione più ampia e una maggior efficacia dipendono da un miglior coordinamento e dall'impegno comune.

Ridurre i deficit dell'assistenza sanitaria di emergenza

Quando si erogano servizi per la salute nelle emergenze umanitarie, spesso si dà la priorità alle cure per i traumi fisici. Questo rischia però di creare divari pericolosi, per esempio nei servizi per la salute sessuale e riproduttiva che sono cruciali per salvare vite umane. È importante investire maggiormente per intervenire al più presto con servizi psicosociali, specie per i casi più acuti, in quanto i traumi psicologici rischiano di incrementare l'incidenza di violenze di genere e altre forme di violenza, dando luogo a molteplici forme di comportamenti a rischio, problemi di salute e disabilità.

Proteggere le donne dalle gravidanze indesiderate

Laddove all'interno di un intervento umanitario si erogano servizi per la salute sessuale e riproduttiva, l'attenzione alla pianificazione familiare tende a essere limitata (Casey et al., 2015). Questa situazione persiste malgrado gli evidenti legami con la riduzione dei contagi, delle gravidanze indesiderate e dei rischi per la salute derivanti da parti e aborti a rischio. Le persone colpite da un'emergenza devono poter accedere a tutta la gamma di materiali e servizi per la pianificazione familiare che, tra l'altro, richiede la massima attenzione perché siano garantiti rifornimenti e non vengano a mancare i materiali necessari.

Prevenire la violenza di genere

La violenza di genere è particolarmente diffusa anche nelle società non interessate da un'emergenza e spesso aumenta quando la popolazione è costretta a scappare o si trova in situazioni di grave stress. Non affrontare la questione fin dall'inizio di un intervento umanitario significa minare per il futuro la resilienza e la salute di donne e ragazze e costituisce quindi un ostacolo alla ripresa. Potrebbero rendersi necessari impegni specifici per neutralizzare lo stigma sociale che molto spesso trattiene le donne e le ragazze dal denunciare gli abusi. Le attività nelle comunità e i servizi mirati a uomini e ragazzi indicano che le violenze sessuali sono perpetrate anche contro di loro.

Coinvolgere e sensibilizzare i giovani

Tutte le risposte umanitarie a una situazione di emergenza dovrebbero prevedere interventi per i giovani che rispondano, da una parte, al loro diritto di essere coinvolti e riflettano, dall'altra, il fatto che la metà di tutte le persone costrette a lasciare le abitazioni non ha ancora 18 anni. Quando gli adolescenti sono sessualmente attivi ma i servizi di protezione non sono disponibili, aumentano i rischi. I giovani devono essere coinvolti attivamente e responsabilmente in tutti gli aspetti delle azioni umanitarie: strategie politiche, programmazione e budget. Questo li aiuta a ritrovare dignità e orgoglio, aumenta le probabilità che utilizzino i servizi a disposizione, incrementa la capacità di dare risposta alle loro effettive esigenze.

Spostare l'asse dalla risposta verso la ripresa e la resilienza

Alcuni dei legami tra assistenza allo sviluppo e azioni umanitarie si instaurano prima di una crisi e fanno parte degli sforzi per prevenire o mitigare i rischi. Altri però si possono costruire quando la fase acuta di un'emergenza si attenua per incanalarsi verso la

ripresa. Una ripresa rapida può aprire nuove opportunità di attenuazione dei rischi futuri e incrementare la resilienza, per esempio adottando migliori meccanismi di tutela dei diritti umani, migliorando la qualità dei servizi, incoraggiando uno sviluppo globale più equo e inclusivo.

Passare subito e rapidamente a servizi completi

All'inizio della ripresa, la fornitura dei servizi essenziali concordati a livello internazionale dovrebbe essere sostituita dall'erogazione di servizi completi di salute sessuale e riproduttiva, basati su una dettagliata valutazione delle esigenze e su una programmazione a lungo termine. Tra le priorità imprescindibili: pianificazione familiare completa, assistenza ostetrica e neonatale d'emergenza, formazione degli operatori dei servizi, sensibilizzazione della società civile, prevenzione e lotta contro ogni forma di violenza di genere, assistenza ante- e post-natale, servizi completi per la prevenzione e la cura delle infezioni trasmesse per via sessuale come l'HIV, misure per la salute sessuale degli adolescenti.

Eliminare gli ostacoli ai servizi di emergenza

Molte sono le barriere che possono impedire l'accesso ai servizi di salute sessuale e riproduttiva, e molte possono derivare da discriminazioni collegate all'età, al sesso, a disabilità o ad altro ancora. Tra gli ostacoli che può essere necessario affrontare ci sono, per esempio, la necessità di percorrere lunghe distanze per raggiungere i servizi in questione, la mancanza di mezzi di trasporto adeguati, le preoccupazioni per la sicurezza, la percezione di una "ostilità" verso alcuni settori della popolazione come le donne non sposate e le/i giovani, le barriere linguistiche, la mancanza di informazioni sull'esistenza dei servizi stessi.

Mettere in discussione i ruoli di genere discriminatori

La devastazione sociale imposta dalle emergenze può portare anche a esiti positivi, per esempio l'abbandono

no di ruoli di genere e pratiche dannose. Quando nuovi ruoli iniziano ad affermarsi, donne e ragazze smentiscono vecchi luoghi comuni, che sostengono, per esempio che sarebbero meno capaci di agire nella sfera pubblica. Laddove donne e ragazze assumono nuovi ruoli, andrebbero incoraggiate; dove questo non succede, gli operatori umanitari possono creare opportunità, anche garantendo pari opportunità di formazione professionale. Conseguire la parità di genere nella gestione delle catastrofi dovrebbe essere un obiettivo di tutti gli sforzi nazionali e internazionali. La Risoluzione 1325 del Consiglio di sicurezza delle Nazioni Unite già riconosce la centralità della partecipazione femminile in tutti gli aspetti [della] del processo di pace e della sicurezza.

Non trascurare alcun aspetto della violenza di genere

La violenza di genere assume molte forme, nessuna società si può considerare davvero in pace o libera dalle crisi finché la violenza non è fatta oggetto di prevenzione. Per proteggere donne e ragazze dalla violenza di genere e per assistere le donne colpite, sono necessari servizi essenziali per la salute, legali e psico-sociali. Spesso, il modo migliore di erogarli è attraverso un pacchetto integrato che riduca l'onere delle vittime che hanno necessità di usufruirne. Alcuni sistemi legali prevedono tuttora statuti e prassi legali discriminatori, come l'esiguità delle pene per i colpevoli: queste dovrebbero essere tra le priorità assolute di ogni riforma giudiziaria. Nel processo di ricostruzione può trovare spazio la messa in discussione di norme sociali che consentono diverse forme di violenza, come l'accettazione sociale degli uomini che, in casa, sono violenti. In questi sforzi è opportuno includere discussioni a livello di comunità locali, mirate a diffondere la consapevolezza e a stabilire nuove norme, oltre al coinvolgimento di uomini e ragazzi per incoraggiare nuove mentalità e nuovi comportamenti.

Altre opportunità per mettere fine alla violenza di genere possono essere costituite dai dialoghi e dalle trattative per la pace, come è già accaduto in diversi casi in tutto il mondo. Questo processo può favorire la sensibilizzazione, dare voce alle vittime, generare forme di risarcimento e portare a impegni formali, all'interno degli accordi di pace, per garantire che leggi e istituzioni siano efficaci nel mettere fine a ogni forma di violenza.

In alcuni contesti, una delle priorità è impedire i matrimoni precoci. Si tratta spesso di una conseguenza devastante per le ragazze coinvolte in un'emergenza, conseguenza innescata da ragioni che vanno dal desiderio di proteggerne l'onore a quello di avere una bocca in meno da sfamare. Riconoscere il matrimonio precoce come un meccanismo negativo di sopravvivenza e lavorare per impedirlo dovrebbe essere tra le prime azioni di ogni intervento umanitario di risposta a una crisi. La prevenzione intesa a cambiare le norme sociali richiede un lavoro attento e sensibile sostenuto da maggiori garanzie di sicurezza, per esempio prevedendo aree protette nelle scuo-



Bambini siriani in partenza da Gevgalija, ex Repubblica Jugoslava di Macedonia.

Photo © UNFPA/Nake Batev

le, o centri e spazi di accoglienza sicuri, riservati alle ragazze.

Alcuni fattori economici possono essere alleviati dall'estensione delle opportunità di reddito anche alle donne oltre che agli uomini; le pari opportunità possono inoltre costituire un'occasione per sensibilizzare per esempio, sui rischi connessi ai matrimoni precoci e l'importanza di far proseguire gli studi alle ragazze.

Riconoscere la realtà del trauma e agire di conseguenza

Se gli interventi umanitari si concentrano soprattutto, specie nella risposta iniziale, sulle esigenze fisiche immediate, anche il counseling sui traumi dovrebbe essere considerato come un intervento primario e potenzialmente salvavita. Il trauma prodotto dall'estremo stress psicologico dovuto a sfollamenti, conflitti e perdite ha molteplici implicazioni e costi elevati. Può portare al suicidio, all'abuso di alcol e droghe, all'innalzamento dei livelli di violenza di genere e si trasmette spesso da una generazione alla successiva indebolendo, a volte per decenni, le prospettive di una completa ripresa. Quando inizia la fase di ricostruzione, può ostacolare il ritorno all'attività produttiva dei lavoratori e degli imprenditori impegnati nella ripresa economica. E può alimentare sofferenze e rancori irrisolti che rischiano, a lungo andare, di trasformarsi in situazioni di conflitto.

I servizi di counseling dovrebbero essere facilmente accessibili e integrati negli altri servizi per la salute, per agevolare il passaggio dagli uni agli altri e per ridurre lo stigma sociale che può verificarsi quando ci si rivolge a una struttura separata e distinta. Per essere più efficaci dovrebbero basarsi su una profonda comprensione dei contesti e delle norme locali, ed essere disponibili e accoglienti per chiunque.

Migliorare le prospettive a lungo termine per donne e ragazze: dire no ai soliti metodi
L'imperativo di rendere più efficaci e sostenibili gli in-

terventi umanitari nelle emergenze sottolinea nuove modalità operative. Nella situazione attuale il sistema, con fondi sporadici e insufficienti legami con lo sviluppo, non può bastare a rispondere a esigenze in continuo aumento.

Basta con risposte e azioni paternalistiche

Gli Stati sono i protagonisti delle attività di preparazione e risposta umanitarie (Gingerich and Cohen, 2015). Quando si rende necessario l'impegno degli attori internazionali, si può fare molto di più per coinvolgere gli organismi e i gruppi locali. Un buon modo di procedere può essere quello di operare in collaborazione con partner locali, specie quelli con cui si sono già stabiliti da tempo stretti rapporti, grazie a precedenti attività di aiuto allo sviluppo: questi possono infatti offrire una conoscenza delle realtà locali impossibile o difficile e lunga da conseguire da parte di attori esterni. Le procedure di ricovero per l'assistenza ostetrica e neonatale d'urgenza, per esempio, possono giovare delle reti già esistenti. L'educazione alla salute riproduttiva, impartita dagli sfollati stessi può risultare, nel contesto, più efficace e più appropriata per quanto riguarda il linguaggio e le tecniche di comunicazione.

Grazie all'uso della tecnologia, alcuni gruppi locali hanno dato vita a risposte sempre più sofisticate: in Nepal, per esempio, si sono usati i dati GPS dei telefoni cellulari per tracciare la mappa delle regioni colpite dal sisma e guidare le squadre di soccorso (Barnett and Walker, 2015).

Il coinvolgimento di molti e diversi attori a livello locale e nazionale è anche un modo per sostenere la formazione di società più inclusive, che a loro volta sono la base di Stati più resilienti. Alcuni di tali attori, come i gruppi di donne e di giovani, meritano un'attenzione specifica in quanto contribuiscono a ridurre le discriminazioni e le vulnerabilità che ne derivano.

Tra i pericoli potenziali di questo coinvolgimento di attori locali ci sono l'ulteriore frammentazione del-



Madre e figlie davanti la nuova casa, costruita dopo che lo tsunami del 2004 aveva inondato la zona di Lhoknga, Indonesia.

Foto © Panos Pictures/Abbie Traylor-Smith

le attività di soccorso, norme che potrebbero contraddire gli standard internazionali, leadership che – in alcuni contesti – potrebbero essere quasi esclusivamente maschili. Ma il processo di collaborazione può iniziare anche ad affrontare questi problemi. E può inoltre favorire la comprensione di diversi vantaggi comparati – compresi quelli delle organizzazioni internazionali. Ora che alcuni paesi in via di sviluppo spendono molto di più per gli interventi umanitari, rispetto alle tradizionali agenzie di aiuto umanitario (Gingerich and Cohen, 2015), le organizzazioni che fanno parte del sistema Nazioni Unite in particolare potranno essere considerate sempre più spesso come fonti di expertise e garanzia di standard internazionali concordati, anziché come protagonisti di azioni sul territorio.

Da alcuni punti di vista gli attori umanitari devono lavorare verso un futuro in cui le loro azioni diventino eccezionali o superflue, perché gli attori locali già sono in grado di rispondere alla maggior parte delle necessità. Uno sviluppo equo e sostenibile costituirà il fondamento di un progresso che va in questa direzione.

Basta con la falsa dicotomia sviluppo/azione umanitaria

La risoluzione di una crisi segue raramente un sentiero lineare: lungo questo cammino possono risultare importanti i legami tra sviluppo e questioni umanitarie, che potrebbero contribuire ad avviare nella giusta direzione il processo complessivo di ricostruzione. Alcuni interventi umanitari possono partire da iniziative per lo sviluppo precedenti la crisi, come già accade per il 55 per cento dei programmi contro la violenza di genere. Analogamente le attività iniziate durante una crisi possono proseguire anche dopo, come è accaduto per l'81% dei programmi contro la violenza di genere avviati grazie agli aiuti umanitari. Il senso di continuità si costruisce soprattutto, dove possibile, attraverso un rapporto costante con i partner nazionali. In questo modo si ampliano le capacità di sostenere il progresso nel lungo periodo. Altri benefici sono le migliorate percezioni della normalità e della stabilità. Quando l'emergenza Ebola ha colpito l'Africa occidentale, paesi come la Guinea, la Liberia e la Sierra Leone avevano appena tra il 10 e il 20% del personale sanitario necessario (OMS).

Quella che era improvvisamente esplosa come un'emergenza umanitaria era palesemente una lunga crisi di sviluppo in paesi che si dibattevano nella povertà e non erano in grado di garantire i servizi di base. Le radici di tale incapacità sono molteplici, comprese le disuguaglianze intrinseche all'economia globale. Questa esperienza sottolinea la falsa dicotomia tra attività umanitaria e attività per lo sviluppo. Tale presa di coscienza deve permeare le modalità in cui operano le istituzioni nazionali e internazionali, per esempio attraverso strutture e strategie politiche integrate, collegamenti tra settori diversi, pianificazione a lungo termine, costruzione della resilienza. La partnership sistematica contribuisce ad abbattere i compari-

menti stagni. All'interno del sistema Nazioni Unite, i progetti di risposta umanitaria dovrebbero essere in sintonia con il quadro complessivo degli aiuti allo sviluppo e le due cose dovrebbero inserirsi insieme nelle pianificazioni a livello nazionale.

Un tale approccio avrebbe potuto frenare l'Ebola molto prima in Africa occidentale, ovviando alla necessità di un massiccio intervento umanitario. Si sarebbe raggiunto così un livello molto più alto di giustizia e di inclusione, una delle promesse principali dell'Agenda 2030. In altri casi potrebbe dimostrarsi più intelligente rallentare l'innescarsi di emergenze come le siccità, che attualmente tendono a ricevere una risposta più lenta (Gingerich and Cohen, 2015).



Foto © Panos Pictures/Mads Nissen/Berlingske

Colmare i deficit dei dati

L'uso di obiettivi, indicatori e dati è una delle componenti principali dell'Agenda 2030, ma costituisce una significativa lacuna del lavoro umanitario. Con tempi di risposta e cicli di finanziamento così brevi, spesso i dati non vengono raccolti rendendo difficile capire quali interventi funzionano meglio e quali attori sono nella posizione migliore per collaborare. L'assenza di dati soprattutto di quelli disaggregati per sesso e per età, rende meno visibili i collegamenti tra i diversi settori dell'aiuto umanitario che potrebbero risultare complementari. I dati per gli indicatori sulla salute sessuale e riproduttiva, per esempio, sarebbero preziosi per attuare misure educative, come quelle che mirano a migliorare le competenze e la consapevolezza di rischi quali le gravidanze precoci che portano le ragazze ad abbandonare gli studi.

Riorganizzare gli accordi di finanziamento

Gli attuali schemi di finanziamento per gli aiuti umanitari ne spiegano in parte le difficoltà e le carenze. Guidata a livello internazionale dai donatori, l'economia degli aiuti è spesso reattiva, inefficiente e mal coordinata, malgrado un'enfasi crescente sul miglioramento della performance. Allocare preventivamente le risorse finisce per mettere in primo piano questioni che non necessariamente corrispondono alle priorità reali dei paesi colpiti da un'emergenza, e i fondi tendono a incanalarsi verso le emergenze più visibili o verso quelle considerate strategiche. La cosiddetta "responsabilità del donatore" ha ridotto la tolleranza al rischio perché si lega principalmente ai mandati e alle condizioni dei finanziamenti, non a quello di cui la gente ha effettivamente bisogno (IASC, 2014).

La concentrazione dei finanziamenti in poche, grandi sovvenzioni peggiora la tendenza dell'azione umanitaria a essere dominata da pochi, grandi attori. Spesso non si sa con certezza quanto si sta spendendo: non ci sono dati, oggi come oggi, sulla spesa per gli

interventi in favore della salute sessuale e riproduttiva (una carenza che andrebbe colmata).

I donatori devono riflettere su tali questioni. Contemporaneamente, un processo intergovernativo complessivo per valutare regolarmente tutte le fonti di finanziamento umanitario potrebbe mettere in luce nuove e diverse prospettive. È inoltre chiaramente utile] investire di più in alcuni settori dell'aiuto umanitario. I finanziamenti nazionali e internazionali dovrebbero dare la priorità alla preparazione e riduzione del rischio di catastrofi, che attualmente sono oggetto di sovvenzioni minime. Alla salute sessuale e riproduttiva dovrebbero arrivare somme maggiori. Un numero sempre più alto di paesi è in grado di garantire risorse nazionali, ma per le nazioni meno sviluppate i finanziamenti internazionali dovrebbero essere erogati all'interno di un quadro di responsabilità comune, ma differenziata. Ciò evidenzia come chi possiede risorse e capacità maggiori abbia il dovere di aiutare chi ha meno. Lo stesso principio si dovrebbe applicare, a livello nazionale, per i gruppi di popolazione più vulnerabili, come donne e giovani in condizioni di povertà. Si possono esplorare possibilità di finanziamenti privati, ma con cautela. Gli attori privati giocano un ruolo attivo negli aiuti per lo sviluppo e in quelli umanitari, ma vi è anche una storia di interessi privati che danno luogo a squilibri, come per esempio negli aiuti alimentari e in alcuni aspetti degli aiuti per la salute (Gingerich and Cohen, 2015). Tutte le forme di coinvolgimento dei privati devono essere in linea con gli standard internazionali. Questo permetterebbe di valutarne meglio l'efficacia in base a norme internazionali stabilite.

Riformare leggi e politiche che perpetuano la violenza e la discriminazione

Molte riforme giudiziarie sono importanti per rafforzare la resilienza nei paesi maggiormente vulnerabili alle emergenze: per esempio, quelle che vietano la di-

scriminazione di genere e che penalizzano la violenza. Ma con un flusso record di persone che si spostano in massa, all'interno e al di fuori dei confini nazionali, alla luce del carattere universale dell'Agenda 2030, altre misure legali potrebbero rivelarsi necessarie anche in paesi che non sono al centro di una crisi. Le leggi contro il traffico degli esseri umani – come il recente Modern Slavery Act nel Regno Unito – riflettono il fatto che quello iniziato come flusso di sfollati in un paese può trasformarsi in una violazione dei diritti umani in un altro. In questo caso le donne sono le vittime principali. Altre questioni riguardano la gestione dei rifugiati, compreso l'isolamento in cui alcuni sono tenuti per anni nei campi, dove non riescono a trovare un lavoro regolare e a usufruire dei servizi delle comunità locali circostanti.

Una nuova piattaforma per le azioni umanitarie

Nel 2016 il Summit Umanitario Mondiale fornirà l'occasione, a molte nazioni del mondo intero, di condividere idee e stabilire nuove direzioni. Ci si aspetta un impegno per maggiori investimenti nei servizi di salute sessuale e riproduttiva in quanto elemento di primaria importanza in tutti gli interventi umanitari, in linea con gli accordi già sottoscritti delineati nel Programma d'azione della Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo. Il Summit dovrà confermare le ambizioni e le speranze dell'Agenda 2030. Mirare a un mondo trasformato, dove lo sviluppo sia inclusivo, sostenibile e sufficiente a prevenire le emergenze o a evitarne le conseguenze peggiori, potrebbe rendere molte forme di aiuto umanitario sempre più obsolete.



Foto © Ali Arkady/VII Mentor Program

Indicatori

Monitoraggio degli obiettivi della Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo - Indicatori selezionati pagina 116

Indicatori demografici pagina 122

Note tecniche pagina 128

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					
	Nascite assistite da personale sanitario qualificato (2006-2014 %)	Tasso di maternità tra le adolescenti ogni 1.000 donne di 15-19 anni, 1999-2014	Prevalenza contraccettiva totale, donne 15-49 anni, qualsiasi metodo, 2015 ¹	Prevalenza contraccettiva totale, donne 15-49 anni, metodi moderni, 2015 ¹	Domanda insoddisfatta di pianificazione familiare, donne 15-49 anni, 2015 ¹	Percentuale di domanda soddisfatta, donne 15-49 anni, 2015 ¹	Iscrizione alla scuola primaria, percentuale netta su tutti i bambini in età scolare, 1999-2014		Indice di uguaglianza di genere, scuola primaria, 1999-2014	Iscrizione alla scuola secondaria, percentuale netta su tutti i ragazzi in età di scuola secondaria, 1999-2014		Indice di uguaglianza di genere, scuola secondaria, 1999-2014
							Maschi	Femmine		Maschi	Femmine	
Afghanistan	39	90	29	24	27	52	-	-	-	60	33	0.55
Albania	99	18	66	19	13	84	93	90	0.96	66	64	0.96
Algeria	97	12	59	51	13	82	98	96	0.98	-	-	-
Angola	47	191	19	13	28	40	97	74	0.77	15	12	0.81
Antigua and Barbuda	100	67	63	60	14	82	87	85	0.98	88	94	1.07
Argentina	97	70	62	58	15	80	100	99	0.99	86	92	1.07
Armenia	100	23	59	30	13	82	89	98	1.10	83	96	1.16
Aruba	-	34	-	-	-	-	94	98	1.04	73	81	1.10
Australia	99	14	68	65	10	87	97	98	1.00	85	86	1.01
Austria	99	8	68	65	10	87	-	-	-	-	-	-
Azerbaijan	97	47	57	22	14	80	90	88	0.98	88	86	0.98
Bahamas	98	40	67	65	12	85	94	99	1.06	80	86	1.07
Bahrain	100	15	66	43	11	85	100	98	0.99	95	92	0.97
Bangladesh	42	83	64	57	12	84	94	98	1.05	44	51	1.16
Barbados	98	49	60	57	16	79	97	97	0.99	84	96	1.15
Belarus	100	22	65	54	11	86	92	94	1.02	96	97	1.01
Belgium	-	8	69	67	9	88	99	99	1.00	96	97	1.01
Belize	96	64	58	54	17	78	100	100	1.00	72	77	1.08
Benin	77	98	17	10	31	36	100	88	0.88	50	34	0.68
Bhutan	75	28	68	66	11	86	89	92	1.03	56	64	1.15
Bolivia (Plurinational State of)	85	89	63	40	18	78	82	81	0.99	71	72	1.02
Bosnia and Herzegovina	100	11	48	17	17	74	-	-	-	-	-	-
Botswana	95	39	56	55	17	77	90	92	1.02	56	65	1.16
Brazil	98	65	79	75	8	91	-	-	-	-	-	-
Brunei Darussalam	100	17	-	-	-	-	95	95	1.00	91	93	1.02
Bulgaria	100	43	67	48	14	83	96	97	1.00	89	86	0.97
Burkina Faso	66	136	19	18	27	41	69	67	0.96	23	20	0.87
Burundi	60	65	28	23	30	48	100	90	0.90	22	21	0.93
Cabo Verde	78	92	62	58	15	81	99	97	0.98	65	75	1.14
Cambodia	89	57	58	40	13	82	100	97	0.97	40	36	0.92
Cameroon, Republic of	64	128	29	17	22	56	100	89	0.89	43	37	0.87
Canada	98	13	73	71	8	90	99	100	1.01	-	-	-
Central African Republic	54	229	24	13	23	50	81	64	0.79	18	10	0.52
Chad	23	203	6	3	23	21	96	75	0.78	16	5	0.33
Chile	100	50	65	62	13	83	92	92	1.00	86	89	1.03
China	100	6	83	83	4	96	-	-	-	-	-	-
China, Hong Kong SAR	-	4	80	75	5	94	100	99	0.99	87	87	1.00
China, Macao SAR	-	3	-	-	-	-	-	-	-	77	80	1.04
Colombia	99	85	78	72	8	91	91	91	1.00	71	77	1.08
Comoros	82	71	24	17	31	43	86	81	0.95	46	49	1.07

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						
	Nascite assistite da personale sanitario qualificato (2006-2014 %)	Tasso di maternità tra le adolescenti ogni 1.000 donne di 15-19 anni, 1999-2014	Prevalenza contraccettiva totale, donne 15-49 anni, qualsiasi metodo, 2015 ¹	Prevalenza contraccettiva totale, donne 15-49 anni, metodi moderni, 2015 ¹	Domanda insoddisfatta di pianificazione familiare, donne 15-49 anni, 2015 ¹	Percentuale di domanda soddisfatta, donne 15-49 anni, 2015 ¹	Iscrizione alla scuola primaria, percentuale netta su tutti i bambini in età scolare, 1999-2014		Indice di uguaglianza di genere, scuola primaria, 1999-2014		Iscrizione alla scuola secondaria, percentuale netta su tutti i ragazzi in età di scuola secondaria, 1999-2014		Indice di uguaglianza di genere, scuola secondaria, 1999-2014
							Maschi	Femmine			Maschi	Femmine	
Congo, Democratic Republic of the	80	135	23	9	27	45	37	35	0.95	-	-	-	-
Congo, Republic of the	93	147	47	23	18	73	88	96	1.09	-	-	-	-
Costa Rica	99	67	79	76	6	93	90	91	1.01	71	76	1.07	-
Côte d'Ivoire	59	125	20	15	24	46	81	75	0.93	-	-	-	-
Croatia	100	12	66	42	11	85	98	100	1.02	92	95	1.03	-
Cuba	99	50	74	72	9	90	96	97	1.00	88	89	1.01	-
Curaçao	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cyprus	99	4	-	-	-	-	98	98	1.00	91	93	1.02	-
Czech Republic	100	11	78	69	7	92	-	-	-	-	-	-	-
Denmark	98	2	71	66	9	88	98	99	1.01	90	93	1.03	-
Djibouti	87	21	24	23	30	44	69	60	0.86	29	21	0.72	-
Dominica	100	47	63	60	14	82	96	99	1.03	76	82	1.07	-
Dominican Republic	98	90	72	69	11	87	90	88	0.98	58	66	1.15	-
Ecuador	94	100	73	61	9	89	96	98	1.02	82	85	1.04	-
Egypt	92	56	60	58	12	83	100	97	0.97	86	85	1.00	-
El Salvador	98	63	71	64	12	86	92	92	1.01	61	64	1.03	-
Equatorial Guinea	68	177	16	11	33	33	62	62	0.99	25	19	0.77	-
Eritrea	34	85	20	16	29	41	-	-	-	-	-	-	-
Estonia	99	16	65	59	13	84	97	97	1.01	88	90	1.02	-
Ethiopia	16	71	36	36	25	59	69	63	0.92	18	11	0.61	-
Fiji	100	28	50	43	19	72	98	100	1.02	79	88	1.11	-
Finland	100	7	75	72	8	91	99	99	1.01	94	94	1.01	-
France	97	9	74	72	6	92	99	99	1.01	97	98	1.02	-
French Guiana	-	84	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
French Polynesia	-	40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gabon	89	115	34	21	25	57	-	-	-	-	-	-	-
Gambia	57	88	11	10	28	28	67	72	1.07	-	-	-	-
Georgia	100	40	52	37	17	75	96	97	1.01	92	92	1.00	-
Germany	99	8	67	62	10	87	99	99	1.00	-	-	-	-
Ghana	68	65	22	20	34	40	89	89	1.00	55	54	0.97	-
Greece	-	9	69	46	10	87	99	100	1.01	99	99	1.00	-
Grenada	99	53	64	60	13	83	98	98	1.00	80	81	1.02	-
Guadeloupe	-	21	58	51	16	78	-	-	-	-	-	-	-
Guam	-	60	54	45	17	76	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	63	92	57	48	17	77	88	88	0.99	49	45	0.92	-
Guinea	45	154	8	5	25	23	82	71	0.86	37	23	0.63	-
Guinea-Bissau	45	137	17	13	22	44	73	69	0.95	11	6	0.56	-
Guyana	92	97	45	44	27	63	70	80	1.14	86	100	1.16	-
Haiti	37	65	38	34	33	53	-	-	-	-	-	-	-
Honduras	83	99	73	64	11	87	89	91	1.02	45	53	1.19	-
Hungary	99	20	75	68	8	90	96	96	1.00	92	92	1.00	-
Iceland	-	7	-	-	-	-	98	98	1.01	89	89	1.00	-
India	52	39	60	52	13	82	92	89	0.97	-	-	-	-
Indonesia	87	47	63	59	11	85	95	96	1.01	77	76	0.98	-

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					
	Nascite assistite da personale sanitario qualificato (2006-2014 %)	Tasso di maternità tra le adolescenti ogni 1.000 donne di 15-19 anni, 1999-2014	Prevalenza contraccettiva totale, donne 15-49 anni, qualsiasi metodo, 2015 ¹	Prevalenza contraccettiva totale, donne 15-49 anni, metodi moderni, 2015 ¹	Domanda insoddisfatta di pianificazione familiare, donne 15-49 anni, 2015 ¹	Percentuale di domanda soddisfatta, donne 15-49 anni, 2015 ¹	Iscrizione alla scuola primaria, percentuale netta su tutti i bambini in età scolare, 1999-2014		Indice di uguaglianza di genere, scuola primaria, 1999-2014	Iscrizione alla scuola secondaria, percentuale netta su tutti i ragazzi in età di scuola secondaria, 1999-2014		Indice di uguaglianza di genere, scuola secondaria, 1999-2014
							Maschi	Femmine		Maschi	Femmine	
Iran (Islamic Republic of)	96	35	77	59	7	92	98	96	0.98	84	79	0.95
Iraq	91	68	55	38	14	79	97	86	0.89	49	40	0.81
Ireland	100	9	67	62	11	86	100	100	1.00	99	100	1.01
Israel	-	10	71	53	9	89	97	98	1.01	97	100	1.03
Italy	100	6	65	49	11	85	99	98	0.99	91	92	1.01
Jamaica	99	72	72	68	10	88	92	91	1.00	72	76	1.05
Japan	100	4	57	50	16	78	100	100	1.00	99	100	1.01
Jordan	100	27	62	43	12	84	98	96	0.98	86	89	1.03
Kazakhstan	100	31	56	52	16	78	98	100	1.02	91	92	1.01
Kenya	62	101	57	56	19	76	83	87	1.04	57	55	0.97
Kiribati	80	49	28	22	27	51	-	-	-	66	73	1.11
Korea, Democratic People's Republic of	100	1	70	63	11	87	-	-	-	-	-	-
Korea, Republic of	100	2	79	69	6	93	98	97	0.99	98	97	0.99
Kuwait	99	8	56	44	16	78	99	98	0.99	86	88	1.03
Kyrgyzstan	98	42	42	39	17	71	99	98	0.99	82	83	1.00
Lao People's Democratic Republic	42	94	54	46	18	75	98	96	0.98	46	43	0.95
Latvia	99	15	68	60	12	85	97	98	1.01	86	88	1.01
Lebanon	-	18	63	40	13	83	99	93	0.94	67	68	1.00
Lesotho	78	94	60	59	18	77	78	82	1.05	27	42	1.56
Liberia	61	147	20	20	32	39	39	37	0.95	18	15	0.83
Libya	100	4	49	28	20	71	-	-	-	-	-	-
Lithuania	100	14	63	53	13	83	97	97	1.00	97	96	0.99
Luxembourg	100	6	-	-	-	-	95	96	1.01	84	87	1.04
Madagascar	44	147	46	37	19	71	77	78	1.00	30	31	1.02
Malawi	87	143	58	56	19	75	90	97	1.07	32	30	0.96
Malaysia	99	13	57	42	15	79	98	95	0.96	71	67	0.95
Maldives	99	14	42	34	25	63	93	94	1.01	46	53	1.14
Mali	56	178	12	11	27	31	78	68	0.88	39	32	0.80
Malta	100	16	81	59	5	94	95	95	1.00	80	84	1.05
Martinique	-	20	60	54	15	80	-	-	-	-	-	-
Mauritania	65	71	14	13	31	31	72	75	1.05	23	20	0.87
Mauritius	100	31	76	53	7	92	98	98	1.00	80	81	1.01
Mexico	96	84	73	67	11	87	97	99	1.02	66	69	1.04
Micronesia (Federated States of)	100	33	-	-	-	-	82	84	1.02	-	-	-
Moldova, Republic of	99	25	63	45	13	83	91	91	1.00	77	78	1.01
Mongolia	99	40	58	52	14	80	96	94	0.98	78	86	1.11
Montenegro	99	12	34	10	24	59	98	99	1.01	-	-	-
Morocco	74	32	68	58	10	88	99	98	0.99	59	53	0.90
Mozambique	54	166	18	16	28	39	90	85	0.95	19	18	0.98
Myanmar	71	17	52	49	16	76	-	-	-	46	48	1.05
Namibia	88	78	57	57	17	77	87	90	1.04	45	57	1.27
Nepal	56	87	52	48	24	69	98	97	0.99	58	62	1.06
Netherlands	-	5	68	65	10	87	97	97	1.00	92	93	1.01

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						
	Nascite assistite da personale sanitario qualificato (2006-2014 %)	Tasso di maternità tra le adolescenti ogni 1.000 donne di 15-19 anni, 1999-2014	Prevalenza contraccettiva totale, donne 15-49 anni, qualsiasi metodo, 2015 ¹	Prevalenza contraccettiva totale, donne 15-49 anni, metodi moderni, 2015 ¹	Domanda insoddisfatta di pianificazione familiare, donne 15-49 anni, 2015 ¹	Percentuale di domanda soddisfatta, donne 15-49 anni, 2015 ¹	Iscrizione alla scuola primaria, percentuale netta su tutti i bambini in età scolare, 1999-2014		Indice di uguaglianza di genere, scuola primaria, 1999-2014		Iscrizione alla scuola secondaria, percentuale netta su tutti i ragazzi in età di scuola secondaria, 1999-2014		Indice di uguaglianza di genere, scuola secondaria, 1999-2014
							Maschi	Femmine			Maschi	Femmine	
New Caledonia	–	23	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
New Zealand	97	22	71	67	9	89	98	98	1.00	97	98	1.01	
Nicaragua	88	92	80	75	7	92	93	94	1.01	42	49	1.14	
Niger	29	210	15	10	18	47	69	58	0.84	15	10	0.66	
Nigeria	38	123	16	11	22	42	71	60	0.84	–	–	–	
Norway	99	6	79	72	6	93	100	100	1.00	95	95	1.00	
Oman	99	12	37	25	28	57	97	98	1.02	77	91	1.19	
Pakistan	52	48	39	28	20	65	77	67	0.87	43	32	0.74	
Palestine ¹	100	67	57	43	15	79	93	94	1.01	77	84	1.10	
Panama	92	89	61	58	16	80	92	91	0.99	74	79	1.08	
Papua New Guinea	53	65	37	29	25	60	90	83	0.92	–	–	–	
Paraguay	96	63	77	68	6	92	81	81	0.99	63	68	1.07	
Peru	90	68	74	52	9	89	95	94	1.00	76	77	1.01	
Philippines	73	59	55	38	18	75	91	91	1.00	60	70	1.16	
Poland	100	14	69	48	10	87	97	97	1.00	92	93	1.01	
Portugal	–	12	77	70	7	92	95	97	1.01	93	97	1.04	
Puerto Rico	–	45	78	69	6	93	83	87	1.05	72	77	1.07	
Qatar	100	16	44	37	19	69	99	95	0.96	91	100	1.10	
Reunion	–	43	72	70	9	89	–	–	–	–	–	–	
Romania	99	36	69	54	10	88	90	90	1.00	–	–	–	
Russian Federation	100	27	69	56	10	88	97	98	1.01	–	–	–	
Rwanda	91	41	54	47	20	73	92	95	1.03	–	–	–	
Saint Kitts and Nevis	100	75	59	55	16	79	81	84	1.04	82	88	1.07	
Saint Lucia	99	50	57	54	17	77	95	93	0.97	80	81	1.01	
Saint Vincent and the Grenadines	99	70	65	62	13	84	97	95	0.98	84	87	1.03	
Samoa	81	39	32	31	42	43	95	97	1.03	75	84	1.12	
San Marino	–	1	–	–	–	–	93	93	1.00	–	–	–	
São Tomé and Príncipe	82	110	41	36	33	55	93	92	0.99	46	53	1.17	
Saudi Arabia	97	7	37	31	24	60	96	99	1.03	101	101	1.01	
Senegal	59	80	18	17	30	38	76	83	1.08	24	18	0.76	
Serbia	98	22	58	22	13	81	96	97	1.01	92	94	1.03	
Seychelles	99	62	–	–	–	–	96	95	0.99	61	66	1.07	
Sierra Leone	60	131	17	15	26	39	–	–	–	40	36	0.92	
Singapore	100	3	66	58	11	86	–	–	–	–	–	–	
Slovakia	100	21	71	59	10	88	–	–	–	–	–	–	
Slovenia	100	5	75	64	8	90	97	98	1.01	94	95	1.01	
Solomon Islands	86	62	39	32	21	64	82	79	0.97	33	29	0.88	
Somalia	33	123	24	6	29	44	–	–	–	–	–	–	
South Africa	94	54	65	64	12	84	95	95	1.00	62	69	1.10	
South Sudan	19	158	7	3	30	19	48	34	0.71	–	–	–	
Spain	–	9	67	63	12	85	98	99	1.00	95	97	1.02	
Sri Lanka	99	24	72	56	7	91	94	94	1.00	83	87	1.05	
Sudan	23	102	16	13	29	36	53	56	1.05	–	–	–	

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					
	Nascite assistite da personale sanitario qualificato (2006-2014 %)	Tasso di maternità tra le adolescenti ogni 1.000 donne di 15-19 anni, 1999-2014	Prevalenza contraccettiva totale, donne 15-49 anni, qualsiasi metodo, 2015 ¹	Prevalenza contraccettiva totale, donne 15-49 anni, metodi moderni, 2015 ¹	Domanda insoddisfatta di pianificazione familiare, donne 15-49 anni, 2015 ¹	Percentuale di domanda soddisfatta, donne 15-49 anni, 2015 ¹	Iscrizione alla scuola primaria, percentuale netta su tutti i bambini in età scolare, 1999-2014		Indice di uguaglianza di genere, scuola primaria, 1999-2014	Iscrizione alla scuola secondaria, percentuale netta su tutti i ragazzi in età di scuola secondaria, 1999-2014		Indice di uguaglianza di genere, scuola secondaria, 1999-2014
							Maschi	Femmine		Maschi	Femmine	
Suriname	91	66	52	51	19	73	80	81	1.01	48	57	1.20
Swaziland	82	89	64	62	15	81	84	86	1.02	32	39	1.20
Sweden	-	3	70	62	10	88	100	100	1.00	95	94	0.99
Switzerland	-	3	77	72	6	92	100	100	1.00	82	80	0.97
Syrian Arab Republic	96	75	58	41	15	79	66	65	0.98	44	44	0.99
Tajikistan	87	47	33	30	22	60	100	97	0.97	88	79	0.90
Tanzania, United Republic of	49	128	41	34	23	64	83	86	1.03	-	-	-
Thailand	100	60	79	77	6	93	96	95	0.99	77	82	1.06
The former Yugoslav Republic of Macedonia	98	19	49	17	18	73	92	92	1.00	79	77	0.97
Timor-Leste, Democratic Republic of	29	54	29	26	26	53	92	91	0.98	36	40	1.11
Togo	59	77	21	19	34	39	98	87	0.89	32	15	0.48
Tonga	98	30	35	30	28	56	83	86	1.03	67	71	1.05
Trinidad and Tobago	100	36	50	44	19	72	99	98	0.99	70	75	1.07
Tunisia	99	7	64	53	11	86	100	100	1.00	-	-	-
Turkey	97	29	74	48	6	92	96	95	0.99	90	87	0.97
Turkmenistan	100	21	57	51	15	79	-	-	-	-	-	-
Turks and Caicos Islands	-	29	-	-	-	-	77	84	1.08	-	-	-
Tuvalu	98	42	34	27	28	55	85	87	1.02	70	89	1.28
Uganda	57	140	30	28	33	47	90	93	1.03	23	22	0.95
Ukraine	99	27	67	51	10	87	97	99	1.02	87	87	1.00
United Arab Emirates	100	34	48	39	20	71	99	97	0.98	73	79	1.09
United Kingdom	-	21	81	80	5	94	100	100	1.00	98	98	1.01
United States of America	99	27	75	69	7	92	92	92	1.00	86	88	1.02
United States Virgin Islands	-	59	69	62	11	87	-	-	-	-	-	-
Uruguay	98	60	77	74	8	91	100	99	0.99	68	76	1.12
Uzbekistan	100	26	67	61	10	88	93	90	0.97	-	-	-
Vanuatu	89	78	47	37	24	66	98	97	0.99	51	53	1.04
Venezuela (Bolivarian Republic of)	96	101	70	64	12	85	95	93	0.98	72	78	1.09
Viet Nam	94	36	77	65	7	92	-	-	-	-	-	-
Western Sahara	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Yemen	45	67	38	28	27	58	95	81	0.85	51	34	0.66
Zambia	64	145	51	45	20	72	93	93	1.01	-	-	-
Zimbabwe	80	120	66	65	11	85	93	95	1.02	44	44	1.01

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

Dati mondiali e regionali

	Salute materna e neonatale		Salute sessuale e riproduttiva				Istruzione						
	Nascite assistite da personale sanitario qualificato (2006-2014 %)	Tasso di maternità tra le adolescenti ogni 1.000 donne di 15-19 anni, 1999-2014	Prevalenza contraccettiva totale, donne 15-49 anni, qualsiasi metodo, 2015 [†]	Prevalenza contraccettiva totale, donne 15-49 anni, metodi moderni, 2015 [†]	Domanda insoddisfatta di pianificazione familiare, donne 15-49 anni, 2015 [†]	Percentuale di domanda soddisfatta, donne 15-49 anni, 2015 [†]	Iscrizione alla scuola primaria, percentuale netta su tutti i bambini in età scolare, 1999-2014		Indice di uguaglianza di genere, scuola primaria, 1999-2014		Iscrizione alla scuola secondaria, percentuale netta su tutti i ragazzi in età di scuola secondaria, 1999-2014		Indice di uguaglianza di genere, scuola secondaria, 1999-2014
							Maschi	Femmine		Maschi	Femmine		
Arab States	75	56	51	43	17	76	86	82	0.95	64	58	0.92	
Asia and the Pacific	71	33 b	69	63	10	87	95	95	1.00	69	65	0.94	
Eastern Europe and Central Asia	98	30	65	47	11	86	95	94	1.00	89	89	0.99	
Latin America and the Caribbean	93	76 c	73	67	11	87	93	94	1.00	73	78	1.06	
East and Southern Africa	56	112	39	34	24	62	86	84	0.97	35	33	0.93	
West and Central Africa	48	128	18	13	24	42	78	69	0.89	38	31	0.83	
Regioni più sviluppate	-	18	70	61	10	88	96	96	1.00	90	91	1.01	
Regioni meno sviluppate	70	56	63	57	12	84	91	90	0.98	64	61	0.95	
Regioni meno sviluppate in assoluto	-	113	40	34	22	64	-	-	-	-	-	-	
Totale mondiale	71	51	64	57	12	84	92	90	0.99	67	65	0.96	

NOTE

- Dati non disponibili.

† Donne attualmente coniugate/o in unioni di fatto.

a Le cifre includono solo i sondaggi effettuati tra il 2006 e il 2014. Il numero nati vivi per il 2014-2015 è quello relativo ai primi sei mesi dei sondaggi inclusi nel rapporto.

b Le cifre escludono Cook Islands, Marshall Islands, Nauru, Niue, Palau, Tokelau, and Tuvalu per mancanza di dati.

c Le cifre escludono Anguilla, Bermuda, British Virgin Islands, Cayman Islands, Dominica, Montserrat, Netherlands Antilles, Saint Kitts and Nevis, and Turks and Caicos Islands per mancanza di dati.

1 Il 29 novembre 2012, l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha approvato la Risoluzione 67/19, che ha accordato alla Palestina lo status di "osservatore permanente nelle Nazioni Unite, come Stato non membro".

Indicatori demografici

Paese, territorio o altra area	Popolazione							Speranza di vita		Fecondità
	Popolazione totale, in milioni, 2015	Tasso medio annuale di variazione della popolazione, 2010-2015 (%)	Popolazione di età 10-24 anni, 2015 (%)	Popolazione di età 0-14 anni, 2015 (%)	Popolazione di età 15-64 anni, 2015 (%)	Popolazione di 65 anni o più anziana, 2015 (%)	Indice di dipendenza, 2015	Speranza di vita alla nascita (anni), 2010-2015		Tasso totale di fecondità, per donna, 2010-2015
								Maschi	Femmine	
Afghanistan	32.5	3.0	35	44	54	3	87.0	59	61	5.1
Albania	2.9	0.0	25	19	69	12	44.8	75	80	1.8
Algeria	39.7	1.9	24	29	66	6	52.6	72	77	2.9
Angola	25.0	3.3	33	48	50	2	99.9	50	53	6.2
Antigua and Barbuda	0.1	1.0	25	24	69	7	45.7	73	78	2.1
Argentina	43.4	1.0	24	25	64	11	56.5	72	80	2.3
Armenia	3.0	0.4	20	18	71	11	41.3	71	78	1.6
Aruba	0.1	0.4	21	18	70	12	44.0	73	78	1.7
Australia ¹	24.0	1.6	19	19	66	15	50.9	80	84	1.9
Austria	8.5	0.4	17	14	67	19	49.2	78	84	1.5
Azerbaijan ²	9.8	1.4	23	22	73	6	38.0	68	74	2.3
Bahamas	0.4	1.5	23	21	71	8	41.2	72	78	1.9
Bahrain	1.4	1.8	22	22	76	2	31.4	76	77	2.1
Bangladesh	161.0	1.2	30	29	66	5	52.5	70	72	2.2
Barbados	0.3	0.3	20	19	67	14	50.4	73	78	1.8
Belarus	9.5	0.0	16	16	70	14	43.0	65	77	1.6
Belgium	11.3	0.7	17	17	65	18	54.2	78	83	1.8
Belize	0.4	2.2	32	33	64	4	56.8	67	73	2.6
Benin	10.9	2.7	32	42	55	3	82.0	58	61	4.9
Bhutan	0.8	1.5	29	27	68	5	46.9	69	69	2.1
Bolivia (Plurinational State of)	10.7	1.6	30	32	61	7	63.7	65	70	3.0
Bosnia and Herzegovina	3.8	-0.1	16	14	71	15	40.7	74	79	1.3
Botswana	2.3	2.0	29	32	64	4	55.3	62	67	2.9
Brazil	207.8	0.9	25	23	69	8	44.7	70	78	1.8
Brunei Darussalam	0.4	1.5	25	23	73	4	38.0	77	80	1.9
Bulgaria	7.1	-0.7	14	14	66	20	51.9	71	78	1.5
Burkina Faso	18.1	2.9	33	46	52	2	92.2	57	59	5.6
Burundi	11.2	3.3	31	45	53	3	89.7	54	58	6.1
Cabo Verde	0.5	1.2	31	30	66	5	52.0	71	75	2.4
Cambodia	15.6	1.6	30	32	64	4	55.6	66	70	2.7
Cameroon, Republic of	23.3	2.5	33	43	54	3	84.3	54	56	4.8
Canada	35.9	1.0	18	16	68	16	47.3	80	84	1.6
Central African Republic	4.9	2.0	33	39	57	4	75.2	48	51	4.4
Chad	14.0	3.3	34	48	50	3	100.7	50	52	6.3
Chile	17.9	1.1	22	20	69	11	45.2	78	84	1.8
China ³	1376.0	0.5	19	17	73	10	36.6	74	77	1.6
China, Hong Kong SAR ⁴	7.3	0.8	15	12	73	15	37.0	81	87	1.2
China, Macao SAR ⁵	0.6	1.9	16	13	78	9	28.2	78	83	1.2
Colombia	48.2	1.0	26	24	69	7	45.6	70	77	1.9
Comoros	0.8	2.4	32	40	57	3	75.6	61	65	4.6
Congo, Democratic Republic of the	77.3	3.2	32	46	51	3	95.9	57	60	6.2
Congo, Republic of the	4.6	2.6	31	43	54	4	86.2	60	63	5.0
Costa Rica	4.8	1.1	24	22	69	9	45.4	77	82	1.9
Côte d'Ivoire	22.7	2.4	33	43	55	3	83.5	50	52	5.1

Stato, territorio o altra area	Popolazione							Speranza di vita		Fecondità
	Popolazione totale, in milioni, 2015	Tasso medio annuale di variazione della popolazione, 2010- 2015 (%)	Popolazione di età 10-24 anni, 2015 (%)	Popolazione di età 0-14 anni, 2015 (%)	Popolazione di età 15-64 anni, 2015 (%)	Popolazione di 65 anni o più anziana, 2015 (%)	Indice di dipendenza, 2015	Speranza di vita alla nascita (anni), 2010-2015		Tasso totale di fecondità, per donna, 2010-2015
								Maschi	Femmine	
Croatia	4.2	-0.4	16	15	66	19	51.1	74	80	1.5
Cuba	11.4	0.1	18	16	70	14	43.4	77	81	1.6
Curaçao	0.2	1.3	19	19	66	15	51.1	75	81	2.1
Cyprus ⁶	1.2	1.1	20	17	71	13	41.6	78	82	1.5
Czech Republic	10.5	0.1	15	15	67	18	49.5	75	81	1.5
Denmark	5.7	0.4	19	17	64	19	55.9	78	82	1.7
Djibouti	0.9	1.3	31	33	63	4	58.5	60	63	3.3
Dominica	0.1	0.4	-	-	-	-	-	-	-	-
Dominican Republic	10.5	1.2	28	30	63	7	57.8	70	76	2.5
Ecuador	16.1	1.6	28	29	64	7	55.6	73	78	2.6
Egypt	91.5	2.2	27	33	62	5	62.3	69	73	3.4
El Salvador	6.1	0.3	30	27	65	8	54.3	68	77	2.0
Equatorial Guinea	0.8	3.0	30	39	58	3	72.9	56	59	5.0
Eritrea	5.2	2.2	32	43	55	3	83.2	61	65	4.4
Estonia	1.3	-0.3	15	16	65	19	53.5	72	81	1.6
Ethiopia	99.4	2.5	35	41	55	4	81.6	61	65	4.6
Fiji	0.9	0.7	26	29	65	6	52.8	67	73	2.6
Finland ⁷	5.5	0.5	17	16	63	21	58.3	78	83	1.7
France	64.4	0.5	18	19	62	19	60.3	79	85	2.0
French Guiana	0.3	2.8	27	34	61	5	63.2	76	83	3.5
French Polynesia	0.3	1.1	25	22	70	8	42.2	74	79	2.1
Gabon	1.7	2.2	31	37	58	5	73.1	63	64	4.0
Gambia	2.0	3.2	32	46	52	2	94.2	59	61	5.8
Georgia ⁸	4.0	-1.2	18	17	69	14	45.7	71	78	1.8
Germany	80.7	0.1	15	13	66	21	51.8	78	83	1.4
Ghana	27.4	2.4	31	39	58	3	73.0	60	62	4.2
Greece	11.0	-0.4	15	15	64	21	56.2	78	84	1.3
Grenada	0.1	0.4	27	27	66	7	50.7	71	76	2.2
Guadeloupe ⁹	0.5	0.5	20	22	63	15	57.6	77	84	2.2
Guam	0.2	1.3	26	26	66	9	52.0	76	81	2.4
Guatemala	16.3	2.1	33	37	59	5	70.9	68	75	3.3
Guinea	12.6	2.7	32	43	54	3	83.8	58	58	5.1
Guinea-Bissau	1.8	2.4	32	41	56	3	78.4	53	57	5.0
Guyana	0.8	0.4	34	29	66	5	51.1	64	69	2.6
Haiti	10.7	1.4	31	34	62	5	62.3	60	64	3.1
Honduras	8.1	1.5	33	32	63	5	57.8	70	75	2.5
Hungary	9.9	-0.3	16	15	68	18	47.9	71	79	1.3
Iceland	0.3	0.7	21	20	66	14	51.6	81	84	2.0
India	1311.1	1.3	28	29	66	6	52.4	66	69	2.5
Indonesia	257.6	1.3	26	28	67	5	49.0	67	71	2.5
Iran (Islamic Republic of)	79.1	1.3	23	24	71	5	40.2	74	76	1.7
Iraq	36.4	3.3	31	41	56	3	78.7	67	71	4.6
Ireland	4.7	0.3	18	22	65	13	53.7	78	83	2.0
Israel	8.1	1.7	23	28	61	11	64.1	80	84	3.1
Italy	59.8	0.1	14	14	64	22	56.5	80	85	1.4

Indicatori demografici

Stato, territorio o altra area	Popolazione							Speranza di vita		Fecondità
	Popolazione totale, in milioni, 2015	Tasso medio annuale di variazione della popolazione, 2010-2015 (%)	Popolazione di età 10-24 anni, 2015 (%)	Popolazione di età 0-14 anni, 2015 (%)	Popolazione di età 15-64 anni, 2015 (%)	Popolazione di 65 anni o più anziana, 2015 (%)	Indice di dipendenza, 2015	Speranza di vita alla nascita (anni), 2010-2015		Tasso totale di fecondità, per donna, 2010-2015
								Maschi	Femmine	
Jamaica	2.8	0.4	28	24	67	9	48.6	73	78	2.1
Japan	126.6	-0.1	14	13	61	26	64.5	80	86	1.4
Jordan	7.6	3.1	30	36	61	4	64.8	72	76	3.5
Kazakhstan	17.6	1.6	22	27	67	7	50.3	64	74	2.6
Kenya	46.1	2.7	32	42	55	3	80.9	59	62	4.4
Kiribati	0.1	1.8	29	35	61	4	63.0	63	69	3.8
Korea, Democratic People's Republic of	25.2	0.5	23	21	69	10	44.3	66	73	2.0
Korea, Republic of	50.3	0.5	18	14	73	13	37.2	78	85	1.3
Kuwait	3.9	4.8	19	22	76	2	32.1	73	76	2.2
Kyrgyzstan	5.9	1.7	27	31	64	4	55.3	66	74	3.1
Lao People's Democratic Republic	6.8	1.7	33	35	61	4	62.8	64	67	3.1
Latvia	2.0	-1.2	15	15	66	19	52.2	69	79	1.5
Lebanon	5.9	6.0	28	24	68	8	47.3	77	81	1.7
Lesotho	2.1	1.2	34	36	60	4	67.3	49	50	3.3
Liberia	4.5	2.6	32	42	55	3	82.9	59	61	4.8
Libya	6.3	0.0	25	30	66	5	52.4	69	74	2.5
Lithuania	2.9	-1.6	17	15	67	19	50.1	67	79	1.6
Luxembourg	0.6	2.2	18	16	70	14	43.7	79	84	1.6
Madagascar	24.2	2.8	33	42	56	3	80.3	63	66	4.5
Malawi	17.2	3.1	33	45	51	3	94.5	60	62	5.3
Malaysia ¹⁰	30.3	1.5	27	25	70	6	43.6	72	77	2.0
Maldives	0.4	1.8	28	28	68	5	47.4	75	77	2.2
Mali	17.6	3.0	32	48	50	3	100.2	57	57	6.4
Malta	0.4	0.3	18	14	66	19	50.8	79	82	1.4
Martinique	0.4	0.1	19	17	64	19	57.0	78	84	2.0
Mauritania	4.1	2.5	31	40	57	3	76.1	61	64	4.7
Mauritius ¹¹	1.3	0.4	23	19	71	10	40.6	71	78	1.5
Mexico	127.0	1.4	28	28	66	7	51.7	74	79	2.3
Micronesia (Federated States of)	0.1	0.2	36	34	62	4	62.4	68	70	3.3
Moldova, Republic of ¹²	4.1	-0.1	19	16	74	10	34.6	67	75	1.3
Mongolia	3.0	1.7	24	28	68	4	47.6	65	73	2.7
Montenegro	0.6	0.1	20	19	68	14	47.7	74	78	1.7
Morocco	34.4	1.4	26	27	67	6	50.1	73	75	2.6
Mozambique	28.0	2.8	33	45	51	3	94.8	53	56	5.5
Myanmar	53.9	0.8	28	28	67	5	49.1	64	68	2.3
Namibia	2.5	2.3	32	37	60	4	67.3	62	67	3.6
Nepal	28.5	1.2	33	33	62	6	61.8	68	70	2.3
Netherlands	16.9	0.3	18	17	65	18	53.3	79	83	1.8
New Caledonia	0.3	1.3	23	22	68	10	47.9	74	79	2.1
New Zealand	4.5	0.7	21	20	65	15	54.0	80	83	2.1
Nicaragua	6.1	1.2	30	30	65	5	54.1	71	77	2.3
Niger	19.9	4.0	31	51	47	3	113.0	60	62	7.6
Nigeria	182.2	2.7	31	44	53	3	87.7	52	53	5.7
Norway ¹³	5.2	1.3	19	18	66	16	52.2	79	83	1.8

Stato, territorio o altra area	Popolazione							Speranza di vita		Fecondità
	Popolazione totale, in milioni, 2015	Tasso medio annuale di variazione della popolazione, 2010- 2015 (%)	Popolazione di età 10-24 anni, 2015 (%)	Popolazione di età 0-14 anni, 2015 (%)	Popolazione di età 15-64 anni, 2015 (%)	Popolazione di 65 anni o più anziana, 2015 (%)	Indice di dipendenza, 2015	Speranza di vita alla nascita (anni), 2010-2015		Tasso totale di fecondità, per donna, 2010-2015
								Maschi	Femmine	
Oman	4.5	8.4	21	21	77	3	30.0	75	79	2.9
Pakistan	188.9	2.1	30	35	61	5	65.3	65	67	3.7
Palestine ¹⁴	4.7	2.7	34	40	57	3	76.0	71	75	4.3
Panama	3.9	1.6	26	27	65	8	53.4	74	80	2.5
Papua New Guinea	7.6	2.1	31	37	60	3	67.1	60	64	3.8
Paraguay	6.6	1.3	30	30	64	6	56.6	71	75	2.6
Peru	31.4	1.3	27	28	65	7	53.2	72	77	2.5
Philippines	100.7	1.6	30	32	64	5	57.6	65	72	3.0
Poland	38.6	0.0	16	15	70	16	43.8	73	81	1.4
Portugal	10.3	-0.4	16	14	65	21	53.5	77	84	1.3
Puerto Rico	3.7	-0.1	22	19	67	15	50.0	75	83	1.6
Qatar	2.2	4.7	19	16	83	1	20.1	77	80	2.1
Reunion	0.9	0.7	23	24	66	10	51.2	76	83	2.2
Romania	19.5	-0.8	16	16	67	17	48.9	71	78	1.5
Russian Federation	143.5	0.0	16	17	70	13	43.1	64	76	1.7
Rwanda	11.6	2.4	32	41	56	3	78.1	60	66	4.1
Saint Kitts and Nevis	0.1	1.2	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint Lucia	0.2	0.8	26	23	68	9	47.3	72	78	1.9
Saint Vincent and the Grenadines	0.1	0.0	26	25	68	7	46.8	71	75	2.0
Samoa	0.2	0.8	31	37	58	5	74.0	70	76	4.2
San Marino	0.0	0.7	-	-	-	-	-	-	-	-
São Tomé and Príncipe	0.2	2.2	32	43	54	3	84.2	64	68	4.7
Saudi Arabia	31.5	2.3	24	29	69	3	45.9	73	75	2.9
Senegal	15.1	3.1	32	44	53	3	87.6	64	68	5.2
Serbia ¹⁵	8.9	-0.5	19	16	67	17	50.1	72	78	1.6
Seychelles	0.1	0.7	21	23	70	7	43.5	69	78	2.3
Sierra Leone	6.5	2.2	33	42	55	3	81.9	50	51	4.8
Singapore	5.6	2.0	19	16	73	12	37.4	80	86	1.2
Slovakia	5.4	0.1	17	15	71	14	40.8	72	80	1.4
Slovenia	2.1	0.1	14	15	67	18	48.7	77	83	1.6
Solomon Islands	0.6	2.1	32	40	57	3	75.1	66	69	4.1
Somalia	10.8	2.4	33	47	51	3	98.1	53	57	6.6
South Africa	54.5	1.1	29	29	66	5	52.1	55	59	2.4
South Sudan	12.3	4.1	33	42	54	4	83.7	54	56	5.2
Spain ¹⁶	46.1	-0.2	14	15	66	19	50.8	79	85	1.3
Sri Lanka	20.7	0.5	23	25	66	9	51.2	71	78	2.1
Sudan	40.2	2.2	32	41	56	3	78.0	62	65	4.5
Suriname	0.5	0.9	26	27	66	7	50.8	68	74	2.4
Swaziland	1.3	1.5	35	37	59	4	69.3	50	49	3.4
Sweden	9.8	0.8	18	17	63	20	59.3	80	84	1.9
Switzerland	8.3	1.2	16	15	67	18	48.8	80	85	1.5
Syrian Arab Republic	18.5	-2.3	33	37	59	4	70.0	64	76	3.0
Tajikistan	8.5	2.2	30	35	62	3	60.9	66	73	3.6
Tanzania, United Republic of ¹⁷	53.5	3.2	32	45	52	3	93.8	63	66	5.2
Thailand	68.0	0.4	19	18	72	11	39.2	71	78	1.5

Indicatori demografici

Stato, territorio o altra area	Popolazione							Speranza di vita		Fecondità
	Popolazione totale, in milioni, 2015	Tasso medio annuale di variazione della popolazione, 2010- 2015 (%)	Popolazione di età 10-24 anni, 2015 (%)	Popolazione di età 0-14 anni, 2015 (%)	Popolazione di età 15-64 anni, 2015 (%)	Popolazione di 65 anni o più anziana, 2015 (%)	Indice di dipendenza, 2015	Speranza di vita alla nascita (anni), 2010-2015		Tasso totale di fecondità, per donna, 2010-2015
								Maschi	Femmine	
The former Yugoslav Republic of Macedonia	2.1	0.2	20	17	71	12	41.4	73	77	1.5
Timor-Leste, Democratic Republic of	1.2	2.3	32	42	52	6	92.3	66	70	5.9
Togo	7.3	2.7	32	42	55	3	81.8	58	60	4.7
Tonga	0.1	0.4	32	37	57	6	74.3	70	76	3.8
Trinidad and Tobago	1.4	0.5	20	21	70	9	43.2	67	74	1.8
Tunisia	11.3	1.1	23	23	69	8	44.8	72	77	2.2
Turkey	78.7	1.7	25	26	67	8	49.7	72	78	2.1
Turkmenistan	5.4	1.3	28	28	68	4	47.9	61	70	2.3
Turks and Caicos Islands	0.0	2.1	-	-	-	-	-	-	-	-
Tuvalu	0.0	0.2	-	-	-	-	-	-	-	-
Uganda	39.0	3.3	34	48	49	3	102.3	56	59	5.9
Ukraine	44.8	-0.4	15	15	70	15	43.3	66	76	1.5
United Arab Emirates	9.2	1.9	17	14	85	1	17.8	76	78	1.8
United Kingdom	64.7	0.6	18	18	65	18	55.1	78	82	1.9
United States of America	321.8	0.8	20	19	66	15	50.9	76	81	1.9
United States Virgin Islands	0.1	0.0	20	20	62	18	61.2	77	83	2.3
Uruguay	3.4	0.3	22	21	64	14	55.9	73	80	2.0
Uzbekistan	29.9	1.5	27	29	67	5	49.7	65	72	2.5
Vanuatu	0.3	2.3	29	37	59	4	68.7	70	74	3.4
Venezuela (Bolivarian Republic of)	31.1	1.4	27	28	66	6	52.4	70	78	2.4
Viet Nam	93.4	1.1	24	23	70	7	42.5	71	80	2.0
Western Sahara	0.6	2.2	25	26	71	3	40.2	66	70	2.2
Yemen	26.8	2.6	34	40	57	3	75.6	62	65	4.4
Zambia	16.2	3.1	33	46	51	3	95.4	57	60	5.5
Zimbabwe	15.6	2.2	33	42	55	3	80.4	54	56	4.0

Dati mondiali e regionali

	Popolazione							Speranza di vita		Fecondità
	Popolazione totale, in milioni, 2015	Tasso medio annuale di variazione della popolazione, 2010-2015 (%)	Popolazione di età 10-24 anni, 2015 (%)	Popolazione di età 0-14 anni, 2015 (%)	Popolazione di età 15-64 anni, 2015 (%)	Popolazione di 65 anni o più anziana, 2015 (%)	Indice di dipendenza, 2015	Speranza di vita alla nascita (anni), 2010-2015		Tasso totale di fecondità, per donna, 2010-2015
								Maschi	Femmine	
Arab States	339	2.0	29	34	61	5	63.9	67	71	3.5
Asia and the Pacific	3865	1.0	25 b	25 b	68 b	7 b	46.3	68	72	2.2
Eastern Europe and Central Asia	265	0.8	22	22	68	10	47.7	68	76	2.0
Latin America and the Caribbean	629 a	1.1	26 c	26 c	67 c	8 c	50.1	71	78	2.2
East and Southern Africa	547	2.7	32	42	54	3	84.2	58	61	4.8
West and Central Africa	403	2.7	32	44	53	3	87.3	54	56	5.5
Regioni più sviluppate	1251	0.3	17	16	66	18	51.5	76	82	1.7
Regioni meno sviluppate	6098	1.4	26	28	66	6	52.5	68	72	2.6
Regioni meno sviluppate in assoluto	954	2.4	32	40	57	4	77.1	63	66	4.3
Totale mondiale	7349	1.2	25	26	66	8	52.3	69	74	2.5

NOTE

– Dati non disponibili.

a Le cifre escludono Netherlands Antilles per mancanza di dati.

b Le cifre escludono Cook Islands, Marshall Islands, Nauru, Niue, Palau, Tokelau, e Tuvalu per mancanza di dati.

c Le cifre escludono Anguilla, Bermuda, British Virgin Islands, Cayman Islands, Dominica, Montserrat, Netherlands Antilles, Saint Kitts and Nevis, and Turks and Caicos Islands per mancanza di dati.

1 Le cifre includono Christmas Island, Cocos (Keeling) Islands e Norfolk Island.

2 Le cifre includono Nagorno-Karabakh.

3 Per finalità statistiche, i dati per la Cina non includono Hong Kong e Macao, regioni amministrative speciali (SAR) della Cina e la provincia cinese di Taiwan.

4 Il primo luglio 1997, Hong Kong è diventata una Regione amministrativa speciale (SAR) della Cina.

5 Il 20 dicembre 1999, Macao è diventata una Regione amministrativa speciale (SAR) della Cina.

6 Le cifre includono Northern-Cyprus.

7 Le cifre includono Åland Islands.

8 Le cifre includono Abkhazia e South Ossetia.

9 Le cifre includono Saint-Barthélemy e Saint-Martin (Parte francese).

10 Le cifre includono Sabah e Sarawak.

11 Le cifre includono Agalega, Rodrigues e Saint Brandon.

12 Le cifre includono Transnistria.

13 Le cifre includono Svalbard e Jan Mayen Islands.

14 Le cifre includono East Jerusalem. Il 29 novembre 2012, l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha approvato la Risoluzione 67/19, che ha accordato alla Palestina lo status di "osservatore, non membro, nelle Nazioni Unite...".

15 Le cifre includono il Kosovo.

16 Le cifre includono Canary Islands, Ceuta e Melilla.

17 Le cifre includono Zanzibar.

Note tecniche

Fonti dei dati e definizioni

Le tavole statistiche del rapporto *Lo STATO DELLA POPOLAZIONE NEL MONDO 2015* includono indicatori che registrano i progressi compiuti verso gli obiettivi esposti nel Programma d'azione della Conferenza su Popolazione e Sviluppo (ICPD) e negli Obiettivi di sviluppo del millennio (MDGs) nei settori della salute materna, dell'accesso all'istruzione e della salute sessuale e riproduttiva. In aggiunta, queste tabelle includono indicatori demografici di vario tipo. Le tavole statistiche costituiscono un supporto al focus di UNFPA sui progressi e i risultati raggiunti verso un mondo in cui ogni gravidanza sia desiderata, ogni parto sicuro e le potenzialità di ogni giovane realizzate.

Le singole autorità nazionali e le organizzazioni internazionali possono adottare metodologie diverse per raccogliere, estrapolare e analizzare i dati. Per agevolare la comparabilità dei dati, UNFPA si basa sulle metodologie standard utilizzate dalle fonti principali dei dati. In alcuni casi, quindi, i dati delle tabelle qui pubblicati sono diversi da quelli comunicati dalle singole autorità nazionali. I dati presentati nelle tabelle non sono raffrontabili con i dati dei precedenti rapporti su *Lo stato della popolazione*, per via degli aggiornamenti portati alle classificazioni regionali, degli aggiornamenti metodologici e delle revisioni delle serie temporali.

Le tabelle statistiche si basano su indagini rappresentative effettuate a livello nazionale, come i Sondaggi Demografici e Sanitari (Demographic and Health Surveys, DHS), e le Indagini su campione a indicatori multipli (Multiple Indicator Cluster Surveys, MICS), le stime delle organizzazioni delle Nazioni Unite e quelle inter-agenzie. Le tabelle statistiche includono anche le più recenti stime e proiezioni elaborate da *World Population Prospects: la revisione 2015* e le stime e proiezioni, basate su un modello, per gli indicatori 2015 di pianificazione familiare (Dipartimento delle Nazioni Unite per gli affari economici e sociali, Divisione popolazione). I dati sono accompagnati da definizioni, fonti e note. Le tabelle statistiche del presente Rapporto riflettono in generale le informazioni disponibili entro agosto 2015.

Monitoraggio degli obiettivi della ICPD: indicatori selezionati

Salute materna e neonatale

Tasso di mortalità materna, su 100.000 nati vivi. In questo Rapporto non sono inclusi i tassi di mortalità materna aggiornati, perché non ancora disponibili al momento della stampa di questa pubblicazione.

Nascite assistite da personale sanitario qualificato, percentuale, 2006-2014. Fonte: United Nations Inter-Agency and Expert Group on Millennium Development Goals Indicators. I totali regionali sono calcolati da UNFPA sulla base di dati forniti da United Nations Inter-Agency and Expert Group on Millennium Development Goals Indicators. La percentuale delle nascite assistite da personale sanitario qualificato (medici, infermiere, ostetriche) è la percentuale di parti assistiti da personale sanitario con una formazione specifica in cure ostetriche d'emergenza e competente per: assicurare la supervisione necessaria, la terapia e i consigli alle donne durante la gravidanza, il parto e il post-partum; sovrintendere al parto in modo autonomo; provvedere alle prime cure per i neonati. Le levatrici tradizionali, anche se hanno frequentato un breve corso di formazione, non sono incluse nella categoria.

Tasso di maternità tra adolescenti, su 1.000 donne di età 15-19, 1999/2014.

Fonte: United Nations Population Division e United Nations Inter-Agency and Expert Group on Millennium Development Goals Indicators. I totali regionali sono calcolati da UNFPA in base ai dati della United Nations Population Division. Il tasso di maternità tra le adolescenti rappresenta il rischio di parti per le adolescenti tra i 15 e i 19 anni. Per quanto riguarda i dati anagrafici, i tassi sono soggetti a limitazioni che dipendono dalla completezza delle registrazioni alla nascita, dal trattamento dei bambini nati vivi ma deceduti prima della registrazione o entro le prime 24 ore di vita, dall'attendibilità delle informazioni relative all'età della madre, dall'inclusione delle nascite di periodi precedenti. Le stime demografiche sono a volte condizionate da errori nella trascrizione dell'età e da mancate registrazioni. Per quanto riguarda i dati dei sondaggi e dei censimenti, numeratore e denominatore provengono dallo stesso gruppo di popolazione. Le limitazioni principali riguardano l'errata trascrizione dell'età, omissioni nelle registrazioni delle nascite, errori nel registrare la data di nascita del neonato e, nel caso dei sondaggi, variabilità del campione.

Salute sessuale e riproduttiva

La United Nations Population Division pubblica una serie sistematica e completa di stime e proiezioni annuali basate su modelli, per una vasta gamma di indicatori sulla pianificazione familiare che coprono un periodo di 60 anni. Di questi fanno parte la diffusione dei contraccettivi e la percentuale di richiesta soddisfatta di pianificazione familiare tra le donne sposate o in unioni di fatto per il periodo compreso tra il 1970 e il 2030. Per generare stime, proiezioni e valutazioni delle incertezze, si è usato un modello bayesiano gerarchico combinato con le tendenze temporali specifiche per ogni nazione. Questo modello migliora il lavoro fatto in precedenza e rende conto delle differenze che dipendono dalle fonti, dal campione di popolazione e dai metodi contraccettivi presi in considerazione dall'indagine. Ulteriori informazioni sulle stime riguardanti la pianificazione familiare basate sui modelli, sulla metodologia usata e sugli aggiornamenti si possono trovare in <http://www.un.org/en/development/desa/population>. The estimates are based on the country-specific data compiled in *World Contraceptive Use 2015*.

Diffusione dei contraccettivi, donne (15-49 anni) attualmente sposate o in unioni di fatto, qualsiasi metodo o metodo moderno, 2015.

Fonte: United Nations Population Division. Questi dati sono tratti da risultati di indagini effettuate su campioni. I dati calcolano la percentuale di donne sposate (incluse le donne in una unione consensuale), di età tra i 15 e i 49 anni, che usano un metodo qualsiasi o un metodo moderno di contraccezione. I metodi moderni comprendono la sterilizzazione maschile e femminile, i dispositivi intrauterini (IUD), la pillola, gli iniettabili, impianti ormonali, preservativi e i metodi - barriera femminili.

Domanda inevasa di pianificazione familiare, donne 15-49 anni, 2015.

Fonte: United Nations, Population Division. Le donne con una domanda inevasa per distanziare le nascite sono le donne feconde e sessualmente attive che non usano nessun metodo contraccettivo ma riferiscono di voler differire la nascita del prossimo figlio. Si tratta di una sottocategoria della domanda inevasa totale di

pianificazione familiare, che comprende anche le esigenze inevase di limitazione delle nascite. Il concetto di domanda inevasa sottolinea il divario tra le intenzioni delle donne in materia di riproduzione e il loro comportamento in materia di contraccettivi. Dal punto di vista del monitoraggio degli MDG, la domanda inevasa è espressa come percentuale basata sulle donne sposate o che convivono in un'unione consensuale.

Percentuale di domanda soddisfatta, donne (15-49 anni) attualmente sposate o in unione di fatto, 2015. Fonte: United Nations Population Division. Percentuale della domanda soddisfatta di pianificazione familiare tra donne (15-49 anni) sposate o in unione di fatto.

Percentuale di domanda soddisfatta (PSD) = Prevalenza contraccettiva (CPR) divisa per il totale della domanda di pianificazione familiare (TD).

Domanda totale = Tasso di prevalenza contraccettiva + Tasso di domanda inevasa di contraccezione (UNR), cioè:

$TD = CPR + UNR$

$PSD = CPR / (CPR + UNR)$

Istruzione

Iscrizione maschile e femminile alla scuola primaria, dato rettificato, percentuale netta sui bambini in età da scuola primaria, 1999/2014.

Fonte: UNESCO Institute for Statistics (UIS). Il tasso netto rettificato di iscrizione alla scuola primaria indica la percentuale di bambini facenti parte del gruppo ufficiale dei bambini in età di scuola primaria che sono iscritti in istituti di istruzione primaria o secondaria.

Iscrizione maschile e femminile alla scuola secondaria, percentuale netta sui bambini in età da scuola secondaria, 2000/2014. Fonte:

UNESCO Institute for Statistics (UIS). Il tasso netto di iscrizione alla scuola secondaria indica la percentuale di bambini facenti parte del gruppo ufficiale dei bambini in età di scuola secondaria che sono iscritti in istituti di istruzione secondaria.

Indice di uguaglianza di genere, istruzione primaria, 1999-2014.

Fonte: UNESCO Institute for Statistics (UIS). L'indice di uguaglianza di genere (GPI) si riferisce al rapporto tra i valori maschili e femminili della ratio rettificata di iscrizione netta alla scuola primaria.

Indice di uguaglianza di genere, istruzione secondaria, 1999-2014

Fonte: UNESCO Institute for Statistics (UIS). L'indice di uguaglianza di genere (GPI) si riferisce al rapporto tra i valori maschili e femminili di iscrizione netta alla scuola secondaria.

Indicatori demografici

Popolazione totale, in milioni, 2015. Fonte: United Nations Population Division. I dati aggregati per regione regionali sono calcolati da UNFPA sulla base di dati forniti dall' United Nations Population Division. Questi indicatori presentano le dimensioni stimate delle popolazioni nazionali, a metà anno.

Tasso medio annuale di variazione della popolazione, percentuale, 2010/2015. Fonte: United Nations Population Division. I dati aggregati per regione sono calcolati da UNFPA in base ai dati della United Nations Population Division. Questi indicatori presentano il tasso medio esponenziale di crescita della popolazione in un dato periodo, in base a una proiezione a variante media.

Popolazione nella fascia di età 10-24 anni, percentuale, 2015. Fonte: calcoli UNFPA basati su dati forniti dall' United Nations Population Division. Questi indicatori presentano la proporzione della popolazione tra 10 e 24 anni.

Popolazione nella fascia d'età 0-14 anni, percentuale, 2015. Fonte: calcoli UNFPA basati su dati forniti dall' United Nations Population Division. Questi indicatori presentano la proporzione della popolazione tra 0 e 14 anni.

Popolazione nella fascia d'età 15-64 anni, percentuale, 2015. Fonte: calcoli UNFPA basati su dati forniti dall' United Nations Population Division. Questi indicatori presentano la proporzione della popolazione tra 15 e 64 anni.

Popolazione di 65 anni o più anziana, percentuale, 2015. Fonte: calcoli UNFPA basati su dati forniti dall' United Nations Population Division. Questi indicatori presentano la proporzione della popolazione di 65 anni o più anziana.

Indice di dipendenza, 2015 Fonte: United Nations Population Division. I dati aggregati per regione calcolati da UNFPA sono basati su dati forniti dall' United Nations Population Division. Questi indicatori presentano il rapporto tra la popolazione non attiva dipendente (persone più giovani di 15 anni e più anziane di 64) e quella in età lavorativa (15-64 anni). I dati sono presentati come proporzione dei dipendenti su 100 persone in età lavorativa.

Aspettativa di vita (anni) alla nascita, per maschi e femmine, 2010-2015 Fonte: United Nations Population Division. I dati aggregati per regione calcolati da UNFPA sono basati su dati forniti dall'United Nations Population Division. Questi indicatori presentano Questi indicatori presentano il numero medio di anni di vita di cui i neonati potrebbero godere se soggetti ai rischi di mortalità prevalenti nel segmento di popolazione a cui appartengono, al momento della nascita.

Tasso totale di fecondità, 2010-2015. Fonte: United Nations Population Division. Le aggregazioni regionali sono calcolate da UNFPA in base ai dati forniti dall' United Nations Population Division. Questi indicatori presentano il numero di figli che una donna dovrebbe avere se visse fino al termine degli anni fecondi e partorisce al tasso calcolato per i diversi gruppi di età nel periodo di tempo specificato.

Classificazione regionale

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

Stati Arabi

Algeria; Djibouti; Egypt; Iraq; Jordan; Lebanon; Libya; Morocco; Oman; Palestine; Somalia; Sudan; Syrian Arab Republic; Tunisia; Yemen

Asia e Pacifico

Afghanistan; Bangladesh; Bhutan; Cambodia; China; Cook Islands; Fiji; India; Indonesia; Iran (Islamic Republic of); Kiribati; Korea, Democratic People's Republic of; Lao People's Democratic Republic; Malaysia; Maldives; Marshall Islands; Micronesia (Federated States of); Mongolia; Myanmar; Nauru; Nepal; Niue; Pakistan; Palau; Papua New Guinea; Philippines; Samoa; Solomon Islands; Sri Lanka; Thailand; Timor-Leste, Democratic Republic of; Tokelau; Tonga; Tuvalu; Vanuatu; Viet Nam

Europa orientale e Asia centrale

Albania; Armenia; Azerbaijan; Belarus; Bosnia and Herzegovina; Bulgaria; Georgia; Kazakhstan; Kyrgyzstan; Moldova, Republic of; Romania; Serbia; Tajikistan; The former Yugoslav Republic of Macedonia; Turkey; Turkmenistan; Ukraine.

Africa orientale e del Sud

Angola; Botswana; Burundi; Comoros; Congo, Democratic Republic of the; Eritrea; Ethiopia; Kenya; Lesotho; Madagascar; Malawi; Mauritius; Mozambique; Namibia; Rwanda; Seychelles; South Africa; South Sudan; Swaziland; Tanzania, United Republic of; Uganda; Zambia; Zimbabwe

America Latina e Caraibi

Anguilla; Antigua and Barbuda; Argentina; Aruba; Bahamas; Barbados; Belize; Bermuda; Bolivia (Plurinational State of); Brazil; British Virgin Islands; Cayman Islands; Chile; Colombia; Costa Rica; Cuba; 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; Saint Vincent and the Grenadines; Suriname; Trinidad and Tobago; Turks and Caicos Islands; Uruguay; Venezuela (Bolivarian Republic of)

Africa orientale e centrale

Benin; Burkina Faso; Cameroon, Republic of; Cape Verde; Central African Republic; Chad; Congo, Republic of the; Côte d'Ivoire; Equatorial Guinea; Gabon; Gambia; Ghana; Guinea; Guinea-Bissau; Liberia; Mali; Mauritania; Niger; Nigeria; São Tomé and Príncipe; Senegal; Sierra Leone; Togo

Regioni più sviluppate regions comprise Europe, Northern America, Australia/New Zealand and Japan.

Regioni meno sviluppate regions comprise all regions of Africa, Asia (except Japan), Latin America and the Caribbean plus Melanesia, Micronesia and Polynesia.

Paesi meno sviluppati in assoluto, as defined by the United Nations General Assembly in its resolutions (59/209, 59/210, 60/33, 62/97, 64/L.55, 67/L.43) included 49 countries in June 2013: 34 in Africa, 9 in Asia, 5 in Oceania and one in Latin America and the Caribbean. The group includes 49 countries —Afghanistan, Angola, Bangladesh, Benin, Bhutan, Burkina Faso, Burundi, Cambodia, Central African Republic, Chad, Comoros, Democratic Republic of the Congo, Djibouti, Equatorial Guinea, Eritrea, Ethiopia, Gambia, Guinea, Guinea-Bissau, Haiti, Kiribati, Lao People's Democratic Republic, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritania, Mozambique, Myanmar, Nepal, Niger, Rwanda, Samoa, São Tomé and Príncipe, Senegal, Sierra Leone, Solomon Islands, Somalia, South Sudan, Sudan, Timor-Leste, Togo, Tuvalu, Uganda, United Republic of Tanzania, Vanuatu, Yemen and Zambia. These countries are also included in the less developed regions.

Bibliografia

- ALNAP. 2015. Future Humanitarian Financing: Looking Beyond the Crisis. www.alnap.org/resource/20157. Accessed 3 November 2015.
- Amnesty International. 2014. *Escape from Hell: Torture and Sexual Slavery in Islamic State Captivity in Iraq*. London: Amnesty International.
- Anderlini, S. 2010. *WDR Gender Background Paper, Background Paper for World Development Report 2011* (draft).
- Barnett, M., and P. Walker. 2015. "Regime Change for Humanitarian Aid: How to Make Relief More Accountable." *Foreign Affairs*, July/August.
- Bond for International Development. 2015. "State of the World's Emergencies: A Briefing for New UK Parliamentarians." A briefing prepared by Bond's Humanitarian and Conflict Policy groups, London, July.
- Bradshaw, S. 2015. "Engendering Development and Disasters." *Disasters* 39 (s1): s54-s75. doi:10.1111/disa.12111.
- Bradshaw, S., and M. Fordham. 2013. *Women, Girls and Disasters: A Review for DFID*. Middlesex University and Northumbria University and Gender and Disaster Network.
- Burke, J. 2015. "Nepal Quake Survivors Face Threat from Human Traffickers Supplying Sex Trade." *The Guardian*, May 5. www.theguardian.com/world/2015/may/05/nepal-quake-survivors-face-threat-from-human-traffickers-supplying-sex-trade. Accessed 15 August 2015.
- Callimachi, R., and M. Limaug. 2015. "ISIS Enshrines a Theology of Rape." *The New York Times*. www.nytimes.com/2015/08/14/world/middleeast/isis-enshrines-a-theology-of-rape.html?hp&action=click&pgtype=Homepage&module=first-column-region®ion=top-news&WT.nav=top-news&_r=0. Accessed 14 August 2015.
- CARE. 2015. "To Protect Her Honor" *Child Marriage in Emergencies—The Fatal Confusion between Protecting Girls and Sexual Violence*. CARE International.
- CARE. 2015b. *CARE Rapid Gender Analysis: Cyclone Pam Vanuatu 2015*.
- CARE. 2014. "The Girl Has No Rights": *Gender-based Violence in South Sudan*.
- Casey, S. E. 2015. "Evaluations of Reproductive Health Programs in Humanitarian Settings: A Systematic Review." *Conflict and Health* 9 (Suppl 1): S1. doi:10.1186/1752-1505-9-S1-S1.
- Casey, S. E. et al. 2015. "Progress and Gaps in Reproductive Health Services in Three Humanitarian Settings: Mixed Methods Case Studies." *Conflict and Health* 9 (Suppl 1): S3. doi:10.1186/1752-1505-9-S1-S3.
- Castillejo, C. 2015. *Fragile States: An Urgent Challenge for EU Foreign Policy*. Madrid: Fundación para las Relaciones Internacionales y el Diálogo Exterior (FRIDE).
- Center for Reproductive Rights. 2014. *A Global View of Abortion Rights*. New York: Center for Reproductive Rights.
- Center for Systemic Peace. 2015. *Global Conflict Trends*. www.systemicpeace.org/conflicttrends.html. Accessed 8 September 2015.
- Child Protection and Gender-Based Violence Sub-Working Group, Jordan. 2013. *Findings from the Inter-agency Child Protection and Gender-based Violence Assessment in the Za'atari Refugee Camp*.
- Chynoweth, S. K. 2015. "Advancing Reproductive Health on the Humanitarian agenda: The 2012-2014 Global Review." *Journal of Conflict and Health* 9 (1): 11. doi:10.1186/1752-1505-9-S1-11.
- COHRE (Centre on Housing Rights and Evictions) 2008. *Women, Slums and Urbanization: Examining the Causes and Consequences*. Geneva: COHRE.
- Consortium. 2015. *Sexual and Reproductive Health and Disability: Examining the Needs, Risks and Capacities of Refugees with Disabilities in Kenya, Nepal and Uganda. Summary Report*. The Women's Refugee Commission, The Association of Medical Doctors of Asia-Nepal, The International Rescue Committee, The Refugee Law Project.
- CRED (Centre for Research on the Epidemiology of Disasters). 2015. *The Human Cost of Natural Disasters: A Global Perspective*. Brussels: CRED.
- CRED (Centre for Research on the Epidemiology of Disasters). 2015a. EM-DAT database. <http://www.emdat.be/>. Accessed 3 November 2015.
- Cummings, R. et al., n.d. "Data on Health in the Syrian Conflict: An NGO Perspective, 2013-2014." Unpublished.
- Delaney, S. 2007. *Protecting Children from Sexual Exploitation & Sexual Violence in Disaster & Emergency Situations*. Bangkok: ECPAT International (End Child Prostitution, Child Pornography and Trafficking of Children for Sexual Purposes).
- Development Initiatives. 2015. *Global Humanitarian Assistance Report*. www.globalhumanitarianassistance.org. Accessed 5 September 2015.
- DFID (United Kingdom Department for International Development). 2013. *Briefing Paper: Violence against Women and Girls in Humanitarian Emergencies*. London: DFID.
- DFID (United Kingdom Department for International Development). 2011. *Defining Disaster Resilience*. London: DFID.
- Diggins, J., and E. Mills. 2015. "The Pathology of Inequality: Gender and Ebola in West Africa." IDS Practice Paper in Brief #23. Institute of Development Studies Brighton.

- Erakit, J. 2014. "UNICEF Recovery Efforts Still Strong in Aftermath of Typhoon Haiyan." IPS, May 20. www.ipsnews.net/2014/05/unicef-recovery-efforts-still-strong-aftermath-typhoon-haiyan/. Accessed 28 August 2015.
- Feldman-Jacobs, C., and S. Ryniak. 2006. *Abandoning Female Genital Mutilation/Cutting: An In-depth Look at Promising Practices*. Washington, DC: Population Reference Bureau.
- FFP (Fund for Peace). 2015. *The Fragile States Index 2015*. Washington, DC: Fund for Peace.
- Foreman, M. 2015. "Improving Reproductive Health Services for Forcibly Displaced Women." Population Reference Bureau, Washington, DC.
- Garfield, R., and J. Blore. 2009. "Direct Conflict Deaths 1989-2008." Calculations Based on Combined Count and Underreporting Estimates. Unpublished.
- Garfield, R. et al. 2012. "Changes in Size of Populations and Level of Conflict since World War II: Implications for Health and Health Services." *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 6 (3): 241-246. doi:10.1001/dmp.2012.37.
- Gates, S. et al. 2010. *Consequences of Civil Conflict*. Background paper for the World Development Report 2011. Washington, D.C.: World Bank.
- Gawaya, R. 2008. "Investing in Women Farmers to Eliminate Food Insecurity in Southern Africa: Policy-related Research from Mozambique." *Gender & Development* 16 (1): 147-159. doi:10.1080/13552070701876367.
- Gingerich, T., and M. J. Cohen. 2015. *Turning the Humanitarian System on its Head: Saving Lives and Livelihoods by Strengthening Local Capacity and Shifting Leadership to Local Actors*, Oxfam Research Reports, Oxfam America, Boston, MA, July.
- Global Coalition to Protect Education from Attack. 2015. *Lessons in War. Military Use of Schools and Universities during Armed Conflict*. New York: Global Coalition to Protect Education from Attack.
- Haar, R. J., and L. S. Rubenstein. 2012. *Health in Post Conflict and Fragile States. United States Institute of Peace Special Report 301*. January 2012.
- Harris, K. et al. 2013. *When Disasters and Conflicts Collide: Improving Links between Disaster Resilience and Conflict Prevention*. London: ODI.
- Hillier, D., and G. E. Castillo. 2013. *No Accident: Resilience and the Inequality of Risk*. Oxford: Oxfam International.
- Holmes, R., and D. Bhuvanendra. 2014. *Humanitarian Practice Network: Preventing and Responding to Gender-based Violence in Humanitarian Crises*. London: Overseas Development Institute.
- Howard, N. et al. 2011. "Reproductive Health for Refugees by Refugees in Guinea III: Maternal Health." *Conflict and Health* 5 (1): 5. doi:10.1186/1752-1505-5-5.
- Human Rights Watch. 2015a. *Iraq: ISIS Escapees Describe Systematic Rape—Yezidi Survivors in Need of Urgent Care*. <https://www.hrw.org/news/2015/04/14/iraq-isis-escapees-describe-systematic-rape>. Accessed 3 August 2015.
- Human Rights Watch. 2015b. *Country Summary: Somalia*.
- Human Rights Watch. 2010. *'As if We Weren't Human': Discrimination and Violence against Women with Disabilities in Northern Uganda*.
- Human Security Report Project. 2012. *Human Security Report 2012: Sexual Violence, Education, and War: Beyond the Mainstream Narrative*. Vancouver: Human Security Press
- IASC (Inter-Agency Standing Committee). 2015. *Humanitarian Crisis in West Africa (Ebola) Gender Alert*.
- IASC (Inter-Agency Standing Committee). 2015. *Guidelines for Integrating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Action: Reducing Risk, Promoting Resilience and Aiding Recovery*. Geneva: Inter-Agency Standing Committee.
- IASC (Inter-Agency Standing Committee). 2014. "Making the Links Work: How the Humanitarian and Development Community can Help Ensure No One is Left Behind." Paper presented at the 87th IASC Working Group Meeting, Geneva.
- IASC (Inter-Agency Standing Committee). 2005. *Guidelines for Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings*. Geneva: Inter-Agency Standing Committee.
- IAWG (Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Crises). 2014. *Inter-agency Working Group for Reproductive Health in Crises Information Sheet. 7*. iawg.net/wp-content/uploads/2012/04/6.-IAWG-One-Page-2015-English.pdf. Accessed 5 September 2015.
- IAWG (Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Crises). 2010. *Inter-agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings*. New York: Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Crises.
- IEP (Institute for Economics and Peace). 2014. *Global Terrorism Index 2014: Measuring and Understanding the Impact of Terrorism*. Sydney: IEP.
- IFRC (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies). 2012. *The Road to Resilience: Bridging Relief and Development for a More Sustainable Future*. Geneva: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies.
- INFORM (Information for Risk Management) 2015. *INFORM Database*. 2015. www.inform-index.org/Portals/0/InfoRM/INFORM%202015%20Report%20Print.pdf. Accessed 3 September 2015.

- Inomata, T. 2012. *Financing for Humanitarian Operations in the United Nations System*, Joint Inspection Unit, United Nations, Geneva.
- Inter-cluster Coordination Group for the Humanitarian Country Team. 2014. *2014: Final Periodic Monitoring Report — Typhoon Haiyan (Yolanda)*.
- Internal Displacement Monitoring Centre. 2015. *Global Figures*. www.internal-displacement.org/global-figures. Accessed 5 September 2015.
- Internal Displacement Monitoring Centre, International Rescue Committee. 2015. *Philippines: Long-term Recovery Challenges Remain in The Wake of Massive Displacement*.
- International Committee of the Red Cross. 2015. *Violent Incidents Affecting the Delivery of Health Care: January 2012-December 2014*. Third Interim Report of the ICRC Health Care in Danger project. Geneva: ICRC.
- International Organization for Migration. 2015. *Addressing Human Trafficking and Exploitation in Times of Crisis: Evidence and Recommendations for Further Action to Protect Vulnerable and Mobile Populations*. Geneva: International Organization for Migration.
- International Rescue Committee. 2015. *Private Violence, Public Concern: Intimate Partner Violence in Humanitarian Settings*. Practice Brief.
- International Rescue Committee. 2013. *Syria: A Regional Crisis—The IRC Commission on Syrian Refugees*. New York: IRC.
- International Rescue Committee. 2012. *The Condition of Women Girls in Yida Refugee Camp, South Sudan: A Reproductive Health and Gender-based Violence Rapid Assessment Yida Refugee Camp, Unity State, South Sudan*, IRC South Sudan Program, New York, February.
- Kieny, M. P., and D. Dovlo. 2015. "Beyond Ebola: A New Agenda for Resilient Health Systems." *The Lancet* 385 (9963): 91-92. doi:10.1016/S0140-6736(14)62479-X.
- Kim, S. E., et al. 2015. "Overview of Natural Disasters and their Impacts in Asia and the Pacific, 1970-2014." United Nations ESCAP Technical Paper, Information and Communications Technology and Disaster Risk Reduction Division, March. www.unescap.org/sites/default/files/Technical%20paper-Overview%20of%20natural%20hazards%20and%20their%20impacts_final.pdf. Accessed September 4.
- Klasing, A. M. 2011. "Nobody Remembers Us": Failure to Protect Women's and Girls' Right to Health and Security in Post-Earthquake Haiti. Human Rights Watch.
- Krause, S. et al. 2015. "Reproductive Health Services for Syrian Refugees in Zaatri Camp and Irbid City, Hashemite Kingdom of Jordan: An Evaluation of the Minimum Initial Services Package." *Conflict and Health* 9 (Suppl 1): S4. doi:10.1186/1752-1505-9-S1-S4.
- Kruk, M., et al. 2015. "What is a Resilient Health System? Lessons from Ebola." *The Lancet* 385 (9980): 1910-1912. doi:10.1016/S0140-6736(15)60755-3.
- Leaning, J., and D. Guha-Sapir. 2013. "Natural Disasters, Armed Conflict, and Public Health." *New England Journal of Medicine* 369 (19): 1836-1842. doi:10.1056/NEJMr1109877.
- Lwambo, D. 2011. *Before the War, I was a Man: Men and Masculinities in Eastern DR Congo*. Goma: HEAL Africa.
- Manyena, S. B. 2014. "Disaster Resilience: A Question of 'Multiple Faces' and 'Multiple Spaces'?" *International Journal of Disaster Risk Reduction* 8: 1-9. doi:10.1016/j.ijdr.2013.12.010.
- Matyas, D., and M. Pelling 2015. "Positioning Resilience for 2015: The Role of Resistance, Incremental Adjustment and Transformation in Disaster Risk Management Policy." *Disasters* 39 (s1): s1-s18. doi:10.1111/disa.12107.
- Mazurana, D. et al. 2011. *Sex and Age Matter: Improving Humanitarian Response in Emergencies*. Boston, MA: Feinstein International Center.
- McAslan, A. 2010. *Resilience Origins and Utility*. Adelaide: Torrens Resilience Institute.
- McDonnell, N. 2015. "Dollars to Disasters: The Gamble of Emergency Relief." *The New Yorker*, August 18, New York.
- McGinn, T. 2000. "Reproductive Health of War-affected Populations: What Do We Know?" *International Family Planning Perspectives* 26 (4):174-180. doi:10.2307/2648255.
- Milner, J., and G. Loescher. 2011. *Responding to Protracted Refugee Situations: Lessons from a Decade of Discussion*. Refugee Studies Centre: Forced Migration Policy Brief 6. Oxford: University of Oxford.
- Ministère du Plan et al. 2014. *Enquête Démographique et de Santé en République Démocratique du Congo 2013-2014*. Rockville, MD: MPSMRM, MSP et ICF International.
- Norwegian Refugee Council, Internal Displacement Monitoring Centre. 2015. *Global Overview 2015: Internally Displaced by Conflict and Violence*. Geneva: IDMC and NRC.
- Norwegian Refugee Council, Internal Displacement Monitoring Centre. 2015a. *Urban Informal Settlers Displaced by Disasters: Challenges to Housing Responses*. Geneva: IDMC and NRC.
- ODI (Overseas Development Institute) et al. 2013. *The Geography of Poverty, Disasters and Climate Extremes in 2030*. London: ODI.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development). 2015. *States of Fragility 2015: Meeting Post-2015 Ambitions*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development). 2013. *Fragile States: 2013: Resource Flows and Trends in Shifting World*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.

- OECD-DAC (Organisation for Economic Co-operation, Development Assistance Committee). 2014. *DAC Members' Net Official Development Assistance in 2014*, Tabulated OECD statistical data. www.oecd.org/dac/stats/documentupload/ODA%202014%20Tables%20and%20Charts.pdf. Accessed 4 September 2015.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights). 2015. "Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights on the Human Rights Situation in Iraq in the Light of Abuses Committed by the So-called Islamic State in Iraq and the Levant and Associated Groups." A/HRC/28/18. March 13.
- Ormhaug, C. 2009. *Armed Conflict Deaths Disaggregated by Gender*. Oslo: PRIO.
- Ortoleva, S., and H. Lewis. 2012. "Forgotten Sisters—A Report on Violence Against Women with Disabilities: An Overview of its Nature, Scope, Causes and Consequences." Northeastern University School of Law Research Paper No. 104.
- Osoimehin, B. 2015. *Young People on Frontlines of Humanitarian Response*. *The Huffington Post*. www.huffingtonpost.com/dr-babatunde-osotimehin/young-people-on-frontline_b_8072870.html. Accessed 5 September 2015.
- Oxfam. 2008. *Evaluation of 'Integrated Action on Poverty and Early Marriage' Programme in Yemen*. London: Oxfam.
- Patel, P. et al. 2009 "Tracking Official Development Assistance for Reproductive Health in Conflict-affected Countries." *PLoS Medicine* 6 (6): e1000090. doi:10.1371/journal.pmed.1000090.t006.
- Peek, L. 2008. "Children and Disasters: Understanding Vulnerability, Developing Capacities, and Promoting Resilience—An Introduction." *Children Youth and Environments* 18 (1): 1-29. doi:10.7721/chilyoutenvi.18.1.0001.
- Pincha, C. 2008. *Gender Sensitive Disaster Management: A Toolkit for Practitioners*. Mumbai: Oxfam America and NANBAN Trust.
- Plan International. 2013. *Because I am a Girl: The State of the World's Girls 2013: In Double Jeopardy: Adolescent Girls and Disasters*. Surrey: Plan International.
- Plan International. 2011. *Weathering the Storm: Adolescent Girls and Climate Change*. Plan International.
- Price, M. et al. 2014. *Updated Statistical Analysis of Documentation of Killings in the Syrian Arab Republic*. Human Rights Data Analysis Group for OHCHR.
- RAISE Initiative. 2015. *Safe Abortion in Emergencies, June 2015*. New York: RAISE Initiative.
- Reinl, J. 2015. Q&A: *Probing Islamic State's sex atrocities with the United Nations*. www.middleeasteye.net/news/qa-probing-islamic-state-s-sex-atrocities-united-nations-1064004421#sthash.jhyNuFVp.dpuf. Accessed 4 August 2015.
- Save the Children. 2014. *State of the World's Mothers 2014: Saving Mothers and Children in Humanitarian Crises*. Westport, CT: Save the Children.
- Save the Children and UNFPA. 2009. *Adolescent and Sexual Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings: A Companion to the Inter-agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings*. New York: Save the Children and UNFPA.
- Schafer, A. et al. 2010. "Psychological first aid pilot: Haiti emergency response." *Intervention*, 8(3): 245-254.
- Searle, L. n.d.. "Healing Communities, Transforming Society: Exploring the Interconnectedness between Psychosocial Needs, Practice and Peacebuilding." Unpublished conference proceedings.
- Shaikh, M. A. 2008. "Nurses' Use of Global Information Systems for Provision of Outreach Reproductive Health Services for Internally Displaced Persons." *Prehospital Disaster Medicine* 23 (3): s35-s38.
- Shiferaw, B. et al. 2014. "Managing Vulnerability to Drought and Enhancing Livelihood Resilience in Sub-Saharan Africa: Technological, Institutional and Policy Options." *Weather and Climate Extremes* 3: 67-79. doi:10.1016/j.wace.2014.04.004.
- Shteir, S. 2014. *Conflict-related Sexual and Gender-based Violence*. Australian Civil-Military Centre.
- START Network. 2014. *Crisis Briefing September 2014 Humanitarian Funding Analysis: Kurdish Refugees from Syria into Turkey*, Briefing note in collaboration with Global Humanitarian Assistance, September. www.globalhumanitarianassistance.org/wp-content/uploads/2014/09/Kurdish-Refugees-Turkey-23-Sept-2014_for-upload.pdf. Accessed 5 September 2015.
- Stoianova, V. 2013. *Private Funding for Humanitarian Assistance: Filling the Gap?* Global Humanitarian Assistance Development Initiatives, August. www.globalhumanitarianassistance.org/wp-content/uploads/2013/08/private-funding-2013-online1.pdf. Accessed 4 September 2015.
- Tanabe, M. et al., 2015. "Tracking Humanitarian Funding for Reproductive Health: A Systematic Analysis of Health and Protection Proposals from 2002-2013." *Journal of Conflict and Health* 9 (1): S2. doi:10.1186/1752-1505-9-S1-S2.
- Twigg, J. 2009. *Characteristics of a Disaster-Resilient Community*. London: University College London.
- UNAIDS. 2015. *HIV in Emergency Contexts: Background Note. Agenda Item 9. Thirty-sixth Meeting, 30 June-2 July*. Programme Coordinating Board. Geneva: UNAIDS.
- UNDP (United Nations Development Programme). 2015. *Confronting the Gender Impact of Ebola Virus Disease in Guinea, Liberia and Sierra Leone*. UNDP Africa Policy Note. 2(1).

- UNDP (United Nations Development Programme). 2015a. *Recovering from the Ebola Crisis*. www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/crisis-prevention-and-recovery/recovering-from-the-ebola-crisis---full-report.html. Accessed 7 October 2015.
- UNFPA. n.d. *HIV/AIDS and Gender Factsheets*.
- UNFPA. 2015. Abu Dhabi Declaration. www.unfpa.org/events/third-united-nations-world-conference-disaster-risk-reduction. Accessed November 3.
- UNFPA. 2015a. *Women & Girls Safe Spaces: A Guidance Note on the Lessons Learned from the Syrian Crisis*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2015b. *Young People on the Frontlines of Crisis*. <https://www.worldhumanitariansummit.org/file/504128/download/549328>. Accessed 11 September 2015.
- UNFPA. 2014. *UNFPA Situation Report for the Gaza Crisis—November 2014*.
- UNFPA. 2012. *Managing Gender-based Violence Programmes in Emergencies*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2012a. *Marrying Too Young*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2010. *State of World Population 2010—From Conflict and Crisis to Renewal: Generations of Change*. New York: UNFPA.
- UNFPA and Save the Children. 2009. *Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings*. New York: UNFPA.
- UNFPA and Women's Refugee Commission. 2015. *Young People on the Frontlines of Crisis*.
- UNFTS (United Nations Financial Tracking System). 2015. www.fts.unocha.org. Accessed 5 September 2015.
- UN-HABITAT (United Nations Human Settlements Programme) 2013. *State of the World's Cities Report 2012/2013: Prosperity of Cities*. Nairobi: UN-HABITAT.
- UNHCR (United Nations High Commissioner for Refugees). 2015. *Global Trends: Forced Displacement in 2014*. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees.
- UNHCR (United Nations High Commissioner for Refugees). 2011. *Driven by Desperation: Transactional Sex as a Survival Strategy in Port-au-Prince IDP Camps*.
- UNHCR (United Nations High Commissioner for Refugees). 2011a. *Working with Persons with Disabilities in Forced Displacement*. Need to Know Guidance 1. Geneva: UNHCR.
- UNICEF. 2015. *Humanitarian Action for Children*. New York: UNICEF.
- UNIFEM. 2010. *Pakistan Floods 2010—Summary Report: Rapid Gender Needs Assessment of Flood-affected Communities*.
- UNISDR (United Nations International Strategy for Disaster Reduction). 2015. *Making Development Sustainable: The Future of Disaster Risk Management. Global Assessment Report on Disaster Risk Reduction*. Geneva: United Nations Office for Disaster Risk Reduction (United Nations International Strategy for Disaster Reduction).
- UNISDR (United Nations International Strategy for Disaster Reduction). 2015a. *Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030*. Geneva: United Nations Office for Disaster Risk Reduction.
- UNISDR (United Nations International Strategy for Disaster Risk Reduction). 2014. *UNISDR's Annual Report 2014*. Geneva: United Nations, March 2015.
- UNISDR (United Nations International Strategy for Disaster Risk Reduction). 2005. *Hyogo Framework for Action 2005-2015: Building the Resilience of Nations and Communities to Disasters*. New York: United Nations Office for Disaster Risk Reduction.
- United Nations. 2015. *Addis Ababa Action Agenda of the Third International Conference on Financing for Development*, Conference report, Addis Ababa, July.
- United Nations. 2015a. *Millennium Development Goals Report 2015*. New York: United Nations.
- United Nations. 2015b. *Report of the Secretary-General International Cooperation on Humanitarian Assistance in the Field of Natural Disasters, from Relief to Development*. New York: United Nations General Assembly.
- United Nations. 2015c. *Strengthening of the Coordination of Emergency Humanitarian Assistance of the United Nations. Report of the Secretary-General*. New York: United Nations General Assembly, Economic and Social Council.
- United Nations. 2015d. *Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development*.
- United Nations. 1995. *Report of the Fourth World Conference on Women, Beijing, 4-15 September*. New York: United Nations.
- United Nations. 1994. *International Conference on Population and Development Programme of Action*. New York: United Nations.
- United Nations Human Rights Council. 2012. *Thematic study on the issue of violence against women and girls and disability: Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights*. Twentieth session. A/HRC/20/5.
- United Nations Human Rights Council. 2011. *Report of the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences, Rashida Manjoo*. Seventeenth session. A/HRC/17/26.
- United Nations Intergovernmental Committee of Experts on Sustainable Development Financing. 2014. *Report of the Intergovernmental Committee of Experts on Sustainable Development Financing*, New York, August. <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/4588FINAL%20REPORT%20ICESDF.pdf>. Accessed 5 September 2015.

- United Nations Iraq. 2014. *SRSB Bangura and SRSB Mladenov Gravely Concerned by Reports of Sexual Violence against Internally Displaced Persons*. Statement. www.uniraq.org/index.php?option=com_k2&view=item&id=2373:srsb-bangura-and-srsb-mladenov-gravely-concerned-by-reports-of-sexual-violence-against-internally-displaced-persons&Itemid=605&lang=en. Accessed 28 August 2015.
- UNOCHA (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs). 2015. "Humanitarian Assistance." www.un.org/en/sections/priorities/humanitarian-assistance/index.html. Accessed 1 September 2015.
- UNOCHA (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs). 2014. *World Humanitarian Data and Trends 2014*, Geneva, March, 2013. www.unocha.org/data-and-trends-2014/downloads/World%20Humanitarian%20Data%20and%20Trends%202014.pdf. Accessed 5 September 2015.
- UN Women. 2015. *Reaching Out to Survivors of Violence in Post-earthquake Nepal*. www.unwomen.org/en/news/stories/2015/7/reaching-out-to-survivors-of-violence-in-post-earthquake-nepal#sthash.BRG48Ej3.dpuf. Accessed 12 August 2015.
- UN Women. 2015a. *The Effect of Gender Equality Programming on Humanitarian Outcomes*. New York: UN Women.
- UN Women. 2013. "Gender-based violence and child protection among Syrian refugees in Jordan, with a focus on early marriage." Inter-agency assessment. Amman: UN Women.
- United Nations Security Council. 2015. "Conflict-related sexual violence: Report of the Secretary-General." S/2015/203.
- WHO (World Health Organization). 2012. *Integrating Sexual and Reproductive Health into Health Emergency and Disaster Risk Management*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (World Health Organization). 2002. *Gender and Health in Disasters*. Geneva: Department of Gender and Women's Health.
- Winderl, T. 2014. *Disaster Resilience Measurements—Stocktaking of Ongoing Efforts in Developing Systems for Measuring Resilience*.
- Wisner, B. 2006. *Let our children teach us! A review of the role of education and knowledge in disaster risk reduction*. A report by the ISDR System Thematic Cluster/Platform on Knowledge and Education. Bangalore: Books for Change.
- Women's Refugee Commission. 2014. *I'm here: Adolescent Girls in Emergencies: Approach and tools for improved response*. New York: WRC.
- Women's Refugee Commission. 2014a. *The Woman can Decide for Herself": The Intersection of Sexual and Reproductive Health and Disability for Refugees in Kakuma Refugee Camp, Kenya*. New York: Women's Refugee Commission.
- Women's Refugee Commission. 2013. *Gender-based Violence among Displaced Women and Girls with Disabilities: Findings from Field Visits 2011–2012*.
- Women's Refugee Commission. 2004. *Life Saving Reproductive Health Care in Chad: Ignored and Neglected*. New York: Women's Refugee Commission.
- Women's Refugee Commission et al. 2012. *Adolescent Sexual and Reproductive Health Programs in Humanitarian Settings: An In-depth Look at Family Planning Services*. New York: Women's Refugee Commission, Save the Children, UNHCR and UNFPA.
- Wood, E. J. 2015. *Conflict-related sexual violence and the policy implications of recent research*. International Review of the Red Cross.
- World Bank. 2015a. *Fragility, Conflict and Violence*. www.worldbank.org/en/topic/fragilityconflictviolence/overview#1. Accessed 5 September 2015.
- World Bank. 2015b. *Global Monitoring Report 2014/2015: Ending Poverty and Sharing Prosperity*. Washington, DC: World Bank.
- World Bank. 2013. *Turn Down the Heat: Climate Extremes, Regional Impacts, and the Case for Resilience*. Washington, DC: World Bank.
- World Vision. n.d. *Global Health—Nutrition: Supporting Breastfeeding in Emergencies: The Use of Baby-Friendly Tents*.
- World Vision UK. 2013. *Untying the Knot: Exploring Early Marriage in Fragile States*. World Vision UK Research Report. London: World Vision UK.
- Wulf, D. 1994. *Refugee Women and Reproductive Health Care: Reassessing Priorities*. New York: Women's Commission for Refugees.



AZIONE UMANITARIA

L'azione umanitaria fornisce servizi salva vita e facilita il ritorno alla normalità di persone e comunità colpite da catastrofi di origine naturale o causate dall'essere umano. Mira inoltre a diminuire l'impatto distruttivo di disastri ed emergenze complesse.



CONSEGUENZA DIRETTA O INDIRETTA

Una conseguenza diretta è la morte o altro effetto negativo verificatosi direttamente e principalmente a causa di un disastro. Una conseguenza indiretta è la morte o altro effetto negativo che si è verificato come un risultato eventuale, ma non immediato, di un singolo evento distruttivo. Generalmente, le conseguenze indirette possono essere identificate a livello di popolazione, mentre le conseguenze dirette si possono osservare a livello individuale. Per esempio, se il tasso di mortalità aumenta dopo un evento e non vi è altra ragione che possa giustificare questo aumento, queste morti addizionali saranno considerate come una conseguenza indiretta dell'evento in questione.



CRISI UMANITARIA

Un evento o una serie di eventi che rappresentano una minaccia per la salute, la sicurezza o il benessere di una comunità o altro grande gruppo di persone, di solito su un vasto territorio. Conflitti armati, epidemie, carestie, calamità naturali e altri grandi emergenze possono implicare o condurre a una crisi umanitaria.



DIRITTI UMANI

Tutti i diritti umani si fondano sulla dignità e il valore propri di ogni essere umano. Il concetto di diritto umano riconosce che ogni persona ha il diritto di godere dei suoi diritti umani senza distinzioni di razza, colore, sesso, lingua, religione, opinione politica o altro, origine nazionale o sociale, ricchezza, nascita o altro status.



DISASTRO NATURALE

Avvenimento di grande ampiezza che distrugge la vita e/o i beni. Perché un evento sia classificato come tale dal Centro per la Ricerca sull'Epidemiologia dei Disastri, riconosciuto a livello internazionale, deve rispondere ad almeno uno dei seguenti criteri:

- Dieci o più persone uccise.
- Un centinaio o più persone colpite
- Una dichiarazione di stato di emergenza.
- Una richiesta di assistenza internazionale.

I disastri naturali includono siccità, terremoti, epidemie, caldo o freddo estremo, inondazioni, tempeste, tsunami, eruzioni vulcaniche e incendi.



PERSONE COLPITE DA UN CONFLITTO O DISASTRO

Persone che, durante una situazione di emergenza, hanno bisogno di un'assistenza immediata in grado di soddisfare i bisogni fondamentali necessari allo loro sopravvivenza, come cibo, acqua, rifugio, igiene e assistenza medica.



RIFUGIATO

Una persona che ha lasciato il proprio paese di origine, a causa di un fondato timore di essere perseguitata per

motivi di etnia, religione, nazionalità, appartenenza a un determinato gruppo sociale o opinioni politiche, e che non può o non vuole, a causa di tale timore, avvalersi della protezione di quel paese.



RISPOSTA UMANITARIA

Assistenza materiale e logistica data alle persone, per rispondere ai bisogni causati da un conflitto o un disastro, fornita in seguito all'appello del governo o di organizzazioni internazionali.



SFOLLATI INTERNI

Persone costrette o obbligate a fuggire o lasciare le proprie case, i luoghi di residenza abituale, soprattutto a causa di un conflitto armato, situazioni di violenza generalizzata, violazioni dei diritti umani o disastri di origine naturale, o causati dall'essere umano, o per evitare le conseguenze di questi eventi, che non hanno attraversato le frontiere di uno Stato, riconosciute a livello internazionale.



SITUAZIONE D'URGENZA COMPLESSA

Una crisi umanitaria multidimensionale, in un paese, regione o comunità, che ha prodotto un considerevole o totale crollo dell'autorità, in seguito a un conflitto interno o internazionale, e che richiede una risposta multisettoriale e internazionale che va al di là del mandato o della capacità di un solo organismo o del programma paese delle Nazioni Unite in corso. Queste emergenze hanno un effetto devastante soprattutto per i bambini e le donne e richiedono un insieme di interventi complessi.



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

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



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