

CONTRO LA MIA VOLONTÀ

AFFRONTARE

LE PRATICHE DANNOSE
PER IL RAGGIUNGIMENTO
DELL'UGUAGLIANZA
DI GENERE

Ми Гверпа

ZERO TOLERANCE

AGAINST WOMEN

Ali to nisam

naha anay intsony.
ny ihany.

Mbola te hianatra

da se

ome vola be an'ny namako

I was a Child Bride

zavatra izay mety manahitana

aho, ary nanofany tiano

ny fianarana ananolo

ky dia dahony

sahin'ny moa

foana aho (san'andro, nam

البيان



LO STATO DELLA POPOLAZIONE NEL MONDO 2020

Lo stato della popolazione nel mondo 2020

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

CAPOREDATTORE

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

TEAM EDITORIALE

Redattore: Richard Kollodge

Redattrice articoli di approfondimento: Rebecca Zerzan

Redattrice associata: Katie Madonia

Responsabile per l'edizione digitale: Katie Madonia

Consulente per l'edizione digitale: Hanno Ranck

Pubblicazione e design web interattivo: Prographics, Inc.

CONSULENTE E PER LA RICERCA

Gita Sen

CONSULENTI TECNICI UNFPA

Satvika Chalasani

Nafissatou Diop

Mengjia Liang

Kathrin Weny

RICERCATORI/RICI E AUTORI/RICI

Daniel Baker

Stephanie Baric

Christophe Z. Guilmoto

Gretchen Luchsinger

Kathleen Mogelgaard

Bruce Rasmussen

Mindy Roseman

MATERIALE GRAFICO E COMPOSIZIONI

Progetto della copertina e composizioni a pagina 8, 14, 40, 64, 94, 115 di Tina Larson. Queste composizioni includono materiale grafico e foto di: Andrea Paola Fonseca Chachín, Honduras; Cynthia Oningoi, Kenya; Daniel Quesada-Rebolledo, Horizons of Friendship; Dashni Murad, artista e attivista, Iraq; Elizabeta, 15 anni, Bosnia - Herzegovina; Fatma Mahmoud Salama Raslan, Egypt; Lightfield Studios; Sandra Al Moussa, Syria Y-Peer; Sufian Abdul-Mouty, UNFPA Sudan; Plan International; Maia Bobo in partnership con TackleAfrica, Burkina Faso.

Logo e caratteri delle citazioni di Joe Nasatka.

Materiale grafico originale alle pagine 24, 58, 88, 104, 117, 126 e 128 dell'artista egiziana Fatma Mahmoud Salama Raslan.

RINGRAZIAMENTI

Per aver condiviso momenti della loro vita in questo rapporto, UNFPA ringrazia:

Janoghlan Ilyasov (Azerbaijan); Arelis Cortés (Colombia); Randa Diaa, Dr. Hania Sholkamy (Egypt); Abebech Kabla, Boge Porre (Ethiopia); Jasbeer Kaur, Mandeep Kaur, Pardeep Kaur, Sandeep Kaur (India); Suci Maesaroh (Indonesia); Cho, Dr. Eun Ha Chang, Kyung-Jin Oh (Republic of Korea); Rhobi Samwelly (Tanzania); Angeli Gajadhar, Brenda Gopeesingh, Dr. Gabrielle Hosein, Dr. Peter Douglas Weller, Kevin Liverpool, Marcus Kisson (Trinidad and Tobago); Sherry Johnson, Donna Pollard, Sara Tasneem (USA).

I colleghi e le colleghe UNFPA e altre persone in tutto il mondo hanno collaborato alla stesura di articoli di approfondimento e altri contenuti o fornito indicazioni tecniche: Kamran Aliyev, Liliana Arias, Esther Bayliss, Nilanjana Bose, Shobana Boyle, May El Sallab, Ingrid Fitzgerald, Rose Marie Gad, Abraham Gelew, Celeste Hibbert, Sina Jones, Diego Muñoz, Meron Negash, Lucky Putra, Dalia Rabie, Aurora Noguera-Ramkissoon, Samidjo, Casey Swegman, Jeanne Smoot e Bright Warren.

UNFPA ringrazia anche le donne e le ragazze del mondo che hanno condiviso i propri pensieri e immagini disegnate a mano per esprimere le proprie opinioni ed esperienze come sopravvissute alle pratiche dannose.

I redattori ringraziano la Divisione per la popolazione e lo sviluppo di UNFPA per aver messo a disposizione i dati regionali aggregati per la sezione degli indicatori di questo rapporto. Le fonti dei dati per gli indicatori del rapporto sono state fornite dalla Divisione per la Popolazione del Dipartimento per gli affari economici e sociali delle Nazioni Unite, dall'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'Educazione, la Scienza e la Cultura, dall'UNICEF e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Susan Guthridge-Gould ha fornito un servizio inestimabile di scrittura e editing e la società Scriptoria communication services ha rivisto le bozze e verificato la corrispondenza di citazioni e riferimenti bibliografici.

MAPPE E DEFINIZIONI

Le definizioni utilizzate e la presentazione del contenuto nelle mappe di questo rapporto non implicano in nessun modo l'espressione di qualsivoglia opinione da parte di UNFPA per quanto riguarda lo status giuridico di ogni paese, territorio, città o area e le autorità preposte, o per quanto riguarda la delimitazione di frontiere o confini. Una linea tratteggiata rappresenta approssimativamente la "Linea di controllo" dello Stato del Jammu e Kashmir concordata da India e Pakistan. Lo stato definitivo di Jammu e Kashmir non è stato concordato dalle parti. I riferimenti al Kosovo devono essere intesi nel contesto della Risoluzione del Consiglio di sicurezza delle Nazioni Unite 1244 (1999).

©UNFPA 2020

UNFPA

ASSICURARE DIRITTI E POSSIBILITÀ DI SCELTA PER TUTTI E TUTTE



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

Editing: Giovanna Ermini e Serena Fiorletta

Traduzione a cura di Anna Tagliavini

Impaginazione: Simona Ferri

Stampa: Litostampa 3B

Ufficio stampa: press@aidos.it



LO STATO DELLA POPOLAZIONE NEL MONDO 2020

CONTRO LA MIA VOLONTÀ

AFFRONTARE

LE PRATICHE DANNOSE
PER IL RAGGIUNGIMENTO
DELL'UGUAGLIANZA
DI GENERE

Sebbene le **PRATICHE**
DANNOSE possano
assumere **forme**
anche molto diverse,
RAPPRESENTANO
sempre una **VIOLAZIONE**
dei **DIRITTI** di donne
e bambine.

INDICE

COSTRETTE, RIFIUTATE, TAGLIATE

La crisi silenziosa ed endemica delle pratiche dannose

PAGINA 6

NEGATI, REVOCATI, VIOLATI

Abusi e diritti umani

PAGINA 14

INDESIDERATE, TRASCURATE, ELIMINATE

I diritti violati dalla preferenza per il figlio maschio

PAGINA 40

TAGLIATE, RASCHIATE, CUCITE

Mutilazioni genitali femminili: l'approvazione sociale di una violenza di genere

PAGINA 64

PROMESSE, CEDUTE, SCAMBIATE, VENDUTE

Ogni giorno i matrimoni precoci mettono in pericolo 33.000 vite

PAGINA 94

LA SFIDA

Azioni per un mondo libero dalle pratiche dannose

PAGINA 114

AGIRE PER METTERE

FINE

agli

abusi

Decine di migliaia di bambine e ragazze ogni giorno vengono private della salute, dei diritti, del proprio futuro.

Alcune sono sottoposte alle mutilazioni genitali, costrette al "matrimonio" quando sono ancora bambine, altre abbandonate, trascurate o lasciate morire di fame per il solo fatto di essere femmine...

Spesso i genitori che sottopongono le figlie a una pratica dannosa sono mossi dalle migliori intenzioni. Ritengono, erroneamente, che le mutilazioni genitali femminili favoriscano l'accettazione nelle comunità in cui la pratica è largamente diffusa. Pensano che far sposare una bambina sia una garanzia per il suo futuro. Alcuni non si rendono conto dei rischi per la salute fisica e psicologica che questo comporta.

Ma le buone intenzioni non significano molto per le bambine costrette a lasciare la scuola e rinunciare alle amicizie a causa di un matrimonio forzato, o per chi dovrà affrontare tutta la vita una serie di problemi di salute per le conseguenze delle mutilazioni subite durante un rito di passaggio.

Nel 1994, nel corso della ICPD - la Conferenza Internazionale su Popolazione e Sviluppo - rappresentanti dei governi del mondo intero hanno chiesto l'accesso ai servizi di salute sessuale e riproduttiva per tutte le persone, invocando con forza l'abbandono delle pratiche dannose. Un anno dopo, alla IV Conferenza mondiale sulle donne, i governi hanno ribadito tale necessità.

Benché si siano fatti progressi nel rallentare la diffusione, per via della crescita della popolazione il numero assoluto delle ragazze che subiscono tali pratiche in realtà è in aumento. È evidente che promesse e risoluzioni non bastano a eradicarle una volta per tutte. Oggi servono reali cambiamenti e risultati concreti.

Lo scorso anno, durante il Summit di Nairobi in occasione di ICPD25, delegate/i di

governi, organizzazioni della società civile, agenzie per lo sviluppo e settore privato hanno preso l'impegno, di andare oltre le mere promesse, di mettere fine alla domanda inevasa di contraccettivi, alle morti materne evitabili, alle violenze di genere e alle pratiche dannose.

Quest'anno inizia un "decennio di azione" volto a conseguire, entro il 2030, gli Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile tra i quali, nel target 5.3, c'è l'eliminazione delle pratiche dannose. È il momento di fare pressioni perché si possa raggiungere l'obiettivo e tutelare milioni di donne e bambine che vedono minacciata la loro integrità fisica. Il cammino in questa direzione deve avere un ritmo più sostenuto.

I governi devono rispondere al dovere di tutelare donne e bambine. I trattati sui diritti umani come, per esempio, la Convenzione sui diritti dell'infanzia, impongono di "adottare tutte le misure efficaci e adeguate al fine di abolire le pratiche che mettono a repentaglio la salute delle/dei bambine/i".

Azzerarle non sarà facile, ma è senz'altro possibile. Sappiamo che alcune sono in vigore da lungo tempo, ma si può - si deve - cambiare. Il primo passo per modificare le mentalità e le norme sociali consiste nell'informare i genitori, illustrando le conseguenze che le pratiche dannose comportano per le figlie, nonché quali benefici derivino alle famiglie e alle comunità quando le ragazze sono sane e autonome, quando i loro diritti sono rispettati. Sappiamo che le azioni volte ad assicurare pari opportunità a donne, uomini, bambine e bambini in tutti gli ambiti dell'esistenza possono contribuire a modifi-

care e trasformare tradizioni secolari nocive. Sappiamo che smantellare i sistemi patriarcali che impediscono alle donne di possedere ed ereditare beni immobili aiuta a smontare anche l'istituto del matrimonio forzato e precoce. Sappiamo che cosa funziona.

Siamo anche consapevoli di quanto costerebbe mettere fine alle due pratiche dannose più diffuse, le mutilazioni genitali femminili e il matrimonio precoce: secondo le stime, con una media di 3,4 miliardi di dollari l'anno, ben spesi, dal 2020 fino al 2030 compreso, si possono prevenire le sofferenze di 84 milioni di ragazze.

Forti di questa consapevolezza, con il sostegno di accordi internazionali per i diritti umani, grazie ai nuovi impegni sottoscritti da governi e società civile, abbiamo il potere di sfidare il perpetuarsi di questi fenomeni e costruire un mondo in cui ciascuna donna e bambina sia libera di realizzare il proprio futuro.

Dai primi mesi del 2020 il mondo si trova ad affrontare una pandemia senza precedenti: il Covid-19 infuria su tutto il pianeta, mietendo vittime e sprofondando nel caos intere società ed economie nazionali. In questo momento di avversità, UNFPA intende continuare a tutelare la salute e i diritti di donne e bambine, in tutte le società e paesi in cui lavora.

Dr. Natalia Kanem
Sottosegretaria generale e direttrice
esecutiva di UNFPA,
Fondo delle Nazioni Unite
per la Popolazione

COSTRETTE

RIFIUTATE

TAGLIARE

LA CRISI endemica
e silenziosa **DELLE**
pratiche dannose

DROITIS

M



**È una merce
di scambio.**

**Un oggetto
del desiderio.**

**Un peso di cui
sbarazzarsi.**

**Una fonte
di lavoro gratuito.**

È una BAMBINA.

Significa che, nonostante sia per nascita titolare di diritti umani, il suo corpo, la sua vita e il suo futuro non le appartengono.

Viviamo in un mondo in cui le dinamiche di potere e la libertà di scelta sono tuttora condizionate dal genere. La maggior parte delle donne e delle bambine affrontano diverse, per non dire molte, discriminazioni che ostacolano l'uguaglianza. Tra le tante cause e conseguenze della discriminazione di genere, le pratiche dannose sono tra le più insidiose.

Benché producano danni gravi e spesso irreversibili, sono vissute come norma o considerate addirittura benefiche. In molti casi, in tal modo, si vive sin dalla nascita la limitazione di autonomia e uguaglianza – è incarnata nel corpo e nella mente della bambina o dell'adolescente che ha vissuto il trauma. Una volta adulta, e per tutta la vita, vengono compromesse le possibilità di avere un'istruzione, partorire in sicurezza, garantirsi un reddito dignitoso, rivendicare i propri diritti.

I matrimoni precoci e forzati e le mutilazioni genitali femminili (MGF) sono tra gli esempi più noti ed evidenti di pratiche dannose generate dalla privazione di potere e diritti di donne e bambine, violazioni che a loro volta aggravano il divario di genere. Pur con molte varianti, tali pratiche sono estremamente diffuse in tutte le regioni del mondo, non solo nei paesi in via di sviluppo ma anche in quelli industrializzati. Non c'è paese che possa dichiararsi del tutto estraneo alla questione. Se alcune usanze, come i matrimoni precoci, possono riguardare anche i ragazzi, nella stragrande maggioranza coinvolgono milioni di donne e bambine.

Mettere fine alle pratiche dannose entro il 2030 in ogni paese e comunità – un obiettivo di UNFPA, nonché uno dei target chiave degli Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile – richiederà rapidi cambiamenti di quelle mentalità che tuttora giustificano la violenza contro donne e bambine, negandogli diritti e autonomia fisica. È indispensabile anche una trasformazione dei sistemi economici, scolastici, legali e di tutela della salute che intersecano tali norme e che continuano a riflettere discriminazioni di genere, perpetuando le conseguenze negative.

Diversi studi indicano che le ragazze più giovani, consapevoli dei propri diritti, rifiutano come mai prima d'ora le pratiche dannose (UNICEF, 2020). L'accordo globale per porvi fine è stato

siglato da molto tempo, anche uomini e ragazzi sono più disposti a mettere in discussione le disparità di genere, promuovendo cambiamenti che porteranno benefici a tutte e tutti (Commission on the Status of Women, 2020).

Violazione dei diritti

Le pratiche dannose hanno una vasta diffusione e riguardano aree molto ampie, su scala nazionale o macro-regionale, a volte seguono il percorso delle migrazioni internazionali; altre, invece, si nascondono nelle comunità più isolate (Banda e Atansah, 2016). Il presente rapporto si concentra su tre di queste – le mutilazioni genitali femminili, i matrimoni precoci e la preferenza per i figli maschi – fenomeni da tempo denunciati, non solo negli accordi internazionali sui diritti umani, ma in molte legislazioni e carte costituzionali, strettamente correlati alla salute e ai diritti sessuali e riproduttivi. Tali pratiche, che possono assumere forme molto diverse, rappresentano sempre una violazione dei diritti di donne e bambine.

Alcune si possono “spiegare” facendo riferimento a tradizione, religione o cultura. A un primo sguardo appaiono supportate anche da buone intenzioni. La famiglia di una bambina può essere sinceramente convinta che farla sposare giovanissima garantirà il suo futuro economico o la proteggerà da violenze sessuali. Le mutilazioni genitali assicurano effettivamente la sua accettazione nella comunità come donna adulta.

Ma tutte le pratiche dannose si possono ricondurre al minore valore e considerazione dei diritti e del benessere di donne e bambine rispetto agli uomini e ai bambini. Donne e ragazze, di conseguenza, hanno meno possibilità di scelta e maggiori probabilità di subire decisioni altrui, che le sottopongono al controllo degli uomini in ambito sessuale, legale ed economico.

Numerosi trattati internazionali sui diritti umani, oltre a vari accordi firmati da quasi tutti gli Stati del mondo, impongono ai governi di agire per mettere fine a tali pratiche. La Convenzione per l'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne, per esempio, ingiunge di intraprendere ogni misura adeguata al fine di eliminare i pregiudizi e le pratiche basate sulla discriminazione di genere. Il Programma d'Azione della Conferenza su popolazione e sviluppo del 1994 riconosce espressamente le mutilazioni genitali femminili come una violazione dei diritti fondamentali, da vietare ovunque.

Pratiche dannose possono essere perpetrate da familiari, comunità religiose, personale dei ser-

vizi sanitari, imprese e persino istituzioni statali. A prescindere da chi le esegue, i governi sono tenuti a sradicarle. Questo spesso significa andare oltre il divieto formale – per quanto fondamentale – imposto dalla legge. Per conseguire una parità di genere che si concretizzi realmente nella vita quotidiana di donne e bambine è necessario fare una serie di passi per garantire la libertà da questi abusi, trasformare ogni pregiudizio discriminatorio e lo squilibrato rapporto di potere tra uomini e donne.

Un progresso disuguale

Alcune delle pratiche dannose che negli ultimi anni hanno ricevuto un'attenzione sistematica, come il matrimonio precoce e le mutilazioni

Street art a Tegucigalpa, in Honduras.
Per la foto, si ringrazia Daniel Quesada-Rebolledo,
Horizons of Friendship



genitali femminili, cominciano a diminuire nei paesi in cui erano più diffuse. Ma a causa della crescita demografica, se non avremo nel futuro immediato un calo vertiginoso dei *tassi di diffusione*, il *numero effettivo* delle donne e bambine sottoposte a tali pratiche è destinato, in realtà, ad aumentare nei prossimi decenni.

L'insufficiente accelerazione del cambiamento e le pressioni demografiche si uniscono a un

quadro ambivalente sul progresso globale nel raggiungimento dell'uguaglianza di genere. Malgrado i notevoli passi avanti verso la parità di genere, nell'accesso all'assistenza sanitaria e all'istruzione, in tutto il mondo sono ancora palesemente diffuse gravi discriminazioni e fenomeni di emarginazione.

In 57 paesi, solo il 55% delle donne, sposate o conviventi nella fascia di età 15-49 anni, decide liberamente in merito a rapporti sessuali, ricorso ai contraccettivi o se usufruire dei servizi di salute riproduttiva (UNFPA, 2020). Secondo un'altra recente valutazione, occorreranno quasi 100 anni, in media, per colmare effettivamen-

La denuncia contro le MGF in un murale di Fidel Évora a Largo Intendente, Lisbona (Portogallo). ©CML | DPC | José Vicente 2014



te il gap di genere a livello globale, addirittura 257 per la partecipazione nel settore delle attività economiche (World Economic Forum, 2020). Il progresso in questo senso è fortemente rallentato dalle percezioni dell'opinione pubblica. Un sondaggio sull'80% della popolazione mondiale mostra che il 90% degli uomini – e anche molte donne – ha pregiudizi di qualche tipo contro le donne (UNDP, 2020).

Lo scenario più ampio che favorisce la discriminazione è fatto di disuguaglianze in aumento ovunque e di atteggiamenti di esclusione sempre più gravi e diffusi. Queste disparità, trasversali a diverse società e consolidate dagli attuali modelli economici, alimentano divisioni e tensioni sociali, sostengono e aggravano le disuguaglianze di genere: mentre guadagnano terreno deliberati tentativi di compiere dei passi indietro sulla strada che porta all'uguaglianza di genere.



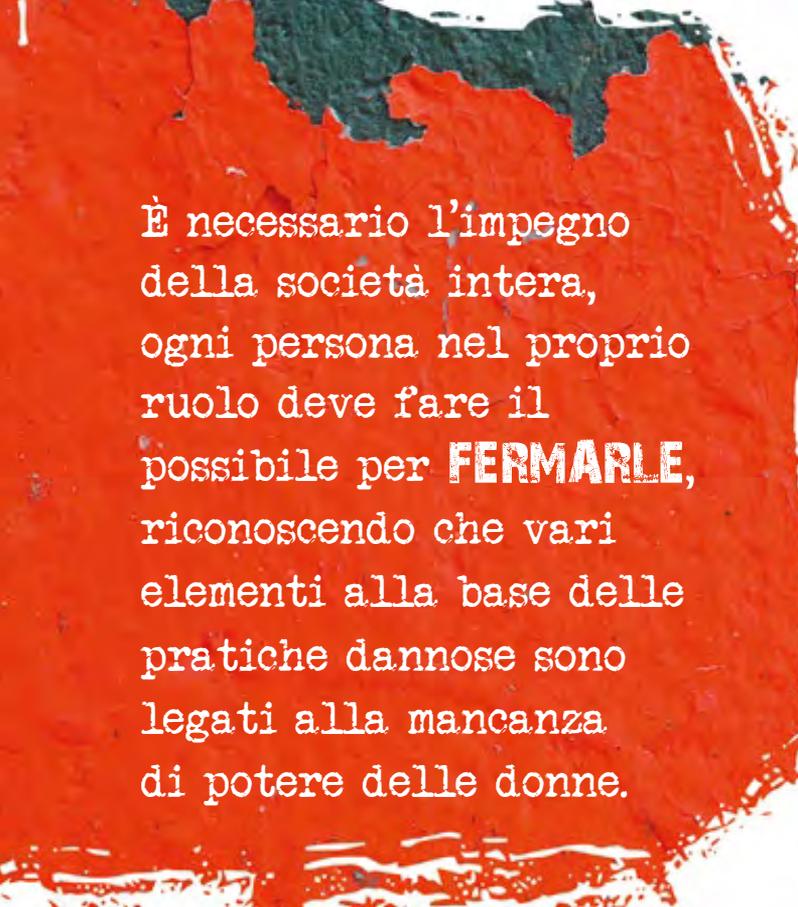
In alcune regioni del mondo sono state incrementate le restrizioni su salute e diritti sessuali e riproduttivi, limitate o eliminate le attività scolastiche di educazione sessuale (Commission on the Status of Women, 2020). Sono ancora più di cento i paesi in cui vige legalmente il divieto per le donne di svolgere determinati lavori (Banca Mondiale, 2018). Ben poco si è fatto per gestire l'influenza crescente delle nuove tecnologie che, se da un lato offrono grandi vantaggi, dall'altro moltiplicano l'esposizione di donne e giovani ai rischi di violenze e abusi (Commission on the Status of Women, 2020).

Le pratiche dannose tendono ad andare di pari passo con l'aggravarsi di pressioni, quali le disparità economiche e le situazioni di conflitto, oltre che nelle sempre più importanti crisi legate ai cambiamenti climatici. Le misure di austerità rischiano di produrre ulteriori tagli nei finanziamenti pubblici dei servizi sociali e per la salute da cui dipendono soprattutto le comunità più povere e le donne a basso reddito. Entro il 2021 circa 5,8 miliardi di persone vivranno in paesi indeboliti dai piani di austerità: 2,9 miliardi sono donne e bambine, ovvero circa i tre quarti dell'intera popolazione femminile mondiale (Commission on the Status of Women, 2020).

Conseguenze a catena

Spesso la pratica dannosa è un evento unico. Si costringe la bambina ad aprire le gambe e si asportano alcune parti dei genitali. La sposa bambina dall'abito sfarzoso recita senza espressione le promesse nuziali. Ma quel momento traumatico, intriso di dolore, si propaga poi su tanti altri aspetti della vita. Le pratiche dannose causano conseguenze a catena.

Se si insegna a bambine e ragazze che il loro corpo esiste principalmente per il piacere degli uomini che lo controllano, gli si nega la conoscenza dei propri diritti. Le violazioni si ripercuotono



È necessario l'impegno della società intera, ogni persona nel proprio ruolo deve fare il possibile per **FERMARLE**, riconoscendo che vari elementi alla base delle pratiche dannose sono legati alla mancanza di potere delle donne.

su vari fronti negando diversi diritti umani: la parità e la non-discriminazione, la sicurezza e l'autonomia decisionale. Spesso sono negati anche i diritti alla salute sessuale e riproduttiva e all'istruzione, oltre alle opportunità di lavorare e guadagnarsi da vivere.

Molti di questi danni difficilmente sono misurabili in modo empirico, nondimeno costituiscono violazioni dei diritti umani, in quanto insorgono da norme discriminatorie di genere che perpetuano la disuguaglianza. Inoltre sono inflitti a donne e bambine a prescindere dal loro consenso.

Le ripercussioni possono essere immediate e a lungo termine, fisiche e psicologiche. La bambina sottoposta a mutilazioni genitali va incontro immediatamente a dolori atroci e al rischio di infezioni ed emorragie che possono anche por-

tare alla morte. Per tutta la vita dovrà combattere con una serie di problemi tra cui infezioni dell'apparato riproduttivo, problemi cronici alla schiena, rapporti sessuali dolorosi, perdita del piacere sessuale, difficoltà nel partorire. Avrà più probabilità, rispetto a una coetanea non colpita dalla pratica, di sviluppare patologie come il disturbo da stress post-traumatico.

La bambina costretta al matrimonio precoce finisce nella maggior parte dei casi per interrompere gli studi, riducendo drasticamente le future possibilità di guadagno e di autonomia. Spesso si ritrova socialmente isolata e incline alla depressione. Inoltre, a differenza di un ragazzo nella stessa condizione, può andare incontro a una gravidanza, voluta o meno, prima di essere fisicamente pronta, il che comporta rischi e danni per lei e la prole.

Dove vige un'altra pratica dannosa, la preferenza per i figli maschi, a volte la selezione in favore di questi ultimi avviene prima della nascita o in seguito il che significa per la bambine in ridotti tempi di allattamento, alimentazione carente, istruzione inadeguata, vaccinazioni non somministrate. Questo fa sì che, una volta adulte, siano più sprovviste dal punto di vista dell'istruzione, delle possibilità occupazionali, dei diritti politici e dello status familiare.

Le pratiche dannose producono tragiche ripercussioni non solo sulle persone direttamente colpite ma anche sulla società in generale. I matrimoni precoci hanno un legame strettissimo con livelli più alti di fecondità e con il perpetuarsi della povertà da una generazione all'altra. Compromettono inoltre lo sviluppo di forza lavoro qualificata e produttiva, il che incide direttamente sullo stato di salute dell'economia nazionale di un paese.

La preferenza per i figli maschi ha già portato a enormi squilibri nel numero di donne e uomi-

ni adulti, cosicché molti uomini non trovano una compagna e non diventano genitori. Tutto questo spesso fa aumentare i rischi di violenze contro le donne, alimenta il traffico degli esseri umani e rende le donne ulteriormente vulnerabili ad altre conseguenze (Kaur, 2013). Ma soprattutto la preferenza per i maschi perpetua, nelle sue tante manifestazioni, gli atteggiamenti negativi nei confronti di donne e bambine, cosa che a sua volta produce altre gravi ripercussioni.

Raggiungere il grado zero

L'uguaglianza di genere è uno degli Obiettivi ufficiali dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile, che chiede esplicitamente la fine di tutte le forme di discriminazione, violenza e pratiche dannose contro donne e bambine, in ogni parte del mondo. Nel 2019 al Summit di Nairobi per ICPD25, nell'ambito delle celebrazioni per il venticinquesimo anniversario della Conferenza del Cairo, le/i partecipanti hanno ribadito il loro impegno, per ridurre a zero le pratiche dannose. Nel 2020 il venticinquesimo anniversario della Quarta conferenza mondiale sulle donne, svoltasi nel 1995, ha dato nuovo impulso alla lotta globale per la parità di genere e l'empowerment delle donne, anche mobilitando le energie e le competenze informatiche della nuova generazione di femministe e attiviste che in tutto il mondo fanno sentire la loro voce.

Le pratiche dannose rientrano in un ampio sistema di violenze contro donne e bambine che genera una "crisi silenziosa ed endemica" (Commission on the Status of Women, 2020). Un terzo delle donne subisce, nell'arco della vita, violenze fisiche o sessuali (Commission on the Status of Women, 2020). Malgrado i costanti progressi legislativi e le azioni per mettere fine a violenze e pratiche dannose, queste assumono molte forme che restano tuttora invisibili, incomprese e non riconosciute come un problema. La "medicalizzazione" delle MGF, per cui

a eseguire la pratica è personale sanitario qualificato; casi di "vendita" di spose bambine sui social media; tecnologie sviluppate per la salute riproduttiva utilizzate per consentire preferenze discriminatorie in favore dei figli maschi: sono tutti segnali preoccupanti di come le pratiche dannose, che spesso hanno origine in tempi antichi, si stiano evolvendo per continuare a propagarsi nel mondo moderno.

Una speranza è data dal cambiamento di mentalità dell'opinione pubblica. In un periodo in cui alcuni movimenti nati dai social media hanno ottenuto grande risonanza, rompendo l'annoso silenzio intorno alle molestie e agli abusi sessuali, nuovi studi rivelano che nei paesi colpiti dalle MGF sette donne su dieci ritengono che la pratica debba finire. Le voci contrarie e la forza dell'opposizione sono in crescita; alcune analisi indicano che le adolescenti hanno almeno il 50% di probabilità in più, rispetto alle donne adulte e anziane, di opporsi alla pratica (UNICEF, 2020).

Raggiungere il grado zero delle pratiche dannose richiede un progresso molto più rapido. È necessario l'impegno della società intera, ogni persona nel proprio ruolo deve fare il possibile per fermarle, riconoscendo che vari elementi alla base delle pratiche dannose sono legati alla mancanza di potere delle donne. Le comunità locali devono proteggere le loro figlie. Le ragazze devono poter frequentare scuole di buon livello, conoscere i propri diritti e possibilità, devono poter parlare liberamente di desideri ed esigenze. I servizi pubblici devono favorire l'equa distribuzione del lavoro non retribuito richiesto dalla gestione familiare, in particolare il lavoro domestico e assistenziale, per mettere fine alle discriminazioni di genere all'interno della famiglia. Le politiche economiche devono assicurare a ogni donna la possibilità di un'esistenza decorosa all'insegna dell'autonomia, della dignità e della libertà di scelta.

NEGATI REVOCATI VIOLATI

ABUSI E
diritti umani

اهدافنا فلسطين

دوم

على راحتك

التقسيمية

سنة الكبرياء بعد

20



Sono centinaia di migliaia le **BAMBINE che ogni giorno nel mondo, subiscono abusi fisici o psicologici con la piena consapevolezza, anzi con il consenso, di famiglie, amici e società. A volte questi abusi implicano le mutilazioni genitali, spiegate come rito di passaggio verso l'età adulta. A volte invece si cede, vende o scambia una bambina o ragazza in cambio di denaro o di altri beni materiali, chiamandolo "matrimonio". Altre ancora la violenza è più insidiosa, assume la forma della preferenza per i figli maschi rafforzando atteggiamenti negativi sul valore sociale di donne e ragazze, perpetuando la disuguaglianza di genere.**

Queste pratiche dannose, pur diverse tra loro, hanno una caratteristica in comune: sono tutte violazioni dei diritti umani.

Nel corso degli anni la comunità internazionale ha concordato che non possono essere tollerate e che governi, società civile e individui hanno il dovere di porvi fine. Eppure perdurano in tutto il mondo, anche dove esistono leggi che le vietano: le violazioni dei diritti proseguono indisturbate.

Conoscere meglio le conseguenze negative

La pratica dannosa in sé, l'atto che provoca lesioni e che viola il corpo di una ragazza, non si esaurisce ma genera ulteriori conseguenze negative, negando il godimento di molti altri diritti. Il suo impatto si ripercuote a catena su tutta la società e rinforza gli stereotipi di genere e quella disuguaglianza all'origine dell'atto stesso.

Per esperte/i internazionali in materia di diritti umani, il termine “danno” ha una portata e un significato molto ampi. È più di una lesione – fisica, mentale o psicologica – che danneggia una sola persona. È più di un danno economico in mancati guadagni e risparmi. È più di un danno alla reputazione, che rovina la posizione di una persona all'interno della comunità. Queste sono conseguenze che si possono misurare, ma le ripercussioni di un matrimonio precoce o della preferenza per il figlio maschio si estendono ben oltre il singolo individuo e, in sintesi, non sono misurabili.

Secondo le Nazioni Unite, le pratiche dannose hanno spesso lo scopo o l'effetto di “ostacolare il riconoscimento, il godimento e l'esercizio dei diritti umani e delle libertà fondamentali di donne e bambine”, come recitano diverse Convenzioni e Dichiarazioni internazionali.

Le pratiche dannose producono un “impatto negativo” sulla “dignità, sull'integrità fisica, psicosociale e morale oltre che sullo sviluppo, la partecipazione, la salute, l'istruzione e la condizione economica e sociale”, come afferma il Commento Generale del novembre 2014 redatto dai comitati di due delle Convenzioni più importanti in questo campo: la Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia e la Convenzione per l'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne – che qui chiameremo brevemente “Convenzione sui diritti dell'infanzia” e “Convenzione sulle donne”.

La discriminazione è la questione centrale. Le ferite inferte alla dignità sono riconosciute come violazioni dei diritti umani perché si tratta di forme di discriminazione che riducono e limitano la capacità di donne e bambine di partecipare pienamente alla vita della comunità o di sviluppare e raggiungere il loro pieno potenziale.

Le pratiche dannose presentano molti aspetti comuni: scaturiscono da norme sociali che perpetuano il dominio degli uomini sulle donne, dei ragazzi sulle ragazze; hanno alla base la disuguaglianza di donne e bambine causata da pregiudizi basati su sesso, genere, età e altri fattori che si intersecano tra loro. Sono inoltre sempre imposte – a prescindere dal loro consenso – a donne e bambine da altri membri della famiglia, dalla comunità in cui vivono o dalla società in generale.

Gli stereotipi di genere sono parte integrante di queste forme di violenza. Dal punto di vista dei diritti umani sono pericolosi in quanto si basano su “preconcetti in merito ad attributi o caratteristiche posseduti, o che dovrebbero esserlo, o a ruoli ricoperti, o che dovrebbero esserlo, da donne e uomini... preconcetti che limitano la capacità di ciascuno di sviluppare capacità e abilità personali, perseguire la carriera professionale scelta, decidere in modo auto-

nomo della propria vita e dei propri progetti". (Cusak, 2013).

In modo diretto o indiretto, le violazioni sono discriminatorie perché queste pratiche impediscono l'esercizio dei diritti umani e un piano di parità con uomini e ragazzi.

L'elemento comune a tutte queste pratiche è la tacita convinzione che un binario fisso e netto separi gli uomini dalle donne e i bambini dalle bambine, stabilisca ruoli sociali e aspettative gerarchiche, attribuendo maggior valore, economico e morale, agli uomini e ai ragazzi e di conseguenza assegnando un ruolo subordinato a donne e ragazze.

Le famiglie che sottopongono figlie, mogli e madri a pratiche dannose spesso sono mosse dalle migliori intenzioni. I governi, all'interno dell'impegno assunto di mettervi fine, hanno il dovere di impedire che i familiari infliggano queste forme di violenza, nonché di impegnarsi per modificare quelle norme socio-culturali e quella mentalità che legano il destino di una ragazza al matrimonio e alla riproduzione.

Le pratiche dannose violano una serie di diritti umani legati a uguaglianza, sicurezza personale, salute e autonomia decisionale. Tra le pratiche riconosciute come dirette violazioni di questi diritti vi sono le MGF, il matrimonio precoce e la selezione del sesso basata su pregiudizi di genere, atti le cui cause e conseguenze sono ulteriori violazioni dei diritti.

La preferenza per il figlio maschio, pur non costituendo in sé una violazione di diritti umani, induce ad altre pratiche dannose che lo sono, come la selezione prenatale in base al sesso, motivata da pregiudizi di genere. Anche altre pratiche, come quelle concernenti il cibo e i tabù mestruali, suscitano preoccupazioni tra esperte/i di diritti umani.

PRATICHE

considerate dannose in base ai trattati internazionali sui diritti umani

- Delitti cosiddetti "d'onore"
- Accuse di stregoneria
- Costrizioni fisiche/fasciature, marchiature, cicatrici o altre incisioni
- Alterazioni fisiche come dischi labiali o allungamenti del collo
- Stiramento del seno
- Vendita delle spose e violenze correlate al sistema della dote
- Punizioni corporali
- Mutilazioni genitali femminili
- Selezione sessuale per pregiudizi di genere
- Incesti
- Infanticidi
- Tabù alimentari e pratiche tradizionali alla nascita
- Limitazioni o eccessi nell'alimentazione delle bambine
- Lapidazione
- Tabù e pratiche che impediscono alle donne di controllare la loro fertilità
- Riti di iniziazione violenti
- Prove di verginità
- Pratiche correlate alla vedovanza

Diritti umani e Nazioni Unite

La Dichiarazione universale dei diritti umani stabilisce, dal 1948, cosa possono, non possono o dovrebbero fare i governi per ogni individuo, senza discriminazioni. Tutti gli Stati hanno sottoscritto la Dichiarazione che riconosce di comune accordo quali sono i diritti umani e perché devono essere tutelati per tutte le persone ovunque, senza distinzioni di sesso, genere, origine etnica, colore della pelle, religione, nazionalità, linguaggio, disabilità, luogo di residenza o qualsiasi altra condizione.

I diritti umani sono spesso enunciati e garantiti dalla legge sotto forma di trattati, diritto consuetudinario internazionale, principi generali e altre fonti del diritto internazionale. Per diritto consuetudinario si intende il modo in cui gli Stati regolano i rapporti reciproci a prescindere dall'esistenza o meno di un trattato: la giurisprudenza è quindi derivata dal comportamento osservato.

La "Carta internazionale dei diritti umani" è il nome con cui spesso ci si riferisce alla Risoluzione 217 (III) dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite che ratifica la Dichiarazione Universale dei diritti umani, oltre che a due trattati internazionali redatti dalle Nazioni Unite:

- il Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali
- il Patto internazionale sui diritti politici e civili

In aggiunta a questi, i diritti umani sono elaborati o articolati in numerosi accordi:

- la Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione razziale
- la Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne
- la Convenzione contro la tortura e altre pene o trattamenti crudeli, inumani o degradanti
- la Convenzione sui diritti dell'infanzia
- la Convenzione sui lavoratori/lavoratrici migranti e le loro famiglie
- la Convenzione sui diritti delle persone con disabilità
- la Convenzione sulle sparizioni forzate

I trattati sono contratti tra gli Stati, o "alte parti contraenti". Gli Stati concordano tra loro sui termini, o articoli, dei trattati. Quan-

do un governo firma e ratifica un trattato, questo diventa vincolante ed esige che i governi firmatari sostengano e attuino i diritti esplicitati nei trattati stessi.

Tutti gli Stati membri delle Nazioni Unite hanno ratificato almeno uno dei trattati sui diritti umani, il che li vincola al rispetto, tutela e attuazione di tutti i diritti umani in quanto universali, interdipendenti e interrelati. Uno degli strumenti utilizzati dai governi a questo scopo è la verifica sulle legislazioni e le politiche internazionali, affinché siano compatibili con gli obblighi relativi ai diritti contenuti nei trattati.

Ciascun trattato prevede un organo di controllo, cioè un comitato di esperte/i indipendenti che verifica l'osservanza dei vari paesi in base ai rapporti prodotti dalle Alte Parti Contraenti, le quali sono tenute a relazionare periodicamente ai relativi comitati enucleando i progressi e gli ostacoli incontrati nell'adempimento dei loro obblighi. Gli organi di controllo emanano poi le "osservazioni conclusive", con cui raccomandano ai paesi gli interventi che sarebbe opportuno adottare per rispondere al meglio ai loro doveri in materia di diritti umani.

Oltre a ciò, gli organi dei trattati redigono Commenti e Raccomandazioni generali che aiutano i governi a comprendere quali siano i loro obblighi in base ai trattati in questione e forniscono interpretazioni autorevoli sugli articoli. Commenti, Raccomandazioni e Osservazioni conclusive non sono tuttavia vincolanti per le azioni di governo; si tratta piuttosto di linee guida e, sempre più spesso, di fonti in base alle quali vengono riconosciute le norme consuetudinarie, i criteri e le leggi del diritto internazionale.

Un'altra fonte importante per le norme sui diritti umani è costituita dagli accordi di consenso politico come il Programma d'Azione della Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo (Il Cairo, 1994) o la Piattaforma d'Azione della Quarta conferenza mondiale sulle donne (Pechino, 1995). Tali accordi, insieme agli Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile, stabiliscono una serie di politiche globali comuni e di obiettivi per l'attuazione dei diritti di donne e bambine, compresi i diritti alla salute sessuale e riproduttiva, per il conseguimento della parità di genere.

Adottare le misure appropriate

La Convenzione sulle donne e la Convenzione sui diritti dell'infanzia affrontano esplicitamente il problema delle pratiche dannose ed enunciano gli obblighi degli Stati per mettervi fine.

La Convenzione sulle donne impone agli Stati di adottare "tutte le misure adeguate per abolire le leggi, le consuetudini, i regolamenti e le pratiche in vigore che costituiscono una discri-

minazione contro le donne" e di "adottare tutte le misure adeguate... al fine di modificare gli schemi e i modelli di comportamento socio-culturale degli uomini e delle donne per giungere all'eliminazione di pregiudizi e pratiche consuetudinarie o di altro genere, che siano basate sulla convinzione dell'inferiorità o della superiorità dell'uno e dell'altro sesso o sull'idea dei ruoli stereotipati degli uomini e delle donne". Tutti i governi, tranne sette, hanno ratificato o accettato la Convenzione sulle donne.

Murale di Andrea Fonseca Poder Femenino, Salamanca, Spagna 2018



La Convenzione sui diritti dell'infanzia, che si applica a tutte le persone con meno di 18 anni, impone agli Stati di adottare "ogni misura efficace atta ad abolire le pratiche tradizionali che siano pregiudizievoli per la salute delle/dei minori". La salute, nella definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, è "uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale" e non semplicemente "assenza di malattie o infermità". La Convenzione per i diritti dell'infanzia è stata ratificata da tutti gli Stati membri delle Nazioni Unite, tranne uno.

L'uguaglianza di genere, cioè il diritto di essere libere da discriminazioni basate sul genere o sul sesso e di essere trattate in modo uguale, è ampiamente riconosciuta come diritto umano dalla Carta internazionale dei diritti umani.

La legislazione internazionale sui diritti umani

In base alla Convenzione per l'eliminazione di ogni forma di discriminazione contro le donne, gli Stati contraenti si impegnano a:

- adottare tutte le misure adeguate per modificare [tali] schemi e modelli di comportamento socio-culturale...

In base al Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali, gli Stati contraenti si impegnano a:

- garantire che le pratiche dannose sociali o tradizionali non interferiscano con l'accesso all'assistenza pre e postnatale e alla pianificazione familiare.
- impedire che parti terze impongano alle donne, mediante coercizione, di sottoporsi a pratiche dannose.

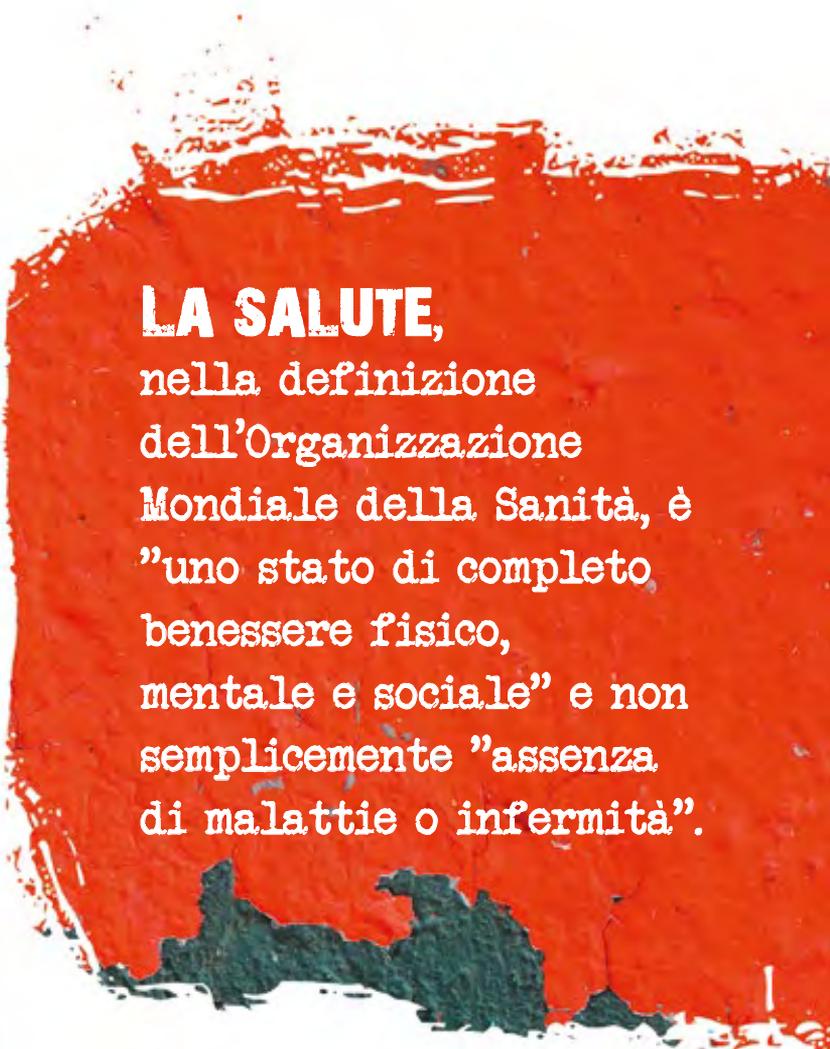
In base alla Convenzione sui diritti dell'infanzia, gli Stati contraenti si impegnano a:

- proteggere le/i minori da ogni violenza fisica, sessuale e psicologica, anche se derivante da

azioni compiute dai genitori o da altri adulti responsabili del loro benessere

Gli Organi dei Trattati incaricati di monitorare l'implementazione dei trattati sui diritti umani, chiedono agli Stati di:

- intraprendere una serie di efficaci interventi sociali per modificare le norme e per sostenere una effettiva parità di genere nonché i diritti di donne e minori, comprese attività di sensibilizzazione nel lungo periodo mediante campagne informative ed educative rivolte non solo a donne e bambine ma anche a comunità civile, leader religiosi, familiari, uomini e ragazzi.
- usare ogni mezzo a disposizione – finanziario, legislativo, amministrativo e politico – in proprio e in collaborazione con la società civile e con i gruppi e le associazioni locali di orienta-



LA SALUTE,
nella definizione
dell'Organizzazione
Mondiale della Sanità, è
"uno stato di completo
benessere fisico,
mentale e sociale" e non
semplicemente "assenza
di malattie o infermità".

mento religioso e sociale al fine di eliminare tali pratiche.

Invitano inoltre gli Stati contraenti a introdurre legislazioni volte a rispettare gli obblighi sottoscritti. Per esempio, il commento generale congiunto sull'eliminazione delle pratiche dannose (CEDAW 31/CRC 18; UN CEDAW e UN CRC, 2014) dice che i governi devono:

- attuare e far rispettare le norme che vietano le pratiche dannose e la violenza di genere, comprese le MGF e i matrimoni precoci, sempre nella tutela della privacy, della riservatezza e delle decisioni libere, informate e responsabili, senza coercizione, discriminazione o paura di violenze, nell'ambito delle esigenze e dei comportamenti sessuali e riproduttivi dei singoli individui.

Rispettare, proteggere, adempiere gli obblighi

Gli obblighi in materia di diritti umani richiedono ai governi di rispettare, proteggere e attuare i diritti umani. *Rispettare* significa che i governi non possono violare direttamente i diritti; *proteggere*, che hanno il dovere di impedire la loro violazione a opera di terzi e di istituire una procedura riparatoria in caso di violazioni; *attuare*, che devono provvedere a fornire le informazioni e i servizi necessari per conseguire i risultati prefissati (OHCHR, s.d.).

Poiché spesso le pratiche dannose comportano atti di violenza contro donne e bambine, lo Stato ha l'obbligo di prevenire, indagare e punire tali atti, anche quando i perpetratori delle violenze sono attori non statali, come nel caso dei membri della famiglia della vittima (UN CEDAW, 2017, 1992).

Gli obblighi dello Stato in materia di diritti economici e sociali, come per esempio la salute e l'istruzione, richiedono più tempo per essere re-

alizzati, in quanto pienamente funzionali sono necessari anche risorse e programmazione. Al contrario, i diritti civili e politici come la prevenzione di ogni forma di discriminazione e di violenza dovrebbero essere affrontati più facilmente e rapidamente mediante l'attuazione di norme di legge.

Secondo UN Women, tutti gli Stati membri delle Nazioni Unite garantiscono, nelle loro leggi costituzionali, la parità di genere e la non-discriminazione almeno in alcuni ambiti, come per esempio la partecipazione alla vita politica (UN Women, s.d.); i diritti alla parità nel matrimonio e nell'ambito familiare sono garantiti da 181 leggi costituzionali; quelli alla libertà dalla violenza da 182.

Le leggi non bastano

Leggi e normative sono il principale strumento con cui uno Stato garantisce i diritti umani. Ma per quanto si tratti di passi indispensabili, varare leggi e fissare i diritti nel testo costituzionale non è sufficiente a prevenire ed eliminare le pratiche dannose basate sul genere. Leggi che vietano le MGF per esempio esistono nella maggior parte dei paesi che continuano a praticarle (OMS, 2020). Raramente si deve all'assenza di leggi il fatto che donne e bambine subiscano le mutilazioni genitali, i matrimoni combinati o forzati, siano nutrite troppo o troppo poco, siano meno desiderate dei figli maschi.

Misure efficaci per la prevenzione e l'eliminazione delle pratiche dannose devono far parte di una "strategia olistica attentamente definita basata sui diritti e di rilievo locale", secondo gli Organi dei trattati che verificano il rispetto della Convenzione sulle donne e di quella per i diritti dell'infanzia. Tale strategia deve contemplare interventi legislativi, politici e sociali "insieme a un adeguato impegno politico e all'assunzione di responsabilità a tutti i livelli".

Gli Stati sono tenuti, come impegno minimo, a raccogliere, aggiornare e diffondere i dati relativi alla prevalenza e alla diffusione delle pratiche dannose; a sviluppare e attuare “leggi e regolamenti appropriati”, avvalendosi della partecipazione delle comunità colpite; ad avviare attività di prevenzione per istituire nuove norme socio-culturali basate sui diritti, assicurare l’empowerment delle donne e della comunità mediante opportunità di istruzione e di autonomia economica, di sensibilizzazione e di impegno dichiarato, oltre a garantire misure di tutela e disponibilità di servizi capaci di rispondere alle necessità di donne e ragazze, soprattutto quelle più a rischio di subire pratiche dannose.

Mutilazioni genitali femminili (MGF)

Trattati

L’elenco dei trattati e di altri accordi sui diritti umani che affrontano il dramma delle MGF è lunghissimo, così come l’elenco delle direttive rivolte agli attori statali e non-statali per mettere fine alla pratica.

Secondo gli Organi dei trattati sui diritti umani, le MGF sono una pratica *basata sul genere* che colpisce donne e bambine in modo tale da ridurre direttamente la loro capacità di godere dei propri diritti su un piano di parità con gli uomini, quindi viola i diritti alla non-discriminazione e all’uguaglianza.

Questa pratica inoltre riflette convinzioni discriminatorie e basate su stereotipi in materia di sessualità femminile: cioè che donne e bambine devono essere protette dalla sessualità stessa, nonché sottoposte al controllo degli uomini. La Special Rapporteur delle Nazioni Unite sulla violenza contro le donne, sulle cause e sulle conseguenze, ha descritto tale pratica come “il risultato di strutture di potere patriarcale che legittimano la necessità di controllare la vita delle

donne, concezione che nasce dalla percezione stereotipata delle donne come principali custodi della morale sessuale ma al tempo stesso vittime di impulsi sessuali incontrollati”.

Le MGF possono comportare l’asportazione della clitoride e delle piccole e/o grandi labbra e la sutura di quello che resta dei genitali esterni, così da lasciare solo una piccola apertura per la

Circoncisione maschile

Nel 1997 UNFPA, UNICEF e l’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) hanno emanato una definizione congiunta di mutilazioni genitali femminili, come “ogni procedura che coinvolge la parziale o totale rimozione dei genitali esterni femminili o altre lesioni agli organi genitali femminili, per ragioni non terapeutiche” (OMS, 1997). Alcuni elementi di questa definizione delle MGF si applicano anche alla circoncisione maschile? L’Ufficio dell’Alto commissariato per i diritti umani ha stabilito che si tratta di una falsa equivalenza in quanto gli “effetti, intenti, finalità e conseguenze associati alle MGF sono molto più gravi e lesivi”; inoltre “le mutilazioni genitali femminili sono utilizzate principalmente per controllare il desiderio sessuale nelle donne e nelle ragazze, mentre la circoncisione maschile non ha né tale intento né tale esito” (UN HRC, 2015).

fuoriuscita dell'urina e del flusso mestruale. Poiché questa pratica implica un'alterazione fisica con strumenti chirurgici, la prima preoccupazione riguarda la *salute* della ragazza interessata. Tra le complicanze possono insorgere emorragie, infezioni, setticemia che a volte risultano letali. Molto comuni sono la depressione, la perdita a lungo termine del piacere sessuale e a volte anche della funzione sessuale. Tra le numerose conseguenze a lungo termine ci sono infertilità, dolori, cicatrici invalidanti, disturbi dell'apparato urinario, complicanze a livello ostetrico e perinatale (Nour, 2008). I trattati che fanno esplicitamente riferimento al diritto alla salute sono il Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali, la Convenzione sulle donne e la Convenzione sui diritti dell'infanzia.

Poiché alcune sofferenze fisiche e ripercussioni sulla salute derivano dall'esecuzione delle MGF in scarse condizioni di igiene, a volte i genitori si rivolgono a medici, infermiere/i o levatrici, convinti che se la procedura sarà "medicalizzata", cioè eseguita da un/a professionista in un ambiente sterile, il danno sarà minore. Ma gli Organi dei trattati delle Nazioni Unite, così come tante associazioni di medicina tra cui la Federazione internazionale di ginecologia e ostetricia hanno respinto senza ambiguità la medicalizzazione in quanto non sussiste alcuna ragione terapeutica per praticare le mutilazioni: il/la medico/a o l'operatore/trice sanitario/a professionista che accettasse di eseguirle si renderebbe complice di una violazione dei diritti umani (UN HRC, 2015;

Si ringrazia per l'illustrazione Fatma Mahmoud Salama Raslan



Cook *et al.*, 2002). Inoltre non esiste alcuna prova scientifica che le mutilazioni eseguite da personale sanitario comportino un minor rischio per la salute.

Gli obblighi dei governi

Il Programma d'Azione della Conferenza del Cairo, sottoscritto da 179 governi nel 1994, invita gli Stati a “intraprendere urgentemente i passi necessari a fermare la pratica delle mutilazioni genitali femminili e a proteggere donne e bambine da simili pratiche non necessarie e pericolose” ed esorta governi e comunità civili a sostenere:

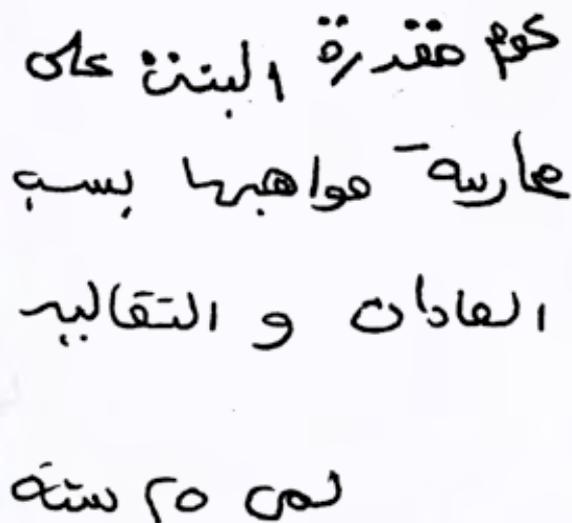
- programmi rivolti alle comunità locali che coinvolgano i leader religiosi e i capi villaggio, oltre a interventi educativi e di *counselling* sulle conseguenze delle MGF per la salute di donne e bambine
- cure adeguate e terapie di riabilitazione per le donne e le bambine che hanno subito mutilazioni
- attività di counselling rivolte a uomini e donne, per scoraggiare la pratica

Matrimoni precoci

Trattati

Nel 1948 la Dichiarazione universale dei diritti umani ha stabilito che “uomini e donne in età adatta hanno il diritto di sposarsi e di fondare una famiglia” e che “il matrimonio potrà essere concluso soltanto con il libero e pieno consenso dei futuri coniugi”. Diciotto anni dopo lo stesso linguaggio si ritrova nel Patto internazionale sui diritti civili e politici. Il diritto a sposarsi senza coercizione e costrizione è riaffermato anche nella Convenzione sulle donne.

Il matrimonio precoce costituisce inoltre una violazione dei diritti alla libertà dagli stereotipi di genere, nonché del diritto alla vita e sicurezza della persona, alla libertà dalla violenza, alla salute e all'istruzione.



كفر مقدرة البنات على
عارسه - فواهبها بسبب
العادات و التقاليد
لها ٢٥ سنة

Norme e tradizioni dannose impediscono alle ragazze di realizzare le loro potenzialità.

Lama, 25 anni, Giordania

Il diritto di sposarsi con libero e pieno consenso

Qualunque matrimonio contratto senza libero e pieno consenso è da considerarsi forzato ed è sempre una violazione dei diritti umani. Solo le persone che hanno raggiunto “la maggiore età” come definita dalle leggi nazionali hanno la capacità di dare il proprio consenso al matrimonio. In molti paesi il matrimonio contratto da persone al di sotto di questa età è considerato nullo e privo di valore. In base agli accordi internazionali e alle legislazioni vigenti in diversi Stati, il matrimonio di una/un minore è sempre *forzato*, in quanto una persona con meno di 18 anni è ritenuta incapace di dare il consenso, anche tenuto conto delle “importanti responsabilità” che si assumono sposandosi, per le quali bisogna aver conseguito “piena maturità e capacità di agire”. L'articolo 16 della Convenzione sulle donne stabilisce che il fidanzamento e il matrimonio di una/un minore “non ha effetto giuri-

dico” ed esorta i governi a intraprendere “tutte le azioni necessarie, anche legislative” per definire l’età minima del matrimonio e imporre che tutti i matrimoni siano ufficialmente registrati presso gli uffici preposti.

La maggior parte dei paesi, in ottemperanza alla Convenzione per i diritti dell’infanzia, fissa a 18 anni l’età minima per il consenso al matrimonio, ma in alcuni contesti l’età è abbassata a 16, in altri innalzata a 21, a volte dipende dal sesso della persona interessata (Pew Research Center, 2016).

Nonostante questo, in più della metà dei paesi del mondo il permesso dei genitori prevale sull’età minima stabilita per legge permettendo di ignorarla (Arthur *et al.*, 2018). Tuttavia esiste un consenso internazionale in materia di diritti umani, articolato in quasi 60 anni di pronunciamenti delle Nazioni Unite, contenuti in trattati e carte dei diritti, rapporti di agenzie e accordi politici internazionali, secondo cui il matrimonio prima dei 18 anni costituisce una pratica dannosa, discriminatoria e costituisce quindi una violazione dei diritti umani (UN HRC, 2014).

In talune circostanze il Comitato sui diritti dell’infanzia riconosce una eccezione nella questione delle unioni consensuali tra persone della stessa età, osservando che la capacità della/del minore di esercitare la propria autonoma decisionale si evolve rapidamente e obbliga Stati e genitori ad accordare il debito rispetto a tali decisioni. È possibile che una/un adolescente di 16 anni abbia il desiderio e la maturità necessaria per volersi sposare, ma tale decisione dovrebbe essere valutata caso per caso dalle autorità competenti.

Discriminazioni e stereotipi

Gli stereotipi di genere e la discriminazione in base al sesso sono la ragione principale per cui



© Girls Not Brides/Graham Crouch

**Insieme si sono
“impegnate in una
coalizione davvero
trasversale alla classe,
alla provenienza e ai
paesi per **PROIBIRE**
i matrimoni
precoci.”**



PROIBIRE I MATRIMONI PRECOCI: UNA vittoria—

e un punto di partenza

La legge che dal 2017 vieta i matrimoni precoci a Trinidad e Tobago è la vittoria ottenuta al termine di un'aspra battaglia combattuta per decenni, spiega Angeli Gajadhar, attivista della Hindu Women's Organization che ha guidato gli sforzi per mettere fine a tale pratica.

Fino all'entrata in vigore della legge, le bambine potevano sposarsi anche a 12 anni. "Gli uomini dicevano: 'dopo i 12 è ora di pranzo'. Per molto tempo il dodicesimo compleanno ha segnato l'inizio dell'età adulta", dice Gajadhar.

I tentativi di mettere fine ai matrimoni precoci nel paese sono iniziati 30 anni fa, ma il vero cambio si è registrato circa quattro anni fa quando molte associazioni di base hanno unito i loro sforzi, finalmente coronati dal successo, chiedendo che fossero vietati per legge. Insieme si sono "impegnate in una coalizione davvero trasversale alla classe, alla provenienza e ai paesi per proibire i matrimoni precoci", dice la dottoressa Gabrielle Hosein, che dirige l'Istituto per gli studi di genere e sviluppo nell'Università delle Indie Occidentali.

Ma se c'è finalmente una legge, il nostro lavoro è tutt'altro che concluso, dicono le promotrici.

Anche prima del divieto, la maggioranza di tali unioni non veniva registrata: una stima commissionata dal governo ha calcolato che meno dell'1% dei matrimoni ufficiali riguardava una persona di 16 anni o meno. Le relazioni non formalizzate, spesso improntate allo sfruttamento sessuale, tra bambine e uomini adulti restano una preoccupazione diffusa.

“Questo ci mette in una posizione molto pericolosa, perché non abbiamo trasformato le norme che sono all'origine dei matrimoni precoci” dice Hosein. “Abbiamo abolito i matrimoni precoci, ma non il maschilismo predatorio”.

“Gli uomini più vecchi puntano alle ragazze giovanissime” aggiunge Gajadhar. “E le unioni di fatto, le convivenze e i rapporti occasionali proseguono”.

La legge è un primo passo importante, spiega il dottor Peter Douglas Weller, medico psicologo e co-fondatore della Rete di azione maschile caraibica (Caribbean Male Action Network, CariMAN), che lavora con uomini e ragazzi per promuovere la parità di genere. “Ora dobbia-

mo far rispettare la legge”, dice “e cambiare la mentalità delle persone che potrebbero seguire questa pratica”.

“Tendiamo a considerare gli uomini come detentori di ogni potere e privilegio, è proprio su questa posizione che dobbiamo far leva per cambiare le cose”, dice ancora Weller. “Dobbiamo far sì che siano loro i primi a opporsi e a rifiutare il comportamento dei loro pari - idealmente, senza che vengano per questo emarginati dalla comunità, perché devono farne parte se vogliamo che continuino a esercitare un'influenza positiva”.

Ma abbattere queste barriere è ancora un'impresa ardua. Secondo Kevin Liverpool, attivista di CariMAN, molti uomini reagiscono negativamente perché considerano l'attivismo delle donne come una minaccia. “È importante sensibilizzare questi gruppi, queste persone, per far capire loro che cosa è il femminismo e perché la parità di genere è importante non solo per le donne ma anche per gli uomini e per la società in generale”.

Anche Hosein ritiene che non si potranno avere cambiamenti duraturi “finché uomini e donne, quando parlano tra loro e nella loro quotidianità, non saranno disposti a riconoscere il persistere

**“Abbiamo abolito
i MATRIMONI PRECOCI,
ma non il maschilismo
predatorio.”**

del patriarcato e di rapporti di genere di tipo patriarcale, come questi possono rappresentare un vantaggio per gli uomini ma in realtà danneggiano le donne e anche loro stessi”.

In effetti i matrimoni precoci hanno costituito un pesante costo intergenerazionale anche per gli uomini: “sono esperienze che lasciano segni profondi, traumatici, un peso portato da generazioni che grava sulle esperienze di oggi”, dice Weller. “Non sempre comprendiamo i traumi emotivi e psicologici di chi cresce in una famiglia in cui la madre tanto amata subisce la violenza di un padre altrettanto amato, dissonanze cognitive che hanno luogo in tali circostanze”.

Gli uomini devono “ascoltare le esperienze delle donne, parlare con le donne, non al posto loro”, dice Marcus Kisson, impegnato nella lotta per mettere fine agli abusi sessuali sulle/sui minori a Trinidad e Tobago. “Altrimenti si sarà trattato di un cambiamento legislativo, non di un cambiamento culturale”.

Gajadhar sottolinea inoltre l'importanza di una educazione completa alla sessualità e del mettere a disposizione delle/dei giovani i servizi per la salute riproduttiva.

L'educazione sessuale completa non soltanto fornisce gli strumenti per prevenire malattie sessualmente trasmissibili e le gravidanze indesiderate, ma dà informazioni fondamentali sui diritti umani, sul consenso e sulle relazioni improntate al rispetto reciproco.

Finché donne e ragazze non potranno gestire in autonomia la loro salute riproduttiva e le decisioni che le riguardano, continueranno a essere vulnerabili, dice Hosein: “la sessualità di donne e ragazze è l'ultima frontiera per l'emancipazione, i diritti e la libertà dai comportamenti predatori e violenti dei maschi”.

la gran parte dei matrimoni precoci riguarda le ragazze, non i ragazzi. Storici preconcetti patriarcali secondo i quali il valore di una bambina dipende dalla verginità, dalla capacità di procreare e dalla disponibilità a contribuire ai lavori domestici, fanno sì che il matrimonio sia visto come un mezzo, per gli uomini, di controllare le donne e le ragazze (OMS, 2018; Girls Not Brides, 2016). Le ricerche dimostrano che le ragazze che si sposano troppo presto hanno molte più probabilità di perpetuare i ruoli di genere tradizionali, trasmettendoli anche alle figlie (Asadullah e Wahhaj, 2019). La paura delle violenze sessuali e dello stigma che le accompagna – “rovinano” la purezza della ragazza – costituiscono una delle motivazioni per i matrimoni precoci. Si ritiene infatti che, sposandosi, la ragazza sia in qualche modo protetta dagli stupri. Questa convinzione è anche data a volte per altre pratiche dannose, come lo stiramento del seno, che la renderebbe meno desiderabile per i potenziali stupratori (Obaji, 2020). La verginità prima del matrimonio è ritenuta così importante che in molti paesi donne e ragazze vengono sottoposte a un test – un esame vaginale invasivo – per verificare l'integrità dell'imene, pratica che è stata riconosciuta come una violazione dei diritti umani (OMS, 2018). Il matrimonio precoce si associa alla perdita, per la ragazza, di ogni autonomia decisionale. Anche laddove la legge stabilisce che la ragazza sposata deve essere considerata una persona adulta, in pratica deve quasi sempre ottenere il permesso del marito per frequentare la scuola, lavorare fuori casa o ricorrere alla contraccezione – il che viola i suoi diritti alla non-discriminazione e all'uguaglianza, all'istruzione, al lavoro, alla pianificazione familiare e alla salute.

I diritti interconnessi: vita, salute e istruzione

Il matrimonio precoce viola il diritto della ragazza a conseguire il massimo livello possibile di salute, come descritto nel Patto internazio-

LA MALNUTRIZIONE DELLE BAMBINE

Un'alimentazione insufficiente o inadeguata compromette la crescita di bambine e bambini e la possibilità di sviluppare pienamente il proprio potenziale. In tutto il mondo, un bambino o una bambina su tre, sotto ai cinque anni, è malnutrito/a o sovrappeso, e uno/a su due soffre di "fame nascosta", ovvero di deficienze vitaminiche o di altri nutrienti essenziali (UNICEF, 2019).

Nell'arco della vita, le donne e le bambine vanno spesso incontro a difficoltà relative alle loro esigenze nutrizionali. Gli effetti della malnutrizione in età infantile possono essere particolarmente dannosi. Sviluppo stentato e deperimento possono portare a una crescita inadeguata, a infezioni e morte; a difficoltà cognitive che ostacolano l'apprendimento e le prestazioni scolastiche, e si traducono poi nell'incapacità di sviluppare il proprio potenziale e percepire un reddito adeguato. Le carenze di micronutrienti possono ostacolare la crescita e lo sviluppo fisico, oltre che il funzionamento del sistema immunitario, con conseguenti problemi di salute che possono causare la morte. Anche l'obesità comporta una serie di complicazioni, tra cui il diabete e altri disturbi del metabolismo, nonché problemi cardiovascolari (UNICEF, 2019).

In quelle aree in cui è particolarmente diffusa la preferenza per i figli maschi, le bambine sono spesso meno nutrite, o con alimenti di qualità inferiore, rispetto ai fratelli (Ramalingaswami et al., 1997; Chen et al., 1981). I dati mostrano, per esempio, che spesso dove si preferiscono i figli alle figlie, queste ultime vengono allattate al seno per meno tempo rispetto ai maschi. Si cerca

di svezzarle in anticipo in modo che il ciclo mestruale delle madri possa tornare al più presto alla normalità e permettere una nuova gravidanza, nella speranza, questa volta, di avere un maschio (Jayachandran e Kuziemko, 2011).

ALIMENTAZIONE FORZATA

Se in alcune parti del mondo le usanze e le pratiche fanno sì che le bambine vadano a dormire affamate, in altre sono soggette al problema contrario: l'alimentazione forzata. Nota a volte come *gavage* o *leblouh*, questa pratica è legata alla concezione socio-culturale secondo cui le donne sovrappeso o obese sono più attraenti come mogli. Anzi, poiché tale pratica tende spesso a farle sembrare anche più grandi di età e pronte alle nozze, è strettamente legata al matrimonio precoce (Smith, 2009).

Bambine e giovani donne sottoposte ad alimentazione forzata devono consumare enormi quantità di cibo ipercalorico. Spesso subiscono questa pratica in famiglia, per ordine delle madri o delle nonne, ma a volte vengono mandate in "campi" di alimentazione forzata in cui, per alcune settimane o mesi, donne adulte ordinano loro di consumare ogni giorno grandi quantità di cibo sotto la minaccia di violente punizioni.

Sebbene le informazioni su tale pratica siano insufficienti, si ritiene abbia avuto origine in alcune comunità nomadi dell'Africa occidentale, dove l'obesità delle donne è considerata un segno di bellezza e ricchezza in quanto le mogli degli uomini ricchi non devono dedicarsi al lavoro manuale (Ouldzeidoune et al., 2013).

TABÙ ALIMENTARI

Tabù, limitazioni o divieti alimentari esistono in tutto il mondo. Spesso il loro scopo è tutelare il benessere delle persone e possono essere percepiti come utili alla coesione sociale in quanto producono un senso di identità collettiva e di appartenenza (Meyer-Rochow, 2009).

In molte parti del mondo, i tabù che stabiliscono quali alimenti siano sicuri e quali pericolosi durante la gravidanza e dopo il parto rischiano di nuocere alla salute di madre e prole (Piperata, 2008).

Alcuni di questi, imposti alle donne incinte o che allattano, hanno come conseguenza peso insufficiente alla nascita, carenze di micronutrienti, maggiore rischio di mortalità materna e neonatale (Siega-Riz et al., 2009). Alcuni tabù hanno origine nelle disuguaglianze all'interno delle comunità, per esempio dove gli uomini o altri gruppi socialmente prominenti dichiarano che la carne o altri cibi considerati preziosi devono essere vietati agli altri (Meyer-Rochow, 2009).

Come altre pratiche dannose, anche quelle collegate al cibo fanno parte delle discriminazioni di genere che derivano da stereotipi, è dovere dei governi "modificare gli schemi e i modelli di comportamento socio-culturale" secondo l'articolo 5(a) della Convenzione sulle donne.

nale sui diritti economici e sociali, nella Convenzione sulle donne e nella Convenzione per i diritti dell'infanzia. È connesso, per esempio, a gravidanze e parti precoci, ripetuti e ravvicinati: i decessi per complicazioni legate alla gravidanza sono la prima causa di morte per le ragazze di età compresa tra i 15 e i 19 anni. (OMS, 2019).

Il Comitato per l'eliminazione di tutte le forme di discriminazione nei confronti delle donne e il Comitato contro la tortura considerano il matrimonio precoce o infantile causa di abusi fisici, mentali e sessuali. Questi organi delle Nazioni Unite hanno documentato alcune conseguenze del matrimonio precoce, tra cui l'immolarsi o il suicidio, le violenze domestiche fisiche e psicologiche, le aggressioni con l'acido, il femminicidio (UN CRC, 2012, 2009; UN CAT, 2011; UN CEDAW, 2011, 2011a).

Il matrimonio precoce contribuisce inoltre a un elevato tasso di abbandono scolastico. L'istruzione è fondamentale per il godimento di molti diritti e si associa a migliori condizioni di salute e di sviluppo (IPPF, 2006).

Gli obblighi dei governi

Poiché i matrimoni precoci sono la conseguenza di stereotipi e discriminazioni di genere, gli Stati hanno il dovere di "modificare gli schemi e i modelli di comportamento socio-culturale", secondo l'articolo 5(a) della Convenzione sulle donne.

Le leggi che fissano a 18 anni l'età minima per il matrimonio sono importanti, ma non bastano da sole a fermare il fenomeno. La loro attuazione è spesso ostacolata da ragioni che vanno dalle eccezioni in caso di consenso parentale, alle norme consuetudinarie e religiose non perfettamente in linea con la legislazione nazionale. Può quindi essere utile che i governi affrontino i fattori socio-culturali ed economici alla

base dei matrimoni precoci e che istituiscano registrazioni anagrafiche accurate e accessibili che permettano di verificare l'età dei contraenti e dichiarare nulli i matrimoni che non rispettano la legge (Girls Not Brides, s.d.).

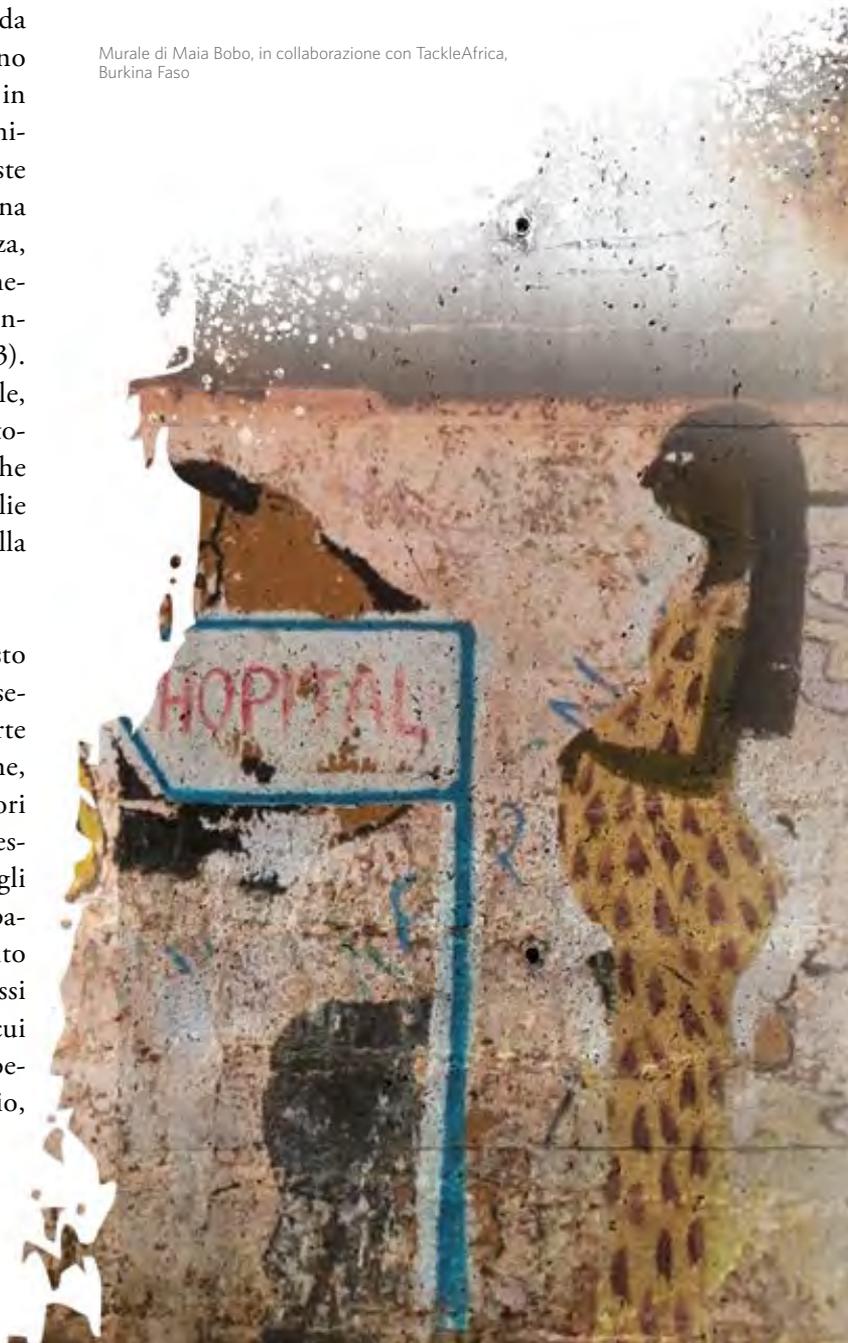
La preferenza per i figli maschi

La preferenza per i figli maschi si esprime in molti modi, ma uno dei più crudeli è quello della selezione sessuale determinata da pregiudizi di genere, che si manifesta anche in forma di interruzione della gravidanza se il feto è femmina. Generalmente la selezione sessuale è motivata da stereotipi di genere. È emersa in paesi che hanno una forte struttura patriarcale e patrilineare, in cui le coppie sposate vivono insieme alla famiglia del marito, o molto vicino, in cui sussiste una forte preferenza per i maschi unita ad una sottovalutazione delle femmine. In precedenza, le donne o le coppie evitavano di ricorrere a metodi contraccettivi continuando a partorire finché non nasceva un maschio (Bongaarts, 2013). Oggi la pratica della selezione sessuale prenatale, ricorre a tecnologie e strumenti che consentono di conoscere il sesso del nascituro oltre che dal calo della fertilità e dalla tendenza a famiglie meno numerose (che spingono a ricorrere alla pratica per avere un figlio maschio).

Laddove si preferiscono i figli alle figlie, questo avviene perché ai maschi e ai ruoli loro assegnati, viene attribuito maggior valore da parte di famiglie, comunità locali e società (Browne, 2017). Dietro questa preferenza vi sono fattori strutturali molto antichi. Tra questi si cita spesso la povertà: poiché secondo gli stereotipi gli uomini sono “quelli che portano a casa il pane” nonché i “tutori” della famiglia – in quanto percepiscono un reddito e tutelano gli interessi della famiglia, della comunità e del paese in cui vivono – è opportuno privilegiare il loro benessere (Das Gupta *et al.*, 2003). Al contrario,

le donne sono viste come “custodi” incaricate di lavori domestici, educazione dei figli e assistenza agli anziani, compiti che richiedono poca istruzione formale, scarsamente remunerati, quando non lo sono affatto. Le ragazze, soprattutto in Asia meridionale, devono quindi essere “sposate”, richiedendo una dote costosa. Di conseguenza, le famiglie non desiderano avere troppe ragazze e si impegneranno in una serie

Murale di Maia Bobo, in collaborazione con TackleAfrica, Burkina Faso



di pratiche per avere, almeno un figlio (Mitra, 2014).

La povertà, però, non è l'unica spiegazione. Nei paesi in cui persiste una cultura patriarcale la preferenza per il maschio è trasversale a tutti i livelli socio-economici (Miller, 2001) e il suo persistere riflette e al tempo stesso consolida quegli stereotipi deleteri per donne e bambine.

Per questo i governi hanno il dovere di affrontare il problema.

Trattati

Le interpretazioni dei trattati sui diritti umani identificano la “selezione sessuale determinata da pregiudizi di genere” in favore dei maschi come una pratica dannosa. La giurisprudenza internazionale sui diritti umani rimanda in lar-

Pratiche tradizionali durante il parto

Se molte usanze si concentrano sulla cura, l'alimentazione e il sostentamento delle donne nel periodo immediatamente successivo al parto (Dennis et al., 2007), altre, molto antiche, mettono a rischio la salute e il benessere di madri e figlie/i.

In Turchia per esempio alcune donne pensano che saltare da una notevole altezza possa affrettare l'inizio del travaglio (Ayaz e Efe, 2008). In alcune comunità dell'Etiopia occidentale che il sangue della donna sia maledetto: per questo, quando inizia il travaglio, la donna viene mandata fuori di casa a partorire da sola, nel “bush”.

Alcune pratiche impongono, in caso di travaglio prolungato o ostruito, il ricorso alla forza - per esempio sedendosi sull'addome della partoriente - per agevolare l'espulsione della/del nascita/o (Wall, 2012). In alcune zone della Nigeria e del Niger in caso di ostruzione si pratica lo “yankan gishiri”, o culto del sale, in cui la levatrice tradizionale taglia con una lametta da rasoio la parete vaginale. È stato dimostrato che tale pratica può causare in seguito complicanze come la fistola ostetrica (Yola, 2011).

In altre regioni del mondo si crede che le complicazioni del parto siano il risultato di qualche comportamento trasgressivo della donna, che per questo si trattiene dal chiedere aiuto medico. Alcuni studi condotti in Africa occidentale e orientale indicano che a volte, in caso di travaglio prolungato, le donne subiscono pressioni perché confessino la loro infedeltà e solo dopo la confessione si chiede l'intervento di personale medico (Wall, 2012).

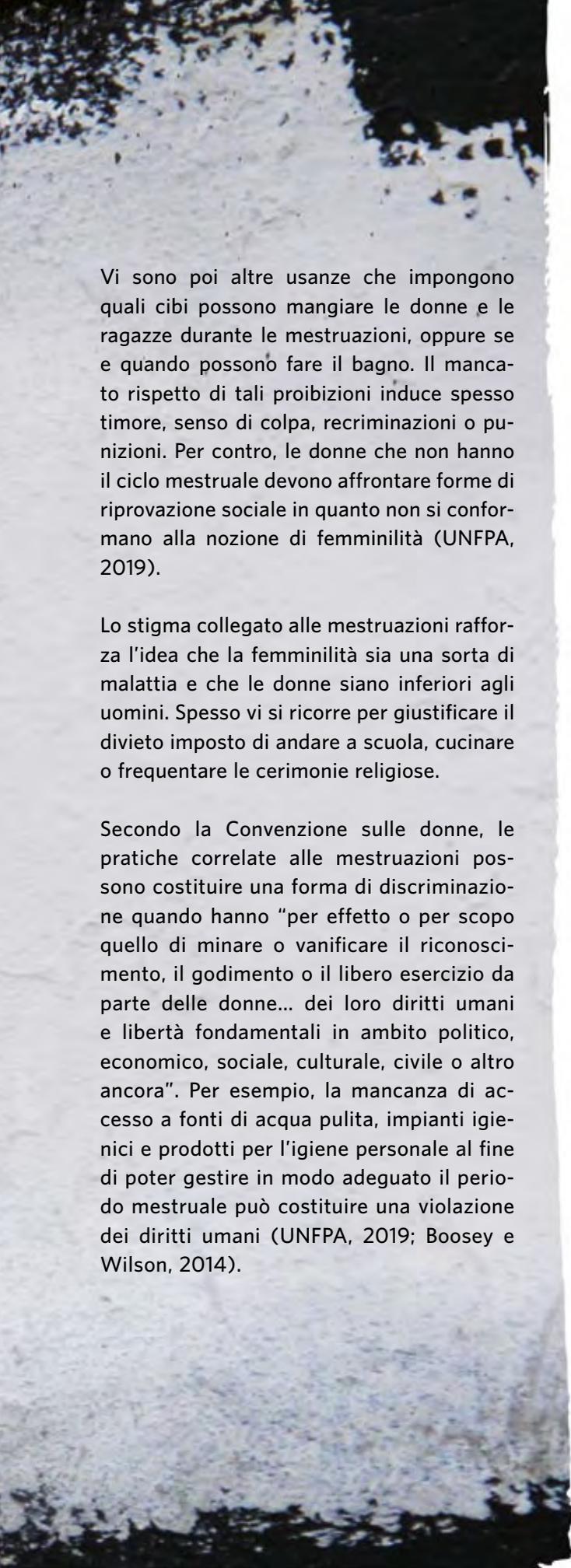
Pratiche dannose e ciclo mestruale

Le mestruazioni sono un dato biologico che fa parte della vita di tutte, o quasi, le donne e le adolescenti, eppure milioni di loro devono affrontare tabù e pregiudizi che spesso hanno conseguenze dannose per il benessere. Alcune comunità, per esempio, considerano le mestruazioni causa di impurità (Garg e Anand, 2015), il che incide negativamente sulla salute psicologica, mentale e fisica delle donne (Hennegan e Montgomery, 2016). In molte società la comparsa delle prime mestruazioni rappresenta l'inizio dell'età adulta, il che vuol dire che la bambina può sposarsi e avere figli. In questo senso le mestruazioni rischiano di essere un fattore implicito o esplicito dei matrimoni precoci (UNFPA, 2019).

I tabù collegati alle mestruazioni spesso vedono un controllo di tipo patriarcale sul corpo delle donne che è causa di varie discriminazioni e incide sulla capacità di accedere all'istruzione, all'assistenza sanitaria e a un lavoro dignitoso (Winkler e Roaf, 2014; Koutroulis, 2001; Grosz, 1994; Young e Bacdayan, 1965).

Uno di questi tabù è il cosiddetto esilio mestruale, o *chhaupadi*, praticato in Nepal, dove le donne e le ragazze che hanno le mestruazioni devono dormire in capanne o rifugi all'aperto, lontano da casa (Adhikari, 2020; Robinson, 2015; Upreti, 2005), con conseguente rischio di diarrea e disidratazione, di ipotermia e di infezioni delle vie urinarie (Kadariya e Aro, 2015; Ranabhat et al., 2015; Robinson, 2015; Crawford et al., 2014; United Nations Nepal, 2011; Padhye et al., 2003). Chi si ammala non può ricorrere alle cure mediche finché non è finito il periodo (Dahal et al., 2017; Dahal, 2008). Donne e ragazze allontanate durante questa fase riferiscono di aver provato sentimenti di abbandono, insicurezza, senso di colpa e umiliazione in quanto "impure" e "intoccabili" (Thomson et al., 2019; Amatya et al., 2018; United Nations Nepal, 2011). L'esilio mestruale aumenta la vulnerabilità delle donne alle violenze sessuali (Thomson et al., 2019). Sebbene il *chhaupadi* sia particolarmente diffuso nel Nepal centro-occidentale, l'89% di tutte le ragazze nepalesi dichiara di aver subito qualche forma di esclusione o restrizione nel periodo mestruale (WaterAid, 2009).

DAVID TALUKDAR/AFP via Getty Images



Vi sono poi altre usanze che impongono quali cibi possono mangiare le donne e le ragazze durante le mestruazioni, oppure se e quando possono fare il bagno. Il mancato rispetto di tali proibizioni induce spesso timore, senso di colpa, recriminazioni o punizioni. Per contro, le donne che non hanno il ciclo mestruale devono affrontare forme di riprovazione sociale in quanto non si conformano alla nozione di femminilità (UNFPA, 2019).

Lo stigma collegato alle mestruazioni rafforza l'idea che la femminilità sia una sorta di malattia e che le donne siano inferiori agli uomini. Spesso vi si ricorre per giustificare il divieto imposto di andare a scuola, cucinare o frequentare le cerimonie religiose.

Secondo la Convenzione sulle donne, le pratiche correlate alle mestruazioni possono costituire una forma di discriminazione quando hanno "per effetto o per scopo quello di minare o vanificare il riconoscimento, il godimento o il libero esercizio da parte delle donne... dei loro diritti umani e libertà fondamentali in ambito politico, economico, sociale, culturale, civile o altro ancora". Per esempio, la mancanza di accesso a fonti di acqua pulita, impianti igienici e prodotti per l'igiene personale al fine di poter gestire in modo adeguato il periodo mestruale può costituire una violazione dei diritti umani (UNFPA, 2019; Boosey e Wilson, 2014).

ga misura ai singoli Stati il compito di legiferare sull'aborto (UN HRC, 2018). Ma un gran numero di diritti umani riconosciuti concorre a inquadrare la preferenza per i figli maschi, che si esprime nella selezione sessuale motivata da pregiudizi di genere, come violazione dei diritti umani.

Diritti relativi all'uguaglianza e alla non discriminazione

- Convenzione sulle donne, articoli 2 e 3
- Convenzione sui diritti dell'infanzia, articolo 2

Diritti alla libertà dagli stereotipi di genere:

- Convenzione sulle donne, articolo 5(a)

Diritto alla sicurezza personale:

- Patto internazionale sui diritti politici e civili, articolo 9

Diritto alla protezione dalla violenza:

- Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne, raccomandazioni generali numero 19 e 35

Diritto al godimento della salute:

- Patto internazionale sui diritti economici e culturali, articolo 12
- Convenzione sulle donne, articolo 12

Stereotipi di genere, parità e non discriminazione

La decisione di portare a termine la gravidanza di un figlio maschio ma non di una femmina riflette la mentalità discriminatoria secondo cui donne e bambine valgono meno di uomini e bambini. Il rifiuto di una figlia, perché si vorrebbe un maschio, trasmette un messaggio sull'inferiorità delle bambine e delle donne che offende e mina i diritti. In questo senso la pratica della selezione sessuale motivata da pregiudizi di genere è insieme causa e conseguenza del "persistere di stereotipi profondamente radicati sui ruoli e sulle responsabilità

delle donne” e viola il diritto umano alla parità di trattamento, a prescindere dal genere (UN CEDAW, 2014). Fondamentalmente, la preferenza per il figlio maschio si manifesta, tra l’altro, quando il numero di nati maschi tende a essere percentualmente maggiore per via della selezione sessuale (Pande e Malhotra, 2006).

Il Comitato per i diritti umani che controlla il rispetto del Patto internazionale sui diritti civili e politici ha ricordato agli Stati contraenti che la selezione sessuale riflette la subordinazione delle donne e che pertanto i governi hanno il dovere di affrontarne le cause alla radice (UN HRC, 2000).

Violenza e salute

Nelle società dove vi sono più uomini che donne in età da matrimonio, le donne sono più esposte alla violenza sessuale e di genere (Diamond-Smith e Rudolph, 2018). Un’altra preoccupazione riguarda il traffico delle donne per costringerle a lavori domestici o sessuali, o al matrimonio (OMS, 2011). Inoltre, se le donne incinte sono più a rischio di subire violenze dal partner o dai familiari, rispetto a quelle non incinte, per coloro che non partoriscono figli maschi il rischio è ancora maggiore (Muchomba, 2019). Le donne che non possono avere figli o a cui si attribuisce la responsabilità dell’infertilità di coppia sono ancora più esposte alla violenza (Stellar *et al.*, 2016).

La violenza provoca lesioni fisiche e stress psicologici e ovviamente produce conseguenze negative sullo stato di salute. La preferenza per i figli maschi compromette ancora di più la salute della donna che rischia di dover “affrontare gravidanze ripetute fino a quando non nasce un maschio. In questo processo, la salute si deteriora soprattutto se, come spesso accade, non c’è accesso a un’alimentazione adeguata e nutriente o all’assistenza pre o post-natale” (Mitra, 2014). Le donne subiscono il forte stress emotivo e psi-

ee Anche dopo la nascita del bambino, non sono potuta tornare a casa per sette giorni, finché non mi sono purificata dal sangue.”

TOGLIERE LA maledizione

**Mettere fine
al parto nel bush
senza assistenza**

La comunità Gumuz, in Etiopia, ritiene da tempo che il sangue delle donne sia maledetto e, a volte, le costringe a lasciare la casa durante le mestruazioni e il parto. Per tre volte Abebech Kabla ha dovuto partorire da sola, nei campi. Ogni volta ha creduto di morire. La prima volta aveva 13 anni ed era sposata da un anno.

“Anche dopo la nascita del bambino non sono potuta tornare a casa per sette giorni, finché non mi sono purificata dal sangue”, racconta.

Ma quando aspettava il quarto figlio, le pratiche della comunità erano cambiate.

L’associazione di donne per lo sviluppo Mujejeguwa Loka (“Luce dell’alba” in lingua gumuz) lavora per modificare i comportamenti che ledono i diritti di donne e bambine. Le volontarie dell’associazione, tutte appartenenti alla comunità, svolgono attività di sensibilizzazione sulle pratiche dannose che compromettono la salute delle donne a volte causandone la morte: non

solo il parto senza assistenza nel bush ma anche i matrimoni precoci e le mutilazioni genitali femminili.

Abebech ha insistito per partorire in casa con l'assistenza di qualcuno che potesse aiutarla in caso di complicazioni. "All'inizio gli uomini hanno fatto molta fatica ad accettarlo, la famiglia mi ha messo sotto accusa, dicendo che se la maledizione ci avesse colpito, la colpa sarebbe stata mia".

Ma poiché non è accaduto niente, né durante né dopo il parto, Abebech dice di aver pensato che i fatti le avevano dato ragione.

Oggi Mujejeguwa Loka è attiva nella regione da oltre 20 anni.

Boge Porre, una delle volontarie dell'associazione, dichiara che scoraggiare il parto all'aperto e senza assistenza è stato un impegno colossale, ogni volta le donne dovevano affrontare minacce e intimidazioni. Ancora oggi, sebbene

sia meno comune, la pratica non è del tutto scomparsa.

Le donne costrette a partorire da sole vanno incontro a gravi rischi, anche di morte. Spesso non possono ricorrere a nessuna assistenza, né prima né dopo il parto, nemmeno quando devono affrontare gravi complicazioni. "Quando ci imbattiamo in casi di prolasso uterino o di fistola spieghiamo alle donne che Mujejeguwa Loka le può aiutare a ricevere le cure adeguate alla loro situazione" spiega Boge.

Boge e le altre volontarie dicono di aver assistito, in questi anni, a enormi progressi. Tra i molti problemi a cui cercano di porre fine c'è anche la violenza sessuale e di genere. I casi di pratiche dannose vengono denunciati a Mujejeguwa Loka, che provvede ad allertare le autorità. Questo ha scatenato l'ira di alcuni capi e anziani della comunità che preferirebbero risolvere ogni questione con strumenti propri. Ma la loro opposizione non ha su Boge alcun effetto deterrente.

“All'inizio gli uomini hanno fatto molta fatica ad accettarlo, e la famiglia mi ha messo sotto accusa, dicendo che se la maledizione avesse colpito la famiglia, la colpa sarebbe stata mia.”

cologico che si accompagna alla gravidanza, soprattutto quando hanno interiorizzato l'idea che la loro autostima e il loro valore sociale dipendono, non solo dalla capacità di generare figli ma, più specificamente, dall'aver un maschio (Mitra, 2014). La ragione di tutto questo ha molto probabilmente a che fare con i ruoli di genere stereotipati che le aspettative sociali impongono a maschi e femmine, accompagnati da benefici o oneri relativi, come quello della dote. I colpi inferti all'autostima spesso si traducono in danni per la sua salute fisica e mentale (Krieger, 2000).

Gli obblighi dei governi

Come i matrimoni precoci e le MGF, il riconoscimento della selezione sessuale come discriminazione di genere impone agli Stati di “modificare i modelli di comportamento socio-culturale” in base all'articolo 5(a) della Convenzione sulle donne. Alla Conferenza del Cairo del 1994, 179 governi si sono impegnati a “eliminare tutte le forme di discriminazione contro le bambine e le cause alla radice della preferenza per i figli maschi, che produce pratiche dannose e non etiche come l'infanticidio femminile e la selezione sessuale prenatale”. Più di recente, i governi che hanno approvato l'Obiettivo 5 per lo sviluppo sostenibile, sulla parità di genere, hanno concordato di vietare le pratiche dannose, compresa la selezione sessuale.

Diritti umani e abbandono delle pratiche dannose

La posizione del sistema ufficiale di promozione e tutela dei diritti umani internazionali sulle

pratiche dannose segue una linea chiara e netta: devono essere fermate. Ma pratiche come le MGF, i matrimoni precoci e la selezione sessuale persistono sebbene rappresentino una violazione dei diritti umani. Per quanto i governi nazionali promulgano leggi per contribuire a modificare quelle norme non scritte a cui sono legate le pratiche dannose, le ragazze continuano a essere mutilate e costrette al matrimonio. Si fa percepire a donne e ragazze che sono inferiori ai ragazzi e subordinate agli uomini in modo da costringerle a conformarsi all'immagine ideale della donna vigente nelle società di riferimento.

Oltre a promulgare leggi contro le pratiche dannose, soprattutto se accompagnate da dure sanzioni punitive, gli Stati devono comunque prestare attenzione affinché leggi e misure politiche non finiscano per danneggiare le ragazze e le donne che intendono proteggere. Per questo è necessario studiare i fattori sociali alla base di ciascuna pratica dannosa, così da formulare misure efficaci che non ledano altri diritti. In caso contrario il rischio è la mancata attuazione delle leggi, il rifiuto da parte della comunità e il ricorso alle stesse pratiche in clandestinità. Anche quando si fanno inchieste, si perseguono e si puniscono queste pratiche, l'effetto su usanze e convinzioni radicate da secoli è minimo. Pertanto, oltre a leggi e politiche, sono cruciali gli sforzi, dei governi e degli attori non governativi, per promuovere l'educazione e la sensibilizzazione dell'opinione pubblica (Das Gupta, 2019). Anzi, spesso sono più necessari delle leggi, al fine di adempiere agli obblighi dello Stato in materia di diritti umani.

**INDESIDERATE
TRASCURATE
ELIMINATE**

**I DIRITTI VIOLATI
dalla PREFERENZA
PER IL figlio MASCHIO**

*Give them the same freedom
dreams as you would*



Quando si considerano i **BAMBINI** più preziosi delle bambine, **le pressioni per avere un maschio si fanno più intense.**

Questa preferenza in alcune società è così accentuata che le coppie compiono notevoli sforzi per evitare di avere una femmina oppure, se già ne hanno una, ne trascurano salute e benessere per favorire quelli del figlio.

La preferenza per il maschio non è certo una tradizione positiva. Al contrario, è il sintomo di una disuguaglianza di genere profondamente radicata che danneggia intere comunità.

Preferenza per il maschio e selezione sessuale

La preferenza per il figlio maschio è frutto di sistemi sessisti che attribuiscono uno status sociale superiore a uomini e ragazzi e favoriscono i bambini a dispetto delle bambine (Croll, 2000; Miller, 1981).

In alcune regioni del mondo, se la nascita di un figlio maschio è motivo di festeggiamenti, quella di una femmina è spesso una delusione. La figlia è vista come un peso, un fattore di rischio, un ostacolo per il futuro della famiglia. Sovente viene dimenticata, ignorata, sottoalimentata. A volte è abbandonata e lasciata morire. Altre è vittima della *selezione sessuale postnatale*.

La preferenza per i figli maschi si esprime anche con la *selezione sessuale prenatale motivata da pregiudizi di genere*, ovvero l'interruzione della gravidanza quando si accerta che il feto è femmina, o la determinazione o selezione sessuale pre-impianto, o la selezione dello sperma, mediante la fecondazione in vitro. Dal punto di vista dei diritti umani, la selezione in base al genere è una pratica dannosa in quanto la preferenza per i maschi si traduce in una deliberata prevenzione della nascita delle femmine. È indiscutibilmente legata a norme e comportamenti discriminatori ed è una delle conseguenze più gravi della disuguaglianza di genere.

La preferenza per il figlio maschio e la selezione sessuale sono due comportamenti collegati tra loro, ma non sono la stessa cosa: si può verificare una preferenza per i maschi senza che vi sia selezione sessuale. Per esempio, in alcuni paesi a basso livello di reddito dell'Asia o dell'Africa sub-sahariana, la preferenza per il figlio maschio è molto diffusa, mentre non lo è la selezione sessuale postnatale dovuta a pregiudizi di genere.

Desiderare di avere un figlio maschio più di una femmina non è, di per sé, una violazione dei di-



©UNFPA/Arvind Jodha

“Avevo una pancia enorme, per questo sapevo che i bambini erano più di uno. Non potevo immaginare che fossero **tutte femmine.”**



MADRE, RIBELLE E MODELLO DI COMPORAMENTO

Una donna che si oppone alla preferenza per il figlio maschio

“Avevo una pancia enorme, per questo sapevo che i bambini erano più di uno. Ma non potevo immaginare che fossero tutte femmine,” racconta Jasbeer Kaur, 58 anni, mentre sorride alle sue tre gemelle ventitreenni: Mandeep, Sandeep e Pardeep Kaur, affaccendate nella piccola cucina a preparare il pranzo tutte insieme.

“La gente del villaggio spesso mi dice, poverina... Avresti dovuto avere almeno un maschio, invece di tre femmine. Io rispondo, ma fatemi il piacere! Sono una donna anch’io, sono orgogliosa di aver cresciuto queste ragazze che ormai sono adulte”, dice Kaur. A quel punto le guardano e veden-

dole così fiere dicono, sono proprio uguali alla madre!”

Le tre sorelle ridono al sentirle raccontare questa storia. Hanno ormai imparato, in questi anni, a prendere le cose con leggerezza, anche se sanno benissimo che la loro stessa esistenza è, da molti punti di vista, un’anomalia.

Pochi mesi dopo il matrimonio, la giovane Kaur si rese conto che l’uomo che i suoi genitori le avevano fatto sposare non era la persona con cui voleva trascorrere il resto della vita: era un alcolizzato e raramente aveva un gesto gentile.

Ma le cose erano destinate a peggiorare.

“Ero incinta, durante l'ecografia la dottoressa mi ha detto che avrei avuto non un figlio ma tre e tutte femmine. Adesso è vietato ma all'epoca ti dicevano sempre il sesso del bambino. La dottoressa si offrì di farmi abortire, dicendomi che sarebbe stato difficile crescere tre figlie. Me la descrisse come una procedura semplice, simile al parto. Per qualche momento sono stata sopraffatta dalla paura, ma Dio mi ha dato la forza di rifiutare. Ho detto di no”, ricorda Kaur. “Quando l'ho raccontato a mia madre mi ha detto: se sono riuscita io a crescere delle figlie, puoi riuscirci anche tu”.

Marito e suoceri però non furono incoraggianti.

“Nella famiglia di mio marito non nascevano femmine da tre generazioni. Non avrebbero permesso che in casa loro nascessero tre figlie

in una volta sola. Mi hanno dato un ultimatum: o abortisci o te ne vai”, ricorda Kaur.

Decise di andarsene e non se n'è mai pentita.

Non è stato facile crescere e far studiare tre bambine, ma dalla sua aveva tenacia e determinazione. Trovò lavoro come levatrice ausiliaria nello stato indiano del Rajasthan, guadagnando appena quel che bastava a sopravvivere. Ma oggi può essere orgogliosa delle sue gemelle.

Sandeep fa la truccatrice a Amritsar e sogna di approdare, un giorno, a Bollywood. Pardeep si è diplomata in gestione alberghiera e attualmente sta facendo il tirocinio in un hotel a cinque stelle. Mandeep, seguendo le orme di sua madre, sta per diventare infermiera professionista.

“Spesso da bambine ci chiedevamo perché nostro padre non partecipasse mai alle iniziative scolastiche, come gli altri papà”, dice Sandeep, “o perché la mamma, in casa, piangesse così spesso”.

“Solo quando siamo state molto più grandi, nostra zia e la nonna ci hanno raccontato la storia della nostra nascita”, aggiunge Pardeep. “Allora tutto ha iniziato ad avere un senso”.

“Siamo così orgogliose di come nostra madre ha affrontato queste avversità”, dice Mandeep, “Ma con gli amici non ne parliamo, perché sappiamo che ci dimostrerebbero compassione e noi non vogliamo la pietà di nessuno”.

Ascoltando i vicini parlare della famiglia Kaur, la pietà è l'ultima cosa a cui si pensa. In una società ancora in gran parte ossessionata dall'idea del figlio maschio, è un esempio che tutte le donne della zona citano con fierezza.

“Qui la gente pensa ancora che ci voglia un figlio maschio che porti avanti il nome della famiglia.

**ee Quando l'ho raccontato
a mia madre mi
ha risposto: **Se
sono RIUSCITA
IO A CRESCERE
delle FIGLIE,
DAUGHTERS,
puoi RIUSCIRCI
ANCHE TU.**”**

Ti fanno sentire di non aver fatto la tua parte come madre, finché non hai partorito un maschio” spiega Rajveer Kaur, due figlie. “Io invece penso che le figlie siano importanti, perché si prendono più cura dei genitori rispetto ai maschi. Se Jasbeer Kaur è riuscita a crescere tre figlie da sola, perché non dovremmo riuscire noi a crescere le nostre, visto che abbiamo anche il sostegno delle famiglie?”

La preferenza per i maschi è tuttora così profondamente radicata che alcune famiglie chiedono di abortire se scoprono che il feto è femmina, anche se la selezione sessuale è stata vietata, oppure le fanno mangiare meno e trascurano la loro salute, occupandosi solo dei maschi. Dopo la nascita i tassi di mortalità tra le femmine sono più alti: un indice della discriminazione a cui vanno incontro fin da piccole.

Tra il 2013 e il 2017 in India si sono “perse” in media 460.000 bambine all’anno. Secondo un’analisi basata sui dati del censimento indiano, la selezione sessuale per pregiudizi di genere è responsabile di circa un terzo di tutte le bambine mancanti, mentre circa due terzi sono causati dalla mortalità femminile dopo la nascita.

Una madre sola che cresce tre gemelle è una rarità ovunque, ma più che mai nello stato rurale del Rajasthan. Le figlie di Kaur sanno quante difficoltà e quanta disapprovazione abbia dovuto superare la madre e sono decise a renderla orgogliosa. Quello che desiderano è costruire un’eredità che renda merito a tutto il suo lavoro e il suo impegno.

“Oggi la gente ci conosce come le figlie di Jasper Kaur”, dice Sandeep. “Noi desideriamo che la nostra vita sia importante e significativa... Vogliamo che un giorno la gente dica: quella è Jasper Kaur, la madre di Sandeep, Mandeep e Pardeep”.

ritti umani. Tuttavia tale preferenza affonda le radici in una rete di relazioni sociali che riflettono, producono e riproducono numerosi stereotipi di genere. È la perpetuazione di tali stereotipi, in particolare di quelli che indicano una superiorità maschile, che rende le femmine subalterne e costituisce una violazione dei diritti umani.

Misurare la preferenza per il figlio maschio

Poiché la preferenza per il figlio maschio è il prodotto di discriminazioni di genere, può essere molto difficile misurarne la portata e la gravità – e formulare politiche e interventi in grado di affrontarla.

Tuttavia è possibile approfondirne la comprensione studiando i dati demografici e i sondaggi sulla famiglia. Nel rispondere a domande sulla composizione per genere della famiglia ideale o sul desiderio di avere o meno altri figli, i genitori a volte manifestano un generico desiderio di avere dei maschi o di volere altre gravidanze se hanno solo figlie femmine (Fuse, 2010). Dai sondaggi a volte emerge che i genitori vorrebbero una famiglia con un figlio maschio e una femmina, ma spesso in realtà qualsiasi combinazione andrebbe bene, purché ci sia almeno un maschio. Tuttavia le risposte ai sondaggi riflettono in generale solo le opinioni e non i comportamenti effettivi.

A differenza della generica preferenza per il maschio, la sua manifestazione in forma di selezione sessuale si può misurare in modo più diretto attraverso i dati sul “rapporto tra i sessi alla nascita” in un determinato paese (Guilmoto, 2015). Il rapporto “naturale” o normale, nella maggior parte dei paesi del mondo è tra 105 o 106 nati maschi ogni 100 femmine (Chahnazarian, 1988). Ogni deviazione da questo rapporto naturale riflette quindi una qualche misura di selezione sessuale (Chao *et al.*, 2019; Tafuro e Guilmoto, 2019).

Un'analisi accurata del rapporto tra i sessi alla nascita può essere eseguita solo con statistiche complete e affidabili sulla registrazione delle nascite e su campioni sufficientemente grandi (Shi e Kennedy, 2016; Goodkind, 2011).

Per consentire raffronti dei rapporti tra i sessi a livello internazionale, specie per paesi con pochi nati per anno, le stime adottate dalle Nazioni Unite prendono in esame il rapporto maschio/femmina su un periodo di cinque anni.

TABELLA 3.1

Esempi di paesi e territori che presentano o hanno presentato un rapporto squilibrato maschi/femmine

Stime recenti del rapporto tra i sessi alla nascita[†]

| Regione | Paese o territorio | Proiezioni per il 2017* (stime basate su modelli) | Misurazioni più recenti** (altre fonti) | |
|-----------------------|-----------------------------|--|---|------------------------|
| | | Rapporto tra i sessi alla nascita *** | Rapporto tra i sessi alla nascita *** | Periodo e fonti |
| Asia | Cina | 114.3 | 111.9 | 2017 ^a |
| | Hong Kong, RAS cinese di | 107.8 | 106.6 | 2018 ^b |
| | Taiwan, Provincia cinese di | 107.6 | 107.0 | 2018 ^b |
| | India | 109.8 | 111.6 | 2015–2017 ^c |
| | Nepal | 107.3 | 110.6 | 2012–2016 ^d |
| | Repubblica di Corea | 105.6 | 105.4 | 2018 ^b |
| | Singapore | 106.5 | 106.1 | 2018 ^b |
| | Vietnam | 112.2 | 111.5 | 2018 ^e |
| Caucaso meridionale | Armenia | 111.7 | 111.1 | 2018 ^b |
| | Azerbaijan | 113.4 | 114.6 | 2018 ^b |
| | Georgia | 106.5 | 107.9 | 2018 ^b |
| Europa sud-orientale | Albania | 108.3 | 108.0 | 2018 ^b |
| | Montenegro | 107.2 | 106.7 | 2016–2018 ^b |
| | Kosovo ^f | Nessuna stima disponibile | 109.0 | 2018 ^b |
| Africa settentrionale | Tunisia | 105.4 | 107.0 | 2017 ^b |

[†] I paesi selezionati presentano, o hanno presentato negli ultimi 30 anni, squilibri nel rapporto maschi/femmine, in base a statistiche e rilevamenti sul campo. Le cifre sono state calcolate sui dati disponibili per i nati nell'anno. Le stime del rapporto tra nati maschi e femmine possono essere inficiate da errori di misurazione causati da inefficienze del sistema di registrazione anagrafica o da mancate denunce di alcune nascite, oltre che dalle fluttuazioni annuali.

* Previsioni bayesiane per il 2017 basate sulle serie 1950–2015 (Chao et al., 2019).

** Basate su dati grezzi, provenienti dalle registrazioni anagrafiche o da sondaggi.

*** Rapporto tra i sessi alla nascita, espresso in nati maschi ogni 100 nate femmine.

a Istituto nazionale di statistica.

b Registrazione anagrafica.

c Sistema di registrazione a campione.

d Indagini Demografiche e Sanitarie, sondaggio a campione.

e Censimento 2019.

f Il riferimento al Kosovo è da intendersi in accordo con la Risoluzione 1244 del Consiglio di Sicurezza delle Nazioni Unite (1999).

Le statistiche sulle nascite a livello nazionale, spesso basate sui censimenti, possono tuttavia offrire dati più aggiornati sulla proporzione di maschi e di femmine in una popolazione data (Tabella 3.1).

L'analisi del “rapporto maschio/femmina tra i bambini” permette di far luce non solo sulla dimensione del fenomeno della selezione sessuale prenatale ma anche su quella della selezione post-natale, in quanto fotografa alcuni degli ef-

TABELLA 3.2

Morti di bambine attribuibili a trascuratezza o ad altre forme di selezione sessuale dopo la nascita

Stime di mortalità femminile in eccesso entro i primi 5 anni di vita, e quota sul tasso di mortalità complessiva tra le bambine con meno di 5 anni nel 2012

| Paese o territorio | Tasso di mortalità femminile in eccesso | Percentuale sulla mortalità complessiva femminile entro i primi 5 anni di vita |
|---------------------------|--|---|
| Afghanistan | 5.2 | 2.7% |
| Bahrain | 1.1 | 5.9% |
| Bangladesh | 2.1 | 2.6% |
| Cina | 1.0 | 3.3% |
| Egitto | 2.4 | 5.6% |
| India | 13.5 | 11.7% |
| Iran | 1.8 | 5.2% |
| Giordania | 1.9 | 5.0% |
| Nepal | 2.9 | 3.5% |
| Pakistan | 4.7 | 2.7% |

I tassi di mortalità sono calcolati su mille nati vivi. I tassi di mortalità femminile in eccesso sono calcolati come differenza tra i tassi di mortalità osservati e previsti per le bambine entro i primi 5 anni di vita. La quota di mortalità complessiva è calcolata sulla base dei tassi di mortalità osservati nelle bambine entro i primi 5 anni di vita. I calcoli si basano su stime bayesiane del rapporto maschio/femmina nei tassi di mortalità entro i primi 5 anni di vita. (Alkema et al., 2014)

„ არის უფლება! „ „ეა, მისი სიბრძნე! „ „ ბოლომდე იქნება ბიჭი! „

“Oh, che peccato!” “Non preoccuparti!”
“Il quarto figlio sarà maschio!”

Tekla, 34 anni, Georgia

fetti del trascurare deliberatamente le bambine, con comportamenti che le portano alla morte prima di raggiungere l'età adulta (Cai e Lavelly, 2003). Il vantaggio di queste misurazioni è che si basano su dati relativi a età e distribuzione per sesso che vengono sistematicamente raccolti quando si censisce la popolazione.

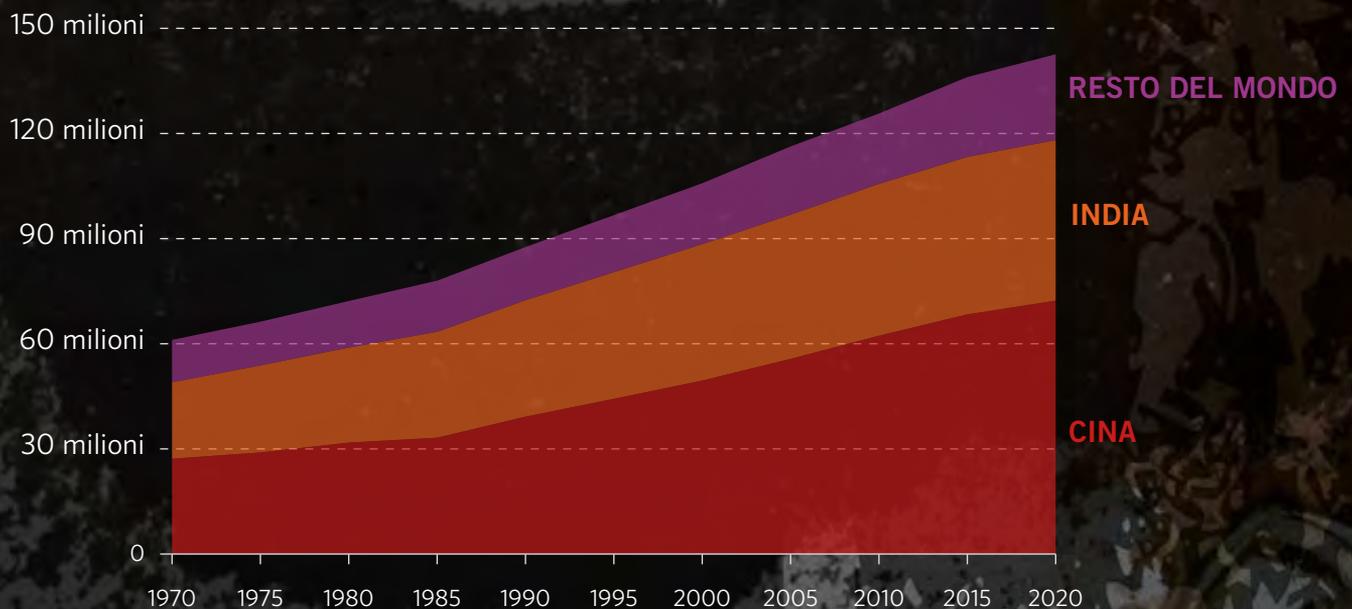
Alcuni studi hanno analizzato il tasso di mortalità di ragazze e bambine – particolarmente elevate in India: l'analisi della diffusione e dell'intensità della selezione sessuale postnatale è però ostacolata dalla mancanza di dati attendibili aggregati per sesso ed età nei paesi in via

di sviluppo. Alkema *et al.* (2014) hanno utilizzato fonti diverse per elaborare le stime e calcolare "l'eccesso di mortalità femminile" anche per quei paesi in cui i censimenti non si effettuano in modo regolare e non si dispone di cifre attendibili sulle registrazioni anagrafiche delle nuove nascite (Tabella 3.2). In base a tale analisi, l'India presenta il tasso più alto di eccesso di mortalità femminile, 13,5 ogni 1000 nate, in base al quale si può stimare che una morte ogni nove delle bambine sotto i 5 anni si possa attribuire alla selezione sessuale postnatale. Questa stessa analisi mostra come in Afghanistan, Bangladesh, Nepal e Pakistan l'eccesso di

FIGURA 3.1

Numero di "donne mancanti" nel mondo

Stima di donne mancanti, in alcune popolazioni, in milioni, aggiornate al 2020†



* "Donne mancanti": fa riferimento allo squilibrio nel rapporto maschi/femmine alla nascita, per via dell'effetto della selezione sessuale prenatale per pregiudizi di genere, combinato con la mortalità femminile in eccesso dovuta alla selezione sessuale postnatale.

† Il numero annuo di morti femminili in eccesso e nascite di femmine mancanti si riferisce al periodo 2015-2020, stimato e descritto in Bongaards e Guilmo (2015). Le morti femminili in eccesso e le nascite di femmine mancanti si riferiscono al periodo di cinque anni precedente.

mortalità femminile riguarda quasi il 3% di tutte le bambine morte prima di compiere i 5 anni. Anche in Bahrain, Egitto, Iran e Giordania si verificano eccessi di mortalità femminile, ma secondo ricercatori e ricercatrici in questi paesi non è diffusa la pratica della selezione sessuale per pregiudizi di genere.

L'eccesso di mortalità femminile è cresciuto in tutto il mondo a partire dagli anni settanta fino ai novanta in cui ha raggiunto il picco di circa 2 milioni ogni anno (Tabella 3.3 e Figura 3.1), secondo uno studio sulla distribuzione della popolazione basato su dati delle Nazioni Uni-

Un'analisi accurata del rapporto tra i sessi alla nascita può essere eseguita solo con **STATISTICHE COMPLETE E AFFIDABILI SULLA REGISTRAZIONE DELLE NASCITE** e su campioni sufficientemente grandi.

TABELLA 3.3

Negli ultimi 50 anni il numero delle "donne mancanti" è più che raddoppiato

Stime di donne mancanti nel mondo, eccesso di morti femminili e neonate mancanti, in milioni, 1970-2020

| | 1970 | 1975 | 1980 | 1985 | 1990 | 1995 | 2000 | 2005 | 2010 | 2015 | 2020 |
|-------------------------------------|------|------|------|------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Donne mancanti* | 61.0 | 66.4 | 72.2 | 79.3 | 87.6 | 96.7 | 105.9 | 116.4 | 125.6 | 136.2 | 142.6 |
| Eccesso di morti femminili** | | 1.79 | 1.86 | 1.90 | 1.97 | 1.93 | 1.71 | 1.78 | 1.66 | 1.65 | 1.71 |
| Neonate mancanti*** | | 0.00 | 0.00 | 0.37 | 0.76 | 1.23 | 1.36 | 1.55 | 1.71 | 1.69 | 1.50 |

*"Donne mancanti": le persone di sesso femminile che mancano nella popolazione a una data stabilita, per via dell'effetto cumulativo della selezione sessuale pre e postnatale avvenuta in passato.

**"Eccesso di morti femminili": la mortalità femminile attribuibile alla selezione sessuale dopo la nascita.

***"Neonate mancanti": le bambine non nate per via della selezione sessuale prenatale per pregiudizi di genere.

I numeri relativi all'eccesso di morti femminili e alle neonate mancanti si riferiscono al quinquennio precedente. Stime tratte da Bongaarts e Guilmo (2015).

te. La successiva diminuzione di tale eccesso di mortalità si spiega in parte con la maggiore accessibilità di tecnologie come l'ecografia prenatale che ha portato a un aumento della selezione sessuale prenatale (Bongaarts e Guilmo- to, 2015). Lo stesso studio indica inoltre che le nascite che mancavano per via della selezione sessuale prenatale superavano nel 2015 quelle mancanti a causa della selezione postnatale (Tabella 3.3).

Livelli e tendenze

I dati forniti dagli istituti nazionali di statistica e le stime indirette mostrano che in 15 paesi o territori si sono verificati notevoli squilibri nel rapporto maschio/femmina alla nascita. Si tratta di paesi molto diversi tra loro per composizione sociale e religiosa, per sistemi politici e per situazione economica (Tabella 3.1). I valori osservati vanno da circa 115 maschi ogni 100 femmine a livelli inferiori a 110 quando non vicini al rappor-

TABELLA 3.4 Le neonate mancanti ogni anno sono quasi 1,2 milioni

Stime delle nascite femminili mancanti a causa della selezione sessuale prenatale motivata da pregiudizi di genere, in alcuni paesi e territori: media su cinque anni †

| | Regione, paese , territorio | Neonate mancanti* |
|------------------------|-----------------------------|---|
| Asia | Cina | 666,300 |
| | Hong Kong, RAS cinese di | 100 |
| | Taiwan, Provincia cinese di | 1,200 |
| | India | 461,500 |
| | Nepal | Non sono disponibili dati rappresentativi a livello nazionale |
| | Repubblica di Corea | 0 |
| | Singapore | Non sono disponibili dati rappresentativi a livello nazionale |
| | Vietnam | 40,800 |
| Caucaso meridionale | Armenia | 1,100 |
| | Azerbaijan | 6,200 |
| | Georgia | 100 |
| Europa sud-orientale | Albania | 500 |
| | Montenegro | 100 |
| | Kosovo ¹ | Non sono disponibili dati rappresentativi a livello nazionale |
| Africa settentrionale | Tunisia | 1,400 |
| TOTALE MONDIALE | | 1,179,000 |

† I paesi e i territori selezionati sono quelli che presentano o hanno presentato squilibri nel rapporto tra i sessi alla nascita. Per tre paesi o territori non sono disponibili dati rappresentativi. Le stime sono calcolate in base alle stime di medie bayesiane delle tendenze e del rapporto biologico maschio/femmina alla nascita. La media annuale è stata calcolata sulle stime del periodo 2013-2017. I risultati possono variare a seconda della metodologia utilizzata.

* "Neonate mancanti": le bambine non nate per via della selezione sessuale prenatale per pregiudizi di genere.

¹ Il riferimento al Kosovo è da intendersi in accordo con la Risoluzione 1244 del Consiglio di Sicurezza delle Nazioni Unite (1999). (Chao et al., 2019).

to naturale, che è di 105 o 106 nati maschi ogni 100 femmine. Tre di questi paesi – la Repubblica di Corea, Singapore e Tunisia – presentavano in passato squilibri nel rapporto maschio/femmina, che oggi invece si avvicina al livello naturale.

Le tabelle 3.4 e 3.5 mostrano che due paesi – Cina e India – insieme rappresentano tra il 90 e il 95% dell'intero numero stimato di nascite femminili che mancano ogni anno – tra 1,2 milioni e 1,5

milioni – in tutto il mondo a causa della selezione sessuale prenatale (Chao *et al.*, 2019; Bongaarts e Guilamoto, 2015). In questi stessi due paesi si registra maggior numero totale di nascite all'anno.

Lo squilibrio nel rapporto tra i sessi alla nascita dovuto alla selezione sessuale è emerso con particolare evidenza negli anni ottanta in Cina, India e Repubblica di Corea, negli anni novanta nei paesi dell'Europa dell'Est e dopo il 2000 in Ne-

TABELLA 3.5 **Due paesi da soli contano la maggioranza delle donne mancanti nel mondo**

Stime delle donne mancanti, eccesso di morti femminili e neonate mancanti nelle popolazioni selezionate, in milioni, aggiornate al 2020†

| | TOTALE MONDIALE | Cina | India | Altri paesi |
|-------------------------------------|------------------------|-------------|--------------|--------------------|
| Donne mancanti* | 142.6 | 72.3 | 45.8 | 24.5 |
| Eccesso di morti femminili** | 1.71 | 0.62 | 0.36 | 0.72 |
| Neonate mancanti*** | 1.50 | 0.73 | 0.59 | 0.17 |

† I numeri relativi all'eccesso di morti femminili e alle neonate mancanti si riferiscono al periodo 2015-2020, secondo le stime e le descrizioni di Bongaarts e Guilamoto (2015), calcolati in base ai dati del quinquennio precedente.

* "Donne mancanti": fa riferimento allo squilibrio nel rapporto maschi/femmine alla nascita, per via dell'effetto della selezione sessuale prenatale per pregiudizi di genere, combinato con la mortalità femminile in eccesso dovuta alla selezione sessuale postnatale.

** "Eccesso di morti femminili": la mortalità femminile attribuibile alla selezione sessuale dopo la nascita.

*** "Neonate mancanti": le bambine non nate per via della selezione sessuale prenatale motivata da pregiudizi di genere.

I dati annuali relativi alla mortalità femminile in eccesso e alle neonate mancanti coprono il periodo 2015-2020 e sono stimati e descritti da Bongaarts e Guilamoto (2015).

pal e in Vietnam (UNFPA, 2017, 2012b; Frost *et al.*, 2013; Guilmoto e Duthé, 2013; GSO, 2011; Bhat e Zavier, 2007; Das Gupta *et al.*, 2003).

La percentuale di nati maschi in alcune comunità della diaspora in America Settentrionale e in Europa è maggiore del previsto (Almond *et al.*, 2009; Dubuc e Coleman, 2007). Anche nella Regione Amministrativa Speciale (RAS) cinese di Hong Kong, nella Provincia cinese di Taiwan e a Singapore, che hanno una popolazione di origine cinese, si è registrato un aumento della percentuale di nati maschi. Questo fa ritenere che mentalità e pratiche socio-culturali possono persistere anche in ambienti politici, sociali ed economici differenti.

Nel corso degli ultimi due decenni lo squilibrio nel rapporto maschio/femmina ha mostrato una tendenza verso il ritorno alla normalità nella maggior parte dei paesi interessati. Nella Repubblica di Corea e a Singapore ha quasi raggiunto i livelli normali. In Vietnam, l'ultimo paese ad aver vissuto un considerevole spostamento del rapporto tra i sessi alla nascita, la crescita ha finalmente raggiunto il picco e iniziato a stabilizzarsi, segno di un possibile inizio di inversione di tendenza (Becquet e Guilmoto, 2018). In India, invece, la crescita in alcune aree del paese sta superando la diminuzione in altre: in alcuni stati indiani le stime parlano di 120 nati maschi ogni 100 femmine (Kulkarni, 2019).

Le medie nazionali a volte mascherano gli squilibri alla nascita in alcune regioni specifiche (Kumar e Sathyanarayana, 2012; GSO, 2011). Le variazioni all'interno di uno stesso paese sono spesso molto accentuate con le differenze tra nord e sud o tra aree urbane e rurali, o tra diversi livelli di ricchezza, istruzione e dimensioni dei nuclei familiari. In Cina, per esempio, i rapporti più sbilanciati tra i sessi si concentrano nelle regioni meridionali del paese. In India tendono invece ad aumentare nelle aree urbane (Figura

3.2), al contrario di quanto accade in Azerbaijan, Cina e Vietnam.

La selezione sessuale prenatale tende inizialmente a essere più elevata nei segmenti più ricchi della popolazione, ma col tempo finisce per raggiungere anche le famiglie a minor reddito, a mano a mano che le tecnologie che la agevolano si fanno più accessibili dal punto di vista logistico ed economico.

Anche il numero delle nascite e il sesso di ciascun figlio sono fattori determinanti. In generale, le coppie non adottano misure di selezione sessuale per il primo nato. In seguito però possono optare per l'aborto selettivo, se hanno già avuto una femmina. In Armenia, per esempio, il rapporto tra i sessi è nella norma per i primi due figli di ogni coppia; ma i genitori che hanno già due femmine tendono poi a scegliere l'aborto selettivo per far sì che il terzo figlio sia maschio. Nel 2001, l'analisi dei dati del censimento ha evidenziato come lo squilibrio del rapporto maschio/femmina alla nascita, per le donne che avevano già due figlie femmine, aumentava fino a 223/100 (UNFPA, 2013). Analoghi andamenti si registrano in Albania, Georgia, Kosovo e in alcune aree dell'India, soprattutto nelle famiglie meglio istruite e più ricche (Kulkarni, 2019).

Nel 1990 in Cina il rapporto tra nati maschi e femmine nelle coppie che avevano già avuto un figlio passava, per il secondo, a 121 maschi ogni 100 femmine. Dieci anni dopo la stessa proporzione era di 152 a 100.

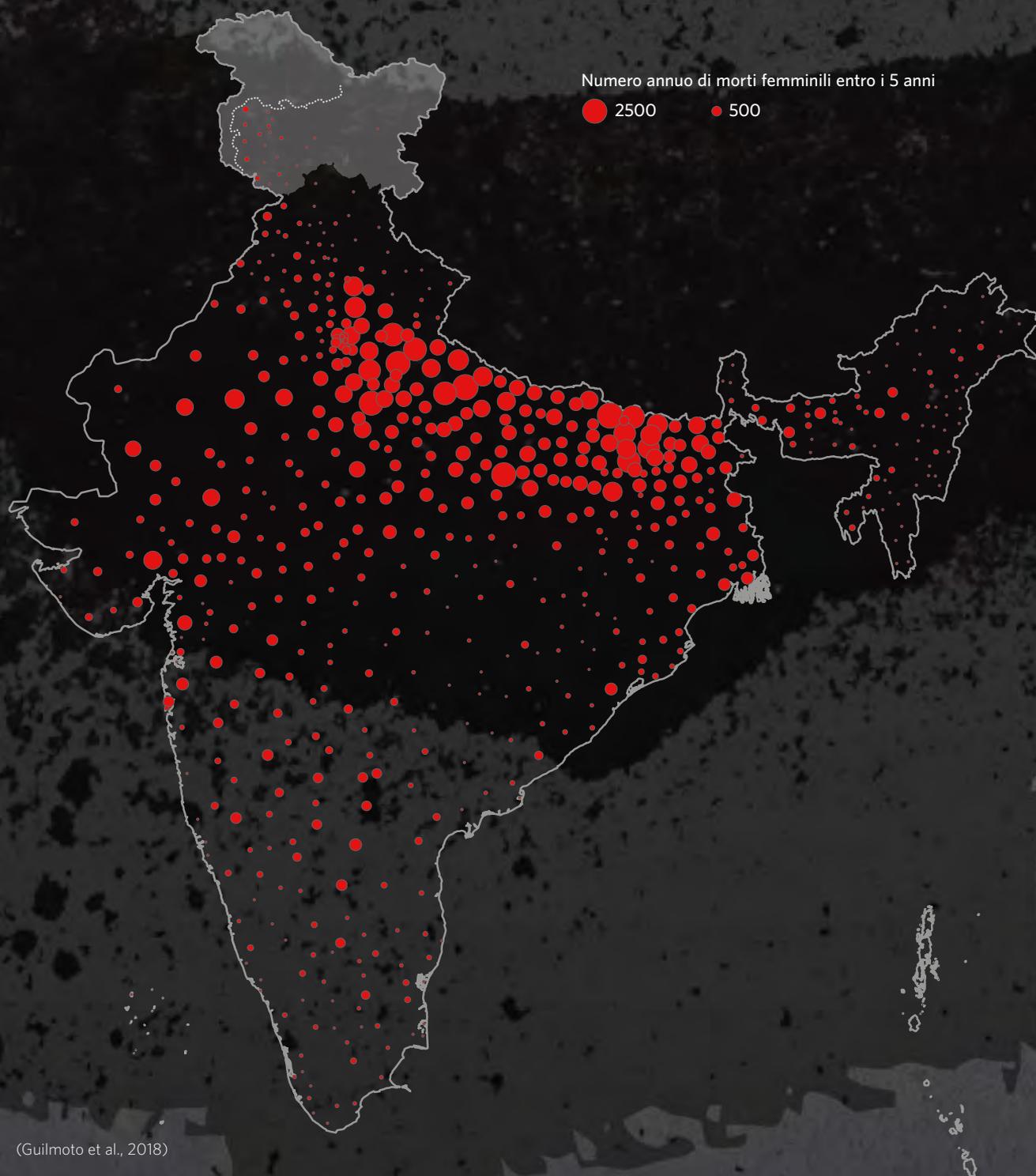
I fattori della selezione sessuale

La preferenza per i figli maschi e la disuguaglianza di genere che ne è alla base sono i principali fattori che portano alla selezione sessuale prima e dopo la nascita (Murphy *et al.*, 2011; UNFPA, 2011; Kaser 2008; Miller, 2001; Croll,

FIGURA 3.2

Morti di bambine in India attribuibili a negligenza e ad altre forme di selezione sessuale dopo la nascita

Numero annuo di morti femminili in eccesso tra le minori di 5 anni, circa 2003



(Guilmoto et al., 2018)

Le designazioni impiegate e la presentazione del materiale nelle mappe in questo rapporto non implicano l'espressione di alcuna opinione da parte di UNFPA in merito allo status giuridico di alcun paese, territorio, città o area o delle loro autorità, o in merito alla delimitazione dei loro confini. Una linea tratteggiata rappresenta approssimativamente la linea di controllo in Jammu e Kashmir concordata da India e Pakistan. Lo status definitivo di Jammu e Kashmir non è stato concordato dalle parti.

2000). Occorre però anche tenere conto di altre due condizioni che la favoriscono: la tecnologia e la tendenza ad avere famiglie meno numerose (Guilmoto, 2009).

Tecnologia

In passato le coppie che volevano un figlio maschio ricorrevano a metodi quali il consumo di determinati cibi che si credeva aumentassero le probabilità di concepirlo. A volte si ricorreva alla selezione postnatale trascurando la salute e l'alimentazione delle figlie o, in casi estremi, ricorrendo all'infanticidio (D'Souza e Chen, 1980); altre, all'adozione di un figlio di parenti o persino al rapimento di figli altrui.

A partire dagli anni sessanta i metodi moderni di contraccezione, come la pillola, sono stati usati per lo stesso fine. Una volta nato un figlio maschio, si ricorre alla contraccezione per evitare di averne altri (a prescindere dal sesso). Questo risulta evidente dal gran numero di famiglie in cui l'ultimo nato è maschio (Bongaarts, 2013).

Le tecnologie introdotte negli anni settanta, in particolare l'ecografia, hanno reso possibile conoscere il sesso del feto (UNFPA, 2012), e le coppie possono servirsi di questo mezzo per decidere se interrompere una gravidanza o portarla a termine. La selezione in base al sesso dipende anche dalla possibilità di abortire dopo il primo trimestre, ovvero quando l'ecografia può mostrare il sesso del feto.

La tendenza verso famiglie più piccole

In tutto il mondo, le donne tendono ad avere meno figli. Cinquant'anni fa la media dei nati per donna era di cinque, oggi è inferiore a tre. Quando il nucleo familiare è ridotto, la possibilità che una coppia non abbia un maschio aumenta. Tra i genitori che hanno due figlie, per esempio, circa una coppia su quattro tende a ricorrere alla selezione sessuale per evitare la nascita di una terza bambina (Jayachandran, 2014; Guilmoto, 2009). Questo



Youngsook Cho ci accoglie all'ultimo piano, invaso dai libri, di un edificio interamente dedicato ai diritti delle donne. Questo palazzo a sei piani di Seul, capitale della Repubblica di Corea, ospita una quantità di associazioni femminili, spiega Cho, una delle dirigenti della coalizione femminista Korean Women's Associations United (KWAU). "Ogni gruppo segue un tema diverso e ha la sua agenda", dice ma "quando di tratta di cambiare qualche legge, politica o programma facciamo fronte comune".



EROINE ignorate

Come una generazione di femministe ha rovesciato la radicata preferenza per il figlio maschio

©ImaZinS

Cho conosce per esperienza la forza dell'azione collettiva.

Lei e altre attiviste hanno profuso per decenni i loro sforzi, oggi coronati da successo, per trasformare la preferenza per i figli maschi, profondamente radicata nella cultura del loro paese. In effetti la Repubblica di Corea è forse l'unico paese al mondo che, dopo aver conosciuto livelli particolarmente elevati di squilibrio nel rapporto tra i sessi (conseguenza degli aborti selettivi), è riuscito a eliminare totalmente tale sbilanciamento. Il dato è tanto

più degno di nota in quanto è stato realizzato nell'arco di una sola generazione.

La preferenza per il figlio maschio era già diffusa anche prima degli anni ottanta, ma questo non aveva prodotto uno squilibrio significativo sul rapporto tra nati maschi e femmine. Le coppie erano invece soggette a forti pressioni perché continuassero ad avere figli fino alla nascita di un maschio. "Io sono nata nel 1961. I miei hanno avuto cinque figli: una sorella maggiore di me e una più piccola; gli ultimi due sono maschi", ricorda Cho. "Mia madre diceva sempre

che se non fosse riuscita ad avere dei maschi, la suocera l'avrebbe disconosciuta”.

Le norme sociali e patriarcali prevedevano che solo i maschi potessero eseguire i riti ed ereditare i beni di famiglia. Quando le figlie si sposavano dovevano partecipare ai rituali dei parenti acquisiti anziché a quelli dei loro familiari. “Mia nonna rimproverava i miei genitori: ‘Perché sprecate risorse per le femmine? Le femmine diventano inutili quando si sposano”, ricorda Cho.

Il rapido sviluppo economico del paese ha prodotto un aumento del reddito familiare e del livello di istruzione e di salute. Il governo inoltre ha introdotto incentivi fiscali e abitativi per incoraggiare la formazione di famiglie meno numerose. Negli anni ottanta “il tenore di vita della popolazione era migliorato” dice la dottoressa Eun Ha Chang, che dirige il Korean Women’s Development Institute, un istituto di ricerca governativo. In quello stesso periodo “fu introdotta la tecnologia dell’ecografia fetale”.

L’aborto era da tempo illegale, “ma in realtà era comunemente praticato dalle donne”, spiega Cho. “Ho tante amiche che sono state costrette ad abortire dai suoceri... Era una specie di controllo imposto sul corpo delle donne, ma all’epoca non veniva riconosciuto come una violazione della libertà di scelta. L’opinione pubblica era d’accordo e lo accettava”.

Con la spinta dell’aborto selettivo in base al sesso, il rapporto tra nati maschi e femmine nel paese cominciò a pendere sempre più in favore dei maschi. I politici, preoccupati dalla situazione, nel 1987 misero al bando gli esami che permettevano di conoscere il sesso del feto e lanciarono una campagna di sensibilizzazione sui pericoli che la mancanza di donne avrebbe prodotto negli anni novanta. Ma lo squilibrio continuava a crescere. Nel 1994 nacquero 115.4 maschi ogni 100 bambine.

Poi la preferenza per i maschi cominciò a scemare. Uno dei fattori chiave, secondo Chang, fu la trasformazione economica del paese, che da prevalentemente agricolo divenne industriale e urbanizzato. “I figli maschi di solito sono preferiti nelle società rurali”, spiega. Altrettanto cruciali furono gli investimenti sull’istruzione femminile per le donne adulte e per le bambine, “che hanno aiutato le donne a prendere consapevolezza dell’uguaglianza di genere... A quel punto la forza del movimento delle donne in Corea del Sud ha promosso e ottenuto molte riforme di leggi e politiche concrete”.

L’esperienza personale di Cho ne è un esempio. “Mi sono iscritta all’università negli anni ottanta, quando il mondo universitario era fortemente radicalizzato. Frequentando sociologia, ho capito le strutture e le cause alla radice” della preferenza per i figli maschi. In seguito ha cominciato a lavorare con alcune associazioni femministe che, unendo i loro sforzi, hanno ottenuto una serie di riforme politiche. Gli anni ottanta e novanta portarono cambiamenti straordinari, come le leggi che assicuravano alle donne il diritto all’eredità, che affrontavano il problema della discriminazione sui posti di lavoro e quello delle violenze domestiche fino ad arrivare, nel 2005, alle riforme che riconoscono alle donne il diritto legale di essere capofamiglia.

Kyung-Jin Oh, giovane coordinatrice del KWAU, ha vissuto da bambina gli ultimi colpi di coda della preferenza per i maschi, negli anni novanta. Sua madre veniva compatita perché non aveva avuto figli maschi, ricorda. “La gente le diceva, ‘Ah, ma hai già tre femmine. Come pensi di fare?’”.

Anche nella scuola elementare le bambine erano in minoranza: “Se in un’aula c’erano 50 scolari, 30 erano maschi e 20 femmine”. Oggi le conseguenze di quel rapporto squilibrato si avvertono negli atteggiamenti di alcuni uomini, che hanno meno donne “da corteggiare”, dice

Oh. "Sentono la frustrazione di non trovare una compagna da frequentare o sposare". Nei casi peggiori quella frustrazione si traduce in violenze di genere. "Si verificano anche femminicidi", spiega.

Oh è decisa a seguire le orme delle attiviste che l'hanno preceduta. "Nutro un profondo rispetto per le nostre femministe più anziane. La Corea all'epoca era un paese poverissimo, con una democrazia non ancora consolidata. C'erano tanti problemi per cui valeva la pena battersi: i diritti umani, per esempio, la democrazia e lo sviluppo economico. Dev'essere stato molto difficile per loro concentrarsi sui diritti delle donne. Oggi abbiamo un movimento delle donne che è particolarmente attivo e fecondo, esteso su tutto il paese; ma non saremmo a questo punto se non avessimo fatto tesoro dell'eredità e delle esperienze di chi ci ha preceduto".

Oggi il rapporto tra i sessi nella Repubblica di Corea è tornato ai livelli naturali, nel paese si è affermata una nuova, energica generazione di femministe, giovani attiviste che si battono contro le nuove forme di violenza di genere, come il proliferare di videocamere nascoste utilizzate per realizzare e diffondere materiale pornografico non consensuale e che sfidano le norme convenzionali della bellezza con il movimento #EscapeTheCorset.

"Queste ragazze si fanno sentire più di noi", dice Chang. "Il fenomeno del #MeToo ha coinvolto anche ragazze delle scuole superiori. Guardiamo con grande attenzione a quello che il giovane movimento femminista produrrà in futuro".

Anche Cho è d'accordo: "le giovani generazioni possono prendere il timone. Hanno le nuove tecnologie e hanno idee per cambiare tutto".

fenomeno, che va sotto il nome di "compressione della fecondità", è più diffuso dove le politiche di pianificazione familiare inducono a limitare la dimensione delle famiglie, perché i genitori potrebbero non essere liberi di avere il numero di figli necessari affinché ci sia almeno un maschio (Ebenstein, 2010). In Cina, per esempio, la politica di pianificazione familiare, precedente al 2015, consentiva ai genitori residenti nelle aree rurali di avere un secondo figlio solo se il primo era femmina. Alcune coppie, nella speranza di avere un figlio, se necessario ricorrevano all'aborto selettivo.

Combinati insieme, preferenza per il figlio maschio, tecnologia e tendenza verso famiglie meno numerose, incoraggiano la selezione sessuale, verificatasi prima nei paesi o tra le classi sociali in cui le coppie volevano una famiglia più piccola e potevano accedere a tecnologie come l'ecografia, nonché ad ambulatori privati per la salute riproduttiva. In seguito, con l'aumentare del reddito medio, tale pratica si è estesa ad altri paesi e ad altre classi sociali.

Poiché i tassi di fecondità difficilmente torneranno a crescere, mentre aumenterà l'accesso alle tecnologie, i fattori citati continueranno prevedibilmente ad agire anche in futuro. Nel frattempo, leggi e interventi politici mirati a impedire l'aborto selettivo in base al sesso non si sono rivelati efficaci. La soluzione al problema si dovrà quindi trovare nel cambiamento delle norme socio-culturali.

Preferenza per il figlio maschio e organizzazioni familiari

Dal punto di vista economico, la preferenza per il maschio è un investimento sul futuro con il presupposto che investire su un bambino porterà un ritorno economico maggiore rispetto a una bambina. In molte aree del mondo, le coppie condividono questa concezione e sono convinte

che il figlio possa contribuire alla sicurezza economica della famiglia, soprattutto quando i genitori saranno anziani. Al contrario le figlie sono spesso considerate un costo con scarsi benefici.

Gli antropologi analizzano la preferenza per il maschio da una prospettiva molto diversa, incentrata sui sistemi familiari e sul contesto lo-

cale in un'ottica di genere (Den Boer e Hudson, 2017; Guilmoto, 2012, Murphy *et al.*, 2011; John *et al.* 2008; Bélanger, 2002). La preferenza per il maschio è legata ai modelli familiari prevalenti. Nelle zone del mondo in cui i sistemi sono più equilibrati, come nell'Asia sud-orientale e in America Latina, di solito i genitori attribuiscono lo stesso valore ai figli e alle figlie, anzi a

Si ringrazia per l'illustrazione Fatma Mahmoud Salama Raslan



volte preferiscono le femmine (Das Gupta *et al.*, 2003; Croll, 2000; Dube 1997).

Una società che attribuisce maggior valore ai maschi è spesso una società in cui l'eredità si trasmette in linea paterna, il sostegno economico agli anziani è garantito dai figli e la donna che si sposa assume il nome del marito e va ad abitare con la famiglia di lui o nelle vicinanze. In molte società di tipo rurale, questi modelli familiari riflettono e al tempo stesso ribadiscono norme e usanze legate al concetto di onore familiare, rispetto dei genitori e dell'autorità, convinzioni religiose, correlate alla vita oltre la morte (Alesina e Giuliano, 2014).

I sistemi patrilineari e patrilocali promuovono invariabilmente la concezione del figlio maschio come futuro della famiglia, e insegnano alle bambine che il loro futuro finirà per dipendere da quello dei mariti. Lo stato transitorio della ragazza, dalla dipendenza dalla propria famiglia a quella dal marito e dalla famiglia di lui, ne riduce il valore sociale nonché il contributo che può portare alla famiglia di origine. Il comportamento sociale strutturato in base a tali norme e usanze finisce per incoraggiare genitori e comunità locali a generare figli maschi per assicurare la continuità della linea parentale.

Ogni deviazione dalle norme comporta dei rischi. Nei contesti patrilineari e patrilocali non riuscire ad avere un erede inserire maschio mette in pericolo la posizione sociale, politica ed economica della famiglia e soprattutto della donna. Per evitare di essere escluse o emarginate, le famiglie a volte scelgono di adeguarsi alle regole consolidate che incoraggiano la selezione sessuale come metodo per evitare figlie femmine.

Impatto demografico

Si ritiene che oggi “manchino all'appello” più di 140 milioni di donne e bambine in conseguenza

**SI STIMA CHE
OGGI “MANCHINO
ALL'APPELLO” PIÙ
DI 140 MILIONI DI DONNE
E RAGAZZE a causa
della selezione sessuale
prenatale e postnatale.**

della selezione sessuale prima e dopo la nascita (Tabella 3.3) (Bongaarts e Guilmoto, 2015).

La selezione sessuale può alterare la composizione demografica di un paese per generazioni. L'effetto più ovvio e immediato è un rapporto sbilanciato tra nati maschi e femmine che, con il tempo, si traduce nella mancanza di bambine, donne e anziane.

Tale preferenza ha provocato nella popolazione di alcuni paesi cambiamenti evidenti e a lungo termine della proporzione uomini-donne. In Cina e in India, per esempio, già negli anni ottanta si sono osservati i primi squilibri nel rapporto tra i sessi alla nascita. Oggi la percentuale dei maschi sotto i 35 anni supera dell'11% quella delle femmine. Secondo uno studio, lo squilibrio nel rapporto maschi-femmine in Cina potrebbe essere parzialmente attribuito alla mancata registrazione o alla registrazione tardiva delle nascite di bambine (Shi e Kennedy,

2016). Questo squilibrio demografico produrrà inevitabilmente un impatto negativo sui sistemi matrimoniali. In paesi in cui sposarsi è quasi la norma, molti uomini saranno costretti a rimandare il matrimonio o a rinunciare perché non trovano moglie. Questa cosiddetta “contrazione del matrimonio”, laddove i potenziali mariti sono più numerosi delle potenziali mogli, è già stata osservata in alcune regioni della Cina e dell’India, interessa soprattutto i giovani delle fasce economicamente più deboli. Allo stesso tempo questo fenomeno rischia di far aumentare il numero dei matrimoni precoci (Srinivasan e Li, 2017).

Alcune ricerche ipotizzano che la contrazione del matrimonio raggiungerà il culmine in Cina tra il 2030 e il 2055, in India nel 2055 (Guilmoto, 2012a). Si prevede che la percentuale di uomini ancora celibi a 50 anni, dopo il 2050, crescerà in Cina e in India, rispettivamente fino al 15 e al 10 per cento. Alcune recenti ricerche hanno già osservato un numero crescente di “celibi involontari” nei due paesi (Srinivasan e Li, 2017; Kaur 2016).

Gli effetti del disequilibrio tra i sessi si propagano in tutta la società e contribuiscono a perpetuare la disuguaglianza di genere che li ha prodotti (UNFPA, 2012; Sen, 2009).

Il costo in diritti umani

La selezione sessuale non solo perpetua la disuguaglianza di genere ma spesso impedisce alle donne di esercitare la loro autonomia in materia di riproduzione.

In alcuni dei paesi o comunità in cui si preferiscono i figli maschi alle femmine, le innovazioni tecnologiche come l’ecografia non costituiscono solo un progresso per la salute e i diritti riproduttivi, ma possono trasformare la potenziale libertà di scelta delle donne in costrizione

(Gammeltoft e Wahlberg, 2014). Le pressioni esercitate dalla società spesso inducono le donne a interrompere una gravidanza contro la propria volontà. In alcuni casi le donne che rifiutano di sottostare alle aspettative vanno incontro a violenze fisiche, emarginazione sociale e divorzio.

Le pressioni sociali sulle coppie perché generino figli maschi spesso inducono anche le donne ad avere più gravidanze di quante ne vorrebbero, negando loro il diritto di decidere liberamente e responsabilmente quanti figli avere e quando.

I rapporti squilibrati tra maschi e femmine e la contrazione del matrimonio che ne deriva rischiano di aggravare i problemi legati alle violenze di genere, tra cui stupri, rapporti sessuali forzati, sfruttamento sessuale, traffico di esseri umani e matrimoni precoci – tutte violazioni dei diritti umani (South *et al.*, 2014; Tucker *et al.*, 2005; Hudson e den Boer, 2004).

Spezzare il circolo vizioso

Nel corso degli anni molti governi hanno adottato, con risultati alterni, misure volte a scoraggiare la preferenza per il figlio maschio in generale e la selezione sessuale pre e postnatale in particolare (Rahm, 2020).

Vietato, proibito

Quasi tutti i paesi, in cui vige la preferenza per il figlio maschio, hanno vietato gli aborti selettivi in base al sesso o le procedure che li favoriscono. Le motivazioni che inducono a ricorrere all’aborto sono però così numerose e complesse che è difficile, se non impossibile, sapere quando si chiede di abortire per una selezione sessuale e quando le ragioni sono altre.

Alcuni paesi, come la Repubblica di Corea e il Vietnam, proibiscono al personale medico di ri-

velare il sesso del feto durante le viste prenatali. Tuttavia, oggi l'ecografia in gravidanza è una procedura molto comune che spesso si esegue negli ambulatori privati, dove gli interessati pagano per conoscere il sesso del nascituro, o dove il personale stesso fornisce, indirettamente e discretamente, tale informazione. Con il progresso delle tecnologie si diffonderanno probabilmente nuovi metodi per conoscere il sesso del feto, come le analisi del sangue fetale, e sarà sempre più facile ottenere questa informazione. Altre tecnologie, che consentiranno la selezione sessuale prima della fecondazione in vitro, complicheranno ulteriormente l'attuazione delle leggi che cercano di contrastarla. Nel complesso, i divieti relativi alla selezione sessuale sono spesso inefficaci e rischiano anche di violare i diritti riproduttivi, come l'accesso all'aborto sicuro nei paesi in cui è legale (Ganatra, 2008).

Informare ed educare

Alcuni governi, soprattutto in Asia, hanno adottato misure per informare l'opinione pubblica sull'impatto che le decisioni in ambito riproduttivo prese in famiglia hanno sulla società nel suo complesso. Le prime campagne di questo tipo si focalizzavano sulla discriminazione contro le bambine, implicita nella selezione sessuale. Successivamente si è passati a sottolineare come quest'ultima, dovuta a pregiudizi di genere, porti a una diminuzione dei matrimoni. È probabile tuttavia che occorreranno decenni perché campagne di questo tipo riescano a modificare mentalità e comportamenti. È inoltre difficile che riescano a raggiungere efficacemente le famiglie più abbienti, perché sono meno colpite dalla contrazione dei matrimoni. Gli uomini in una posizione di privilegio riescono a sposarsi comunque. Mentre gli uomini provenienti da strati socio-economici svantaggiati, dove la selezione sessuale sul feto si pratica meno facilmente perché i costi sono proibitivi, hanno maggiori probabilità di essere danneggiati. (Srinivasan e Li, 2017; Kaur, 2016).

Introdurre norme per la parità di genere

Molti governi si sono attivati per contrastare le cause alla radice della selezione sessuale. Tra le misure adottate per esempio in Cina, India e Vietnam ci sono campagne che denunciano gli stereotipi di genere per cambiare le mentalità, aprendo a nuovi comportamenti e usanze. Si sottolinea l'importanza delle figlie e come donne e ragazze abbiano cambiato in meglio la società. Le campagne che mostrano i progressi e i risultati conseguiti dalle donne possono trovare rispondenza soprattutto quando si narrano storie di successo di famiglie che hanno avuto solo figlie.

Tra gli altri interventi ci sono politiche e leggi che mirano a portare su un piano di parità donne e uomini – ragazzi e ragazze – dalle leggi che regolano l'eredità di beni e i diritti sulla terra, alla partecipazione politica, dall'occupazione ai trattamenti pensionistici (Den Boer e Hudson, 2017).

Poiché la preferenza per il figlio maschio è inscindibilmente legata alla disuguaglianza di genere, tutte le azioni che mirano a promuovere pari diritti e opportunità, possono contribuire alla soluzione. Tre sono le parole chiave quando si affrontano i pregiudizi di genere: beni, autonomia e vecchiaia (Brahme, 2016). Ciò significa garantire alle donne gli stessi diritti alla proprietà e all'eredità di beni, rispettare il diritto di donne e bambine all'autonomia decisionale in tutti gli ambiti dell'esistenza, cambiare la mentalità secondo cui solo gli uomini sono in grado di mantenere i genitori anziani.

La Repubblica di Corea ha lanciato campagne di informazione e promozione in favore delle bambine e per scoraggiare la selezione sessuale, contemporaneamente ha riformulato le politiche che proibiscono di rivelare il sesso del feto. Nel paese si è verificata una riduzione del-

la ripartizione per sesso alla nascita, ma non è chiaro se sia bastato questo sforzo per ridurre la preferenza per il figlio maschio, o se il merito non sia soprattutto dell'aumentato accesso delle donne a istruzione e occupazione (Chung e Das Gupta, 2007). Anche in Georgia, dove non sono state varate misure specifiche, si è assistito a un riequilibrio del rapporto maschio/femmina alla nascita, risultato che va probabilmente attribuito soprattutto agli interventi che hanno dato impulso allo sviluppo economico (UNFPA, 2017).

Un mondo in cui figlie e figli sono ugualmente preziosi

Il consenso sull'impellente necessità di un cambiamento è condiviso – come nell'invito alla parità di genere nell'Obiettivo per lo sviluppo sostenibile n. 5 – e specifico, come nella dichiarazione delle Nazioni Unite del 2015: “prevenire la selezione sessuale motivata da pregiudizi di genere”. Di importanza cruciale è l'impegno dei singoli paesi per affrontare la preferenza per i figli maschi, aprire una breccia nell'idea che le femmine valgano meno e lottare contro le disuguaglianze di genere. Per esempio, le partnership costituite attraverso i programmi di UNFPA permettono di scambiare conoscenze ed esperienze tra società che condividono le stesse pratiche dannose – Bangladesh, Nepal e Vietnam in Asia, e Armenia, Azerbaijan e Georgia nel Caucaso. Le soluzioni vanno ricercate in approcci che non siano né moralistici né coercitivi, ma che incoraggino comportamenti positivi e sostengano le donne e le bambine senza comprometterne i diritti riproduttivi. Il cambiamento è indispensabile, come conclude la dichiarazione delle Nazioni Unite: “gli squilibri nel rapporto maschio/femmina sono l'inaccettabile manifestazione di una discriminazione di genere contro bambine e donne e una violazione dei loro diritti umani”.



© UNICEF Azerbaijan/Bell/2018

Da giovanissimo, Janoghlan Ilyasov faticava a esprimersi. Per superare le sue difficoltà, si è imposto di parlare in pubblico, finendo per eccellere: nel 2010 è stato proclamato miglior oratore dell'Azerbaijan.

Sette anni dopo aver trovato la propria voce, ha iniziato a parlare in difesa di donne e bambine e dei loro diritti, attraverso una iniziativa di sensibilizzazione sociale sostenuta da UNFPA per mettere fine alla selezione sessuale dovuta a pregiudizi di genere nel suo paese.

“Qui i giovani vengono educati all'idea che sono gli uomini a prendere le decisioni in famiglia. Ho capito quanto fosse importante cambiare la mente e il cuore di questi futuri padri”, dice Ilyasov.



ALLEATI

per il cambiamento

Come gli uomini possono servirsi dei loro privilegi per accrescere il valore delle bambine

La preferenza per i figli maschi, profondamente radicata in tutto il paese, è legata a fattori strutturali che rafforzano l'idea che i maschi abbiano maggior valore economico e sociale: i diritti alla successione e alla proprietà terriera si trasmettono tradizionalmente in linea maschile, e i genitori anziani di norma contano sui figli per il loro sostentamento economico. In base alle norme sociali, soltanto i maschi possono garantire la continuità del lignaggio.

Fino ai primi anni novanta il rapporto maschi/femmine alla nascita era nella norma: circa 106 nati maschi ogni 100 femmine. Ma nel 2003 si è registrato un evidente squilibrio, con un picco di 118 maschi ogni 100 femmine, secondo i dati raccolti dall'ufficio UNFPA in Azerbaigian.

Poiché i giovani detengono in famiglia tanto potere e tanti privilegi, sono in grado di

svolgere un ruolo importante nel promuovere l'uguaglianza di genere e hanno la possibilità di modificare le norme che impongono la preferenza per il figlio maschio. Nei suoi seminari, Ilyasov incoraggia gli uomini ad analizzare i propri atteggiamenti nei confronti di donne e bambine e li aiuta a capire come preferire un maschio rifletta una disuguaglianza di genere. "Anche i più rigidi tra gli uomini, durante le nostre sessioni, mettono in discussione le loro convinzioni più profonde", dice.

"Io stesso ho una figlia, di un anno", aggiunge. "Sento il dovere di trascorrere con lei un po' di tempo, tutti i giorni. Anche se è ancora molto piccola, parlo con lei. Quando parli con tua figlia e la ascolti, le stai dicendo che è importante, che è preziosa. Le stai insegnando quanta forza abbia la sua voce".

Tagliate RASCHIAATE CUCITE

**MUTILAZIONI
GENITALI FEMMINILI:**

**L'approvazione
sociale di una
violenza di genere**



Le mutilazioni genitali femminili (MGF) sono

pratiche dannose contro donne e bambine che violano i loro diritti fondamentali – alla salute, all'integrità del proprio corpo, alla libertà da discriminazioni e da trattamenti crudeli e degradanti.

Le misure messe in atto per contrastare questa pratica dannosa stanno già portando a una drastica riduzione dei tassi di prevalenza. Donne e uomini che si oppongono alle MGF dicono no per le loro figlie. Ma dove la popolazione è in rapido aumento, cresce in termini assoluti il numero delle ragazze che le subiscono.

Le MGF possono comportare gravi danni fisici e psicologici, tra cui rapporti sessuali dolorosi, infezioni, cisti e sterilità; moltiplicano il rischio di contrarre l'HIV e di andare incontro a fistola ostetrica, complicazioni durante il parto, mortalità perinatale. Inoltre possono portare a depressione, incubi ricorrenti, attacchi di panico e stress post-traumatico. A prescindere dal *motivo* per cui si praticano, le ripercussioni negative possono durare tutta la vita.

Gli strumenti giuridici per la tutela dei diritti umani le condannano esplicitamente, ma nel solo 2020 sono ancora 4,1 milioni le donne e bambine che rischiano di subirle. Oggi vivono, in 31 paesi, circa 200 milioni di donne e ragazze che sono state sottoposte a una qualche forma di mutilazione genitale e che soffrono, non solo per la pratica subita, ma anche per la mancanza di strutture e di servizi che rispondano alle loro esigenze e che si occupino della loro salute psico-fisica. Le Nazioni Unite si battono perché entro il 2030 questa pratica possa dirsi definitivamente eradicata, come previsto dall'Obiettivo per lo sviluppo sostenibile n. 5, riconoscendo l'effetto positivo che questo risultato avrebbe sulla salute, la dignità, l'istruzione e il progresso economico di donne e bambine.

Senza motivi terapeutici

Le MGF sono procedure invasive praticate su tessuti sani, senza alcuna ragione terapeutica. Consistono nella parziale o totale rimozione dei genitali esterni femminili o qualsiasi altra lesione agli organi genitali femminili per motivi non terapeutici (OMS, 2020): possono prevedere raschiamento e cauterizzazione dei genitali, asportazione completa della clitoride, sutura delle piccole e/o grandi labbra per ridurre l'apertura vaginale. La procedura si effettua di solito su ragazze molto giovani, tra l'infanzia



“Vedo lo
STATO
D'ANIMO
delle ragazze
che arrivano qui, la
determinazione che
molte hanno nel
voler realizzare
i propri sogni.”⁹⁹



RIFIUTARSI di TACERE

**Le sopravvissute
alle MGF possono
cambiare la
propria comunità
dall'interno**

Rhobi Samwelly aveva 13 anni quando sua madre le disse che avrebbe fatto la mutilazione dei genitali, una tradizione nella sua comunità. Era terrorizzata. "Non volevo, perché la mia amica Sabina era morta per quello". Samwelly supplicò sua madre ma lei insistette, promettendole che avrebbe scelto una "brava tagliatrice" e che non sarebbe morta.

Ma ci mancò poco. Samwelly perse molto sangue e rimase priva di sensi per ore. Quando finalmente si riebbe, il sollievo di sua madre fu tale che le promise di non far tagliare le sei sorelle minori.

Quel giorno è nata un'attivista.

Samwelly era piena di rabbia. Non voleva che qualcuna provasse il dolore che aveva provato lei e decise che la sua missione era spiegare alle compagne di scuola i pericoli delle MGF, esortandole a rifiutare la pratica. Quando si sposò e diede alla luce, dopo due maschi, una bambina, resistette alle pressioni della famiglia del marito, mettendo bene in chiaro che sua figlia non sarebbe stata sottoposta a MGF.

Samwelly ha fondato due case rifugio nei distretti di Butiama e Serengeti, nella regione di

Mara in Tanzania, per offrire riparo e appoggio alle ragazze coraggiose che scappano per non sottoporsi alle MGF durante il periodo del rito, due volte all'anno. "Vedo lo stato d'animo delle ragazze che arrivano qui, la determinazione che molte hanno nel voler realizzare i propri sogni", racconta. Accolte nelle case, possono frequentare la scuola o seguire corsi di formazione professionale, molte intraprendono carriere di successo. Oggi alcune sono direttrici di albergo, altre studiano medicina, c'è chi spera di diventare pilota di linea. Le loro famiglie ora le guardano con rispetto e orgoglio, dice Samwelly.

La paura della legge - le MGF sono reato in Tanzania dal 1998 - e la maggiore consapevolezza degli effetti negativi della pratica hanno contribuito a ridurre la diffusione; persiste tuttavia in alcune regioni, in presenza di forti norme patriarcali, dove il rispetto della tradizione è più radicato e dove i capiclan rivestono un ruolo centrale nei processi decisionali. "I leader tradizionali esigono ancora che i figli sposino donne che sono state tagliate", dice Samwelly. "C'è ancora la convinzione diffusa che in tal modo le donne siano più controllabili, propense a rimanere con il marito e meno inclini a scappare con un altro uomo", aggiunge.

Non sono comunque solo gli uomini a perpetuare questo circolo vizioso. Il taglio spesso è praticato da donne che l'hanno subito a loro volta. "Quando la madre non è istruita, tutto è

più difficile per lei. Non si rende conto dei vantaggi di mandare la figlia a scuola, non ha idea dei rischi delle MGF", osserva Samwelly.

La povertà è un altro fattore cruciale. Le famiglie che non riescono a pagare le rette scolastiche delle figlie, il cibo e altre esigenze basilari, pensano che farle sposare giovanissime sia un modo per garantire una certa sicurezza. Il "prezzo della sposa" che le famiglie ricevono per le figlie, che può essere corrisposto in capi di bestiame, denaro o altri beni di valore, è anch'esso un modo di alleviare la povertà. In entrambi i casi, per prepararsi al matrimonio, le ragazze devono sottoporsi alle MGF.

Secondo Samwelly si stanno facendo notevoli progressi verso l'eliminazione della pratica entro il 2030, in linea con gli Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile. Lei personalmente ha visto, nelle sessioni di sensibilizzazione della comunità, alcune praticanti tradizionali - le cosiddette *nagribas* - deporre a terra i loro strumenti e impegnarsi a promuovere l'abbandono della pratica. Ha visto anche genitori cambiare idea sul fatto di sottoporre o meno le proprie figlie alle MGF. Inoltre, spesso si riesce a far rispettare la legge e un numero sempre più elevato di genitori e "praticanti" viene condannato a pene detentive. Tuttavia, prosegue, sono ancora troppi quelli che ne escono indenni: occorre dare più ruolo a forze dell'ordine e tribunali perché possano far rispettare la legge.

ee Quando la madre non è istruita, tutto è più difficile per lei. Non si rende conto dei vantaggi di mandare la figlia a scuola, non ha idea dei rischi delle MGF."

Ma soprattutto deve cambiare la mentalità nei confronti dell'istruzione femminile, che spesso non rientra nelle priorità della famiglia. "Al mattino prestissimo le ragazze devono sbrigare le faccende, e raggiungere a piedi la scuola, spesso molto lontana; questo le rende vulnerabili e anche molto stanche", spiega Samwelly. "Molti genitori aspettano solo una scusa per tenerle a casa e farle sposare". Per questo è importante garantire opportunità di reddito e di guadagno non solo a donne e ragazze ma anche a chi rischia, se si abbandona la pratica, di perdere una fonte di reddito, offrendo incentivi ai leader tradizionali e a chi le pratica per mestiere. Questo darebbe la possibilità alle praticanti di lasciare il loro mestiere e conferirebbe anche maggior potere decisionale alle madri che temono di ribellarsi alle norme sociali. Troppo spesso, dice Samwelly, le madri non riescono ad aiutare le figlie a sottrarsi perché hanno paura di essere picchiate o cacciate di casa. "Non avendo una fonte di reddito né alcuna indipendenza economica, stanno zitte". Occorre incrementare le attività di sensibilizzazione affinché famiglie e comunità si rendano conto delle ripercussioni negative delle MGF. Questi sforzi stanno già dando i loro frutti in molti ambienti. "Le ragazze cominciano a dire no alle mutilazioni e alcuni ragazzi si rifiutano di sposare le ragazze che le hanno subite, perché sono consapevoli degli effetti sulle donne, soprattutto delle difficoltà durante il parto", conclude Samwelly. Se le MGF occuperanno una posizione prioritaria nell'agenda politica, se si faranno pressioni sui leader perché ascoltino le voci delle ragazze più consapevoli e determinate, secondo Samwelly si può sperare che nell'arco di una sola generazione la pratica venga cosparsa alla storia.

e i 15 anni di età (OMS, 2020). La "medicalizzazione" di questa pratica, eseguita cioè da personale sanitario qualificato, non può mai essere giustificata.

Le radici nella disuguaglianza di genere

Le MGF vengono praticate perché possono migliorare la fecondità, aumentare il piacere sessuale maschile, reprimere la sessualità femminile, facilitare l'igiene, scoraggiare l'infedeltà, rispondere alle istituzioni religiose, favorire l'accettazione sociale (Kandala *et al.*, 2019; Alhassan *et al.*, 2016; Ashimi *et al.*, 2015; Bogale *et al.*, 2014). Si ritiene che contribuiscano alla purezza, all'onore e alla integrità della ragazza, utili per controllare la sessualità delle donne, per favorire la possibilità di matrimonio e renderle più conformi alle norme sociali che da secoli sostengono la pratica (Mackie, 2009).

Sono una violenza di genere approvata dalla società. Sebbene l'atto in sé sia di solito eseguito da donne anziane, è un'usanza patriarcale radicata nello squilibrio di potere nei rapporti tra uomini e donne, parte integrante di un sistema che favorisce il potere maschile (UN Women, 2017).

Dare alle donne – e agli uomini – il potere di rifiutare la pratica per le loro figlie sarebbe decisivo, ma per questo occorre che abbiano la capacità di informarsi e di agire per compiere una scelta diversa. In quasi tutti i contesti sociali, i genitori sono convinti di fare il bene delle figlie. In molti casi, anche se sono consapevoli dei rischi psico-fisici, privilegiano l'accettazione sociale (Eldin *et al.*, 2018; Tamire e Molla, 2013). Spesso sono proprio le madri a praticarle sulle figlie, perpetuando quelle norme di disuguaglianza di genere che permettono la trasmissione della pratica da una generazione alla successiva.

Praticate in tutte le regioni del mondo

La pratica si concentra nel continente africano, dalla costa atlantica fino al Corno d’Africa, ma è diffusa in varie zone e paesi come Iraq, Yemen e Indonesia dove, secondo una stima, il 49% delle bambine entro gli 11 anni convive con le MGF (Indonesia, 2013) (Figura 4.1). Con gli alti livelli di migrazione degli ultimi dieci anni, la loro diffusione riguarda anche altri paesi del mondo.

I più recenti dati disponibili mostrano che la percentuale di donne nella fascia di età 15-49 sottoposte a MGF va dall’1% in Camerun (dati 2004) e Uganda (2011), fino al 90% e oltre di Gibuti (2006), Egitto (2015), Guinea (2018) e Mali (dati 2018).

Casi di MGF si verificano, per esempio, anche in Australia, nei paesi dell’Unione Europea, in Giappone, Nuova Zelanda, Regno Unito e Stati Uniti. I Centri per il controllo e la prevenzione delle malattie hanno calcolato che nel 2012 erano presenti sul territorio statunitense 513.000 donne e bambine che avevano subito o rischiavano di subire mutilazioni genitali: questo incremento era attribuito soprattutto alla maggiore immigrazione dai paesi in cui sono praticate (Goldberg *et al.*, 2016). Si tratta di un aumento triplo rispetto alle precedenti stime del 1990. In Inghilterra e nel Galles si è calcolato che nel 2015 fossero 137.000 le bambine e ragazze con mutilazioni (Macfarlane e Dorkenoo, 2015). In Australia, fino al 2017 vi sarebbero 50.000 donne e ragazze sottoposte alla pratica (Australian Institute of Health e Welfare, 2019).

Casi di MGF sono stati denunciati negli ultimi dieci anni anche in Colombia (UNFPA, 2011a), Malaysia (Dahlui, 2012), Oman (Al-Hinai, 2014), Arabia Saudita (Alsibiani e Rouzi, 2010) ed Emirati Arabi Uniti (Kvello e



“Come tutti gli esseri umani, le donne indigene hanno il diritto alla loro intimità, a godere di buona salute e a conservare l’integrità del corpo così come è stato creato, perché non c’è niente di imperfetto in noi.”

Chiamate A ESSERE LEADER

**In Colombia le donne
indigene contribuiscono
all'abbandono delle MGF**

©UNFPA/Juan Manuel Barrero

Arelis Cortés, cresciuta nella valle del Cauca, in Colombia occidentale, da bambina vedeva donne a cui era vietato leggere, scrivere o farsi ascoltare. Un giorno una signora anziana della sua comunità locale, a Embera Chamí, le disse che le cose potevano cambiare - e lei la prese in parola. A soli 15 anni iniziò a parlare in pubblico in nome dei diritti delle donne e delle bambine. Oggi è in prima linea nell'impegno per porre fine alle MGF praticate nella comunità indigena.

“Come tutti gli esseri umani, le donne indigene hanno il diritto alla loro intimità, a godere di buona salute e a conservare l'integrità del corpo così come è stato creato, perché non c'è niente di imperfetto in noi”, dice Cortés, oggi ventottenne, rivolgendosi a un gruppo di donne riunite in assemblea sotto il sole cocente.

In Colombia non esistono statistiche ufficiali sul numero di donne e ragazze che sono state sottoposte alla pratica. Spesso

i casi vengono scoperti solo se una ragazza si presenta in ambulatorio con gravi lesioni o, come è accaduto, se in seguito muore.

Secondo Cortés e come confermato dalle autorità indigene della regione, la pratica è stata introdotta in epoca coloniale e non appartiene alla cultura autoctona. I leader locali ipotizzano anche un'altra possibile spiegazione: che sia stata imposta come deterrente all'infedeltà femminile, in quanto riduce il desiderio sessuale. Pur non essendo universalmente praticata, tuttavia persiste, spesso in modo clandestino, sotto forma di clitoridectomia o ablazione della clitoride, pratica che qui viene definita "la cura".

Nel 2015 le autorità indigene hanno sottoscritto l'impegno ad abolire la pratica. Da allora Cortés lavora con la Organizzazione regionale indigena della valle del Cauca, nella regione del Pacifico colombiano, viaggiando da un territorio all'altro per parlare direttamente, nelle varie comunità, delle conseguenze dannose delle MGF, dando anche informazioni sui diritti umani di donne e bambine.

"Non è stato facile. Per raggiungere le zone più isolate a volte occorrono otto o nove ore di macchina ma questa esperienza di formazione ha portato grandi vantaggi alle donne", dice Cortés che istruisce anche le levatrici e le donne incinte sulla salute sessuale e riproduttiva, insegnando quanto sia preziosa l'integrità del corpo delle ragazze.

"In questi territori, lavoriamo con le donne perché prendano coscienza dell'importanza di abbandonare la pratica e, soprattutto, del rispetto della vita, dei diritti e dell'intimità delle donne e delle ragazze".

Fare luce su questa pratica, prosegue Cortés, all'inizio è costato caro: le comunità indigene si sentivano aggredite dall'esterno. "Quando abbiamo iniziato a lavorare per prevenire questa violazione dei diritti delle donne, siamo state aspramente criticate e offese, perché le nostre comunità seguivano questa usanza", ricorda.

Lei e altre attiviste/attivisti hanno dimostrato che le MGF erano frutto solo di mancanza di informazioni e che, con le risorse adeguate, le comunità indigene unite possono abbandonarle.

Questo sta effettivamente accadendo, conclude Cortés. Un consorzio di autorità indigene collabora con le associazioni di Embera Chamí fin dal 2007 per porre fine alle MGF, e questo, unito all'empowerment di donne e ragazze, comincia a fare la differenza.

Presto, dichiara, "la pratica sarà un ricordo del passato".

ee In questi territori,
lavoriamo con
le donne perché
prendano coscienza
dell'importanza di

**ABBANDONARE
LA PRATICA...**

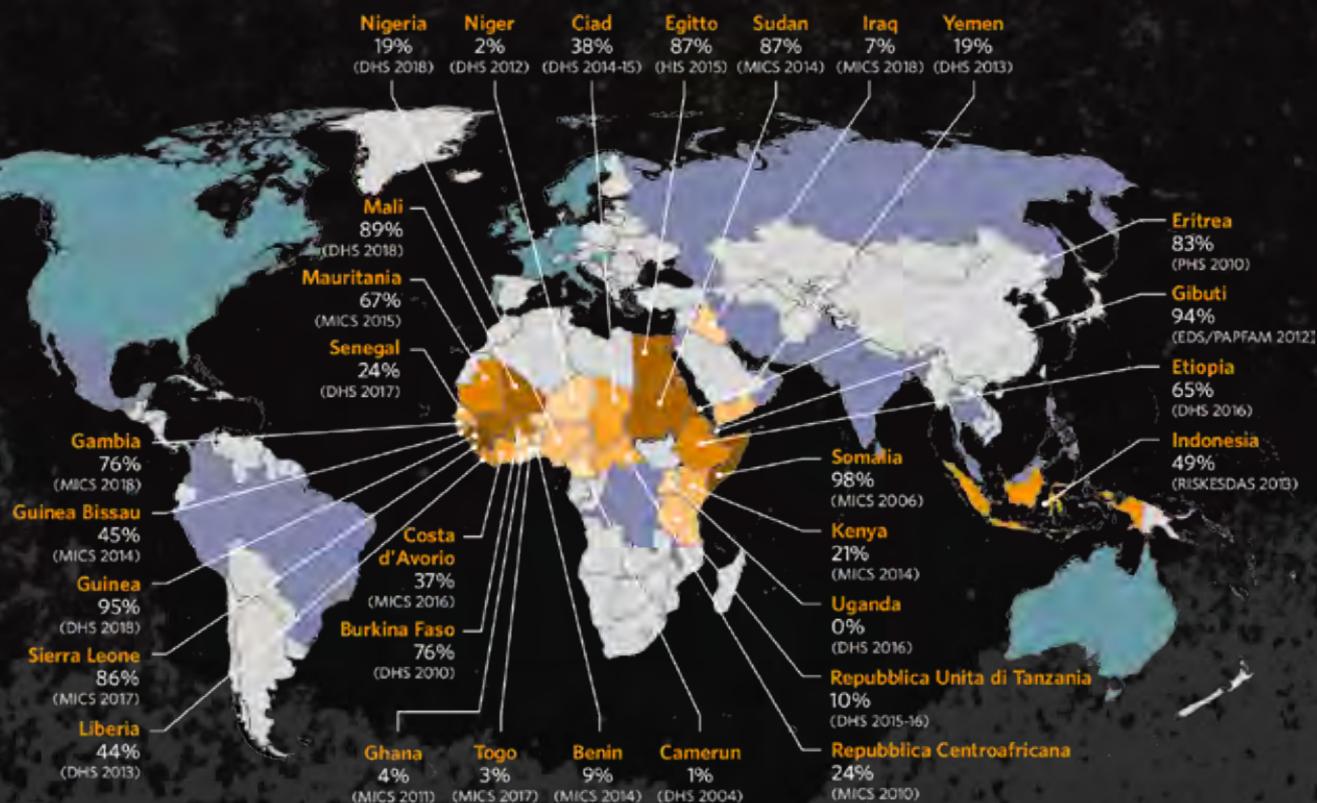
Sayed, 2002), con significative variazioni sulla tipologia effettuata.

Uno studio condotto nel 2015 dall'Istituto europeo per la parità di genere ha calcolato che ben 1.600 ragazze in Irlanda, 1.300 in Porto-

gallo e 11.000 in Svezia sono state probabilmente sottoposte a MGF nel solo 2011 (EIGE, 2015). Stime successive ipotizzano lo stesso sia avvenuto per migliaia di ragazze anche in Belgio, Germania, Italia e Paesi Bassi (EIGE, 2019).

FIGURA 4.1 La diffusione delle mutilazioni genitali femminili varia moltissimo tra i paesi per cui disponiamo di dati

Percentuale di ragazze e donne nella fascia di età 15-49 sottoposte a MGF



Mappa basata su: Indagini Demografiche e Sanitarie (DHS), Indagini a campione a indicatori multipli (MICS) e altre statistiche nazionali, 2004-2018.

Note: I dati relativi all'Indonesia si riferiscono alle bambine nella fascia di età 0-11 anni, perché non sono disponibili dati sulla diffusione della MGF tra le ragazze e le donne tra i 15 e i 49 anni. Confini, nomi e denominazioni mostrati sulla mappa non implicano la loro approvazione o accettazione ufficiale da parte delle Nazioni Unite.

Una pratica dannosa per tanti aspetti

Le MGF non hanno alcun beneficio per la salute, producono invece conseguenze negative a breve e lungo termine, dalle infezioni fino a disabilità permanenti (Tabella 4.1). Alcune forme aumentano il rischio di problemi ostetrici, mortalità perinatale, necessità di ricorso al parto cesareo, emorragie post-partum (Berg *et al.*, 2014, 2014a, 2010; Gebremicheal *et al.*, 2018; OMS, s.d., OMS, 2006, 2000). Per quanto riguarda la

salute sessuale, le ricerche dimostrano che nelle donne sottoposte a MGF la funzionalità sessuale può essere compromessa (Johnson-Agbakwu e Warren, 2017; Abdulcadir *et al.*, 2016; Mahmoud, 2016; Mohammed *et al.*, 2014; Ibrahim *et al.*, 2013; Berg *et al.*, 2010; Banks *et al.*, 2006; Thabet e Thabet, 2003; Vangen *et al.*, 2002; Ismail, 1999).

TABELLA 4.1

Qualsiasi forma di MGF aumenta i rischi per la salute, a breve e a lungo termine

COMPLICANZE A BREVE TERMINE

| | |
|-------------------------------------|--|
| Dolore intenso | Il taglio delle terminazioni nervose e dei sensibilissimi tessuti genitali è estremamente doloroso, la sofferenza si protrae per l'intera convalescenza. |
| Sanguinamento eccessivo (emorragia) | Possibile conseguenza se vengono recisi l'arteria della clitoride o altri importanti vasi sanguigni |
| Shock | Spesso provocato da dolore, infezioni e/o emorragie |
| Gonfiore dei tessuti genitali | Come reazione a una infiammazione o infezione locale |
| Infezioni | Si possono diffondere per l'uso di strumenti non sterili (per esempio, l'uso degli stessi strumenti in interventi successivi) e durante la convalescenza |
| Infezione da HIV | Non ci sono conferme di un'associazione diretta tra MGF e HIV, ma i tagli praticati sui tessuti genitali con gli stessi strumenti chirurgici senza previa sterilizzazione incrementano il rischio di contagi da HIV tra ragazze che si sottopongono insieme alle MGF |
| Problemi delle vie urinarie | Per esempio, ritenzione urinaria e minzione dolorosa, che possono essere causate dal gonfiore dei tessuti, dal dolore o da lesioni dell'uretra |
| Guarigione imperfetta della ferita | Può causare dolore, infezioni e anomalie nella cicatrizzazione |
| Morte | Può sopraggiungere in seguito a infezioni, come il tetano, ma anche a emorragie che provocano shock |
| Problemi di salute mentale | Dolore, shock e ricorso alla costrizione fisica durante l'intervento, oltre al senso di tradimento subito quando i familiari accettano e/o organizzano la pratica portano molte donne a descrivere le MGF come eventi traumatici |

COMPLICANZE A LUNGO TERMINE

| | |
|---|--|
| Dolore | Causato dai danni riportati ai tessuti che possono comportare una compressione delle terminazioni nervose o una loro mancanza di protezione |
| Infezioni genitali croniche | Comportano sofferenza cronica, perdite vaginali e prurito. Possono comparire anche cisti, ascessi e ulcere genitali |
| Infezioni croniche dell'apparato riproduttivo | Possono provocare sofferenza cronica alla colonna e alla pelvi |
| Infezioni delle vie urinarie | Se trascurate, possono coinvolgere i reni e provocare blocco renale, setticemia e morte. Nel caso di ragazze e donne adulte è ben documentato un aumento del rischio di ripetute infezioni dell'apparato urinario |
| Minzione dolorosa | Causata da ostruzioni dell'uretra e dal ripetersi di infezioni delle vie urinarie |
| Disturbi vaginali | Perdite, prurito, vaginite batterica e altre infezioni |
| Disturbi mestruali | L'ostruzione dell'apertura vaginale può causare mestruazioni dolorose (dismenorrea), irregolarità del ciclo e difficoltà nella fuoriuscita del sangue mestruale, soprattutto nelle donne che hanno subito MGF di tipo III |
| Eccesso di tessuti cicatriziali (cheloide) | Dove è stato effettuato il taglio possono formarsi cordoni di tessuto cicatriziale |
| Infezione da HIV | Poiché il contagio da HIV è favorito da traumi all'epitelio vaginale, che consentono l'introduzione diretta del virus, è ragionevole presumere che il rischio di contagio da HIV possa aumentare in seguito all'aumento del rischio di sanguinamento durante il rapporto |
| Problemi di salute sessuale | I danni arrecati dalle MGF alle strutture anatomiche direttamente coinvolte nella funzionalità sessuale femminile possono ripercuotersi sulla salute sessuale e sul benessere della donna. L'asportazione o il danneggiamento di tessuti genitali estremamente sensibili e in particolare della clitoride possono incidere sulla sensibilità degli organi sessuali e comportare problemi sessuali come un calo del desiderio e del piacere, rapporti dolorosi, difficoltà nella penetrazione, lubrificazione insufficiente durante il rapporto, ridotta frequenza o assenza di orgasmo (anorgasmia). Analoghi problemi possono insorgere per la formazione di cicatrici, il dolore e i ricordi traumatici associati alla procedura |
| Complicanze del parto (complicanze ostetriche) | Le MGF aumentano il rischio di parto cesareo, emorragia post-partum, ricorso all'episiotomia, travaglio difficile o protratto, lacerazioni ostetriche, ricorso a parto strumentale, prolungata degenza ospedaliera post-partum. I rischi aumentano quanto più è estesa la mutilazione |
| Fistola ostetrica | Non è stata stabilita un'associazione diretta tra MGF e insorgenza della fistola ostetrica. Tuttavia, dato il rapporto causa/effetto tra un travaglio protratto o ostruito e la fistola, dato che le MGF sono ugualmente associate a un travaglio protratto o ostruito, è ragionevole presumere che esista un legame di causalità tra questi due fenomeni nelle donne con MGF |
| Rischi perinatali | Le complicanze ostetriche possono causare una maggiore incidenza della necessità di ricorrere alla rianimazione neonatale, mortalità intrapartum e morte neonatale |
| Problemi di salute mentale | Le ricerche dimostrano che donne e ragazze sottoposte a MGF hanno maggiori probabilità di manifestare sindromi da stress post-traumatico, disturbi legati all'ansia, depressione e somatizzazione fisica, come dolori senza causa organica |

(OMS, 2000, 2006)

Le donne hanno maggiori probabilità di sviluppare disturbi psicologici che si manifestano con depressione, incubi ricorrenti, perdita dell'appetito, attacchi di panico, stress post-traumatico, ansia, somatizzazioni, fobie e scarsa autostima (Piroozi *et al.*, 2020; Zayed e Ali, 2012; Kizilhan, 2011; Vloeberghs *et al.*, 2011; Elnashar e Abdelhady, 2007; Behrendt e Moritz, 2005; Osinowo e Taiwo, 2003).

Le ragazze più a rischio: povere, provenienti da zone rurali, poco istruite

La pratica delle MGF è di norma più diffusa tra le famiglie povere in aree rurali, che tra famiglie benestanti residenti nelle aree urbane (Figura 4.2). In Egitto, per esempio, oltre il 90% delle donne residenti nelle campagne hanno subito MGF, a fronte del 77% delle donne nelle aree urbane (dati 2015). In Kenya le donne delle aree rurali hanno quasi il doppio di probabilità rispetto a quelle dei centri urbani (al 2014).

“Sono stata la prima, perché ero la maggiore. Mi hanno detto di allargare le ginocchia e ho ubbidito. È uscito molto sangue. Sono svenuta. Ma sono fortunata a essere viva, tante ragazze muoiono.”

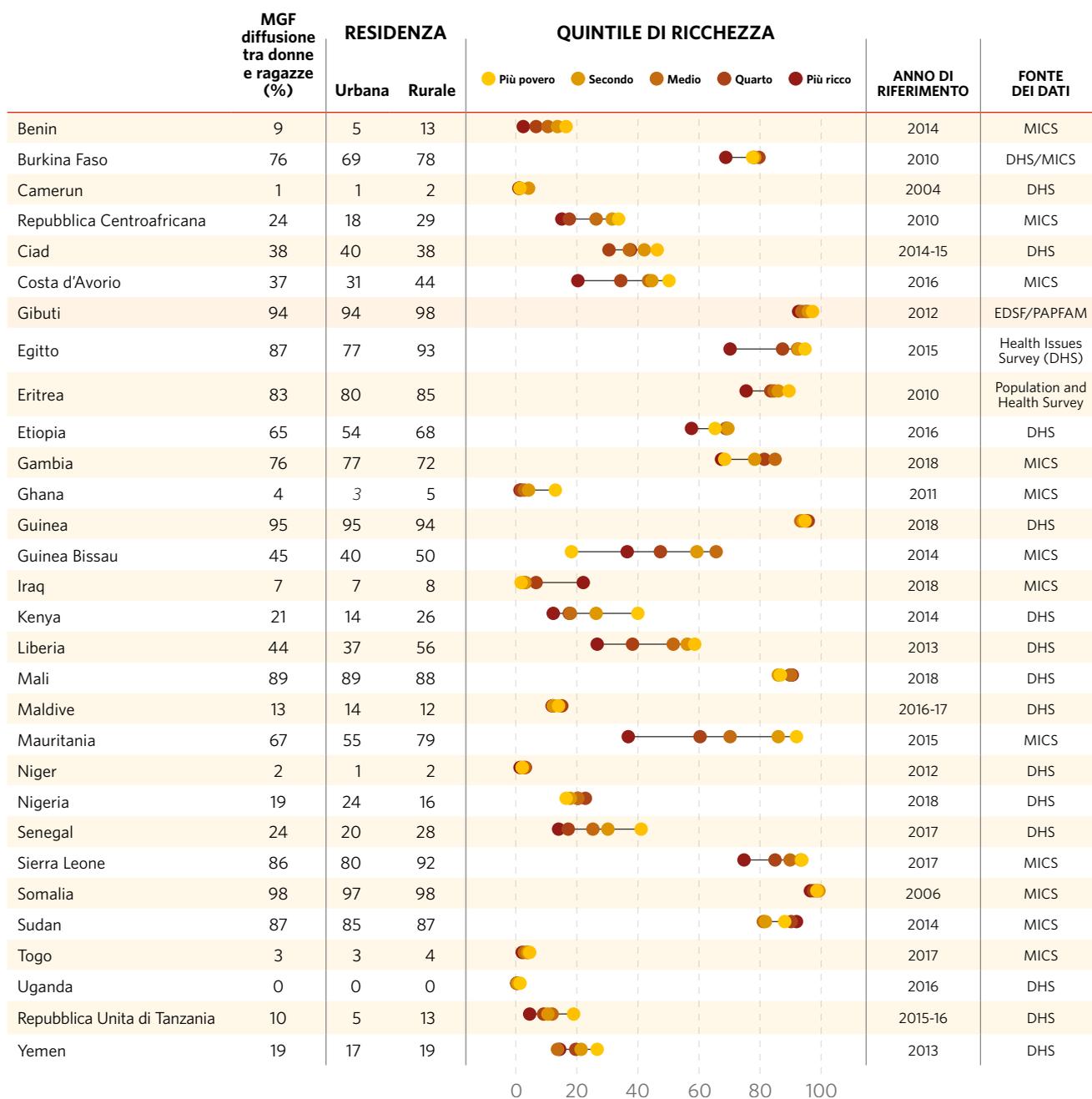
Gli studi condotti in Burkina Faso, Egitto e Etiopia hanno mostrato che, rispetto a quelle residenti nelle città, le donne nelle campagne hanno maggiori probabilità di aver subito MGF, di volervi sottoporre le figlie e di mantenere un atteggiamento più favorevole nei confronti della pratica (Mohammed *et al.*, 2014; Tamire e Molla, 2013; UNICEF, 2012 e 2010; Karmaker *et al.*, 2011).

In Mauritania, oltre il 90% delle donne provenienti dalle famiglie più povere hanno subito qualche forma di MGF, a fronte di un 37% nelle famiglie più abbienti. Fa eccezione il Burkina Faso, dove la diffusione riguarda il 18% delle famiglie più povere contro il 36% di quelle più ricche.

I dati numerici che evidenziano un collegamento tra MGF e livello di istruzione delle ragazze sono limitati, in quanto gli studi effettuati tendono a basarsi su eventi episodici o non rappresentativi (ICRW, 2016). Tuttavia in Kenya le testimonianze raccolte permettono di ipotizzare un rapporto tra MGF e abbandono scolastico, e anche con la scarsa partecipazione alle attività scolastiche (Nyabero *et al.*, 2016; Magangi, 2015; Blessing e Sironko, 2014). Numerosi studi quantitativi svolti in Burkina Faso, Egitto, Iran, Nigeria e Yemen hanno mostrato che bassi livelli di istruzione nelle madri possono portare a un'elevata incidenza di MGF (Dehghankhalili *et al.*, 2015; Mohammed *et al.*, 2014; Ahaonu e Victor, 2014; Al-Khulaidi *et al.*, 2013; Modrek e Liu, 2013; Hayford e Trinitapoli, 2011; Karmaker *et al.*, 2011).

FIGURA 4.2

Prevalenza di MGF tra donne e ragazze tra i 15 e i 49 anni, per luogo di residenza (urbana/rurale) e per quintile di ricchezza (%)



Definizione dell'indicatore: percentuale di ragazze e donne di età compresa tra 15 e 49 anni che hanno subito MGF.

Note: in Liberia, è stato chiesto solo alle ragazze e alle donne che avevano sentito parlare di Sande society se fossero membri; ciò fornisce informazioni indirette sulle MGF, poiché vengono eseguite durante l'iniziazione alla società.

Fonte: Database globali UNICEF 2020, basati su Indagini Demografiche e Sanitarie (DHS), Indagini campione a Indicatori Multipli (MICS) e altri sondaggi rappresentativi a livello nazionale.

La tendenza è in calo, ma aumentano le ragazze colpite

La percentuale di donne e bambine sottoposte a MGF è complessivamente in calo, ma il numero di donne e bambine che ne sono colpite è in aumento; a causa della crescita demografica, si potrebbe passare dai 4,1 milioni del 2020 a 4,6 milioni all'anno entro il 2030, perché la coorte delle ragazze è in aumento in gran parte dei paesi dove la pratica è più diffusa.

La tendenza, estrapolata dai dati relativi a 30 paesi, dimostra che alla fine degli anni ottanta circa una ragazza su due nella fascia di età 15-19 anni veniva sottoposta a MGF. Oggi, in quegli stessi paesi, la proporzione è scesa, secondo le stime, a una su tre (UNICEF, 2020a).

Avere dati attendibili aiuterebbe i governi a monitorare il progresso verso l'eliminazione della pratica, a programmare interventi e misure efficaci e a identificare le comunità che hanno più bisogno di sostegno.

I dati più significativi a livello nazionale provengono soprattutto da due fonti: le Indagini demografiche e Sanitarie (DHS) e le Indagini a campione a Indicatori Multipli (MICS). I dati

sulle MGF vengono raccolti tramite il DHS fin dal 1990 e tramite il MICS dal 2000 (UNFPA, 2015). Per quanto tali statistiche abbiano consentito di conoscere meglio la prevalenza e le aree di diffusione della pratica, l'analisi di questi dati non è sempre semplice, sono sorte preoccupazioni circa l'attendibilità dei dati raccolti da MICS e DHS che derivano da auto-dichiarazioni, senza verifiche cliniche.

L'opposizione cresce

L'opposizione alle MGF è in aumento e il movimento in favore del loro abbandono ha sempre più forza. Negli ultimi venti anni è raddoppiata la percentuale di donne e ragazze che, nei paesi nei paesi dove sono più diffuse, chiedono che siano abolite (UNICEF, 2020). Più donne, ragazze, uomini e ragazzi sono informati sulle MGF e i danni che provocano, più cresce l'opposizione verso la pratica.

L'atteggiamento di donne e bambine può variare moltissimo da un paese all'altro. In quasi tutti i paesi per cui si dispone di dati attendibili, la maggioranza pensa che sia una pratica da abbandonare. In Egitto, Gambia, Guinea, Mali e Sierra Leone, tuttavia, oltre la metà della popolazione femminile è favorevole alla sua prosecuzione.

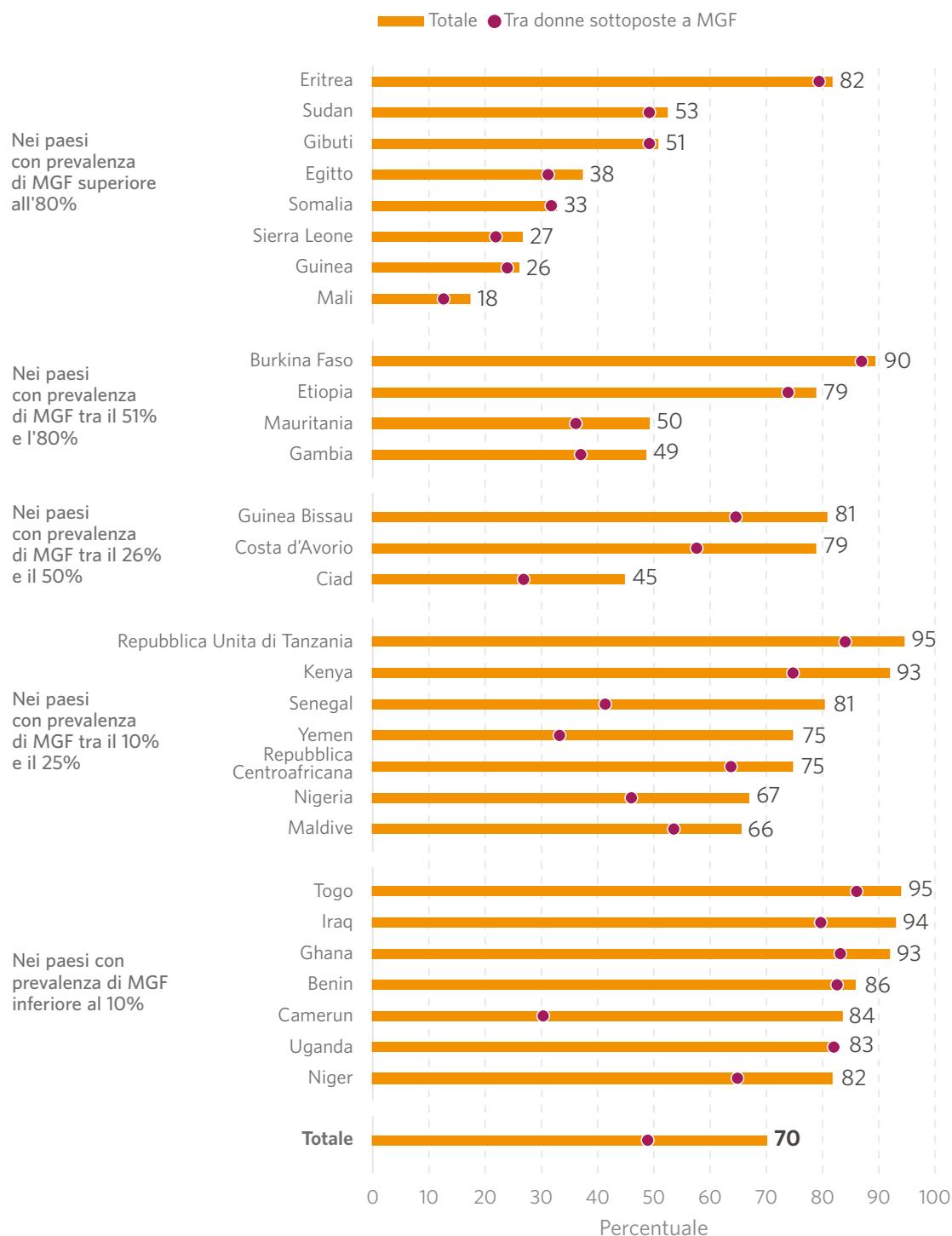
Le ricerche dimostrano che quando le donne sono informate sulle conseguenze negative delle MGF – come infezioni da HIV, fistola ostetrica e complicazioni durante il parto – sono meno favorevoli alla loro prosecuzione (Ashimi *et al.*, 2015).

Su 10 donne e ragazze che le hanno subite, cinque pensano che dovrebbero essere abbandonate (Figura 4.3) e tra le adolescenti l'opposizione è maggiore che tra le donne più anziane (Figura 4.4). In 12 dei 19 paesi per i quali abbiamo dati sull'atteggiamento di uomini e ragazzi, oltre il 50% degli intervistati è contrario alla loro prosecuzione (Figura 4.5) (UNICEF, 2020).

Più donne, ragazze, uomini e ragazzi sono informati sulle MGF e i danni che provocano, **PIÙ CRESCE L'OPPOSIZIONE VERSO LA PRATICA.**

FIGURA 4.3

Percentuale di donne e ragazze tra i 15 e i 49 anni che hanno sentito parlare delle mutilazioni genitali femminili (MGF) e che ritengono sia una pratica da fermare

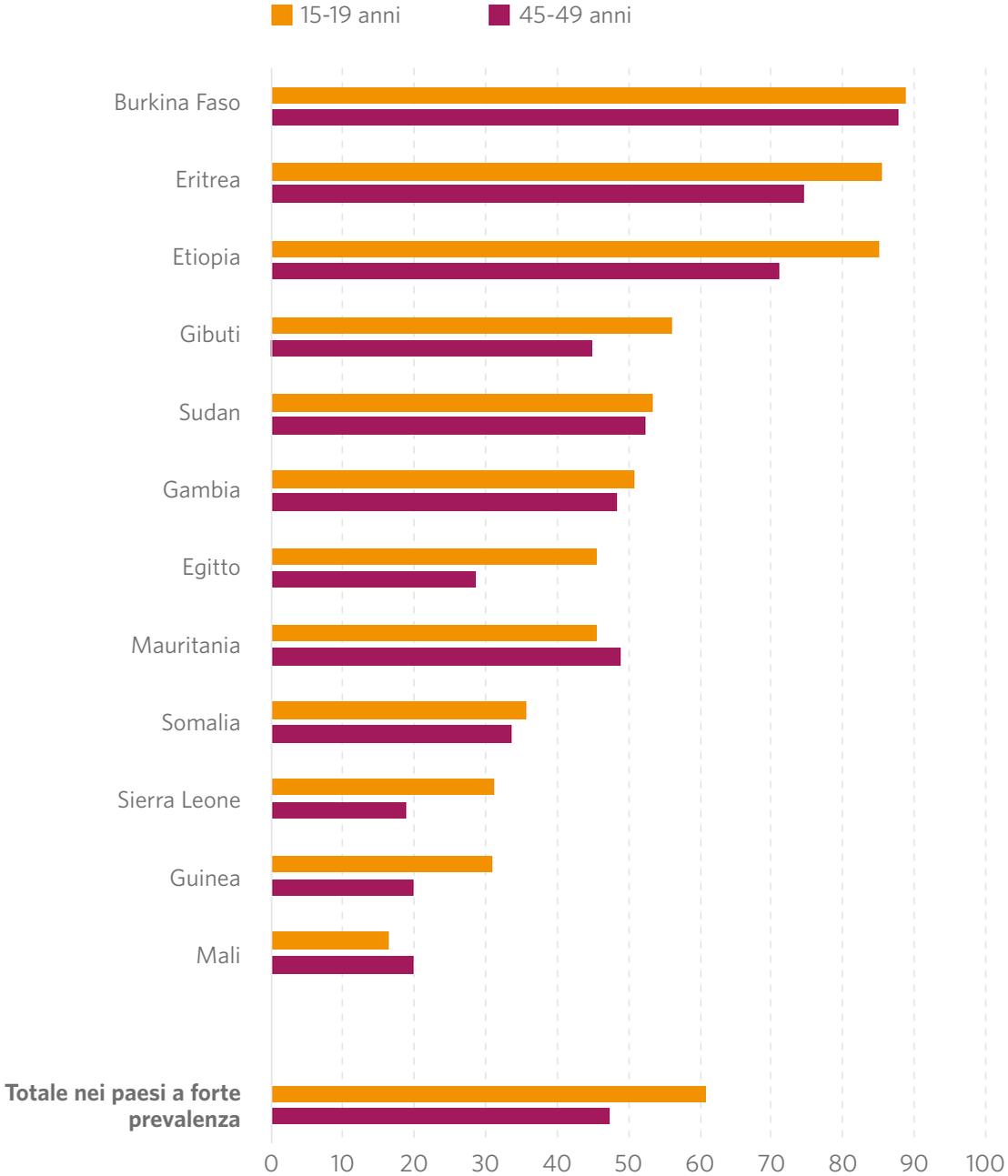


Dati basati su: Indagini Demografiche e di Salute (DHS), Indagini a campione a Indicatori Multipli (MICS) e altre statistiche nazionali.

Note: In Egitto e in Somalia l'atteggiamento rispetto alla MGF è stato calcolato tra tutte le ragazze e le donne perché la domanda se ne avessero mai sentito parlare non era la prima che è stata loro rivolta. Mancano i dati sulla Liberia perché la domanda sul loro atteggiamento al riguardo è stata rivolta solo a donne e ragazze sottoposte a MGF. Per l'Indonesia mancano dati sulla posizione delle donne nei confronti della MGF.

FIGURA 4.4

Percentuale di ragazze adolescenti (15-19 anni) e donne adulte (45-49 anni) in paesi con una forte prevalenza di MGF* che ne hanno sentito parlare e che ritengono sia una pratica da abbandonare

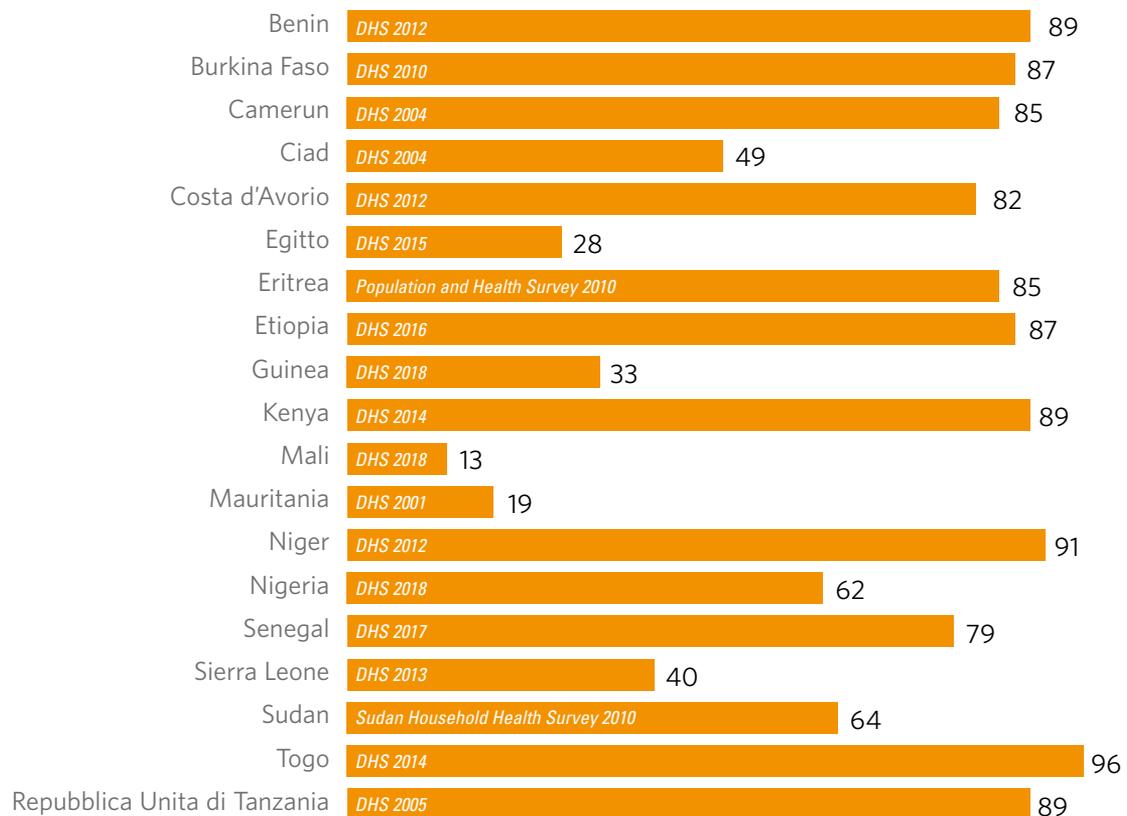


*Nei paesi ad alta prevalenza, almeno il 50% delle donne e ragazze vi sono state sottoposte.
Dati basati su: Indagini Demografiche e di Salute (DHS), Indagini a campione a Indicatori Multipli (MICS) e altre statistiche nazionali significative.

Tra le adolescenti **L'OPPOSIZIONE ALLE MGF** è maggiore che tra le donne più anziane.

FIGURA 4.5

Percentuale di ragazzi e di uomini informati sulle MGF e che ritengono sia una pratica da abbandonare



Dati basati su: Indagini Demografiche e di Salute (DHS), Indagini a campione a Indicatori Multipli (MICS) e altre statistiche nazionali significative.

Le questioni sul tavolo

Medicalizzazione

Sempre più spesso il personale medico è coinvolto nella medicalizzazione delle MGF (UNFPA, 2018). Si calcola che su 52 milioni di donne e ragazze la pratica sia stata eseguita da medici, infermieri o levatrici (UNICEF, 2020). In paesi come Egitto e Sudan, sarebbero 8 su 10 le ragazze sottoposte alla pratica negli ambulatori o negli studi medici qualificati (dati al 2014).

Alcuni operatori/trici sanitari/e ritengono che la medicalizzazione possa limitare i danni, nella convinzione che l'uso di strumenti sterili in ambienti igienizzati possa ridurre il rischio di infezioni e di complicazioni, o che una/un medica/o possa suggerire opzioni meno estreme come la "puntura" o la cauterizzazione dei genitali.

Anche se un/una professionista può promettere una procedura "meno estrema" non esistono garanzie che l'esito sarà diverso rispetto alla procedura effettuata da un/una praticante tradizionale. Le testimonianze dimostrano che quello che spesso viene riportato come un "taglietto" risulta una forma estrema di MGF (Leye *et al.*, 2019; Morison *et al.*, 2001). Una ricerca condotta in Sudan attraverso visite mediche su donne che sostenevano di essersi sottoposte "solo a un taglietto" ha rivelato che circa un terzo aveva in realtà subito l'infibulazione, in cui la vagina è parzialmente chiusa attraverso una sutura e che tutte avevano subito il taglio della clitoride e delle piccole labbra (Elmusharaf *et al.*, 2006).

Rispetto alla medicalizzazione, è importante sottolineare che nessuna forma di MGF può mai essere "sicura" e non esiste alcuna giustificazione terapeutica. Anche se eseguite in ambiente sterile da personale medico qualificato, il rischio di conseguenze immediate e a lungo termine per la salute permane. In qualsiasi circostanza, si tratta di una violazione dei diritti umani, nonché dell'etica medica (OMS, 2016).

Eseguire le MGF in uno studio medico serve solo a normalizzare la pratica e a indebolire gli sforzi per eliminarla. Come quelle eseguite da praticanti tradizionali, anche le MGF eseguite in ambiente medico producono lesioni fisiche e psicologiche, perpetuano la discriminazione di genere e la violenza contro donne e ragazze (Askew *et al.*, 2016) violando l'integrità fisica e la dignità della persona (Nabaneh *et al.*, 2019). Le Mutilazioni Genitali destano preoccupazione anche nel cosiddetto Nord del mondo. La British Society for Paediatric and Adolescent Gynaecology ha denunciato che tra il 2008 e il 2012 sono state eseguite 266 riduzioni labiali su bambine con meno di 14 anni (Barbara *et al.*, 2015).

Oltrepassare i confini per aggirare i divieti

La pratica oltreconfine è iniziata dove donne, ragazze e praticanti tradizionali si spostano nei paesi limitrofi per evitare di essere perseguite dalle leggi in vigore nel proprio paese (Sakeah *et al.*, 2019; Twenty-Eight Too Many, 2018). Alcuni confini istituiti di recente separano gruppi etnici accomunati da storia e tradizioni, comprese le pratiche dannose.

Su 22 paesi che vietano le MGF per legge, solo tre prevedono clausole che le criminalizzano anche oltre confine: Guinea Bissau, Kenya e Uganda (Twenty-Eight Too Many, 2018). Questa lacuna nella giurisprudenza "non riconosce il dovere degli Stati di proteggere tutte le minori che sono sotto la loro giurisdizione e non tiene nel giusto conto le caratteristiche mobili e transnazionali delle comunità che praticano" (Twenty-Eight Too Many, 2018). Senza una adeguata collaborazione tra i governi, bambine e ragazze che vivono nelle comunità interessate vicino ai confini con paesi che hanno una legislazione meno severa o inesistente, sono sempre più a rischio (Twenty-Eight Too Many, 2018).

Per un mondo libero dalle MGF

Accordi internazionali

Approvando all'unanimità l'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile, 193 Stati membri delle Nazioni Unite si sono impegnati a mettere fine alle MGF entro il 2030. Il Target 5.3 degli Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile chiede di "eliminare tutte le pratiche dannose, come il matrimonio forzato e/o precoce e le mutilazioni genitali femminili".

Inoltre molti trattati e convenzioni sui diritti umani vincolano gli Stati contraenti ad adottare tutte le misure, compresa l'attuazione di leggi, per mettere fine alle MGF (Tabella 4.2). In Burkina Faso per esempio, dopo l'entrata in vigore nel 1996 di una legge apposita, si calcola che la diffusione della pratica sia diminuita del 30% (Crisman *et al.*, 2016). Ma il merito non può essere attribuito esclusivamente alla legge, che è stata affiancata da altri interventi. Una ricerca condotta in Etiopia ha evidenziato come la pratica si sia ridotta in seguito a una serie di interventi paralleli in ambito legislativo e sociale, grazie al dialogo aperto con le comunità e i capi religiosi e a programmi educativi sugli effetti negativi (UNICEF, 2012).

Cambiare le norme sociali

Per mettere fine alle MGF è necessario cambiare le norme sociali, le convinzioni all'interno delle comunità, il loro modo di agire e le aspettative riguardo al comportamento dei loro membri. (Johansen *et al.*, 2013; Mackie, 2009). Le norme di genere, una sottocategoria delle norme sociali in generale, influenzano il modo in cui uomini e donne concepiscono se stessi, i rapporti personali e sociali, la sessualità, la distribuzione del potere e delle risorse (Alexander-Scott e Violence Against Women, 2016). Perché una comunità decida di abbandonare una pratica dannosa, occorre che prima cambino le norme sociali e quelle di genere.

TABELLA 4.2

Paesi che si sono dotati di leggi, decreti esecutivi o risoluzioni attinenti le MGF

| |
|---|
| Australia (6 stati su 8, 1994-2006) |
| Austria (2002) |
| Belgio (2000) |
| Benin (2003) |
| Burkina Faso (1996) |
| Canada (1997) |
| Ciad (2003) |
| Cipro (2003) |
| Colombia (2009 by indigenous authorities) |
| Costa d'Avorio (1998) |
| Danimarca (2003) |
| Egitto (2008) |
| Eritrea (2007) |
| Etiopia (2004) |
| Francia (1979) |
| Gambia (2015) |
| Ghana (1994, 2007) |
| Gibuti (1994, 2009) |
| Guinea (1965, 2000) |
| Guinea Bissau (2011) |
| Irlanda (2012) |
| Italia (2005) |
| Kenya (2001, 2011) |
| Liberia (2018) |
| Lussemburgo (2008) |
| Mauritania (2005) |
| Niger (2003) |
| Nigeria (2015) |
| Norvegia (1995) |
| Nuova Zelanda (1995) |
| Portogallo (2007) |
| Regno Unito (1985) |
| Repubblica Centrafricana (1996, 2006) |
| Senegal (1999) |
| Spagna (2003) |
| Stati Uniti (1996) |
| Sudafrica (2000) |
| Sudan (South Kordofan 2008, Gedaref 2009) |
| Svezia (1982, 1998) |
| Svizzera (2005, 2012) |
| Tanzania (1998) |
| Togo (1998) |
| Uganda (2010) |
| Zambia (2005, 2011) |

A volte sono le donne stesse a sostenere le norme che le danneggiano, perché in caso contrario pagherebbero un costo sociale altissimo. Il rispetto di alcune norme sociali infatti, anche se dannose, può conferire alla donna uno status nella comunità, per cui sono disposte a sacrificare parte del loro potere e autonomia in cambio, per esempio, di sostegno economico (Sen e Ostlin, 2008).

L'approccio basato sulle norme sociali è stato decisivo per il successo di iniziative come il Community Empowerment Programme, lanciato in Senegal nel 1988 dalla ONG Tostan (Diop *et al.*, 2004). L'intento era di promuovere cambiamenti nelle norme sociali stimolando la riflessione personale e collettiva e il pensiero critico, mediante dibattiti, sessioni educative e "diffusione organizzata" (UNICEF, 2010).

Quest'ultima significa la diffusione e il rafforzamento delle informazioni sui benefici che derivano dall'abbandono delle MGF, sia all'interno di una comunità che tra comunità diverse, sfruttando la comunicazione tra pari, i mass media e i social media. Questo modello genera un movimento sociale che coinvolge le comunità e le figure più autorevoli, come i leader religiosi. Una volta assicurato l'impegno di un numero adeguato di membri si raggiunge un "picco" cui fa seguito l'adozione di una nuova norma sociale, che tutela l'integrità di donne e bambine (UNICEF, 2010). Questo cambiamento collettivo di mentalità è contrassegnato da una dichiarazione ufficiale con cui la comunità si impegna pubblicamente ad abbandonare le MGF.

Un elemento importante del modello del Community Empowerment Programme è che mette al centro i diritti umani, indirizza il dibattito nella comunità sulle pratiche che violano i diritti di donne e bambine e contribuisce a modificare le norme sociali e di genere in direzione del rifiuto della pratica (Costello *et al.*, 2015; UNICEF, 2010).





LA LEVATRICE che depone il bisturi

TRASFORMA
la comunità

© UNFPA Indonesia

Quando Suci Maesaroh si iscrisse al corso per diventare levatrice in Indonesia, le MGF non erano una materia del curriculum di studi. Ma non appena iniziò a lavorare si rese conto che si dava per scontato che anche lei, in quanto levatrice, avrebbe dovuto eseguirle.

“Imparai a farle e iniziai a praticarle nella mia comunità”, spiega con semplicità Maesaroh. “Per due anni, come parte del mio lavoro all’ambulatorio, ho eseguito le MGF sulle mie pazienti, perché facevano parte dei servizi offerti”.

Lo ricorda in modo vivido: “ogni volta che una famiglia me lo chiedeva, circoncevo la neonata con una pinza, su una parte estremamente sensibile. Stringevo finché la bambina non piangeva. A volte la lavavo prima, subito dopo la tagliavo. A quel punto la bambina piangeva”.

Anche se si pensa che le MGF si effettuino soltanto in alcune regioni dell’Africa, si tratta di pratiche diffuse in tutto il mondo, in comunità molto diverse tra loro, fenomeno trasversale a etnie e religioni differenti. In Indonesia si sa che la pratica esiste ma è poco studiata.

Maesaroh non sapeva niente di MGF prima di iniziare il suo mestiere. “All’inizio non sapevo se la circoncezione femminile fosse o meno pericolosa; si faceva e basta, per seguire le tradizioni religiose e culturali”, racconta.

Lavorava da un paio d’anni quando frequentando un seminario sulle MGF, realizzato da UNFPA, ha potuto comprendere quali

erano le conseguenze fisiche e psicologiche di questa pratica – dal dolore e dalla perdita di sensibilità fino ai rischi di emorragia e di morte. “Il giorno dopo mi dissi che non le avrei mai più praticate e iniziai a informare le mie pazienti sui rischi per la salute”.

Maesaroh rese poi pubblica la sua posizione con interventi sui social media e di persona, nella sua comunità.

Scoprì così che molti genitori non davano particolarmente importanza alla pratica. “La maggior parte non sapeva neanche cosa fosse o perché si facesse. Semplicemente seguivano quelle che erano, secondo loro, convinzioni religiose o culturali. Dopo aver ricevuto le mie informazioni, alcuni si sono rifiutati di farla eseguire sulle figlie”.

Ma Maesaroh, con suo stupore, dovette anche scontrarsi con la decisa opposizione della sua famiglia e delle colleghe. “Persino mia madre mi disse che le MGF erano una tradizione di famiglia”, dice.

“ Il giorno dopo mi dissi che non le avrei **MAI PIÙ** praticate e iniziai a **INFORMARE LE MIE PAZIENTI** sui rischi per la salute.”

“Molte delle mie amiche non approvarono” aggiunge, e fa osservare che alcune levatrici sono favorevoli alle MGF perché rappresentano una fonte di reddito. “Io facevo notare che non è giusto trarre profitto da una pratica che può danneggiare le pazienti”.

Maesaroh si licenziò da quell'ambulatorio in cui le MGF erano considerate procedure di routine. Oggi offre i suoi servizi direttamente alle donne incinte o che hanno appena partorito. Quando fa le visite a domicilio, spiega alle famiglie quanto la pratica sia pericolosa, che non ha alcun fondamento religioso e non comporta alcun beneficio per la salute.

Gli anni in cui la eseguiva, dice, continuano a ossessionarla. “Spesso provo rimorso per non aver pensato, per esempio, che stringere con la pinza delle zone così sensibili, o l'area della clitoride, è estremamente doloroso”.

Tuttavia spera che le cose cambino. Col tempo la famiglia e molte delle sue amiche sono passate dalla sua parte. “Oggi finalmente anche i miei genitori appoggiano la mia attività”.

Maesaroh collabora felicemente con la Associazione delle levatrici indonesiane che si batte energicamente per l'abbandono delle MGF. Le operatrici e gli operatori sanitari devono essere in prima fila in questa battaglia, dice, perché hanno l'autorevolezza e la credibilità necessarie per convincere i genitori a rinunciare alla pratica.

“Sono convinta che se lo spiegassimo sempre alle pazienti, non ce lo chiederebbero e non vorrebbero più farlo alle loro figlie”, conclude.

Per fare questo però il cambiamento deve venire dall'interno ed essere guidato dalla comunità (Cislaghi, 2019; Spindler, 2015; Berg e Denison, 2013; Johansen e altri, 2013). Gli approcci partecipativi sono più efficaci di quelli che mirano a educare o a dare lezioni alle comunità interessate (Diop e Askew, 2009). Una valutazione del Programma congiunto UNFPA-UNICEF sull'eliminazione delle MGF ha rilevato che iniziative guidate dalle comunità hanno prodotto uno spostamento da una “generale approvazione pubblica” a una di “generale condanna” (UNFPA e UNICEF, 2013).

Leader tradizionali e religiosi

I leader tradizionali e religiosi sono spesso le persone che hanno più potere decisionale, nonché i principali custodi di tradizioni, cultura e diritti, sono quindi determinanti per invitare i membri della comunità ad adottare nuove norme (Palitza, 2014; UNICEF, 2010). Dove le MGF sono considerate un dovere religioso, le autorità preposte possono fare dichiarazioni pubbliche per dissociarle dalla religione, influenzando in tal modo le decisioni delle famiglie sull'opportunità di sottoporvi le ragazze. È quanto hanno fatto per esempio molti leader musulmani e cristiani in Egitto, Eritrea, Etiopia, Mali, Mauritania e Somalia (UNICEF, 2010; Hadi, 1998).

Approcci olistici e multisettoriali

Poiché le pratiche dannose sono tenute in vita da un insieme di forze sociali, affrontarle richiede approcci olistici multisettoriali che interagiscano con le famiglie, i leader comunitari, le istituzioni e il sistema politico (Heise e Manji, 2016; Feldmans-Jacobs, 2013).

Il Programma congiunto UNFPA-UNICEF, per esempio, segue un modello olistico che opera a livello globale, regionale, nazionale e di base, trasversale a settori che vanno dall'istruzione e dalla salute alla protezione sociale

e alla giustizia. Di conseguenza, il Programma ha sviluppato sinergie che facilitano il coinvolgimento di diverse parti interessate tra cui organizzazioni di tipo religioso, insegnanti, gruppi giovanili di pari, forze dell'ordine, operatrici e operatori sanitari e genitori – per promuovere cambiamenti strutturali (UNFPA e UNICEF, 2013).

Marketing delle norme sociali

Per marketing delle norme sociali si intende l'integrazione di strumenti di marketing con

altre tecniche e mezzi, allo scopo specifico di cambiare le norme sociali e i comportamenti che ne derivano. L'uso dei mass media e degli approcci di marketing è un modo efficace per raggiungere un gran numero di persone a costi relativamente bassi ed è anche particolarmente adatto a modificare su larga scala gli atteggiamenti in merito a comportamenti e norme dannose (Alexander-Scott *et al.*, 2016).

Un esempio è la campagna Saleema, lanciata in Sudan nel 2008, che promuove l'opinione po-

Si ringrazia per l'illustrazione Fatma Mahmoud Salama Raslan



sitiva secondo cui le ragazze che non vengono sottoposte alla pratica sono rispettabili (UNFPA e UNICEF, 2013). La campagna comunica una nuova terminologia positiva per descrivere il corpo di donne e ragazze attraverso la televisione, la radio e la stampa (Rahman *et al.*, 2018).

Sostenere gli impegni della comunità

I progetti basati sul coinvolgimento delle comunità per dare seguito alle dichiarazioni pubbliche sull'abbandono della pratica, possono svolgere un ruolo importante nella protezione

delle ragazze. In Senegal, ad esempio, le comunità che hanno fatto dichiarazioni contro le MGF, hanno anche istituito comitati che tengono traccia dei casi e seguono le famiglie che intendono sottoporvi una ragazza. Questi comitati sensibilizzano l'opinione pubblica sull'importanza di abbandonare la pratica e cercano di convincere i membri della comunità locale a non praticare le MGF (UNFPA e UNICEF, 2013).

Il ruolo dei circoli per ragazze

I circoli per ragazze adolescenti, interni o esterni alla scuola, possono offrire l'opportunità di informarsi sulle MGF e su altre questioni che influenzano la loro vita oltre ad allargare le loro reti sociali. Spesso contribuiscono anche a cambiare le norme di genere in quanto accrescono l'autostima delle ragazze, le incoraggiano a esprimere le proprie opinioni e consentono loro di entrare in contatto con persone che rappresentano nuovi modelli, spesso mentori, che le seguono nel passaggio dall'adolescenza all'età adulta (Marcus *et al.*, 2017; Brady *et al.*, 2007).

Il ruolo degli uomini

Molti uomini – oltre la metà degli adulti e dei ragazzi intervistati, nei paesi in cui sono state effettuate indagini statistiche – sono favorevoli all'abbandono della pratica, ma hanno paura di esprimere le loro opinioni per via dell'estrema pressione sociale. Le comunità possono promuovere il cambiamento dall'interno, creando spazi di dialogo tra uomini e donne sulle conseguenze negative delle MGF e sui benefici che derivano dal loro abbandono. (Mitike, 2009). I circoli maschili possono facilitare l'alfabetizzazione sanitaria, che consente di prendere decisioni informate e positive per il proprio benessere e quello delle famiglie (Varol *et al.*, 2015). Questi circoli possono aiutare i partecipanti a prendere coscienza del problema ed educarli alla salute riproduttiva (Onyango *et al.*, 2010; Spadacini e Nichols, 1998).



La fine delle MGF è vicina

La fine delle MGF entro il 2030 è a portata di mano, ma è necessaria un'azione accelerata o l'obiettivo non sarà raggiunto e milioni di altre bambine e ragazze subiranno questa violazione dei diritti. I progressi verso l'eliminazione della pratica entro i prossimi 10 anni non sono mancati, ma non sono stati sufficientemente veloci. Anche nei paesi in cui la diffusione delle MGF è diminuita, questo calo dovrebbe essere 10 volte più rapido se si vuole raggiungere l'obiettivo della completa eliminazione entro il 2030 (UNICEF, 2020).

I programmi dovrebbero dare voce soprattutto a donne e ragazze. Gli interventi più efficaci per promuovere un abbandono duraturo della pratica sono quelli volti a responsabilizzare le comunità locali e a cambiare le norme sociali. Un'analisi recente ha rilevato che, se aumentassero e ricevessero maggiori finanziamenti le attività che impegnano la comunità locale, questa pratica verrebbe abbandonata da 31 paesi entro il 2030 (UNFPA, 2020). In base alle stime, servono 2,4 miliardi di dollari, in 10 anni, per raggiungere l'obiettivo. Di questi, 2,1 miliardi di dollari andrebbero ai programmi di prevenzione delle MGF, 225 milioni ai programmi di protezione e 130 milioni verrebbero spesi per assistenza medica e terapie.

I governi, la società civile, i movimenti sociali e l'attivismo, così come le comunità locali, sanno che cosa funziona.



“Dobbiamo rifiutare il messaggio della medicalizzazione e abbracciare l’idea di una sessualità piena, positiva e sana.”



Sopravvissute e attiviste invitano a **RIPENSARE** le MGF—

e la sessualità delle donne

Randa Diaa ricorda il vestito nuovo, rosso, che indossava, la musica che suonavano, l'henné che le decorava la mano.

“Ero così felice”, racconta. “Mi sembrava di essere una sposa”.

Poi però la portarono nell'ambulatorio del medico. Ebbe “un tuffo al cuore” quando

capì che l'avevano portata lì per praticare le MGF. Aveva sette anni.

Nella sua comunità, nel governatorato di Assuan, in Egitto, quelli erano i riti associati al taglio delle bambine. “È una festa”, spiega Diaa, in cui “ci vestiamo di rosso, ci trucchiamo con l'henné e ci immergiamo nel Nilo”.

Photo courtesy of Randa Diaa

ee Sentiamo sempre dire quanto faccia bene praticare sport. **Dobbiamo presentare anche la sessualità come una cosa sana, normale, che può rendere felice un matrimonio e le persone che la vivono.**”

Ma le cose non andarono come previsto. Intervenero delle complicazioni e lei rimase tre giorni in coma, in un reparto di terapia intensiva. Ricorda, al risveglio, la madre che piangeva e pregava accanto al letto.

Quando tornò finalmente a casa, suo padre accolse un incessante flusso di ospiti che si congratulava per l'avvenuta "maturità" della figlia.

"Mi ricordo che all'epoca mio padre aveva sempre gli occhi lucidi", dice Diaa "se qualcuno gli chiedeva qual era il problema, lui spiegava che era stata recisa un'arteria importante".

Alcuni giorni dopo, contro il parere dei medici, Diaa uscì di casa per giocare con gli amici. "Ci

stavamo solo passando la palla, ma un bambino mi ha sbattuto addosso, mi ha fatto cadere e ho ricominciato a sanguinare", ricorda. La ferita di Randa si era riaperta con la caduta: fu nuovamente ricoverata.

Le MGF continuano a essere, in Egitto, tra le più diffuse violazioni dei diritti di donne e bambine. Riguardano il 92% delle donne sposate nella fascia di età tra i 15 e i 49 anni, secondo l'Indagine Demografica e Sanitaria del 2014.

Le MGF vengono eseguite nella stragrande maggioranza dei casi (82%) da personale sanitario per dare legittimità a una pratica che non presenta alcun beneficio terapeutico e produce gravi conseguenze, anche permanenti.

Diaa racconta che la sua esperienza ha portato la famiglia ad affrontare l'argomento. "Ne parliamo sempre. Le MGF sono tuttora un argomento ricorrente in casa nostra". Lei e le sue sorelle, ormai adulte, hanno a loro volta delle figlie, ma nessuna vi è stata sottoposta.

Oggi Diaa, 40 anni, si batte con decisione contro la pratica. Ha dato vita a una organizzazione non governativa per aiutare la sua comunità ad abbandonarla. Va di casa in casa a parlare delle conseguenze negative delle MGF e ha persino pubblicato un libro di racconti, ispirato alla sua esperienza personale e a quella di altre ragazze.

Spesso deve affrontare un'accesa opposizione, soprattutto da parte di donne più anziane, le nonne e le suocere delle persone che va a trovare. "Vengo aggredita continuamente, soprattutto dalle suocere", dice. "Mi danno dell'infedele. Una volta una donna mi ha letteralmente sbattuto fuori di casa".

Uno dei motivi per cui la pratica continua a essere tanto diffusa in Egitto è che i primi tentativi di contrastarla si sono concentrati soprattutto sulle conseguenze per la salute anziché affrontare la causa alla radice: la disuguaglianza di genere, spiega la dottoressa Hania Sholkamy, antropologa, del Centro per le ricerche sociali dell'American University del Cairo. L'accento posto sulle conseguenze fisiche ha portato l'Egitto a prendere "la cattiva strada" della medicalizzazione.

Bisogna invece far capire alle persone che questa pratica nasce da errate interpretazioni religiose e convinzioni culturali che servono "per mascherare il punto essenziale, ovvero il controllo della sessualità delle donne" spiega, aggiungendo che la paura della sessualità femminile è connessa alla convinzione di dover tenere le donne sotto controllo.

"Si crede inoltre che nella donna le pulsioni sessuali siano più forti della ragione e che le MGF possano contenere gli impulsi così da garantire la verginità fino al matrimonio, avere un rinvio delle nozze o rapporti sessuali poco frequenti".

Più che considerare le MGF come un rischio per la salute, secondo Sholkamy occorre ripensare in modo nuovo la sessualità.

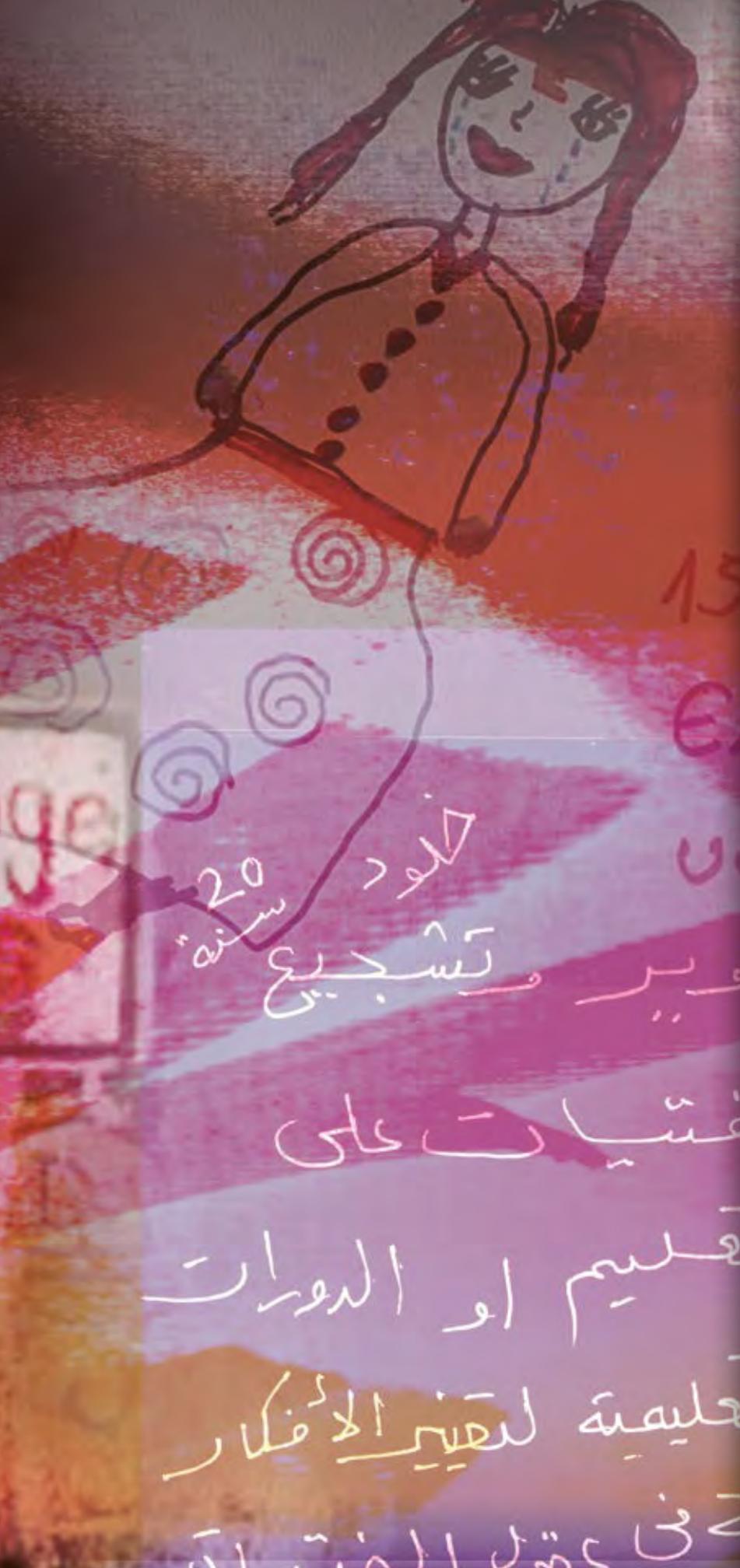
"Sentiamo sempre dire quanto faccia bene praticare sport. Dobbiamo presentare anche la sessualità come una cosa sana, normale, che può rendere felice un matrimonio e le persone che la vivono", dice Sholkamy, secondo cui il messaggio dovrebbe essere imperniato su uno slogan come "Sessualità sana e sani rapporti di genere".

"Dobbiamo rifiutare il messaggio della medicalizzazione e abbracciare l'idea di una sessualità piena, positiva e sana", spiega. "Solo questo permetterà alla gente di cambiare idea".

PROMESSE SCEDUTE SCAMBIATE VENDUTE

OGNI GIORNO
i matrimoni
precoci METTONO
in **PERICOLO**
33,000 VOTE

I was a Child Bride --
That Walked out of the Marriage.
Today, I am a Graduate



Quando si fa
sposare una
MINORE,

si **VIOLANO**
i suoi diritti.

Smette di andare a
scuola. Inizia ad avere
delle gravidanze.

Le sue opportunità
svaniscono. Le porte del
suo futuro si chiudono.

A volte viene regalata.
Altre è scambiata con
oggetti di valore. A volte
è percepita come un peso
da scaricare a qualcun
altro. Oppure è ceduta
a qualcuno che si crede
possa garantire la sua
sicurezza. Ma è molto
raro, quasi impossibile,
che sia lei a decidere.

“Avevo solo 12 anni quando mi hanno fatto sposare mio cugino di 25. Mia madre è entrata in camera mia, io ero seduta per terra a colorare il mio album delle principesse. Lei si è messa a sedere sul letto e mi ha detto, ‘Najma, domani ti sposi.’”

I matrimoni precoci sono vietati quasi ovunque, eppure se ne verificano 33.000 al giorno, in ogni parte del mondo. Si calcola che oggi vi siano 650 milioni di donne e ragazze che si sono sposate da bambine; entro il 2030 se ne aggiungeranno altri 150 milioni, sposate prima di compiere 18 anni.

Di tutte le pratiche dannose che UNFPA si impegna a far cessare, il matrimonio precoce è la più diffusa, ogni anno mette a rischio i diritti e il futuro di 12 milioni di bambine e ragazze. L'obiettivo di ridurli a zero entro il 2030 è una priorità di UNFPA, dell'Agenda per lo sviluppo sostenibile delle Nazioni Unite e dei relativi Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile.

Malgrado sia impossibile calcolare il costo in termini di diritti violati, di scelte e occasioni svanite per queste ragazze, i tentativi di misurare la perdita di potenziale umano hanno constatato che i costi economici dei matrimoni precoci sono altissimi. Secondo la Banca Mondiale, in solo 12 dei paesi in cui è più diffusa la pratica, la perdita di capitale umano equivale a 63 miliardi di dollari, tra il 2017 e il 2030, molto più di quanto gli stessi paesi abbiano ri-

cevuto tramite gli aiuti allo sviluppo ufficiali (Wodon e altri, 2018). Eliminare i matrimoni precoci porterebbe enormi benefici alla crescita personale delle ragazze, alla loro salute, istruzione e benessere, ma anche alle comunità locali e ai paesi in cui vivono.

Diritti negati: poter scegliere se, quando e con chi sposarsi

Il matrimonio precoce è una violazione dei diritti umani fondamentali, che priva le ragazze del loro diritto all'istruzione, alla salute e a ogni prospettiva futura. Definito come un'unione in cui una delle due parti sia minore di 18 anni, si pratica in tutto il mondo ma soprattutto nelle regioni più povere e rurali di alcuni cosiddetti paesi in via di sviluppo. Può riguardare sia i ragazzi che le ragazze, ma gli effetti più deleteri riguardano queste ultime, sia perché coinvolte in larghissima maggioranza, sia per i danni specifici che ne derivano. Anche quando è un ragazzo a sposarsi giovanissimo, si accelera il suo passaggio a un ruolo da adulto, sottoponendolo a eccessive pressioni per provvedere alla nuova famiglia.

Questa pratica dannosa è imposta di solito alle bambine dai familiari, dai membri della comunità o dalla società in generale, a prescindere da fatto che abbiano dato o siano in grado di dare il proprio consenso pieno, libero e informato.

Oltre a “matrimonio precoce” si usano a volte altre espressioni per descrivere il matrimonio di

una/un minore, come matrimonio “infantile” o “forzato”. In molte società un matrimonio che avviene nella fascia di età 18-20 anni sarebbe considerato “precoce”, ma non si associa necessariamente alle specifiche violazioni e ai danni provocati da uno contratto in minore età. Il matrimonio forzato si può verificare a qualsiasi età, ma non tutti i matrimoni contratti prima dei 18 anni sono forzati: in alcune parti del mondo, i matrimoni o le unioni civili consensuali, in cui uno o entrambi i contraenti sono minorenni, sono piuttosto diffusi. Tuttavia spesso unioni e matrimoni “spontanei” sono l’effetto della riprovazione sociale per l’attività sessuale tra adolescenti non sposati/e, che colpisce soprattutto le ragazze, per il loro desiderio di indipendenza e libertà di movimento; altre volte il matrimonio è visto come un modo di sfuggire alla povertà e alla violenza subita in famiglia (Greene *et al.*, 2018).

I matrimoni precoci avvengono in tutte le regioni del mondo

Il matrimonio precoce è un grave problema sociale che affligge molti paesi in varie aree del mondo, è particolarmente diffuso in Asia meridionale, nell’Africa subsahariana e in alcune zone dell’America Latina e dei Caraibi. Si incontra nei più diversi contesti, nei paesi industrializzati e in quelli in via di sviluppo, ma la sua prevalenza è da sempre molto varia. (Per prevalenza si intende la percentuale di donne tra i 20 e i 24 anni che hanno contratto matrimonio o vivono in un’unione stabile prima di compiere i 18 anni). In Svezia, un paese che può contare su un’ampia base di dati, nel periodo compreso tra il 1646 e il 1750 solo il 9,3% delle ragazze di 19 anni erano già sposate e la percentuale era scesa al 7,2 entro il 1860 (Lundh, 2003). Negli Stati Uniti, i dati per esempio del New Jersey – dove fino al 2019 ci si poteva sposare già a 16 anni, purché con il consenso dei genitori – rivelano

che tra il 1995 e il 2012 minorenni sposate erano circa 3500, quasi sempre ragazze tra i 16 e i 17 anni che avevano sposato un maggiorenne (Reiss, 2015).

A livello globale, la prevalenza del matrimonio precoce è di circa il 21% (UNICEF, 2019a). Nell’Asia meridionale sfiorava, nel 1990, il 60% (Wodon *et al.* 2018a). Oggi l’area con la maggiore prevalenza è l’Africa centrale e occidentale con il 40%, seguita dall’Africa orientale e meridionale con il 34% (UNICEF, 2019a). In America Latina e nei paesi caraibici, una ragazza su quattro è sposata o convivente prima di compiere i 18 anni; in alcune zone di questa regione si supera un terzo del totale (UNICEF, 2019b).

Anche se i progressi compiuti dall’India hanno contribuito a un calo del 50% della prevalenza complessiva nell’Asia meridionale – che nel 2018 era scesa al 30% (UNICEF, 2019c) — nella regione si registra tuttora, in termini assoluti, il maggior numero di matrimoni precoci ogni anno: nel 2017, secondo le stime, sono stati 4,1 milioni, mentre le stime relative all’Africa subsahariana parlano di 3,4 milioni (Wodon *et al.*, 2018a). Altre aree del mondo in via di sviluppo mostrano percentuali decisamente inferiori: 18% in Medio Oriente e Africa settentrionale, 7% in Asia orientale e regioni del Pacifico (UNICEF, 2019a). In Bangladesh, Repubblica Dominicana, Nicaragua e in 17 paesi dell’Africa subsahariana almeno il 10% di tutte le giovani erano già sposate o in un’unione stabile prima di compiere i 15 anni (UNICEF, 2019a).

La prevalenza del matrimonio precoce è in diminuzione in tutto il mondo – da circa il 25% del 2006 al 21% del 2018 – e in molti paesi, in particolare in India, il calo è decisamente significativo (UNICEF, 2018). Un’analisi delle tendenze nei 56 paesi per cui si dispone di dati, eseguita dalla Banca Mondiale per il periodo 1990 – 2018 ha identificato tre tendenze principali:

in un terzo dei paesi studiati, la prevalenza scende ogni anno di 0,6 punti percentuali, con una diminuzione costante e regolare; in un terzo, a periodi di calo repentino (13 punti in media) sono seguiti periodi con cambiamenti inesistenti o insignificanti; infine, un terzo non evidenzia decrementi né incrementi che raggiungano almeno gli 0,5 punti percentuali (Tabella 5.1). Se si vuole raggiungere entro il 2030 la fine di tutti i matrimoni precoci, occorre concentrare e concertare gli sforzi maggiori in Asia meridionale, Africa sub-sahariana, America Latina e Caraibi.

I matrimoni precoci sono trasversali a paesi, culture, religioni ed etnie. Si verificano perché di solito alle bambine è attribuito meno valore che ai maschi, perché povertà, insicurezza e accesso limitato a un buon livello di istruzione e di opportunità lavorative fanno sì che il matrimonio precoce sia spesso visto come la scelta migliore per le ragazze (Girls Not Brides, 2019), o come

un'occasione per i genitori di ridurre le difficoltà economiche della famiglia. In tutto il mondo, è strettamente legato a scarsi livelli di istruzione, povertà e residenza nelle aree rurali.

Fattori propulsivi e determinanti

Norme sociali e di genere discriminatorie

La discriminazione di genere, che si riflette in diversi istituti patriarcali e in molte norme socio-culturali, confina donne e ragazze nel ruolo non retribuito di casalinghe e di madri. Inoltre si attribuisce enorme valore alla verginità di una ragazza con conseguente timore della sessualità femminile, due questioni che favoriscono i matrimoni delle ragazze, quando sono ancora “intatte” (Khanna *et al.*, 2013). A volte i genitori sono convinti che sia un modo per evitare che abbiano rapporti prematrimoniali e

TABELLA 5.1

Quasi due terzi dei paesi presentano una riduzione di matrimoni precoci nel periodo 1990-2018. I numeri per regione

| | Numero di paesi con un calo stabile | Numero di paesi con un calo drastico | Numero di paesi con casi immutati o in aumento | Totale |
|---------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|--|-----------|
| Africa subsahariana | 7 | 9 | 12 | 28 |
| Asia meridionale | 2 | 3 | 0 | 5 |
| America Latina | 3 | 1 | 6 | 10 |
| Altro | 5 | 4 | 4 | 13 |
| Totale | 17 | 17 | 22 | 56 |

Minori sposate al 2018 **16.2 milioni** **41.6 milioni** **13.1 milioni** **70.9 milioni**

Nota: Sottocategoria di paesi con quattro o più rilevazioni
Fonte: World Development Indicators 2019

Elizabeta, 22 god

Udobla su me od 15 god nisam poznova la tu porodicu
Rositelji su mi rekli da je to tradicija, da tako mora,

Su troda ma mi cerku nebi dopustila da i što sam ja prosea
a zivotu da ~~lema taka~~ ^{nema taka} pricu ko moju ni za bilu
kojudjevocicu, nego da cours skoću, i da su sreti

Mi sono sposata a 15 anni. Non conoscevo la sua famiglia. I miei genitori mi dissero che bisognava fare così. Domani, se avrò una figlia, non lascerò che abbia la stessa vita. Ho sopportato tutto questo solo perché lei non abbia una storia come la mia. Lei o qualsiasi altra bambina. Devono finire la scuola e pensare a essere felici.

Elizabeta, 22 anni, Bosnia e Erzegovina

per proteggerle da molestie sessuali (UNFPA, 2012a). Finché questo circolo vizioso continua, le giovani madri hanno poca o nessuna possibilità di decidere se e quando far sposare le figlie e lasciano al marito e agli altri familiari il potere di prendere decisioni che cambieranno per sempre la vita di bambine e ragazze (UNICEF e UNFPA, 2018). Altri fattori sociali sono la tradizione e gli obblighi sociali, il rischio di una gravidanza fuori dal matrimonio, evitare giudizi sociali, la convinzione viva in alcune comunità che la religione incoraggi il matrimonio non appena raggiunta la pubertà (Karam, 2015).

Le norme sociali sono alla base di tutti i sistemi matrimoniali. Quelle che favoriscono il matrimonio precoce in determinate società si basano su convinzioni radicate, un cammino già definito verso l'età adulta, determinate opinioni sulla sessualità tra ragazzi e ragazze, la concezione dei ruoli di genere, l'importanza del rispetto di gerarchie strutturate in base all'età,

le interpretazioni religiose, la sottintesa disuguaglianza di genere e la definizione sessista dei ruoli economici. Si tratta in gran parte di norme patriarcali che relegano ragazze e donne in una condizione di inferiorità e sottomissione, negando loro qualsiasi potere decisionale anche sulla propria vita (Greene *et al.*, 2018).

Ragazze senza voce né scelta

Nelle società fortemente gerarchiche, in cui gli uomini hanno potere sulle donne e gli anziani sui giovani, c'è il duplice svantaggio di essere donne e giovani. Il matrimonio precoce si afferma in situazioni in cui le adolescenti non vengono ascoltate né consultate nelle decisioni che le riguardano (Girls Not Brides, s.d.). Ciò vale soprattutto per quelle con meno di 15 anni e per quelle meno istruite. Quando hanno libertà di scelta, le ragazze di solito decidono di sposarsi più tardi. Per questo molti programmi per mettere fine ai matrimoni precoci si concentrano sull'empowerment delle ragazze anche attraverso l'istruzione. Per una ragazza, la scelta di sposarsi

o meno e l'età del matrimonio dipendono dalle possibilità che ha di conoscere i propri diritti, prendere decisioni e scegliere il proprio futuro.

Livello di istruzione

Le ragazze che hanno finito solo le scuole primarie hanno un rischio due volte maggiore di sposarsi o convivere rispetto a quelle che hanno un livello di istruzione maggiore. Le ragazze non istruite hanno tre volte più probabilità di essere sposate o convivere prima dei 18 anni, rispetto a quelle con un'istruzione di livello secondario o universitario (UNFPA, 2012a). In India, il 51% delle giovani senza istruzione e il 47% di quelle che hanno frequentato solo le primarie era già sposato prima di compiere 18 anni (UNICEF, 2019c). Per contro, solo il 29% delle giovani donne con un livello di istruzione secondario e il 4% di quelle con un livello superiore si è sposato prima della maggiore età. Se la prevalenza del matrimonio precoce è molto più bassa tra i ragazzi, si osserva anche qui un'analogia correlazione con il livello di istruzione: la percentuale di uomini nella fascia di età 20-49 che ha contratto matrimonio prima di compiere 18 anni risulta più alta tra quelli che non hanno studiato o fatto solo le scuole primarie, rispetto a quelli che hanno frequentato almeno le secondarie (Misunas *et al.*, 2019).

Un'analisi dei dati relativi ai matrimoni precoci, inserita negli Indicatori di sviluppo della Banca Mondiale, dimostra che di tutte le ragazze sposate prima dei 18 anni in India, il 46% proviene dalla fascia di popolazione a minor reddito. Analogamente in Niger, il terzo paese più povero al mondo, dove solo il 17% delle ragazze completa le secondarie inferiori e l'84% della popolazione risiede in ambiente rurale, ben il 76% delle ragazze si sono sposate prima dei 18 anni.

Molti dei fattori che determinano la prevalenza dei matrimoni precoci hanno un fondamento economico. La piaga delle spose bambine si incontra in molte società e culture, ma è sempre



Fraidy Reiss [al centro], costretta a sposarsi, ha fondato e dirige Unchained at Last, per mettere fine a matrimoni forzati e precoci negli Stati Uniti. Foto di Susan Landmann



Agghindate, abusate ma non spezzate

Le spose bambine chiedono un cambio di rotta

“È stata una delle peggiori esperienze della mia vita”, dice Sherry Johnson parlando del suo matrimonio, quando aveva appena 11 anni, nello stato americano della Florida.

Johnson descrive gli orrori che ha vissuto. Fu stuprata da uno dei membri più stimati della sua comunità. Dopo aver partorito, a soli 10 anni, i suoi genitori la fecero sposare per evitare che lo stupratore venisse perseguito.

Nonostante siano trascorsi 49 anni da allora, non passa giorno, dice Johnson, in cui non ne paghi le conseguenze. “Per tutta la vita ho vissuto esperienze terribili, perché un abuso a quell’età ti blocca la crescita”.

Oggi Johnson lavora dalle 7 del mattino fino alle 8 di sera. “Non ho mai potuto frequentare il college e laurearmi. Devo continuare a spaccarmi la schiena per ogni centesimo. Faccio tre lavori solo per sopravvivere, mettere in tavola da mangiare e tenermi un tetto sulla testa”.

La sua esperienza risale a diversi decenni or sono, ma il fenomeno dei matrimoni precoci è ancora presente negli Stati Uniti. Poiché l’età minima per il matrimonio non è fissata dal governo federale ma viene stabilita in modo indipendente da ogni Stato, la legalità del matrimonio contratto da minorenni cambia da uno Stato all’altro. Secondo il Tahirih Justice Center, una Ong molto attiva sul problema, solo due Stati su

50 vietano senza eccezioni il matrimonio di minorenni. La maggior parte consente eccezioni in caso di gravidanza, di consenso dei genitori o di minori emancipati. In 12 Stati, affermano le responsabili di Tahirih, non esiste un'età minima stabilita per legge.

Tra il 2000 e il 2015 oltre 200.000 minori di 18 anni hanno contratto matrimonio negli USA, secondo i dati analizzati a partire dai certificati di matrimonio da Frontline, un'agenzia di informazione. Donna Pollard era una di loro. Con il consenso della madre aveva ottenuto il permesso di sposarsi a 16 anni. Suo marito, che ne aveva trenta, lavorava nell'istituto per la salute comportamentale in Kentucky in cui Donna Pollard seguiva una terapia. Per tutta la durata del loro matrimonio, dice, suo marito ha avuto un comportamento violento.

Il consenso dei genitori ha portato al matrimonio anche Sara Tasneem: prima a livello informale, con una "unione spirituale" quando aveva 15 anni, poi legalmente quando ne aveva 16. Tasneem non ha mai avuto voce in capitolo. "Siamo state educate a seguire molto rigidamente i ruoli di genere" dice parlando della sua famiglia di origine, in California. Quando i ragazzi cominciarono a interessarsi a lei, suo padre si affrettò a farla sposare. "Mi dissero... Che mi sarei dovuta sposare, perché il sesso fuori dal matrimonio era vietato... In pratica, la mattina

mi hanno presentato una persona e la sera stessa mi hanno costretto a sposarlo". Suo marito aveva 28 anni. "Era un rapporto molto violento e all'insegna del controllo", dice. "Sono rimasta subito incinta, poi ci siamo sposati legalmente a Reno, in Nevada, dove bastava il permesso firmato da mio padre".

Tutte e tre queste donne alla fine sono riuscite a sfuggire ai loro matrimoni e sono diventate tra le voci più autorevoli del movimento per abolire i matrimoni precoci negli Stati Uniti. "Le mie pressioni per cambiare la legge in Florida, Georgia e Louisiana hanno dato frutto, ne sono molto contenta", dice Johnson.

Anche Tasneem e Pollard si battono in favore di riforme legislative che innalzino l'età minima del matrimonio a 18 anni. Hanno contattato politici e legislatori di California, Nevada, Kentucky, Tennessee e altri Stati ancora. In risposta, molti legislatori hanno aumentato a 17 l'età minima per sposarsi o richiesto che i matrimoni precoci fossero approvati da un magistrato.

"Credo si stiano facendo dei veri progressi", dice Pollard. "In pochi anni diversi Stati hanno se non altro modificato le loro leggi, innalzando l'età minima e stabilendo criteri di approvazione da parte di

“ In pochi anni diversi Stati hanno se non altro modificato le loro leggi, innalzando l'età minima e stabilendo criteri di approvazione da parte di un giudice al posto di un semplice consenso dei genitori senza motivazioni.”

un giudice al posto di un semplice consenso dei genitori senza motivazioni”.

Per le spose bambine, gli ostacoli che le bloccano in un rapporto violento sono quasi insormontabili: “Ti danno il permesso per sposarti, ma se te ne vuoi andare è quasi impossibile. Non hai gli stessi diritti di un adulto. Non puoi affittare un appartamento, non puoi chiedere di entrare in una casa rifugio, non puoi neanche rivolgerti a un avvocato per il divorzio”, spiega Pollard.

Tanto Johnson come Pollard hanno fondato delle associazioni in favore delle ragazze che hanno subito questa pratica: parlare della loro esperienza ha cambiato la loro vita, dicono entrambe. “Raccontare è parte del processo di guarigione”, dice Johnson. L’organizzazione da lei creata, la Svon Foundation, difende le vittime di abusi in Florida. Ha pubblicato una autobiografia e incoraggia le altre donne a scrivere e condividere le loro esperienze. “Molte pensano che la loro vita sia finita, perché hanno subito violenze. No, non è finita. Anzi, inizia adesso”.

Anche l’associazione di Pollard, Survivor’s Corner, nel Kentucky, aiuta le sopravvissute alle violenze a far sentire la loro voce. “I nostri programmi sono stati studiati da diverse persone che li stanno adottando per modificare le leggi del loro Stato”, dice. “Inoltre, alcune delle persone che abbiamo aiutato sono rimaste con noi come volontarie”.

Quanto a Tasneem, chiede a chi fa ricerca e a chi è nel mondo della politica di guardare oltre i matrimoni ufficialmente registrati per occuparsi anche delle unioni informali come quella che ha messo fine alla sua infanzia. Spera di raccogliere un consenso sempre più ampio attorno al movimento per vietare i matrimoni precoci. “Quante di noi dovranno ancora raccontare le loro storie dell’orrore perché si cominci ad agire?”, chiede. “Non può ricadere tutto sulle spalle delle persone colpite. Abbiamo bisogno di aiuto”.

più diffusa tra i più poveri, specie nei contesti rurali ed esacerbata nelle famiglie che si trovano in difficoltà economiche, soprattutto in situazioni di crisi e di sfollamento.

Malgrado l’introduzione, in tanti paesi, dell’istruzione primaria universale e gratuita, le famiglie più povere continuano a trovare gravi ostacoli economici nel sostenere il costo dei trasporti, dei libri e delle divise scolastiche. Gli istituti secondari spesso fanno ancora pagare una retta. La disuguaglianza di genere nella frequenza scolastica (a sfavore delle ragazze) è particolarmente evidente nell’istruzione secondaria (Sperling e Winthrop, 2015), problema che accelera il cammino delle ragazze verso il matrimonio e la maternità.

Comprate e vendute

Anche le transazioni economiche che affiancano il matrimonio, come la dote e il prezzo della sposa, contribuiscono all’elevata prevalenza dei matrimoni precoci (Parsons *et al.*, 2015; UNFPA, 2012a; Malhotra, 2011; UNICEF, 2005). Spesso i genitori più poveri giustificano la decisione di far sposare le ragazze molto presto come un mezzo per garantire il loro futuro economico; a volte vedono nelle figlie una merce e un mezzo per ripianare debiti o risolvere dispute familiari (Parsons *et al.*, 2015; Amin, 2011).

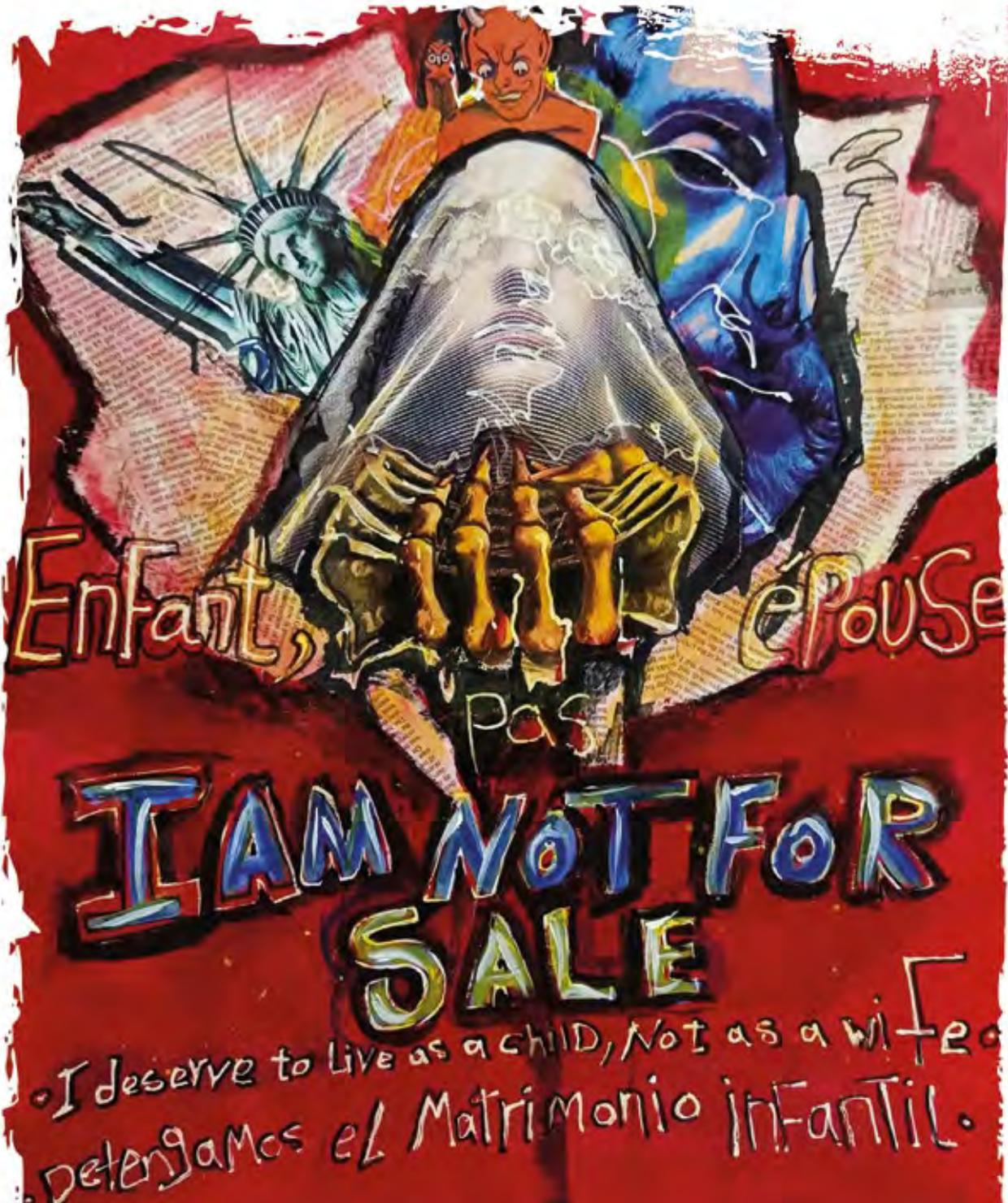
La dote viene corrisposta allo sposo dalla famiglia della ragazza come contributo al suo mantenimento, mentre il prezzo della sposa è versato dal futuro marito o dai suoi parenti per “comprare” la moglie. Molti sostengono che queste pratiche rafforzino i matrimoni precoci, perché la dote richiesta per una ragazza giovane è più modesta, o perché la sua famiglia può richiedere un prezzo più alto per la sposa: una donna molto giovane o una bambina sono considerate di maggior valore, in quanto hanno davanti a sé più anni per generare figli e occuparsi dei lavori domestici (Lee-Rife *et al.*, 2012).

Nel caso della dote, il punto è che la ragazza, crescendo, avrà sempre meno interessati e la famiglia sarà costretta ad aumentare la dote per “liberarsene”. Le ragazze sono spesso considerate un onere finanziario, che aumenta quanto più si ritarda il matrimonio, poiché la dote da versare sarà mag-

giore (Delprato *et al.*, 2015). In Nepal, tanti genitori preferiscono far sposare le figlie molto giovani nel tentativo di limitare le spese (Onduru, 2019).

Dove vige l'usanza del “prezzo della sposa”, il beneficio è ancora più diretto: non solo per

Si ringrazia per l'illustrazione Fatma Mahmoud Salama Raslan



una ragazza molto giovane si può richiedere un prezzo superiore, ma la famiglia si libera anche dell'onere economico del mantenimento (Kalamar *et al.*, 2016).

Quale che sia il sistema in uso, tanto la dote come il prezzo della sposa rappresentano una “mercificazione” di donne e ragazze – una palese violazione del diritto a prendere le decisioni che le riguardano, anche rispetto al matrimonio. Per questo e per altre ripercussioni negative, il pagamento della dote e il prezzo della sposa sono proibiti in moltissimi paesi; ma sono divieti che è molto difficile far rispettare. In India, la legge per la prevenzione della dote è in vigore fin dal 1961, le misure attuative interessano diverse sezioni del codice penale, ma la pratica continua a essere molto diffusa (Chiplunkar e Weaver, 2019).

Nelle crisi, i matrimoni precoci aumentano

Si è constatato che i matrimoni precoci aumentano nelle crisi umanitarie provocate da disastri naturali o da conflitti. Oggi nello Yemen oltre il 65% delle ragazze si sposa prima di compiere i 18 anni, a fronte del 50% prima dell'inizio del conflitto (UNICEF, 2017). In Libano, il 41% delle ragazze siriane sfollate si è sposato prima dei 18 anni (Bailey-King, 2018). In Giordania, nei campi per rifugiati, nel 2011, all'inizio del conflitto siriano, il 12% dei matrimoni riguardava ragazze tra i 15 e i 17 anni; nel 2018 la percentuale ha raggiunto il 36%. (Lemmon e Hughes, 2018).

Alcune ricerche ipotizzano che il valore economico delle ragazze cresca nei periodi di difficoltà economiche della famiglia. Per esempio in Tanzania, quando la siccità che periodicamente colpisce il paese provoca un crollo del reddito per l'esiguità del raccolto, aumentano anche i matrimoni delle giovanissime per riscuotere il prezzo della sposa (Corno e Voena, 2016). Lo

studio sulla Tanzania suggerisce anche una correlazione tra matrimoni precoci ed effetti dei cambiamenti climatici. Se le comunità rurali si trovano in una fase di difficoltà economica per siccità, inondazioni o intensificazione delle tempeste, in assenza di altri meccanismi si ricorre a quello che le famiglie possono considerare un metodo già sperimentato e verificato per ridurre le spese e, se possibile, incrementare il reddito: “vendere” le figlie.

In periodi di crisi un altro fattore che dà impulso ai matrimoni precoci è l'incremento del rischio di violenze sessuali e aggressioni che accompagnano l'indebolimento delle istituzioni sociali. In situazioni di questo tipo alcune famiglie vedono nel matrimonio un modo per proteggere “l'onore” delle ragazze e, per estensione, quello della famiglia stessa (Lemmon e Hughes, 2018; Lemmon, 2014).

Inoltre le ragazze, private di ogni opportunità di istruzione, durante le crisi sono considerate “inattive”, cosa che aumenta la percezione del matrimonio come transizione positiva per le ragazze con limitate alternative.

Infine i conflitti, con gli sfollamenti che producono, modificano anche il processo sociale del matrimonio, spingendo ad abbreviare il periodo del fidanzamento, a ridurre il prezzo della sposa, a modificare per esempio le norme che regolano le unioni tra cugini e ad abbassare l'età minima (UNFPA *et al.*, 2018).

Conseguenze

Le ripercussioni dei matrimoni precoci violano i diritti fondamentali delle ragazze. Molte di queste violazioni si traducono in costi altissimi che non è possibile ridurre, correggere invertendone la tendenza: abbandono scolastico, problemi di salute legati alla gravidanza e al parto precoci; violenze minacciate e perpetrate; esclusione

sociale che conduce a depressione e a volte al suicidio; limitazione della libertà di movimento; pesanti responsabilità domestiche. Tutti questi elementi riducono fortemente le possibilità di occupazione e di guadagno delle ragazze costrette a sposarsi troppo giovani. L'impatto si ripercuote ben oltre la singola ragazza, andando a perpetuare il ciclo di povertà della famiglia e dell'intera comunità.

Gravidanza e parto precoci

Uno degli esiti più pericolosi e deleteri è che le ragazze affrontano troppo presto la gravidanza e il parto, senza essere pronte fisicamente, psicologicamente, intellettualmente o economicamente a diventare madri. Hanno maggiori probabilità di non sopravvivere alle complicazioni della gravidanza e del parto rispetto alle donne di vent'anni o più, i figli corrono più rischi di morire alla nascita o nei primi mesi di vita.

La maternità precoce è comune tra le spose bambine. Nell'Africa sub-sahariana, un'analisi del DHS condotta su 34 paesi ha evidenziato che tra le donne di 20-24 anni, sposate prima dei 18, il 96% aveva già avuto figli. Di queste, il 56% aveva partorito entro il primo anno di matrimonio e il 28% aveva avuto un altro figlio meno di 24 mesi dopo il primo (Yaya *et al.*, 2019). In America Latina e Caraibi l'86% delle donne che avevano contratto matrimonio o in un'unione stabile prima dei 18 anni aveva partorito prima di compierne 20; la percentuale per quelle sposate dopo i 18 anni scendeva al 34% (UNICEF, 2019b). In India, il 60% delle donne che si erano sposate minorenni aveva partorito prima di raggiungere la maggiore età, e il 79% prima di compiere 20 anni (UNICEF, 2019c).

Quasi il 95% dei parti delle adolescenti avviene nei cosiddetti paesi in via di sviluppo; in questi paesi circa il 90% delle nascite da adolescenti di 15-19 anni è avvenuto all'interno del matrimonio (OMS, 2008). Le complicanze legate a

gravidanza o parto sono la prima causa di morte per le adolescenti tra i 15 e i 19 anni, in tutto il mondo (OMS, 2018a). Uno studio della Banca Mondiale valuta che i costi in termini di opportunità nell'arco della vita, legati alle gravidanze adolescenziali, vanno dall'1% del PIL annuale in Cina al 30% in Uganda (Chaaban e Cunningham, 2011).

Rischio di morte e di lesioni durante il parto

Il matrimonio precoce spesso costa la vita alle ragazze. Il rischio di morte materna è superiore di circa il 28% tra le ragazze nella fascia di età 15-19, rispetto alle madri nella fascia 20-24, anche se a volte, tra i fattori di rischio, l'età della madre incide meno di altri fattori associati ai matrimoni precoci, come la povertà e l'impossibilità di accedere ai servizi (Blanc *et al.*, 2013). La prevalenza della mortalità materna (intesa come numero di decessi ogni 100.000 nati vivi) nell'Africa Subsahariana nel 2010 era di 504 per le madri tra i 15 e i 19 anni, a fronte di 416 per le madri tra i 20 e i 24. Analogamente in Asia il rapporto era di 269 contro 201, e in America Latina di 190 contro 164. Ritardare la nascita del primo figlio anche solo di un paio d'anni – fino al compimento del ventesimo anno di età della madre – riduce in modo significativo la possibilità di morire a causa della gravidanza e del parto (Blanc *et al.*, 2013).

Uno dei principali rischi per le ragazze che partoriscono troppo giovani è la fistola ostetrica, un disturbo prevenibile in cui il parto produce una lacerazione tra la vagina e la vescica e/o il retto, che causa incontinenza (Cook *et al.*, 2004) e spesso fa sì che la donna sia ripudiata dal marito ed emarginata nella comunità (Miller *et al.*, 2005).

Il travaglio ostruito è la causa di circa il 90% delle fistole ostetriche nei paesi in via di sviluppo, estremamente più comune tra le ragazze che

partoriscono prima dei 18 anni, a causa della cosiddetta “immaturità pelvica”, in cui le dimensioni e il diametro del bacino della madre si uniscono alla minor dimensione dell’apertura pelvica per cui il bambino o la bambina resta intrappolato/a nel canale del parto. I delicati tessuti della vagina restano compressi tra la testa del bambino e le ossa del bacino e questa pressione produce una fistola (Cook *et al.*, 2004). Il numero di anni decorso dal menarca (la prima mestruazione) è direttamente collegato alla capacità di partorire in sicurezza.

Alcuni studi condotti in Nigeria e in Etiopia dimostrano che un numero sproporzionato di madri adolescenti soffre di fistola ostetrica; in Nigeria il 46% di tutti i casi di fistola si è verificato durante il primo parto (Miller *et al.*, 2005).

È stato calcolato che nei paesi in via di sviluppo ne soffrono tra i 2 e i 3,5 milioni di donne, con un numero di nuovi casi ogni anno compreso tra i 50.000 e i 100.000 (UNFPA, 2019a). UNFPA, insieme ad altre organizzazioni impegnate nella tutela dei diritti e della salute riproduttiva, ha messo la prevenzione e la cura della fistola ostetrica ai primissimi posti nei suoi programmi.

Cattive condizioni di salute e alimentazione carente tra i figli e le figlie delle spose bambine

Numerosi studi hanno constatato che i figli di madri minorenni vanno incontro a un maggior rischio di morte perinatale (con decesso alla nascita o poco dopo il parto), insufficienza ponderale alla nascita, malattie gravi e morte sopraggiunte nella prima e seconda infanzia (Fall *et al.*, 2015). È però difficile comprendere quali sono i diversi fattori che contribuiscono maggiormente a quest’esito: lo scarso livello di istruzione della madre, scarsa alimentazione della madre e del figlio, accessibilità ai servizi per la salute. Uno studio effettuato in India

ha mostrato che, prendendo in considerazione tutti i fattori, i figli e le figlie delle donne sposate in giovanissima età avevano una probabilità significativamente più alta di avere uno sviluppo rallentato o di essere sottopeso – due dei principali indicatori del benessere dell’infanzia (Raj *et al.*, 2009). Uno studio sul ritardo nello sviluppo infantile svolto in Asia meridionale e in Africa ha rilevato che le madri che partorivano prima dei 18 anni avevano bambini/e più bassi/e di statura – con un incremento del 6% del rischio di crescita compromessa legata alla giovane età delle madri in Bangladesh e in India, del 10% in Burkina Faso e in Mozambico (Yu *et al.*, 2016); questo rallentamento dello sviluppo si protrae e si ripercuote su tutta la vita del bambino o della bambina (Fall *et al.*, 2015).

Le spose giovani hanno più figli

Una donna che ha il primo figlio o figlia quando ancora è molto giovane, avrà più figli delle sue sorelle che si sposano più tardi (UNICEF, 2019b, 2019c; Yaya *et al.*, 2019).

Secondo uno studio del 2017 della Banca Mondiale sulle giovani spose in 15 paesi, una ragazza che si sposa a 13 anni ha in media il 26% di figli in più nell’arco della vita di una sposata a 18 o più. Anche quando una ragazza si sposa a 17 anni, avrà comunque il 17% di figli in più di quanti ne avrebbe avuti se avesse atteso almeno di compierne 18 (Wodon *et al.*, 2017).

Le conseguenze della maternità precoce e dell’aver più figli/figlie sono evidenti: le donne che si sposano molto giovani trascorrono l’adolescenza e la prima giovinezza dentro casa, a prendersi cura dei bambini e delle bambine, senza possibilità di continuare gli studi o di imparare un mestiere e trovare lavoro fuori casa. Di fatto restano legate per la vita al lavoro domestico, alle gravidanze indesiderate, alle famiglie numerose e alla dipendenza economica dai mariti.

Spose bambine e abbandono scolastico

I matrimoni precoci sono collegati all'improvviso abbandono scolastico, maggiori livelli di analfabetismo, bassi livelli di istruzione, tutti fattori che riducono le possibilità delle ragazze di entrare nel mondo del lavoro e raggiungere l'autosufficienza economica (Wodon *et al.*, 2017a; Delprato *et al.*, 2015; Nguyen e Wodon, 2014, 2012, 2012a; Field e Ambrus, 2008; Lloyd e Mensch, 2008; Adler *et al.*, 2007).

Quando una ragazza si sposa e inizia ad avere figli, è raro che prosegua gli studi o che li riprenda in seguito. Quasi mai le ragazze sposate frequentano la scuola, per via delle restrizioni legali o sociali o perché si devono occupare delle faccende domestiche (Delprato *et al.*, 2015). Questo fenomeno si ripercuote gravemente sulla loro indipendenza e capacità produttiva, impedendo loro di contribuire al benessere della famiglia, della comunità e della società. Questa situazione

ha poi un impatto negativo anche sui figli e sulle figlie, sulla loro possibilità di proseguire gli studi oltre le scuole primarie e di sfuggire al circolo vizioso del matrimonio precoce, delle troppe gravidanze, della povertà.

Le statistiche sono inquietanti e preoccupanti. L'analisi di 36 sondaggi condotti da DHS in 31 paesi dell'Africa sub-sahariana e in 5 paesi dell'Asia meridionale, ha esaminato le donne nella fascia di età 20-29, in rapporto all'età del matrimonio. La media degli anni di frequenza scolastica per quelle che si erano sposate minorenni era di 2,9 nei paesi africani e 3,9 in quelli asiatici. La cifra raddoppiava per le ragazze che avevano più di 18 anni al momento del matrimonio, con una media di 5,3 anni di scolarizzazione in Africa e 7,7 in Asia. Questa disparità si rifletteva nel livello di alfabetizzazione: solo il 17% delle donne africane e il 35% di quelle asiatiche sposate prima di compiere i 15 anni sapeva leggere e scrivere,



Murale di Maia Bobo,
in collaborazione
con TackleAfrica,
Burkina Faso

mentre tra le loro omologhe sposate dopo i 18 la percentuale saliva rispettivamente a 53 e 75% (Delprato *et al.*, 2015).

Le ragazze meno istruite sono più a rischio di sposarsi molto presto e di interrompere gli studi. Matrimoni e gravidanze precoci sono considerati responsabili del 15-33% di tutti gli abbandoni scolastici (Nguyen e Wodon, 2012; Lloyd e Mensch, 2008).

Rinviano il matrimonio anche solo di un anno, le giovani donne dell’Africa sub-sahariana avrebbero un incremento della frequenza scolastica media di 0,5 anni e un aumento del 22% nella percentuale di alfabetizzazione (Delprato *et al.*, 2015).

Violenza di genere

Molti studi hanno dimostrato che la qualità della vita tra le donne che si sposano prima dei 18 anni è inferiore in misura significativa a quella delle donne che si sposano più tardi. Una delle ragioni principali è la violenza di genere a cui vanno soggette. In tutto il mondo, la percentuale di donne che nell’ultimo anno aveva subito violenze fisiche e/o sessuali era più alta tra le donne che si erano sposate minorenni (29%) rispetto a quelle sposate da adulte (20%) (Kidman, 2017). I matrimoni precoci perpetuano questo tipo di violenza a causa della notevole differenza di età, forti squilibri di potere, limitata autonomia e isolamento sociale per le donne; norme sociali in materia di femminilità e mascolinità spesso suggeriscono che il ricorso alla violenza nei confronti delle donne. La violenza, ma anche solo la sua minaccia, è un forte strumento di controllo maschile sulle giovani donne.

In India, una ricerca su vasta scala, su oltre 8.000 donne in cinque Stati in cui è diffusa la pratica dei matrimoni precoci, ha messo in evidenza come un terzo (32%) delle donne che si erano

sposate minorenni aveva subito qualche forma di violenza fisica da parte del marito, contro un 17% di quelle che si erano sposate dopo i 18 anni (Andhra Pradesh, Bihar, Jharkand, Maharashtra e Rajasthan) (Santhya *et al.*, 2010). Non solo le donne sposate troppo presto subiscono più violenze, ma sono anche più inclini, in determinate circostanze, a giustificarle: un’opinione condivisa da due terzi delle spose bambine, rispetto alla metà di quelle che si erano sposate più grandi (Santhya *et al.*, 2010).

Danni psicologici duraturi

Le violenze fisiche, sessuali, psicologiche – e le gravidanze precoci – lasciano un segno indelebile sulla salute mentale delle ragazze. I matrimoni precoci si accompagnano a pressioni per avere e crescere figli quando le madri sono ancora loro stesse delle bambine, con conoscenza molto limitata della vita sessuale e riproduttiva (Yaya *et al.*, 2019).

I matrimoni precoci inoltre favoriscono forme di isolamento sociale, stress, depressione e sensazione di impotenza (Delprato *et al.*, 2017; Dufflo, 2011; Nour, 2009).

Una ricerca condotta negli Stati Uniti ha mostrato il rapporto tra matrimoni precoci e disturbi del comportamento, tra cui la dipendenza dalla nicotina e l’abuso di alcolici, oltre ad altri problemi psicologici (ICRW, 2016a; LeStrat *et al.*, 2011).

Nel 2013 un gruppo di ricerca ha intervistato molte ragazze di età compresa tra i 10 e i 17 anni nella regione etiopica di Amhara: le ragazze già sposate o promesse spose o che avevano ricevuto una proposta di matrimonio dichiaravano molto più spesso di aver avuto pensieri suicidi nei tre mesi precedenti. Non solo: in questo gruppo di ragazze, la percentuale di quelle che avevano effettivamente tentato il suicidio era doppia che nell’altro (Gage, 2013).

In Niger, un sondaggio su 2.463 donne ha evidenziato un livello significativamente inferiore di benessere psicologico tra le ragazze sposate prima dei 15 anni e drammaticamente più basso tra quelle sposate a 12 anni o anche prima. L'indagine, basata su parametri standard per misurare il benessere psicologico, è stata condotta nel 2016 dal Centro internazionale di ricerca sulle donne (ICRW). La ricerca suggerisce che, tra le giovanissime "costrette a sposarsi (spesso con uno sconosciuto) ... il peso delle responsabilità coniugali e soprattutto le pretese sessuali del partner, nonché esigenze legate alla gravidanza e alla crescita di figlie/i, avevano procurato loro un forte stress emotivo accompagnato da depressione" (ICRW, 2016a).

Aiutare le ragazze a compiere scelte informate

I primi tentativi di vietare i matrimoni precoci si sono verificati nella prima metà del ventesimo secolo, guidati dai movimenti riformisti dell'Asia meridionale. Il loro impegno ha portato le autorità a varare leggi in proposito, come la Legge sul divieto dei matrimoni di minori del 1929, precedente all'indipendenza dell'India, oltre a sporadici sforzi per promuovere l'istruzione femminile (Khoja-Moolji, 2018). Benché a partire dagli anni novanta cominciasse a emergere un impegno più ampio, come il progetto del Bangladesh per dare un reddito alle ragazze durante gli studi secondari (Schurmann, 2009), solo dopo il 2000 si è assistito a una crescita significativa del numero e della portata di programmi a livello comunitario, come quello di Berhane Hewan in Etiopia (Erulkar e Muthengi, 2009), di Ishraq in Egitto (Sieverding e Elbadawy, 2016), e di Prachar in India (Subramanian et al., 2018). Realizzati da organizzazioni non governative, offrono programmi per acquisire abilità pratiche, educazione sessuale, informazioni per

la salute e alfabetizzazione economica, oltre a garantire incentivi alle famiglie e a promuovere attività di dialogo e di mobilitazione per tutta la comunità.

A partire dalle iniziative degli anni duemila, il numero di programmi a livello comunitario, organizzati da Ong internazionali e locali, che affrontano il problema, è andato crescendo. Questi programmi si sono dimostrati efficaci nel rinviare l'età del matrimonio e hanno contribuito alla raccolta di conoscenze su cui basare interventi analoghi. In Bangladesh, per esempio, il programma Balika diretto dal Consiglio per la Popolazione ha dimostrato che nelle comunità coinvolte i matrimoni precoci sono diminuiti di un terzo. Addirittura si è ridotto della metà il tasso di co-vivenze e matrimoni tra le adolescenti che avevano partecipato al programma Empowerment e Livelihood for Adolescents guidato dalla Ong Brac in alcune comunità dell'Uganda (Bandiera *et al.*, 2018). In Guatemala, il programma sulle abilità pratiche e leadership Abriendo Oportunidades ha prodotto un impatto visibile tra le ragazze indigene maya delle comunità rurali: tra le partecipanti, il 97% non si è sposato nella fascia di età 13-18, a fronte di una media nazionale dell'88,7% (2006). Il programma, che prevedeva 100 ore di partecipazione, è costato 106 dollari a partecipante (Catino *et al.*, 2012).

L'accelerazione nell'impegno per l'abbandono della pratica, evidenziata dall'adozione di un target specifico negli Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile e dalla creazione nel 2016 del Programma globale delle Nazioni Unite per accelerare gli sforzi verso l'abolizione dei matrimoni precoci, ha dato grande evidenza alla necessità di trovare il modo migliore per accelerare la diminuzione su vasta scala senza trascurare, nei piani di investimento, ragazze, famiglie e comunità più emarginate. L'approccio, che inizialmente consisteva soprattutto nel diffondere messaggi sui pericoli del matrimonio precoce,

oggi verte sulla comprensione e la risoluzione dei fattori strutturali determinanti.

Uno studio dei fattori macro e micro che favoriscono cambiamenti nella prevalenza dei matrimoni precoci in Asia meridionale ha concluso che a livello regionale la ricchezza, la crescita superiore alla media dell'attività economica, l'età media al parto, i tassi di fecondità decrescenti e l'accesso ai media sono indicatori associati a una minore prevalenza del matrimonio precoce. In particolare esiste un netto rapporto di causa/effetto tra sviluppo economico e prevalenza dei matrimoni precoci (UNICEF e UNFPA, 2019). Di conseguenza i programmi cercano sempre più spesso di promuovere l'erogazione di servizi adeguati integrandoli con piattaforme dedicate all'istruzione, ai sistemi sanitari e di tutela sociale, promuovendo l'autonomia economica delle donne e il loro accesso a nuove prospettive, operando poi cambiamenti sociali che abbiano un impatto positivo sulle norme di genere e su altre norme sociali negative che sostengono la pratica dei matrimoni precoci.

Una delle strategie più efficaci è quella di aumentare il livello di istruzione femminile. Bassi livelli di istruzione costituiscono un fattore di rischio, mentre livelli elevati sono un fattore protettivo. Uno studio congiunto della Banca Mondiale e dell'ICRW ha dimostrato che in 15 paesi dell'Africa subsahariana, ogni anno in più di frequenza scolastica secondaria riduce in modo significativo la probabilità che una ragazza si sposi e/o partorisca prima di aver compiuto 18 anni (Banca Mondiale e ICRW, 2017).

Tra gli interventi di successo che si concentrano sull'istruzione, e che producono i migliori risultati, ci sono i trasferimenti in denaro condizionati alla frequenza scolastica e i contributi per il pagamento di rette scolastiche, libri, divise e attrezzature (Kalamar *et al.*, 2016). Tra le iniziative di questo tipo, particolare successo hanno

خلود
20 سنة
تطوير وتشجيع
الفتيات على
التعليم او الدورات
التعليمية لتغيير الافكار
الراسخة في عقول الفتيات

Incoraggiare le ragazze a migliorare grazie all'istruzione e ai corsi di formazione professionale, per cambiare gli stereotipi più radicati.

Khuloud, 20 anni, Giordania

riscosso quelle di Apni Beti Apna Dhan in India, il programma Zomba Cash Transfer in Malawi e il programma di sostegno per la frequenza secondaria femminile in Bangladesh.

In Burkina Faso, Etiopia e Tanzania, il programma Berhane Hewan ha portato a una riduzione del 24% nella frequenza dei matrimoni precoci attraverso diverse strategie, come un sostegno economico – una capra o una gallina – condizionato alla regolare frequenza scolastica, forniture per la scuola come incentivo contro l'abbandono, sensibilizzazione a livello locale sulle norme culturali e sociali (Erulkar *et al.*, 2017).

Invitare le ragazze a partecipare in gruppo a corsi, attività sportive e, in alcuni casi, alfabetizzazione e aritmetica di base, permette di consolidare gli effetti benefici in quanto le aiuta a superare

l'isolamento sociale e le incoraggia a creare reti di capitale sociale. L'educazione sessuale completa e l'acquisizione di abilità pratiche potenziano l'autonomia delle ragazze e la loro autostima, favorendo uno stato di salute migliore e moltiplicando così le opportunità di inserirsi nel mondo del lavoro formale. L'educazione sessuale – quando il programma scolastico è ben elaborato e mette a tema anche lo squilibrio nei rapporti di potere – può servire a promuovere una maschilità non tossica tra i ragazzi. Inoltre chi partecipa a interventi di questo tipo acquisisce informazioni sui diritti e sulla salute sessuale e riproduttiva, impara a conoscere il proprio corpo, si informa su mestruazioni, contraccezione, prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili, affronta le problematiche di genere e di rapporti di potere all'interno di una relazione.

In Mozambico il programma Rapariga Biz ha coinvolto più di 300.000 ragazze e formato 4000 mentori, erogando servizi per la salute sessuale e riproduttiva, coinvolgendo il settore scolastico e quello giudiziario, utilizzando tecniche come una linea telefonica per la salute sessuale, messaggi Sms e programmi radio – il tutto a costi contenuti: 120 dollari per la formazione di ciascun operatore/trice e 10 dollari per ogni ragazza coinvolta (Hilber *et al.*, 2019).

Anche le leggi possono fare la differenza. Benché le ricerche condotte non abbiano evidenziato un chiaro rapporto di causa/effetto tra leggi sull'età minima e l'incidenza dei matrimoni precoci, tali misure rappresentano comunque un importante segnale per l'opinione pubblica e fanno passare un messaggio su nuove norme sociali (Svanemyr *et al.*, 2013). Dotarsi di un adeguato sistema di leggi che fissino a 18 anni l'età minima per il matrimonio, riconoscano e affrontino il problema dello stupro coniugale, assicurino a tutti e tutte, il diritto al divorzio e a richiedere la custodia dei figli e delle figlie, offrirebbe alle donne la possibilità di ricorrere in giudizio e consentireb-

be loro di ricostruirsi una vita dopo il matrimonio (Equality Now, 2014).

Tuttavia le legislazioni nazionali non sempre sono al passo con gli impegni sottoscritti nei trattati internazionali che stabiliscono che l'età minima per il matrimonio deve essere fissata a 18 anni. Restano ancora almeno 20 paesi in cui, senza necessità di ottenere uno speciale consenso parentale o giudiziale, tale età è fissata a 17 anni o anche meno, per le ragazze e/o per i ragazzi.

Investimenti per mettere fine al matrimonio precoce

Se iniziative e programmi che incrementano l'autonomia delle ragazze, innalzano il loro livello di istruzione e sviluppano le loro capacità pratiche si replicassero ovunque, venissero potenziati e fossero totalmente finanziati, la pratica dei matrimoni precoci potrebbe essere eradicata entro il 2030 in 68 paesi. L'investimento complessivo necessario per raggiungere questo obiettivo è di 35 miliardi per 10 anni (UNFPA, 2020). Senza tale investimento il mondo non riuscirà a raggiungere il traguardo fissato dagli Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile: mettere fine ai matrimoni precoci entro il 2030. È indispensabile accelerare e ampliare il raggio di azione.

Una delle principali difficoltà consiste nel decidere quali siano gli approcci più efficaci e con un miglior rapporto costi-benefici. È stato realizzato un modello di intervento ipotetico per 68 paesi, con un modello specifico per l'India. La Figura 5.1 mostra il numero di matrimoni precoci, con e senza il programma di riduzione. Il pacchetto di interventi è basato su programmi dimostratisi efficaci nel modificare le norme socio-culturali, nel potenziare le competenze pratiche e nell'innalzare la frequenza scolastica femminile, attraverso una migliore accessibilità dei servizi scolastici, miglioramenti nelle infrastrutture scolastiche (scuole "girl-friendly"), erogazione di incentivi alla fre-

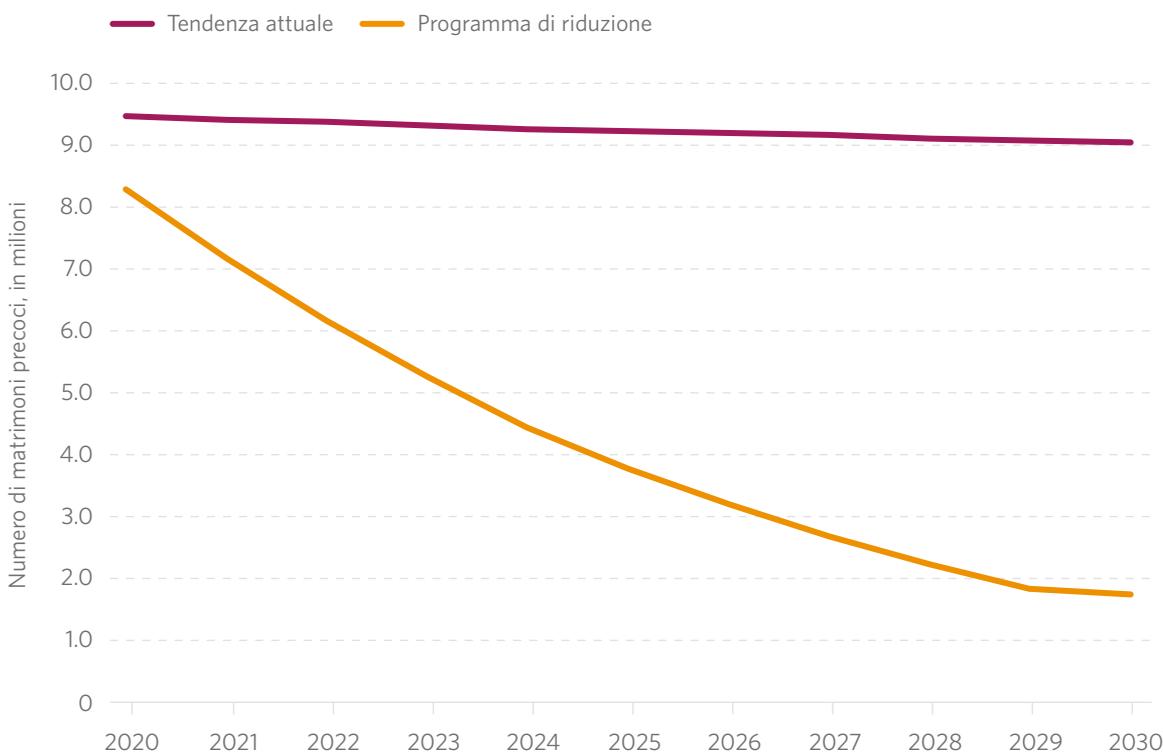
quenza. Nella proiezione questi programmi partirebbero con una percentuale relativamente esigua di ragazze per poi coinvolgere quasi tutte le ragazze di 15 anni entro il 2030.

Eliminare i matrimoni precoci significa in ultima istanza tutelare i diritti delle ragazze e delle donne di tutto il mondo. Quando le ragazze possono godere dei loro diritti, tutti ne traggono giovamento, anche in termini di migliore livello di salute, aumento della forza lavoro produttiva, progresso verso la parità di genere. Sposarsi a 13 anni significa che quasi certamente la ragazza resterà per tutta la vita povera e poco istruita, trascorrendo l'intera esistenza a

partorire e a crescere figli. Il matrimonio prima dei 18 anni implica una serie di rischi per le ragazze: problemi di salute, negato benessere loro e di figli, figlie, familiari, infine altri effetti negativi che si moltiplicano e si diffondono a danno dell'intera società.

La fine delle speranze e dei sogni delle ragazze; una violazione dei diritti umani e una pratica dannosa; un ostacolo all'eliminazione della povertà e della disuguaglianza e al conseguimento di crescita e stabilità economica: i costi dei matrimoni precoci sono così esorbitanti che porvi fine deve necessariamente diventare una priorità globale.

FIGURA 5.1 Proiezione del numero di matrimoni precoci, con e senza un programma di intervento specifico, dal 2020 al 2030*



* 68 paesi
Fonte: VISES modelling

LA SFIDA

AZIONI per un
mondo **LIBERO**
dalle pratiche
dannose



È DIFFICILE METTERE FINE ALLE PRATICHE DANNOSE.

I paesi varano leggi per fermarle. Le campagne di sensibilizzazione esortano le persone rimettere in questione le loro azioni. Famiglie e comunità si uniscono per abbandonare le mutilazioni genitali femminili o per innalzare l'età del matrimonio. Eppure, gli abusi continuano a distruggere vite e a violare diritti in ogni regione del mondo.

A provocare tanto male è la discriminazione di genere. Norme profondamente radicate nelle famiglie e nelle comunità incidono stabilendo come una ragazza dovrebbe agire o vivere, non tenendo in nessun conto le scelte che potrebbe compiere in autonomia, i suoi diritti, il suo benessere.

Queste norme influenzano economie e società in generale, da cui sono a loro volta influenzate. Una sposa bambina viene indirizzata al matrimonio dalla sua famiglia e dalla comunità a cui appartiene. Ma potrebbe poi non uscirne più a causa di molte altre pressioni causate da spropositati squilibri di potere e negazione di diritti. Tra questi, per esempio, la convinzione che una ragazza povera non meriti di studiare, insieme ai mancati investimenti per una scuola vicina e adeguata. L'economia del paese può indirizzarla, quando va bene, verso un lavoro sottopagato e poco dignitoso che non le offrirà un'alternativa economicamente praticabile al matrimonio precoce. Nel frattempo tutta la società di cui fa parte dipende dal lavoro di cura che lei, come tante altre donne e ragazze, presta a casa sua, gratis.

Malgrado si siano fatti progressi, non è certamente stato fatto abbastanza per mettere fine alle pratiche dannose, né nei paesi industrializzati né in quelli in via di sviluppo. Si fa ancora troppo poco per mettere fine alle discriminazioni di genere. Ovunque le donne e le ragazze conquistano diritti e libertà di scelta, consapevolezza delle proprie capacità e del proprio valore, la prevalenza delle pratiche dannose diminuisce. Quando non possono, restano soggette a una vita intera di abusi ed emarginazione.

Le soluzioni per mettere fine alle pratiche dannose variano da un paese all'altro, ma in generale sono necessarie azioni di prevenzione, protezione e cura che devono essere in linea con il conseguimento della parità di genere e dei diritti per le donne ad ogni livello: familiare, istituzionale e sociale. Tali azioni, inoltre, devono essere considerate positive e tappe essenziali (meritevoli di investimenti) verso un mondo più equo e pacifico.

Queste soluzioni devono mirare a raggiungere il livello zero di pratiche dannose, senza lasciare indietro nessun paese e nessuna comunità. Ciò implica un grande impegno, perché si tratta di

pratiche radicate che spesso avvengono al di fuori della legge e della possibilità di raccogliere dati che potrebbero rivelarne la diffusione.

Solo un'azione su scala globale produrre risultati all'altezza degli accordi sui diritti umani sottoscritti a livello planetario. Questo servirà a mantenere le promesse fatte nel Programma d'Azione della ICPD nel 1994 così come nell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile, con i suoi 17 Obiettivi.

Parità di genere: serietà

In mancanza di passi avanti sostanziali in direzione della parità di genere, il progresso verso l'eliminazione delle pratiche dannose farà registrare alcuni miglioramenti, lasciando a rischio milioni di donne e di ragazze. Nel 2020 il mondo celebra il venticinquesimo anniversario della quarta Conferenza sulle donne che, sulla base della ICPD del 1994, ha articolato una serie di impegni di vasta portata relativi ai diritti delle donne e alla parità di genere in tutti gli ambiti dell'esistenza. Questo obiettivo tuttavia si è realizzato solo in parte, fra disuguaglianze e fenomeni di esclusione economica che coinvolgono tutto il mondo, oltre che fra tentativi sempre più decisi di invertire la rotta in tema di uguaglianza di genere (Commission on the Status of Women, 2020).

L'uguaglianza di genere è che mai presente nel dibattito pubblico, dalle campagne sui social media a quelle clamorose ed "eccellenti" contro condotte sessuali a rischio. Ma quando si tratta di ottenere risultati concreti, le difficoltà sono sempre più ardue. I tentativi di affrontare questioni di genere all'interno dei programmi per la salute, per esempio, sono spesso caduti nel vuoto, perché la parità di genere sembra essere un obiettivo che "è un problema di tutti, ma non è responsabilità di nessuno" (Heymann *et al.*, 2019). Sono ancora troppo pochi gli uomini che usano il loro potere politico e la loro influenza

per accelerare il progresso verso la parità di genere. I finanziamenti alle iniziative in questo senso sono largamente insufficienti, lontanissimi da quello che servirebbe per provocare un cambiamento duraturo.

Definire la grande varietà di opzioni per conseguire l'uguaglianza di genere non rientra negli obiettivi di questo rapporto. Quello che però qui si intende fare, è esortare affinché le azioni per mettere fine alle pratiche dannose siano sempre collegate alla promozione e al rispetto dell'uguaglianza di ge-

nera e dei diritti delle donne. Solo così si minano alla radice le cause della disuguaglianza, soprattutto nel contesto delle relazioni sociali e dei modelli di potere politico ed economico che continuano a privilegiare gli uomini (Heymann *et al.*, 2019). Oltre 100 paesi, con una popolazione complessiva di quasi 3 miliardi di persone, continuano a limitare la partecipazione delle donne al mercato del lavoro (Banca Mondiale, 2019, 2018), riducendo le opportunità e le prospettive di autonomia che potrebbero contrastare la diffusione delle pratiche dannose. Ci sono leggi che vietano alle donne di

Si ringrazia per l'illustrazione Fatma Mahmoud Salama Raslan



lavorare in alcuni settori industriali o di registrare un'impresa a loro nome, o di aprire un conto corrente senza il permesso del marito. Solo la metà dei paesi si sono dotati di leggi che impongono parità di retribuzione per lo stesso lavoro.

Paesi diversissimi tra loro come il Bangladesh e la Repubblica di Corea hanno dimostrato che, quando donne e ragazze hanno migliori alternative economiche, pratiche come i matrimoni precoci e la preferenza per i figli maschi iniziano a diminuire, a volte in misura drastica (Naved *et al.*, 2001; UNFPA, s.d.). In Georgia, per ciascun incremento dell'1% dell'occupazione femminile in settori diversi dall'agricoltura, lo squilibrio in favore dei maschi nel rapporto tra i sessi alla nascita è diminuito dello 0,25% (UNFPA and The European Union for Georgia, 2019). Tassi maggiori di occupazione femminile coincidono con l'introduzione di tutele sociali e pensionistiche e altre forme di interventi sociali utili a mitigare la pressione sulle famiglie, in quanto fonte primaria di sostegno socio-economico (UNFPA, s.d.).

Potenziare e utilizzare al meglio le istituzioni nazionali in difesa delle donne

Le donne devono poter occupare più posti di potere: non solo per una questione di giustizia, ma per stabilire nuove e innovative priorità, che mettano al centro l'uguaglianza di genere e la parità dei diritti. Un buon punto di partenza potrebbe essere rappresentato dai "meccanismi" nazionali per l'uguaglianza di genere, attualmente in vigore in 192 paesi: si va dalla creazione di ministeri per le pari opportunità a *focal point* per l'uguaglianza di genere in altre istituzioni nazionali (Commission on the Status of Women, 2020). Questi meccanismi contribuiscono a orientare istituzioni, piani nazionali, interventi politici perché si attivino per conseguire la parità di genere e l'autonomia di donne e ragazze, anche mettendo in atto piani d'azione o abrogando articoli di legge discriminatori. Così facendo darebbero impulso

all'eliminazione delle pratiche dannose, grazie all'esplicito impegno in favore dei diritti delle donne, sostenendo il lavoro in atto su molteplici dimensioni che si rafforzano a vicenda. Troppi di questi sforzi continuano a essere sotto finanziati, il che ne limita portata e autorevolezza.

Se i governi e i loro partner colmassero questo divario, i meccanismi nazionali istituiti per la promozione dell'uguaglianza e dei diritti delle donne potrebbero essere i principali sostenitori dell'uguaglianza di genere, guidando lo sforzo in favore di riforme legali e politiche necessarie ad abolire le pratiche dannose, lavorando di concerto con i loro alleati naturali, come per esempio le associazioni di donne parlamentari.

Le autorità politiche, inoltre, dovrebbero lavorare al fine di eliminare la sistematica presenza di sessismo che ancora c'è in diversi codici e articoli di legge, affrontare misure politiche e sociali che rendono le ragazze e le donne subalterne, magari approfittando dell'impegno e del lavoro già compiuto da UN Women, Unione Africana e diverse altre organizzazioni internazionali, per velocizzare il processo che dovrebbe portare entro il 2023 all'abolizione o alla riforma di leggi discriminatorie in base al genere ancora in vigore in 100 paesi. Le tante opportunità, le intuizioni e le idee che emergeranno in questo processo serviranno a promuovere riforme per abolire leggi discriminatorie in materia di proprietà, istruzione, occupazione, benefici pensionistici, eredità, matrimonio, divorzio, custodia di figli e figlie, diritti e salute sessuale e riproduttiva.

Godendo di una posizione centrale all'interno dei sistemi governativi, i meccanismi nazionali per la parità di genere potrebbero realizzare collegamenti con altri organismi nazionali che rivestono un ruolo centrale nell'abolizione delle pratiche dannose, nei settori della salute, dell'istruzione e della tutela sociale. Insieme potrebbero mobilitare tutte le persone che a vario titolo possono fare la

loro parte: leader religiosi, insegnanti, educatori ed educatrici tra pari, forze dell'ordine, personale sanitario, genitori e personalità pubbliche e politiche. Con opportune azioni di vigilanza, i meccanismi nazionali per la parità di genere potrebbero valutare i piani nazionali di sviluppo e le manovre di bilancio in base al loro effettivo impatto sulle disuguaglianze di genere. Potrebbero monitorare le eventuali contraddizioni tra le diverse sfere politiche, in modo che i progressi raggiunti da una parte non siano vanificati dalla regressione in un'altra. Poiché i dati sulle pratiche dannose sono spesso carenti, potrebbero attivarsi di concerto con gli istituti nazionali di statistica per colmare le lacune, anche in linea con gli indicatori degli Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile sui matrimoni precoci e sulle mutilazioni genitali femminili.

Mobilizzare i movimenti femministi

I meccanismi nazionali per la parità di genere hanno spesso stretti legami con i movimenti femministi e le associazioni di donne, che sono in grado come nessun altro di suggerire quali siano le preoccupazioni e le priorità concrete, agevolando la comunicazione dal livello nazionale a quello locale, fino a raggiungere anche quelle fasce di popolazione che combattono contro diverse forme di emarginazione e di stigmatizzazione sociale. Le associazioni di donne conoscono buona parte delle soluzioni ai problemi della discriminazione di genere e delle pratiche dannose, potendo contare su una storia ormai lunga di ricerche, attivismo ed esperienze di vita. Ma come le istituzioni nazionali per le donne, anche queste soffrono di una significativa scarsità di finanziamenti (Commission on the Status of Women, 2020).

Incrementare in misura congrua gli investimenti in favore dei meccanismi nazionali per la parità di genere e delle associazioni di donne consentirebbe a entrambi di collaborare in modo più sistematico per sviluppare un forte movimento a favore del cambiamento, nelle famiglie e nelle comunità, oltre che nei servizi e nelle politiche. Si

potrebbero instaurare alleanze e coalizioni che affrontino tematiche trasversali e collaborino nello sviluppo di una nuova forma di organizzazione, ricerca e leadership femministe. In un'epoca in cui si tenta di fare marcia indietro contrastando la difesa dell'uguaglianza di genere, i meccanismi nazionali per la parità di genere potrebbero spalancare le porte alle organizzazioni per la tutela dei diritti delle donne, che possono influenzare e monitorare l'approvazione di leggi e di interventi politici improntati alla sensibilità di genere.

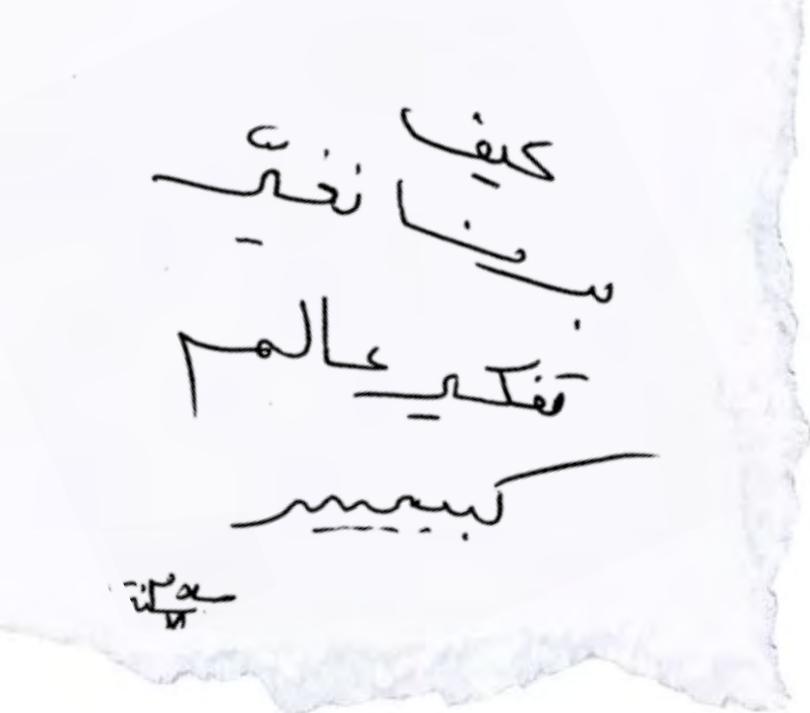
Leggi, non panacea

Il varo di leggi che ostacolano le pratiche dannose non è una panacea, ma è una decisa presa di posizione contraria ed è in linea con gli obblighi sottoscritti dagli stati firmatari dei vari strumenti internazionali sui diritti umani. Dice molto sull'impegno dei governi a sostegno dell'Agenda 2030, del Programma d'Azione della ICPD e della Piattaforma d'Azione di Pechino.

Il fondamento delle leggi: i diritti umani

Negli ultimi anni e in tutto il mondo, molti paesi hanno compiuto progressi nella legislazione contro la violenza sulle donne (Commission on the Status of Women, 2020). All'interno di questo processo e in linea con gli obblighi sottoscritti nelle convenzioni e nei trattati internazionali sui diritti umani, ogni paese dovrebbe prevedere l'esplicita proibizione delle pratiche dannose. Queste leggi devono avere come fondamento i diritti umani e garantire prevenzione, tutela e riduzione delle conseguenze negative delle pratiche dannose. Un valido esempio è la Legge modello sui matrimoni precoci elaborata dalla Southern African Development Community (SADC-PF *et al.*, 2018).

Tali leggi devono tenere conto della "totalità dei diritti" per assicurare che la tutela dei diritti in un settore non contraddica quella di un altro. Que-



Come faremo a cambiare la mentalità di un mondo così vasto!

Salam, 18 anni, Giordania

sto si ottiene, per esempio, proteggendo le persone con meno di 18 anni dai matrimoni precoci e sostenendo allo stesso tempo il loro diritto alla salute sessuale e riproduttiva e alla libertà di scelta in linea con le loro capacità.

Idealmente, le leggi contro le pratiche dannose dovrebbero inserirsi in un quadro giuridico più vasto dedicato ai principi dell'uguaglianza di genere e della non-discriminazione (Commission on the Status of Women, 2020), cosa che si può ottenere con una legge costituzionale. Questo faciliterebbe, per esempio, l'abolizione delle contraddizioni e discrepanze che si verificano nei sistemi plurimi, dove alcune comunità possono continuare a praticare usanze e leggi consuetudinarie, spesso discriminatorie, e stabilirebbe uno standard per tutti i livelli della giurisprudenza, nazionale e locale.

Diminuire il rischio di violazioni

Poiché le leggi contro le pratiche dannose possono sortire l'effetto involontario di spingerle nella clandestinità, può essere necessario adottare ulte-

riori misure per ridurre questo rischio. Le riforme dovranno operare sulla base di una chiara comprensione dei fattori che le determinano, a livello sociale ed economico, nonché della loro evoluzione nel tempo. Gli organismi internazionali per i diritti umani hanno sottolineato l'importanza di sostenere queste riforme legali con finanziamenti adeguati oltre che con l'adozione di misure attuative e attività di monitoraggio per verificarne l'impatto sulle situazioni concrete (OHCHR, s.d.).

La gestione del rischio della non-attuazione, del rifiuto da parte delle comunità locali e della pratica in clandestinità deve contare sulla significativa partecipazione delle persone e delle comunità colpite, per sviluppare e poi monitorare e valutare con regolarità le leggi, le misure attuative e i servizi associati (Gruskin *et al.*, 2010). Poiché la discriminazione di genere e la "tolleranza" verso le pratiche dannose possono presentarsi a livelli diversi del complesso sistema legale e giudiziario – per esempio quando un funzionario di polizia, simpatizzando con l'esecutore, si rifiuta di indagare in seguito a una denuncia – è importante anche dedicarsi alla formazione e alla sensibilizzazione delle forze di polizia e di tutto il personale giudiziario. Si potrebbe prevedere un aggravio di pena nel caso in cui chi ha prodotto il danno appartenga ad ambiti che dovrebbero invece essere in prima linea sul fronte della prevenzione, per esempio il personale sanitario che si presta alla medicalizzazione delle MGF o che si "specializza" negli aborti selettivi in base al sesso senza alcuna giustificazione terapeutica.

Pianificare facendo collegamenti

Piani d'azione a livello nazionale che siano inclusivi e adeguatamente finanziati per combattere le pratiche dannose possono essere un complemento importante alle leggi che le vietano, in quanto consentono di concentrarsi in modo sistematico sulla traduzione dei decreti in programmi e ser-

vizi. Questi piani possono operare collegamenti cruciali tra sanità, istruzione, giustizia, tutela dell'infanzia, registrazioni anagrafiche e altri settori essenziali per mettere fine a quelle pratiche. Possono puntare a suscitare cambiamenti di comportamento e di mentalità per mettervi fine, ma anche per aprire nuove opportunità, come quelle offerte dall'istruzione delle ragazze, che contribuiranno a sostenere nel tempo quei cambiamenti.

Il Kenya, per esempio, si è dotato di un programma nazionale per l'eliminazione delle mutilazioni genitali che ha il sostegno di leggi e interventi nazionali e prevede un comitato di supervisione e coordinamento, programmi di coinvolgimento a livello locale, programmi per promuovere l'autonomia delle ragazze, partnership con molti leader religiosi, attività di sensibilizzazione rivolte sia a praticanti tradizionali che al personale medico, servizi sul territorio per raccogliere le denunce e intervenire di conseguenza (UNICEF 2020b).

Quando le pratiche dannose avvengono oltre frontiera, i paesi confinanti dovrebbero collaborare tra loro per istituire e finanziare piani di azione a livello regionale, come si è fatto di recente in Africa Orientale (UNFPA, 2019b). Tali piani dovrebbero prevedere un meccanismo per il monitoraggio e l'individuazione delle responsabilità su tutta la regione interessata. A tal fine occorre armonizzare le legislazioni e le politiche nazionali, per garantire l'estensione delle sanzioni contro le pratiche dannose e scoraggiare chi pensa di trovare, oltre confine, una legislazione più permissiva.

Prevenire, proteggere, prendersi cura e costruire l'autonomia

Sanità pubblica, istruzione e altri servizi possono sensibilizzare l'opinione pubblica verso l'abbandono delle pratiche dannose, ma per farlo devono essere attrezzati. Devono agire in linea con i principi dei diritti umani e sapendo concretamente che

cosa funziona e cosa risponde alle necessità delle persone che li utilizzano. In tutte le comunità, servizi di alto livello qualitativo devono attivarsi per la prevenzione delle pratiche dannose, offrire protezione a donne e ragazze più a rischio, fornire assistenza completa alle persone colpite, attraverso servizi medici, legali, psico-sociali e altri considerati essenziali.

L'istruzione è considerata uno dei fattori più efficaci per trasformare la vita delle ragazze e delle giovani donne, nonché un fattore di protezione contro molte pratiche dannose come il matrimonio precoce (Chae e Ngo, 2017). I trasferimenti in denaro hanno riscosso un discreto successo nel prolungare la frequenza scolastica femminile, ma devono essere accompagnati dall'impegno a combattere la discriminazione di genere, ostacolo alle opportunità di ragazze che faticano a trovare un lavoro stabile. Le scuole devono essere sicure, vicine e offrire servizi adeguati a ragazze e ragazzi (Banca Mondiale, 2017).

L'Agenda 2030 esorta a garantire universalmente i servizi sanitari, obiettivo che ha dato nuovo impulso al potenziamento dei sistemi sanitari soprattutto per mettere a disposizione delle comunità più isolate servizi di buon livello. Ci sono molti modi per ottenere questo risultato, ma in ogni caso occorre assicurare servizi e informazioni di salute sessuale e riproduttiva che includano anche la prevenzione delle pratiche dannose e gli interventi di risposta. Spesso il personale sanitario incontra donne e ragazze sopravvissute a pratiche dannose, come le MGF, solo quando insorgono complicazioni (Creighton e Gill, 2010). Dovrebbe invece essere meglio preparato per riconoscere e orientare donne e ragazze che si presentano per usufruire di altri servizi e capire chi è più a rischio.

Una formazione più regolare e sistematica è importante soprattutto per le/i professioniste/i nei settori della maternità, ostetricia, ginecologia e salute sessuale (Creighton e Gill, 2010). Tale forma-

zione dovrà essere accuratamente programmata e gestita tenendo conto del profondo radicamento di tali pratiche e del fatto che a volte vengono eseguite da personale medico. Le esperienze passate mettono in guardia da programmi che, per esempio, hanno indotto nel personale sanitario la falsa credenza che le mutilazioni genitali femminili praticate da professionisti/e siano sicure e quindi accettabili (Arango *et al.*, 2014).

Cambiare le mentalità e le vite

Le discriminazioni di genere – e le pratiche dannose – si alimentano di norme e stereotipi fondati su pregiudizi che, pur essendo idee astratte, sono forti, potenti e distruttive. Allo stesso tempo le idee possono cambiare, per quanto radicate siano.

A oggi, molti programmi hanno lavorato con le comunità per trasformare le norme che sottostanno a quelle pratiche. Sono stati compiuti notevoli progressi, ma le azioni incentrate su un campo d'azione relativamente ristretto non sono sufficienti. Sussistono norme più generali sul genere e sulla condizione subordinata delle donne, che operano non solo nelle singole comunità ma si estendono e si intrecciano ai sistemi di potere che intrappolano milioni di donne e ragazze in situazioni di oppressione che quotidianamente violano la loro persona (George *et al.*, 2019).

Innescare un cambiamento più vasto

Per quanto sia importante continuare a coinvolgere le persone e le comunità locali perché modifichino il loro modo di pensare e di agire, come fanno le iniziative che promuovono cambiamenti di comportamento e sociali, per modificare le norme su vasta scala – al livello richiesto per l'abolizione delle pratiche dannose – è necessa-



rio riequilibrare le disparità di potere in tutti i campi, dall'economia alla politica, dai servizi all'occupazione etc. (Malhotra *et al.*, 2019). La parità nell'accesso alle risorse, ai mezzi di espressione politici, alla sicurezza economica e sociale sono fini in sé e rappresentano argomenti giusti e convincenti per recedere da pratiche e norme che costituiscono forme di abuso.

A volte i cambiamenti di mentalità avvengono nel tempo in modo spontaneo, come è accaduto con la crescita esponenziale delle nuove tecnologie. Oggi le ragazze sono molto più consapevoli dei loro diritti e delle loro possibilità di scelta, perché dispongono letteralmente in palmo di mano di tante informazioni, grazie ai telefoni cellulari. Altri cambiamenti sono la conseguenza di misure politiche, come la decisione di investire nell'istruzione universale di qualità. Le ragazze si confrontano con nuove idee e allo stesso tempo possono mostrare apertamente tutte le loro potenzialità. Avranno così modo di mettere a frutto la loro istruzione e trovare un lavoro dignitoso ed è possibile che si moltiplichino, nella società in generale, le comunità locali che iniziano ad approvare l'idea

che le ragazze proseguano gli studi invece di sposarsi troppo presto (Malhotra *et al.*, 2019).

Sostenere lo sforzo mediante i servizi e le comunità

Il personale dei servizi sanitari, della scuola, etc. che si impegna per raggiungere anche le comunità più remote, può rappresentare un fattore determinante per cambiare le norme sociali. Assumere più insegnanti donne laddove sono in minoranza può essere un mezzo per proporre a ragazze e comunità modelli positivi (Malhotra *et al.*, 2019). Operatori e operatrici sanitarie possono contribuire a fermare la medicalizzazione delle MGF oltre che trasmettere con continuità a famiglie e comunità messaggi sulle ripercussioni negative per la salute delle pratiche dannose.

Nelle comunità si può fare molto di più per collegare gli interventi che mirano a produrre cambiamenti sociali e comportamentali con istituzioni e servizi che li possono promuovere (Malhotra *et al.*, 2019). In Etiopia, i meccanismi di vigilanza nella comunità e le associazioni di donne per lo sviluppo sono coinvolti nel proteggere dalle MGF le bambine appena nate, oltre che nel denunciare i casi accertati (UNICEF, 2020a).

Sfruttare la forza dell'informazione

Il mondo oggi è pieno di immagini e di linguaggi sessisti e violenti, che aggravano la portata della discriminazione e degli stereotipi di genere, quindi anche il rischio di pratiche dannose. I media, le tecnologie, la grande industria e le agenzie pubblicitarie devono assumere un ruolo di primo piano nel fermare tutto questo e, di concerto con la più vasta comunità delle imprese e del commercio, iniziare a modificare quei comportamenti che sfruttano il sessismo per profitto (George *et al.*, 2019). Le agenzie di comunicazione creativa possono mettere a frutto la loro competenza nel social marketing per sviluppare campagne innovative che evidenzino i progressi delle donne e propongano un nuovo modo di pensare.



Photo ©UNFPA Jordan

Ripensare il matrimonio e la formazione delle famiglie

Matrimonio e famiglia sono spesso considerati la chiave della sopravvivenza e del benessere di donne e bambine, ma spesso sono anche il primo luogo ove si verificano discriminazione, violenza e pratiche dannose. Nel 2019, al Summit di Nairobi su ICPD25, indetto per celebrare e per dare nuovo impulso all'attività del Programma d'Azione, c'è stata una richiesta comune a non ignorare quello che accade nelle case, dietro le porte chiuse, sottolineando che le/i giovani devono guidare il cambiamento nella "cultura" dei rapporti tra i generi. Ulteriori problemi nascono in quelle società in cui il matrimonio è considerato l'unica forma di rapporto legittimo e si sottovalutano altri stili di vita, con la conseguenza di negare ad alcune persone i diritti (Burton, 2017).

Poiché di norma gli Stati approvino il matrimonio attraverso le leggi, ugualmente, con leggi, dovrebbero vietare il matrimonio prima dei 18 anni, in linea con la Convenzione sui diritti dell'infanzia. Ma dovrebbero anche avviare una verifica più attenta per accertare che il matrimonio realmente rispetti i diritti delle donne e la parità di genere, in linea con la Convenzione sulle donne. In questo senso sarebbe utile porre l'attenzione sul modo in cui le politiche vigenti, i programmi scolastici, l'accesso ai servizi per la salute riproduttiva e strumenti come le campagne di sensibilizzazione possano contribuire a proteggere e a sostenere donne e ragazze che desiderano uscire dalla condizione a cui sembrano predestinate e compiere in modo autonomo le loro scelte.

Un certo "ripensamento" avviene spontaneamente in quegli ambienti in cui i cambiamenti sociali ed economici hanno offerto a donne e ragazze un'alternativa al matrimonio e un maggior controllo sulla formazione della propria famiglia. In altri contesti questo risultato si potrebbe raggiungere attraverso una comunicazione coerente

su come il matrimonio possa essere una fonte di risorse e di rispetto, ma non l'unica, e che altre fonti possono garantire alle donne parità di accesso alla proprietà della terra, al lavoro retribuito, alla possibilità di ereditare e all'istruzione.

In Europa orientale e in Asia centrale mentalità patriarcale e famiglie patrilineari coincidono con la riduzione dei servizi offerti dallo Stato e con disuguaglianze sempre più forti nel reddito, nelle condizioni di salute e nel tenore di vita. A questo ha fatto rapidamente seguito l'incremento degli squilibri causati dalla selezione sessuale per pregiudizi di genere (UNFPA, 2015a). Per evitare la scarsa considerazione nei confronti delle figlie e il perpetuarsi della discriminazione, in alcuni paesi, le campagne di UNFPA e UN Women hanno utilizzato i programmi televisivi, modelli maschili molto noti e altre tecniche per invitare gli uomini ad assumersi maggiori responsabilità nelle faccende domestiche e promuovere dinamiche familiari egualitarie. Nella maggior parte dei paesi del mondo, due delle priorità consistono nel garantire l'accesso universale ai servizi per l'infanzia e la famiglia, per alleviare l'onere del lavoro di cura non retribuito che tende a ricadere su donne e ragazze, adottando inoltre forme di congedo parentale retribuito e flessibile anche per gli uomini (UNFPA, s.d.a).

Liberare le energie delle generazioni future, soprattutto di bambine e ragazze

Le persone giovani sono maggiormente coinvolte e sostengono con forza l'abbandono delle pratiche dannose e della fine della discriminazione di genere. Sono informate/i come non mai sulle conseguenze di queste pratiche e sui loro diritti, hanno maggiori possibilità di comunicare tra pari e ottenere sostegno di fronte alle pressioni sociali che inducono al conformismo. È sempre più evidente che le nuove generazioni rifiutano gli stereotipi di genere e la preferenza per il figlio

maschio, in Cina e altrove (OMS, 2011). Nei paesi in cui l'incidenza delle MGF è molto elevata, le adolescenti sono più inclini, rispetto alle donne più anziane, a respingere questa pratica con un'opposizione che in alcuni paesi supera il 50% (UNICEF, 2020).

In tutto il mondo le giovani femministe della “generazione digitale” sono in prima linea nel chiedere cambiamenti sistemici che producano giustizia e sostenibilità (*Commission on the Status of Women*, 2020). Tra queste ci sono le giovani colpite da pratiche dannose, particolarmente autorevoli nel chiedere la loro soppressione. Governi, organismi internazionali ed enti benefici potrebbero fare molto di più investendo su di loro, dandogli risorse per creare associazioni e movimenti per andare su una nuova strada.

Le scuole dovrebbero proporre corsi di educazione sessuale completa adeguata all'età delle/degli studenti, che dia loro conoscenza dei propri diritti e opportunità di scelta e che metta l'accento soprattutto sull'uguaglianza di genere e l'autonomia delle ragazze. I circoli o le associazioni di ragazze adolescenti, interni ed esterni al sistema scolastico, possono offrire l'occasione di coltivare conoscenze e autostima, sviluppando attività di mentoring e ampliando le reti sociali. Possono aiutare a sviluppare abilità pratiche, non solo attraverso l'alfabetizzazione e le conoscenze aritmetiche, ma anche con attività sportive. Alcune ricerche suggeriscono che i circoli di ragazze sono utili per costruire capacità di leadership e possono diventare una rampa di lancio per la mobilitazione civile (Marcus *et al.*, 2017).

In Uganda esistono circa 1.500 realtà di questo tipo che offrono la possibilità di partecipare a giochi e gare, fare musica, seguire corsi di educazione sessuale, di economia di base e di formazione professionale in diversi settori, oltre che di accedere a microfinanziamenti destinati alle giovani che cercano di avviare un'attività in proprio. Le ra-

gazze che frequentano questi circoli per due anni hanno il 58 per cento di probabilità in meno di sposarsi troppo giovani (Banca Mondiale, 2017).

Coinvolgere uomini e ragazzi nella lotta contro le pratiche dannose

Che la questione sia una sposa bambina o una donna “purificata” mediante MGF, uomini e ragazzi sono i “beneficiari” delle pratiche dannose (Sonke Gender Justice, s.d.). Sono loro inoltre a occupare gran parte delle posizioni di potere in grado di contestarle – in quanto capifamiglia, musicisti, atleti, leader religiosi, locali o politici. Va detto che sono sempre di più quelli che dimostrano la loro opposizione, facendo da apripista o da portabandiera per mobilitare altri uomini e ragazzi.

Per quanto riguarda quelli che non sono già sostenitori del femminismo, una delle argomentazioni più convincenti in favore del cambiamento è che favorisce il loro personale interesse. Prendiamo ad esempio le ripercussioni sulla salute e sulla sessualità delle mutilazioni genitali. Le prime a essere colpite sono ovviamente le donne, ma ci sono conseguenze negative anche per i partner. Uno studio condotto nello Yemen, per esempio, attribuisce il calo nell'approvazione maschile delle MGF alla partecipazione degli uomini a iniziative di educazione alla salute e a programmi per la salute sessuale e riproduttiva delle donne (Al-Khulaidi *et al.*, 2013).

In alcuni paesi sono nate associazioni maschili che offrono a uomini, che altrimenti non ne avrebbero mai l'occasione, l'opportunità di parlare apertamente di questi temi, di informarsi meglio sui diritti e sulle possibilità di scelta in materia di sessualità e riproduzione, di iniziare a mettere in discussione e a modificare comportamenti come il ricorso alla violenza per esercitare il proprio potere (Salam, 2019). L'istruzione in generale è

probabilmente associata a nuovi atteggiamenti maschili nei confronti della pratica. Per esempio, una ricerca in Etiopia ha evidenziato che una ragazza ha il doppio di probabilità di subire una mutilazione se suo padre non è istruito, rispetto alla figlia di un uomo che abbia frequentato le scuole superiori (Tamire e Molla, 2013).

Tuttavia, un coinvolgimento più efficace e duraturo di uomini e ragazzi dipende da un'analisi più accurata dei modelli comportamentali di discriminazione di genere e potere, compresi quelli più radicati nell'economia e nella società in generale (Commission on the Status of Women, 2020). Gli uomini non solo devono definire nuove modalità di espressione ma anche rinunciare attivamente a privilegi iniqui. Anche nelle comunità più svantaggiate, le disuguaglianze di genere rendono le donne e le ragazze ancora più emarginate e vulnerabili. In periodi di crisi, con l'accentuarsi di pressioni estreme, sono quasi sempre le ragazze, non i ragazzi, a essere costrette a sposarsi troppo presto o diventare oggetto di traffico a scopo di sfruttamento sessuale.

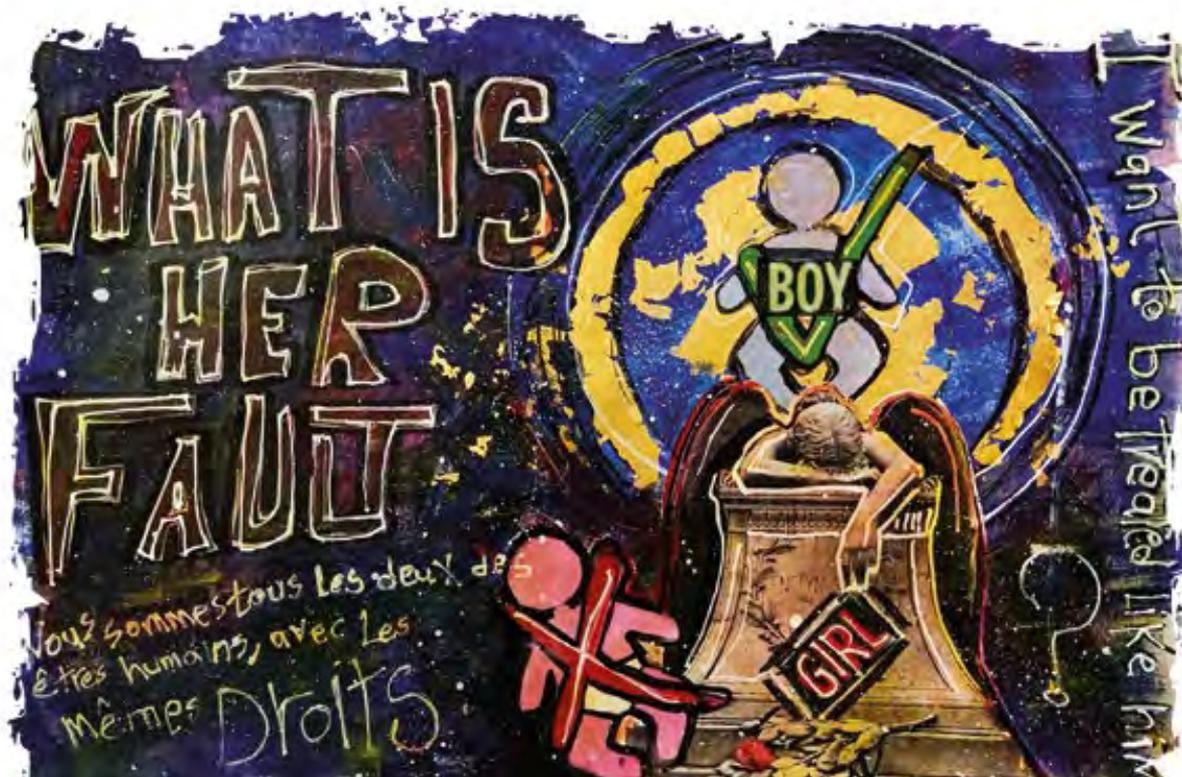
Coinvolgere, insieme, donne, uomini, ragazze e ragazzi nella decostruzione e nella comprensione

delle dinamiche di genere si è dimostrato complessivamente più efficace rispetto a iniziative rivolte solo a uomini e ragazzi (Commission on the Status of Women, 2020). In Senegal, il dialogo tra uomini e donne e tra generazioni a livello di comunità è stato uno dei fattori chiave per migliorare queste dinamiche: gli uomini dichiarano di sentirsi più coinvolti nelle "questioni delle donne" e di riuscire a capire meglio i problemi dal loro punto di vista (UNFPA e UNICEF, 2013). Occorrerà approfondire le ricerche per capire come ampliare il raggio d'azione di questi interventi a livello di comunità e quali siano le attività complementari più utili a potenziarne l'impatto per prevenire tali pratiche (Commission on the Status of Women, 2020).

La tecnologia al servizio di pratiche positive, non dannose

Sempre più preoccupazione destano i casi di violenze online, che mettono a rischio soprattutto le giovani (Commission on the Status of Women, 2020). Internet viene a volte usato per perpetrare pratiche dannose, compresa la vendita delle spose

Si ringrazia per l'illustrazione Fatma Mahmoud Salama Raslan



bambine. Le piattaforme che offrono contenuti sessisti rafforzano gli schemi mentali della discriminazione di genere.

Nel 2018, il Consiglio delle Nazioni Unite per i diritti umani ha ricordato agli Stati e alle compagnie basate sul web che qualsiasi forma di violenza online viola il diritto universalmente riconosciuto a vivere libere da ogni forma di violenza. Ha altresì stabilito che le leggi internazionali sui diritti umani hanno piena applicazione anche nello spazio digitale ed elaborato una serie di raccomandazioni per la conseguente emanazione di leggi, regolamenti e misure attuative. Infine ha sottolineato il dovere delle imprese digitali di tutelare i diritti delle donne, anche attraverso la moderazione dei contenuti e la capacità di intervenire in caso di denunce (Commission on the Status of Women 2020; UN HRC 2018a).

Il Consiglio ha inoltre ricordato le enormi potenzialità dello spazio digitale per accelerare l'attuazione e il rispetto dei diritti delle donne (UN HRC, 2018a). Se alcune piattaforme ospitano contenuti misogini, altre invece offrono a donne e ragazze l'occasione di informarsi e di dar vita o partecipare ai movimenti che sostengono i loro diritti. In Kenya, per esempio, cinque ragazze hanno sviluppato una app, «i-Cut», per aiutare le donne colpite dalle MGF e quelle a rischio a chiedere aiuto medico e assistenza legale, denunciare le violazioni e trovare case rifugio (African Exponent, 2020).

I “coding bootcamp” (corsi intensivi di programmazione) e gli “hackathon” (“hacking-marathon”: eventi estemporanei per specialiste/i del settore informatico) riservati alle ragazze offrono l'occasione di sviluppare altre soluzioni, agevolando il loro ingresso nel mondo del lavoro scientifico e tecnologico, posizione dalla quale un giorno avranno la possibilità di trasformare quelle industrie che sono ancora in larghissima maggioranza dominate dagli uomini.

Adottare una politica estera femminista

Alcuni donatori internazionali hanno avuto un ruolo importante nel finanziamento di programmi per l'abolizione delle pratiche dannose in molti paesi, in linea con gli impegni nei confronti dei diritti umani e con l'aiuto pubblico allo sviluppo. Da questo punto di vista, lascia ben sperare il fatto che numerosi Stati abbiano adottato una “politica estera femminista” che contempla, come obiettivo programmatico prioritario, la possibilità di aumentare i finanziamenti in favore dell'uguaglianza di genere, che oggi rappresentano solo il 4 per cento di tutti gli aiuti dall'estero (Thompson e Clement, s.d.). L'incremento dell'impegno nel settore degli aiuti umanitari potrebbe interessare anche i programmi per l'abbandono delle pratiche dannose, visto che nove paesi su dieci, con la più alta incidenza di matrimoni precoci, si trovano in situazioni di emergenza dovute a conflitti o altre crisi umanitarie (Women's Refugee Commission, 2016; Commission on the Status of Women, 2020).

Una “politica estera femminista” non può limitarsi o quasi all'aiuto internazionale allo sviluppo. Una sua applicazione più ampia e significativa dovrebbe riguardare tutte le interazioni tra Stato e cittadinanza, dare priorità alla parità di genere e ai diritti delle donne, impegnarsi per un mondo più equo, nonché disporre delle risorse sufficienti per perseguire tali obiettivi. Dovrebbe inoltre utilizzare strumenti diversi di influenza, non solo gli aiuti economici ma anche il commercio, la difesa e la diplomazia, per depotenziare quelle strutture di potere che sostengono la discriminazione di genere e le sue manifestazioni. Questa attività dovrebbe essere di norma improntata a un approccio femminista.

Nella pratica, significa analizzare i programmi di austerità fiscale, imposti a livello internazionale, che inducono a tagliare alcuni servizi come quelli utili a prevenire e a contrastare le pratiche danno-

se che colpiscono le donne e le ragazze più povere (Thompson e Clement, s.d.).

I suoi diritti, le sue scelte, il suo corpo

Non si è scoperta nessuna “cura miracolosa” in grado di porre fine alle pratiche dannose; poiché sono frutto di un insieme di fattori diversi, probabilmente non c'è. È necessario comprendere meglio cosa funziona in società enormemente diverse tra loro. Quello che sappiamo, è che per raggiungere il “grado zero” di pratiche dannose dobbiamo agire molto più velocemente.

Un elemento cruciale è investire maggiormente nelle azioni già in atto, poiché in caso contrario i costi saranno molto elevati. Dal punto di vista finanziario, i costi per la sanità si uniranno alle perdite nella produttività economica, ma il costo più pesante sarà in termini di vite umane perdute o danneggiate in modo permanente. La somma necessaria è relativamente esigua. Per 31 paesi nei quali le ragazze sono ancora sottoposte a MGF, il costo per porre fine alla pratica è rela-

tivamente basso: 2,4 miliardi di dollari in totale per dieci anni.

Mettere fine ai matrimoni precoci in tutto il mondo costerebbe circa 35 miliardi di dollari in totale (UNFPA, 2020). Incrementare gli investimenti nell'istruzione e nelle misure per raggiungere la parità di genere potrebbe catalizzare questi investimenti accelerando i progressi.

La buona notizia è che la situazione sta cambiando. Sono sempre di più le persone che sfidano il potere persistente delle pratiche dannose. I parlamenti approvano leggi sempre più efficaci. Le praticanti iniziano a deporre gli strumenti. Madri e padri scelgono di continuare a mandare le figlie a scuola. I leader comunitari spiegano che bisogna proteggere le ragazze dalle pratiche che violano la loro persona.

I diritti, le scelte e il corpo delle ragazze – sono esclusivamente loro, inalienabili. Quando questo principio sarà realizzato appieno, in ogni paese e in ogni comunità, senza eccezione, gli abusi potranno finalmente e irrevocabilmente finire.

Si ringrazia per l'illustrazione Fatma Mahmoud Salama Raslan



Indicatori

Indicatori per il monitoraggio degli obiettivi
della ICPD: salute

pagina 130

Indicatori per il monitoraggio degli obiettivi
della ICPD: dignità e diritti umani

pagina 136

Indicatori demografici

pagina 142

Note tecniche

pagina 148

Monitoraggio degli obiettivi della ICPD: salute

SALUTE E DIRITTI SESSUALI E RIPRODUTTIVI

| Mondo e aree regionali | Rapporto di mortalità materna (RMM) (morti su 100.000 nati vivi) | Margine di errore sul RMM (UI 80%) valore minimo stimato | Margine di errore sul RMM (UI 80%) valore massimo stimato | Parti assistite da personale medico qualificato (%) | Tasso di prevalenza contraccettiva, donne di 15-49 anni | | | | Domanda insoddisfatta di pianificazione familiare, donne di 15-49 anni | | Proporzione di domanda soddisfatta con metodi moderni, donne di 15-49 anni | Potere decisionale in materia di salute sessuale e riproduttiva e diritti riproduttivi, percentuale | Leggi e regolamenti che garantiscono l'accesso all'assistenza medica per la salute sessuale e riproduttiva, alle informazioni e all'istruzione, percentuale |
|-------------------------------------|--|--|---|---|---|-----------------------------|----------------|-----------------------------|--|-----------------------------|--|---|---|
| | 2017 | 2017 | 2017 | 2014-2019 | QUALSIASI METODO | | METODI MODERNI | | Tutte | Sposate o in unione stabile | Tutte | 2020 | 2020 |
| | | | | | Tutte | Sposate o in unione stabile | Tutte | Sposate o in unione stabile | | | | | |
| Mondo | 211 | 199 | 243 | 81 | 49 | 63 | 45 | 57 | 9 | 11 | 77 | 55 | 73 |
| Regioni più sviluppate | 12 | 11 | 13 | 99 | 59 | 71 | 53 | 62 | 7 | 9 | 80 | - | 84 |
| Regioni meno sviluppate | 232 | 219 | 268 | 79 | 47 | 62 | 43 | 56 | 9 | 12 | 76 | 54 | 69 |
| Paesi meno sviluppati | 415 | 396 | 477 | 61 | 32 | 42 | 28 | 37 | 16 | 20 | 59 | 50 | 71 |
| Regioni UNFPA | | | | | | | | | | | | | |
| Stati Arabi | 151 | 121 | 208 | 90 | 34 | 53 | 29 | 45 | 10 | 16 | 65 | - | 53 |
| Asia e Pacifico | 120 | 108 | 140 | 85 | 52 | 67 | 48 | 62 | 7 | 9 | 80 | 59 | 72 |
| Europa orientale e Asia centrale | 20 | 18 | 22 | 99 | 46 | 64 | 36 | 48 | 8 | 12 | 66 | 75 | 82 |
| America Latina e Caraibi | 74 | 70 | 80 | 94 | 59 | 75 | 55 | 70 | 8 | 10 | 83 | 74 | 66 |
| Africa orientale e meridionale | 391 | 361 | 463 | 64 | 34 | 42 | 31 | 38 | 16 | 21 | 62 | 53 | 75 |
| Africa occidentale e centrale | 717 | 606 | 917 | 55 | 20 | 21 | 17 | 18 | 17 | 22 | 45 | 37 | 70 |
| Paesi, territori, altre aree | | | | | | | | | | | | | |
| | 2017 | 2017 | 2017 | 2014-2019 | 2020 | 2020 | 2020 | 2020 | 2020 | 2020 | 2020 | 2007-2018 | 2019 |
| Afghanistan | 638 | 427 | 1010 | 59 | 18 | 25 | 16 | 22 | 17 | 24 | 46 | - | 54 |
| Albania | 15 | 8 | 26 | - | 30 | 43 | 4 | 5 | 12 | 17 | 9 | 69 | 82 |
| Algeria | 112 | 64 | 206 | - | 35 | 64 | 31 | 56 | 6 | 9 | 76 | - | - |
| Angola | 241 | 167 | 346 | 47 | 16 | 16 | 15 | 15 | 27 | 36 | 34 | 62 | 66 |
| Antigua and Barbuda | 42 | 24 | 69 | 100 | 45 | 63 | 42 | 61 | 10 | 13 | 78 | - | - |
| Argentina | 39 | 35 | 43 | 94 | 59 | 71 | 57 | 67 | 9 | 11 | 84 | - | - |
| Armenia | 26 | 21 | 32 | 100 | 39 | 59 | 20 | 31 | 8 | 12 | 43 | 66 | 87 |
| Aruba | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Australia | 6 | 5 | 8 | 97 | 58 | 67 | 56 | 64 | 8 | 11 | 85 | - | - |
| Austria | 5 | 4 | 7 | 98 | 64 | 70 | 62 | 68 | 6 | 8 | 88 | - | - |
| Azerbaijan | 26 | 21 | 32 | 99 | 36 | 56 | 14 | 22 | 9 | 14 | 31 | - | - |
| Bahamas | 70 | 48 | 110 | 99 | 45 | 67 | 43 | 65 | 9 | 12 | 79 | - | - |
| Bahrain | 14 | 10 | 21 | 100 | 31 | 67 | 22 | 45 | 5 | 11 | 59 | - | - |
| Bangladesh | 173 | 131 | 234 | 53 | 54 | 65 | 48 | 57 | 9 | 11 | 75 | - | - |
| Barbados | 27 | 17 | 39 | 99 | 50 | 63 | 47 | 60 | 12 | 15 | 75 | - | 44 |
| Belarus | 2 | 1 | 4 | 100 | 60 | 70 | 52 | 58 | 6 | 8 | 78 | - | 87 |
| Belgium | 5 | 4 | 7 | - | 59 | 67 | 59 | 66 | 6 | 8 | 90 | - | - |
| Belize | 36 | 26 | 48 | 94 | 44 | 56 | 41 | 53 | 14 | 18 | 71 | - | 42 |
| Benin | 397 | 291 | 570 | 78 | 16 | 18 | 13 | 14 | 25 | 31 | 32 | 36 | 91 |
| Bhutan | 183 | 127 | 292 | 96 | 38 | 60 | 37 | 58 | 9 | 13 | 79 | - | - |
| Bolivia (Plurinational State of) | 155 | 113 | 213 | 72 | 47 | 67 | 35 | 48 | 12 | 16 | 58 | - | - |
| Bosnia and Herzegovina | 10 | 5 | 16 | 100 | 37 | 48 | 18 | 20 | 11 | 14 | 37 | - | - |
| Botswana | 144 | 124 | 170 | 100 | 56 | 69 | 56 | 68 | 8 | 11 | 86 | - | - |
| Brazil | 60 | 58 | 61 | 99 | 65 | 80 | 63 | 77 | 6 | 8 | 89 | - | - |
| Brunei Darussalam | 31 | 21 | 45 | 100 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Bulgaria | 10 | 6 | 14 | 100 | 65 | 79 | 50 | 56 | 5 | 7 | 70 | - | - |
| Burkina Faso | 320 | 220 | 454 | 80 | 29 | 33 | 28 | 32 | 20 | 24 | 57 | 20 | 72 |
| Burundi | 548 | 413 | 728 | 85 | 19 | 30 | 16 | 26 | 18 | 29 | 45 | 44 | 64 |
| Cambodia | 160 | 116 | 221 | 89 | 42 | 62 | 31 | 45 | 8 | 11 | 62 | 76 | 98 |

SALUTE E DIRITTI SESSUALI E RIPRODUTTIVI

| Paesi, territori, altre aree | Rapporto di mortalità materna (RMM) (morti su 100.000 nati vivi) | Margine di errore sul RMM (UI 80%) valore minimo stimato | Margine di errore sul RMM (UI 80%) valore massimo stimato | Parti assistite da personale medico qualificato (%) | Tasso di prevalenza contraccettiva, donne di 15-49 anni | | | | Domanda insoddisfatta di pianificazione familiare, donne di 15-49 anni | | Proporzione di domanda soddisfatta con metodi moderni, donne di 15-49 anni | Potere decisionale in materia di salute sessuale e riproduttiva e diritti riproduttivi, percentuale | Leggi e regolamenti che garantiscono l'accesso all'assistenza medica per la salute sessuale e riproduttiva, alle informazioni e all'istruzione, percentuale | | |
|-----------------------------------|--|--|---|---|---|-----------------------------|----------------|-----------------------------|--|-----------------------------|--|---|---|-------|-----------------------------|
| | | | | | QUALSIASI METODO | | METODI MODERNI | | Tutte | Spesate o in unione stabile | | | | Tutte | Spesate o in unione stabile |
| | | | | | Tutte | Spesate o in unione stabile | Tutte | Spesate o in unione stabile | | | | | | | |
| | 2017 | 2017 | 2017 | 2014-2019 | 2020 | | 2020 | | 2020 | | 2020 | 2007-2018 | 2019 | | |
| Cameroon, Republic of | 529 | 376 | 790 | 69 | 26 | 22 | 21 | 17 | 16 | 23 | 50 | 38 | - | | |
| Canada | 10 | 8 | 14 | 98 | 74 | 82 | 70 | 77 | 3 | 5 | 91 | - | - | | |
| Cape Verde | 58 | 45 | 75 | 92 | 48 | 67 | 47 | 65 | 11 | 12 | 79 | - | - | | |
| Central African Republic | 829 | 463 | 1470 | - | 23 | 26 | 17 | 19 | 18 | 22 | 41 | - | 77 | | |
| Chad | 1140 | 847 | 1590 | 24 | 7 | 7 | 6 | 7 | 18 | 24 | 24 | 27 | 75 | | |
| Chile | 13 | 11 | 14 | 100 | 63 | 77 | 58 | 71 | 6 | 8 | 85 | - | - | | |
| China | 29 | 22 | 35 | 100 | 69 | 85 | 67 | 83 | 5 | 4 | 91 | - | - | | |
| China, Hong Kong SAR | - | - | - | - | 48 | 70 | 45 | 67 | 8 | 9 | 80 | - | - | | |
| China, Macao SAR | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | | |
| Colombia | 83 | 71 | 98 | 99 | 64 | 82 | 60 | 77 | 6 | 7 | 87 | - | 97 | | |
| Comoros | 273 | 167 | 435 | - | 19 | 26 | 15 | 21 | 20 | 30 | 40 | 21 | - | | |
| Congo, Democratic Republic of the | 473 | 341 | 693 | 80 | 22 | 24 | 12 | 11 | 21 | 26 | 27 | 31 | - | | |
| Congo, Republic of the | 378 | 271 | 523 | 91 | 42 | 43 | 28 | 26 | 15 | 19 | 48 | 27 | 53 | | |
| Costa Rica | 27 | 24 | 31 | 99 | 54 | 73 | 53 | 71 | 9 | 11 | 84 | - | 62 | | |
| Côte d'Ivoire | 617 | 426 | 896 | 74 | 26 | 25 | 22 | 21 | 21 | 27 | 48 | 25 | 63 | | |
| Croatia | 8 | 6 | 11 | 100 | 51 | 71 | 36 | 46 | 7 | 8 | 61 | - | - | | |
| Cuba | 36 | 33 | 40 | 100 | 70 | 75 | 69 | 74 | 7 | 8 | 89 | - | - | | |
| Curaçao | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | | |
| Cyprus | 6 | 4 | 10 | 98 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | | |
| Czechia | 3 | 2 | 5 | 100 | 63 | 85 | 56 | 76 | 3 | 4 | 84 | - | 70 | | |
| Denmark | 4 | 3 | 5 | 95 | 65 | 77 | 61 | 73 | 5 | 7 | 88 | - | 90 | | |
| Djibouti | 248 | 116 | 527 | - | 16 | 28 | 15 | 27 | 15 | 27 | 49 | - | - | | |
| Dominica | - | - | - | 100 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | | |
| Dominican Republic | 95 | 88 | 102 | 100 | 57 | 72 | 55 | 70 | 9 | 11 | 84 | 77 | - | | |
| Ecuador | 59 | 53 | 65 | 96 | 59 | 81 | 53 | 73 | 6 | 6 | 82 | 87 | - | | |
| Egypt | 37 | 27 | 47 | 92 | 44 | 61 | 42 | 59 | 9 | 12 | 80 | - | 44 | | |
| El Salvador | 46 | 36 | 57 | 100 | 51 | 73 | 49 | 69 | 8 | 10 | 81 | - | 83 | | |
| Equatorial Guinea | 301 | 181 | 504 | - | 17 | 17 | 15 | 14 | 23 | 32 | 36 | - | - | | |
| Eritrea | 480 | 327 | 718 | - | 9 | 13 | 8 | 12 | 18 | 29 | 31 | - | - | | |
| Estonia | 9 | 5 | 13 | 99 | 57 | 65 | 52 | 57 | 7 | 12 | 80 | - | - | | |
| Eswatini | 437 | 255 | 792 | - | 54 | 68 | 53 | 66 | 10 | 13 | 83 | 49 | - | | |
| Ethiopia | 401 | 298 | 573 | 28 | 28 | 40 | 28 | 40 | 15 | 21 | 65 | 45 | - | | |
| Fiji | 34 | 27 | 43 | 100 | 35 | 51 | 30 | 44 | 12 | 16 | 64 | - | - | | |
| Finland | 3 | 2 | 4 | 100 | 79 | 82 | 74 | 77 | 3 | 5 | 90 | - | 98 | | |
| France | 8 | 6 | 9 | 98 | 65 | 78 | 63 | 75 | 4 | 4 | 91 | - | - | | |
| French Guiana | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | | |
| French Polynesia | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | | |
| Gabon | 252 | 165 | 407 | - | 37 | 37 | 29 | 26 | 19 | 24 | 52 | 48 | 58 | | |
| Gambia | 597 | 440 | 808 | - | 11 | 15 | 11 | 14 | 17 | 25 | 37 | 40 | 83 | | |
| Georgia | 25 | 21 | 29 | 99 | 32 | 46 | 23 | 33 | 13 | 19 | 51 | - | 93 | | |
| Germany | 7 | 5 | 9 | 99 | 61 | 78 | 60 | 78 | 5 | 5 | 91 | - | - | | |
| Ghana | 308 | 223 | 420 | 78 | 27 | 35 | 23 | 30 | 19 | 27 | 50 | 52 | - | | |

Monitoraggio degli obiettivi della ICPD: salute

SALUTE E DIRITTI SESSUALI E RIPRODUTTIVI

| Paesi, territori, altre aree | Rapporto di mortalità materna (RMM) (morti su 100.000 nati vivi) | Margine di errore sul RMM (UI 80%) valore minimo stimato | Margine di errore sul RMM (UI 80%) valore massimo stimato | Parti assistite da personale medico qualificato (%) | Tasso di prevalenza contraccettiva, donne di 15-49 anni | | | | Domanda insoddisfatta di pianificazione familiare, donne di 15-49 anni | | Proporzione di domanda soddisfatta con metodi moderni, donne di 15-49 anni | Potere decisionale in materia di salute sessuale e riproduttiva e diritti riproduttivi, percentuale | Leggi e regolamenti che garantiscono l'accesso all'assistenza medica per la salute sessuale e riproduttiva, alle informazioni e all'istruzione, percentuale | |
|--|--|--|---|---|---|-----------------------------|----------------|-----------------------------|--|-----------------------------|--|---|---|------|
| | 2017 | 2017 | 2017 | 2014-2019 | QUALSIASI METODO | | METODI MODERNI | | Tutte | Sposate o in unione stabile | Tutte | 2020 | 2007-2018 | 2019 |
| | | | | | Tutte | Sposate o in unione stabile | Tutte | Sposate o in unione stabile | | | | | | |
| Greece | 3 | 2 | 4 | 100 | 54 | 74 | 38 | 50 | 6 | 7 | 64 | - | 54 | |
| Grenada | 25 | 15 | 39 | 100 | 44 | 63 | 41 | 59 | 10 | 13 | 76 | - | - | |
| Guadeloupe | - | - | - | - | 45 | 59 | 41 | 53 | 11 | 15 | 72 | - | - | |
| Guam | - | - | - | - | 41 | 66 | 36 | 55 | 7 | 11 | 74 | - | - | |
| Guatemala | 95 | 86 | 104 | 70 | 42 | 63 | 35 | 53 | 9 | 13 | 70 | 65 | - | |
| Guinea | 576 | 437 | 779 | 55 | 12 | 9 | 10 | 8 | 20 | 25 | 32 | 29 | - | |
| Guinea-Bissau | 667 | 457 | 995 | 45 | 29 | 19 | 27 | 19 | 16 | 20 | 60 | - | 70 | |
| Guyana | 169 | 132 | 215 | 96 | 33 | 45 | 32 | 43 | 17 | 26 | 62 | 71 | 75 | |
| Haiti | 480 | 346 | 680 | 42 | 27 | 37 | 25 | 34 | 24 | 35 | 49 | 59 | 65 | |
| Honduras | 65 | 55 | 76 | 74 | 52 | 75 | 46 | 67 | 7 | 9 | 78 | 70 | - | |
| Hungary | 12 | 9 | 16 | 100 | 49 | 70 | 44 | 63 | 6 | 9 | 80 | - | - | |
| Iceland | 4 | 2 | 6 | 98 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| India | 145 | 117 | 177 | 81 | 43 | 57 | 38 | 50 | 9 | 12 | 74 | - | - | |
| Indonesia | 177 | 127 | 254 | 95 | 44 | 62 | 42 | 59 | 8 | 11 | 81 | - | - | |
| Iran (Islamic Republic of) | 16 | 13 | 20 | 99 | 58 | 81 | 46 | 64 | 4 | 5 | 75 | - | - | |
| Iraq | 79 | 53 | 113 | 96 | 37 | 56 | 26 | 39 | 9 | 13 | 57 | - | 39 | |
| Ireland | 5 | 3 | 7 | 100 | 66 | 70 | 63 | 66 | 6 | 9 | 88 | - | - | |
| Israel | 3 | 2 | 4 | - | 39 | 74 | 31 | 56 | 5 | 8 | 68 | - | - | |
| Italy | 2 | 1 | 2 | 100 | 59 | 66 | 48 | 51 | 7 | 9 | 72 | - | - | |
| Jamaica | 80 | 67 | 98 | 100 | 41 | 67 | 39 | 64 | 9 | 11 | 78 | - | - | |
| Japan | 5 | 3 | 6 | 100 | 47 | 55 | 40 | 43 | 12 | 16 | 67 | - | 83 | |
| Jordan | 46 | 31 | 65 | 100 | 30 | 53 | 21 | 38 | 8 | 14 | 56 | 61 | - | |
| Kazakhstan | 10 | 8 | 12 | 100 | 42 | 53 | 40 | 50 | 11 | 15 | 75 | - | 63 | |
| Kenya | 342 | 253 | 476 | 62 | 46 | 63 | 45 | 62 | 12 | 15 | 77 | 56 | - | |
| Kiribati | 92 | 49 | 158 | - | 19 | 26 | 16 | 21 | 18 | 26 | 44 | - | - | |
| Korea, Democratic People's Republic of | 89 | 38 | 203 | 100 | 58 | 74 | 55 | 71 | 8 | 9 | 84 | - | 83 | |
| Korea, Republic of | 11 | 9 | 13 | 100 | 56 | 81 | 51 | 73 | 6 | 5 | 82 | - | - | |
| Kuwait | 12 | 8 | 17 | 100 | 41 | 59 | 34 | 49 | 10 | 14 | 67 | - | - | |
| Kyrgyzstan | 60 | 50 | 76 | 100 | 29 | 41 | 27 | 38 | 13 | 18 | 65 | 77 | 73 | |
| Lao People's Democratic Republic | 185 | 139 | 253 | 64 | 38 | 60 | 34 | 54 | 8 | 12 | 74 | - | 96 | |
| Latvia | 19 | 15 | 26 | 100 | 61 | 72 | 54 | 62 | 6 | 9 | 81 | - | 70 | |
| Lebanon | 29 | 22 | 40 | - | 29 | 62 | 21 | 45 | 6 | 13 | 61 | - | - | |
| Lesotho | 544 | 391 | 788 | 87 | 52 | 65 | 51 | 64 | 11 | 15 | 81 | 61 | - | |
| Liberia | 661 | 481 | 943 | - | 27 | 29 | 26 | 28 | 25 | 28 | 50 | 67 | - | |
| Libya | 72 | 30 | 164 | - | 25 | 38 | 16 | 24 | 17 | 26 | 37 | - | 33 | |
| Lithuania | 8 | 5 | 12 | 100 | 46 | 66 | 37 | 53 | 8 | 11 | 70 | - | 88 | |
| Luxembourg | 5 | 3 | 8 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| Madagascar | 335 | 229 | 484 | 46 | 40 | 49 | 35 | 43 | 15 | 16 | 64 | 74 | - | |
| Malawi | 349 | 244 | 507 | 90 | 48 | 64 | 47 | 63 | 13 | 16 | 77 | 47 | 76 | |
| Malaysia | 29 | 24 | 36 | 100 | 34 | 57 | 24 | 40 | 9 | 15 | 56 | - | 81 | |
| Maldives | 53 | 35 | 84 | 100 | 15 | 21 | 12 | 16 | 22 | 30 | 32 | 58 | 45 | |
| Mali | 562 | 419 | 784 | 67 | 17 | 19 | 17 | 18 | 21 | 24 | 44 | 8 | 79 | |

Monitoraggio degli obiettivi della ICPD: salute

SALUTE E DIRITTI SESSUALI E RIPRODUTTIVI

| Paesi, territori, altre aree | Rapporto di mortalità materna (RMM) (morti su 100.000 nati vivi) | Margine di errore sul RMM (UI 80%) valore minimo stimato | Margine di errore sul RMM (UI 80%) valore massimo stimato | Parti assistite da personale medico qualificato (%) | Tasso di prevalenza contraccettiva, donne di 15-49 anni | | | | Domanda insoddisfatta di pianificazione familiare, donne di 15-49 anni | | Proporzione di domanda soddisfatta con metodi moderni, donne di 15-49 anni | Potere decisionale in materia di salute sessuale e riproduttiva e diritti riproduttivi, percentuale | Leggi e regolamenti che garantiscono l'accesso all'assistenza medica per la salute sessuale e riproduttiva, alle informazioni e all'istruzione, percentuale | |
|----------------------------------|--|--|---|---|---|-----------------------------|----------------|-----------------------------|--|-----------------------------|--|---|---|------|
| | 2017 | 2017 | 2017 | 2014-2019 | QUALSIASI METODO | | METODI MODERNI | | Tutte | Spesate o in unione stabile | Tutte | 2020 | 2007-2018 | 2019 |
| | | | | | Tutte | Spesate o in unione stabile | Tutte | Spesate o in unione stabile | | | | | | |
| Malta | 6 | 4 | 11 | 100 | 63 | 85 | 49 | 66 | 4 | 3 | 73 | - | 90 | |
| Martinique | - | - | - | - | 47 | 62 | 43 | 56 | 11 | 14 | 74 | - | - | |
| Mauritania | 766 | 528 | 1140 | 69 | 11 | 17 | 10 | 15 | 18 | 29 | 34 | - | 62 | |
| Mauritius | 61 | 46 | 85 | 100 | 43 | 66 | 28 | 42 | 8 | 10 | 55 | - | 73 | |
| Mexico | 33 | 32 | 35 | 96 | 55 | 73 | 53 | 70 | 10 | 10 | 81 | - | - | |
| Micronesia (Federated States of) | 88 | 40 | 193 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| Moldova, Republic of | 19 | 15 | 24 | 100 | 53 | 64 | 41 | 49 | 9 | 12 | 66 | - | - | |
| Mongolia | 45 | 36 | 56 | 99 | 41 | 56 | 37 | 50 | 13 | 16 | 69 | 63 | - | |
| Montenegro | 6 | 3 | 10 | 99 | 26 | 25 | 18 | 15 | 17 | 22 | 43 | - | 52 | |
| Morocco | 70 | 54 | 91 | 87 | 42 | 70 | 36 | 60 | 7 | 11 | 73 | - | - | |
| Mozambique | 289 | 206 | 418 | 73 | 25 | 27 | 24 | 26 | 19 | 23 | 55 | 49 | 94 | |
| Myanmar | 250 | 182 | 351 | 60 | 33 | 57 | 32 | 55 | 8 | 14 | 78 | 67 | 82 | |
| Namibia | 195 | 144 | 281 | - | 52 | 61 | 51 | 60 | 10 | 15 | 83 | 71 | 96 | |
| Nepal | 186 | 135 | 267 | 58 | 43 | 54 | 37 | 47 | 17 | 22 | 62 | 48 | 48 | |
| Netherlands | 5 | 4 | 7 | - | 63 | 73 | 61 | 71 | 6 | 7 | 89 | - | 98 | |
| New Caledonia | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| New Zealand | 9 | 7 | 11 | 97 | 65 | 80 | 61 | 75 | 5 | 5 | 88 | - | 94 | |
| Nicaragua | 98 | 77 | 127 | 96 | 53 | 82 | 51 | 79 | 5 | 6 | 88 | - | - | |
| Niger | 509 | 368 | 724 | 39 | 16 | 18 | 15 | 17 | 15 | 18 | 48 | 7 | - | |
| Nigeria | 917 | 658 | 1320 | 43 | 17 | 19 | 13 | 14 | 15 | 19 | 40 | 46 | - | |
| North Macedonia | 7 | 5 | 10 | 100 | 40 | 48 | 21 | 20 | 13 | 17 | 39 | - | - | |
| Norway | 2 | 2 | 3 | 99 | 67 | 86 | 63 | 79 | 4 | 4 | 89 | - | - | |
| Oman | 19 | 16 | 22 | 99 | 20 | 34 | 14 | 23 | 15 | 26 | 39 | - | - | |
| Pakistan | 140 | 85 | 229 | 69 | 24 | 36 | 18 | 27 | 12 | 17 | 51 | 40 | 65 | |
| Palestine ¹ | - | - | - | 100 | 40 | 61 | 31 | 47 | 8 | 11 | 64 | - | 60 | |
| Panama | 52 | 45 | 59 | 93 | 47 | 60 | 45 | 56 | 14 | 17 | 73 | 79 | - | |
| Papua New Guinea | 145 | 67 | 318 | 56 | 27 | 38 | 23 | 31 | 18 | 25 | 50 | - | - | |
| Paraguay | 84 | 72 | 96 | 98 | 58 | 72 | 54 | 66 | 9 | 9 | 81 | - | - | |
| Peru | 88 | 69 | 110 | 92 | 55 | 76 | 41 | 56 | 5 | 7 | 69 | - | - | |
| Philippines | 121 | 91 | 168 | 84 | 35 | 56 | 26 | 42 | 10 | 16 | 58 | 81 | 75 | |
| Poland | 2 | 2 | 3 | 100 | 53 | 73 | 42 | 56 | 6 | 8 | 72 | - | - | |
| Portugal | 8 | 6 | 11 | 99 | 61 | 75 | 52 | 65 | 7 | 7 | 78 | - | - | |
| Puerto Rico | 21 | 16 | 29 | - | 57 | 82 | 52 | 74 | 6 | 5 | 82 | - | - | |
| Qatar | 9 | 6 | 14 | 100 | 30 | 47 | 25 | 40 | 10 | 16 | 63 | - | - | |
| Réunion | - | - | - | - | 49 | 72 | 47 | 70 | 9 | 9 | 83 | - | - | |
| Romania | 19 | 14 | 25 | 97 | 55 | 72 | 45 | 57 | 5 | 8 | 74 | - | - | |
| Russian Federation | 17 | 13 | 23 | 100 | 49 | 68 | 41 | 57 | 7 | 10 | 75 | - | - | |
| Rwanda | 248 | 184 | 347 | 91 | 33 | 57 | 30 | 52 | 12 | 17 | 68 | 70 | - | |
| Saint Kitts and Nevis | - | - | - | 100 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| Saint Lucia | 117 | 71 | 197 | 100 | 48 | 61 | 45 | 57 | 12 | 15 | 75 | - | - | |
| Saint Vincent and the Grenadines | 68 | 44 | 100 | 99 | 50 | 66 | 47 | 64 | 10 | 12 | 80 | - | 81 | |
| Samoa | 43 | 20 | 97 | 83 | 17 | 29 | 16 | 27 | 24 | 42 | 38 | - | - | |

Monitoraggio degli obiettivi della ICPD: salute

SALUTE E DIRITTI SESSUALI E RIPRODUTTIVI

| Paesi, territori, altre aree | Rapporto di mortalità materna (RMM) (morti su 100.000 nati vivi) | Margine di errore sul RMM (UI 80%) valore minimo stimato | Margine di errore sul RMM (UI 80%) valore massimo stimato | Parti assistite da personale medico qualificato (%) | Tasso di prevalenza contraccettiva, donne di 15-49 anni | | | | Domanda insoddisfatta di pianificazione familiare, donne di 15-49 anni | | Proporzione di domanda soddisfatta con metodi moderni, donne di 15-49 anni | Potere decisionale in materia di salute sessuale e riproduttiva e diritti riproduttivi, percentuale | Leggi e regolamenti che garantiscono l'accesso all'assistenza medica per la salute sessuale e riproduttiva, alle informazioni e all'istruzione, percentuale | |
|-------------------------------------|--|--|---|---|---|-----------------------------|----------------|-----------------------------|--|-----------------------------|--|---|---|------|
| | 2017 | 2017 | 2017 | 2014-2019 | QUALSIASI METODO | | METODI MODERNI | | Tutte | Sposate o in unione stabile | Tutte | 2020 | 2007-2018 | 2019 |
| | | | | | Tutte | Sposate o in unione stabile | Tutte | Sposate o in unione stabile | | | | | | |
| San Marino | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| São Tomé and Príncipe | 130 | 73 | 217 | 93 | 35 | 45 | 33 | 42 | 21 | 28 | 58 | 46 | - | 54 |
| Saudi Arabia | 17 | 10 | 30 | 99 | 18 | 29 | 15 | 23 | 16 | 26 | 44 | - | - | - |
| Senegal | 315 | 237 | 434 | 74 | 22 | 30 | 21 | 28 | 16 | 22 | 55 | 7 | - | - |
| Serbia | 12 | 9 | 17 | 98 | 49 | 56 | 32 | 29 | 10 | 13 | 55 | - | - | 86 |
| Seychelles | 53 | 26 | 109 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Sierra Leone | 1120 | 808 | 1620 | 87 | 27 | 24 | 26 | 24 | 20 | 24 | 56 | 40 | - | 65 |
| Singapore | 8 | 5 | 13 | 100 | 40 | 69 | 35 | 60 | 6 | 10 | 77 | - | - | - |
| Sint Maarten | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Slovakia | 5 | 4 | 7 | 98 | 56 | 79 | 47 | 66 | 4 | 6 | 79 | - | - | - |
| Slovenia | 7 | 5 | 9 | - | 54 | 80 | 45 | 66 | 6 | 5 | 76 | - | - | - |
| Solomon Islands | 104 | 70 | 157 | 86 | 24 | 32 | 20 | 27 | 13 | 17 | 54 | - | - | - |
| Somalia | 829 | 385 | 1590 | - | 16 | 27 | 7 | 10 | 16 | 27 | 21 | - | - | - |
| South Africa | 119 | 96 | 153 | 97 | 50 | 57 | 50 | 57 | 11 | 14 | 81 | 65 | - | 95 |
| South Sudan | 1150 | 789 | 1710 | - | 6 | 7 | 5 | 7 | 20 | 30 | 20 | - | - | 16 |
| Spain | 4 | 3 | 5 | - | 60 | 63 | 58 | 62 | 9 | 13 | 84 | - | - | - |
| Sri Lanka | 36 | 31 | 41 | 100 | 45 | 67 | 37 | 55 | 5 | 7 | 73 | - | - | 89 |
| Sudan | 295 | 207 | 408 | 78 | 10 | 15 | 9 | 14 | 18 | 28 | 33 | - | - | 57 |
| Suriname | 120 | 96 | 144 | 98 | 33 | 45 | 32 | 45 | 15 | 23 | 67 | - | - | 45 |
| Sweden | 4 | 3 | 6 | - | 62 | 73 | 57 | 66 | 6 | 9 | 83 | - | - | 100 |
| Switzerland | 5 | 3 | 7 | - | 72 | 73 | 68 | 68 | 4 | 7 | 89 | - | - | 92 |
| Syrian Arab Republic | 31 | 20 | 50 | - | 37 | 61 | 27 | 45 | 8 | 13 | 61 | - | - | 77 |
| Tajikistan | 17 | 10 | 26 | 95 | 23 | 31 | 21 | 29 | 16 | 22 | 54 | 33 | - | - |
| Tanzania, United Republic of | 524 | 399 | 712 | 64 | 36 | 43 | 31 | 38 | 16 | 20 | 60 | 47 | - | - |
| Thailand | 37 | 32 | 44 | 99 | 56 | 80 | 54 | 78 | 4 | 5 | 91 | - | - | - |
| Timor-Leste, Democratic Republic of | 142 | 102 | 192 | 57 | 18 | 30 | 16 | 28 | 14 | 24 | 51 | 40 | - | - |
| Togo | 396 | 270 | 557 | 69 | 24 | 26 | 22 | 23 | 23 | 31 | 46 | 30 | - | 73 |
| Tonga | 52 | 24 | 116 | - | 20 | 37 | 17 | 31 | 13 | 25 | 51 | - | - | - |
| Trinidad and Tobago | 67 | 50 | 90 | 100 | 40 | 48 | 35 | 44 | 15 | 20 | 65 | - | - | 32 |
| Tunisia | 43 | 33 | 54 | 100 | 30 | 58 | 26 | 50 | 8 | 13 | 69 | - | - | - |
| Turkey | 17 | 14 | 20 | 98 | 48 | 71 | 33 | 49 | 7 | 10 | 60 | - | - | - |
| Turkmenistan | 7 | 5 | 10 | 100 | 36 | 54 | 34 | 51 | 10 | 15 | 74 | - | - | - |
| Turks and Caicos Islands | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Tuvalu | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Uganda | 375 | 278 | 523 | 74 | 34 | 43 | 31 | 39 | 19 | 26 | 58 | 62 | - | - |
| Ukraine | 19 | 14 | 26 | 100 | 53 | 68 | 44 | 54 | 6 | 9 | 74 | 81 | - | 88 |
| United Arab Emirates | 3 | 2 | 5 | 100 | 35 | 50 | 28 | 40 | 12 | 17 | 60 | - | - | - |
| United Kingdom | 7 | 6 | 8 | - | 74 | 82 | 67 | 74 | 4 | 5 | 87 | - | - | 92 |
| United States of America | 19 | 17 | 21 | 99 | 64 | 76 | 57 | 66 | 5 | 6 | 83 | - | - | - |
| United States Virgin Islands | - | - | - | - | 52 | 75 | 48 | 70 | 8 | 8 | 81 | - | - | - |
| Uruguay | 17 | 14 | 21 | 100 | 57 | 79 | 55 | 77 | 6 | 7 | 87 | - | - | 99 |
| Uzbekistan | 29 | 23 | 37 | 100 | 49 | 69 | 46 | 65 | 6 | 9 | 83 | - | - | - |

SALUTE E DIRITTI SESSUALI E RIPRODUTTIVI

| Paesi, territori, altre aree | Rapporto di mortalità materna (RMM) (morti su 100.000 nati vivi) | Margine di errore sul RMM (UI 80%) valore minimo stimato | Margine di errore sul RMM (UI 80%) valore massimo stimato | Parti assistite da personale medico qualificato (%) | Tasso di prevalenza contraccettiva, donne di 15-49 anni | | | | Domanda insoddisfatta di pianificazione familiare, donne di 15-49 anni | | Proporzioni di domanda soddisfatta con metodi moderni, donne di 15-49 anni | Potere decisionale in materia di salute sessuale e riproduttiva e diritti riproduttivi, percentuale | Leggi e regolamenti che garantiscono l'accesso all'assistenza medica per la salute sessuale e riproduttiva, alle informazioni e all'istruzione, percentuale | | |
|------------------------------------|--|--|---|---|---|-----------------------------|----------------|-----------------------------|--|-----------------------------|--|---|---|-------|-----------------------------|
| | | | | | QUALSIASI METODO | | METODI MODERNI | | Tutte | Sposate o in unione stabile | | | | Tutte | Sposate o in unione stabile |
| | | | | | Tutte | Sposate o in unione stabile | Tutte | Sposate o in unione stabile | | | | | | | |
| | 2017 | 2017 | 2017 | 2014-2019 | 2020 | | 2020 | | 2020 | | 2020 | 2007-2018 | 2019 | | |
| Vanuatu | - | - | - | - | 36 | 48 | 31 | 40 | 15 | 20 | 60 | - | - | | |
| Venezuela (Bolivarian Republic of) | 125 | 97 | 170 | 99 | 56 | 76 | 52 | 71 | 8 | 10 | 82 | - | - | | |
| Viet Nam | 43 | 32 | 61 | 94 | 59 | 80 | 50 | 67 | 4 | 5 | 79 | - | 54 | | |
| Western Sahara | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | | |
| Yemen | 164 | 109 | 235 | - | 26 | 41 | 20 | 31 | 15 | 25 | 47 | - | 63 | | |
| Zambia | 213 | 159 | 289 | 63 | 36 | 52 | 35 | 49 | 15 | 19 | 67 | 47 | 91 | | |
| Zimbabwe | 458 | 360 | 577 | 86 | 49 | 69 | 49 | 68 | 8 | 10 | 85 | 60 | - | | |

NOTE

- Dati non disponibili.

a Il rapporto di mortalità materna è stato arrotondato secondo il seguente schema: <100, arrotondato all'unità più vicina; 100-999, arrotondato al più vicino numero intero; ≥ 1.000, arrotondato alla decina più vicina.

1 Il 29 novembre 2012, l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha approvato la Risoluzione 67/19, che ha accordato alla Palestina lo status di "Paese osservatore non membro" nelle Nazioni Unite.

DEFINIZIONI DEGLI INDICATORI

Rapporto di mortalità materna: numero di morti materne in un dato periodo di tempo su 100.000 nati vivi durante lo stesso periodo di tempo (Indicatore SDG 3.1.1)

Parti assistite da personale medico qualificato: percentuale di parti assistite da personale sanitario qualificato (medici, infermiere o ostetriche) (Indicatore SDG 3.1.2)

Tasso di prevalenza contraccettiva: percentuale di donne di 15-49 anni che usano attualmente qualsiasi metodo contraccettivo

Tasso di prevalenza contraccettiva, metodi moderni: percentuale di donne di 15-49 anni che usano attualmente un metodo contraccettivo moderno

Domanda insoddisfatta di pianificazione familiare: percentuale di donne di 15-49 anni che vogliono ritardare una gravidanza o non averne più, ma che non usano metodi contraccettivi.

Proporzioni di domanda soddisfatta con metodi moderni: percentuale della domanda totale di pianificazione familiare, tra donne di 15-49, soddisfatta con l'uso di metodi contraccettivi moderni. (Indicatore SDG 3.7.1)

Potere decisionale in materia di salute sessuale e riproduttiva e diritti riproduttivi: percentuale di donne di età compresa tra i 15 e i 49 anni, sposate (o in unione consensuale), che prendono le proprie decisioni in tre aree - cura della propria salute, uso della contraccezione e rapporti sessuali con il partner (Indicatore SDG 5.6.1)

Leggi e regolamenti che garantiscono l'accesso all'assistenza medica per la salute sessuale e riproduttiva, alle informazioni e all'istruzione: la misura in cui i paesi hanno leggi nazionali e regolamenti che garantiscono pieno e uguale accesso ad assistenza medica per la salute sessuale e riproduttiva, informazioni e istruzione a donne e uomini di età pari o superiore a 15 anni (Indicatore SDG 5.6.2)

FONTE PRINCIPALE PER I DATI

Rapporto di mortalità materna: Gruppo Inter-agenzia delle Nazioni Unite per la Stima della Mortalità Materna (WHO, UNICEF, UNFPA, Banca Mondiale e Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione).

Parti assistite da personale medico qualificato: Database globale sull'assistenza qualificata al parto, 2020, Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia (UNICEF) e Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO). Totali regionali calcolati da UNFPA sulla base di dati forniti dal database globale.

Tasso di prevalenza contraccettiva: Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione.

Tasso di prevalenza contraccettiva, metodi moderni: Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione.

Domanda insoddisfatta di pianificazione familiare: Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione.

Proporzioni di domanda soddisfatta con metodi moderni: Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione.

Potere decisionale in materia di salute sessuale e riproduttiva e diritti riproduttivi: UNFPA.

Leggi e regolamenti che garantiscono l'accesso all'assistenza medica per la salute sessuale e riproduttiva, alle informazioni e all'istruzione: UNFPA.

Monitoraggio degli obiettivi della ICPD: dignità e diritti umani

ADOLESCENTI E GIOVANI

| Mondo e aree regionali | Tasso di maternità tra le adolescenti ogni 1.000 ragazze di 15-19 anni | Matrimonio precoce entro i 18 anni di età, percentuale | Prevalenza di MGF tra le ragazze di 15-19 anni, percentuale | Tasso netto rettificato di iscrizione, istruzione primaria, percentuale, 2018 | | Indice di parità di genere, istruzione primaria | Tasso netto di iscrizione, istruzione secondaria, percentuale, 2018 | | Indice di parità di genere, istruzione secondaria |
|-------------------------------------|--|--|---|---|-----------------|---|---|-----------|---|
| | 2020 | 2019 | 2019 | maschi | femmine | 2018 | maschi | femmine | 2018 |
| Mondo | 41 | 20 | – | 91 | 89 | 0.98 | 66 | 66 | 1.00 |
| Regioni più sviluppate | 12 | – | – | 96 | 96 | 1.00 | 90 | 91 | 1.01 |
| Regioni meno sviluppate | 45 | 27 | – | 91 | 89 | 0.97 | 63 | 63 | 1.00 |
| Paesi meno sviluppati | 91 | 38 | – | 83 | 79 | 0.95 | 40 | 36 | 0.89 |
| Regioni UNFPA | | | | | | | | | |
| Stati Arabi | 48 | 20 | 55 | 85 ^b | 83 ^b | 0.97 ^b | 64 | 59 | 0.93 |
| Asia e Pacifico | 23 | 26 | – | 95 | 93 | 0.99 | 68 | 69 | 1.02 |
| Europa orientale e Asia centrale | 27 | 12 | – | 95 | 95 | 1.00 | 88 | 87 | 0.98 |
| America Latina e Caraibi | 61 | 25 | – | 95 | 95 | 1.01 | 76 | 79 | 1.04 |
| Africa orientale e meridionale | 95 | 32 | 24 | 85 | 83 | 0.98 | 34 | 32 | 0.95 |
| Africa occidentale e centrale | 108 | 39 | 23 | 79 | 70 | 0.89 | 42 | 37 | 0.88 |
| Paesi, territori, altre aree | | | | | | | | | |
| | 2003–2018 | 2005–2019 | 2004–2018 | 2009–2019 | | 2009–2019 | 2009–2019 | | 2009–2019 |
| Afghanistan | 62 | 28 | – | – | – | – | 63 | 37 | 0.58 |
| Albania | 16 | 12 | – | 94 | 97 | 1.03 | 84 | 89 | 1.06 |
| Algeria | 10 | 3 | – | – | – | – | – | – | – |
| Angola | 163 | 30 | – | 92 | 71 | 0.78 | 13 | 10 | 0.80 |
| Antigua and Barbuda | 28 | – | – | 96 | 99 | 1.02 | 88 | 90 | 1.02 |
| Argentina | 54 | – | – | – | – | – | 89 | 93 | 1.05 |
| Armenia | 21 | 5 | – | 91 | 91 | 1.00 | 87 | 88 | 1.01 |
| Aruba | 26 | – | – | 94 | 98 | 1.04 | 73 | 81 | 1.10 |
| Australia | 10 | – | – | 96 | 97 | 1.01 | 92 | 93 | 1.01 |
| Austria | 7 | – | – | 88 | 90 | 1.02 | 87 | 87 | 1.00 |
| Azerbaijan | 45 | 11 | – | 93 | 92 | 1.00 | 89 | 88 | 0.99 |
| Bahamas | 29 | – | – | 73 | 75 | 1.03 | 60 | 65 | 1.09 |
| Bahrain | 14 | – | – | 99 | 97 | 0.98 | 87 | 94 | 1.08 |
| Bangladesh | 74 | 59 | – | – | – | – | 61 | 72 | 1.18 |
| Barbados | 50 | 29 | – | 99 | 98 | 0.98 | 91 | 97 | 1.07 |
| Belarus | 14 | 5 | – | 95 | 95 | 1.00 | 95 | 96 | 1.01 |
| Belgium | 6 | – | – | 99 | 99 | 1.00 | 95 | 95 | 1.00 |
| Belize | 64 | 34 | – | 99 | 99 | 1.00 | 69 | 73 | 1.06 |
| Benin | 108 | 31 | 2 | – | – | – | 53 | 40 | 0.75 |
| Bhutan | 28 | 26 | – | 89 | 91 | 1.02 | 64 | 77 | 1.19 |
| Bolivia (Plurinational State of) | 71 | 20 | – | 93 | 93 | 1.00 | 76 | 77 | 1.01 |
| Bosnia and Herzegovina | 11 | 4 | – | – | – | – | – | – | – |
| Botswana | 50 | – | – | 87 | 89 | 1.02 | – | – | – |
| Brazil | 53 | 26 | – | 97 | 97 | 1.00 | 80 | 83 | 1.04 |
| Brunei Darussalam | 10 | – | – | – | – | – | 81 | 84 | 1.03 |
| Bulgaria | 38 | – | – | 88 | 88 | 1.00 | 90 | 88 | 0.97 |
| Burkina Faso | 132 | 52 | 58 | 80 | 78 | 0.98 | 30 | 32 | 1.04 |
| Burundi | 58 | 19 | – | 92 | 95 | 1.03 | 24 | 31 | 1.29 |
| Cambodia | 57 | 19 | – | 91 | 91 | 1.00 | – | – | – |
| Cameroon, Republic of | 119 | 31 | 0.4 | 97 | 89 | 0.91 | 49 | 43 | 0.88 |
| Canada | 8 | – | – | – | – | – | 100 | 100 | 1.00 |

ADOLESCENTI E GIOVANI

| Paesi, territori, altre aree | Tasso di maternità tra le adolescenti ogni 1.000 ragazze di 15-19 anni | Matrimonio precoce entro i 18 anni di età, percentuale | Prevalenza di MGF tra le ragazze di 15-19 anni, percentuale | Tasso netto rettificato di iscrizione, istruzione primaria, percentuale, 2018 | | Indice di parità di genere, istruzione primaria | Tasso netto di iscrizione, istruzione secondaria, percentuale, 2018 | | Indice di parità di genere, istruzione secondaria |
|-----------------------------------|--|--|---|---|---------|---|---|---------|---|
| | 2003-2018 | 2005-2019 | 2004-2018 | maschi | femmine | 2009-2019 | maschi | femmine | 2009-2019 |
| Cape Verde | 80 | 18 | - | 94 | 93 | 0.98 | 66 | 74 | 1.12 |
| Central African Republic | 229 | 68 | 18 | 72 | 56 | 0.77 | 16 | 10 | 0.62 |
| Chad | 179 | 67 | 32 | 83 | 64 | 0.78 | 25 | 12 | 0.48 |
| Chile | 26 | - | - | 95 | 95 | 1.00 | 87 | 90 | 1.03 |
| China | 9 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| China, Hong Kong SAR | 2 | - | - | - | - | - | 96 | 97 | 1.01 |
| China, Macao SAR | 3 | - | - | 96 | 96 | 1.00 | 85 | 88 | 1.05 |
| Colombia | 61 | 23 | - | 97 | 98 | 1.01 | 75 | 80 | 1.07 |
| Comoros | 70 | 32 | - | 82 | 82 | 1.00 | 49 | 52 | 1.05 |
| Congo, Democratic Republic of the | 138 | 37 | - | - | - | - | - | - | - |
| Congo, Republic of the | 111 | 27 | - | 85 | 93 | 1.09 | - | - | - |
| Costa Rica | 50 | 21 | - | 97 | 97 | 1.00 | 81 | 84 | 1.05 |
| Côte d'Ivoire | 123 | 27 | 27 | 98 | 90 | 0.92 | 45 | 35 | 0.77 |
| Croatia | 9 | - | - | 96 | 98 | 1.02 | 91 | 94 | 1.04 |
| Cuba | 52 | 26 | - | 98 | 98 | 1.00 | 82 | 87 | 1.06 |
| Curaçao | 23 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Cyprus | 4 | - | - | 97 | 98 | 1.01 | 95 | 95 | 1.00 |
| Czechia | 12 | - | - | 87 | 89 | 1.03 | 90 | 91 | 1.02 |
| Denmark | 3 | - | - | 98 | 99 | 1.01 | 90 | 92 | 1.03 |
| Djibouti | 21 | 5 | 80 | 67 | 67 | 1.00 | 38 | 37 | 0.97 |
| Dominica | 48 | - | - | 90 | 93 | 1.04 | 84 | 91 | 1.08 |
| Dominican Republic | 51 | 36 | - | 94 | 94 | 1.00 | 67 | 75 | 1.12 |
| Ecuador | 71 | 20 | - | - | - | - | 83 | 86 | 1.03 |
| Egypt | 52 | 17 | 70 | 98 | 99 | 1.00 | 82 | 83 | 1.01 |
| El Salvador | 74 | 26 | - | 81 | 82 | 1.01 | 61 | 63 | 1.02 |
| Equatorial Guinea | 176 | 30 | - | 44 | 45 | 1.02 | - | - | - |
| Eritrea | 76 | 41 | 69 | 54 | 49 | 0.91 | 43 | 40 | 0.94 |
| Estonia | 11 | - | - | 93 | 95 | 1.01 | 93 | 95 | 1.02 |
| Eswatini | 87 | 5 | - | 83 | 82 | 1.00 | 36 | 47 | 1.30 |
| Ethiopia | 80 | 40 | 47 | 88 | 82 | 0.93 | 31 | 30 | 0.97 |
| Fiji | 23 | - | - | 99 | 99 | 0.99 | 80 | 89 | 1.10 |
| Finland | 5 | - | - | 99 | 99 | 1.00 | 96 | 96 | 1.01 |
| France | 9 | - | - | 99 | 100 | 1.01 | 94 | 95 | 1.01 |
| French Guiana | 76 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| French Polynesia | 42 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Gabon | 91 | 22 | - | - | - | - | - | - | - |
| Gambia | 86 | 26 | 75 | 78 | 86 | 1.10 | - | - | - |
| Georgia | 32 | 14 | - | 98 | 98 | 1.01 | 95 | 97 | 1.02 |
| Germany | 6 | - | - | 90 | 92 | 1.02 | 86 | 85 | 0.99 |
| Ghana | 75 | 21 | 2 | 86 | 87 | 1.01 | 57 | 58 | 1.02 |
| Greece | 9 | - | - | 98 | 98 | 1.00 | 94 | 93 | 0.98 |
| Grenada | 36 | - | - | - | - | - | 93 | 83 | 0.89 |
| Guadeloupe | 16 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Guam | 35 | - | - | - | - | - | - | - | - |

Monitoraggio degli obiettivi della ICPD: dignità e diritti umani

ADOLESCENTI E GIOVANI

| Paesi, territori, altre aree | Tasso di maternità tra le adolescenti ogni 1.000 ragazze di 15-19 anni | Matrimonio precoce entro i 18 anni di età, percentuale | Prevalenza di MGF tra le ragazze di 15-19 anni, percentuale | Tasso netto rettificato di iscrizione, istruzione primaria, percentuale, 2018 | | Indice di parità di genere, istruzione primaria | Tasso netto di iscrizione, istruzione secondaria, percentuale, 2018 | | Indice di parità di genere, istruzione secondaria |
|--|--|--|---|---|---------|---|---|---------|---|
| | 2003-2018 | 2005-2019 | 2004-2018 | maschi | femmine | 2009-2019 | maschi | femmine | 2009-2019 |
| Guatemala | 79 | 30 | - | 89 | 90 | 1.01 | 45 | 43 | 0.96 |
| Guinea | 120 | 47 | 92 | 85 | 71 | 0.83 | 39 | 26 | 0.66 |
| Guinea-Bissau | 106 | 24 | 42 | 75 | 71 | 0.95 | - | - | - |
| Guyana | 74 | 30 | - | 97 | 94 | 0.97 | 80 | 84 | 1.05 |
| Haiti | 55 | 15 | - | - | - | - | - | - | - |
| Honduras | 89 | 34 | - | 80 | 81 | 1.02 | 41 | 47 | 1.14 |
| Hungary | 23 | - | - | 96 | 97 | 1.00 | 89 | 90 | 1.01 |
| Iceland | 6 | - | - | 100 | 99 | 1.00 | 90 | 92 | 1.02 |
| India | 11 | 27 | - | 97 | 99 | 1.02 | 61 | 62 | 1.02 |
| Indonesia | 36 | 16 | - | 97 | 92 | 0.95 | 78 | 80 | 1.03 |
| Iran (Islamic Republic of) | 33 | 17 | - | 98 | 98 | 0.99 | 82 | 80 | 0.98 |
| Iraq | 82 | 28 | 4 | - | - | - | - | - | - |
| Ireland | 7 | - | - | - | - | - | 97 | 99 | 1.01 |
| Israel | 10 | - | - | - | - | - | 98 | 100 | 1.02 |
| Italy | 4 | - | - | 97 | 97 | 1.00 | 94 | 95 | 1.01 |
| Jamaica | 52 | 8 | - | 81 | 82 | 1.01 | 72 | 76 | 1.06 |
| Japan | 3 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Jordan | 27 | 10 | - | 82 | 80 | 0.98 | 62 | 64 | 1.03 |
| Kazakhstan | 26 | 7 | - | - | - | - | 93 | 93 | 1.01 |
| Kenya | 96 | 23 | 11 | 79 | 83 | 1.04 | 49 | 46 | 0.93 |
| Kiribati | 49 | 20 | - | - | - | - | - | - | - |
| Korea, Democratic People's Republic of | 1 | - | - | 98 | 98 | 1.00 | - | - | - |
| Korea, Republic of | 1 | - | - | 98 | 98 | 1.00 | 98 | 98 | 1.00 |
| Kuwait | 6 | - | - | 84 | 93 | 1.11 | 85 | 89 | 1.05 |
| Kyrgyzstan | 34 | 13 | - | 98 | 97 | 0.99 | 85 | 84 | 0.99 |
| Lao People's Democratic Republic | 83 | 33 | - | 92 | 91 | 0.98 | 61 | 59 | 0.98 |
| Latvia | 16 | - | - | 96 | 98 | 1.01 | 93 | 95 | 1.02 |
| Lebanon | 13 | 6 | - | - | - | - | - | - | - |
| Lesotho | 94 | 16 | - | 90 | 92 | 1.02 | 33 | 50 | 1.53 |
| Liberia ^a | 150 | 36 | 26 | 44 | 45 | 1.01 | 17 | 15 | 0.87 |
| Libya | 11 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Lithuania | 13 | - | - | - | - | - | 98 | 98 | 1.00 |
| Luxembourg | 4 | - | - | 98 | 98 | 1.01 | 82 | 85 | 1.04 |
| Madagascar | 152 | 40 | - | - | - | - | 29 | 31 | 1.08 |
| Malawi | 138 | 42 | - | - | - | - | 34 | 35 | 1.03 |
| Malaysia | 9 | - | - | 100 | 100 | 1.00 | 69 | 75 | 1.09 |
| Maldives | 9 | 2 | 1 | 94 | 96 | 1.02 | - | - | - |
| Mali | 164 | 54 | 86 | 62 | 56 | 0.90 | 33 | 27 | 0.81 |
| Malta | 13 | - | - | - | - | - | 92 | 94 | 1.03 |
| Martinique | 17 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Mauritania | 84 | 37 | 63 | 79 | 81 | 1.03 | 30 | 32 | 1.05 |
| Mauritius | 24 | - | - | 95 | 97 | 1.02 | 82 | 87 | 1.07 |
| Mexico | 71 | 26 | - | - | - | - | 80 | 83 | 1.03 |
| Micronesia (Federated States of) | 44 | - | - | 85 | 86 | 1.00 | - | - | - |
| Moldova, Republic of | 21 | 12 | - | 90 | 90 | 1.01 | 78 | 78 | 0.99 |

Monitoraggio degli obiettivi della ICPD: dignità e diritti umani

ADOLESCENTI E GIOVANI

| Paesi, territori, altre aree | Tasso di maternità tra le adolescenti ogni 1.000 ragazze di 15-19 anni | Matrimonio precoce entro i 18 anni di età, percentuale | Prevalenza di MGF tra le ragazze di 15-19 anni, percentuale | Tasso netto rettificato di iscrizione, istruzione primaria, percentuale, 2018 | | Indice di parità di genere, istruzione primaria | Tasso netto di iscrizione, istruzione secondaria, percentuale, 2018 | | Indice di parità di genere, istruzione secondaria |
|----------------------------------|--|--|---|---|---------|---|---|---------|---|
| | 2003-2018 | 2005-2019 | 2004-2018 | maschi | femmine | 2009-2019 | maschi | femmine | 2009-2019 |
| Mongolia | 33 | 12 | - | 97 | 96 | 0.99 | - | - | - |
| Montenegro | 10 | 6 | - | 96 | 97 | 1.01 | 88 | 90 | 1.01 |
| Morocco | 19 | 14 | - | 97 | 97 | 1.00 | 64 | 64 | 1.00 |
| Mozambique | 180 | 53 | - | 95 | 92 | 0.97 | 19 | 19 | 1.00 |
| Myanmar | 28 | 16 | - | 90 | 88 | 0.99 | 61 | 67 | 1.08 |
| Namibia | 64 | 7 | - | 95 | 98 | 1.03 | - | - | - |
| Nepal | 88 | 40 | - | - | - | - | 61 | 63 | 1.03 |
| Netherlands | 3 | - | - | 99 | 99 | 1.01 | 93 | 94 | 1.01 |
| New Caledonia | 15 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| New Zealand | 14 | - | - | 98 | 99 | 1.01 | 96 | 98 | 1.02 |
| Nicaragua | 92 | 35 | - | 95 | 98 | 1.03 | 45 | 52 | 1.17 |
| Niger | 154 | 76 | 1 | 69 | 58 | 0.85 | 23 | 17 | 0.74 |
| Nigeria | 106 | 43 | 14 | 72 | 60 | 0.84 | - | - | - |
| North Macedonia | 15 | 7 | - | 96 | 96 | 1.00 | - | - | - |
| Norway | 3 | - | - | 100 | 100 | 1.00 | 96 | 96 | 1.00 |
| Oman | 12 | 4 | - | 98 | 100 | 1.02 | 99 | 93 | 0.94 |
| Pakistan | 46 | 18 | - | 74 | 62 | 0.84 | 40 | 34 | 0.85 |
| Palestine ¹ | 48 | 15 | - | 97 | 97 | 1.00 | 83 | 91 | 1.09 |
| Panama | 76 | 26 | - | 87 | 86 | 0.99 | 62 | 66 | 1.07 |
| Papua New Guinea | 68 | 27 | - | 78 | 73 | 0.93 | 35 | 29 | 0.82 |
| Paraguay | 72 | 22 | - | 88 | 88 | 1.00 | 66 | 66 | 1.00 |
| Peru | 44 | 17 | - | 96 | 97 | 1.01 | 91 | 88 | 0.96 |
| Philippines | 39 | 17 | - | 95 | 95 | 1.00 | 60 | 71 | 1.19 |
| Poland | 11 | - | - | 97 | 97 | 1.00 | 94 | 94 | 1.00 |
| Portugal | 8 | - | - | 98 | 97 | 0.99 | 94 | 95 | 1.01 |
| Puerto Rico | 22 | - | - | 77 | 80 | 1.04 | 73 | 79 | 1.09 |
| Qatar | 9 | 4 | - | 97 | 99 | 1.03 | 96 | 92 | 0.96 |
| Réunion | 30 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Romania | 38 | - | - | 86 | 86 | 1.00 | 82 | 83 | 1.01 |
| Russian Federation | 22 | - | - | 97 | 98 | 1.01 | 90 | 91 | 1.01 |
| Rwanda | 41 | 7 | - | 95 | 96 | 1.01 | 33 | 39 | 1.18 |
| Saint Kitts and Nevis | 46 | - | - | - | - | - | 96 | 100 | 1.04 |
| Saint Lucia | 36 | 24 | - | 97 | 100 | 1.03 | 81 | 82 | 1.01 |
| Saint Vincent and the Grenadines | 52 | - | - | - | - | - | 87 | 92 | 1.05 |
| Samoa | 39 | 11 | - | - | - | - | 82 | 90 | 1.10 |
| San Marino | 1 | - | - | - | - | - | 70 | 63 | 0.89 |
| São Tomé and Príncipe | 92 | 35 | - | 94 | 94 | 1.00 | 62 | 69 | 1.12 |
| Saudi Arabia | 9 | - | - | 95 | 95 | 1.00 | 99 | 94 | 0.96 |
| Senegal | 78 | 29 | 21 | 72 | 81 | 1.12 | 36 | 39 | 1.10 |
| Serbia | 15 | 3 | - | 98 | 98 | 1.00 | 92 | 93 | 1.01 |
| Seychelles | 68 | - | - | - | - | - | 78 | 83 | 1.06 |
| Sierra Leone | 101 | 30 | 64 | 98 | 98 | 1.00 | 43 | 41 | 0.96 |
| Singapore | 3 | - | - | - | - | - | 100 | 100 | 1.00 |
| Sint Maarten | - | - | - | - | - | - | 68 | 72 | 1.06 |
| Slovakia | 27 | - | - | 82 | 84 | 1.02 | 84 | 85 | 1.01 |

Monitoraggio degli obiettivi della ICPD: dignità e diritti umani

ADOLESCENTI E GIOVANI

| Paesi, territori, altre aree | Tasso di maternità tra le adolescenti ogni 1.000 ragazze di 15-19 anni | Matrimonio precoce entro i 18 anni di età, percentuale | Prevalenza di MGF tra le ragazze di 15-19 anni, percentuale | Tasso netto rettificato di iscrizione, istruzione primaria, percentuale, 2018 | | Indice di parità di genere, istruzione primaria | Tasso netto di iscrizione, istruzione secondaria, percentuale, 2018 | | Indice di parità di genere, istruzione secondaria |
|-------------------------------------|--|--|---|---|---------|---|---|---------|---|
| | 2003-2018 | 2005-2019 | 2004-2018 | maschi | femmine | 2009-2019 | maschi | femmine | 2009-2019 |
| Slovenia | 4 | - | - | 98 | 99 | 1.01 | 95 | 97 | 1.02 |
| Solomon Islands | 78 | 21 | - | 67 | 68 | 1.01 | - | - | - |
| Somalia | 123 | 45 | 97 | - | - | - | - | - | - |
| South Africa | 41 | 4 | - | 90 | 95 | 1.05 | 65 | 79 | 1.20 |
| South Sudan | 158 | 52 | - | 40 | 30 | 0.76 | 6 | 4 | 0.70 |
| Spain | 7 | - | - | 97 | 98 | 1.01 | 96 | 98 | 1.02 |
| Sri Lanka | 21 | 10 | - | 98 | 97 | 0.98 | 90 | 92 | 1.03 |
| Sudan | 87 | 34 | 82 | 62 | 61 | 0.98 | 32 | 31 | 0.95 |
| Suriname | 57 | 36 | - | 84 | 88 | 1.04 | 52 | 64 | 1.23 |
| Sweden | 5 | - | - | - | - | - | 100 | 99 | 1.00 |
| Switzerland | 2 | - | - | 99 | 100 | 1.01 | 87 | 84 | 0.97 |
| Syrian Arab Republic | 54 | 13 | - | 73 | 71 | 0.98 | 49 | 48 | 0.98 |
| Tajikistan | 54 | 9 | - | 98 | 97 | 0.99 | 87 | 79 | 0.90 |
| Tanzania, United Republic of | 139 | 31 | 5 | 81 | 84 | 1.04 | 26 | 27 | 1.06 |
| Thailand | 38 | 23 | - | 98 | 98 | 1.00 | 77 | 78 | 1.01 |
| Timor-Leste, Democratic Republic of | 42 | 15 | - | 94 | 97 | 1.03 | 59 | 67 | 1.14 |
| Togo | 89 | 25 | 1 | 97 | 92 | 0.95 | 49 | 33 | 0.69 |
| Tonga | 30 | 6 | - | - | - | - | 81 | 84 | 1.04 |
| Trinidad and Tobago | 38 | 11 | - | 99 | 98 | 0.99 | - | - | - |
| Tunisia | 4 | 2 | - | 97 | 100 | 1.02 | - | - | - |
| Turkey | 21 | 15 | - | 95 | 95 | 0.99 | 88 | 86 | 0.97 |
| Turkmenistan | 28 | 6 | - | - | - | - | - | - | - |
| Turks and Caicos Islands | 15 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Tuvalu | 27 | 10 | - | 91 | 84 | 0.92 | 62 | 71 | 1.14 |
| Uganda | 132 | 34 | 0.1 | 94 | 97 | 1.03 | - | - | - |
| Ukraine | 19 | 9 | - | 91 | 93 | 1.02 | 85 | 86 | 1.01 |
| United Arab Emirates | 5 | - | - | 92 | 95 | 1.03 | 95 | 90 | 0.95 |
| United Kingdom | 12 | - | - | 100 | 99 | 1.00 | 97 | 97 | 1.00 |
| United States of America | 19 | - | - | 96 | 96 | 1.00 | 92 | 93 | 1.01 |
| United States Virgin Islands | 25 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Uruguay | 36 | 25 | - | 97 | 97 | 1.00 | 85 | 91 | 1.07 |
| Uzbekistan | 19 | 7 | - | 98 | 96 | 0.99 | 91 | 90 | 0.99 |
| Vanuatu | 51 | 21 | - | 92 | 93 | 1.01 | 48 | 50 | 1.04 |
| Venezuela (Bolivarian Republic of) | 95 | - | - | 90 | 90 | 1.00 | 70 | 77 | 1.10 |
| Viet Nam | 30 | 11 | - | - | - | - | - | - | - |
| Western Sahara | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Yemen | 67 | 32 | 16 | 90 | 79 | 0.88 | 55 | 40 | 0.73 |
| Zambia | 135 | 29 | - | 83 | 87 | 1.05 | - | - | - |
| Zimbabwe | 78 | 34 | - | - | - | - | 49 | 49 | 0.99 |

NOTE

- Dati non disponibili.
- a Percentuale di ragazze tra i 15-19 anni che fanno parte della società segreta Sande. L'appartenenza alla società Sande è un indicatore indiretto della mutilazione dei genitali femminili.
- b L'anno di riferimento è il 2017.
- 1 Il 29 novembre 2012, l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha approvato la Risoluzione 67/19, che ha accordato alla Palestina lo status di "Paese osservatore non membro" nelle Nazioni Unite.

DEFINIZIONI DEGLI INDICATORI

Tasso di maternità tra le adolescenti: numero di nascite ogni 1.000 adolescenti di 15-19 anni (Indicatore SDG 3.7.2).

Matrimonio precoce, entro i 18 anni di età: proporzione di donne di 20-24 anni sposate o in unione di fatto entro i 18 anni di età. (Indicatore SDG 5.3.1).

Prevalenza di MGF tra le ragazze di 15-19 anni: proporzione di ragazze di 15-19 anni che hanno subito la mutilazione genitale femminile. (Indicatore SDG 5.3.2).

Tasso netto rettificato di iscrizione, istruzione primaria: percentuale di bambini/e che fanno parte del gruppo ufficiale dei/le bambini/e in età da scuola primaria e che sono iscritti/e a corsi di istruzione primaria o secondaria.

Indice di parità di genere, istruzione primaria: rapporto tra i valori relativi a femmine e maschi del tasso netto rettificato di iscrizione alla scuola primaria.

Tasso netto di iscrizione, istruzione secondaria: percentuale di ragazzi/e che fanno parte del gruppo ufficiale di ragazzi/e in età da scuola secondaria e che sono iscritti/e a corsi di istruzione secondaria.

Indice di parità di genere, istruzione secondaria: rapporto tra i valori relativi a femmine e maschi del tasso netto di iscrizione alla scuola secondaria.

FONTI PRINCIPALI DEI DATI

Tasso di maternità tra le adolescenti: Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione.

Matrimonio precoce, entro i 18 anni di età: totali regionali calcolati da UNFPA sulla base di dati forniti da UNICEF.

Prevalenza di MGF tra le ragazze di 15-19 anni: UNFPA.

Tasso netto rettificato di iscrizione, istruzione primaria: Istituto di Statistica dell'UNESCO (UIS).

Indice di parità di genere, istruzione primaria: Istituto di Statistica dell'UNESCO (UIS).

Tasso netto di iscrizione, istruzione secondaria: Istituto di Statistica dell'UNESCO (UIS).

Indice di parità di genere, istruzione secondaria: Istituto di Statistica dell'UNESCO (UIS).

Indicatori demografici

| | POPOLAZIONE | VARIAZIONE DELLA POPOLAZIONE | COMPOSIZIONE DELLA POPOLAZIONE | | | | RAPPORTO TRA I DUE SESSI | FECONDITÀ | ASPETTATIVA DI VITA |
|-------------------------------------|--------------------------------|--|---------------------------------------|--|--|---|---|--------------------------------------|---|
| | Popolazione totale, in milioni | Tasso medio annuale di variazione della popolazione, percentuale | Popolazione di 0-14 anni, percentuale | Popolazione di 10-24 anni, percentuale | Popolazione di 15-64 anni, percentuale | Popolazione di 65 anni o più, percentuale | Rapporto tra i due sessi, alla nascita, per ogni nata femmina | Tasso di fecondità totale, per donna | Aspettativa di vita alla nascita (anni) |
| Mondo e aree regionali | 2020 | 2015-2020 | 2020 | 2020 | 2020 | 2020 | 2017 | 2020 | 2020 |
| Mondo | 7,795 | 1.1 | 25.4 | 23.7 | 65.2 | 9.3 | 1.068 | 2.4 | 73 |
| Regioni più sviluppate | 1,273 | 0.3 | 16.4 | 16.6 | 64.3 | 19.3 | - | 1.6 | 80 |
| Regioni meno sviluppate | 6,521 | 1.3 | 27.2 | 25.1 | 65.4 | 7.4 | - | 2.6 | 71 |
| Paesi meno sviluppati | 1,057 | 2.3 | 38.8 | 31.8 | 57.6 | 3.6 | - | 3.9 | 66 |
| Regioni UNFPA | | | | | | | | | |
| Stati Arabi | 377 | 1.9 | 34.0 | 27.6 | 61.0 | 5.0 | - | 3.3 | 72 |
| Asia e Pacifico | 4,083 | 0.9 | 23.6 | 23.5 | 68.0 | 8.4 | - | 2.1 | 73 |
| Europa orientale e Asia centrale | 250 | 0.9 | 23.4 | 21.2 | 66.3 | 10.2 | - | 2.1 | 74 |
| America Latina e Caraibi | 650 | 1.0 | 23.9 | 24.5 | 67.2 | 8.9 | - | 2.0 | 76 |
| Africa orientale e meridionale | 617 | 2.6 | 41.2 | 32.3 | 55.6 | 3.2 | - | 4.2 | 64 |
| Africa occidentale e centrale | 459 | 2.7 | 43.1 | 32.2 | 54.1 | 2.8 | - | 5.0 | 58 |
| Paesi, territori, altre aree | 2020 | 2015-2020 | 2020 | 2020 | 2020 | 2020 | 2017 | 2020 | 2020 |
| Afghanistan | 38.9 | 2.5 | 41.8 | 35.3 | 55.5 | 2.6 | 1.059 | 4.2 | 65 |
| Albania | 2.9 | -0.1 | 17.2 | 20.5 | 68.1 | 14.7 | 1.083 | 1.6 | 79 |
| Algeria | 43.9 | 2.0 | 30.8 | 22.2 | 62.5 | 6.7 | 1.044 | 2.9 | 77 |
| Angola | 32.9 | 3.3 | 46.4 | 32.8 | 51.4 | 2.2 | 1.027 | 5.4 | 61 |
| Antigua and Barbuda | 0.1 | 0.9 | 21.8 | 21.9 | 68.8 | 9.3 | 1.031 | 2.0 | 77 |
| Argentina | 45.2 | 1.0 | 24.4 | 23.5 | 64.2 | 11.4 | 1.057 | 2.2 | 77 |
| Armenia | 3.0 | 0.3 | 20.8 | 18.4 | 67.4 | 11.8 | 1.117 | 1.8 | 75 |
| Aruba ¹ | 0.1 | 0.5 | 17.4 | 20.2 | 68.0 | 14.6 | 1.045 | 1.9 | 76 |
| Australia ² | 25.5 | 1.3 | 19.3 | 18.5 | 64.5 | 16.2 | 1.057 | 1.8 | 84 |
| Austria | 9.0 | 0.7 | 14.4 | 15.4 | 66.4 | 19.2 | 1.064 | 1.6 | 82 |
| Azerbaijan ³ | 10.1 | 1.0 | 23.5 | 20.3 | 69.7 | 6.7 | 1.134 | 2.0 | 73 |
| Bahamas | 0.4 | 1.0 | 21.6 | 24.7 | 70.6 | 7.7 | 1.029 | 1.7 | 74 |
| Bahrain | 1.7 | 4.3 | 18.3 | 16.1 | 79.1 | 2.7 | 1.041 | 1.9 | 77 |
| Bangladesh | 164.7 | 1.1 | 26.8 | 27.9 | 68.0 | 5.2 | 1.055 | 2.0 | 73 |
| Barbados | 0.3 | 0.1 | 16.8 | 19.2 | 66.5 | 16.7 | 1.037 | 1.6 | 79 |
| Belarus | 9.4 | 0.0 | 17.2 | 14.3 | 67.2 | 15.6 | 1.063 | 1.7 | 75 |
| Belgium | 11.6 | 0.5 | 17.0 | 17.0 | 63.7 | 19.3 | 1.050 | 1.7 | 82 |
| Belize | 0.4 | 1.9 | 29.2 | 29.5 | 65.8 | 5.0 | 1.050 | 2.2 | 75 |
| Benin | 12.1 | 2.7 | 41.9 | 32.1 | 54.8 | 3.3 | 1.042 | 4.7 | 62 |
| Bhutan | 0.8 | 1.2 | 24.9 | 27.3 | 68.9 | 6.2 | 1.051 | 1.9 | 72 |
| Bolivia (Plurinational State of) | 11.7 | 1.4 | 30.2 | 28.8 | 62.3 | 7.5 | 1.042 | 2.7 | 72 |
| Bosnia and Herzegovina | 3.3 | -0.9 | 14.5 | 17.1 | 67.6 | 17.9 | 1.067 | 1.2 | 78 |
| Botswana | 2.4 | 2.1 | 33.4 | 28.7 | 62.1 | 4.5 | 1.031 | 2.8 | 70 |
| Brazil | 212.6 | 0.8 | 20.7 | 22.7 | 69.7 | 9.6 | 1.044 | 1.7 | 76 |
| Brunei Darussalam | 0.4 | 1.1 | 22.3 | 22.9 | 72.1 | 5.6 | 1.072 | 1.8 | 76 |
| Bulgaria | 6.9 | -0.7 | 14.7 | 14.2 | 63.9 | 21.5 | 1.061 | 1.6 | 75 |
| Burkina Faso | 20.9 | 2.9 | 44.4 | 33.2 | 53.2 | 2.4 | 1.041 | 5.0 | 62 |
| Burundi | 11.9 | 3.1 | 45.3 | 31.7 | 52.4 | 2.4 | 1.023 | 5.2 | 62 |
| Cambodia | 16.7 | 1.5 | 30.9 | 27.7 | 64.2 | 4.9 | 1.052 | 2.5 | 70 |
| Cameroon, Republic of | 26.5 | 2.6 | 42.1 | 32.4 | 55.2 | 2.7 | 1.026 | 4.4 | 60 |
| Canada | 37.7 | 0.9 | 15.8 | 16.8 | 66.1 | 18.1 | 1.056 | 1.5 | 83 |
| Cape Verde | 0.6 | 1.2 | 28.1 | 26.2 | 67.1 | 4.8 | 1.033 | 2.2 | 73 |

| Paesi, territori, altre aree | POPOLAZIONE | VARIAZIONE DELLA POPOLAZIONE | COMPOSIZIONE DELLA POPOLAZIONE | | | | RAPPORTO TRA I DUE SESSI | FECONDITÀ | ASPETTATIVA DI VITA |
|-----------------------------------|--------------------------------|--|---------------------------------------|--|--|---|---|--------------------------------------|---|
| | Popolazione totale, in milioni | Tasso medio annuale di variazione della popolazione, percentuale | Popolazione di 0-14 anni, percentuale | Popolazione di 10-24 anni, percentuale | Popolazione di 15-64 anni, percentuale | Popolazione di 65 anni o più, percentuale | Rapporto tra i due sessi, alla nascita, per ogni nata femmina | Tasso di fecondità totale, per donna | Aspettativa di vita alla nascita (anni) |
| | 2020 | 2015-2020 | 2020 | 2020 | 2020 | 2020 | 2017 | 2020 | 2020 |
| Central African Republic | 4.8 | 1.4 | 43.5 | 36.2 | 53.7 | 2.8 | 1.031 | 4.6 | 54 |
| Chad | 16.4 | 3.0 | 46.5 | 33.9 | 51.0 | 2.5 | 1.039 | 5.6 | 55 |
| Chile | 19.1 | 1.2 | 19.2 | 20.4 | 68.5 | 12.2 | 1.043 | 1.6 | 80 |
| China ⁴ | 1,439.3 | 0.5 | 17.7 | 17.6 | 70.3 | 12.0 | 1.143 | 1.7 | 77 |
| China, Hong Kong SAR ⁵ | 7.5 | 0.8 | 12.7 | 12.4 | 69.1 | 18.2 | 1.078 | 1.4 | 85 |
| China, Macao SAR ⁶ | 0.6 | 1.5 | 14.4 | 12.8 | 73.7 | 12.0 | 1.084 | 1.2 | 84 |
| Colombia | 50.9 | 1.4 | 22.2 | 24.6 | 68.8 | 9.1 | 1.045 | 1.8 | 77 |
| Comoros | 0.9 | 2.2 | 39.0 | 31.1 | 57.9 | 3.1 | 1.032 | 4.1 | 65 |
| Congo, Democratic Republic of the | 89.6 | 3.2 | 45.8 | 32.1 | 51.2 | 3.0 | 1.022 | 5.7 | 61 |
| Congo, Republic of the | 5.5 | 2.6 | 41.3 | 31.4 | 56.0 | 2.8 | 1.025 | 4.3 | 65 |
| Costa Rica | 5.1 | 1.0 | 20.8 | 22.0 | 68.9 | 10.3 | 1.043 | 1.7 | 80 |
| Côte d'Ivoire | 26.4 | 2.5 | 41.5 | 32.8 | 55.6 | 2.9 | 1.030 | 4.5 | 58 |
| Croatia | 4.1 | -0.6 | 14.5 | 15.7 | 64.2 | 21.3 | 1.058 | 1.4 | 79 |
| Cuba | 11.3 | 0.0 | 15.9 | 17.2 | 68.2 | 15.9 | 1.073 | 1.6 | 79 |
| Curaçao ¹ | 0.2 | 0.5 | 18.2 | 18.9 | 64.2 | 17.7 | 1.045 | 1.7 | 79 |
| Cyprus ⁷ | 1.2 | 0.8 | 16.6 | 19.5 | 69.0 | 14.4 | 1.065 | 1.3 | 81 |
| Czechia | 10.7 | 0.2 | 15.8 | 14.3 | 64.1 | 20.1 | 1.055 | 1.7 | 80 |
| Denmark ⁸ | 5.8 | 0.4 | 16.3 | 18.1 | 63.6 | 20.2 | 1.057 | 1.8 | 81 |
| Djibouti | 1.0 | 1.6 | 28.9 | 27.3 | 66.4 | 4.7 | 1.038 | 2.6 | 67 |
| Dominica | 0.1 | 0.2 | - | - | - | - | 1.030 | - | - |
| Dominican Republic | 10.8 | 1.1 | 27.4 | 26.5 | 65.0 | 7.5 | 1.045 | 2.3 | 74 |
| Ecuador | 17.6 | 1.7 | 27.4 | 26.5 | 65.0 | 7.6 | 1.046 | 2.4 | 77 |
| Egypt | 102.3 | 2.0 | 33.9 | 26.2 | 60.7 | 5.3 | 1.054 | 3.2 | 72 |
| El Salvador | 6.5 | 0.5 | 26.6 | 27.7 | 64.8 | 8.7 | 1.064 | 2.0 | 74 |
| Equatorial Guinea | 1.4 | 3.7 | 36.8 | 28.8 | 60.8 | 2.4 | 1.031 | 4.3 | 59 |
| Eritrea | 3.5 | 1.2 | 41.1 | 32.3 | 54.4 | 4.5 | 1.031 | 3.9 | 67 |
| Estonia | 1.3 | 0.2 | 16.5 | 14.7 | 63.1 | 20.4 | 1.057 | 1.6 | 79 |
| Eswatini | 1.2 | 1.0 | 37.4 | 33.6 | 58.5 | 4.0 | 1.027 | 2.9 | 61 |
| Ethiopia | 115.0 | 2.6 | 39.9 | 33.6 | 56.5 | 3.5 | 1.055 | 4.0 | 67 |
| Fiji | 0.9 | 0.6 | 29.0 | 25.7 | 65.2 | 5.8 | 1.069 | 2.7 | 68 |
| Finland ⁹ | 5.5 | 0.2 | 15.9 | 16.6 | 61.6 | 22.6 | 1.051 | 1.5 | 82 |
| France ¹⁰ | 65.3 | 0.3 | 17.7 | 17.7 | 61.6 | 20.8 | 1.049 | 1.8 | 83 |
| French Guiana ¹¹ | 0.3 | 2.7 | 31.8 | 27.7 | 62.6 | 5.6 | 1.035 | 3.3 | 80 |
| French Polynesia ¹¹ | 0.3 | 0.6 | 22.2 | 23.4 | 68.7 | 9.1 | 1.055 | 1.9 | 78 |
| Gabon | 2.2 | 2.7 | 37.3 | 27.1 | 59.2 | 3.5 | 1.020 | 3.9 | 67 |
| Gambia | 2.4 | 2.9 | 44.0 | 32.5 | 53.5 | 2.5 | 1.031 | 5.1 | 62 |
| Georgia ¹² | 4.0 | -0.2 | 20.2 | 17.7 | 64.5 | 15.3 | 1.065 | 2.0 | 74 |
| Germany | 83.8 | 0.5 | 14.0 | 14.9 | 64.4 | 21.7 | 1.054 | 1.6 | 81 |
| Ghana | 31.1 | 2.2 | 37.1 | 30.5 | 59.7 | 3.1 | 1.040 | 3.8 | 64 |
| Greece | 10.4 | -0.4 | 13.7 | 15.3 | 64.1 | 22.3 | 1.062 | 1.3 | 82 |
| Grenada | 0.1 | 0.5 | 23.8 | 22.1 | 66.4 | 9.8 | 1.032 | 2.0 | 72 |
| Guadeloupe ¹¹ | 0.4 | 0.0 | 18.4 | 21.7 | 62.2 | 19.4 | 1.032 | 2.1 | 82 |
| Guam ¹³ | 0.2 | 0.8 | 23.9 | 24.3 | 65.6 | 10.5 | 1.073 | 2.3 | 80 |
| Guatemala | 17.9 | 1.9 | 33.3 | 31.7 | 61.6 | 5.0 | 1.039 | 2.8 | 75 |
| Guinea | 13.1 | 2.8 | 43.0 | 34.3 | 54.0 | 3.0 | 1.041 | 4.6 | 62 |

Indicatori demografici

| Paesi, territori, altre aree | POPOLAZIONE | VARIAZIONE DELLA POPOLAZIONE | COMPOSIZIONE DELLA POPOLAZIONE | | | | RAPPORTO TRA I DUE SESSI | FECONDITÀ | ASPETTATIVA DI VITA |
|--|--------------------------------|--|---------------------------------------|--|--|---|---|--------------------------------------|---|
| | Popolazione totale, in milioni | Tasso medio annuale di variazione della popolazione, percentuale | Popolazione di 0-14 anni, percentuale | Popolazione di 10-24 anni, percentuale | Popolazione di 15-64 anni, percentuale | Popolazione di 65 anni o più, percentuale | Rapporto tra i due sessi, alla nascita, per ogni nata femmina | Tasso di fecondità totale, per donna | Aspettativa di vita alla nascita (anni) |
| | 2020 | 2015-2020 | 2020 | 2020 | 2020 | 2020 | 2017 | 2020 | 2020 |
| Guinea-Bissau | 2.0 | 2.5 | 41.9 | 32.1 | 55.2 | 2.9 | 1.036 | 4.3 | 59 |
| Guyana | 0.8 | 0.5 | 27.7 | 28.3 | 65.3 | 7.0 | 1.041 | 2.4 | 70 |
| Haiti | 11.4 | 1.3 | 32.5 | 29.9 | 62.4 | 5.2 | 1.031 | 2.8 | 64 |
| Honduras | 9.9 | 1.7 | 30.6 | 31.1 | 64.4 | 5.0 | 1.052 | 2.4 | 75 |
| Hungary | 9.7 | -0.2 | 14.4 | 15.4 | 65.4 | 20.2 | 1.058 | 1.5 | 77 |
| Iceland | 0.3 | 0.7 | 19.4 | 19.6 | 65.0 | 15.6 | 1.048 | 1.7 | 83 |
| India | 1,380.0 | 1.0 | 26.2 | 27.2 | 67.3 | 6.6 | 1.098 | 2.2 | 70 |
| Indonesia | 273.5 | 1.1 | 25.9 | 25.2 | 67.8 | 6.3 | 1.060 | 2.3 | 72 |
| Iran (Islamic Republic of) | 84.0 | 1.4 | 24.7 | 20.6 | 68.7 | 6.6 | 1.052 | 2.1 | 77 |
| Iraq | 40.2 | 2.5 | 37.7 | 31.1 | 58.8 | 3.4 | 1.053 | 3.5 | 71 |
| Ireland | 4.9 | 1.2 | 20.8 | 19.4 | 64.6 | 14.6 | 1.050 | 1.8 | 82 |
| Israel | 8.7 | 1.6 | 27.8 | 23.4 | 59.8 | 12.4 | 1.058 | 3.0 | 83 |
| Italy | 60.5 | 0.0 | 13.0 | 14.3 | 63.7 | 23.3 | 1.059 | 1.3 | 84 |
| Jamaica | 3.0 | 0.5 | 23.4 | 24.6 | 67.6 | 9.1 | 1.037 | 2.0 | 75 |
| Japan | 126.5 | -0.2 | 12.4 | 13.7 | 59.2 | 28.4 | 1.054 | 1.4 | 85 |
| Jordan | 10.2 | 1.9 | 32.9 | 30.6 | 63.2 | 4.0 | 1.051 | 2.6 | 75 |
| Kazakhstan | 18.8 | 1.3 | 29.1 | 20.3 | 63.0 | 7.9 | 1.061 | 2.7 | 74 |
| Kenya | 53.8 | 2.3 | 38.6 | 33.4 | 58.9 | 2.5 | 1.021 | 3.4 | 67 |
| Kiribati | 0.1 | 1.5 | 35.9 | 28.9 | 59.9 | 4.2 | 1.067 | 3.5 | 69 |
| Korea, Democratic People's Republic of | 25.8 | 0.5 | 19.8 | 21.3 | 70.8 | 9.3 | 1.062 | 1.9 | 72 |
| Korea, Republic of | 51.3 | 0.2 | 12.5 | 15.5 | 71.7 | 15.8 | 1.056 | 1.1 | 83 |
| Kuwait | 4.3 | 2.1 | 21.5 | 17.3 | 75.5 | 3.0 | 1.046 | 2.1 | 76 |
| Kyrgyzstan | 6.5 | 1.8 | 32.6 | 24.8 | 62.6 | 4.7 | 1.060 | 2.9 | 72 |
| Lao People's Democratic Republic | 7.3 | 1.5 | 31.9 | 29.7 | 63.8 | 4.3 | 1.054 | 2.6 | 68 |
| Latvia | 1.9 | -1.1 | 16.4 | 13.7 | 62.9 | 20.7 | 1.059 | 1.7 | 75 |
| Lebanon | 6.8 | 0.9 | 25.1 | 25.3 | 67.4 | 7.5 | 1.052 | 2.1 | 79 |
| Lesotho | 2.1 | 0.8 | 32.2 | 29.5 | 62.8 | 4.9 | 1.027 | 3.1 | 55 |
| Liberia | 5.1 | 2.5 | 40.4 | 32.4 | 56.3 | 3.3 | 1.038 | 4.2 | 64 |
| Libya | 6.9 | 1.4 | 27.8 | 25.1 | 67.7 | 4.5 | 1.056 | 2.2 | 73 |
| Lithuania | 2.7 | -1.5 | 15.5 | 13.8 | 63.9 | 20.6 | 1.053 | 1.7 | 76 |
| Luxembourg | 0.6 | 2.0 | 15.6 | 16.9 | 70.1 | 14.4 | 1.060 | 1.4 | 82 |
| Madagascar | 27.7 | 2.7 | 40.1 | 32.6 | 56.8 | 3.1 | 1.036 | 4.0 | 67 |
| Malawi | 19.1 | 2.7 | 43.0 | 34.4 | 54.4 | 2.6 | 1.013 | 4.1 | 65 |
| Malaysia ¹⁴ | 32.4 | 1.3 | 23.4 | 24.7 | 69.4 | 7.2 | 1.066 | 2.0 | 76 |
| Maldives | 0.5 | 3.4 | 19.6 | 20.4 | 76.8 | 3.6 | 1.066 | 1.8 | 79 |
| Mali | 20.3 | 3.0 | 47.0 | 33.5 | 50.5 | 2.5 | 1.033 | 5.7 | 60 |
| Malta | 0.4 | 0.4 | 14.4 | 14.9 | 64.3 | 21.3 | 1.067 | 1.5 | 83 |
| Martinique ¹¹ | 0.4 | -0.2 | 15.7 | 19.1 | 62.6 | 21.7 | 1.029 | 1.8 | 83 |
| Mauritania | 4.6 | 2.8 | 39.7 | 30.6 | 57.1 | 3.2 | 1.032 | 4.4 | 65 |
| Mauritius ¹⁵ | 1.3 | 0.2 | 16.8 | 21.2 | 70.7 | 12.5 | 1.037 | 1.4 | 75 |
| Mexico | 128.9 | 1.1 | 25.8 | 25.8 | 66.5 | 7.6 | 1.037 | 2.1 | 75 |
| Micronesia (Federated States of) | 0.1 | 1.1 | 31.2 | 30.4 | 64.4 | 4.4 | 1.067 | 3.0 | 68 |
| Moldova, Republic of ¹⁶ | 4.0 | -0.2 | 15.9 | 16.4 | 71.6 | 12.5 | 1.062 | 1.3 | 72 |
| Mongolia | 3.3 | 1.8 | 31.1 | 22.2 | 64.6 | 4.3 | 1.051 | 2.8 | 70 |

| Paesi, territori, altre aree | POPOLAZIONE | VARIAZIONE DELLA POPOLAZIONE | COMPOSIZIONE DELLA POPOLAZIONE | | | | RAPPORTO TRA I DUE SESSI | FECONDITÀ | ASPETTATIVA DI VITA |
|----------------------------------|--------------------------------|--|---------------------------------------|--|--|---|---|--------------------------------------|---|
| | Popolazione totale, in milioni | Tasso medio annuale di variazione della popolazione, percentuale | Popolazione di 0-14 anni, percentuale | Popolazione di 10-24 anni, percentuale | Popolazione di 15-64 anni, percentuale | Popolazione di 65 anni o più, percentuale | Rapporto tra i due sessi, alla nascita, per ogni nata femmina | Tasso di fecondità totale, per donna | Aspettativa di vita alla nascita (anni) |
| | 2020 | 2015-2020 | 2020 | 2020 | 2020 | 2020 | 2017 | 2020 | 2020 |
| Montenegro | 0.6 | 0.0 | 18.0 | 19.1 | 66.2 | 15.8 | 1.072 | 1.7 | 77 |
| Morocco | 36.9 | 1.3 | 26.8 | 24.3 | 65.6 | 7.6 | 1.069 | 2.4 | 77 |
| Mozambique | 31.3 | 2.9 | 44.1 | 33.6 | 53.1 | 2.9 | 1.018 | 4.7 | 61 |
| Myanmar | 54.4 | 0.6 | 25.5 | 27.0 | 68.3 | 6.2 | 1.066 | 2.1 | 67 |
| Namibia | 2.5 | 1.9 | 36.8 | 30.3 | 59.6 | 3.6 | 1.011 | 3.3 | 64 |
| Nepal | 29.1 | 1.5 | 28.8 | 32.1 | 65.4 | 5.8 | 1.073 | 1.8 | 71 |
| Netherlands ¹⁷ | 17.1 | 0.2 | 15.7 | 17.4 | 64.3 | 20.0 | 1.054 | 1.7 | 82 |
| New Caledonia ¹¹ | 0.3 | 1.0 | 22.1 | 23.3 | 68.2 | 9.7 | 1.060 | 1.9 | 78 |
| New Zealand ¹⁸ | 4.8 | 0.9 | 19.4 | 19.7 | 64.2 | 16.4 | 1.056 | 1.9 | 82 |
| Nicaragua | 6.6 | 1.3 | 29.5 | 27.5 | 64.8 | 5.7 | 1.034 | 2.3 | 75 |
| Niger | 24.2 | 3.8 | 49.7 | 33.0 | 47.7 | 2.6 | 1.040 | 6.7 | 63 |
| Nigeria | 206.1 | 2.6 | 43.5 | 31.9 | 53.8 | 2.7 | 1.036 | 5.2 | 55 |
| North Macedonia | 2.1 | 0.0 | 16.3 | 17.5 | 69.2 | 14.5 | 1.073 | 1.5 | 76 |
| Norway ¹⁹ | 5.4 | 0.8 | 17.3 | 18.4 | 65.2 | 17.5 | 1.057 | 1.7 | 83 |
| Oman | 5.1 | 3.6 | 22.5 | 16.8 | 75.0 | 2.5 | 1.043 | 2.8 | 78 |
| Pakistan | 220.9 | 2.0 | 34.8 | 30.0 | 60.8 | 4.3 | 1.064 | 3.4 | 67 |
| Palestine ²⁰ | 5.1 | 2.4 | 38.4 | 31.5 | 58.4 | 3.2 | 1.053 | 3.5 | 74 |
| Panama | 4.3 | 1.7 | 26.5 | 24.9 | 65.0 | 8.5 | 1.050 | 2.4 | 79 |
| Papua New Guinea | 8.9 | 2.0 | 35.1 | 30.8 | 61.3 | 3.6 | 1.067 | 3.5 | 65 |
| Paraguay | 7.1 | 1.3 | 28.9 | 28.2 | 64.3 | 6.8 | 1.051 | 2.4 | 74 |
| Peru | 33.0 | 1.6 | 24.7 | 23.5 | 66.6 | 8.7 | 1.040 | 2.2 | 77 |
| Philippines | 109.6 | 1.4 | 30.0 | 28.7 | 64.4 | 5.5 | 1.080 | 2.5 | 71 |
| Poland | 37.8 | -0.1 | 15.2 | 15.0 | 66.0 | 18.7 | 1.059 | 1.4 | 79 |
| Portugal | 10.2 | -0.3 | 13.1 | 15.3 | 64.2 | 22.8 | 1.054 | 1.3 | 82 |
| Puerto Rico ¹³ | 2.9 | -3.3 | 15.8 | 18.8 | 63.4 | 20.8 | 1.057 | 1.2 | 80 |
| Qatar | 2.9 | 2.3 | 13.6 | 16.2 | 84.7 | 1.7 | 1.044 | 1.8 | 80 |
| Réunion ¹¹ | 0.9 | 0.7 | 22.4 | 22.6 | 64.9 | 12.7 | 1.035 | 2.2 | 81 |
| Romania | 19.2 | -0.7 | 15.5 | 16.0 | 65.2 | 19.2 | 1.061 | 1.6 | 76 |
| Russian Federation | 145.9 | 0.1 | 18.4 | 15.0 | 66.1 | 15.5 | 1.059 | 1.8 | 73 |
| Rwanda | 13.0 | 2.6 | 39.5 | 31.6 | 57.4 | 3.1 | 1.027 | 3.9 | 69 |
| Saint Kitts and Nevis | 0.1 | 0.8 | - | - | - | - | 1.037 | - | - |
| Saint Lucia | 0.2 | 0.5 | 18.0 | 21.9 | 71.8 | 10.3 | 1.036 | 1.4 | 76 |
| Saint Vincent and the Grenadines | 0.1 | 0.3 | 21.9 | 24.1 | 68.2 | 9.9 | 1.029 | 1.9 | 73 |
| Samoa | 0.2 | 0.5 | 37.2 | 29.5 | 57.7 | 5.1 | 1.067 | 3.8 | 73 |
| San Marino | 0.3 | 0.4 | - | - | - | - | 1.067 | - | - |
| São Tomé and Príncipe | 0.2 | 1.9 | 41.8 | 33.2 | 55.2 | 3.0 | 1.028 | 4.2 | 71 |
| Saudi Arabia | 34.8 | 1.9 | 24.7 | 20.7 | 71.8 | 3.5 | 1.050 | 2.2 | 75 |
| Senegal | 16.7 | 2.8 | 42.6 | 32.1 | 54.3 | 3.1 | 1.033 | 4.5 | 68 |
| Serbia ²¹ | 8.7 | -0.3 | 15.4 | 17.5 | 65.6 | 19.1 | 1.071 | 1.4 | 76 |
| Seychelles | 0.1 | 0.7 | 23.8 | 20.6 | 68.2 | 8.1 | 1.034 | 2.4 | 73 |
| Sierra Leone | 8.0 | 2.1 | 40.3 | 32.9 | 56.7 | 2.9 | 1.032 | 4.1 | 55 |
| Singapore | 5.9 | 0.9 | 12.3 | 15.4 | 74.3 | 13.4 | 1.065 | 1.2 | 84 |
| Sint Maarten ¹ | 0.04 | 1.4 | - | - | - | - | - | - | - |
| Slovakia | 5.5 | 0.1 | 15.6 | 15.3 | 67.7 | 16.7 | 1.055 | 1.5 | 78 |
| Slovenia | 2.1 | 0.1 | 15.1 | 14.1 | 64.1 | 20.7 | 1.059 | 1.6 | 81 |

Indicatori demografici

| Paesi, territori, altre aree | POPOLAZIONE | VARIAZIONE DELLA POPOLAZIONE | COMPOSIZIONE DELLA POPOLAZIONE | | | | RAPPORTO TRA I DUE SESSI | FECONDITÀ | ASPETTATIVA DI VITA |
|--|--------------------------------|--|---------------------------------------|--|--|---|---|--------------------------------------|---|
| | Popolazione totale, in milioni | Tasso medio annuale di variazione della popolazione, percentuale | Popolazione di 0-14 anni, percentuale | Popolazione di 10 - 24 anni, percentuale | Popolazione di 15 - 64 anni, percentuale | Popolazione di 65 anni o più, percentuale | Rapporto tra i due sessi, alla nascita, per ogni nata femmina | Tasso di fecondità totale, per donna | Aspettativa di vita alla nascita (anni) |
| | 2020 | 2015-2020 | 2020 | 2020 | 2020 | 2020 | 2017 | 2020 | 2020 |
| Solomon Islands | 0.7 | 2.6 | 40.0 | 30.5 | 56.3 | 3.7 | 1.067 | 4.3 | 73 |
| Somalia | 15.9 | 2.8 | 46.1 | 34.4 | 50.9 | 2.9 | 1.043 | 5.9 | 58 |
| South Africa | 59.3 | 1.4 | 28.8 | 25.9 | 65.7 | 5.5 | 1.031 | 2.4 | 64 |
| South Sudan | 11.2 | 0.9 | 41.3 | 32.6 | 55.3 | 3.4 | 1.034 | 4.5 | 58 |
| Spain ²² | 46.8 | 0.0 | 14.4 | 15.0 | 65.6 | 20.0 | 1.065 | 1.4 | 84 |
| Sri Lanka | 21.4 | 0.5 | 23.7 | 22.8 | 65.1 | 11.2 | 1.039 | 2.2 | 77 |
| Sudan | 43.8 | 2.4 | 39.8 | 32.6 | 56.5 | 3.7 | 1.041 | 4.3 | 66 |
| Suriname | 0.6 | 1.0 | 26.7 | 25.7 | 66.2 | 7.1 | 1.031 | 2.4 | 72 |
| Sweden | 10.1 | 0.7 | 17.6 | 16.5 | 62.0 | 20.3 | 1.058 | 1.8 | 83 |
| Switzerland | 8.7 | 0.8 | 15.0 | 15.2 | 65.9 | 19.1 | 1.055 | 1.5 | 84 |
| Syrian Arab Republic | 17.5 | -0.6 | 30.8 | 28.2 | 64.4 | 4.9 | 1.052 | 2.7 | 74 |
| Tajikistan | 9.5 | 2.4 | 37.3 | 27.5 | 59.6 | 3.2 | 1.061 | 3.5 | 71 |
| Tanzania, United Republic of ²³ | 59.7 | 3.0 | 43.6 | 32.4 | 53.8 | 2.6 | 1.027 | 4.8 | 66 |
| Thailand | 69.8 | 0.3 | 16.6 | 19.1 | 70.5 | 13.0 | 1.064 | 1.5 | 77 |
| Timor-Leste, Democratic Republic of | 1.3 | 1.9 | 36.8 | 33.1 | 58.9 | 4.3 | 1.070 | 3.9 | 70 |
| Togo | 8.3 | 2.5 | 40.6 | 32.1 | 56.5 | 2.9 | 1.028 | 4.2 | 61 |
| Tonga | 0.1 | 1.0 | 34.8 | 31.4 | 59.3 | 5.9 | 1.079 | 3.5 | 71 |
| Trinidad and Tobago | 1.4 | 0.4 | 20.1 | 19.4 | 68.4 | 11.5 | 1.040 | 1.7 | 74 |
| Tunisia | 11.8 | 1.1 | 24.3 | 20.8 | 66.8 | 8.9 | 1.054 | 2.2 | 77 |
| Turkey | 84.3 | 1.4 | 23.9 | 24.1 | 67.1 | 9.0 | 1.054 | 2.0 | 78 |
| Turkmenistan | 6.0 | 1.6 | 30.8 | 24.4 | 64.4 | 4.8 | 1.063 | 2.7 | 68 |
| Turks and Caicos Islands | 0.04 | 1.5 | - | - | - | - | - | - | - |
| Tuvalu | 0.01 | 1.2 | - | - | - | - | 1.068 | - | - |
| Uganda | 45.7 | 3.6 | 46.0 | 34.5 | 52.0 | 2.0 | 1.024 | 4.7 | 64 |
| Ukraine ²⁴ | 43.7 | -0.5 | 16.0 | 14.9 | 67.1 | 16.9 | 1.062 | 1.4 | 72 |
| United Arab Emirates | 9.9 | 1.3 | 14.8 | 15.8 | 83.9 | 1.3 | 1.050 | 1.4 | 78 |
| United Kingdom ²⁵ | 67.9 | 0.6 | 17.7 | 17.3 | 63.7 | 18.7 | 1.055 | 1.7 | 81 |
| United States of America ²⁶ | 331.0 | 0.6 | 18.4 | 19.5 | 65.0 | 16.6 | 1.047 | 1.8 | 79 |
| United States Virgin Islands ¹³ | 0.1 | -0.1 | 19.3 | 19.6 | 60.2 | 20.5 | 1.039 | 2.0 | 81 |
| Uruguay | 3.5 | 0.4 | 20.3 | 21.1 | 64.6 | 15.1 | 1.051 | 2.0 | 78 |
| Uzbekistan | 33.5 | 1.6 | 28.8 | 24.6 | 66.4 | 4.8 | 1.078 | 2.4 | 72 |
| Vanuatu | 0.3 | 2.5 | 38.4 | 30.2 | 58.0 | 3.6 | 1.067 | 3.7 | 71 |
| Venezuela (Bolivarian Republic of) | 28.4 | -1.1 | 27.3 | 25.5 | 64.8 | 8.0 | 1.054 | 2.2 | 72 |
| Viet Nam | 97.3 | 1.0 | 23.2 | 21.0 | 68.9 | 7.9 | 1.122 | 2.0 | 75 |
| Western Sahara | 0.6 | 2.5 | 27.2 | 24.9 | 69.4 | 3.4 | 1.050 | 2.3 | 71 |
| Yemen | 29.8 | 2.4 | 38.8 | 32.4 | 58.2 | 2.9 | 1.058 | 3.6 | 66 |
| Zambia | 18.4 | 2.9 | 44.0 | 34.3 | 53.9 | 2.1 | 1.013 | 4.5 | 64 |
| Zimbabwe | 14.9 | 1.5 | 41.9 | 33.2 | 55.1 | 3.0 | 1.023 | 3.5 | 62 |

NOTE

- Dati non disponibili.
- 1 Per fini statistici, i dati relativi ai Paesi Bassi non includono questa area.
- 2 Include Christmas Island, Cocos (Keeling) Islands e Norfolk Island.
- 3 Include Nagorno-Karabakh.
- 4 A fini statistici, i dati per la Cina non includono Hong Kong e Macao, le Regioni Amministrative Speciali (SAR) della Cina, e la provincia cinese di Taiwan.
- 5 Il primo Luglio 1997, Hong Kong è diventata una Regione Amministrativa Speciale (SAR) della Cina. A fini statistici, i dati per la Cina non includono quest'area.
- 6 Il 20 Dicembre 1999, Macao è diventata una Regione Amministrativa Speciale (SAR) della Cina. A fini statistici, i dati per la Cina non includono quest'area.
- 7 Si riferisce a tutto il paese.
- 8 A fini statistici, i dati per la Danimarca non includono Faroe Islands e Greenland.
- 9 Include Åland Islands.
- 10 Ai fini statistici, i dati per la Francia non includono French Guiana, French Polynesia, Guadeloupe, Martinique, Mayotte, New Caledonia, Réunion, Saint Pierre e Miquelon, Saint Barthélemy, Saint Martin (parte francese) o Wallis e Futuna Islands.
- 11 Ai fini statistici, i dati per la Francia non includono questa area.
- 12 Include Abkhazia e South Ossetia.
- 13 Ai fini statistici, i dati per gli Stati Uniti d'America non includono questa area.
- 14 Include Sabah e Sarawak.
- 15 Include Agalega, Rodrigues e Saint Brandon.
- 16 Include Transnistria.
- 17 Ai fini statistici, i dati per i Paesi Bassi non includono Aruba, Bonaire, Sint Eustatius e Saba, Curaçao o Sint Maarten (Parte olandese).
- 18 Ai fini statistici, i dati per la Nuova Zelanda non includono Cook Islands, Niue o Tokelau.
- 19 Include Svalbard e Jan Mayen Islands.
- 20 Include East Jerusalem.
- 21 Include il Kosovo.
- 22 Include Canary Islands, Ceuta e Melilla.
- 23 Include Zanzibar.
- 24 Si riferisce al territorio del paese al tempo del censimento del 2001.
- 25 Si riferisce al Regno Unito di Gran Bretagna e Irlanda del Nord. Ai fini statistici, i dati per il Regno Unito non includono Anguilla, Bermuda, British Virgin Islands, Cayman Islands, Channel Islands, Falkland Islands (Malvinas), Gibraltar, Isle of Man, Montserrat, Saint Helena o Turks and Caicos Islands.
- 26 Ai fini statistici, i dati per gli Stati Uniti d'America non includono American Samoa, Guam, Northern Mariana Islands, Puerto Rico o United States Virgin Islands.

DEFINIZIONI DEGLI INDICATORI

Popolazione totale: dimensione stimata della popolazione di un paese a metà anno.

Tasso medio annuale di variazione della popolazione: tasso di crescita esponenziale medio della popolazione in un dato periodo, basato su una proiezione di variante media.

Popolazione di 0-14 anni, percentuale: proporzione della popolazione tra 0 e 14 anni.

Popolazione di 10-24 anni, percentuale: proporzione della popolazione tra 10 e 24 anni.

Popolazione di 15 - 64 anni, percentuale: proporzione della popolazione tra 15 e 64 anni.

Popolazione di 65 anni o più, percentuale: proporzione della popolazione di 65 anni o più.

Rapporto tra i due sessi, alla nascita: numero di maschi nati vivi per ogni femmina nata viva.

Tasso di fecondità totale: numero di figli che sarebbero nati da ogni donna se fosse vissuta fino alla fine dell'età feconda e avesse partorito a ogni età in conformità con i tassi prevalenti di fecondità in una specifica fascia di età.

Aspettativa di vita alla nascita: numero medio di anni di vita di cui i neonati potrebbero godere se soggetti ai rischi di mortalità prevalenti nel segmento di popolazione al momento della loro nascita.

FONTI PRINCIPALI DEI DATI

Popolazione totale: Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione.

Tasso medio annuale di variazione della popolazione: calcolo UNFPA sulla base dei dati forniti dalla Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione.

Popolazione di 0-14 anni, percentuale: calcolo UNFPA sulla base dei dati forniti dalla Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione.

Popolazione di 10 - 24 anni, percentuale: calcolo UNFPA sulla base dei dati forniti dalla Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione.

Popolazione di 15 - 64 anni, percentuale: calcolo UNFPA sulla base dei dati forniti dalla Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione.

Popolazione di 65 anni o più, percentuale: calcolo UNFPA sulla base dei dati forniti dalla Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione.

Rapporto tra i due sessi, alla nascita: Chao, F., Gerland, P., Cook, A. R., & Alkema, L. (2019). Systematic assessment of the sex ratio at birth for all countries and estimation of national imbalances and regional reference levels. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 116(27), 13700. <https://doi.org/10.1073/pnas.1908359116>

Tasso di fecondità totale: Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione.

Aspettativa di vita alla nascita: Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione.

Le tavole statistiche del rapporto *Lo Stato della popolazione nel mondo 2020* includono indicatori che registrano i progressi compiuti verso gli obiettivi del Piano d'azione per il follow up del Programma d'azione della Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo (ICPD) e verso gli Obiettivi di sviluppo sostenibile (SDGs) nei settori della salute materna, dell'accesso all'istruzione e della salute sessuale e riproduttiva. In aggiunta, queste tavole includono indicatori demografici di vario tipo.

Le tavole statistiche costituiscono un supporto all'obiettivo di UNFPA di monitorare i progressi e i risultati raggiunti verso un mondo in cui ogni gravidanza sia desiderata, ogni parto sicuro e le potenzialità di ogni giovane realizzate. Le singole autorità nazionali e le organizzazioni internazionali possono adottare metodologie diverse per raccogliere, estrapolare e analizzare i dati. Per agevolare la comparabilità internazionale dei dati, UNFPA si basa sulle metodologie standard utilizzate dalle fonti principali dei dati. In alcuni casi, quindi, i dati delle tavole del presente rapporto sono diversi da quelli prodotti dalle singole autorità nazionali. I dati presentati nelle tavole non sono confrontabili con i dati dei precedenti rapporti su *Lo Stato della popolazione nel mondo*, per via degli aggiornamenti delle classificazioni regionali, degli aggiornamenti metodologici e delle revisioni delle serie temporali.

Le tavole statistiche si basano su indagini sui nuclei familiari rappresentative a livello nazionale, come i Sondaggi Demografici e Sanitari (Demographic and Health Surveys, DHS) e le Indagini su Campione a Indicatori Multipli (Multiple Indicator Cluster Surveys, MICS), su stime delle organizzazioni delle Nazioni Unite e quelle inter-agenzie. Le tavole statistiche includono anche le stime e proiezioni più recenti sulla popolazione elaborate da *World Population Prospects: la revisione 2019* e le stime e proiezioni basate su un modello per gli indicatori 2020 di pianificazione familiare (Dipartimento delle Nazioni Unite per gli affari economici e sociali, Divisione per la popolazione). I dati sono accompagnati da definizioni, fonti e note. Le tavole statistiche de *Lo stato della popolazione nel mondo 2020* generalmente riflettono le informazioni disponibili a Marzo 2020.

Indicatori per il monitoraggio degli obiettivi della ICPD

Salute e diritti sessuali e riproduttivi

Rapporto di mortalità materna (RMM), (morti su 100.000 nati vivi) e Margine di errore su RMM (UI 80%), valore minimo e valore massimo stimato.

Fonte: Gruppo interagenzie delle Nazioni Unite per la stima della mortalità materna (MMEIG). Questo indicatore si riferisce al numero di donne, in un determinato periodo, che muoiono per cause legate alla gravidanza, su 100.000 nati vivi. Le stime sono effettuate dal MMEIG utilizzando i dati ottenuti attraverso i sistemi di registrazione anagrafica, indagini sulle famiglie, censimenti della popolazione. UNFPA, WHO, Banca Mondiale, UNICEF e la Divisione per la popolazione delle Nazioni Unite sono membri del MMEIG. Le stime e le metodologie sono regolarmente riviste dal MMEIG e altre agenzie e istituzioni accademiche e sono aggiornate, laddove necessario, come parte del processo in corso per migliorare i dati sulla mortalità materna. Le stime non dovrebbero essere confrontate con precedenti stime interagenzie.

Parti assistiti da personale medico qualificato, percentuale.

Fonte: Database globale sull'assistenza qualificata al parto, 2020, UNICEF e WHO. Totali regionali calcolati da UNFPA sulla base di dati forniti dal database globale. La percentuale dei parti assistiti da personale sanitario qualificato (medici, infermieri/e, ostetriche) è la percentuale di parti assistiti da personale sanitario con una formazione specifica per fornire un'assistenza ostetrica salvavita, inclusi la supervisione necessaria, l'assistenza e i consigli alle donne durante la gravidanza, il parto e il postpartum; sovrintendere al parto in modo autonomo; provvedere alle prime cure per i neonati. Le levatrici tradizionali, anche se hanno frequentato un breve corso di formazione, non sono incluse nella categoria.

Tasso di prevalenza contraccettiva, donne di 15-49 anni, qualsiasi metodo.

Fonte: Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Percentuale di donne di 15-49 anni che usano un qualsiasi metodo contraccettivo. Le stime basate su modelli si fondano su dati tratti da rapporti di indagini a campione. I dati delle indagini stimano la proporzione di tutte le donne in età riproduttiva, e donne sposate (comprese le donne in unione consensuale) che utilizzano attualmente un qualsiasi metodo contraccettivo.

Tasso di prevalenza contraccettiva, donne di 15-49 anni, metodi moderni.

Fonte: Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Percentuale di donne di 15-49 anni che usano attualmente un metodo contraccettivo moderno. Le stime basate su modelli si fondano su dati tratti da rapporti di indagini a campione. I dati delle indagini stimano la proporzione di tutte le donne in età riproduttiva, e donne sposate (comprese le donne in unione consensuale) che utilizzano attualmente un qualsiasi metodo contraccettivo moderno. I metodi moderni di contraccezione comprendono la sterilizzazione maschile e femminile, i dispositivi intrauterini, la pillola contraccettiva, i contraccettivi iniettabili, gli impianti ormonali, i preservativi maschili e femminili e i metodi - barriera femminili (inclusi il diaframma, il cappuccio cervicale e gel, spray e creme spermicide, spugnette vaginali), metodo dell'amenorrea da lattazione, contraccezione di emergenza e ogni altro metodo moderno non indicato specificamente.

Domanda insoddisfatta di pianificazione familiare, donne 15-49 anni.

Fonte: Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Percentuale di donne di 15-49 anni che vogliono ritardare una gravidanza o non averne più, ma che non usano metodi contraccettivi. Le stime basate su modelli si fondano su dati tratti da rapporti di indagini a campione. Si considera che le donne che usano un metodo tradizionale di contraccezione non abbiano un bisogno insoddisfatto di pianificazione familiare. Si presume che tutte le donne o quelle sposate o in unione siano sessualmente attive e a rischio di gravidanza. Il presupposto della esposizione generale a possibili gravidanze tra tutte le donne o tutte quelle sposate o in unione può portare a stime più basse rispetto ai rischi effettivi. Potrebbe essere possibile, in particolare a bassi livelli di prevalenza contraccettiva, che quando aumenta la prevalenza contraccettiva, aumenta anche la domanda insoddisfatta di pianificazione familiare. Entrambi gli indicatori, pertanto, devono essere interpretati insieme.

Proporzione di domanda soddisfatta di pianificazione familiare con metodi moderni, donne di 15-49 anni.

Fonte: Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Percentuale della domanda totale di pianificazione familiare, tra donne di 15-49 anni, che è soddisfatta con l'uso di metodi contraccettivi moderni (Indicatore SDG 3.7.1) Questo indicatore è calcolato dividendo la prevalenza contraccettiva con metodi moderni per la domanda totale di pianificazione familiare. La domanda totale di pianificazione familiare è data dalla somma della prevalenza contraccettiva e della domanda insoddisfatta di pianificazione familiare.

Potere decisionale in materia di salute sessuale e riproduttiva e diritti riproduttivi, percentuale.

Fonte: UNFPA. Percentuale di donne di età compresa tra i 15 e i 49 anni, sposate (o in unione consensuale), che prendono le proprie decisioni in tre aree - cura della propria salute, uso della contraccezione e rapporti sessuali con il partner (Indicatore SDG 5.6.1).

Leggi e regolamenti che garantiscono l'accesso all'assistenza medica per la salute sessuale e riproduttiva, alle informazioni e all'istruzione, percentuale.

Fonte: UNFPA. La misura in cui i paesi hanno leggi nazionali e regolamenti che garantiscono pieno e uguale accesso ad assistenza medica per la salute sessuale e riproduttiva, informazioni e istruzione a donne e uomini di età pari o superiore a 15 anni (Indicatore SDG 5.6.2)

Adolescenti e giovani

Tasso di maternità tra le adolescenti ogni 1.000 ragazze di 15-19 anni.

Fonte: Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Numero di nascite su mille ragazze adolescenti di 15-19 anni (Indicatore SDG 3.7.2). Il tasso di maternità tra le adolescenti rappresenta il rischio di gravidanza tra le adolescenti di 15-19 anni. Per quanto riguarda la registrazione anagrafica, i tassi sono soggetti a limiti che dipendono dalla completezza delle registrazioni delle nascite, dal trattamento dei dati relativi ai bambini nati vivi ma deceduti prima della registrazione o entro le prime 24 ore di vita, dall'attendibilità delle informazioni relative all'età della madre, dall'inclusione delle nascite relative a periodi precedenti. Le stime demografiche sono soggette a limiti dovuti a errori nella trascrizione dell'età e nella copertura della popolazione. Per quanto riguarda i dati dei sondaggi e dei censimenti, numeratore e denominatore provengono dallo stesso gruppo di popolazione. I limiti principali riguardano l'errata trascrizione dell'età, omissioni nelle nascite, errori nella registrazione della data di nascita del bambino/a e, nel caso dei sondaggi, la variabilità del campione.

Matrimonio precoce entro i 18 anni di età, percentuale.

Fonte: UNICEF. Totali regionali calcolati da UNFPA sulla base di dati forniti da UNICEF. Proporzioni delle donne di 20-24 anni sposate o in unione di fatto prima dei 18 anni di età (Indicatore SDG 5.3.1).

Prevalenza di mutilazioni genitali femminili tra le ragazze di 15-19 anni, percentuale.

Fonte: UNFPA. Proporzioni delle ragazze di 15 - 19 anni che hanno subito la mutilazione genitale femminile (Indicatore SDG 5.3.2).

Tasso netto rettificato di iscrizione, istruzione primaria, percentuale.

Fonte: Istituto di statistica dell'UNESCO (UIS). Percentuale di bambini/e che fanno parte del gruppo ufficiale dei/le bambini/e in età da scuola primaria e che sono iscritti/e a corsi di istruzione primaria o secondaria.

Indice di parità di genere, istruzione primaria (2009-2019).

Fonte: Istituto di statistica dell'UNESCO (UIS). Rapporto tra i valori relativi a femmine e maschi del tasso netto rettificato di iscrizione alla scuola primaria.

Tasso netto di iscrizione, istruzione secondaria, percentuale (2009-2019).

Fonte: Istituto di statistica dell'UNESCO (UIS). Percentuale di ragazzi/e che fanno parte del gruppo ufficiale di ragazzi/e in età da scuola secondaria e che sono iscritti/e a corsi di istruzione secondaria.

Indice di parità di genere, istruzione secondaria (2009-2019).

Fonte: Istituto di statistica dell'UNESCO (UIS). Rapporto tra i valori relativi a femmine e maschi del tasso netto di iscrizione alla scuola secondaria.

Indicatori demografici

Popolazione

Popolazione totale, in milioni.

Fonte: Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Dimensione stimata della popolazione di un paese, a metà anno.

Variazione della popolazione

Tasso medio annuale di variazione della popolazione, percentuale.

Fonte: calcolo UNFPA sulla base dei dati forniti dalla Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Tasso esponenziale medio di crescita della popolazione in un dato periodo, in base a una proiezione a variante media.

Composizione della popolazione

Popolazione 0-14 anni, percentuale.

Fonte: calcolo UNFPA basato su dati forniti dalla Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Proporzioni della popolazione tra 0 e 14 anni di età.

Popolazione 10-24 anni, percentuale.

Fonte: calcolo UNFPA basato su dati forniti dalla Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Proporzioni della popolazione tra 10 e 24 anni di età.

Popolazione 15-64 anni, percentuale.

Fonte: calcolo UNFPA basato su dati forniti dalla Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Proporzioni della popolazione tra 15 e 64 anni di età.

Popolazione di 65 anni o più, percentuale.

Fonte: calcolo UNFPA basato su dati forniti dalla Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Proporzioni della popolazione di 65 anni o più.

Rapporto tra i due sessi

Rapporto tra i due sessi, alla nascita, per ogni nata femmina.

Fonte: Chao and others, 2019. "Systematic Assessment of the Sex Ratio at Birth for all Countries and Estimation of National Imbalances and Regional Reference Levels". Proceedings of the National Academy of Sciences 116(27); 13700. Numero di maschi nati vivi per una femmina nata viva.

Fecondità

Tasso di fecondità totale, per donna.

Fonte: Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Numero di figli che sarebbero nati da ogni donna se fosse vissuta fino alla fine dell'età feconda e avesse partorito a ogni età in conformità con i tassi prevalenti di fecondità in una specifica fascia di età.

Aspettativa di vita

Aspettativa di vita alla nascita, anni.

Fonte: Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Numero di anni di vita di cui i neonati potrebbero godere se soggetti ai rischi di mortalità prevalenti nel segmento di popolazione al momento della loro nascita.

Classificazioni regionali

Le medie UNFPA presentate all'inizio delle tabelle statistiche sono calcolate utilizzando dati da paesi e aree classificate come di seguito.

Regione Stati Arabi.

Algeria; Djibouti; Egypt; Iraq; Jordan; Lebanon; Libya; Morocco; Oman; Palestine; Somalia; Sudan; Syrian Arab Republic; Tunisia; Yemen.

Regione 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.

Regione Europa orientale e Asia centrale.

Albania; Armenia; Azerbaijan; Belarus; Bosnia and Herzegovina; Georgia; Kazakhstan; Kyrgyzstan; Moldova, Republic of; Serbia; Tajikistan; North Macedonia; Turkey; Turkmenistan; Ukraine; Uzbekistan.

Regione Africa orientale e del Sud.

Angola; Botswana; Burundi; Comoros; Congo, Democratic Republic of the; Eritrea; Eswatini; Ethiopia; Kenya; Lesotho; Madagascar; Malawi; Mauritius; Mozambique; Namibia; Rwanda; South Africa; South Sudan; Tanzania, United Republic of; Uganda; Zambia; Zimbabwe.

Regione America Latina e Caraibi.

Anguilla; Antigua and Barbuda; Argentina; Aruba; Bahamas; Barbados; Belize; Bermuda; Bolivia (Plurinational State of); Brazil; British Virgin Islands; Cayman Islands; Chile; Colombia; Costa Rica; Cuba; Curaçao; Dominica; Dominican Republic; Ecuador; El Salvador; Grenada; Guatemala; Guyana; Haiti; Honduras; Jamaica; Mexico; Montserrat; Nicaragua; Panama; Paraguay; Peru; Saint Kitts and Nevis; Saint Lucia; Saint Vincent and the Grenadines; Sint Maarten; Suriname; Trinidad and Tobago; Turks and Caicos Islands; Uruguay; Venezuela (Bolivarian Republic of).

Regione Africa occidentale e centrale.

Benin; Burkina Faso; Cameroon, Republic of; Cape Verde; Central African Republic; Chad; Congo, Republic of the; Côte d'Ivoire; Equatorial Guinea; Gabon; Gambia; Ghana; Guinea; Guinea-Bissau; Liberia; Mali; Mauritania; Niger; Nigeria; São Tomé and Príncipe; Senegal; Sierra Leone; Togo.

Regioni più sviluppate. La classificazione è destinata a fini statistici e non esprime un giudizio sulla fase raggiunta da un determinato paese o area nel processo di sviluppo. Comprende le regioni dell'Europa, America settentrionale, Australia / Nuova Zelanda e Giappone in base alla classificazione della Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione.

Regioni meno sviluppate. La classificazione è destinata a fini statistici e non esprime un giudizio sulla fase raggiunta da un determinato paese o area nel processo di sviluppo. Comprende le regioni dell'Africa, Asia (eccetto il Giappone), America Latina e Caraibi più la Melanesia, Micronesia e Polinesia, in base alla classificazione della Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione.

Paesi meno sviluppati del mondo, come definiti dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite nelle sue Risoluzioni (59/209, 59/210, 60/33, 62/97, 64/L.55, 67/L.43, 64/295 e 68/18) comprendevano 47 paesi (a Dicembre 2018): 33 in Africa, 9 in Asia, 4 in Oceania e 1 in America Latina e Caraibi - Afghanistan, Angola, Bangladesh, Benin, Bhutan, Burkina Faso, Burundi, Cambodia, Central African Republic, Chad, Comoros, Democratic Republic of the Congo, Djibouti, Eritrea, Ethiopia, Gambia, Guinea, Guinea-Bissau, Haiti, Kiribati, Lao People's Democratic Republic, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritania, Mozambique, Myanmar, Nepal, Niger, Rwanda, São Tomé and Príncipe, Senegal, Sierra Leone, Solomon Islands, Somalia, South Sudan, Sudan, Timor-Leste, Togo, Tuvalu, Uganda, United Republic of Tanzania, Vanuatu, Yemen and Zambia. Questi paesi sono inclusi anche nelle regioni meno sviluppate. Maggiori informazioni sono disponibili qui: <http://unohrlls.org/about-ldcs/>.

Bibliografia

- Abdulcadir, Jasmine and others, 2016. "Sexual Anatomy and Function in Women With and Without Genital Mutilation: A Cross-sectional Study". *Journal of Sexual Medicine* 13(2): 226-237.
- Adhikari, Rojita, 2020. "Bringing an End to Deadly 'Menstrual Huts' is Proving Difficult in Nepal". *BMJ* 368: m536.
- Adler, Nancy and others, 2007. *Reaching for a Healthier Life: Facts on Socioeconomic Status and Health in the US*. San Francisco: The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation Research Network on Socioeconomic Status and Health. Website: maces.ucsf.edu/downloads/reaching_for_a_healthier_life.pdf, accessed 12 July 2016.
- African Exponent, 2020. "Kenyan Girls Who Developed App to Fight Female Genital Mutilation Nominated for Sakharov Prize". Website: africanexponent.com/post/4357-kenyan-girls-who-developed-app-to-fight-female-genital-mutilation-nominated-for-sakharov-prize, accessed 16 March 2020.
- Ahanonu, E.L. and O. Victor, 2014. "Mothers' Perceptions of Female Genital Mutilation". *Health Education Research* 29(4): 683-689.
- Alesina, Alberto and Paola Giuliano, 2014. "Family Ties". In *Handbook of Economic Growth*, vol. 2, Aghion, Philippe and Steven Durlauf, eds. Amsterdam: Elsevier, pp. 177-215.
- Alexander-Scott, Michaeljon and others, 2016. *DFID Guidance Note: Shifting Social Norms to Tackle Violence Against Women and Girls (VAWG)*. London: VAWG Helpdesk. Website: oecd.org/dac/gender-development/VAWG%20HELPDESK_DFID%20GUIDANCE%20NOTE_SOCIAL%20NORMS_JAN%202016.pdf, accessed 23 April 2020.
- Alhassan, Yussif Nagumse and others, 2016. "Belief Systems Enforcing Female Genital Mutilation in Europe". *International Journal of Human Rights in Healthcare* 9(1): 29-40.
- Al-Hinai, Habiba, 2014. "Female Genital Mutilation in the Sultanate of Oman". Research Study. Website: stopfgmmideast.org/wp-content/uploads/2014/01/habiba-al-hinai-female-genital-mutilation-in-the-sultanate-of-oman1.pdf, accessed 27 March 2020.
- Alkema, Leontine and others, 2014. "National, Regional, and Global Sex Ratios of Infant, Child, and under-5 Mortality and Identification of Countries with Outlying Ratios: A Systematic Assessment". *The Lancet Global Health* 2(9): e521-e530.
- Al-Khulaidi, Ghadah Abdulmajid, and others, 2013. "Decline of Supportive Attitudes among Husbands toward Female Genital Mutilation and Its Association to Those Practices in Yemen". *PLoS ONE* 8(12): e83140.
- Almond, Douglas and others, 2009. "Son Preference and the Persistence of Culture: Evidence from Asian Immigrants to Canada". NBER Working Paper 15391. Cambridge, Massachusetts: National Bureau of Economic Research.
- Alsibiani, Sharifa A. and Abdulrahim A. Rouzi, 2010. "Sexual Function in Women with Female Genital Mutilation". *Fertility and Sterility* 93(3): 722-224.
- Amatya, Prabisha and others, 2018. "Practice and Lived Experience of Menstrual Exiles (Chhaupadi) Among Adolescent Girls in Far-western Nepal". *PLoS One* 13(12): e0208260.
- Amin, Sajeda, 2011. *Empowering Adolescent Girls in Rural Bangladesh: Kishori Abhijan*. New York: Population Council. Website: popcouncil.org/uploads/pdfs/TABriefs/13_KishoriAbhijan.pdf, accessed 28 September 2017.
- Arango, Diana and others, 2014. "Interventions to Prevent or Reduce Violence against Women and Girls: A Systematic Review of Reviews". Women's Voice and Agency Research Series, No. 10. Washington, D.C.: World Bank Group. Website: worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/Gender/Arango%20et%20al%202014.%20Interventions%20to%20Prevent%20or%20Reduce%20VAWG%20-%20A%20Systematic%20Review%20of%20Reviews.pdf, accessed 27 March 2020.
- Arthur, Megan and others, 2018. "Child Marriage Laws Around the World: Minimum Marriage Age, Legal Exceptions, and Gender Disparities". *Journal of Women, Politics & Policy* 39(1): 51-74.
- Asadullah, M. Niaz and Zaki Wahhaj, 2019. "Early Marriage, Social Networks and the Transmission of Norms". *Economica* 86(344): 801-831.
- Ashimi, Adewale O. and others, 2015. "Prevalence and Predictors of Female Genital Mutilation Among Infants in a Semi Urban Community in Northern Nigeria". *Sexual & Reproductive Healthcare* 6(4): 243-248.
- Askew, Ian and others, 2016. "A Repeat Call for Complete Abandonment of FGM". *Journal of Medical Ethics* 42: 619-620.
- Australian Institute of Health and Welfare, 2019. "Towards Estimating the Prevalence of Female Genital Mutilation/Cutting in Australia". Cat. no. PHE 230. Canberra: AIHW.
- Ayaz, Sultan and Sengul Yaman Efe, 2008. "Potentially Harmful Traditional Practices During Pregnancy and Postpartum". *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 13(3): 282-288.
- Bailey-King, Ettie, 2018. *Child Marriage and the Syrian Conflict: Seven Things You Need to Know*. London: Girls Not Brides.
- Banda, Joyce and Priscilla Atansah, 2016. *An Agenda for Harmful Cultural Practices and Girls' Empowerment*. Washington, D.C.: Center for Global Development. Website: cgdev.org/sites/default/files/agenda-harmful-cultural-practices-and-girls-empowerment_0.pdf, accessed 27 March 2020.
- Bandiera, Oriana and others, 2018. *Women's Empowerment in Action: Evidence from a Randomized Control Trial in Africa*. Washington, D.C.: World Bank. Website: documents.worldbank.org/curated/en/707081502348725124/pdf/118203-WP-ELA-PUBL
- Banks, E. and others, 2006. "Female Genital Mutilation and Obstetric Outcome: WHO Collaborative Prospective Study in Six African Countries". *Lancet* 367: 1835-1841.
- Barbara, Giusy and others, 2015. "'The First Cut is the Deepest'. A Psychological, Sexological, and Gynecological Perspective on Female Genital Cosmetic Surgery". *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 94(9): 915-920.
- Becquet, Valentine and Christophe Z. Guilmoto, 2018. "Sex Imbalance at Birth in Vietnam: Rapid Increase Followed by Stabilization". *Population* 73(3): 519-544.
- Behrendt, Alice and Steffen Moritz, 2005. "Post-traumatic Stress Disorder and Memory Problems after Female Genital Mutilation". *American Journal of Psychiatry* 162(5): 1000-1002.
- Bélanger, Danièle, 2002. "Son Preference in a Rural Village in North Vietnam". *Studies in Family Planning* 33(4): 321-334.
- Berg, Rigmor C. and Eva Denison, 2012. "Interventions to Reduce the Prevalence of Female Genital Mutilation/Cutting in African Countries". *Campbell Systematic Reviews* 8(1): 1-155.

- Berg, Rigmor C. and others, 2014. "An Updated Systematic Review and Meta-Analysis of the Obstetric Consequences of Female Genital Mutilation/Cutting". *Obstetrics and Gynecology International* 1: 1-8.
- Berg, Rigmor C. and others, 2014a. "Effects Of Female Genital Cutting On Physical Health Outcomes: A Systematic Review And Meta-analysis". *BMJ Open* 4: e006316.
- Berg, Rigmor C. and others, 2010. *Psychological, Social and Sexual Consequences of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C): A Systematic Review of Quantitative Studies*. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services.
- Bhat, PN Mari and AJ Francis Zavier, 2007. "Factors Influencing the Use of Prenatal Diagnostic Techniques and the Sex Ratio at Birth in India". *Economic and Political Weekly* 42(24): 2292-2303.
- Blanc, Ann K. and others, 2013. "New Findings for Maternal Mortality Age Patterns: Aggregated Results for 38 Countries". *Public Library of Science* 8(4): e59864.
- Blessing, Anumaka I. and Beatrice Sironko, 2014. "Female Genital Mutilation and Girls' Participation in School Activities in Isinya district, Kajiado County, Kenya". *African Multidisciplinary Journal* 2
- Bogale, Daniel and others, 2014. "Prevalence Of Female Genital Mutilation And Its Effect On Women's Health In Bale Zone, Ethiopia: A Cross-sectional Study". *BMC Public Health* 14: 1076.
- Bongaarts, John, 2013. "The Implementation of Preferences for Male Offspring". *Population and Development Review* 39(2): 185-208.
- Bongaarts, John and Christophe Z. Guilamoto, 2015. "How Many More Missing Women? Excess Female Mortality and Prenatal Sex Selection, 1970-2050". *Population and Development Review* 41(2): 241-269.
- Boosey, Robyn and Emily Wilson, 2014. *The Menstrual Hygiene Management and the International Human Rights System: A Vicious Cycle of Silence. Consultation for the World Bank*. Website: consultations.worldbank.org/sites/default/files/consultation-template/update-world-bank-group-gender-strategy-consultations/submissions/a_vicious_cycle_of_silence_final_version_of_paper_0.pdf, accessed 27 March 2020.
- Brady, Martha and others, 2007. *Providing New Opportunities to Adolescent Girls in Socially Conservative Settings: The Ishaq Program in Rural Upper Egypt*. New York: Population Council. Website: pdfs.semanticscholar.org/fa90/f24486aaf15be15d5444bf5f2ff5072f0d22.pdf, accessed 3 August 2018.
- Brahme, Dhanashri, 2016. "Learnings From a Decade of Research, Advocacy and Action to Address Son Preference and Gender Biased Sex Selection in India". Presentation. New Delhi: UNFPA
- Browne, Tamara K., 2017. "How Sex Selection Undermines Reproductive Autonomy". *Bioethical Inquiry* 14: 195-204.
- Burton, Neel, 2017. "A Feminist Critique of Marriage". *Psychology Today*. Website: psychologytoday.com/us/blog/hide-and-seek/201708/feminist-critique-marriage, accessed 16 March 2020.
- Cai, Yong and William Lavelly, 2003. "China's Missing Girls: Numerical Estimates and Effects on Population Growth". *China Review* 3(2): 13-29.
- Catino, Jennifer and others, 2012. "Abriendo Oportunidades in Guatemala". In *The Cost of Reaching the Most Disadvantaged Girls: Programmatic Evidence from Egypt, Ethiopia, Guatemala, Kenya, South Africa, and Uganda*, Sewall-Menon, Jessica and Judith Bruce, eds. New York: Population Council. Website: popcouncil.org/uploads/pdfs/2012PGY_CostOfReachingGirls.pdf, accessed 3 August 2018.
- Chaaban, Jad and Wendy Cunningham, 2011. "Measuring the Economic Gain of Investing in Girls: The Girl Effect Dividend". Policy Research 5753. Washington, D.C.: World Bank. Website: elibrary.worldbank.org/doi/pdf/10.1596/1813-9450-5753, accessed 28 September 2017.
- Chae, Sophia and Thoi Ngo, 2017. "The Global State of Evidence on Interventions to Prevent Child Marriage". GIRL Centre Research Brief, No. 1. New York: Population Council. Website: popcouncil.org/uploads/pdfs/2017PGY_GIRLCenterResearchBrief_01.pdf, accessed 31 January 2020.
- Chahnazarian, Anouch, 1988. "Determinants of the Sex Ratio at Birth: Review of Recent Literature". *Social Biology* 35(3-4): 214-235.
- Chao, Fengqing and others, 2019. "Systematic Assessment of the Sex Ratio at Birth for All Countries and Estimation of National Imbalances and Regional Reference Levels". *Proceedings of the National Academy of Sciences* 116(19): 9303-9311.
- Chen, Lincoln C. and others, 1981. "Sex Bias in the Family Allocation of Food and Health Care in Rural Bangladesh". *Population and Development Review* 7: 55-70.
- Chiplunkar, Gaurav and Jeffrey Weaver, 2019. *Prevalence and Evolution of Dowry in India*. Working Paper. New Delhi: Ideas for India.
- Chung, Woojin and Monica Das Gupta, 2007. "The Decline of Son Preference in South Korea: The Roles of Development and Public Policy". *Population and Development Review* 33(4): 757-783.
- Cislaghi, Beniamino, 2019. *The Potential of a Community-led Approach to Change Harmful Gender Norms in Low- and Middle-income Countries*. ALIGN, Advancing Learning and Innovation on Gender Norms. Washington, D.C.: International Center for Research on Women. Website: alignplatform.org/sites/default/files/201901/community_led_approach_report.pdf, accessed 23 April 2020.
- Commission on the Status of Women, 2020. *Review and Appraisal of the Implementation of the Beijing Declaration and Platform for Action and the Outcomes of the Twenty-Third Special Session of the General Assembly. Report of the Secretary-General*. Website: undocs.org/E/CN.6/2020/3, accessed 26 March 2020.
- Cook, Rebecca and others, 2004. "Obstetric Fistula: the Challenge to Human Rights". *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 87(1): 72-77.
- Cook, Rebecca J. and others, 2002. "Female Genital Cutting (Mutilation/Circumcision): Ethical and Legal Dimensions". *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 79(3): 281-287.
- Corno, Lucia and Alessandra Voena, 2016. "Selling Daughters: Age of Marriage, Income Shocks and Bride Price Tradition". Institute for Fiscal Studies Working Paper W16/O8. London: Institute for Fiscal Studies.
- Costello Susie, and others, 2015. "In the Best Interests of the Child: Preventing Female Genital Cutting (FGC)". *British Journal of Social Work* 45(4): 1259-1276.
- Crawford, Mary and others, 2014. "'This is a Natural Process': Managing Menstrual Stigma in Nepal". *Culture, Health & Sexuality* 16(4): 426-439.
- Creighton, S. and A. Gill. 2010. "'Harmful' Traditional Practices: Interventions to Address Gendered Forms of Violence Against Women and Girls". *Injury Prevention* 16: A276.

- Crisman Ben and others, 2016. "The Impact of Legislation on the Hazard of Female Genital Mutilation/Cutting: Regression Discontinuity Evidence from Burkina Faso". Working Paper 432. Washington, D.C.: Center for Global Development. Website: cgdev.org/publication/impact-legislation-hazard-female-genital-mutilationcutting-regression-discontinuity, accessed 23 April 2020.
- Croll, Elisabeth, 2000. *Endangered Daughters: Discrimination and Development in Asia*. Routledge: London.
- Cusak, Simone, 2013. "Gender Stereotyping as a Human Rights Violation". Research Report submitted to the OHCHR. Website: esem.org.mk/pdf/Najznachajni%20vesti/2014/3/Cusak.pdf, accessed 26 March 2020.
- Dahal, Bhola P. and others, 2017. "Chhaupadi and Health of Women and Girls: A Study on Effects of Chhaupadi Practices on Health Status of Women and Girls in Karnali, Nepal". Kathmandu: Action Works Nepal & BEE Group. Website: actionworksnepal.org/wp-content/uploads/2018/09/A-Research-Report-on-Chhaupadi-and-Health.pdf, accessed 23 April 2020.
- Dahal, Khagendra, 2008. "Nepalese Woman Dies After Banishment to Shed During Menstruation". *BMJ* 337: a2520.
- Dahlui, M., 2012. "The Practice of Female Circumcision in Malaysia". Paper presented at Universiti Sains Malaysia (USM), Penang, 10 May 2012.
- Das Gupta, Monica, 2019. "Is Banning Sex-selection the Best Approach for Reducing Prenatal Discrimination?" *Asian Population Studies* 15(3): 319-336.
- Das Gupta, Monica and others, 2003. "Why Is Son Preference so Persistent in East and South Asia? A Cross-Country Study of China, India and the Republic of Korea". *Journal of Development Studies* 40(2): 153-187.
- Dehghankhalili, Maryam and others, 2015. "Epidemiology, Regional Characteristics, Knowledge, and Attitude Toward Female Genital Mutilation/Cutting in Southern Iran". *International Society for Sexual Medicine* 12(7):1577-1583.
- Delprato, Marcos and others, 2017. "Intergenerational Education Effects of Early Marriage in Sub-Saharan Africa". *World Development* 91: 173-192.
- Delprato, Marcos and others, 2015. "On the Impact of Early Marriage and Schooling Outcomes in Sub-Saharan Africa and South West Asia". *International Journal of Economic Development* 44: 42-55.
- Den Boer, Andrea and Valerie Hudson, 2017. "Patrilineality, Son Preference, and Sex Selection in South Korea and Vietnam". *Population and Development Review* 43(1): 119-147.
- Dennis, Cindy-Lee and others, 2007. "Traditional Postpartum Practices and Rituals: A Qualitative Systematic Review". *Women's Health* 3(4): 487-502.
- Diamond-Smith, Nadia and Kara Rudolph, 2018. "The Association Between Uneven Sex Ratios and Violence: Evidence From 6 Asian Countries". *PLoS One* 13(6): e0197516.
- Diop, Nafissatou and Ian Askew, 2009. "The Effectiveness of a Community-based Education Program on Abandoning Female Genital Mutilation/Cutting in Senegal". *Studies in Family Planning* 40: 307-318.
- Diop, Nafissatou and others, 2004. "The Tostan Program: Evaluation of a Community-based Education Program in Senegal". FRONTIERS Final Report. Washington, D.C.: Population Council.
- D'Souza, Stan and Lincoln C. Chen, 1980. "Sex Differentials in Mortality in Rural Bangladesh". *Population and Development Review* 6(2):257-270.
- Dube, Leela, 1997. *Women and Kinship: Comparative Perspectives on Gender in South and South-East*. Tokyo: United Nations University Press.
- Dubuc, Sylvia and David Coleman, 2007. "An Increase in The Sex Ratio Of Births To India-Born Mothers In England And Wales: Evidence For Sex-Selective Abortions". *Population and Development Review* 33(2): 383-400.
- Duflo, Esther, 2011. *Women's Empowerment and Economic Development*. NBER Working Paper No. 17702 December 2011, Revised January 2012 JEL No. D1,O1,O1. Cambridge, Massachusetts: National Bureau of Economic Research.
- Ebenstein, Avraham. 2010. "The 'Missing Girls' of China and the Unintended Consequences of the One Child Policy". *Journal of Human Resources* 45(1): 87-115.
- EIGE (European Institute for Gender Equality), 2019. *Estimation of Girls at Risk of Female Genital Mutilation in the European Union. Step-by-Step Guide, 2nd Edition*. Vilnius: European Institute for Gender Equality. Website: eige.europa.eu/publications/estimation-girls-risk-female-genital-mutilation-european-union-step-step-guide-2nd-edition, accessed 27 March 2020.
- EIGE (European Institute for Gender Equality), 2015. *Estimation of Girls at Risk of Female Genital Mutilation in the European Union: Report*. Vilnius: European Institute for Gender Equality. Website: eige.europa.eu/publications/estimation-girls-risk-female-genital-mutilation-european-union-report, accessed 27 March 2020.
- Eldin, Ahmed Gamal and others, 2018. *FGM/C Decision-making Process and the Role of Gender Power Relations in Sudan*. Evidence to End FGM/C: Research to Help Women Thrive. New York: Population Council.
- Elmusharaf Susan and others, 2006. "Reliability of Self Reported Form of Female Genital Mutilation and WHO Classification: Cross Sectional Study". *BMJ*: bmj;bmj.38873.649074.55v1
- Elnashar, R.A. and R. Abdelhady, 2007. "The Impact of Female Genital Cutting on Health of Newly Married Women". *International Journal of Gynaecology & Obstetrics* 97: 238-244.
- Equality Now, 2014. *Protecting the Girl Child: Using the Law to End Child, Early and Forced Marriage and Related Human Rights Violations*. London: Equality Now. Website: equalitynow.org/protecting_the_girl_child_using_the_law_to_end_child_early_and_forced_marriage_and_related_human_rights_violations, accessed 23 April 2020.
- Erlukar, Annabel and Eunice Muthengi, 2009. "Evaluation of Berhane Hewan: A Program Delay Child Marriage in Rural Ethiopia". *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 35: 6-14.
- Erlukar, Annabel and others, 2017. *The Impact and Cost of Child Marriage Prevention in Three African Settings*. New York: Population Council. Website: popcouncil.org/uploads/pdfs/2017PGY_ChildMarriageAfrica_brief.pdf, accessed 7 August 2018.
- Fall, Caroline and others, 2015. "Association between Maternal Age at Childbirth and Child and Adult Outcomes in the Offspring". *Lancet Global Health* 3(7): 366-377.

- Feldmans-Jacobs, Charlotte, 2013. *Ending Female Genital Mutilation/Cutting: Lessons From A Decade of Progress*. Washington, D.C.: Population Reference Bureau. Website: assets.prb.org/pdf14/progress-ending-fgm.pdf, accessed 23 April 2020.
- Field, Erica and Attila Ambrus, 2008. "Early Marriage, Age of Menarche and Female Schooling Attainment in Bangladesh". *Journal of Political Economy* 116(5): 881-930.
- Frost, Melanie Dawn and others, 2013. "Falling Sex Ratios and Emerging Evidence of Sex-selective Abortion in Nepal: Evidence from Nationally Representative Survey Data". *BMJ Open* 3(5): e002612.
- Fuse, Kana, 2010. "Variations in Attitudinal Gender Preferences for Children Across 50 Less-developed Countries". *Demographic Research* 23: 1031-1048.
- Gage, Anastasia Jessica, 2013. "Association of Child Marriage with Suicidal Thoughts and Attempts Among Adolescent Girls in Ethiopia". *Journal of Adolescent Health* 52(5): 654-665.
- Gammeltoft, Tine M. and Ayo Wahlberg, 2014. "Selective Reproductive Technologies". *Annual Review of Anthropology* 43: 201-216.
- Ganatra, B., 2008. "Maintaining Access to Safe Abortion and Reducing Sex Ratio Imbalances in Asia". *Reproductive Health Matters* 16(31): 90-98.
- Garg, Suneela, and Tanu Anand, 2015. "Menstruation Related Myths in India: Strategies for Combating It". *Journal of Family Medicine and Primary Care* 4(2): 184-186.
- Gebremicheal, Kiros and others, 2018. "Sequela of Female Genital Mutilation on Birth Outcomes in Jijiga Town, Ethiopian Somali Region: A Prospective Cohort Study". *BMC Pregnancy and Childbirth* 18: 305.
- George, Asha S and others, 2019. "Gender Equality and Health: Laying the Foundations for Change". *The Lancet* 393(10189): P2369-2371.
- Girls Not Brides, 2019. *Working with Religious Leaders to Address Child Marriage*. London: Girls Not Brides.
- Girls Not Brides, 2016. *Fear of Female Sexuality: Addressing an Unspoken Driver of Child Marriage*. London: Girls Not Brides. Website: girlsnotbrides.org/fear-of-female-sexuality-unspoken-driver-child-marriage/, accessed 17 March 2020.
- Girls Not Brides, n.d. *How Can We End Child Marriage? Mobilise Families and Communities*. London: Girls Not Brides. Website: girlsnotbrides.org/how-can-we-end-child-marriage/#mobilise-families-and-communities, accessed 17 March 2020.
- Goldberg, Howard and others, 2016. "Female Genital Mutilation/Cutting in the United States: Updated Estimates of Women and Girls at Risk, 2012". *Public Health Reports* 131(2): 340-347.
- Goodkind, Daniel, 2011. "Child Underreporting, Fertility, and Sex Ratio Imbalance in China". *Demography* 48(1): 291-316.
- Greene, Margaret E. and others, 2018. *The Centrality of Sexuality for Understanding Child, Early and Forced Marriage*. Washington, D.C. and New York: GreeneWorks and American Jewish World Service. Website: ajws.org/wp-content/uploads/2018/05/centrality_of_sex_final.pdf, accessed 27 March 2020.
- Grosz, Elizabeth, 1994. *Volatile Bodies: Towards a Corporeal Feminism*. Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press.
- Gruskin, Sofia and others, 2010. "'Rights-based Approaches' to Health Policies and Programs: Articulations, Ambiguities, and Assessment". *Journal of Public Health Policy* 31(2): 129-145.
- GSO (General Statistics Office), 2011. *Sex Ratio at Birth in Viet Nam: New Evidence on Patterns, Trends and Differentials*. Ha Noi: Ministry of Planning and Investment.
- Guilmoto, Christophe Z., 2015. "The Masculinization of Births. Overview and Current Knowledge". *Population* 70(2): 185-243.
- Guilmoto, Christophe Z., 2012. "Son Preference and Kinship Structures in Viet Nam". *Population and Development Review* 38(1): 31-54.
- Guilmoto, Christophe Z., 2012a, "Skewed Sex Ratios at Birth and Future Marriage Squeeze in China and India, 2005-2100". *Demography* 49(1): 77-100.
- Guilmoto, Christophe Z. 2009. "The Sex Ratio Transition in Asia". *Population and Development Review* 35(3): 519-549.
- Guilmoto, Christophe Z. and Géraldine Duthé, 2013. "Masculinization of Birth in Eastern Europe". *Population and Societies* 506.
- Guilmoto, Christophe Z. and others, 2018. "Excess Under-5 Female Mortality Across India: a Spatial Analysis Using 2011 Census Data". *The Lancet Global Health* 6(6):e650-e658.
- Hadi, Amal Abdel, 1998. *We Are Decided: The Struggle of an Egyptian Village to Eradicate Female Circumcision*. Cairo: Cairo Institute for Human Rights Studies.
- Hayford, Sarah R. and Jenny Trinitapoli, 2011. "Religious Differences in Female Genital Cutting: A Case Study from Burkina Faso". *Journal for the Scientific Study of Religion* 50(2): 252-271.
- Hennegan, Julie and Paul Montgomery, 2016. "Do Menstrual Hygiene Management Interventions Improve Education and Psychosocial Outcomes for Women and Girls in Low and Middle Income Countries? A Systematic Review". *PLoS ONE* 11(2): e0146985.
- Heise, Lori and Karima Manji, 2016. "Social Norms". GSDRC Professional Development Reading Pack no. 31. Birmingham, UK: University of Birmingham. Website: gsdrc.org/professional-dev/social-norms/, accessed 23 April 2020.
- Heymann, Jody and others, 2019. "Improving Health with Programmatic, Legal, and Policy Approaches to Reduce Gender Inequality and Change Restrictive Gender Norms". *The Lancet* 393(10190): P2522-2534.
- Hilber, Adriane and others, 2019. *Rapariga Biz: Final Report, March 2019*. Maputo: Technical Assistance Facility (TAF).
- Hudson Valerie M. and Andrea M. den Boer, 2004. *Bare Branches: Security Implications of Asia's Surplus Male Population*. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press.
- Ibrahim, Zakiya M. and others, 2013. "Prevalence and Risk Factors for Female Sexual Dysfunction Among Egyptian Women". *Archives of Gynecology and Obstetrics* 287: 1173-1180.
- ICRW (International Center for Research on Women), 2016. *Leveraging Education to End Female Genital Mutilation/Cutting Worldwide*. Washington, D.C.: ICRW.
- ICRW (International Center for Research on Women), 2016a. *A Life Not Chosen: Early Marriage and Mental Health*. Washington, D.C.: ICRW.
- Indonesia, Republic of, 2013. National Institute of Health Research and Development, Ministry of Health, Basic Health Research (RISKESDAS).
- IPPF (international Planned Parenthood Federation), 2006. *Ending Child Marriage: A Guide for Global Policy Action*. London: IPPF.

- Ismail, N. H. A., 1999. "Urinary Leakage and Other Complications of Female Genital Mutilation (FGM) Among Somali girls in Sweden". Master of Science Program Thesis, Department of Women's and Children's Health, Uppsala University. Uppsala, Sweden.
- Jayachandran, Seema, 2014. *Fertility Decline and Missing Women*. NBER working paper 20272. Cambridge, Massachusetts: National Bureau of Economic Research.
- Jayachandran, Seema and Ilyana Kuziemko, 2011. "Why Do Mothers Breastfeed Girls Less than Boys? Evidence and Implications for Child Health in India". *The Quarterly Journal of Economics* 126(3): 1485-1538.
- Johansen, R. Elise and others, 2013. "What Works and What Does Not: a Discussion of Popular Approaches for the Abandonment of Female Genital Mutilation". *Obstetrics and Gynecology International* Website: ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3655658/pdf/OGI2013-348248.pdf, accessed 17 March 2020.
- John, Mary E and others, 2008. *Planning Families, Planning Gender: the Adverse Child Sex Ratio in Selected Districts of Madhya Pradesh, Rajasthan, Himachal Pradesh, Haryana, and Punjab*. New Delhi: Action Aid and IDRC
- Johnson-Agbakwu, Crista and Nicole Warren, 2017. "Interventions to Address Sexual Function in Women Affected by Female Genital Cutting: A Scoping Review". *Current Sexual Health Reports* 9(1):20-31.
- Kadariya, Shanti and Arja R. Aro, 2015. "Chhaupadi Practice in Nepal - Analysis of Ethical Aspects". *Medicolegal and Bioethics* 5: 53-58.
- Kalamar, Amash and others, 2016. "Interventions to Prevent Child Marriage among Young People in Low and Middle-Income Countries: A Systematic Review of the Published and Grey Literature". *Journal of Adolescent Health* 59(3 Suppl): S16-S21.
- Kandala, Ngianga-Bakwin and others, 2019. "A Spatial Analysis of the Prevalence of Female Genital Mutilation/Cutting Among 0-14-Year-Old Girls in Kenya". *International Journal of Environmental Research and Public Health* 16(21): 4155.
- Karam, Azza, 2015. "Faith-Inspired Initiatives to Tackle the Social Determinants of Child Marriage". *The Review of Faith International Affairs* 13(3): 59-68.
- Karmaker, Bue and others, 2011. "Factors Associated with Female Genital Mutilation in Burkina Faso and its Policy Implications". *International Journal for Equity in Health* 10: 20.
- Kaser, Karl, 2008. *Patriarchy after Patriarchy: Gender Relations in Turkey and in the Balkans, 1500-2000*. Münster, Germany: LIT Verlag.
- Kaur, Ravinder, ed. 2016. *Too Many Men, Too Few Women: Social Consequences of Gender Imbalance in India and China*. Hyderabad, India: Orient BlackSwan.
- Kaur, Ravinder, 2013. "Mapping the Adverse Consequences of Sex Selection and Gender Imbalance in India and China". *Economic and Political Weekly* 31 August 2013, pp 37-44.
- Khanna, Tina and others, 2013. *Child Marriage in South Asia: Realities, Responses and the Way Forward*. Bangkok: UNFPA Asia Pacific Regional Office, ICRW. Website: n2r4h9b5.stackpathcdn.com/wp-content/uploads/2016/10/Child_marriage_paper-in-South-Asia.2013.pdf, accessed 3 February 2020.
- Khoja-Moolji, Shenila, 2018. *Forging the Ideal Educated Girl: The Production of Desirable Subjects in Muslim South Asia*. University of California Press.
- Kidman, Rachel, 2017. "Child Marriage and Intimate Partner Violence: a Comparative Study of 34 Countries". *International Journal of Epidemiology* 46(2): 662-675.
- Kizilhan, Jan Ilhan, 2011. "Impact of Psychological Disorders After Female Genital Mutilation Among Kurdish Girls in Northern Iraq". *European Journal of Psychiatry* 25(2): 92-100.
- Koutroulis, Glenda, 2001. "Soiled Identity: Memory-Work Narratives of Menstruation". *Health* 5(2): 187-205.
- Krieger, Nancy, 2000. "Discrimination and Health". *Social Epidemiology* 1: 36-75.
- Kulkarni, Purushottam M., 2019. *Sex Ratio at Birth in India - Recent Trends and Patterns*. unpublished report prepared for the United Nations Population Fund, Delhi.
- Kumar, Sanjay, and K. M. Sathyanarayana, 2012. "District-Level Estimates of Fertility and Implied Sex Ratio at Birth in India". *Economic & Political Weekly* 47(33): 66-72.
- Kvello, A. and L. Sayed, 2002. "Omskjering av kvinner i de forente arabiske emirater—er klitoridektomi i tradisjonell praksis et overgrep mot kvinner?" ("Concerning Female Circumcision in the United Arab Emirates: Is Clitoridectomy in a Traditional Context an Assault Against Women?") Thesis, Faculty of Medicine, University of Oslo. Oslo, Norway.
- Lee-Rife, Susan and others, 2012. "What Works to Prevent Child Marriage: A Review of the Evidence". *Studies in Family Planning* 43(4): 287-303.
- Lemmon, Gayle Tzemach, 2014. "Fragile States, Fragile Lives: Child Marriage amid Disaster and Conflict". Working Paper. New York: Council on Foreign Relations.
- Lemmon, Gayle Tzemach and Rebecca Hughes, 2018. "Sixteen and Married: Why Identity Matters for Syrian Girls". Blog Post, 16 July 2018: New York: Council on Foreign Relations. Website: cfr.org/blog/sixteen-and-married-why-identity-matters-syrian-girls, accessed 27 March 2020.
- LeStrat, Yann and others, 2011. "Child Marriage in the United States and Its Association with Mental Health in Women". *Pediatrics* 128(3): 524-530.
- Leye, Else and others, 2019. "Debating Medicalization of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C): Learning From (Policy) Experiences Across Countries". *Reproductive Health* 16: 158.
- Lloyd, Cynthia and Barbara Mensch, 2008. "Marriage and Childbirth as Factors in Dropping Out from School: An Analysis of DHS Data from Sub-Saharan Africa". *Population Studies* 62(1): 1-13.
- Lundh, Christer, 2003. *Swedish Marriages: Customs, Legislation and Demography in the Eighteenth and Nineteenth Centuries*. Lund Papers in Economic History, no. 88. Lund, Sweden: Lund University Department of Economic History.
- Macfarlane, A. J. and E. Dorkenoo, 2015. *Prevalence of Female Genital Mutilation in England and Wales: National and Local Estimates*. London: City University London in association with Equality Now. Website: openaccess.city.ac.uk/12382/, accessed 17 March 2020.
- Mackie, Gerry, 2009. *Social Dynamics of Abandonment of Harmful Practices: A New Look at the Theory*. Innocenti Working Papers no. 2009-06. New York: United Nations. Website: oecd-ilibrary.org/content/paper/9813d82b-en, accessed 27 March 2020.
- Magangi, Magdaline G., 2015. "Effects of Female Genital Cutting on School Attendance and Retention of Primary School Girls in Kuria West District, Kenya". *African Journal of Education and Human Development* 1: 1
- Mahmoud, Manal, 2016. "Effect of Female Genital Mutilation on Female Sexual Function". *Alexandria Journal of Medicine* 52(1): 55-59.

- Malhotra, Anju, 2011. *The Causes, Consequences and Solutions to Forced Child Marriage in the Developing World*. Washington, D.C.: International Center for Research on Women. Website: icrw.org/files/images/Causes-Consequences-and%20Solutions-to-Forced-Child-Marriage-Anju-Malhotra-7-15-2010.pdf, accessed 3 February 2020.
- Malhotra, Anju and others, 2019. "Catalyzing Gender Norm Change for Adolescent Sexual and Reproductive Health: Investing in Interventions for Structural Change". *The Journal of Adolescent Health* 64(4 Suppl): 51-515.
- Marcus, Rachel and others, 2017. *GAGE Rigorous Review: Girls' Clubs, Life Skills Programmes and Girls' Well-being Outcomes*. London: Gender and Adolescence: Global Evidence. Website: gage.odi.org/publication/rigorous-review-girls-clubs-life-skills-programmes/, accessed 23 April 2020.
- Meyer-Rochow, Victor Benno, 2009. "Food Taboos: Their Origins and Purposes". *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine* 5:18.
- Miller, Barbara D., 2001. Female-selective Abortion in Asia: Patterns, Policies, and *American Anthropologist* 103(4): 1083-1095.
- Miller, Barbara D., 1981. *The Endangered Sex: Neglect of Female Children in Rural North India*. Ithaca: Cornell University Press.
- Miller, Suellen and others, 2005. "Obstetric Fistula: A Preventable Tragedy". *Journal of Midwifery and Women's Health* 50(4): 286-294.
- Misunas, Christina and others, 2019. "Child Marriage Among Boys in High-prevalence Countries: An Analysis of Sexual and Reproductive Health Outcomes". *BMC International Health and Human Rights* 19: 25.
- Mitike, Getnet and Wakgari Deressa, 2009. "Prevalence and Associated Factors of Female Genital Mutilation Among Somali Refugees in Eastern Ethiopia: A Cross-sectional Study". *BMC Public Health* 9(1): 264.
- Mitra, Aparna, 2014. "Son Preference in India: Implications for Gender Development". *Journal of Economic Issues* 48(4): 1021-1037.
- Modrek, Sepideh and Jenny X. Liu, 2013. "Exploration of Pathways Related to the Decline in Female Circumcision in Egypt". *BMC Public Health* 13(1): 921-929.
- Mohammed, Ghada F. and others, 2014. "Female Genital Mutilation/Cutting". *Journal of Sexual Medicine* 11: 2756-2763.
- Morison, Linda and others, 2001. "The Long-term Reproductive Health Consequences of Female Genital Cutting in Rural Gambia: A Community-based Survey". *Tropical Medicine & International Health* 6(8): 643-653.
- Muchomba, Felix M., 2019. "Sex Composition of Children and Spousal Sexual Violence in Sub-Saharan Africa". *Maternal and Child Health Journal* 23: 1130-1139.
- Murphy, Rachel and others, 2011. "Son Preference in Rural China: Patrilineal Families and Socio-Economic Change". *Population and Development Review* 37(4): 665-690.
- Nabaneh, Satang and A. S. Muula, 2019. "Female Genital Mutilation/Cutting in Africa: A Complex Legal and Ethical Landscape". *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 145: 253-257.
- Naved, Ruchira T. and others, 2001. "The Effects of Migration and Work on Marriage of Female Garment Workers in Bangladesh". *International Journal of Population Geography* 7(2): 91-104.
- Nguyen, Minh Cong and Quentin Wodon, 2014. *The Impact of Child Marriage on Literacy and Education Attainment in Africa*. Washington, D.C.: World Bank. Website: ais.volumesquared.com/wp-content/uploads/2015/02/OOSC-2014-QW-Child-Marriage-final.pdf, accessed 4 February 2020.
- Nguyen, Minh Cong and Quentin Wodon, 2012. *Child Marriage and Education: A Major Challenge*. Washington, D.C.: World Bank.
- Nguyen, Minh Cong and Quentin Wodon, 2012a. *Estimating the Impact of Child Marriage on Literacy and Education Attainment in Africa*. Washington, D.C.: World Bank.
- Nour, Nawal, 2009. "Child Marriage: A Silent Health and Human Rights Issue". *Reviews in Obstetrics and Gynecology* 2(1): 51-56.
- Nour, Nawal M, 2008. "Female Genital Cutting: a Persisting Practice". *Reviews in Obstetrics and Gynecology* 1(3): 135.
- NWCCW (National Working Committee on Children and Women) and others, 2018. *Children in China: An Atlas of Social Indicators*. Beijing: UNICEF.
- Nyabero, C. and others, 2016. "Alternative Rites of Passage Potency in Enhancing Girl Child Self-esteem and Participation in Education in Primary Schools in Kisii County, Kenya". *African Journal of Education and Human Development* 2(1): 1-9.
- Obaji, Philip 2020. " 'No Girl is Safe' The Mothers Ironing Their Daughters' Breasts". Al Jazeera News, 3 February 2020. Website: aljazeera.com/indepth/features/girl-safe-mothers-ironing-daughters-breasts-200128130832821.html, accessed 27 March 2020.
- OHCHR (UN Office of the High Commissioner for Human Rights), n.d. *International Human Rights Law*. Website: ohchr.org/en/professionalinterest/pages/internationalaw.aspx, accessed 27 March 2020.
- Onduru, Erick, 2019. "The Dowry System and Child Marriage". Blog post. Dublin: Actionaid, 6 March 2019. Website: actionaid.ie/dowry-system-child-marriage/, accessed 26 March 2020.
- Onyango, Monica A. and others, 2010. "Factors that Influence Male Involvement in Sexual and Reproductive Health in Western Kenya: A Qualitative Study". *African Journal of Reproductive Health* 14(4): 33-43.
- Osinowo, H. O. and A. O. Taiwo, 2003. "Impact of Female Genital Mutilation on Sexual Functioning, Self-esteem and Marital Instability of Women in Ajegunle". *IFE Psychologia* 11(1): 123-130.
- Ouldzeidoune, Nacerdine and others, 2013. "A Description of Female Genital Mutilation and Force-Feeding Practices in Mauritania: Implications for the Protection of Child Rights and Health". *PLoS ONE* 8(4): e60594.
- Padhye, S. and others, 2003. "A Profile of Menstrual Disorders in a Private Set Up". *Kathmandu University Medical Journal* 1(1): 20-26.
- Palitza, Kristin, 2014. *Traditional Leaders Wield the Power, and They are Almost All Men: The Importance of Involving Traditional Leaders in Gender Transformation*. Johannesburg: Sonke Gender Justice Network. Website: genderjustice.org.za/publication/traditional-leaders-wield-the-power-and-they-are-almost-all-men/, accessed 23 April 2020.
- Pande, Rohini and Anju Malhotra, 2006. *Son Preference and Daughter Neglect in India: What Happens to Living Girls?* Washington, D. C.: International Center for Research on Women. Website: icrw.org/publications/son-preference-and-daughter-neglect-in-india/, accessed 17 March 2020.
- Parsons, Jennifer and others, 2015. "Economic Impacts of Child Marriage". *Review of Faith and International Affairs* 13(3): 12-22.

- Pew Research Center, 2016. "Marriage Laws around the World". Washington, D.C.: Pew Research Center. Website: assets.pewresearch.org/wp-content/uploads/sites/12/2016/09/FT_Marriage_Age_Appendix_2016_09_08.pdf, accessed 23 April 2020.
- Piperata, Barbara A., 2008. "Forty Days and Forty Nights: a Biocultural Perspective on Postpartum Practices in the Amazon". *Social Science and Medicine* 67(7): 1094-1103.
- Piroozi, Bakhtiar and others, 2020. "Effect of Female Genital Mutilation on Mental Health: A Case-control Study". *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 25(1): 33-36.
- Rahm, Laura, 2020. *Gender-Biased Sex Selection in South Korea, India and Vietnam*. Springer, Cham.
- Rahman, Widad and others, 2018. *Understanding the Key Elements for Designing and Implementing Social Marketing Campaigns to Inform the Development of Creative Approaches for FGM/C Abandonment in Sudan*. Evidence to End FGM/C: Research to Help Girls and Women Thrive. New York: Population Council. Website: popcouncil.org/uploads/pdfs/2018RH_SocialMarketingCampaignsSudan.pdf, accessed 23 April 2020.
- Raj, Anita and others, 2009. "Prevalence of Child Marriage and its Effect on Fertility and Fertility Control Outcomes of Young Women in India: A Cross-sectional, Observational Study". *The Lancet* 373(9678): 1883-1889.
- Ramalingaswami, Vulimiri and others, 1997. *The Asian Enigma. The Progress of Nations*. New York: UNICEF.
- Ranabhat, Chhabi and others, 2015. "Chhaupadi Culture and Reproductive Health of Women in Nepal". *Asia Pacific Journal of Public Health* 27(7): 785-795.
- Reiss, Fraidy, 2015. "America's Child-Marriage Problem". *The New York Times*, 13 October 2015.
- Robinson, Hannah, 2015. "Chaupadi: The Affliction of Menses in Nepal". *International Journal of Women's Dermatology* 1(4): 193-194.
- SADC-PF (Southern African Development Community Parliamentary Forum) and others, 2018. *A Guide to Using the SADC Model Law on Eradicating Child Marriage and Protecting Children Already in Marriage*. Gaborone, Botswana: SADC-PF. Website: esaro.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/J7288E%20-%20SADC%20Model%20Law%20Toolkit%20final.pdf, accessed 27 March 2020.
- Sakeah, Evelyn and others, 2019. "Persistent Female Genital Mutilation Despite its Illegality: Narratives from Women and Men in Northern Ghana". *PLoS One* 14(4): e0214923.
- Salam, Maya, 2019. "What Is Toxic Masculinity?" *The New York Times*, 22 January 2019. Website: [nytimes.com/2019/01/22/us/toxic-masculinity.html](https://www.nytimes.com/2019/01/22/us/toxic-masculinity.html), accessed 17 March 2020.
- Santhya, K. G. and others, 2010. "Association between Early Marriage and Young Women's Marital and Reproductive Health Outcomes: Evidence from India". *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 36(3): 132-139.
- Schurmann, Anna, 2009. "Review of the Bangladesh Female Secondary School Stipend Project Using a Social Exclusion Framework". *Journal of Health, Population, and Nutrition* 27(4): 505-517.
- Sen, Gita, 2009. *Gender Biased Sex Selection: Key Issues for Action*. Briefing Paper for WHO. Geneva, Switzerland: WHO.
- Sen, Gita and P. Ostlin, 2008. "Gender Inequality in Health: Why it Exists and How We Can Change It". *Global Public Health* 3(S1): 1-12.
- Shi, Yaojiang and John James Kennedy, 2016. "Delayed Registration and Identifying the 'Missing Girls' in China". *The China Quarterly* 228:1018-1038.
- Siega-Riz, Anna Maria and others, 2009. "A Systematic Review of Outcomes of Maternal Weight Gain According to the Institute of Medicine Recommendations: Birthweight, Fetal Growth, and Postpartum Weight Retention". *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 201(339): e1-14.
- Sieverding, Maia and Asmaa Elbadawy, 2016. "Empowering Adolescent Girls in Socially Conservative Settings: Impacts and Lessons Learned from the Ishraq Program in Rural Upper Egypt". *Studies in Family Planning* 47: 129-144.
- Smith, Alex Duval, 2009. "Girls Being Force-fed for Marriage as Fattening Farms Revived". *The Guardian*. 28 February 2009. Website: [guardian.co.uk/world/2009/mar/01/mauritania-force-feeding-marriage/](https://www.guardian.co.uk/world/2009/mar/01/mauritania-force-feeding-marriage/) print, accessed 27 March 2020.
- Sonke Gender Justice. n.d. *Involvement of Men and Tough Action by African Leaders Needed to End FGM*. 5 February 2020. Website: genderjustice.org.za/news-item/involvement-of-men-and-tough-action-by-african-leaders-needed-to-end-fgm/, accessed 27 March 2020.
- South, Scott J. and others, 2014. "Skewed Sex Ratios and Criminal Victimization in India". *Demography* 51(3): 1-22.
- Spadacini, Beatrice and Pamela Nichols, 1998. "Campaigning Against Female Genital Mutilation in Ethiopia Using Popular Education". *Gender & Development* 6(2): 44-52.
- Sperling, Gene and Rebecca Winthrop, 2015. *What Works in Girls' Education: Evidence for the World's Best Investment*. Washington, D.C.: Brookings Institution Press.
- Spindler, E., 2015. "'One Hand Can't Clap by Itself': Engagement of Boys and Men in Kembatti Mentti Gezzimma's Intervention to Eliminate Female Genital Mutilation and Circumcision in Kembatta Zone, Ethiopia". EMERGE Case Study 3. Brighton, UK: Promundo-US, Sonke Gender Justice, and the Institute of Development Studies. Website: opendocs.ids.ac.uk/opendocs/handle/20.500.12413/7067, accessed 23 April 2020.
- Srinivasan, Sharada and Shuzhuo Li, eds. 2017. *Scarce Women and Surplus Men in China and India: Macro Demographics Versus Local Dynamics*. Springer.
- Stellar, Carmen and others, 2016. "A Systematic Review and Narrative Report of the Relationship Between Infertility, Subfertility, and Intimate Partner Violence". *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 133(1): 3-8.
- Subramanian, Laura and others, 2018. "Increasing Contraceptive Use Among Young Married Couples in Bihar, India: Evidence From a Decade of Implementation of the PRACHAR Project". *Global Health: Science and Practice* 6(2): 330-344.
- Svanemyr Joar and others, 2013. *The Contribution of Laws to Change the Practice of Early Marriage in Africa*. Geneva: WHO.
- Tafuro, Sara and Christophe Z. Guilmoto, 2019. "Skewed Sex Ratios at Birth: A Review of Global Trends". *Early Human Development* 141: 104868.
- Tamire, Mulugeta and Mitike Molla, 2013. "Prevalence and Belief in the Continuation of Female Genital Cutting Among High School Girls: a Cross-sectional Study in Hadiya Zone, Southern Ethiopia". *BMC Public Health* 13: 1120.
- Thabet, Saeed and Ahmed Thabet, 2003. "Defective Sexuality and Female Circumcision: The Cause and the Possible Management". *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research* 29(1): 12-19.

- Thompson, Lyric and Rachel Clement. n.d. *Defining Feminist Foreign Policy*. Washington, D.C.: International Center for Research on Women.
- Thomson, Jennifer and others, 2019. "What's Missing in MHM? Moving Beyond Hygiene in Menstrual Hygiene Management". *Sexual and Reproductive Health Matters* 27(1): 12-15.
- Tucker, Joseph D. and others, 2005. "Surplus Men, Sex Work, and the Spread of HIV in China". *Aids* 19(6): 539-547.
- Twenty-Eight (28) Too Many, 2018. "The Law and FGM, September 2018". Website: [28toomany.org/static/media/uploads/Law%20Reports/the_law_and_fgm_v1_\(september_2018\).pdf](http://28toomany.org/static/media/uploads/Law%20Reports/the_law_and_fgm_v1_(september_2018).pdf), accessed 27 March 2020.
- UN CAT (United Nations Committee Against Torture), 2011. "Concluding Observations of the Committee against Torture: Bulgaria, 14 December 2011". CAT/C/BGR/CO/4-5. Website: refworld.org/docid/4f1d594a2.html, accessed 1 February 2020.
- UN CEDAW (United Nations Committee on the Elimination of Discrimination Against Women), 2017. "CEDAW General Recommendation No. 35 on Gender-based Violence Against Women, Updating General Recommendation No. 19". CEDAW/C/GC/35. Website: tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/1_Global/CEDAW_C_GC_35_8267_E.pdf, accessed 27 March 2020.
- UN CEDAW (United Nations Committee on the Elimination of Discrimination Against Women), 2014. "Concluding Observations on the Combined Seventh and Eighth Periodic Reports of China". CEDAW/C/CHN/CO/7-8. Website: tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW/C/CHN/CO/7-8&Lang=En, accessed 14 April 2020.
- UN CEDAW (United Nations Committee on the Elimination of Discrimination Against Women), 2011. "Concluding Observations of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women - Montenegro, 4 November 2011". CEDAW/C/MNE/CO/1. Website: refworld.org/docid/4eeb24822.html, accessed 1 February 2020.
- UN CEDAW (United Nations Committee on the Elimination of Discrimination Against Women) 2011a. "Concluding Observations of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women - Zambia, 19 September 2011". CEDAW/C/ZMB/CO/5-6. Website: refworld.org/docid/4eeb489a2.html, accessed 1 February 2020.
- UN CEDAW (United Nations Committee on the Elimination of Discrimination Against Women), 1992. "CEDAW General Recommendation No. 19: Violence against Women". Website: refworld.org/docid/52d920c54.html, accessed 1 February 2020.
- UN CEDAW and UN CRC (United Nations Committee on the Elimination of Discrimination Against Women and United Nations Committee on the Rights of the Child), 2014. "Joint General Recommendation/General Comment No. 31 of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women and No. 18 of the Committee on the Rights of the Child on Harmful Practices". CEDAW/C/GC/31/CRC/C/GC/18; Website: tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?SymbolNo=CEDAW/C/kaurGC/31/CRC/C/GC/18, accessed 27 March 2020.
- UN CRC (United Nations Committee on the Rights of the Child), 2012. "Consideration of Reports Submitted by States Parties under Article 44 of the Convention. Concluding Observations: Togo". CRC/C/TGO/CO/3-4. Website: assets.pewresearch.org/wp-content/uploads/sites/12/2016/09/FT_Marriage_Age_Appendix_2016_09_08.pdf
- UN CRC (United Nations Committee on the Rights of the Child), 2009. "Consideration of Reports Submitted by States Parties under Article 44 of the Convention: Convention on the Rights of the Child: Concluding Observations: Mauritania". CRC/C/MRT/CO/2. Website: refworld.org/docid/4a8e97805.html, accessed 1 February 2020.
- UNDP (United Nations Development Programme), 2020. *Tackling Social Norms: A Game Changer for Gender Inequalities*. Website: hdr.undp.org/sites/default/files/hd_perspectives_gsni.pdf.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2020. *Costing the Three Transformative Results*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2019. "Menstruation and Human Rights - Frequently Asked Questions". New York: UNFPA. Website: unfpa.org/menstruationfaq#Taboos%20and%20Myths%20about%20menstuations, accessed 27 March 2020.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2019a. *Campaign to End Fistula*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2019b. *Beyond the Crossing: Female Genital Mutilation Across Borders*. New York: UNFPA. Website: unfpa.org/publications/beyond-crossing-female-genital-mutilation-across-borders.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2018. *UNFPA-UNICEF Joint Programme on Female Genital Mutilation: Accelerating Change, Performance Analysis for Phase II*. New York: UNFPA. Website: unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA-UNICEF-Phase2Performance_2018_web_0.pdf, accessed 18 March 2020.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2017. *Trends in the Sex Ratio at Birth. An Overview Based on the 2014 General Population Census Data*. Tbilisi: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2015. *Demographic Perspectives on Female Genital Mutilation*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2015a. "Preventing Gender-biased Sex Selection in Eastern Europe and Central Asia". Issues Brief #4. New York: UNFPA. Website: unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/GBSS_Brief_WEB.pdf, accessed 6 March 2020.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2013. *Sex Imbalances at Birth in Armenia. Demographic Evidence and Analysis*. Yerevan: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2012. *Sex Imbalances at Birth. Current Trends, Consequences and Policy Implications*. Bangkok: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2012a. *Marrying Too Young: End Child Marriage*. New York: UNFPA. Website: unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MarryingTooYoung.pdf, accessed 3 February 2020.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2011. *Son Preference in Viet Nam: Ancient Desires, Advancing Technologies. Qualitative Research Report to Better Understand the Rapidly Rising Sex Ratio at Birth in Viet Nam*. Ha Noi: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2011a. *Project Embera-wera: An Experience of Culture Change to Eradicate Female Genital Mutilation in Colombia - Latin America*. UNFPA. Website: colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/proyectoembera%20%281%29%20%281%29.pdf, accessed 27 March 2020.
- UNFPA (United Nations Population Fund), n.d. *Preventing Son Preference and the Undervaluing of Girls in Asia and the Pacific*. UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), n.d.a. *Preventing Gender-Biased Sex Selection in Eastern Europe and Central Asia*. UNFPA. Website: unfpa.org/resources/preventing-gender-biased-sex-selection-eastern-europe-and-central-asia, accessed 27 March 2020.

- UNFPA and The European Union for Georgia, 2019. *Social Economic Policy Analysis with Regard to Son Preference and GBSS*. UNFPA Georgia. Website: georgia.unfpa.org/en/publications/social-economic-policy-analysis-regard-son-preference-and-gbss, accessed 27 March 2020.
- UNFPA-UNICEF (United Nations Population Fund-United Nations Children's Fund), 2013. *Joint Evaluation UNFPA-UNICEF Joint Programme on Female Genital Mutilation/Cutting: Accelerating Change (2008-2012)*. New York and Geneva: UNFPA and UNICEF.
- UNFPA and others, 2018. "Child Marriage in Humanitarian Settings: Spotlight on the Situation in the Arab Region". Website: unicef.org/mena/sites/unicef.org/mena/files/2018-08/CM%20in%20humanitarian%20settings%20MENA.pdf, accessed 27 March 2020.
- UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2018. "General Comment No. 36 (2018) on Article 6 of the International Covenant on Civil and Political Rights, on the Right to Life". CCPR/C/GC/36. Website: tbinternet.ohchr.org/Treaties/CCPR/Shared%20Documents/1_Global/CCPR_C_GC_36_8785_E.pdf, accessed 10 April 2020.
- UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2018a. "Report of the Special Rapporteur on Violence Against Women, its Causes And Consequences on Online Violence Against Women and Girls from a Human Rights Perspective". A/HRC/38/47. Website: ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session38/Pages/ListReports.aspx, accessed 17 March 2020.
- UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2015. "Good Practices and Major Challenges in Preventing and Eliminating Female Genital Mutilation, Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights". A/HRC/29/20. Website: refworld.org/docid/558407f4.html, accessed 28 January 2020.
- UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2014. "Preventing and Eliminating Child, Early and Forced Marriage: Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights". A/HRC/26/22. Website: refworld.org/docid/53999c1b4.html, accessed 19 January 2020.
- UN HRC (United Nations Human Rights Committee), 2000. "CCPR General Comment No. 28: Article 3 (The Equality of Rights Between Men and Women), 29 March 2000". CCPR/C/21/Rev.1/Add.10. Website: refworld.org/docid/45139c9b4.html, accessed 7 June 2020.
- UNICEF (United Nations Children's Fund), 2020. *Female Genital Mutilation: A New Generation Calls for Ending an Old Practice*. New York: UNICEF.
- UNICEF (United Nations Children's Fund), 2020a. *A Profile of Female Genital Mutilation in Ethiopia*. New York: UNICEF.
- UNICEF (United Nations Children's Fund), 2020b. *A Profile of Female Genital Mutilation in Kenya*. New York: UNICEF.
- UNICEF (United Nations Children's Fund), 2019. *The State of the World's Children 2019. Children, Food and Nutrition: Growing Well in a Changing World*. New York: UNICEF.
- UNICEF (United Nations Children's Fund), 2019a. "UNICEF Global Database: Child Marriage". New York: UNICEF, updated March 2019. Retrieved 31 January 2020.
- UNICEF (United Nations Children's Fund), 2019b. *A Profile of Child Marriages and Early Unions in Latin America and the Caribbean*. New York: UNICEF.
- UNICEF (United Nations Children's Fund), 2019c. *Ending Child Marriage: A Profile of Progress in India*. New York: UNICEF.
- UNICEF (United Nations Children's Fund), 2018. *Latest Trends and Future Prospects*. New York: UNICEF. Website: data.unicef.org/resources/child-marriage-latest-trends-and-future-prospects/, accessed 23 April 2020.
- UNICEF (United Nations Children's Fund), 2017. *Falling Through The Cracks: The Children Of Yemen*. New York: UNICEF.
- UNICEF (United Nations Children's Fund), 2012. *Progress In Abandoning Female Genital Mutilation/Cutting And Child Marriage In Self-Declared Woredas, in Ethiopia*. Website: itacaddis.org/docs/2013_09_24_08_09_26_Ethiopia_FGM_Final.pdf, accessed 9 April 2020.
- UNICEF (United Nations Children's Fund), 2010. *The Dynamics of Social Change: Towards the Abandonment of FGM/C in Five African Countries*. Innocenti Insights. Website: unicef-irc.org/publications/618-the-dynamics-of-social-change-towards-the-abandonment-of-fgm-c-in-five-african-countries.html, accessed 9 April 2020.
- UNICEF (United Nations Children's Fund), 2005. *Early Marriage: A Harmful Traditional Practice*. New York: UNICEF. Website: unicef.org/publications/files/Early_Marriage_12_lo.pdf, accessed 3 August 2018.
- UNICEF (United Nations Children's Fund) and UNFPA (United Nations Population Fund), 2018. *Key Drivers of the Changing Prevalence of Child Marriage in Three Countries in South Asia: Working Paper*. Kathmandu: UNICEF, 2018.
- UN Nepal, 2011. *Field Bulletin: Chaupadi in the Far-west*. Kathmandu, Nepal: United Nations Resident and Humanitarian Coordinator's Office. Website: ohchr.org/Documents/Issues/Water/Contributionsstigma/others/field_bulletin_-_issue1_april_2011_-_chaupadi_in_far-west.pdf, accessed 18 March 2020.
- UN Women, 2017. *Abolishing Chhaupadi, Breaking the Stigma of Menstruation in Rural Nepal*. New York: UN Women. Website: unwomen.org/en/news/stories/2017/4/feature-abolishing-chhaupadi-breaking-the-stigma-of-menstruation-in-rural-nepal, accessed 27 March 2020.
- UN Women, n.d. "Global Gender Equality Constitutional Database". New York: UN Women. Website: constitutions.unwomen.org/en, accessed 18 March 2020.
- Upreti, Aruna, 2005. "Custom-made Injustice". *Nepali Times* Issue 247 (13 May 2005 - 19 May 2005). Website: archive.nepalitimes.com/news.php?id=267#XpmCui2B00o, accessed 23 April 2020.
- Vangen, Siri and others, 2002. "Perinatal Complications Among Ethnic Somalis in Norway". *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 81(4): 317-322.
- Varol, Nesrin and others, 2015. "The Role of Men in Abandonment of Female Genital Mutilation: A Systematic Review". *BMC Public Health* 15: 1034.
- Vloeberghs, Erick and others, 2011. *Veiled Pain. A Study in the Netherlands on the Psychological, Social and Relational Consequences of Female Genital Mutilation*. Utrecht: Pharos.
- Wall, Lewis. 2012. "Overcoming Phase 1 Delays: the Critical Component of Obstetric Fistula Prevention Programs in Resource-poor Countries". *BMC Pregnancy and Childbirth* 12: 68.
- WaterAid, 2009. *Is Menstrual Hygiene And Management An Issue For Adolescent Girls? A Comparative Study Of Four Schools In Different Settings Of Nepal*. WaterAid in Nepal. Website: menstrualhygieneday.org/wp-content/uploads/2016/12/Wateraid_menstrual-hygiene-school-adolescencegirls-Nepal_2009.pdf, accessed 23 April 2020.

- WHO (World Health Organization), 2020. *Female Genital Mutilation, Key Facts*. Geneva, Switzerland: WHO. Website: who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation, accessed 18 March 2020.
- WHO (World Health Organization), 2019. *Trends in Maternal Mortality: 2000 to 2017: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division*. Geneva, Switzerland: WHO. Website: documents.worldbank.org/curated/en/793971568908763231/pdf/Trends-in-maternal-mortality-2000-to-2017-Estimates-by-WHO-UNICEF-UNFPA-World-Bank-Group-and-the-United-Nations-Population-Division.pdf, accessed 18 March 2020.
- WHO (World Health Organization), 2018. "Eliminating Virginity Testing: an Interagency Statement". No. WHO/RHR/18.15. Geneva, Switzerland: WHO. Website: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275451/WHO-RHR-18.15-eng.pdf, accessed 18 March 2020.
- WHO (World Health Organization), 2018a. *Adolescents: Health Risks and Solutions*. Geneva, Switzerland: WHO. Website: who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions, accessed 17 February 2020.
- WHO (World Health Organization), 2016. *WHO Guidelines on the Management of Health Complications from Female Genital Mutilation*. Geneva, Switzerland: WHO.
- WHO (World Health Organization), 2011. "Preventing Gender-biased Sex Selection: An Interagency Statement. OHCHR, UNFPA, UNICEF, UN Women and WHO". Geneva, Switzerland: WHO. Website: who.int/reproductivehealth/publications/gender_rights/9789241501460/en/, accessed 18 March 2020.
- WHO (World Health Organization), 2008. "Adolescent Pregnancy". Making Pregnancy Safer (MPS) Notes. 1(1). Geneva, Switzerland: WHO.
- WHO (World Health Organization), 1997. "Female Genital Mutilation: a Joint WHO/UNICEF/UNFPA Statement". Geneva, Switzerland: WHO. Website: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41903/9241561866.pdf, accessed 18 March 2020.
- WHO (World Health Organization), n.d. *Health Risks of Female Genital Mutilation*. Website: who.int/sexual-and-reproductive-health/health-risks-of-female-genital-mutilation, accessed 18 March 2020.
- Winkler, Inga and Virginia Roaf, 2014. *Bringing the Dirty Bloody Linen Out of the Closet - Menstrual Hygiene as a Priority for Achieving Gender Equality*. Rochester, New York: Cardozo Journal of Law and Gender.
- Wodon, Quentin and others, 2018. *Estimating the Economic Impacts and Costs of Child Marriage Globally*. Washington, D.C.: World Bank.
- Wodon, Quentin and others, 2018a. *Educating Girls and Ending Child Marriage: A Priority for Africa*. Washington, D.C.: World Bank.
- Wodon, Quentin and others, 2017. *Economic Impacts of Child Marriage: Global Synthesis Report*. Washington, D.C.: World Bank and International Center for Research on Women.
- Wodon, Quentin and others, 2017a. *Economic Impacts of Child Marriage: Fertility and Population Growth*. Washington, D.C.: World Bank and International Center for Research on Women. Website: icrw.org/wp-content/uploads/2018/02/ICRW_Brief_FertilityPopGrowth.pdf, accessed 4 February 2020.
- Women's Refugee Commission, 2016. *A Girl No More: The Changing Norms of Child Marriage in Conflict*. New York: Women's Refugee Commission.
- World Bank, 2019. "Despite Gains, Women Face Setbacks in Legal Rights Affecting Work". Washington, D.C.: World Bank. Website: worldbank.org/en/news/press-release/2019/02/27/despite-gains-women-face-setbacks-in-legal-rights-affecting-work, accessed 27 March 2020.
- World Bank. 2018. "Many Governments Take Steps to Improve Women's Economic Inclusion, Although Legal Barriers Remain Widespread". Washington, D.C.: World Bank. Website: worldbank.org/en/news/press-release/2018/03/29/many-governments-take-steps-to-improve-womens-economic-inclusion-although-legal-barriers-remain-widespread, accessed 27 March 2020.
- World Bank. 2017. "Educating Girls, Ending Child Marriage". Washington, D.C.: World Bank. Website: worldbank.org/en/news/immersive-story/2017/08/22/educating-girls-ending-child-marriage, accessed 27 March 2020.
- World Bank and ICRW (International Center for Research on Women), 2017. *Economic Impacts of Child Marriage: Global Synthesis Report*. Washington D. C.: ICRW. Website: icrw.org/publications/economic-impacts-child-marriage/, accessed 23 April 2020.
- World Economic Forum. 2020. *Global Gender Gap Report 2020*. Geneva, Switzerland, World Economic Forum. Website: weforum.org/reports/global-gender-gap-report-2020, accessed 27 March 2020.
- Yaya, Sanni and others, 2019. "Prevalence of Child Marriage and Its Impact on Fertility Outcomes in 34 Sub-Saharan African Countries". *BMC International Health and Human Rights* 19: 33.
- Yola, Amir Imam, 2011. "Yankan Gishiri (Salt Cut)". *International Journal of Obstetric Trauma* 1(1).
- Young, Frank and Albert Bacdayan, 1965. "Menstrual Taboos and Social Rigidity". *Ethnology* 4(2): 225-240.
- Yu, Soo Hyun and others, 2016. "Differential Effects of Young Maternal Age on Child Growth". *Global Health Action* 9: 31171.
- Zayed, Abeer and Abla Ali, 2012. "Abusing Female Children by Circumcision is Continued in Egypt". *Journal of Forensic and Legal Medicine* 19(4): 196-200.

UNFPA - Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione, è un'organizzazione internazionale di sviluppo che promuove il diritto di ogni donna, uomo o bambina/o alla salute e all'uguaglianza di opportunità nella propria vita. UNFPA sostiene i paesi nell'utilizzo dei dati sulla popolazione per la definizione di politiche e programmi per ridurre la povertà, garantire che ogni gravidanza sia voluta, ogni nascita avvenga in condizioni di sicurezza, ogni giovane eviti il contagio con l'Hiv e Aids, e tutte le bambine e donne siano trattate con dignità e rispetto.

AIDOS - Associazione italiana donne per lo sviluppo ONLUS, è un'organizzazione non governativa creata a Roma nel 1981 che lavora per costruire, promuovere e difendere i diritti, la dignità e la libertà di scelta di donne e ragazze nel mondo. Una prospettiva di genere per uno sviluppo sostenibile.

www.aidos.it

ASSICURARE DIRITTI E POSSIBILITÀ DI SCELTA PER TUTTI E TUTTE



Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione

605 Third Avenue
New York, NY 10158
Tel. +1 (212) 297-5000

www.unfpa.org

 @UNFPA

Associazione italiana donne
per lo sviluppo ONLUS

Via dei Giubbonari 30
00186 - Roma
tel. +39 06 687 3214/196
press@aidos.it
www.aidos.it

 Stampato su carta ecologica