

IL CORPO È MIO

DIRITTO ALL'AUTONOMIA E ALL'AUTODETERMINAZIONE

PODER TOMAR DECISIONES
WHOLENESS СОПРОТИВЛЕНИЕ
LAS NUEVAS FORMAS DE VER LA MASCULINIDAD

AUTONOMISER

CHOICE

PROTECTION

ADVOCACY

COMUNIDAD

Права

RESTRICTIONS

القرار الحر

LOVE

موت

ОТХОЩЕНИЯ

HANDS OFF

Equilibrio

المساواة بين الجنسين

Выражение

PONER FIN A LA VIOLENCIA

DETERMINATION

LE POUVOIR DE CHOISIR

INDIVIDUAL
RELACIONES
законны
POWER STRENGTH
LE POUVOIR DE CHOISIR
AUTONOMY
LIMITES
AUTOSUFICIENTE
HEALTH FORCE
GENDER EQUALITY
AUTONOMISER
CONTROL
PROTECTION
AMOR
BALANCE
BODY
INDIVIDUO
CONSENTEMENT CHOIX

Lo stato della popolazione nel mondo 2021

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

CAPOREDATTORE

Arthur Erken

TEAM EDITORIALE

Redattore: Richard Kollodge

Redattrice articoli di approfondimento:
Rebecca Zerzan

Direttrice artistica: Katie Madonia

Responsabili per l'edizione digitale:
Katie Madonia, Rebecca Zerzan

Consulente per l'edizione digitale:
Hanno Ranck

CONSULENTE PER LA RICERCA

Nahid Toubia

CONSULENTI TECNICI UNFPA

Satvika Chalasani
Nafissatou Diop
Emilie Filmer-Wilson
Mengjia Liang
Leyla Sharafi

RICERCATORI/TRICI E AUTORI/TRICI

Daniel Baker
Alice Behrendt
Stephanie Baric
Marieke Devillé
Laura Ferguson
Gretchen Luchsinger
Mindy Roseman

ILLUSTRATRICE (COPERTINA)

Rebeka Artim

ILLUSTRAZIONI ORIGINALI REALIZZATE PER QUESTO RAPPORTO

Rebeka Artim
Kaisei Nanke
Hülya Özdemir
Tyler Spangler
Naomi Vona

RINGRAZIAMENTI

Illustrazioni tratte da fotografie originali di Joel Koko (pagina 65); George Koranteng (pagina 108); Bushra Noor (pagina 16); Kingsley Osei- Abrah on Unsplash (pagina 9); Mikey Struik on Unsplash (pagina 114).

Per aver condiviso momenti della loro vita professionale, UNFPA ringrazia: Anonymous "virginity inspector," South Africa; Ayim, Kyrgyzstan; Dr. Mozghan Azami, Afghanistan; Enkhjargal Banzragch, Mongolia; Dr. Wafaa Benjamin Basta, Egypt; Víctor Cazorla, Peru; Daniyar, Kyrgyzstan; Dr. Mouna Farhoud, Syria; Isabel Fulda, Mexico; Dr. Caitriona Henchion, Ireland; Josefina (not a real name), Mexico; Liana, Indonesia; Lizzie Kiama, Kenya; Olga Lourenço, Angola; José Manuel Ramírez Navas, El Salvador; Monika, North Macedonia; Leidy Londono, USA; Dr. Ahmed Ben Nasr, Tunisia; Chief Msingaphansi, Sudafrica; Sarojini Nadimpally, India; Dr. Nuriye Ortayli, Turkey; Dipika Paul, Bangladesh; Dr. Sima Samar, Afghanistan; Jay Silverman, USA; Dr. Suraya Sobhrang, Afghanistan; Maeve Taylor, Irlanda; Alexander Armando Morales Tecún, Guatemala; Romeo Alejandro Méndez Zúñiga, Guatemala.

Selinde Dulckei, responsabile della Sezione media e comunicazioni di UNFPA, ha fornito preziose informazioni sulle bozze; Gunilla Backman e Jo Sauvarin dell'Ufficio regionale dell'UNFPA per l'Asia e il Pacifico hanno rivisto le bozze e ulteriormente contribuito alla ricerca.

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: Samir Aldarabi, Iliza Azyei, Lindsay Barnes, Dr. Shinetugs Bayanbileg, Esther Bayliss, Shobhana Boyle, Warren Bright, Ikena Carreira, Cholpona Egeshova, Jens-Hagen Eschenbaecher, Usenabasi Esiet, Rose Marie Gad, Irene Hofstetter, Matt Jackson, Kinda Katranji, Daisy Leoncio, Guadalupe Natareno, Ziyanda Ngoma, Claudia Martínez, Subhadra Menon, Rebecca Moudio, Rachel Moynihan, Jasmine Uysal, Dalia Rabie, Zaeem Abdul Rahman, Patrick Rose, Mindy Roseman, Alvaro Serrano, Ramz Shalbak, Avani Singh, Irena Spirkovska, Walter Sotomayor, Sabrina Morales Tezagüic, Nahid Toubia, Sujata Tuladhar, Roy Wadia, Irene Wangui, Asti Setiawati Widiastuti, Renato Zeballos.

I redattori e le redattrici 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 e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Progettazione e produzione per la versione cartacea e interattiva: Prographics, Inc.

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.

© UNFPA 2021



IL MIO CORPO È MIO

PODER TOMAR DECISIONES
WHOLENESS СОПРОТИВЛЕНИЕ
LAS NUEVAS FORMAS DE VER LA MASCULINIDAD
AUTONOMISER
CHOICE
PROTECTION
ADVOCACY
COMUNIDAD
Права
RESTRICTIONS
العزاز الحر
LOVE
MON CORPS
ОТНОШЕНИЯ
HANDS OFF
Equilibrio
المساواة بين الجنسين
Выражение
PONER FIN A LA VIOLENCIA
DETERMINATION
LE POUVOIR DE CHOISIR

INDIVIDUAL
RELACIONES
CAMOCTATOYHARSEL
ЗАКОНЫ
حماية
POWER STRENGTH
LE POUVOIR DE CHOISIR
AUTONOMY
ADVOCACY
LIMITES
AUTOSUFICIENTE
EMPODERAR
HEALTH FOR
HATIHOXOCHENHOCTH
GENDER EQUALITY
AUTONOMISER
RESISTENCIA
CONTRAPALUDON
RESISTENCIA
CONTRAPALUDON
CIVIL
PROTECCION
PODER TOMAR DECISIONES
HEALTH
PROFIT
WHOLENESS
RESISTENCIA
BOUNDARIES
LOISLES
LOVE
CORPS
AMOR
PROFIT
WHOLENESS
RESISTENCIA
BOUNDARIES
LOISLES
LOVE
CORPS
BALANCE
VIOLENCE
TOP BODY
SIN FOR AR
DETERMINATION
INDIVIDUO
CONSENTMENT
CHOIX

DIRITTO ALL'AUTONOMIA E
ALL'AUTODETERMINAZIONE



LA NOSTRA AUTONOMIA, LA NOSTRA VITA

Le donne possono decidere del proprio corpo se hanno il controllo di altri aspetti dell'esistenza 7

TRE DIMENSIONI DELL'AUTONOMIA

Misurare il potere di decidere su salute, contraccezione e rapporti sessuali 17

SE LE DECISIONI SONO PRESE DAGLI ALTRI

I tanti modi di negare l'autonomia e l'integrità fisica 33

IL MIO CORPO, I MIEI DIRITTI

Trattati e dichiarazioni internazionali pongono le basi dei diritti all'autonomia e all'integrità fisica 55

LEGGI CHE LIBERANO, LEGGI CHE CONTROLLANO

L'impatto di leggi e regolamenti sull'autonomia corporea 85

IL POTERE DI DIRE SÌ, IL DIRITTO DI DIRE NO

Il grado di autonomia corporea dipende dall'uguaglianza di genere e dall'ampliamento di scelte e opportunità per donne, ragazze, gruppi emarginati 109

PREMESSA

Il corpo è mio.

Quante sono le donne e le ragazze che possono dichiararlo liberamente?

Ogni persona ha diritto all'autonomia corporea e alla libertà di prendere le decisioni che riguardano il proprio corpo, con il sostegno di chi la circonda e della società in generale.

Milioni di persone, invece, si vedono negato il diritto di dire no a un rapporto sessuale. O di dire sì alla libertà di scegliere con chi contrarre matrimonio o di decidere il momento giusto per avere una gravidanza. Un diritto che è negato a molte persone per ragioni di provenienza, genere, orientamento sessuale, età o abilità.

Il proprio corpo non gli appartiene.

Privare donne e ragazze dell'autonomia corporea è grave. Genera e rafforza disuguaglianze e violenze causate dalle discriminazioni di genere.

Per contro, quando donne e ragazze possono decidere sul proprio corpo, ne guadagnano non solo in autonomia, ma anche in salute, istruzione, reddito e sicurezza. Tutti fattori che, sommandosi, favoriscono il progresso verso un mondo più giusto e un maggior benessere per l'umanità, a beneficio di tutte e tutti.

UNFPA è al fianco di donne, ragazze e bambine che rivendicano i loro diritti e le loro scelte, e le sostiene in tutte le fasi della vita. Dal 1994 i nostri programmi sono guidati dal Programma d'azione della Conferenza internazionale su popolazione

e sviluppo che ha posto l'empowerment e l'autodeterminazione delle donne alla base di ogni azione per un progresso sociale ed economico sostenibile. UNFPA inoltre è a fianco delle innumerevoli persone che spesso non hanno la possibilità di decidere in modo autonomo sul proprio corpo: persone con diversi orientamenti sessuali e diverse identità di genere, con disabilità, appartenenti a minoranze razzializzate ed etniche.

I programmi di pianificazione familiare da noi sostenuti accrescono la disponibilità dei contraccettivi e abbattano gli ostacoli nell'accesso ai servizi, consentendo così alle donne di disporre del proprio corpo. Nel 2019, per esempio, UNFPA ha organizzato la distribuzione della pillola anticoncezionale per un totale di oltre 128 milioni di cicli di pillole, di dosi di contraccezione di emergenza e di quella reversibile di lunga durata.

Sosteniamo programmi che promuovono il medesimo coinvolgimento degli uomini nelle responsabilità genitoriali e che li incoraggiano a comunicare nel modo migliore con le loro compagne per ciò che riguarda la salute sessuale e riproduttiva, per un maggiore potere decisionale delle donne in materia di salute sessuale e riproduttiva.

Il Maternal Health Thematic Fund di UNFPA contribuisce a rendere più accessibili, materialmente ed economicamente, i servizi salva-vita attraverso la formazione di ostetriche e la loro presenza nelle aree meno servite; inoltre i programmi congiunti con UNICEF contribuiscono a

contrastare la pratica dei matrimoni precoci che nega l'autodeterminazione delle ragazze, e a eliminare la pratica dannosa delle mutilazioni dei genitali femminili, che ne viola l'integrità fisica.

Nel 2019, nel corso del Summit di Nairobi su ICPD25, Stati, società civile, istituzioni per lo sviluppo e altri attori hanno invocato la tutela del diritto all'autodeterminazione e all'integrità fisica, a partire dagli impegni internazionali assunti con la sottoscrizione dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile. Un altro impulso importante è venuto dal Generation Equality Forum del 2021 che, avendo come base di partenza gli straordinari risultati della Quarta Conferenza mondiale sulle donne del 1995, punta a raggiungere la uguaglianza di genere entro il 2030.

Grazie alla nostra leadership all'interno della nuova Coalizione "Generation Equality Action" sull'autonomia corporea, sulla salute e i diritti sessuali e riproduttivi e anche attraverso questa edizione de Lo stato della popolazione nel mondo, UNFPA intende sottolineare perché l'autonomia corporea è un diritto globale da difendere e sostenere. Il rapporto mette in luce le conseguenze spesso gravissime della negazione di questo diritto, ulteriormente aggravatesi con la pressione della pandemia di COVID-19. Anche adesso, per esempio, moltissime donne e ragazze rischiano di essere vittime di violenze di genere e di pratiche dannose.

Il rapporto sottolinea le soluzioni a nostra disposizione e ribadisce che progetti e servizi, anche importantissimi, se non

sono coordinati e connessi non sono sufficienti per raggiungere gli obiettivi. Il progresso autentico e duraturo dipende soprattutto dall'eliminazione delle disuguaglianze di genere e di tutte le forme di discriminazione, nonché dalla trasformazione delle strutture economiche e sociali che le consentono e le perpetuano.

Gli uomini devono diventare nostri alleati e impegnarsi in numero sempre maggiore per l'abbandono di modelli di privilegio e dominio che ostacolano e riducono l'autodeterminazione adottando stili di vita più giusti e armoniosi, a beneficio di tutte e tutti. E insieme dobbiamo adoperarci per contrastare le discriminazioni, ovunque e in qualsiasi momento si verifichino. Comprensione significa complicità.

Le nostre comunità e i nostri paesi possono prosperare soltanto se ogni persona avrà il potere di autodeterminarsi e di progettare il proprio futuro.

Reclamiamo dunque il diritto di ciascuna a decidere del proprio corpo e a godere della libertà di compiere scelte informate. Ogni persona lo desidera e dovrebbe goderne. È uno dei fondamenti della nostra umanità, e non dovremmo mai perdere di vista la sua importanza.

Dr. Natalia Kanem

Sottosegretaria generale delle Nazioni Unite e Direttrice esecutiva di UNFPA, Agenzia delle Nazioni Unite per la salute sessuale e riproduttiva



LA NOSTRA AUTONOMIA, LA NOSTRA VITA

Le donne possono decidere del proprio corpo se hanno il controllo di altri aspetti dell'esistenza

Abbiamo per nascita il diritto di disporre del nostro corpo, di garantirne la difesa e la protezione, di svilupparne le potenzialità. Ne va della qualità della nostra vita. Anzi, ne va della nostra stessa esistenza.

Esercitare il diritto all'autonomia del proprio corpo significa avere il potere e la possibilità di operare delle scelte senza dover temere violenze e senza che altri decidano per noi. Significa poter decidere se, quando o con chi avere rapporti sessuali. Significa decidere liberamente se e quando iniziare una gravidanza. Significa essere libere di consultare un medico in caso di bisogno.

Dire di no, dire di sì, dire "questa è la mia scelta per il mio corpo" è il fondamento di una vita all'insegna dell'autonomia e della dignità. Possiamo realizzarci come persone, fino in fondo. Non dobbiamo imporci dei limiti per adeguarci a scelte che non sono le

nostre, accontentarci di essere "qualcosa di meno".

Inoltre, poiché la rivendicazione dell'autonomia corporea è essenziale per esercitare tutti gli altri diritti fondamentali, come quello alla salute e al vivere libere dalla violenza, le istituzioni sono tenute a darci il massimo sostegno e tutte le risorse possibili per consentirci di far valere le nostre scelte (PWN, s.d.).

Il diritto all'integrità fisica, in virtù del quale le persone possono vivere libere dal subire atti sul proprio corpo senza esplicito consenso, è strettamente collegato al diritto all'autonomia corporea. Se oggi nel mondo tante donne e ragazze hanno la possibilità di prendere autonomamente le decisioni che riguardano il loro corpo, molte di più sono quelle che continuano a sopportare costrizioni, a volte con conseguenze devastanti per salute, benessere e potenzialità di crescita.

Il corpo è mio ma la scelta no

La perdita dell'integrità fisica e della propria autonomia, collegata all'impossibilità di scegliere e decidere in modo autonomo, minaccia molte persone, ma in special modo donne e ragazze. Essa si manifesta quando la mancanza di scelta in materia di contraccezione porta a una gravidanza non pianificata. È la conseguenza di pesanti negoziazioni, in cui si subiscono rapporti sessuali non desiderati in cambio di cibo o di alloggio. Sottende a violazioni come le mutilazioni genitali femminili e i matrimoni precoci. Si verifica quando persone di diverso orientamento sessuale e diverse identità di genere non possono camminare per strada senza dover temere aggressioni o umiliazioni. Priva le persone con disabilità del loro diritto all'autodeterminazione, alla libertà dalla violenza, al godimento di una vita sessuale sana e soddisfacente.

LE DONNE
ESERCITANO IL
75%
DEI DIRITTI
ESERCITATI
DALL'UOMO

I fattori che impediscono a donne e adolescenti di rivendicare l'autonomia e l'integrità fisica sono molteplici, ma una delle cause alla loro radice è la discriminazione di genere, che riflette e rafforza i sistemi di potere patriarcali e alimenta la disuguaglianza e la negazione di potere.

In presenza di norme sociali che perpetuano discriminazioni di genere, il corpo di donne e ragazze è spesso soggetto a scelte compiute da altri, come il partner o le leggi vigenti. Quando non si ha il controllo del proprio corpo, l'autonomia sarà sempre irraggiungibile. Le norme discriminatorie, già dannose di per sé, lo diventano ancora di più quando vi si aggiungono altre forme di discriminazione basate per esempio sulla razzializzazione, l'orientamento sessuale, l'età, le disabilità.

Le norme discriminatorie perpetuate dalle comunità di appartenenza trovano spesso il sostegno di istituzioni politiche, economiche, giuridiche e sociali, come scuole e mezzi di comunicazione, e persino dei servizi sanitari, compresi quelli che si occupano di salute sessuale e riproduttiva. Questi a volte ledono l'autonomia, con l'inadeguatezza delle loro prestazioni o per l'incapacità di rispondere a tutte le esigenze.

Benché molti paesi si siano dotati di garanzie costituzionali sulla parità di genere, le donne godono soltanto del 75% dei diritti esercitati dagli uomini (Segretario Generale delle Nazioni Unite, 2020). In molti casi, donne e ragazze non hanno la possibilità di contestare quelle disuguaglianze per colpa di livelli estremamente scarsi di partecipazione alla vita politica e alle altre forme di assunzione di decisioni. L'emarginazione economica può indebolire fortemente l'indipendenza di una donna, con conseguente limitazione della sua possibilità di decisioni autonome in materia di sesso, salute

e contraccezione. Le difficoltà prodotte dalla pandemia di COVID-19 non hanno fatto che peggiorare le cose.

Per tante donne e ragazze, l'impatto della disuguaglianza di genere è amplificato da molteplici fattori di discriminazione, come età, provenienza, etnia, orientamento sessuale, disabilità, contesto geografico. Quando si intersecano diverse forme di oppressione, aumenta a dismisura il rischio che donne e ragazze non realizzino la loro autodeterminazione e non esercitino i loro diritti, e l'obiettivo dell'uguaglianza di genere si allontana sempre di più.

Non c'è oggi paese al mondo che possa sostenere di aver raggiunto la piena e totale uguaglianza di genere. Se così fosse, questo sarebbe un luogo libero da violenze contro donne e ragazze, da disparità nel trattamento economico e nelle posizioni di leadership; un paese in cui nessuna deve sostenere un peso sproporzionato di attività di cura non retribuite, dove non mancano servizi completi e qualificati per la salute riproduttiva e dove tutte e tutti decidono liberamente sul proprio corpo.

Voce, scelta, potere

La salute e i diritti sessuali e riproduttivi incidono direttamente sull'autonomia e l'integrità fisica di donne e ragazze, poiché il corpo è il luogo di tutte le funzioni e le scelte in materia di sessualità e riproduzione. La libertà di scelta è soggetta a forti pressioni discriminatorie che incidono sui diritti di donne e ragazze. Per questo i loro corpi sono troppo spesso barattati, comprati e venduti.

Quanto al patriarcato, il controllo delle scelte sessuali e riproduttive diventa di fatto controllo di molti altri ambiti dell'esistenza. Una donna

che non ha il potere di stabilire se, quanti e quando avere figli/e, o di scegliere se continuare gli studi invece di sposarsi giovanissima, o di non accettare come destino inevitabile le violenze domestiche, ha ben poche possibilità di conquistare autonomia ed emancipazione sul posto di lavoro, nelle decisioni all'interno della comunità o in qualsiasi altra situazione. Sostanzialmente perde molti diritti non solo in un ambito della vita, ma in molti e a volte in tutti.

L'interesse a mantenere modelli di questo tipo è spesso profondamente radicato nei sistemi sociali



ed economici. In alcune parti del mondo, per esempio, il prezzo della sposa – per cui l'uomo offre denaro, proprietà o altri beni, sostanzialmente per “comprare” una moglie – è un meccanismo economico di cruciale importanza nell'interscambio di ricchezza e potere (Shetty, 2007).

La possibilità per donne e adolescenti di decidere su salute sessuale e riproduttiva ha molteplici conseguenze positive per la salute, compresa una migliore conoscenza dei mezzi di protezione dall'HIV, una maggiore probabilità di sottoporsi alle visite prenatali raccomandate dall'Organizzazione mondiale della sanità e di ricorrere all'assistenza di personale medico, infermieristico o di levatrici al momento del parto.

La mancanza di autonomia corporea dà luogo a gravissime perdite che, sommandosi, producono squilibri più ampi che possono rallentare la produttività, privare la società di competenze preziose, imporre ulteriori costi per i servizi sanitari e legali, soprattutto per affrontare la violenza contro donne e ragazze (UN Women, 2013).

I bassi livelli di autonomia corporea e le perdite che ne derivano in termini di capacità umane possono minare la stabilità e la resilienza sociale, privando così le società dei mezzi necessari per affrontare e quindi superare le crisi e le difficoltà come la pandemia di COVID-19. Negli ultimi anni, paesi del mondo intero hanno iniziato a mettere in primo piano l'accesso all'assistenza per la salute sessuale e riproduttiva come strumento essenziale per promuovere l'uguaglianza di genere (UN ECOSOC, 2019). I progressi in questa direzione sono in linea con il Programma d'azione della ICPD, la storica Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo del 1994, a tutt'oggi il principale impegno mondiale per i diritti riproduttivi. Il Programma d'azione ha fissato una serie di misure per il raggiungimento

della salute sessuale e riproduttiva globale e ha puntato l'attenzione sul limitato potere decisionale che donne e ragazze hanno non solo sul corpo, ma in tutti gli aspetti della loro vita.

In seguito, nel 2015, la maggior parte dei paesi ha sottoscritto l'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile, in cui l'uguaglianza di genere è il quinto dei 17 Obiettivi. Tale obiettivo comprende una serie di target, uno dei quali ribadisce il Programma d'azione dell'ICPD chiedendo l'accesso universale alla salute e ai diritti riproduttivi.

Ma l'Agenda 2030 compie un fondamentale passo avanti. Per la prima volta, a livello internazionale, si chiede di misurare i progressi verso l'accesso tramite due indicatori: il primo, oltre la mera fornitura di servizi, si concentra sulla effettiva possibilità per donne e ragazze di decidere liberamente su rapporti sessuali, uso della contraccezione e ricorso ai servizi per la salute riproduttiva; il secondo prende in esame leggi e regolamenti che consentono, o ostacolano, l'accesso paritario e completo alle cure e alle informazioni relative.

A oggi, le informazioni raccolte in 57 paesi dimostrano che, in base ai due indicatori, soltanto la metà circa delle adolescenti e delle donne può prendere liberamente le decisioni su cui poggiano autonomia e integrità fisica. Ma questa quota scende, in alcuni paesi, a una su dieci. Colpisce il fatto che, scomponendo le possibilità di scelta, sono di più le donne in grado di decidere sull'uso della contraccezione, che potrebbe essere considerata una scelta vantaggiosa per gli uomini, mentre molte meno sono quelle che possono rifiutare un rapporto sessuale, dove il privilegio maschile rema in direzione contraria.

I due indicatori, al centro di questo rapporto, colgono soltanto alcune delle dimensioni della libertà di scelta in tema di salute sessuale e

riproduttiva, e riguardano solo donne e ragazze tra i 15 e 49 anni, sposate o conviventi. La questione dell'autonomia corporea coinvolge invece molte altre questioni come l'aborto volontario, l'età del consenso, la maternità surrogata, il lavoro sessuale e altre ancora, e interessa molti altri gruppi come donne e ragazze non sposate, persone LGBTI, con disabilità e tutte le altre comunità emarginate o discriminate per ragioni di razzializzazione, etnia, classe, disabilità e luogo di residenza.

Poiché l'autonomia e l'integrità corporea influenzano così tanti aspetti della salute e in generale la possibilità di una vita dignitosa e soddisfacente, i progressi in questa direzione porteranno non solo a raggiungere una migliore salute sessuale e riproduttiva e il quinto obiettivo per lo sviluppo sostenibile sulla disuguaglianza di genere, ma anche molti altri, come quelli relativi alla promozione e alla tutela della salute, alla riduzione delle disuguaglianze e all'eliminazione della povertà. Per esempio, se si riuscisse a colmare il divario di genere nel reddito percepito complessivamente nell'arco della vita, si genererebbe la sbalorditiva cifra di 172 mila miliardi di dollari in ricchezza di capitale umano, aiutando milioni di persone a uscire dalla povertà (Segretario Generale delle Nazioni Unite, 2020).

È comunque necessario che il progresso sia rapido, perché manca solo un "Decennio di azione" al traguardo del 2030, quando tutte le donne e le ragazze dovrebbero essere pienamente libere di compiere le proprie scelte.

Nuove alleanze a sostegno dell'autonomia corporea

Nel 2019 il Summit di Nairobi che ha celebrato il 25esimo anniversario della ICPD ha costituito un momento di riflessione su quanto ancora c'è da fare

per assicurare l'autonomia e l'integrità fisica delle donne. Se il ricorso alla contraccezione moderna è più che raddoppiato dal 1994, ci sono ancora nel mondo 217 milioni di donne che hanno esigenze di contraccezione non soddisfatte. Il tasso di mutilazioni genitali femminili (MGF) su bambine e ragazze è in calo nei paesi in cui questa pratica è comune. La percentuale di ragazze che si sposano giovanissime è diminuita (Pantuliano, 2020). Eppure, nel 2020, ben 4 milioni di ragazze sono state sottoposte alle MGF e si calcola che almeno 12 milioni – la cifra è probabilmente sottostimata – si siano sposate ancora bambine.

Al Summit di Nairobi, i governi e altri attori si sono impegnati per accelerare le azioni volte a colmare le lacune e a raggiungere i "tre zeri" entro il 2030: zero mortalità materna, zero esigenze insoddisfatte di contraccezione, zero violenza sessuale e di genere e pratiche dannose. In tutti e tre i punti è implicita la piena realizzazione dell'autonomia corporea per le donne e le ragazze.

Nel 2020 un'altra pietra miliare è stata quella del 25esimo anniversario della quarta Conferenza mondiale delle Nazioni Unite sulle donne del 1995 che ha adottato la Dichiarazione e la Piattaforma d'azione di Pechino, definendo essenziali, per lo sviluppo sostenibile, l'empowerment e l'autonomia delle donne. In occasione di questo anniversario, la campagna delle Nazioni Unite "Generation Equality", ha riunito attiviste/i, persone esperte e giovani per celebrare i risultati finora raggiunti e chiedere che entro la prossima generazione siano finalmente mantenute le promesse in favore dell'uguaglianza. Si sono costituite sei coalizioni d'azione, tra cui una co-gestita da UNFPA sull'autonomia corporea e sulla salute sessuale e riproduttiva, che si stanno interrogando, tra l'altro, su come l'assistenza sanitaria e altri servizi possono sostenere le scelte che le donne dichiarano di voler compiere.

Il tuo corpo: istruzioni per l'uso

Sono ben pochi i genitori o i leader di comunità che trovano da ridire quando le/gli studenti portano a casa un manuale di chimica o di matematica. Le lezioni di educazione completa alla sessualità (informazioni accurate e adeguate all'età sul proprio corpo, la salute sessuale e riproduttiva e i diritti umani) sono invece spessissimo considerate tabù. Molte scuole non prevedono questa materia o forniscono soltanto informazioni incomplete. In questo modo le/gli studenti non sono pronti a capire i cambiamenti del proprio corpo e a proteggersi da possibili conseguenze negative.

“Dobbiamo costantemente batterci per inserire la materia nei programmi scolastici” dice Olga Lourenço, che coordina

il Progetto CAJ, programma sostenuto da UNFPA per la formazione di abilità pratiche e per un'educazione sessuale completa rivolto alle/ai giovani in Angola. “A causa dei nostri tabù e pregiudizi, non si parla praticamente mai di salute sessuale e riproduttiva completa”.

Chi si oppone all'educazione completa alla sessualità spesso sostiene che questa favorisca l'attività sessuale: al contrario, le ricerche dimostrano che non è così. I dati indicano invece che, se impartita rispettando gli standard internazionali, migliori le conoscenze delle/ dei giovani e costituisca una strategia costi-benefici essenziale per evitare gravidanze indesiderate e prevenire le infezioni trasmesse sessualmente, compreso

l'HIV. Alcuni studi mostrano che spesso contribuisce addirittura a rimandare l'inizio dell'attività sessuale per le/gli adolescenti (UNESCO, 2016).

Lourenço spiega di essersi sentita spinta da giovane, anche per mancanza di informazioni accurate, ad avere rapporti sessuali prima di essere pronta, quando aveva 15 anni: “Le mie amiche avevano tutte il ragazzo. Avevano già una vita sessuale attiva. Mi prendevano in giro perché ero la ‘verginella del gruppo’,” racconta. “In un certo senso, mi ha danneggiato psicologicamente... Sono convinta che, da un certo punto di vista, sia stata una violazione della mia autonomia corporea.”

Dipika Paul, che si occupa da anni di ricerche sulla salute sessuale e riproduttiva ed è consulente di Ipas a Dacca, in Bangladesh, ha toccato con mano, nella sua comunità, le conseguenze di un accesso limitato all'educazione sessuale. “Quando andavo a scuola, nella settima classe

“Hanno bisogno di sapere come funzionano i loro corpi.”



Olga Lourenço è abituata a incontrare resistenze quando tiene i suoi corsi di educazione completa alla sessualità. Ma questo non la scoraggia. Illustrazione originale di Naomi Vona; foto ©UNFPA/C. Cesar

c'era un solo capitolo sulle mestruazioni", ricorda "e l'insegnante era a disagio anche a spiegare quello".

Senza un'educazione completa alla sessualità, le/i giovani sono

esposte/i a disinformazione e false notizie. Soprattutto gli uomini e i ragazzi "hanno delle lacune nelle loro conoscenze, si formano dei concetti erranei" dice Paul, spiegando di aver visto uomini vietare alle mogli

l'uso dei contraccettivi nella convinzione che "un dispositivo intrauterino possa spostarsi ovunque all'interno del corpo... o che la sua presenza possa causare loro dolore nel rapporto. Il che non è vero."

Le/gli studenti a cui è impartita un'educazione completa alla sessualità non solo sono in condizione di operare scelte più sane in ambito sessuale ma sono anche più capaci di chiedere aiuto quando serve. "Le informazioni che comunico a volte trasformano la vita di una persona" dice Lourenço.

C'è stata una ragazza, ricorda, che durante il corso di educazione alla sessualità promosso da un programma di mentoring ha rivelato di avere una piaghetta cronica sul seno: una ferita che lei considerava un motivo di imbarazzo, ma niente di grave. Un'altra ha confessato di vivere con uno zio che aveva abusato sessualmente di lei.

"La ragazza si era chiusa e non parlava con nessuno, per paura di essere cacciata di casa e finire in mezzo alla strada" spiega Lourenço. Le operatrici sono riuscite ad assicurare a entrambe i servizi necessari, ma Lourenço ancora si angoscia al pensiero di cosa sarebbe potuto succedere: "Se non fossimo intervenute, che cosa ne sarebbe stato di loro?"

L'educazione completa alla sessualità può svolgere un ruolo importante anche nella prevenzione della violenza di genere. Se impartite nel rispetto degli standard internazionali, le lezioni prevedono messaggi sui diritti umani, sull'uguaglianza di genere e sui rapporti

all'insegna del rispetto (UNESCO *et al*, 2018). Esperte ed esperti chiedono sempre più spesso di inquadrare le attività di prevenzione della violenza all'interno di queste informazioni, chiarendo che la responsabilità ricade sui potenziali colpevoli, non sulle vittime (Schneider e Hirsch, 2020).

"Le ragazze devono prima di tutto conoscere i loro diritti e doveri nella società" dice Lourenço spiegando che questa è la base dell'educazione completa alla sessualità, così come lei la insegna. "E poi devono conoscere il loro corpo, per poter decidere liberamente e non lasciare che siano altri a decidere per loro."

L'attivismo militante è fonte di ispirazione, ma agisce in uno scenario preoccupante, con la pandemia di COVID-19 che ha sconvolto il mondo e con gli attuali modelli di crescita economica che portano a disuguaglianze estreme e destabilizzanti. Le sacche di resistenza contro l'uguaglianza di genere, in crescita un po' ovunque, hanno prodotto nuove restrizioni sulla salute e sui diritti sessuali e riproduttivi, minacciando il progresso verso

l'autodeterminazione di donne e ragazze nel mondo intero. Ci sono stati, per esempio, tentativi di eliminare dai programmi scolastici l'educazione completa alla sessualità (UN ECOSOC, 2019). E appare sempre più evidente che nel corso della pandemia spesso sono state stornate risorse economiche e umane dai servizi fondamentali di salute sessuale e riproduttiva, in quanto ritenuti "meno essenziali" (Pantuliano, 2020).

Superare questi problemi non sarà facile. La lotta per l'autonomia e l'integrità fisica può favorire l'azione in favore dell'uguaglianza di genere, come spesso unisce chi vi si oppone. Questo è il momento di riaffermare con forza potenzialmente rivoluzionaria ciò che significano realmente autonomia e integrità corporea e cosa serve per raggiungerle.

Sappiamo già che dipende dalla realizzazione dell'uguaglianza di genere su tutti i fronti, e che la salute e i diritti sessuali e riproduttivi sono tra i punti più importanti da cui partire. Esiste un rapporto di reciproco vantaggio tra i progressi compiuti in questo ambito e quelli per l'empowerment economico delle donne e per il potere decisionale, tali progressi sono garanzia di una società più giusta per tutte e tutti. Molto dipenderà dalla capacità di rifiutare le norme di genere dannose e altre discriminazioni, prima di tutto impedendo che siano i pregiudizi a determinare i comportamenti.

Diversi gruppi di pressione si stanno collettivamente attivando per stimolare un'accelerazione del cambiamento. La campagna Generation Equality, per esempio, sta creando nuove alleanze tra attiviste/i che operano nei campi dell'uguaglianza di genere, disabilità e salute, con gruppi di persone LGBTI e di persone con disabilità.

Riflettere sull'autonomia corporea e immaginare che cosa potrebbe e dovrebbe significare, vuol dire concepire un futuro radicalmente diverso per tutta l'umanità. La nuova via inizia dai diritti e porta alla libertà di scelta, consentendo a ogni persona di amare, prendersi cura del proprio corpo e vivere la vita nel modo migliore.

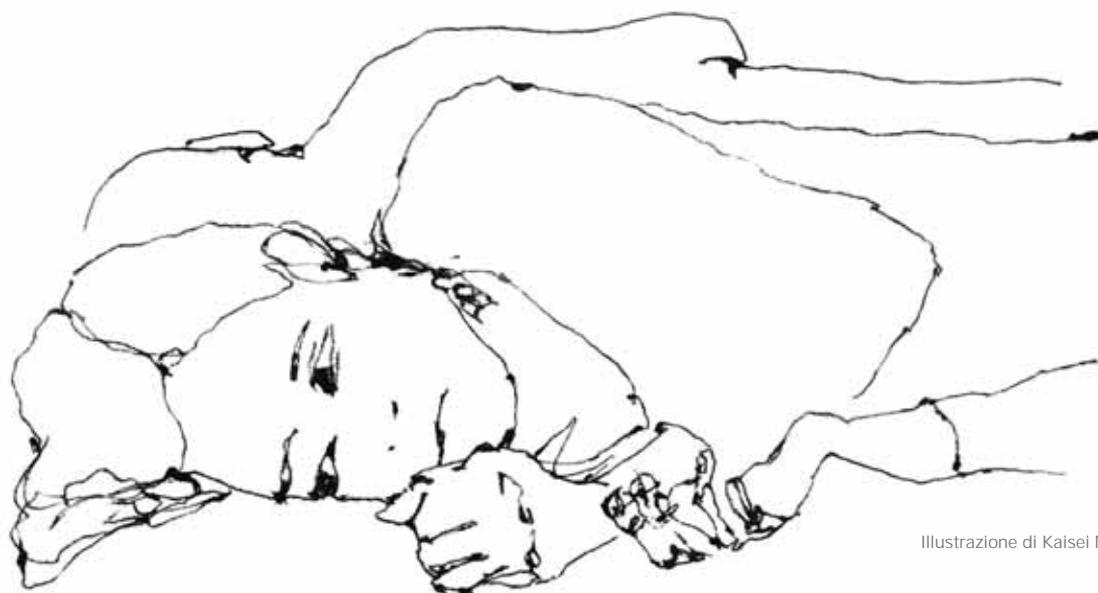


Illustrazione di Kaisei Nanke



HÜLYA '20

TRE DIMENSIONI DELL'AUTONOMIA

Misurare il potere di decidere su salute, contraccezione e rapporti sessuali

Il potere di prendere decisioni su sessualità e riproduzione è fondamentale per l'empowerment delle donne.

Chi può controllare il proprio corpo ha maggiori probabilità di essere autonoma e indipendente anche negli altri aspetti della vita. Al contrario, una donna o adolescente con un'autonomia fisica limitata ha meno probabilità di controllare la sua vita in famiglia, la sua salute e il suo futuro, nonché di esercitare i suoi diritti.

Ma che cos'è esattamente l'autonomia corporea? E come stabilire se la si possiede? È possibile misurarla?

Il concetto di autonomia di donne e ragazze è emerso negli anni Settanta ed è stato poi ripreso in seguito dal movimento per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi. Nel 1994, durante la ICPD, questo termine è comparso all'interno del rivoluzionario Programma d'azione, laddove

riconosceva che “l'obiettivo dell'empowerment e dell'autonomia delle donne e il miglioramento della loro condizione dal punto di vista politico, sociale, economico e della loro salute è in sé un fine importantissimo ed è essenziale per il conseguimento dello sviluppo sostenibile”.

Da allora, l'aggettivo “corporeo” è stato associato ad “autonomia” generando un'espressione dal significato più ampio, ma talora ambiguo. Oggi è utilizzata nel mondo dell'attivismo e da persone esperte di diritti umani a proposito di vari temi quali sessualità, salute, diritti riproduttivi, orientamento sessuale, identità di genere, lavoro sessuale, maternità surrogata, condizioni di disabilità, aborto e altro ancora.

Questa espressione è salita ancora di più alla ribalta nel 2019, quando governi, organizzazioni della società civile, studiose/i ed esponenti del settore privato si sono incontrati nel Summit di Nairobi su ICPD25 e si sono impegnati a

raggiungere finalmente tutti gli obiettivi stabiliti dal Programma d'azione. Molte delegazioni e delegate hanno adottato la Dichiarazione di Nairobi, che afferma la necessità di “proteggere e garantire a tutte le persone il diritto all'integrità fisica, all'autonomia e ai diritti riproduttivi, fornendo l'accesso ai servizi essenziali di supporto a tali diritti”.

Sebbene questa definizione sia parte del vocabolario quotidiano dei movimenti femministi e di quelli per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi, continua però ad essere difficile da definire e da misurare. Tuttavia, quando le Nazioni Unite hanno adottato l'innovativa Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile con i suoi 17 Obiettivi, hanno anche definito una serie di indicatori grazie ai quali i governi possono tenere traccia dei progressi compiuti verso il raggiungimento degli obiettivi e dei relativi target, come il 5.6 sul conseguimento della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi per tutte. Per misurare il progresso in quest'ambito sono stati individuati due indicatori. Il primo (5.6.1), punta a misurare la percentuale di donne nella fascia di età 15-49 anni che prendono liberamente decisioni informate su relazioni sessuali, uso dei contraccettivi e assistenza per la salute riproduttiva. Il secondo (5.6.2), quantifica il numero di paesi dotati di leggi e regolamenti che garantiscono a chiunque, a partire dai 15 anni di età, accesso pieno e paritario ai servizi di assistenza, informazione ed educazione per la salute sessuale e riproduttiva.

L'indicatore 5.6.1 si basa sulle risposte alle domande rivolte alle donne tra i 15 e i 49 anni nell'ambito delle Indagini Demografiche e Sanitarie (Demographic and Health Surveys - DHS) in 57 paesi:

- chi decide di solito in che modo tutelare la tua salute?
- chi decide di solito se devi assumere o meno dei contraccettivi?
- puoi dire di no a tuo marito o al tuo partner, se non desideri avere un rapporto sessuale?

Soltanto le donne che affermano di decidere liberamente su tutti e tre questi punti si possono definire autonome nelle decisioni sulla salute riproduttiva e capaci di esercitare i loro diritti riproduttivi.

I DHS si basano su questionari standard che forniscono dati rappresentativi a livello nazionale su matrimonio, fertilità, mortalità, pianificazione familiare, salute riproduttiva, salute di bambini/e, nutrizione e HIV/AIDS. Il programma è realizzato da ICF International e finanziato dall'Agenzia degli Stati Uniti per lo Sviluppo Internazionale (USAID), con il contributo di altre organizzazioni internazionali come UNFPA.

L'indicatore 5.6.1 costituisce il primo quadro di riferimento internazionale per misurare la salute sessuale e riproduttiva – e l'autonomia corporea – al di là del semplice accesso ai servizi, per calcolare in quale misura donne e ragazze siano in grado di esercitare la libertà di scelta. UNFPA, l'agenzia delle Nazioni Unite per la salute sessuale e riproduttiva, ha la responsabilità della gestione dei dati raccolti tramite questi due indicatori (dell'indicatore 5.6.2 si occupa il capitolo 5 del presente rapporto).

Un'occhiata ai numeri

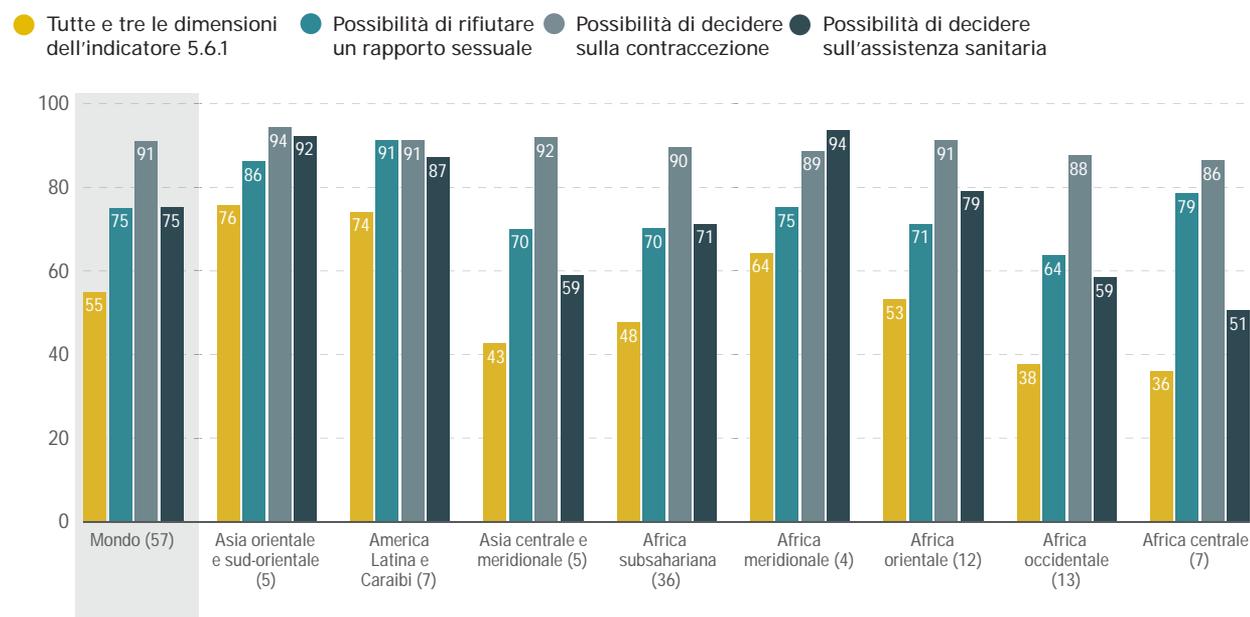
I dati completi su tutte e tre le dimensioni dell'indicatore 5.6.1 sono disponibili solo per 57 paesi, quasi tutti nell'Africa subsahariana. Nell'arco di qualche anno, tuttavia, dovrebbero essere disponibili per un maggior numero di paesi, grazie a programmi internazionali come le Indagini a campione a indicatori multipli (Multiple Indicator Cluster Surveys - MICS) di UNICEF, oltre che programmi macro-regionali come l'Indagine su Generazioni e Genere (Generations and Gender Survey).

Benché i dati riguardino attualmente solo circa un quarto dei paesi del mondo, questi mostrano un quadro allarmante dell'autodeterminazione di milioni di donne e ragazze: solo il 55% può decidere liberamente in tutte e tre le dimensioni dell'autonomia corporea.

Questo significa che poco più di una donna su due ha il potere di decidere se e quando rivolgersi ai servizi sanitari, compresi quelli per la salute riproduttiva, se ricorrere o meno alla contraccezione e se e quando avere rapporti sessuali con il compagno o il marito (Figura 1).

FIGURA 1

Percentuale di donne nella fascia di età 15–49 che decidono liberamente in materia di salute e diritti sessuali e riproduttivi (comprende le decisioni sull'assistenza sanitaria, sull'uso della contraccezione e sulla possibilità di rifiutare un rapporto sessuale), in base alle aggregazioni macro-regionali utilizzate dagli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (OSS), dati più recenti nel periodo 2007–2018



Nota: il numero di paesi con dati statistici raffrontabili inclusi nelle aggregazioni macro-regionali è indicato tra parentesi.

Fonte: Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione, banca dati mondiale, 2020; basata su: Indagini Demografiche e Sanitarie (DHS), Indagini a campione a indicatori multipli (MICS) e altre indagini statistiche condotte nel periodo 2007-2018.

Le percentuali sono molto diverse a seconda delle regioni. Per esempio, mentre in Asia orientale e sud-orientale, così come in America Latina e Caraibi, a poter decidere in modo autonomo in tutte e tre le dimensioni dell'indicatore 5.6.1 è il 76% di donne e ragazze, questa percentuale scende sotto il 50% in Africa subsahariana e in Asia centrale e meridionale.

I dati aggregati per regioni mascherano differenze anche sostanziali tra i paesi che le compongono (Figura 2). In Africa subsahariana, per esempio, dove quasi il 50% delle donne decidono liberamente, ci sono tre paesi – Mali, Niger e Senegal – in cui meno del 10% gode della stessa autonomia.

In altre regioni le differenze sono meno marcate, ma comunque notevoli. Per esempio, in Asia centrale e meridionale la percentuale delle donne che decidono autonomamente in tutte e tre le dimensioni dell'indicatore 5.6.1 varia dal 33% al 77%; in Asia orientale e sud-

orientale si va dal 40% all'81%; in America Latina e Caraibi dal 59% all'87%.

I dati evidenziano inoltre molte disparità all'interno delle tre dimensioni citate: una percentuale elevata in una di esse non significa necessariamente che sia così anche nelle altre. In Mali, per esempio, il 77% delle donne decide in modo indipendente o congiunto sull'uso dei contraccettivi, ma solo il 22% è in grado di fare lo stesso per quanto concerne l'assistenza sanitaria. In Etiopia, solo il 53% delle donne è in grado di rifiutare un rapporto sessuale, ma il 94% decide personalmente o insieme al partner in materia di contraccezione. Queste differenze aiutano a spiegare perché in alcuni paesi gli indicatori compositi complessivi sono più

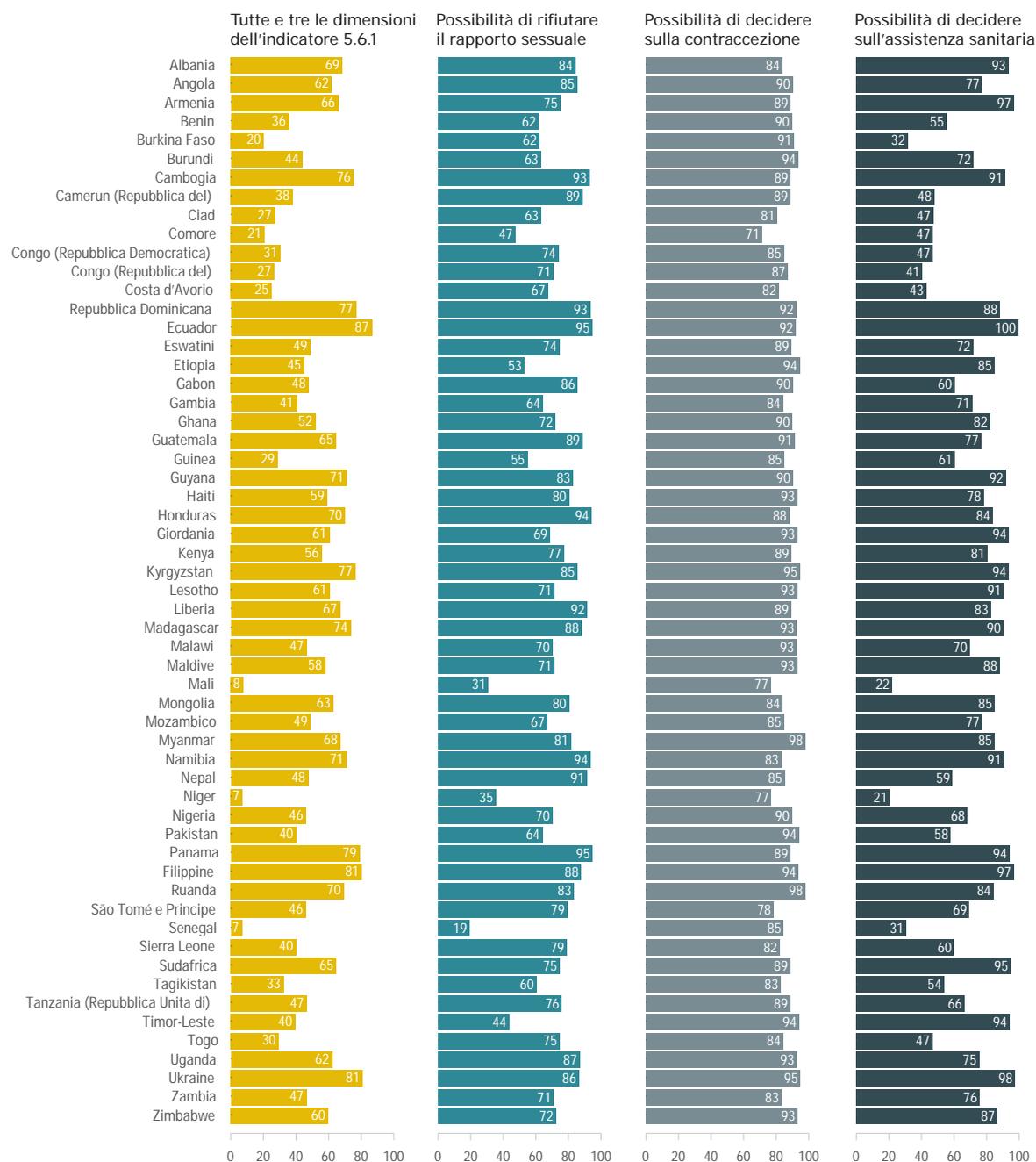
bassi: una donna viene conteggiata solo quando riferisce scelte autonome in tutte e tre le dimensioni. La donna che decide autonomamente di ricorrere alla contraccezione ma non è in grado di dire di no al rapporto sessuale con il marito, per esempio, non è presa in considerazione dall'indicatore composito complessivo 5.6.1.



Illustrazione di Rebeka Artim

FIGURA 2

Proporzione di donne (15 - 49 anni) che decide autonomamente su assistenza sanitaria, contraccezione e rapporti sessuali con il marito o il partner. Dati più recenti per paese, periodo 2007-2018



Fonte: Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione, banca dati mondiale, 2020; basata su: Indagini Demografiche e Sanitarie (DHS), Indagini a campione a indicatori multipli (MICS) e altre indagini statistiche condotte nel periodo 2007-2018.

Quali sono le tendenze?

Un'analisi delle tendenze in 22 paesi a basso e medio reddito, in cui sono state effettuate almeno due indagini DHS consecutive, in cui alle donne sono state rivolte domande sulle tre dimensioni dell'autonomia corporea, ha mostrato che gli investimenti in programmi e servizi relativi a una sola di queste dimensioni non portano necessariamente a cambiamenti positivi nelle altre. Anzi, le tendenze nelle risposte alle tre domande standard dell'indicatore 5.6.1 spesso puntano in direzioni molto diverse (Figura 3).

Per esempio, in Ghana sono stati fatti massicci investimenti nei servizi per la tutela della salute materna, riducendone i costi, migliorando la qualità e la gamma, promuovendone l'uso grazie a programmi di sensibilizzazione nelle comunità locali. La percentuale di donne in grado di decidere liberamente sull'assistenza sanitaria è di conseguenza in continua ascesa. Nello stesso periodo, la percentuale di donne che decidono liberamente sulla contraccezione è rimasta stabile, mentre quella delle donne in grado di dire no ai rapporti sessuali ha visto una notevole diminuzione. Una situazione analoga si è verificata in Benin, dove la percentuale di donne in grado di decidere in modo autonomo su contraccezione e assistenza sanitaria mostra, negli ultimi dieci anni, ben pochi cambiamenti. La capacità delle donne di rifiutare rapporti sessuali, invece, nello stesso periodo è diminuita del 20% (UNFPA, 2019).

Tra gli stessi 22 paesi, solo Uganda e Ruanda mostrano una tendenza stabilmente positiva nella percentuale di donne che decidono in autonomia in tutte e tre le dimensioni dell'indicatore 5.6.1. I dati mostrano che

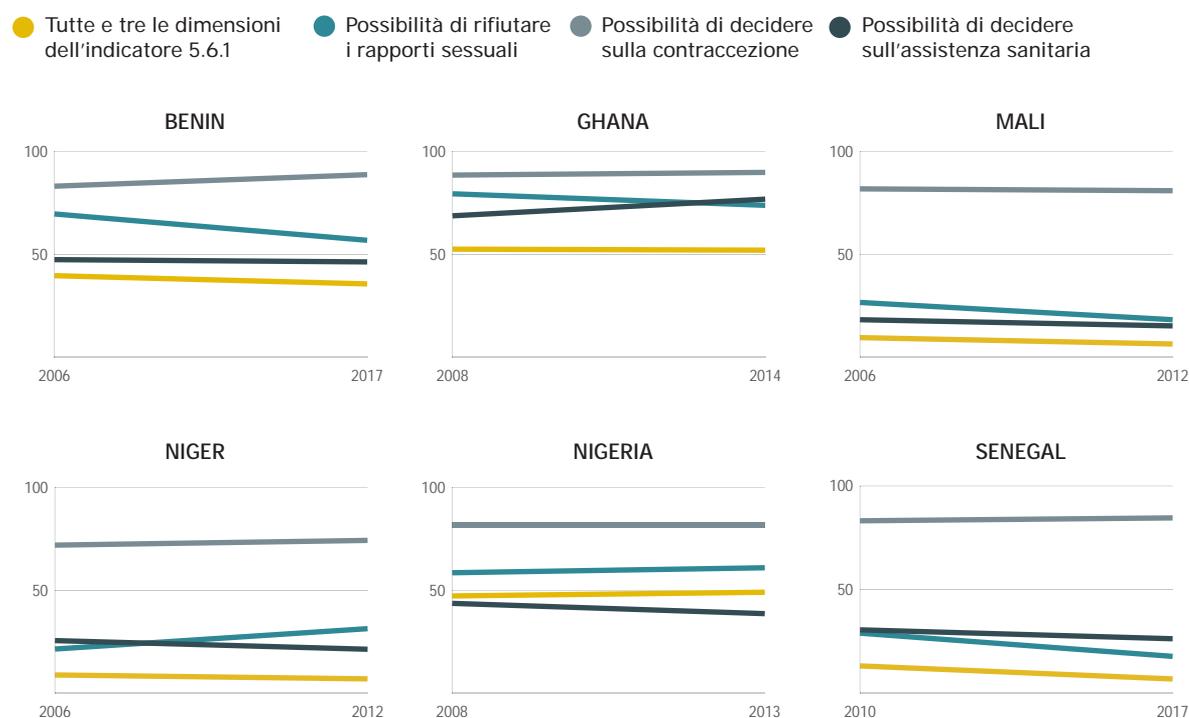
l'Uganda vanta l'incremento maggiore: 12,3%. Tale miglioramento si può attribuire alle misure positive introdotte a livello legislativo e politico (per esempio con l'esenzione dai ticket sanitari per gestanti e prole fino a 5 anni), unite ad azioni rivolte alle comunità locali per contrastare le norme improntate alla disuguaglianza di genere.

Come mostra la Figura 3, le percentuali complessive dell'indicatore spesso mascherano tendenze negative e positive in uno stesso paese. Le tendenze positive si riscontrano più spesso nelle risposte alla domanda sulle decisioni relative all'assistenza sanitaria. Quelle negative sono più comuni nelle risposte alla domanda sulla possibilità di rifiutare il rapporto sessuale. In effetti su questo punto le donne hanno perso terreno in oltre la metà dei paesi con almeno due rilevazioni statistiche, nel periodo 2005-2018. È difficile identificare la causa di questo trend negativo o dell'apparente assenza di progresso. Sembra che possa entrare in gioco una combinazione di fattori diversi (UNFPA, 2019):

- Il persistere di tabù relativi a sesso e sessualità, rafforzati da norme e comportamenti sociali che non lasciano a donne e ragazze quasi alcuna possibilità di discuterne apertamente con il compagno o marito;
- I sistemi patriarcali che perpetuano gli squilibri nelle dinamiche di potere all'interno delle relazioni, in quanto le esigenze degli uomini prevalgono su quelle delle donne. Gli studi mostrano che in Azerbaijan, Ruanda e Messico alcune donne rinunciano al loro diritto di opporsi a un rapporto sessuale in cambio di una maggiore autonomia in altri ambiti, come prendere decisioni sulla gestione

FIGURA 3

Evoluzione nella percentuale di donne che riferiscono di poter decidere in modo autonomo nelle tre componenti dell'indicatore 5.6.1 in Africa occidentale



della famiglia o la possibilità di decidere se o quando uscire di casa;

- Alcune ricerche qualitative indicano che le donne spesso assecondano le richieste sessuali degli uomini in cambio di una maggiore indipendenza economica e personale. Questo genere di compromesso è stato descritto in paesi molto diversi tra loro come Azerbaijan, Messico, Niger e Nigeria (UNFPA, 2019).

I limiti dell'indicatore

L'indicatore 5.6.1 offre un quadro generale dell'autonomia corporea delle donne ed evidenzia

ben pochi dettagli in merito alle forze che sono all'origine dei trend negativi o positivi. I dati sull'uso dei contraccettivi da parte delle donne, per esempio, riguardano solo quelle sposate o conviventi che ricorrevano effettivamente alla contraccezione nel periodo in cui sono stati raccolti i dati statistici. Inoltre, la domanda sulle decisioni relative alla possibilità di accedere all'assistenza sanitaria non si riferisce specificamente all'assistenza per la salute riproduttiva. Infine, le tre domande sono rivolte solo alle donne e ragazze di età compresa tra i 15 e i 49 anni, mentre ragazze più giovani e donne con più di 50 anni restano escluse.

Un altro limite è che i dati relativi alla contraccezione e ai servizi sanitari riflettono sia le scelte condivise, sia quelle individuali. Una donna potrebbe rispondere, per esempio, che la decisione di usare i contraccettivi è stata presa insieme al marito e al partner. Vi sono però probabilmente molti casi in cui una decisione “congiunta” è in realtà una decisione individuale presa dalla moglie, ma successivamente respinta dal marito. Ci sono poi donne a cui i mariti vietano l’uso dei contraccettivi e che vi

ricorrono di nascosto: situazioni di questo tipo non emergono nell’indicatore sulle decisioni autonome in materia di contraccezione. Le indagini statistiche quantitative suggeriscono che una percentuale compresa tra 4% e 29% di tutte le donne che usano la contraccezione lo fanno all’insaputa dei mariti o dei compagni. Benché ricorrere di nascosto ai contraccettivi sia una scelta individuale, le donne di solito descrivono questa esperienza come negativa e come privazione di autonomia (UNFPA, 2019).

FIGURA 4

Fattori che determinano la capacità decisionale delle donne

POTERE PERSONALE

CONOSCENZE IN MATERIA DI SALUTE E DIRITTI SESSUALI E RIPRODUTTIVI, ESPERIENZA SANITARIA E CAPACITÀ DI AZIONE

AMBIENTE SOCIALE

NORME DI GENERE, DISAPPROVAZIONE, CONVINZIONI

SISTEMI SANITARI

PROSSIMITÀ, COSTI, QUALITÀ DELL’ASSISTENZA, PREGIUDIZI DEL PERSONALE SANITARIO

RELAZIONI INTERPERSONALI

ATTEGGIAMENTO DEL PARTNER, COMUNICAZIONE, RAPPORTI FAMILIARI ALLARGATI

AMBIENTE SOCIO-ECONOMICO

ISTRUZIONE, RICCHEZZA, UTILIZZO DEI MEDIA, AMBIENTE URBANO/RURALE

Un modello ecologico di autonomia corporea

Diversi fattori sociali ed economici influenzano la capacità decisionale delle donne nelle tre dimensioni dell'indicatore 5.6.1 (Figura 4).

Circostanze socio-economiche

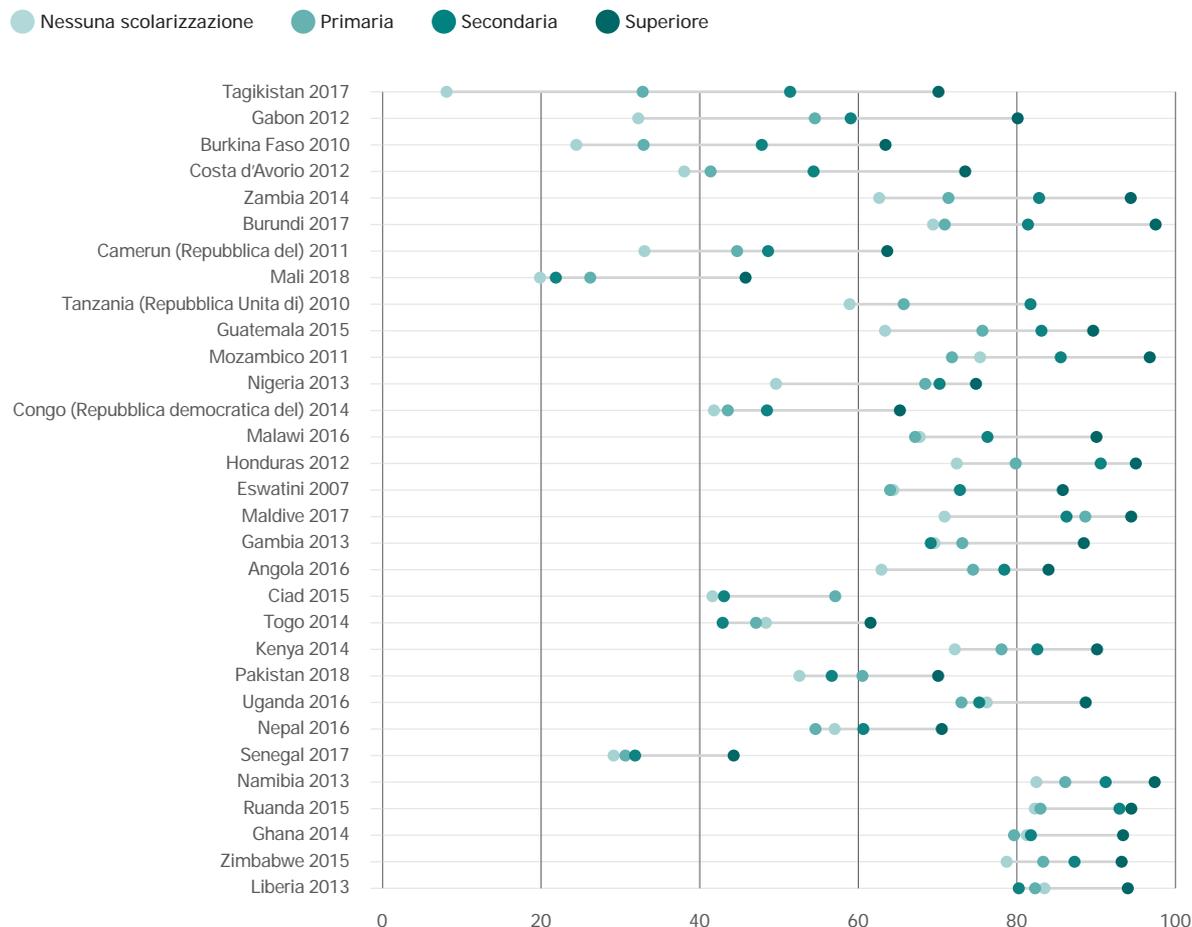
Il livello di istruzione è un fattore cruciale per rifiutare un rapporto sessuale, ma incide anche sulla capacità di decidere in merito a

contraccezione e assistenza sanitaria (figure 5a e 5b). Anche il livello di istruzione del partner si associa, in senso positivo, alla partecipazione delle donne alle decisioni su contraccezione e salute. Una donna meno istruita del marito o del partner corre più rischi di subire violenze sessuali rispetto a una donna con un livello di istruzione più o meno equivalente a quello del marito/partner (UNFPA, 2019). In tutti i casi, donne e ragazze nei due quintili di ricchezza più bassi hanno comunque maggiori probabilità

FIGURA 5A

Potere decisionale in rapporto ai livelli di istruzione

Potere decisionale delle donne sulla propria salute, per livello di scolarizzazione, in paesi selezionati. Dati percentuali.



di subire o aver subito rapporti sessuali indesiderati (Figura 6).

Rapporti interpersonali

Rapporti e comunicazione con il marito o il partner, uniti all'influenza degli altri familiari, incidono sulla capacità della donna di prendere decisioni autonomamente.

L'uomo, spesso capofamiglia, detiene il potere e prende buona parte delle decisioni, comprese

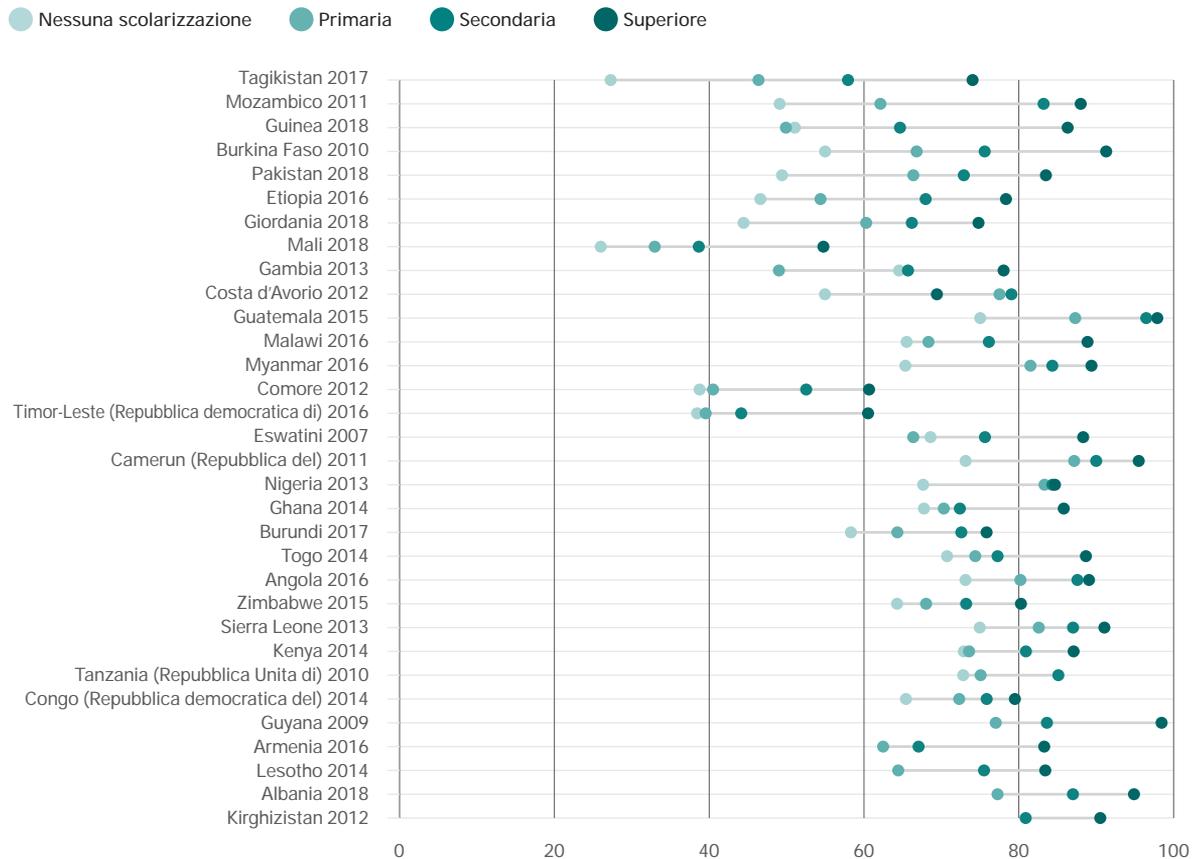
quelle sulla salute sessuale e riproduttiva, anche quando si tratta di questioni generalmente percepite come "femminili". Le norme di genere attribuiscono solitamente alle donne la responsabilità di tutto ciò che riguarda la salute riproduttiva, ma contemporaneamente negano loro ogni potere decisionale in merito.

La capacità di comunicare è un fattore predittivo positivo di un potere decisionale autonomo o congiunto. Le coppie che dialogano regolarmente

FIGURA 5B

Potere decisionale in rapporto ai livelli di istruzione

Potere di rifiutare il rapporto sessuale, per livello di scolarizzazione delle donne, in paesi selezionati. Dati percentuali.



in merito a salute sessuale e riproduttiva hanno maggiori probabilità di decidere insieme su contraccezione e salute riproduttiva. In queste decisioni rivestono un ruolo importante anche le opinioni degli altri familiari, in particolar modo delle suocere (UNFPA, 2019).

Il ruolo dell'ambiente sociale

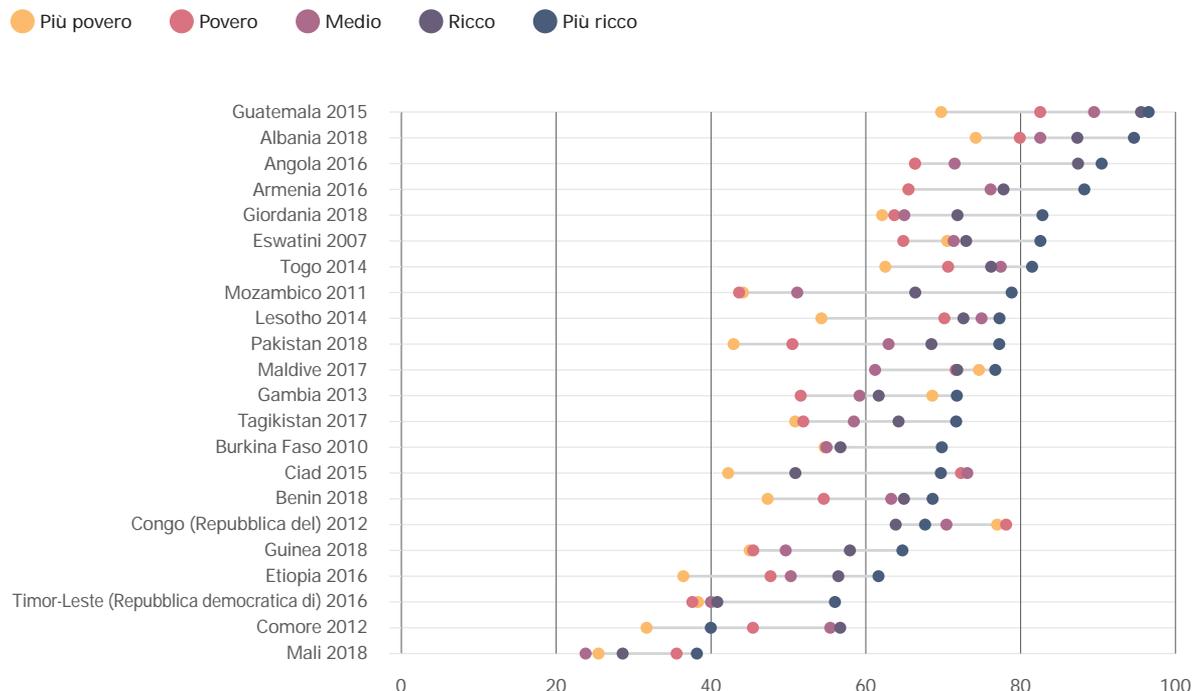
In alcune comunità, il concetto di autonomia corporea può essere considerato incompatibile con le norme e i valori dominanti. L'ambiente

sociale spesso esercita pressioni sulle donne perché facciano figli e più in generale perpetua l'idea della loro sottomissione e passività nelle relazioni sessuali. Allo stesso tempo, le norme vigenti a livello locale spesso dissuadono le donne dal parlare di salute sessuale e riproduttiva con gli uomini, cosa che rende difficile se non impossibile concordare le modalità dei rapporti sessuali, l'uso della contraccezione e l'assistenza per la salute riproduttiva. Le indagini condotte in nove paesi dimostrano che alcuni uomini ritengono di

FIGURA 6

Maggiore possibilità di rifiutare il rapporto sessuale in rapporto ai quintili di ricchezza

Rifiutare il rapporto sessuale, per reddito familiare, in paesi selezionati. Dati percentuali.



Guarire il corpo, la mente, lo spirito

Il personale dei servizi sanitari ha una responsabilità straordinaria nel promuovere e tutelare l'autonomia corporea delle pazienti.

"A chiunque lavori nell'assistenza sanitaria, il mio consiglio è di essere empatici" dice Víctor Cazorla, ostetrico, che lavora nelle Ande peruviane e da oltre vent'anni opera nelle comunità indigene della regione di Ayacucho. Cazorla conosce fin troppo bene i problemi che minacciano il benessere e l'autonomia delle donne più vulnerabili.

"Anche per il personale sanitario, il sistema è

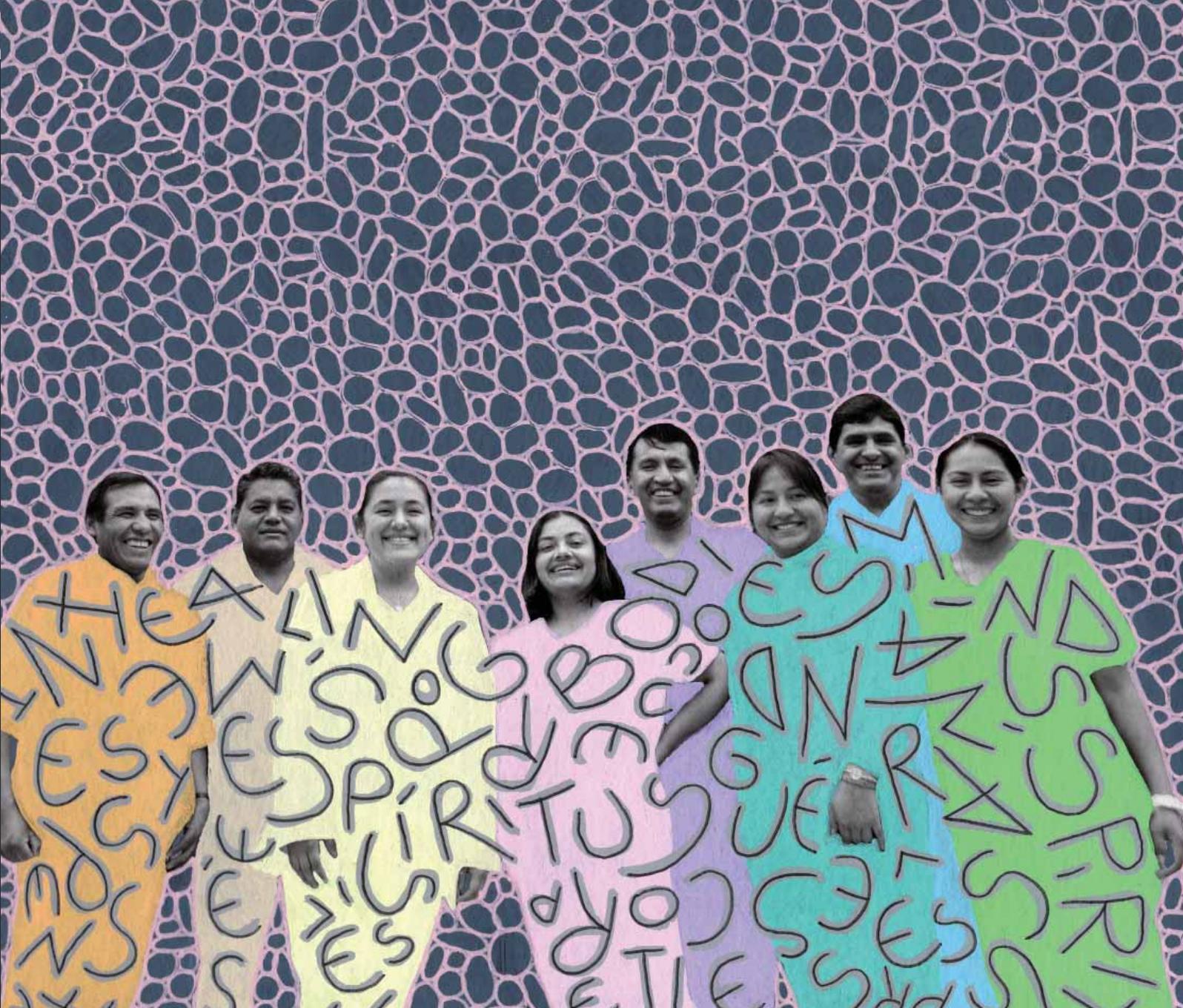
impennato sulla produttività, che è sinonimo di quantità" dice. "Dimentichiamo la qualità nelle cure che prestiamo alle pazienti". Ma ci sono anche le barriere culturali, aggiunge. "Sono diverse le persone che lavorano nelle regioni rurali senza conoscere il quechua, la lingua madre di queste comunità", e ciò produce equivoci, incomprensioni e spesso discriminazioni.

Molte donne inoltre non conoscono i loro diritti sessuali e riproduttivi. "Tra la popolazione nel suo complesso, direi che l'80-90% non può

decidere autonomamente quando avere un rapporto sessuale con il partner... A dominare è il maschilismo" spiega. Le donne spesso non si sentono libere di discutere con franchezza questioni inerenti alla loro salute sessuale, e a volte si vergognano di esprimere il loro disagio per le visite ginecologiche, specie se gli operatori sanitari sono uomini, osserva Cazorla.

Presi tutti insieme, questi fattori producono una combinazione pericolosa: il personale sanitario fatica a comprendere le esigenze e le difficoltà delle donne, e le

"Danno il loro consenso?... Se non sono psicologicamente pronte, dobbiamo rispettare la loro decisione."



Personale medico in un centro per la salute della regione peruviana di Ayacucho. L'ostetrico Victor Cazorla è il quinto da sinistra. Illustrazione originale di Naomi Vona; foto © UNFPA/A. Castañeda.

pazienti non hanno le parole o gli strumenti per tutelarsi.

Queste preoccupazioni crescono quando il personale sanitario si occupa di vittime di violenze sessuali e di genere. “In Siria, oltre la metà

delle donne ignora i propri diritti sessuali e all'integrità fisica”, dice Mouna Farhoud, ginecologa a Damasco, specializzata nell'assistenza alle sopravvissute. “Anche le donne istruite sono esposte alla violenza e non

sanno come affrontarla. Ritengono che parlare di questi argomenti danneggi la loro dignità e reputazione.”

Secondo la dottoressa Farhoud, persino chi opera nel settore spesso condivide

opinioni lesive dei diritti e della salute delle pazienti. Ricorda di aver tenuto un corso per il personale sanitario sul modo di rapportarsi con le vittime di violenze sessuali. "Ci furono molte obiezioni da parte di chi partecipava... Un diffuso atteggiamento negazionista e il rifiuto ad ammettere l'esistenza stessa di casi di violenza."

Il personale sanitario deve comunicare con le donne senza giudicarle, capire se si sentono a disagio e se possono aver subito violenze. Questo a volte significa comportarsi da detective, spiega la dottoressa Farhoud. "A volte i sintomi di una paziente non corrispondono ai disturbi che lamenta. Il modo di camminare, lo sguardo, le parole, la persona che l'accompagna, l'esame fisico... è tutto quanto l'insieme a segnalare la presenza di un problema."

Il personale sanitario deve sapere anche quando è il momento di fare un passo indietro. "Si ha il diritto di rifiutare. Quando visito qualche paziente, per esempio per un esame ginecologico, spiego loro perché è importante, soprattutto se hanno subito una violenza sessuale"

dice la dottoressa Farhoud. "Metto bene in chiaro che si tratta di una procedura medica per stabilire se vi siano infezioni, ferite, sanguinamenti, abrasioni o altri elementi che contribuiscono a documentare il caso. Danno il loro consenso? Anche quando le persone capiscono che l'obiettivo è di raccogliere documentazione, se non si sentono psicologicamente pronte dobbiamo rispettare la loro decisione. Magari questa volta non potremo visitarle, ma la prossima sì, se si sono sentite rispettate e valorizzate."

Cazorla aggiunge che mostrare rispetto per la cultura altrui è di fondamentale importanza. Ma la cosa più importante, dichiara, è dare alla paziente i mezzi per tutelare personalmente il proprio corpo e la propria autonomia. "Insegniamo a pretendere rispetto, perché nessuno ha il diritto di toccare il loro corpo: né io, né le loro zie, i loro padri, le loro madri, il personale, la polizia, nessuno."

Cazorla, con colleghi/e, tiene corsi di formazione per l'intera comunità e sessioni individuali e familiari di counselling in cui si

parla di diritti, autostima, salute sessuale e relazioni interpersonali sane. Questi sforzi iniziano a produrre un cambiamento, dice, soprattutto tra i/le giovani. Ma l'onere di provvedere a queste informazioni ricade principalmente sul personale sanitario "Io sono l'unico ostetrico, per esempio, che lavora regolarmente al centro per la salute, e sono spesso costretto a fermarmi oltre l'orario per assistere i casi più urgenti." C'è bisogno, spiega, di più risorse per la salute, soprattutto di più personale per poter incrementare le attività di educazione comunitaria, come i programmi mirati a uomini e ragazzi.

La dottoressa Farhoud fa eco a questa richiesta di sostegno. Anche la sua associazione organizza sessioni di sensibilizzazione per la comunità locale. Ma vorrebbe anche vedere migliore formazione e responsabilità tra il personale sanitario che, operando nell'ambito dei servizi per la salute sessuale e riproduttiva, ha particolari obblighi di assistere, rispettare e favorire l'autonomia delle pazienti. "Abbiamo fatto un giuramento professionale", conclude.

essere in diritto di esercitare un predominio sulle donne, con la manifestazione evidente di relazioni di potere diseguali (cfr. per esempio Habibov *et al.*, 2017; Fahmida e Doney, 2013; Hattori e DeRose, 2008).

Le ragazze devono superare ulteriori ostacoli per accedere a informazioni e servizi, per via di norme che scoraggiano l'attività sessuale fuori dal matrimonio. Allo stesso tempo, in alcune comunità, le norme sociali consentono alle giovani di accettare transazioni sessuali per contribuire al mantenimento della famiglia o per coprire i costi della propria istruzione, anzi a volte le incoraggiano attivamente. Poiché di regola queste ragazze provengono dalle famiglie più povere, non hanno la possibilità di rifiutare un rapporto sessuale. Che siano sposate o meno, hanno uno scarsissimo potere di pretendere l'uso del preservativo (November e Sandall, 2018; Moore *et al.*, 2007). Se sono sposate, inoltre, spesso devono anche affrontare le pressioni della famiglia e della comunità nel dimostrare la propria fertilità, subire rapporti sessuali forzati e il divieto di ricorrere alla contraccezione (Woog e Kågesten, 2017).

Gli ostacoli del sistema sanitario

La distanza di ambulatori e altre strutture sanitarie spesso condiziona le decisioni in materia di contraccezione e salute riproduttiva, soprattutto nelle zone rurali. Tra gli altri ostacoli ci sono l'assenza di servizi specifici per giovani e adolescenti, l'insufficiente disponibilità dei metodi contraccettivi prescelti, l'inadeguatezza qualitativa e gestionale dei servizi, il giudizio critico e i pregiudizi del personale sanitario, la mancanza di privacy. Per contro, i servizi che praticano orari di apertura più comodi e che esigono

dal personale un atteggiamento positivo verso le le pazienti e il rispetto della loro privacy, aiutano donne e ragazze a prendere decisioni autonome. Un impatto positivo è dato anche dalla disponibilità di informazioni accurate, specie in ambienti in cui dominano rispetto, riservatezza e cordialità. Gli studi dimostrano che i servizi di pianificazione familiare erogati da personale sanitario locale, producono un incremento nell'uso della contraccezione, in particolare quando prevedono anche informazioni e programmi educativi rivolti agli uomini (UNFPA, 2019).

Autonomia corporea: per molte è ancora una remota possibilità

Che solo il 55% delle donne abbia il potere di decidere autonomamente sul proprio corpo dovrebbe rappresentare un segnale d'allarme per governi, politici e agenzie per lo sviluppo. In Mali, Niger e Senegal oltre il 90% delle donne non dispone della propria autonomia corporea.

I dati relativi all'indicatore 5.6.1 permettono di comprendere meglio le loro difficoltà nel rivendicare il proprio diritto all'autonomia corporea. Ma occorre una valutazione più approfondita di questi dati per comprendere la portata e la natura degli ostacoli specifici per alcuni gruppi, come le donne non sposate o conviventi, le persone con disabilità e le minoranze razzializzate o etniche.

Quello che emerge con chiarezza è che in 57 paesi – ma probabilmente in un paese su due in tutto il mondo – le donne non possiedono il pieno controllo del loro corpo.



SE LE DECISIONI SONO PRESE DAGLI ALTRI

I tanti modi di negare autonomia e integrità fisica

Fin dagli anni Sessanta, lo slogan femminista “il personale è politico” mobilita le donne attorno alla causa dell’autonomia corporea. Ma da prima ancora, e a tutt’oggi, le attiviste hanno ribadito che se donne e ragazze non hanno il potere – la *agency* – di concretizzare il loro diritto all’autodeterminazione e all’autonomia, non possono nemmeno controllare altri aspetti della loro vita.

Per *agency* si intende qui il potere di operare scelte e decisioni per conto proprio. In materia di sessualità e riproduzione, può significare decidere liberamente se, quando o con chi avere rapporti sessuali e se, quando o quanto spesso intraprendere una gravidanza. Senza *agency* non esiste autonomia.

Secondo il Positive Women’s Network, le donne che godono realmente di autonomia corporea non solo hanno il potere di decidere della loro salute e del loro futuro senza subire coercizioni o essere controllate da altri, ma possono anche contare sul sostegno e sulle risorse indispensabili per attuare concretamente tali decisioni.

Malgrado gli accordi e le dichiarazioni internazionali sull’importanza dell’autonomia per la salute delle donne e per la loro complessiva emancipazione, milioni di donne e ragazze in tutto il mondo – di cui non si parla mai – ancora non possono decidere personalmente in materia di assistenza sanitaria, contraccezione e rapporti sessuali con il marito o il partner.

Queste decisioni vengono spesso prese o influenzate da altri: marito, famiglia, ambiente sociale e persino il governo, con la conseguenza di privare donne e ragazze della propria autonomia corporea.

Quest’ultima è limitata da molti ostacoli, ma il più insidioso e diffuso è probabilmente la disuguaglianza di genere. Oltre 160 anni fa, la suffragetta americana Lucy Stone scriveva: “Significa ben poco per me avere il diritto di voto, di proprietà, eccetera, se non ho il diritto assoluto sul mio corpo e sulle sue funzioni. Oggi non c’è una moglie su mille in grado di farlo, e finché si trova in questo stato di servitù, tutti gli altri diritti non l’aiuteranno a occupare la posizione che le spetta” (Hasday 2000).

La disuguaglianza di genere impedisce l'autonomia decisionale

Norme e mentalità improntate alle disuguaglianze di genere producono uno squilibrio nei rapporti che limita la possibilità delle donne di decidere, soprattutto quando si tratta di rifiutare il rapporto sessuale. Le norme patriarcali spesso si traducono nell'aspettativa di una sottomissione della donna al marito o al partner in tutte le sfere dell'esistenza, compresa quella sessuale. Queste pretese non solo significano accettare il rapporto quando il marito lo desidera, ma anche non prendere l'iniziativa o manifestare apertamente i suoi desideri. Spesso inoltre ci si aspetta dalla donna che eviti i conflitti, di qualsiasi tipo: rinforzando ulteriormente gli squilibri nelle dinamiche di potere. Ancora, molte donne si trattengono dal rifiutare il rapporto per paura di subire aggressioni verbali, ritorsioni economiche, richieste di divorzio o per paura di essere picchiate o stuprate.

Gli studi dimostrano che spesso donne e ragazze non sanno nemmeno di avere il diritto di dire di no. Un'indagine condotta in India,

per esempio, ha mostrato come le donne sposate da poco definiscono la loro prima esperienza sessuale come forzata o "contro la loro volontà" perché il sesso nel matrimonio era dato per scontato. Il concetto di consenso appariva irrilevante in quanto, sebbene forzato, il rapporto era considerato un dovere coniugale per il quale il problema del consenso nemmeno si poneva (UNFPA, 2019).

Norme e mentalità improntate a disuguaglianza di genere ostacolano la capacità di decidere personalmente sulla contraccezione. Per esempio, in molti dei paesi analizzati attraverso l'indicatore 5.6.1, i mariti, specie nelle regioni rurali, vorrebbero più figli di quanti ne desiderino le mogli e si ritengono in diritto di decidere le dimensioni della famiglia e l'uso o meno dei contraccettivi. Lo squilibrio nelle dinamiche del rapporto rappresenta un'ulteriore barriera per quelle donne che vorrebbero parlare di contraccezione con il marito o il partner. Intavolare l'argomento contraccezione è sufficiente per insinuare da parte degli uomini rapporti extraconiugali, scatenando a volte comportamenti violenti, separazioni e divorzi (UNFPA, 2019). Il nesso tra disuguaglianza di genere e negazione dell'autonomia corporea produce pesanti conseguenze sulla vita delle donne e delle ragazze, ogni giorno e in tutto il mondo. Mentalità e norme sociali che subordinano il benessere, le esigenze e i diritti di donne e ragazze a quelle di uomini e ragazzi erodono il potere delle donne, la loro *agency*: come dimostrato dalle ricerche, questo produce spesso conseguenze negative per tutta la vita che si ripercuotono anche sulle generazioni successive (van Eerdewijk *et al.*, 2017; O'Neil *et al.*, 2014). Tale dinamica si può manifestare in molti modi, alcuni più eclatanti di altri, ma è particolarmente evidente nelle leggi e nelle

Gli studi dimostrano che spesso donne e ragazze non sanno di avere il diritto di dire di no

Le persone con disabilità sono più a rischio di subire stupri o rapporti sessuali forzati

Le ragazze e le giovani con disabilità hanno maggiori probabilità di subire violenze rispetto ai loro pari maschi con disabilità e alle ragazze e giovani donne senza disabilità (UNFPA et al., 2018). Le ragazze e i ragazzi con disabilità hanno quasi il triplo delle probabilità di subire violenze sessuali, le ragazze corrono i rischi maggiori.

Il consenso nei rapporti sessuali è fondamentale per chiunque, ma svolge un ruolo più importante e potenzialmente più complesso quando coinvolge una persona con disabilità, sottolinea RAINN (Rape, Abuse and Incest National Network), un'organizzazione statunitense contro la violenza sessuale (RAINN, 2020).

Gli studi sulla prevalenza di aggressioni sessuali contro le persone con disabilità evidenziano percentuali più elevate rispetto alle persone senza disabilità. Per esempio, negli Stati Uniti il dipartimento di giustizia ha rilevato che donne e ragazze con disabilità sono vittime di crimini violenti, compresi stupri e aggressioni sessuali, nella percentuale di 32,8 donne su mille ogni anno, mentre per le loro pari non disabili la proporzione è di 11,4 su mille (Harrell, 2017).

Negli Stati Uniti, l'associazione Disabled World ha stimato che l'80% delle donne e il 30% degli uomini con disabilità cognitive si trovano costrette/i nell'arco della loro vita a subire rapporti non-consensuali, ma solo il 3% di tali abusi viene denunciato. Le donne con disabilità hanno probabilità molto più elevate di aver subito un rapporto sessuale non desiderato, o stupro coniugale, con il proprio partner. Uno studio ha evidenziato che il 54% di persone giovani sorde ha subito qualche forma di abuso sessuale, rispetto al 10% delle/dei giovani (Disabled World, 2012) senza questa disabilità.

La società che non fornisce alle persone con disabilità gli strumenti per controllare se, quando o con chi avere rapporti e se, quando o quanto spesso avere figli/e, nega a un enorme numero il diritto all'autonomia fisica.

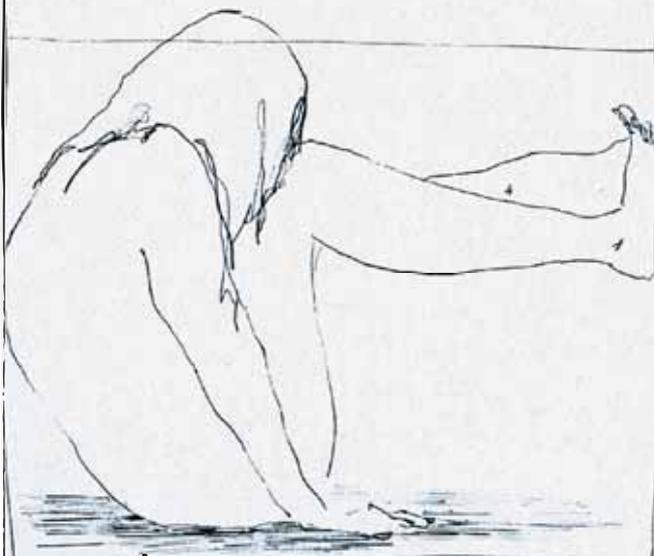


Illustrazione di Kaisei Nanke



Illustrazione di Tyler Spangler

consuetudini che regolano il matrimonio e che considerano la donna subalterna all'uomo.

Matrimoni forzati e precoci

L'esempio più ovvio di una prassi coniugale che lede l'autonomia decisionale della donna è quella del matrimonio nel quale le è negata la possibilità di scegliere il partner in modo libero e consapevole: il matrimonio forzato e quello precoce. Si considera matrimonio forzato qualsiasi unione in cui uno o entrambi i partner non esprimono un "consenso pieno, libero e informato". Per matrimonio precoce, che costituisce una forma di matrimonio forzato, si intende qualsiasi unione in cui almeno una delle parti è minore di 18 anni e quindi non ha ancora l'età in cui può esprimere un consenso pieno, libero e informato (OHCHR, 2020). Entrambe queste forme di matrimonio costituiscono una violazione dei diritti della persona, compresi quelli associati all'autonomia e all'integrità del proprio corpo.

Questi matrimoni sono radicati in società patriarcali e negano in generale a donne e ragazze

ogni autonomia e potere decisionale in materia di salute, contraccezione e rapporti sessuali.

I matrimoni precoci sono una forma di violenza di genere e rappresentano una fortissima limitazione alle capacità decisionali – alla *agency* – di donne e ragazze in quanto le costringono a una vita di rapporti subordinati, prima che abbiano le capacità di prendere decisioni che condizioneranno tutta la loro vita. Le stime più recenti indicano che oggi nel mondo vi sono 650 milioni di donne sposate prima dei 18 anni, e ogni anno 12 milioni di ragazze si sposano prima di raggiungere l'età adulta (UNFPA, 2020; UNICEF 2020).

Anche se tutti i paesi del mondo, tranne uno, hanno ratificato la Convenzione sui diritti dell'infanzia, molti consentono tuttora di contrarre matrimonio prima dei 18 anni, a volte con il consenso di un genitore, un tutore, un giudice o un altro funzionario statale.

Ma anche dove il matrimonio precoce è vietato dalla legge, la pratica persiste. Molte unioni di questo tipo sono celebrate con cerimonie tradizionali o religiose e non registrate presso le autorità civili. In molte parti del mondo è inoltre diffusa la convivenza tra partner in cui uno o entrambi sono minori. Con i tassi elevati e costanti di matrimoni precoci in Asia meridionale, Africa subsahariana e parte dell'America Latina e Caraibi, si prevede che entro il 2030, in assenza di interventi a forte impatto, potrebbero esserci ben 120 milioni di donne e ragazze in più sposate prima dei 18 anni (UNFPA, 2020; UNICEF, 2020).

I matrimoni forzati ricevono impulso da alcune pratiche istituzionalizzate di origine patriarcale: il pagamento della dote o il prezzo della sposa, il rapimento, il matrimonio con il fratello del defunto marito imposto alle vedove e il

matrimonio tra la vittima e il suo stupratore. Attraverso queste pratiche, la moglie diventa una merce, un bene di proprietà che si può possedere, comprare, vendere o barattare, calpestando i suoi diritti e la sua autonomia.

Con la dote, la famiglia della sposa versa un compenso, in denaro o in natura, a quella dello sposo per “sbarazzarsene”. La dote, in teoria, dovrebbe garantire il benessere della sposa, ma uno sguardo più attento rivela un sistema che è “orribile e nocivo dei diritti delle donne quanto i matrimoni precoci, le mutilazioni genitali femminili e i sistemi di tutela maschile” (McCarthy, 2017).

Nella quasi totalità dei casi la pratica della dote opprime direttamente o indirettamente la donna e spesso conduce a violenze e abusi, oltre a perpetuare un sistema di disuguaglianza di genere. Incoraggia i matrimoni precoci in quanto per le spose più giovani le famiglie versano una dote minore. Inoltre, spesso genera violenza: ogni anno, nella sola India, secondo il National Crime Statistics Bureau del paese, sono circa 8000 le donne uccise perché le famiglie non hanno versato la dote promessa.

Il “prezzo della sposa” è l'altra faccia della dote: la donna o la ragazza viene “comprata” dalla famiglia dello sposo, per darla in moglie al figlio. Si tratta di una pratica comune in alcune regioni dell’Africa, dove “il prezzo della sposa” è un trasferimento condizionale di beni, di solito bovini o denaro, dallo sposo ai genitori della sposa, in cambio del matrimonio (Turner, 2009). Questo relega la donna alla condizione di oggetto di proprietà e conferma l’idea che l’uomo possa comprare la capacità produttiva e riproduttiva della moglie oltre che, cosa ancora più importante, la sua obbedienza. Il pagamento conferisce al marito la licenza

di ricorrere alla violenza sulla moglie per costringerla a obbedire (Thiara, 2011).

L’uomo che decide di divorziare o di separarsi dalla moglie può esigere la restituzione del prezzo pagato: “Questa pratica è una spada di Damocle sulla testa della moglie e dei suoi genitori, garantisce la sua sottomissione” (Turner, 2009). La tradizione che impone di restituire il prezzo della sposa è particolarmente problematica perché implica, nel caso la donna o la sua famiglia non siano in condizioni di ridare il compenso, che la moglie resti intrappolata in un rapporto violento. L’usanza è praticata anche in altre parti del mondo, compresi alcuni paesi insulari del Pacifico.

Esistono altre pratiche matrimoniali e patriarcali che negano l’autonomia femminile. In alcune parti del mondo esiste, per esempio, l’usanza del rapimento della sposa: il sequestro di una ragazza o donna che viene forzatamente condotta a casa dell’uomo che la vuole sposare. Secondo una ricerca condotta da UNFPA, in Kirghizistan nel 2016, la tradizione del rapimento persiste malgrado sia vietata dalla legge. Secondo la tradizione, l’uomo può rapire una donna o una ragazza da casa sua, dalla scuola o dal posto di lavoro, portarla nella propria famiglia, dove la donna è di solito costretta a scrivere una lettera ai genitori per chiedere il loro consenso alle nozze. La lettera è accompagnata dal pagamento del prezzo versato dalla famiglia dello sposo. Meno di una su 10 di tali “proposte” è rifiutata dai familiari di lei. La ricerca di UNFPA ha evidenziato che quasi un quinto di tutti i matrimoni celebrati in Kirghizistan seguono la pratica tradizionale del “rapimento” e si calcola che almeno un quarto sia contratto senza il “consenso” della sposa (UNFPA in the Kyrgyz Republic, 2016).

Un'altra norma tuttora in vigore è quella del levirato, in cui la donna rimasta vedova viene costretta a sposare un parente del defunto marito, di solito un fratello. In origine questa usanza era considerata un modo per garantire la protezione della donna e dei figli, oltre che per trattenerli all'interno della famiglia del marito, soprattutto se era stata versata una dote. Ma alla vedova non è richiesto il consenso e spesso si ritrova in una unione che non aveva chiesto né desiderato.

Pratiche matrimoniali che sottomettono le donne e mettono a rischio la loro salute

Le norme matrimoniali più pericolose, che sottomettono le donne e violano il loro diritto all'autonomia corporea, hanno ripercussioni negative sulla salute sessuale e riproduttiva. Il levirato, per esempio, impone alla donna rapporti sessuali con l'uomo che l'ha "ereditata", malgrado costui possa aver avuto molte partner in passato, aumentando il rischio di contagio da HIV (Mabumba *et al.* 2007). Secondo un'indagine svolta in Kenya, nel distretto di Bondo, il 56,3% delle vedove erano state "ereditate" attraverso una cerimonia. Tra queste donne, quelle sottoposte a un rito sessuale chiamato "purificazione della vedova" correvano un maggior rischio di essere contagiate da HIV (Agot *et al.*, 2010). La purificazione della vedova è una pratica ritualizzata che consiste nel rompere il vincolo tra la donna e lo spirito del marito defunto, sottoponendola al rapporto sessuale con uno dei parenti del defunto.

Il matrimonio precoce ha innumerevoli conseguenze negative sulla salute sessuale e riproduttiva e sull'autonomia corporea delle ragazze. Rapporti forzati e troppo precoci,

e frequenti gravidanze, sono strettamente legati ad alti tassi di morbilità e di mortalità materna e infantile, e rappresentano un rischio per la salute mentale. Nei paesi a basso e medio reddito, le complicanze dovute alla gravidanza e al parto sono la prima causa di morte per le ragazze tra i 15 e i 19 anni.

La prevalenza di complicanze durante la gravidanza e il parto è molto più alta tra le madri adolescenti, con un tasso più elevato di nati morti e di morti neonatali rispetto alle madri più adulte (20-24 anni) (OMS, 2020).

Moltissime donne e ragazze costrette a sposarsi, spesso troppo giovani, si vedono negare il diritto di prendere decisioni sulla loro salute sessuale e riproduttiva, o di avere le informazioni per poter prendere decisioni consapevoli. Una ricerca su vasta scala condotta in India ha messo in evidenza, per esempio, le conseguenze negative dei matrimoni precoci sulla salute riproduttiva: le giovani sposate all'età di 18 anni o più avevano maggiori probabilità rispetto a quelle sposate prima dei 18 anni di aver pianificato personalmente il matrimonio, di non subire violenza domestica, di usare contraccettivi per rimandare la prima gravidanza, di partorire in una struttura sanitaria. Rispetto alle donne sposate in età più giovane, correvano un rischio minore di violenze fisiche o sessuali all'interno del matrimonio, di avere aborti spontanei o di dare alla luce un figlio morto (Santhya and others, 2010).

Un altro studio in Nepal ha mostrato come le pressioni ad avere una gravidanza subito dopo il matrimonio, le limitazioni dell'autonomia, le scarse conoscenze in materia di salute riproduttiva espongono le spose giovanissime a gravidanze ad alto rischio (Maharjan and others, 2019).

Schiavitù: la piú grande violazione del diritto all'autonomia

Le persone che vivono in condizioni di schiavitù non hanno il potere di prendere decisioni sul loro corpo e sulla loro vita. Si calcola che circa 40 milioni di persone sono sottomesse a qualche forma di schiavitù moderna (United Nations, s.d.). Sebbene la nozione non è stata

definita in termini legali, questo termine generico comprende pratiche come il lavoro forzato, la servitù per debiti, il matrimonio forzato e il traffico di esseri umani. Si riferisce a situazioni di sfruttamento che la vittima non può rifiutare o da cui non può fuggire perché subisce minacce, violenze, coercizioni, inganni o abusi di potere.

In tutto il mondo, cinque persone su mille sono vittime di una qualche forma di schiavitù moderna. Una su quattro è una/un minore. Oltre 7 su 10 sono di sesso femminile.

Nell'Obiettivo 8 per lo sviluppo sostenibile – conseguire la crescita economica inclusiva e il lavoro dignitoso per chiunque entro il 2030 – è inserito un target per eliminare il lavoro forzato e mettere fine alla schiavitù moderna e al traffico di esseri umani.

Le vittime sono spesso le persone piú vulnerabili delle nostre società, quelle che subiscono piú di una forma di discriminazione: donne, minori, persone indigene, di origine africana e persone con disabilità, ha sottolineato nel 2020 la Vice-Segretaria Generale delle Nazioni Unite, Amina J. Mohammed. "La schiavitù moderna è una piaga del nostro mondo, e dobbiamo sradicarla" ha aggiunto, definendola insieme al traffico di esseri umani come "crimini internazionali che impongono costi significativi alla società e all'economia".

Illustrazione di Kaisei Nanke



In grado di scegliere

Nel 1999, Lizzie Kiama stava andando, come ogni giorno, a lavorare a Mombasa, in Kenya, quando il minibus su cui si trovava si è scontrato frontalmente con un altro veicolo. “Io ero seduta davanti” ricorda. “L’incidente mi ha reso disabile”. Ci sono voluti 11 anni per accettare realmente la sua nuova condizione.

“Per molto tempo non mi sono considerata una persona con disabilità” dice Kiama “per via della connotazione estremamente negativa associata al termine ‘disabile’.”

La sua vita è cambiata quando è diventata madre: da allora ha deciso che avrebbe migliorato il mondo per i suoi

figli. Questo ha voluto dire, spiega, riconoscersi come una persona con disabilità e ridefinire cosa significasse. Kiama ha fondato This Ability Trust, un’organizzazione per la promozione dei diritti delle persone con disabilità. Grazie a questa attività ha potuto osservare gli ostacoli alla possibilità di decidere che vivono le persone con disabilità, soprattutto nella salute e nei diritti sessuali e riproduttivi.

Chi ha disabilità visive o auditive, di rado può richiedere documenti in Braille o interpreti quando si rivolge ai servizi sanitari. Le persone che devono essere accompagnate devono sopportare la mancanza di privacy e di riservatezza.

Molte non hanno scelta per quanto riguarda i mezzi di trasporto, spesso nelle strutture sanitarie mancano infrastrutture, attrezzature e personale specializzato per le loro esigenze.

E poi ci sono i racconti dell’orrore.

“Ho sentito storie di donne che preferiscono partorire in casa per non dover affrontare infermiere e levatrici che chiedono perché, nelle loro condizioni, vogliono avere figli/e o restare incinte” dice Kiama. “La società in generale associa le persone con disabilità, soprattutto le donne, a una condizione asessuata... Le cose più semplici, come la capacità giuridica, l’autonomia corporea, il diritto a decidere per se stesse, non sono considerate la norma.”

Donne e ragazze con disabilità sono particolarmente vittime di violenze di genere in Kenya (Salome *et al.*, 2013). Ma troppo spesso succede che, come reazione, la loro autonomia venga ulteriormente violata, spiega Kiama: “Ci

“Le famiglie si accordano con i medici per farle sterilizzare”



Lizzie Kiama difende i diritti delle persone con disabilità. Illustrazione originale di Naomi Vona; per la foto, si ringrazia Lizzie Kiama.

sono casi in cui le famiglie di ragazze disabili si mettono d'accordo con i medici per farle sterilizzare, allo scopo di 'proteggerle', in quanto sono maggiormente vittime di violenze sessuali. Ma i

colpevoli delle violenze non subiscono mai conseguenze".

Questi problemi non sono certo prerogativa solo del Kenya. Quasi ovunque le persone con disabilità affrontano pesanti

ostacoli alla loro autonomia decisionale nell'ambito della salute sessuale e riproduttiva.

Per esempio, in Mongolia sono stati denunciati casi di personale sanitario che

eseguiva aborti su donne con disabilità senza averle consultate e chiedendo invece il consenso dei tutori, sostiene Enkhjargal Banzragch, assistente sociale e membro della Mongolian National Wheelchair Users Association. Una ricerca dell'associazione ha stimato che, tra le persone con disabilità, quelle costrette dai familiari o dal personale sanitario a ricorrere alla contraccezione sono il 22%.

Rifiutarsi comporta spesso gravi conseguenze. Le donne con disabilità mentali si vedono spesso negare la pensione o lo stato di invalidità se rifiutano le dosi prescritte di contraccettivi iniettabili, spiega Banzragch.

Alle persone con disabilità e a quelle che le assistono spesso non viene data alcuna spiegazione, afferma la Vice Rappresentante di UNFPA in Mongolia, Iliza Azyei, che ha collaborato con attiviste/i e Ministero della salute per sollevare il problema.

Azyei ricorda la storia di una ragazza: "appena compiuti i 16 anni, il medico di base si è presentato a casa sua e ha iniziato a somministrarle i

contraccettivi iniettabili ogni trimestre". Azyei ha chiesto alla madre della ragazza se avesse chiesto spiegazioni sull'accaduto. "No", ha detto lei, "mi fido del mio medico."

Eppure non mancano i motivi di speranza.

"Dal punto di vista della tutela, c'è stato qualche progresso nelle politiche e nelle leggi" dice Kiama citando la legge sulla disabilità del 2003 e la costituzione del Kenya, la ratificazione delle Convenzioni internazionali sui diritti delle persone con disabilità, il crescente adeguamento strutturale degli edifici per migliorarne l'accessibilità.

Anche la Mongolia fa registrare progressi. Nel 2015, nel corso di una revisione sul rispetto dei diritti umani, sono state portate all'attenzione le violazioni dei diritti alla salute riproduttiva delle persone con disabilità. Il governo ha "decretato l'immediata revisione delle ordinanze del Ministero per la salute, al fine di assicurare i servizi di salute sessuale e riproduttiva a tutte le donne, incluse quelle con disabilità" dice Azyei.

Il cambiamento politico è solo uno dei passi da compiere, aggiunge. "Ma come affrontare le pratiche in vigore?"

Per questo, concordano gli esperti, bisogna che cambi anche la mentalità. "Le donne con disabilità hanno il diritto di innamorarsi, di avere figli, di usufruire di servizi, di avere una vita" sottolinea Azyei.

Devono essere protette dagli abusi sessuali, ma queste misure devono incrementare – non diminuire – la loro autonomia. Devono inoltre essere messe in condizione di rivendicare i propri diritti.

"In quanto persone con disabilità, pensiamo di aver bisogno che ci tengano per mano e di dover sempre chiedere permesso" dice Kiama. Ma nelle generazioni più giovani intravede un cambiamento. "Vediamo sempre più donne giovani che occupano il loro spazio e utilizzano i social media per farsi sentire. Reclamano in vari modi il rispetto dei loro diritti sessuali e riproduttivi. È incredibile."

Oltre a costituire una violazione del diritto a disporre del proprio corpo, i matrimoni precoci ledono altri diritti umani, come quello all'istruzione. La disparità di genere nei tassi di scolarizzazione è uno dei principali ostacoli alla completa uguaglianza di genere e all'empowerment di donne e ragazze: i matrimoni e le gravidanze precoci riducono in misura significativa le loro opportunità educative, occupazionali ed economiche.

Un'ampia ricerca svolta a livello globale dalla Banca Mondiale ha verificato, attraverso domande specifiche sulla possibilità di ricorrere ai servizi per la salute riproduttiva e alla contraccezione, se le donne che si erano sposate minorenni avevano meno possibilità di scelta all'interno del matrimonio. L'indagine ha evidenziato che sia nell'uso dei contraccettivi, sia nel potere decisionale, la variabile con il maggiore impatto era rappresentata dagli anni di scolarizzazione. Questo studio convalida l'ipotesi che il matrimonio precoce ha ripercussioni negative sulla salute riproduttiva e sulla capacità decisionale, soprattutto per l'impatto indiretto sulla frequenza scolastica (Wodon *et al.*, 2017). La riduzione dell'istruzione formale per le giovanissime spose comporta implicazioni economiche per loro e per la società, ma ha anche concrete conseguenze sulla salute sessuale e riproduttiva e sulla capacità di scegliere e prendere decisioni autonome.

Le emergenze umanitarie incidono negativamente sull'autonomia corporea delle donne

I dati relativi alle emergenze umanitarie in tutto il mondo mostrano che il venir meno delle reti familiari, sociali e legali fa aumentare il rischio di

violenze sessuali e alimenta la diffusa percezione che l'"onore" di donne e ragazze sia in pericolo e di conseguenza quello delle loro famiglie.

Questa paura che si "danneggi" l'onore familiare è spesso alla base della decisione di far sposare le figlie molto giovani, con un ulteriore aumento di matrimoni precoci e forzati. La paura delle violenze sessuali su donne e ragazze figura ai primi posti tra le motivazioni che, nelle emergenze, inducono una famiglia a fuggire da casa e rappresenta anche un incentivo a far sposare le figlie giovanissime, nella convinzione che il matrimonio le possa proteggere (UN HRC, 2019).

Nei paesi con una elevata prevalenza di matrimoni precoci, le ragazze sfollate o comunque colpite dalle crisi sono tra le persone più vulnerabili. In Niger si riscontra, per esempio, il più alto tasso di prevalenza di matrimoni precoci al mondo (con il 76% delle ragazze che si sposano prima dei 18 anni), ma nelle aree interessate da ingenti crisi umanitarie si riscontrano tassi addirittura superiori: a Maradi si arriva all'89%. Un rapporto di Oxfam ha rilevato che in una città del Sudan settentrionale il 70% delle ragazze si è sposato prima dei 18 anni – molto al di sopra della media nazionale – in seguito ai violenti combattimenti che hanno interessato la regione (UN HRC, 2019).

Le aree in cui è in corso o si è appena concluso un conflitto sono un terreno particolarmente fertile per le violenze di genere, compresi i matrimoni forzati e precoci. Questo fenomeno è dovuto a diversi fattori come il venir meno dello stato di diritto e delle norme di sicurezza, i cambiamenti nei ruoli di genere tradizionali, le limitazioni imposte alla libertà di donne e ragazze, il diffondersi di una cultura dell'impunità, la perdita di capitale sociale ed economico e persino la diffusione di ideologie

estremiste che incoraggiano il sequestro di donne e ragazze per arruolarle nei gruppi armati (Swaine and others, 2019).

Nel caso di ideologie estremiste, negli ultimi anni alcune milizie armate non statali hanno imposto un ordine sociale nel quale donne e ragazze sono percepite o come strumenti utili per il loro movimento, o come minacce contro di esso. In alcuni casi, donne e ragazze sono state costrette a sposarsi con membri del gruppo, diventando schiave sessuali. Per esempio, a partire dal 2014, in Iraq le ragazze e le donne yazide sono state costrette a sposare membri dello Stato islamico in Iraq e Levante (ISIL).

L'ISIL nella Repubblica araba di Siria, Boko Haram in Nigeria e in Camerun, Al-Shabaab in Somalia hanno rapito donne e ragazze che sono state stuprate, vendute e costrette al matrimonio. Lo sfruttamento ideologico dei matrimoni precoci e forzati è stato segnalato nella Repubblica Centrafricana, in Libia, Mali e Somalia, mentre gruppi armati e bande di criminalità organizzata in Malesia e in Nigeria avrebbero utilizzato la pratica per coprire attività ancora peggiori di sfruttamento sessuale e di traffico di esseri umani (UN HRC, 2019).

Malgrado vi siano prove più che sufficienti per affermare che le violenze di genere aumentano nelle situazioni di conflitto e di sfollamento, non altrettanto dimostrabili sono le ripercussioni delle crisi sulla capacità decisionale delle donne nelle relazioni sessuali. Benché le emergenze provochino spesso un peggioramento dei servizi pubblici, alcuni dati suggeriscono che in tali situazioni la capacità decisionale delle donne nell'accesso ai servizi sanitari e alla contraccezione sarebbe potenziata. Una delle ragioni è la minore influenza delle norme sociali improntate alla disuguaglianza di genere nei contesti interessati da una crisi,

fattore che consente una maggiore libertà di manovra e di autonomia decisionale.

Nei paesi travolti da un'emergenza, come l'Eritrea e la Liberia, la progressiva dissoluzione delle norme sociali ha consentito a molte donne non solo una maggiore autonomia ma anche più libertà di parola e una maggiore autorevolezza all'interno della famiglia. Si tratta di un fenomeno già osservato nelle regioni interessate da catastrofi naturali come la siccità, quando più donne hanno deciso di ricorrere alla contraccezione. Un'altra ragione per cui alcune donne acquistano un maggior potere decisionale nella tutela della salute è che nei campi per i rifugiati le informazioni e i servizi per la contraccezione sono spesso più facilmente disponibili (UNFPA 2019). Tuttavia, durante e dopo le emergenze, disuguaglianze e discriminazioni di genere rischiano anche di moltiplicare le sfide che donne e ragazze devono affrontare per tutelare la loro autonomia e integrità fisica. Di conseguenza molte di loro vivono una maggiore insicurezza e subiscono limitazioni della libertà di movimento, violenze di genere, pratiche dannose come le mutilazioni genitali femminili (ICRC, 2020).

I programmi volti a eliminare e prevenire questa pratica sono spesso esclusi dai piani di intervento umanitario. Durante le fasi iniziali della pandemia da COVID-19, per esempio, nella maggior parte dei paesi con un'elevata prevalenza di mutilazioni genitali femminili i piani nazionali di risposta umanitaria non hanno dato priorità all'eliminazione di questa pratica (UNFPA e UNICEF 2020), malgrado numerosi riscontri indicassero un incremento del rischio per le ragazze: in Somalia, nel corso di una ricerca condotta da UNFPA, il 31% dei membri della comunità oggetto del sondaggio si è detto

convinto che, dopo l'inizio della pandemia, la pratica sia ancora più diffusa (UNFPA, 2020a). Una ricerca di Save the Children nel settembre 2020 presso il campo rifugiati di Dadaab in Kenya ha analizzato l'impatto del COVID-19, segnalando che il 75% delle persone addette alla tutela dell'infanzia riferivano un incremento del 20% delle mutilazioni genitali femminili (Save the Children, 2020).

In paesi come Etiopia, Kenya, Nigeria e Sudan le ragazze sarebbero anche maggiormente a rischio di subire la pratica in previsione del matrimonio, il che suggerisce una strategia negativa di sopravvivenza, associata alla recessione economica e alla chiusura delle scuole (UNFPA e UNICEF, 2020).

Secondo le stime di UNFPA, la pandemia potrebbe causare 2 milioni di casi di mutilazioni genitali femminili che si sarebbero altrimenti potuti evitare: ciò significa una riduzione di un terzo nei progressi verso il target 5.3 degli Obiettivi di sviluppo sostenibile, per eliminare la pratica entro il 2030 (UNFPA, 2020b).

“Delitti d'onore”: la negazione estrema dell'autonomia corporea

I delitti d'onore si verificano nelle comunità in cui “l'onore” della famiglia è considerato più importante della vita della persona, di solito una donna, che ha violato determinate norme o codici sociali (Gibbs *et al.*, 2019).

Tra le ragioni addotte per i delitti d'onore ci sono la separazione dal coniuge che aveva pagato il prezzo della sposa, il rifiuto di un matrimonio combinato, una relazione con

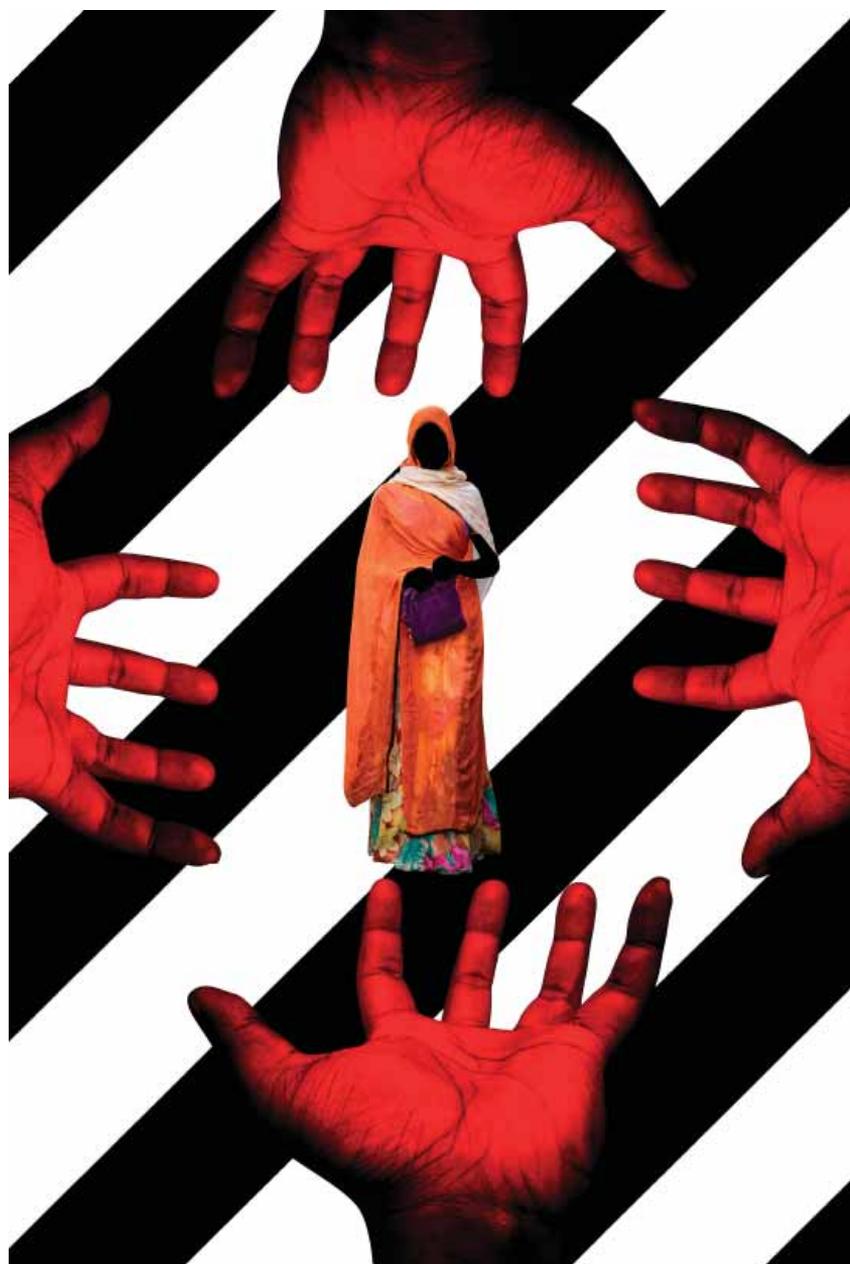


Illustrazione di Tyler Spangler

un partner di diversa religione, etnia o casta, una relazione sessuale pre- o extra-coniugale, l'aver subito uno stupro o un'aggressione sessuale, l'essere considerate come omosessuali (Selby, 2016).

Sebbene sia gli uomini che le donne possano essere vittime o responsabili di tali omicidi, il “codice

Minacciati dalla sessualità di una donna

Cultura, tradizione e religione: sono queste le motivazioni più frequenti addotte per spiegare le mutilazioni genitali femminili. La riduzione del desiderio sessuale, quasi universalmente riconosciuta come una delle conseguenze, è di fatto anche una delle principali motivazioni. Molti/e di coloro che sostengono la pratica affermano che la sessualità femminile incontrollata rappresenti un pericolo per la castità, l'onore e la virtù (Berg e Denison, 2013).

Secondo diversi studi, un dialogo aperto sulla sessualità femminile, sull'autonomia e l'integrità fisica costituisce spesso un antidoto imprevisto contro la pratica.

Gli sforzi per mettervi fine hanno sempre posto l'accento sulle ripercussioni fisiche come

emorragie, infezioni, future complicazioni nel parto, con esiti a volte fatali. Questa enfasi sulle lesioni fisiche è recepita più facilmente nelle comunità conservatrici, dove parlare di sessualità femminile è spesso un tabù. Tuttavia, concentrarsi unicamente su questo può produrre l'esito indesiderato di una medicalizzazione della pratica, o l'adozione di tipologie alternative di mutilazione, anziché portare al suo totale abbandono (Powell e Yussuf, 2021).

Ampliare il dialogo, facendo riferimento alle conseguenze sessuali causate dalle mutilazioni genitali femminili, ha aiutato Wafaa Benjamin Basta, ostetrica e ginecologa egiziana, a convincere i genitori

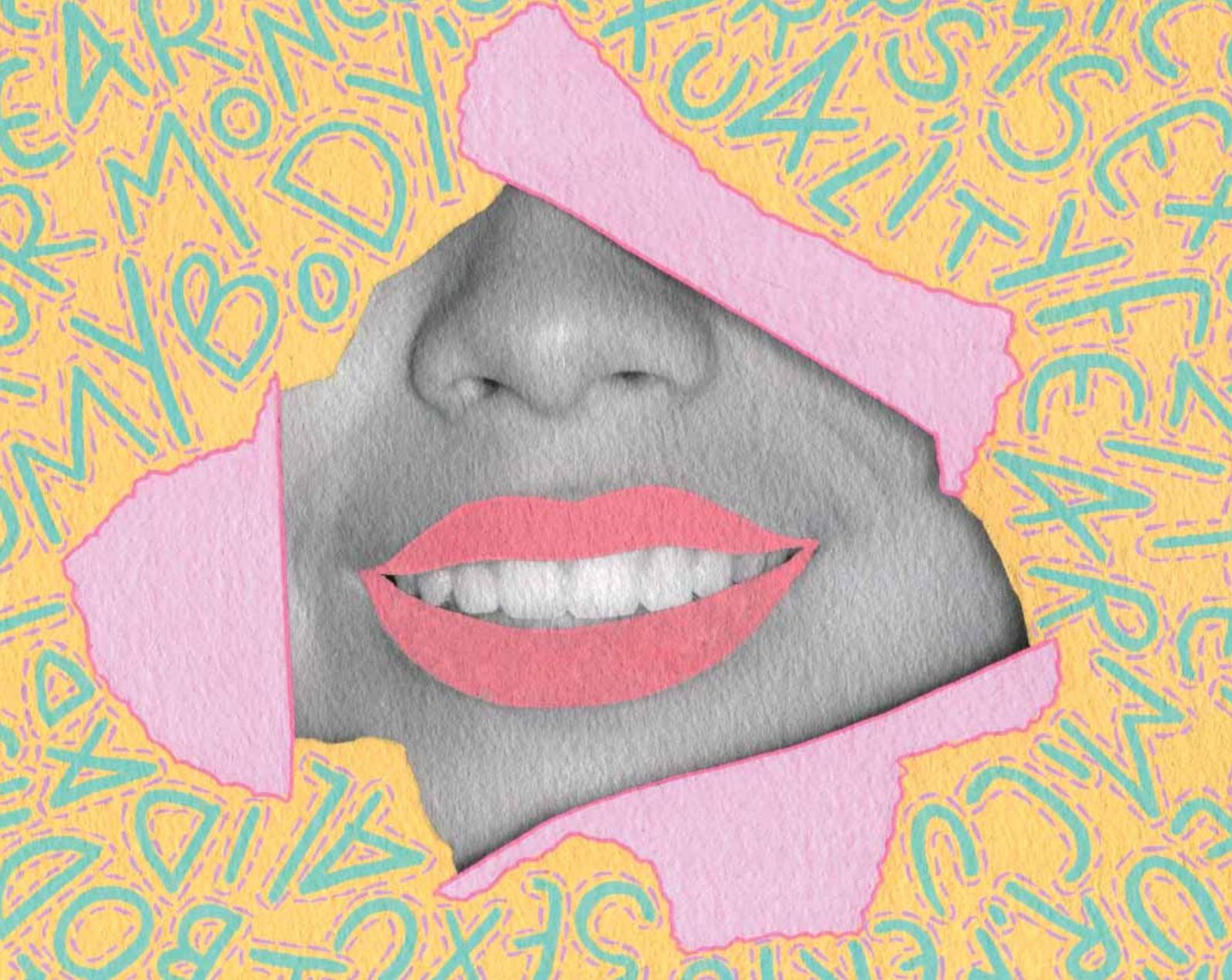
ad abbandonare la pratica.

Esporre con chiarezza i danni provocati, come l'incapacità di raggiungere l'orgasmo, il dolore durante il rapporto e il rifiuto del sesso in seguito a disturbi da stress post-traumatico si è rivelato un deterrente efficace, soprattutto "se la madre ha avuto un'esperienza molto negativa in seguito alla mutilazione subita da giovane o se ha avuto problemi nella vita coniugale" dice la dottoressa Basta.

La dottoressa descrive con schiettezza le ripercussioni sociali e psicologiche riferite da molte donne: "Può influire sulla salute mentale, sul benessere sociale e sui rapporti con il partner, il che può ripercuotersi profondamente sul concetto stesso di famiglia."

Uno dei fattori che le permette di instaurare un dialogo così diretto è il suo ruolo, "per via del legame che si crea tra dottoressa e paziente" dice. Ma ancora più cruciale è il diffondersi, in Egitto, di un consapevole riconoscimento dei diritti e dell'empowerment delle donne.

“La mentalità sta cambiando, soprattutto tra le nuove generazioni”



Le mutilazioni genitali femminili non sono soltanto un problema di salute. Riguardano anche la sessualità. Illustrazione originale di Naomi Vona; foto di Hana Lopez su Unsplash

“La mentalità sta cambiando, soprattutto tra le nuove generazioni.”

Più si attenua la paura della sessualità femminile, più si inserisce il benessere sessuale nel contesto della salute psicosociale e più diventa facile mettere in discussione la pratica.

La dottoressa Basta afferma che le sue osservazioni si limitano alle conversazioni riservate che riesce ad avere con le donne, e che il grado di disagio rispetto a questi argomenti cambia a seconda delle comunità e del personale sanitario coinvolto. In ogni caso, afferma di aver

assistito a notevoli progressi negli ultimi anni e di nutrire grandi speranze per il futuro, sia per la fine della pratica, sia per la promozione della salute e del benessere sessuale delle donne. “Non dev’esserci nessuna vergogna a parlare di queste cose” dichiara.

d'onore" presenta criteri diversi per uomini e donne, come requisiti di castità più rigorosi per le donne e la percezione maschile del dovere di tutelare l'onore personale o familiare mediante atti di violenza. In tutti i casi, comunque, il codice d'onore fa parte di un sistema sociale patriarcale che sottomette le donne agli uomini, con il risultato che le vittime sono nella stragrande maggioranza donne. È impossibile calcolarne il numero esatto, ma si ritiene siano all'incirca 5000 ogni anno, in maggioranza nelle regioni del Medio Oriente e dell'Asia meridionale (Gibbs *et al.* 2019). È importante sottolineare che, secondo le stime, il 58% delle donne sono uccise dal compagno o da un parente stretto, nella misura di 137 vittime al giorno (OMS, 2013). Questa situazione è stata esacerbata dalla pandemia di COVID-19, nel cui contesto la violenza sulle donne è stata ribattezzata "pandemia ombra".

Le leggi sullo stupro coniugale e sul "matrimonio con lo stupratore"

È chiaro che la tipologia di dati scelti per l'indicatore 5.6.1 non può misurare esattamente tutti i modi in cui la capacità di azione delle donne è limitata dalle strutture patriarcali; con almeno uno dei componenti c'è però un legame diretto: la donna che non desidera avere un rapporto sessuale può dire di no al marito o al partner? Quali che siano le dinamiche interpersonali all'interno di un matrimonio, resta il fatto che in alcuni paesi la legge consente al marito di avere un rapporto con la moglie, che lei lo desideri o meno, in altri l'uomo che stupra una donna può evitare le conseguenze penali se la sposa, anche contro la volontà di lei.

Che una donna sia stata costretta a contrarre matrimonio o l'abbia scelto liberamente, le norme

patriarcali prevedono che, una volta sposati, l'uomo è "padrone" del corpo della moglie, che può usare a scopi sessuali tutte le volte che vuole. Soltanto negli ultimi decenni lo "stupro coniugale" è stato riconosciuto come grave violazione dei diritti umani. Le vittime degli stupri coniugali subiscono gli stessi danni inferti a tutte le vittime di stupro: lesioni fisiche e conseguenze psicologiche di un rapporto forzato, gravidanze indesiderate, aborti spontanei e malattie a trasmissione sessuale (Yllö and Torres 2016).

Questa violazione dei diritti umani ha importanti ripercussioni sulla salute riproduttiva. La penetrazione vaginale forzata e le conseguenti abrasioni che facilitano l'ingresso del virus nell'organismo aumentano il rischio di contagio da HIV e da altre infezioni a trasmissione sessuale (Jewkes and others, 2011). Le donne che subiscono violenze sessuali nel matrimonio hanno maggiori probabilità – da una volta e mezzo a tre volte – di risultare positive all'HIV e da due a quattro probabilità in più di sviluppare un'altra malattia a trasmissione sessuale (OMS, 2015).

Le varie norme che traducono in pratica il controllo maschile e che violano il diritto della donna all'autonomia corporea hanno un rapporto di interdipendenza. Le ricerche hanno evidenziato la forte correlazione tra stupro coniugale e matrimoni precoci: uno studio del 2011, condotto in Uganda, ha dimostrato che gli stupri coniugali avvenivano in larga maggioranza su ragazze tra i 15 e i 19 anni, per le quali i mariti avevano pagato il prezzo della sposa (Hague *et al.*, 2011).

Sono 43 i paesi che non si sono dotati di leggi per contrastare gli stupri coniugali. Ma anche in quei paesi che riconoscono questo tipo di violenza, le pene per i rapporti non consensuali all'interno del matrimonio sono spesso molto più lievi che in altre situazioni. Paragonando il

matrimonio a una “carta per uscire di prigione”, uno studio del 2020 ha evidenziato come, sui 54 paesi del Commonwealth, 35 applicano tuttora una qualche forma di esonero per i reati sessuali commessi dal coniuge (Richardson, 2020).

In alcuni paesi e territori, il matrimonio si può considerare una sorta di “rimedio” legale per lo stupro, in quanto consente ai colpevoli di sposare le vittime evitando le conseguenze penali del reato. In Algeria, Angola, Bahrain, Bolivia, Camerun, Repubblica Dominicana, Guinea Equatoriale, Eritrea, Gaza, Iraq, Kuwait, Libia, Filippine, Federazione Russa, Serbia, Siria, Tagikistan, Thailandia, Tonga e Venezuela, la legge consente agli uomini condannati per stupro di far annullare la sentenza se sposano la donna che hanno violentato (Equality Now, 2020).

Nel 2017 la ONG Equality Now ha svolto un’ampia ricerca sulle leggi che autorizzano il “matrimonio con lo stupratore”. Ha così evidenziato, per esempio, che in Iraq se il colpevole sposa la vittima, decade ogni azione legale nei suoi confronti e qualsiasi misura, indagine o procedimento viene interrotto. Se è già stata emessa una sentenza, questa viene annullata, ma può essere ripristinata nel caso di un divorzio entro tre anni. In Kuwait, se il colpevole sposa la vittima con il permesso del suo tutore e se il tutore richiede la sua non punibilità, lo stupratore è libero. In Russia, se lo stupratore ha più di 18 anni e commette uno stupro di una minore di 16 anni, non incorre in punizioni purché sposi la vittima. In Serbia, la “convivenza con persona minore” è vietata, ma “se si contrae matrimonio, il reato non sarà perseguito e se il procedimento è già in corso dovrà essere interrotto”. In Thailandia, il matrimonio può essere considerato una soluzione per lo stupro di una minore, se il responsabile ha più di 18 anni e

la vittima più di 15, purché “consenziente” e se il tribunale autorizza il matrimonio (Equality Now, 2017).

Leggi e pratiche matrimoniali che subordinano le donne e negano loro ogni autonomia sono molto diffuse e difficili da sradicare. Ma non sono certo il solo modo in cui le strutture patriarcali rafforzano il dominio maschile e limitano la sessualità femminile.

Mutilazioni genitali femminili

Per mutilazioni genitali femminili (MGF) si intendono tutte le procedure che prevedono la rimozione parziale o totale dei genitali femminili esterni o altre lesioni agli organi genitali femminili senza alcuna ragione medica (WHO, 2020a).

Costituiscono una violazione dei diritti umani di donne e ragazze e una forma estrema di discriminazione e di violenza diretta esclusivamente contro di loro. Fanno parte di una più vasta serie di pratiche patriarcali radicate nella disuguaglianza di genere che mirano a controllare la sessualità della donna, il suo corpo e i suoi diritti sessuali e riproduttivi.

Tale pratica nega a donne e ragazze il diritto, tra gli altri a: integrità fisica e mentale; libertà dalla violenza; massimo livello possibile di salute; libertà da discriminazioni di genere; libertà dalla tortura e da trattamenti crudeli, disumani e degradanti. Eppure, oltre 200 milioni di donne e ragazze vivono oggi con le conseguenze delle MGF, mentre almeno 4 milioni di ragazze ogni anno corrono il rischio di subirle (UNFPA, 2020c; UNICEF, 2020a).

Le mutilazioni genitali femminili privano le donne e le ragazze del diritto a decidere autonomamente su un intervento che produce un effetto permanente sul corpo e che limita

Unità nella comunità

Daniyar si è reso conto di essere transgender quando aveva 7 anni, ma per molto tempo ha creduto di essere un caso unico. “Fino ai 15, 16 anni ero depresso, non mi accettavo... non sapevo ci fossero comunità o associazioni LGBTI in Kirghizistan.” Solo dopo aver scoperto l'esistenza di un gruppo LGBTI locale, Daniyar ha acquistato il controllo sul proprio corpo e sulla propria vita. “Ho capito che questo è il mio ambiente” dice. “Prima non vivevo nel mio corpo. Poi ho scoperto che esistono persone transgender, ho cominciato a leggere e informarmi, ho dato inizio alla mia transizione.”

Ora, a 23 anni, Daniyar sa che la sua esperienza è tutt'altro che unica. Infatti, il mondo della ricerca e dell'attivismo ha potuto notare da tempo

i modi creativi e collettivi in cui le persone si riuniscono per rivendicare la propria autonomia corporea quando viene minacciata. Le persone LGBTI hanno dato vita a spazi sicuri in tutto il mondo, persino negli ambienti più restrittivi. Ma ci sono anche altri esempi: lavoratori/trici del sesso che si contattano per scambiarsi informazioni sui clienti violenti; donne che si aiutano a vicenda a nascondere i contraccettivi, a fuggire da partner violenti, a interrompere gravidanze indesiderate nei paesi in cui l'aborto è illegale o difficilmente accessibile. Quando e dove possibile, queste reti informali tendono a diventare formali e a costituire gruppi di pressione che promuovono il cambiamento.

È quello che succede in Kirghizistan, dichiara Ayim, 24 anni, donna transessuale.

Anche lei si è sentita isolata per anni, prima di essere accolta e aiutata dalla comunità LGBTI. “Mi mettevo le gonne di mia madre. Lei mi prendeva in giro e mi rimproverava... Quando mi sono iscritta all'università ho capito che dovevo mostrarmi per quello che ero. Se continuavo a mascherarmi per tutta la vita, avrei vissuto in trappola. Nel 2016 ho iniziato a frequentare attivamente persone della comunità LGBTI.”

Oggi sia Daniyar che Ayim sono attivisti LGBTI e collaborano con una ONG locale, Kyrgyz Indigo, che fornisce servizi come aiuto per l'alloggio e per l'accesso a informazioni e servizi per la salute alle persone LGBTI che ne hanno bisogno. Si tratta di un aiuto

“Abbiamo problemi comuni e sappiamo sostenerci a vicenda”



Ayim dice di essersi sentita isolata prima di incontrare la comunità LGBTI. Illustrazione originale di Naomi Vona; per la foto si ringrazia Ayim.

cruciale in un paese in cui le persone LGBTI subiscono molte discriminazioni. Le persone transgender sono particolarmente vulnerabili in presenza di alti tassi di

disoccupazione, in quanto non possono aggiornare i documenti in modo che corrispondano alla loro identità di genere. "Alcuni recenti articoli di legge vietano

alle persone di modificare il passaporto in base all'identità di genere," dice Daniyar. Inoltre sono molto pochi gli specialisti che aiutano queste persone verso la transizione,

fatto che rende l'intero processo estremamente dispendioso. "Tanti risparmiano sul mangiare o non dormono [per lavorare giorno e notte] in modo da risparmiare per l'intervento e modificare il loro corpo."

Su di loro incombe sempre la minaccia di violenze. Sia Daniyar che Ayim sono stati minacciati, e alcuni dei loro amici sono stati aggrediti. "Ci sono tante storie simili" dice Daniyar. "Ti picchiano, oppure ti portano da qualche parte, in montagna, fuori città... lì ti picchiano quasi a morte, quando non ti ammazzano davvero, e poi ti abbandonano nel deserto."

Malgrado i rischi, queste persone sono motivate e consapevoli della lotta che devono affrontare. "Abbiamo problemi comuni e sappiamo sostenerci a vicenda" spiega Ayim. "Ci aiutiamo tra di noi." Esprimere la propria vera identità di genere è imprescindibile, spiegano. È questione

di vita o di morte. Se le persone transgender fossero costrette sempre a nascondersi "credo ci sarebbero molti suicidi" dice Daniyar. "Oppure lascerebbero il Kirghizistan per diventare rifugiati/e, perché vivere in un corpo che non è il tuo è terribile" aggiunge Ayim.

La situazione della comunità è peggiorata in seguito alla pandemia di COVID-19, perché la perdita di posti di lavoro ha significato per tanti/e restare senza casa, senza cibo o senza la possibilità di procurarsi le terapie. Kyrgyz Indigo distribuisce cibo e altri beni essenziali, tra cui sapone, carta igienica e assorbenti igienici a chi ne ha bisogno. Si adopera per assicurare alle persone transgender l'accesso alle terapie ormonali e alle persone con HIV quelle antiretrovirali. Gestisce inoltre tre ostelli per venire incontro alle necessità sempre maggiori di alloggi d'emergenza.

La loro esperienza ha molto da insegnare ad altre comunità emarginate che operano per tutelare i loro diritti e l'autonomia fisica, dicono. Prima di tutto "bisogna responsabilizzare la propria comunità e accrescere la sua visibilità" osserva Ayim. L'accettazione delle questioni LGBTI nel paese è più avanzata nella capitale, Bishkek, grazie alla presenza e all'impegno dei gruppi di attivisti/e, spiega.

Ma i/le militanti devono essere anche disposti/e ad affrontare l'opposizione e a proteggersi: "Devi essere pronta a tutte le reazioni e imparare a non avere paura" dice Ayim. "Quando sei totalmente coinvolta nell'attivismo, in un lavoro come questo, sei a rischio di burn-out". spiega inoltre. Ma la cosa più importante è la fiducia: "L'essenziale è fidarsi di se stessi, fidarsi del proprio potere... Non avere paura di nessuno. Perché tu ci sei, noi ci siamo, e insieme possiamo andare sempre più lontano."

autonomia e possibilità di controllare la propria vita. Una pratica invasiva che nega la possibilità di svolgere pienamente il proprio ruolo nel mondo a causa delle conseguenze fisiche, sessuali ed emotive. Conseguenze che a loro volta possono incidere negativamente sul benessere individuale, compreso il piacere sessuale e le scelte riproduttive (Nussbaum, 2000).

Malgrado le ragioni culturali, religiose e sociali fornite da famiglie e comunità, il motivo soggiacente è spesso la volontà di ridurre il desiderio sessuale femminile (Gamal and others, 2018). Le MGF sono collegate direttamente alla disuguaglianza di potere nelle relazioni tra generi e al controllo sociale sul corpo della donna e sulla sua sessualità, oltre che alla condizione di donne e ragazze in determinate società, ovvero, il livello di empowerment, autodeterminazione e *agency* (Toubia e Sharief, 2003).

Le donne che vivono in comunità che praticano le MGF sono soggette a un regime socio-economico rigidamente patriarcale, con pochissime scelte per garantirsi il mantenimento e che lascia loro ben poche opportunità di negoziare un potere decisionale anche minimo (Toubia and Sharief, 2003). L'impossibilità di decidere della propria vita le porta a sottoporre anche le figlie alla pratica e ad accettare altre norme sociali, soprattutto quelle legate alla sessualità e ai meccanismi economici relativi alla riproduzione: requisiti essenziali per i "silenziosi negoziati di potere" (Toubia and Sharief, 2003).

Le donne spesso difendono e praticano le MGF perché se ne servono come strumento di potere (MIGS, 2015). Sono talvolta anche disposte a sacrificare l'autonomia del loro corpo in cambio di inclusione sociale, sopravvivenza economica

(con il matrimonio) e altre libertà (MIGS, 2015; Toubia and Sharief, 2003).

Non c'è uguaglianza di genere senza controllo sul proprio corpo

Matrimoni forzati e precoci, stupri coniugali e mutilazioni genitali femminili sono alcuni degli esempi più evidenti del rapporto tra norme sociali improntate alla disuguaglianza di genere e limitazioni imposte a donne e ragazze, che non hanno il potere di prendere decisioni autonome sulla propria vita. Le minacce all'autonomia derivano da molti fattori: dai sistemi giuridici ed economici che negano alle donne l'indipendenza economica, alle tradizioni sulla successione patrilineare, ai sistemi educativi che trascurano di informare le ragazze sui loro diritti e sul loro corpo.

Infrangere le tante barriere economiche, sociali e istituzionali che ostacolano la piena uguaglianza di genere è un compito difficile e complesso. Ma nessun successo è davvero significativo se non garantisce il diritto fondamentale: il controllo del proprio corpo. Questo diritto è stato riconosciuto a livello mondiale con gli Obiettivi per lo sviluppo sostenibile, i quali riconoscono che l'Obiettivo 5 – raggiungere l'uguaglianza di genere e l'empowerment di tutte le donne e ragazze – deve includere l'accesso universale alla salute e ai diritti sessuali e riproduttivi. Uno degli indicatori del progresso in questa direzione è la percentuale di donne che prendono decisioni autonome e informate sulla propria sessualità e riproduzione – in altri termini, la misura in cui le donne controllano il proprio corpo.



HÜLYA'20

IL MIO CORPO, I MIEI DIRITTI

Trattati e dichiarazioni internazionali pongono le basi dei diritti all'autonomia e all'integrità fisica

Le persone hanno il diritto di prendere decisioni sulla propria salute, compresa quella riproduttiva? Sono comprese le scelte sulla contraccezione? Le donne hanno il diritto di dire no – o sì – a un rapporto sessuale, con chi vogliono e quando lo desiderano?

Secondo il diritto internazionale sui diritti umani, la risposta a tutte queste domande è decisamente “sì”.

Anche se l'autonomia corporea è uno dei fondamenti dei diritti umani, raramente viene presentata come diritto in sé (UN General Assembly, 2007). Invece è alla base o inclusa come diritto in trattati e accordi internazionali.

Nel contesto delle questioni sessuali e riproduttive, l'autonomia corporea comprende quei diritti che consentono alle persone di compiere scelte e decisioni informate rispetto alle necessità di salute sessuale e riproduttiva, libere da discriminazione, coercizione e violenza. Questi diritti sono stati esplicitati per la prima volta nel Programma d'azione della Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo (ICPD) del 1994 e nella Piattaforma d'azione della Quarta conferenza mondiale sulle donne del 1995 (United Nations, 1995; UNFPA, 1994).

A seconda del trattato o dell'accordo, nel concetto di “autonomia” relativo a sessualità, salute riproduttiva e processi decisionali è compreso l'accesso all'educazione completa

alla sessualità, a informazioni e servizi sulla contraccezione, all'assistenza sanitaria materna, a trattamenti contro l'infertilità, alla transizione di genere come terapie ormonali e interventi chirurgici, all'assistenza completa all'aborto volontario. L'autonomia inoltre tocca questioni che riguardano lo stato civile: matrimonio, divorzio, capacità giuridica di prendere decisioni concernenti il proprio corpo e libertà di esprimere la propria identità di genere.

I diritti all' *autonomia* corporea vanno di pari passo con i diritti all' *integrità* fisica, che sono strettamente legati alla libertà e alla sicurezza della persona, alla libertà dalla tortura e da trattamenti crudeli, disumani o degradanti, nonché all'inviolabilità fisica e mentale. Nel contesto della riproduzione e della sessualità, costituiscono una violazione dell'integrità fisica pratiche come le mutilazioni genitali femminili, i test di verginità, gli esami anali punitivi, lo stupro anche quando commesso dal coniuge o dal partner e altre forme di violenza di genere.

I diritti collegati all'autonomia corporea consentono alla persona di decidere in merito a riproduzione e sessualità. I paesi affermano e regolamentano tali diritti attraverso misure politiche e legislative che definiscono la "capacità giuridica" e fissano l'età del consenso per i rapporti sessuali, il matrimonio e l'accesso a servizi come quelli per la contraccezione.

I diritti che riguardano l'autonomia sono interdipendenti e si consolidano a vicenda, in qualsiasi modo vengano espressi, ovvero come "diritto alla vita, all'integrità fisica e mentale, alla libertà e sicurezza della persona" (UN General Assembly, 2007a, Art. 7(1)), come libertà dalla tortura, da trattamenti crudeli, disumani e

degradanti, o come diritto alla dignità e alla riservatezza, o come diritto alla salute enunciato in molte costituzioni nazionali (Viens, 2020).

Autonomia corporea e decisioni in materia di riproduzione

La legislazione sui diritti umani afferma energicamente il diritto all'informazione e agli strumenti per prendere decisioni riguardo alla procreazione. L'art. 16.1(e) della Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne, comunemente nota come Convenzione sulle donne, esige dagli Stati firmatari la difesa del diritto delle donne a "decidere liberamente e responsabilmente il numero dei figli e l'intervallo tra le nascite e ad accedere a tutte le informazioni, l'educazione e gli strumenti che consentono di esercitare tale diritto" (UN General Assembly, 1979).

La Convenzione sui diritti delle persone con disabilità, altrimenti nota come Convenzione sulle disabilità, precisa che il diritto a decidere il numero e l'intervallo tra le nascite riguarda anche le persone con disabilità (UN General Assembly, 2007). Lo stesso diritto è affermato dalla Carta africana sui diritti umani e dei popoli nel suo Protocollo sui diritti delle donne in Africa, o "Protocollo di Maputo" (African Union, 2003). Un linguaggio analogo si ritrova anche nel Programma d'azione della ICPD e nella Dichiarazione e Programma d'azione della Quarta conferenza mondiale sulle donne di Pechino.

Diritti umani. Il sistema dei trattati delle Nazioni Unite

I diritti umani sono garanzie basilari che la comunità internazionale riconosce e promette di tutelare. Riguardano questioni civili, politiche, sociali, economiche e culturali e stabiliscono ciò che i governi possono o non possono fare, ma anche quello che dovrebbero fare per tutti e tutte, senza discriminazioni. Ogni persona, indipendentemente da sesso, genere, provenienza, etnia, religione, nazionalità, lingua, disabilità, luogo di residenza o qualsiasi altra circostanza, è titolare di tali diritti.

Questi sono spesso espressi e garantiti dalla legge sotto forma di trattati, diritto consuetudinario internazionale, principi generali e altre fonti del diritto internazionale (OHCHR, s.d.).

Sui diritti umani vigilano le Nazioni Unite attraverso Comitati di sorveglianza sul rispetto dei trattati, detti Organismi dei trattati, i quali verificano che gli Stati membri onorino gli impegni assunti con ciascun trattato. Per esempio, il Comitato delle Nazioni Unite sull'eliminazione di ogni discriminazione contro le donne vigila sui progressi compiuti nei paesi che hanno sottoscritto nel 1979 la Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne. Il Comitato inoltre emana raccomandazioni sulle tematiche a cui ritiene che gli Stati sottoscrittenti dovrebbero dedicare maggiore attenzione.

Organismi analoghi sono stati istituiti per vigilare sui progressi nell'ottemperare ai doveri sottoscritti con altri trattati, come la Convenzione sui diritti dell'infanzia.

Gli Organismi dei trattati possono emanare raccomandazioni non vincolanti o osservazioni conclusive che suggeriscono

agli Stati le azioni che è opportuno intraprendere per meglio rispondere agli obblighi nei confronti dei diritti umani. Ancora, possono emanare commenti o raccomandazioni generali per aiutare i governi a comprendere meglio gli obblighi sottoscritti con il trattato e per fornire un'interpretazione autorevole dei vari articoli. In alcuni casi, questi organismi possono fungere da tribunale ed emanare opinioni tese a dirimere dispute e punti controversi della legge.

Un'altra importante fonte del diritto in tema di diritti umani proviene dagli accordi di consenso politico quali il Programma d'azione della ICPD e la Piattaforma d'azione della Quarta conferenza mondiale sulle donne. Tali accordi, insieme agli Obiettivi di sviluppo sostenibile delle Nazioni Unite, servono a fissare politiche e obiettivi globali per l'attuazione dei diritti, compresi i diritti sessuali e riproduttivi.



Illustrazione di Kaisei Nanke

Primo, non nuocere

I test di verginità violano i diritti umani e la dignità della persona, come energicamente ribadito dalle Nazioni Unite. Se eseguiti senza consenso, costituiscono una forma di tortura e di violenza sessuale. Inoltre, non hanno fondamento scientifico e violano l'etica medica (OMS *et al.*, 2018). Eppure, sono praticati in ogni regione del mondo, e la prosecuzione di tale pratica ha recentemente fatto notizia nel Regno Unito, per esempio, dove è in discussione una legge che intende vietarli. Sono utilizzati per costringere o incoraggiare all'astinenza le donne e le ragazze non sposate, con giustificazioni che vanno dal preservare la loro "purezza" e l'"onore" delle famiglie fino alla prevenzione del contagio da HIV e delle gravidanze nelle adolescenti

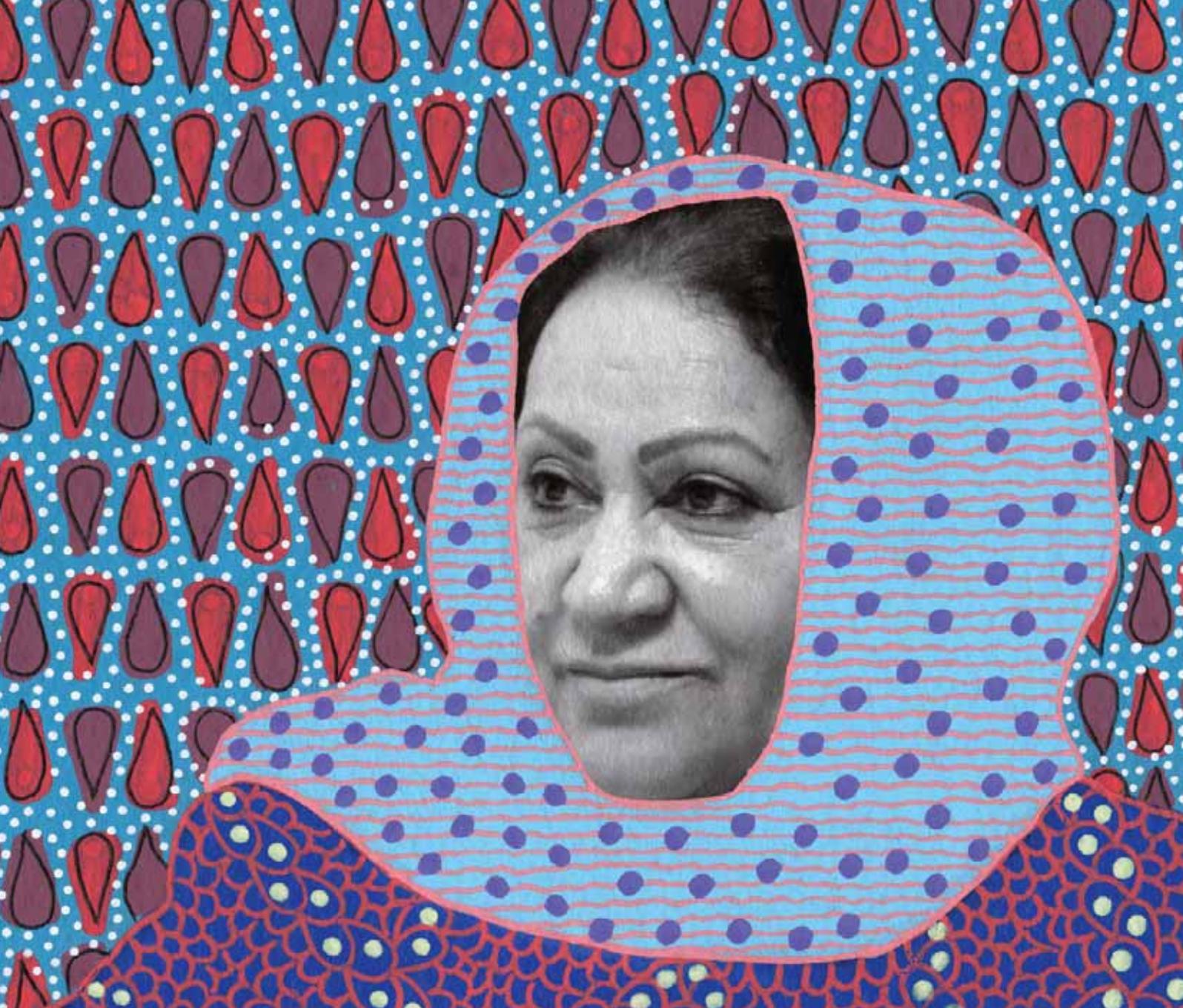
(Olson e García-Moreno, 2017). Eppure, molte persone che difendono questa pratica usano un linguaggio femminista per difenderne la prosecuzione.

Il test di verginità, noto anche come esame dell'imene o "test delle due dita", implica di solito un esame dell'imene, il delicato tessuto presente, spesso ma non sempre, nella vagina. Il test si fonda sull'assunto che le caratteristiche dell'imene o della vagina possono dimostrare se una donna o una ragazza abbia avuto una penetrazione vaginale – convinzione screditata dalla stragrande maggioranza degli studi medici. Gli esami senza base scientifica per "provare" l'avvenuta penetrazione o meno servono solo a rafforzare norme sociali dannose e dovrebbero essere vietati, sostengono esperte/i nel campo della

medicina e dei diritti umani. Di tali esami fanno parte anche gli esami anali forzati che prevedono l'inserimento delle dita o di oggetti nell'ano di un uomo o di una donna transgender con l'obiettivo dichiarato di trovare "prove" di condotta omosessuale. La pratica dei test anali forzati è stata denunciata in molti Stati arabi e nelle regioni dell'Africa orientale e meridionale, malgrado sia stata dichiarata "insensata dal punto di vista medico" ed "equiparabile di fatto a una forma di tortura e di maltrattamento" nel rapporto di un esperto indipendente per il Consiglio per i diritti umani delle Nazioni Unite (UN HRC, 2018).

I test di verginità, come gli esami anali forzati, sono fisicamente invasivi, dolorosi e stigmatizzanti.

“È una violazione dei diritti umani e lede la dignità umana



Suraya Sobhrang racconta come il personale medico e legale continui a favorire i test di verginità non consensuali in Afghanistan. Illustrazione originale di Naomi Vona; foto © UNFPA/A. Mohaqqueq

La dottoressa Suraya Sobhrang, già commissaria per i diritti umani in Afghanistan, afferma che questi test venivano ordinati come misura punitiva dopo un atto percepito come trasgressione, per

esempio sedersi accanto a una persona dell'altro sesso. "Anche questo era un "crimine morale" racconta la dottoressa Sobhrang.

L'esame veniva condotto senza rispetto dell'igiene né della riservatezza e spesso le donne venivano costrette a sottoporvisi ripetutamente. "Queste donne erano traumatizzate...



Una di loro mi ha detto: ‘La seconda volta mi sono sentita come se mi avessero stuprato’”.

Se il test non veniva superato, le donne rischiavano il carcere. “Alcune si sono suicidate, dopo la prova” ricorda la dottoressa Sobhrang. Altre sono state uccise dai familiari.

Nel 2018, Sobhrang e le sue colleghe hanno contribuito a far vietare in Afghanistan i test di verginità non consensuali, che oggi si possono eseguire solo in presenza di un ordine del tribunale e con il consenso della paziente, sebbene l’effettivo rispetto della legge desti ancora preoccupazione, specie nelle regioni rurali. Se si rifiuta il test, pazienti e personale sanitario devono comunque affrontare le conseguenze. Mozghan Azami, specialista di medicina legale a Kabul, ricorda il caso di una ragazza che si era rifiutata due volte, malgrado l’ordinanza del tribunale: “La terza volta la corte l’ha rimandata da noi dicendo che se i medici non avessero eseguito l’esame, sarebbero stati indagati a loro volta. Così, dopo un colloquio di due ore con la ragazza, l’abbiamo convinta a sottoporsi al test.”

La dottoressa Azami concorda che i test di verginità, soprattutto se eseguiti sotto costrizione, possono essere “psicologicamente lesivi”, eppure è disposta a difenderli in alcune circostanze, purché

siano eseguiti con riservatezza, nel rispetto della dignità e dietro consenso informato. Tale opinione è motivata da timori concreti e da realtà oggettive: laddove non sono disponibili procedure mediche di provato valore scientifico come l’esame del DNA, il test di verginità rappresenta uno dei pochi mezzi con cui le vittime possono provare un’accusa di stupro. “Per la vittima, il test dell’imene è uno strumento per ottenere giustizia e per combattere il biasimo sociale e culturale” afferma la dottoressa Azami.

Quando l’esito è favorevole, il test può anche aiutare le donne a evitare violenze in quei contesti in cui la perdita della verginità può comportare una condanna a morte.

“La prima notte di nozze si consegna alla coppia un telo o un foglio di carta bianco che si dovrebbe tingere con il rosso del sangue dall’imene, dopo la consumazione del matrimonio” aggiunge Azami. Se l’uomo “non vede i segni di perdita della verginità, si può eseguire il test... su richiesta della ragazza” di solito nella speranza che l’imene mostri segni di lacerazione.

In alcune comunità, come nella provincia sudafricana di KwaZulu-Natal, i test di verginità sono anche considerati come una protezione per le adolescenti da gravidanze, HIV e altri pericoli (UN HRC, 2016).

“Si ritiene che i test di verginità impediscano alle ragazze di essere forzate a rapporti sessuali e di subire abusi dagli ‘iintsizwa’ [uomini più vecchi], in particolare le ragazze della scuola secondaria inferiore,” afferma Msingaphansi, capo degli Umzimbhulu del KwaZulu-Natal. Secondo lui, il test, quasi sempre eseguito da donne più anziane, serve a sottolineare il valore culturale dell’astinenza, e di conseguenza incoraggia le ragazze a respingere le pressioni dei coetanei e a ritardare l’inizio dell’attività sessuale. Msingaphansi giustifica il rituale parlando di empowerment: “Dopo il test, le ragazze sono più consapevoli dei loro diritti” sostiene, aggiungendo che imparano a riconoscere i rapporti improntati allo sfruttamento. Ma questi test sono spesso non consensuali, di conseguenza illegali. “Sono i genitori a decidere” ha riconosciuto una persona che esegue questo esame nei distretti di uMgungundlovu e uThukela.

Nonostante questi tentativi di giustificazione, il test conferma l’erronea convinzione che la virtù delle donne dipenda dalla loro vita sessuale e perpetua una concezione sbagliata dell’anatomia umana. Attribuire qualche credibilità a questo test non può che provocare danni, sottolinea la dottoressa Sobhrang. “Prima di tutto

non sempre le donne hanno un imene. E inoltre può capitare che il tessuto sia particolarmente elastico. Ho conosciuto una donna che stava avendo il primo figlio, e al momento di partorire aveva ancora l'imene. Quindi non serve neanche come garanzia che una ragazza non abbia avuto rapporti.”

Può succedere che la persona che denuncia uno stupro abbia ancora l'imene e che rischi il carcere per falsa denuncia, mentre il colpevole non subisce conseguenze, spiega la dottoressa. Inoltre i test di verginità dopo una violenza sessuale non possono sostituire le visite mediche che accertano e trattano i traumi fisici senza bisogno di inserire nulla nella vagina (OMS et al., 2018).

“Si tratta di una violazione dei diritti umani, contraria alla dignità della persona” dice Sima Samar, medico ed ex ministra per i diritti umani in Afghanistan, che ha promosso il divieto di eseguire test di verginità senza consenso. “Bisogna educare l'opinione pubblica, soprattutto i/le giovani. In secondo luogo credo sia indispensabile educare le forze dell'ordine, la magistratura e il personale medico”.

Soprattutto, ogni persona deve essere incoraggiata a conoscere e a rivendicare l'autonomia sul proprio corpo, aggiunge la dottoressa Samar. “Quante di loro conoscono i propri diritti?”

Autonomia corporea e salute

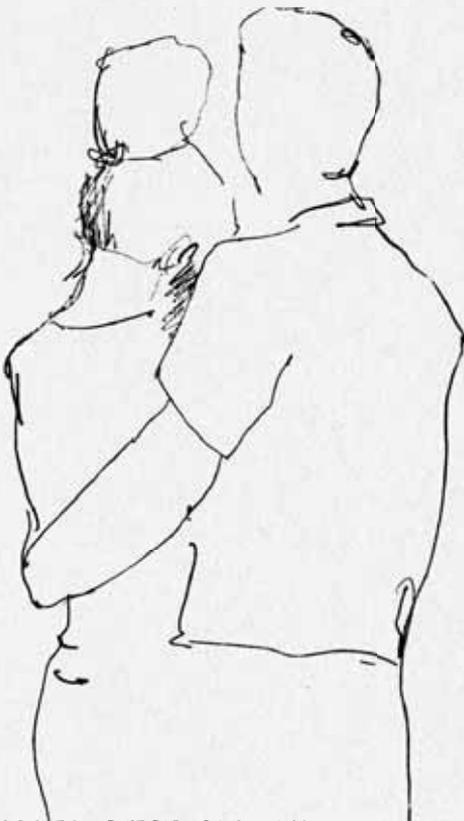
Decidere autonomamente, chiedere e ottenere informazioni, accedere ai servizi per la salute sessuale e riproduttiva rientrano a tutti gli effetti nel diritto alla salute, secondo il Comitato delle Nazioni Unite per i diritti economici, sociali e culturali (UN CESCR, 2016). Inoltre, godere di una buona salute sessuale e riproduttiva è “indispensabile per l'autonomia” delle donne e “intimamente collegato ai diritti civili e politici che sono alla base dell'integrità fisica e mentale di ciascun individuo e della sua autonomia” (UN CESCR, 2016, par. 34).

I diritti a “operare scelte e decisioni autonome e responsabili, libere da violenze, coercizioni e discriminazioni sulle questioni che riguardano il proprio corpo e la propria salute sessuale e riproduttiva” e ad avere “accesso senza ostacoli alla gamma completa di strutture sanitarie, beni, servizi e informazioni per la salute” sono quindi due facce della stessa medaglia (UN CESCR, 2016, par. 5).

Secondo il Comitato delle Nazioni Unite per l'eliminazione delle discriminazioni contro le donne, i servizi sanitari devono assicurare condizioni favorevoli in cui le persone possano scegliere in autonomia e gli Stati devono “esigere che tutti i servizi sanitari rispettino i diritti umani delle donne, compreso il diritto all'autonomia, alla privacy, alla riservatezza, al consenso informato e alla libertà di scelta” (UN CEDAW, 1999).

Diritti e cure per l'infertilità

L'accesso alle cure contro l'infertilità è parte della salute riproduttiva e comprende tecniche come la fecondazione in vitro (Zegers-Hochschild et al., 2009). I diritti umani internazionalmente riconosciuti esigono che tutti i servizi per la salute sessuale e riproduttiva siano disponibili e accessibili, su una base di parità e di non-discriminazione. Numerosi Organismi hanno stabilito che, negli Stati in cui la fecondazione in vitro è ammessa, non deve essere limitata senza valide ragioni né praticata in modo tale da violare altri diritti umani (UN CESCR 2019; UN CCPR, 2016; UN CEDAW, 2015).



Artwork by Kaisei Nanke

Autonomia corporea e privacy

La capacità di prendere decisioni in merito alla vita privata e alla famiglia rappresenta un altro aspetto del diritto all'autonomia corporea. Per esempio, il Patto internazionale sui diritti civili e politici stabilisce che “Nessuno può essere sottoposto ad interferenze arbitrarie o illegittime nella sua vita privata, nella sua famiglia, nella sua casa o nella sua corrispondenza, né a illegittime offese al suo onore e alla sua reputazione” (Assemblea Generale delle Nazioni Unite, 1966, Art. 17(1)).

Analoghe formulazioni del diritto alla privacy sono contenute in altri trattati internazionali e regionali sui diritti umani, in particolare nella Convenzione sull'infanzia (Assemblea Generale delle Nazioni Unite, 1989, Art. 16), nella Convenzione americana sui diritti umani (OAS, 1969, Art. 11), nella Convenzione europea sui diritti umani (Consiglio d'Europa, 1950, Art. 8), nella Carta africana sui diritti e il benessere dei bambini (Unione Africana, 1990, Art. 10) e nella Dichiarazione sui diritti umani dell'ASEAN (ASEAN, 2012, Art. 21).

La Corte europea dei diritti umani e la Corte inter-americana dei diritti umani hanno interpretato i loro trattati nello stesso senso, sottolineando che “il concetto di autonomia personale è un principio fondamentale che sottoscrive l'interpretazione delle garanzie dell'articolo 8 [sulla privacy]” (ECtHR, 2002).

Negli Stati Uniti, oltre un secolo fa, Samuel Warren e Louis Brandeis hanno elaborato il diritto alla riservatezza della vita privata come “diritto di essere lasciati in pace” (Warren and Brandeis, 1890). Da allora, la privacy ha avuto definizioni molto più ampie

Aborto, integrità fisica e autonomia

Gli Organismi delle Nazioni Unite che controllano l'applicazione degli obblighi governativi in materia di diritti umani, hanno richiamato gli Stati a riformare le loro leggi sull'aborto in modo da tutelare l'autonomia e l'integrità fisica delle donne. Secondo il Comitato delle Nazioni Unite sui diritti civili e politici, per esempio, la legge deve consentire alle donne la scelta di interrompere una gravidanza che costituisce un rischio per la loro vita (UN CCPR, 2019).

Le leggi che costringono le donne a portare avanti una gravidanza in cui il feto non ha possibilità di sopravvivere o che le costringono a recarsi all'estero per interrompere gravidanze di questo tipo o quelle che presentano un rischio per la vita della madre, violano diritti umani universalmente riconosciuti (UN CCPR, 2017). Gli Stati devono inoltre garantire che, laddove la legge consente alle donne di scegliere l'aborto, non vi siano barriere che impediscano loro di esercitare tale scelta (UN CCPR 2011, 2005).

Il Programma d'azione della ICPD è un documento che guida l'operato di UNFPA fin dal 1994 e che sottolinea come le misure o i cambiamenti in materia di aborto volontario all'interno del sistema sanitario di un paese siano lasciati ai processi legislativi interni. Il Programma d'azione inoltre afferma che laddove è legale, l'aborto deve sempre essere effettuato in sicurezza. In tutti i casi, le donne devono poter accedere all'assistenza medica qualificata nel caso di complicazioni post-aborto.

Nel frattempo, organismi e tribunali internazionali, regionali e nazionali sui diritti umani raccomandano con sempre maggiore insistenza di garantire che, anche in presenza di restrizioni nell'accesso all'aborto, la salute e la vita della donna siano comunque tutelate e garantite. Chiedono inoltre agli Stati che l'aborto venga depenalizzato – sia per le donne che richiedono l'intervento, sia per il personale sanitario che fornisce il servizio – così da ridurre lo stigma sociale e le discriminazioni a cui rischiano di andare incontro.



Illustrazione di Kaisei Nanke

e articolate, negli Stati Uniti e altrove, ed è applicabile alle decisioni sulla salute sessuale e riproduttiva, compresi servizi e informazioni su contraccezione, accesso all'aborto volontario, cure contro l'infertilità, rapporti sessuali, orientamento sessuale e identità di genere. I tribunali internazionali, regionali e nazionali

hanno decretato che il diritto alla privacy vieta ai governi di interferire nei comportamenti privati e consensuali tra adulti in ambito sessuale e riproduttivo (UN CCPR, 1994). La Corte suprema degli Stati Uniti, nella sentenza sul caso *Roe v. Wade*, ha basato le sue decisioni sul diritto alla privacy.

Legalizzare i rapporti omosessuali significa maggiore autonomia per i gruppi sino a ora emarginati

Così come esistono leggi che discriminano alcune persone, soprattutto donne, nei rapporti coniugali o che le costringono a matrimoni non voluti, esistono diffuse restrizioni legali sui rapporti sessuali tra adulti consenzienti dello stesso sesso o che vietano a persone dello stesso sesso di contrarre un matrimonio legalmente valido.

Negli ultimi anni, l'Alto commissariato delle Nazioni Unite per i diritti umani e altre organizzazioni internazionali che si occupano di diritti umani hanno riconosciuto che i diritti all'autonomia delle persone LGBTI sono spesso violati da leggi e politiche discriminatorie. Il rapporto del 2015 dell'Alto commissariato per i diritti umani ha esplicitamente dichiarato: "Gli Stati che criminalizzano i comportamenti omosessuali consensuali violano il diritto internazionale in quanto tali leggi, per il fatto stesso di esistere, ledono il diritto alla privacy e alla non-discriminazione" (OHCHR, 2015).

Nel 2017, in un discorso epocale pronunciato durante un meeting interministeriale dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, l'Alto commissario per i diritti umani ha dichiarato: "La premessa del dialogo deve essere chiara: non se mettere fine a questi abusi, ma come. Le persone LGBTI appartengono a tutti gli effetti alla famiglia umana. Non valgono meno di noi. Sono uguali e, in quanto tali, devono poter godere degli stessi diritti di chiunque altro." L'Alto commissario ha inoltre esortato

tutti i governi affinché consentano a ogni persona di poter scegliere chi amare e di esercitare gli stessi diritti.

Con questa dichiarazione l'Alto commissario ha affermato che un cambiamento di questo tipo nelle leggi e attitudini relative alla nostra concezione dell'autonomia corporea produrrebbe un effetto liberatorio su circa 300 milioni di persone che in tutto il mondo si identificano come LGBTI (Patterson and D'Augelli, 2012).

Ha però riconosciuto che il progresso non è semplicemente lento, ma che si stanno compiendo passi indietro per via di alcuni programmi politici ispirati a pregiudizi e intolleranza. Vi sono infatti ancora oggi nel mondo 69 paesi in cui i rapporti sessuali consensuali tra persone dello stesso sesso sono illegali (ILGA World, 2020).

Oltre alle conseguenze che queste leggi hanno sui diritti umani, le discriminazioni contro le persone LGBTI hanno ripercussioni importanti in molti ambiti, tra cui la salute. L'Esperto indipendente per la tutela contro violenze e discriminazioni basate sull'orientamento sessuale e sull'identità di genere, dell'Ufficio dell'Alto commissario delle Nazioni Unite per i diritti umani, ritiene che queste leggi "sono un ostacolo alle capacità di risposta sanitaria dei servizi governativi competenti e degli altri attori coinvolti", per esempio laddove si tratta di rispondere a HIV e AIDS. Un recente rapporto ha sottolineato come la giurisprudenza punitiva, unita

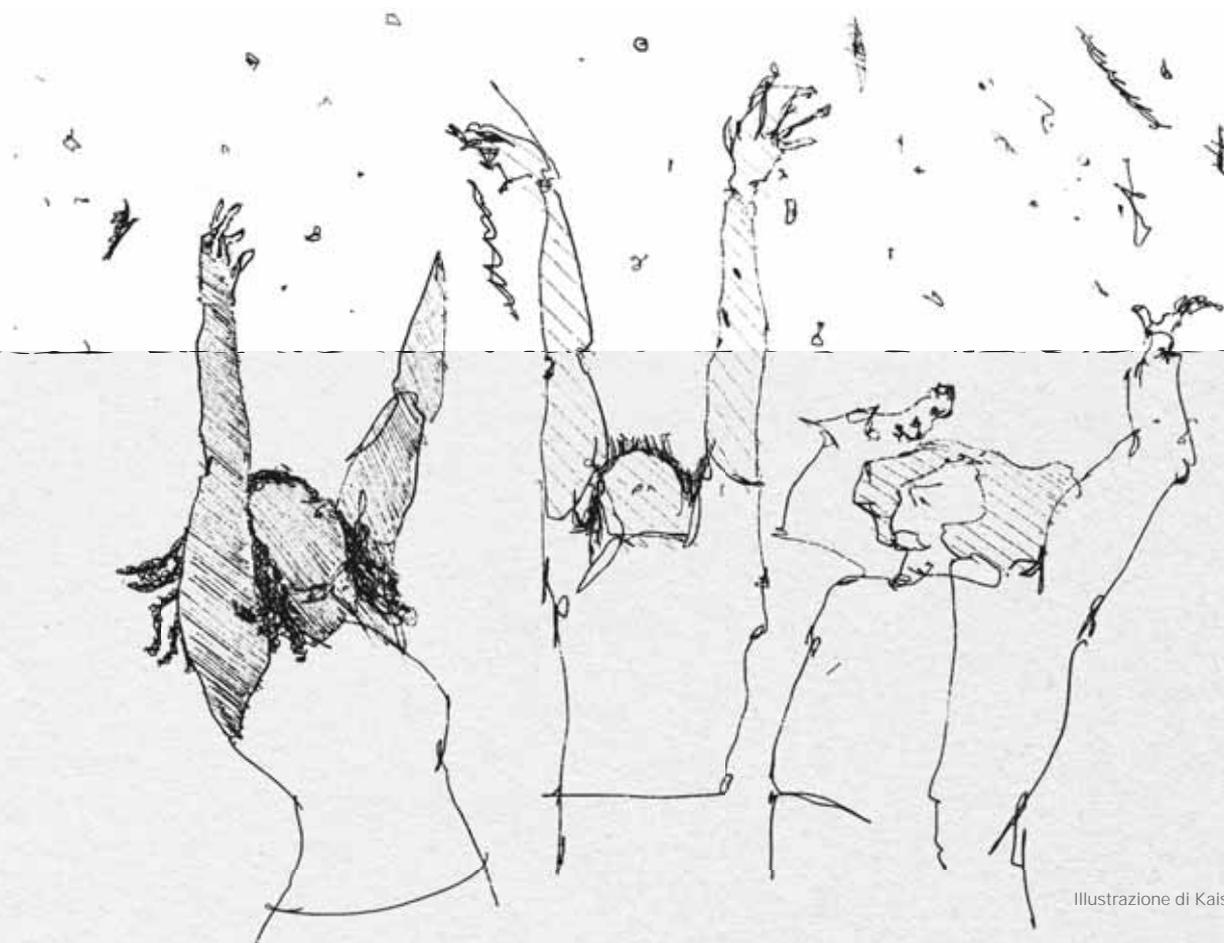


Illustrazione di Kaisei Nanke

a stigma sociale, discriminazioni ed elevati livelli di violenza, aumenta il rischio per uomini gay e altri uomini che desiderano rapporti omosessuali di contrarre l'HIV, in quanto li spinge alla clandestinità per timore di persecuzioni o di altre conseguenze negative. Quindi queste persone non sono sufficientemente informate su ciò che riguarda la loro salute e sono restie a usufruire dei servizi sanitari, compresi i test e le terapie.

La possibilità per le persone LGBTI di contrarre unioni che abbiano lo stesso statuto giuridico di quelle tra persone di sesso diverso rappresenta un aspetto importante dell'obiettivo di una piena uguaglianza davanti alla legge: "Le Nazioni Unite e gli organismi regionali per i diritti umani... hanno esortato tutti gli Stati a garantire un riconoscimento legale alle coppie dello stesso sesso e ai loro figli e figlie, e ad assicurarsi che le coppie dello stesso sesso non siano discriminate rispetto alle coppie

di sesso diverso... Spetta a ciascuno Stato determinare la forma di tale riconoscimento, ma quale che sia la loro scelta non dovrebbe esserci alcuna diversità di trattamento tra coppie dello stesso sesso e coppie di sesso diverso (United Nations, 2016). Questo riconoscimento è ben lontano dall'essere stato raggiunto in tutto il mondo.

Le cose però stanno cambiando. Nel 1989, le unioni legali tra persone dello stesso sesso sono diventate realtà in Danimarca. Due anni dopo sono state legalizzate nei Paesi Bassi. Da allora in poi il diritto legale di persone dello stesso sesso a sposarsi e a formare una famiglia è stato riconosciuto anche in Argentina, Austria, Belgio, Brasile, Canada, Colombia, Ecuador, Finlandia, Francia, Germania, Groenlandia, Irlanda, Islanda, Italia, Lussemburgo, Malta, Norvegia, Nuova Zelanda, Portogallo, Provincia cinese di Taiwan, Regno Unito, Stati Uniti d'America, Spagna, Svezia, Sudafrica e Uruguay (World Population Review, 2020).

Partorire: il lavoro di una madre surrogata

Josefina ricorda quando ha deciso di diventare una madre surrogata. "In parte è stato per i soldi, ma quello che mi ha fatto davvero decidere è stata l'idea di poter realizzare il sogno di tante donne che desiderano figlie/figli" dice. Quello che non aveva previsto era che quell'agenzia per la maternità surrogata a cui si era rivolta non solo fosse mal gestita, ma ricorresse a violenze e maltrattamenti.

"Pensavo ci fossero altre donne come me: sicure della loro decisione e che avevano già almeno un/a figlio/a loro, come stabilito nel regolamento. Ma il posto in cui finii per trovarmi non era così. C'erano molte

donne giovani che non avevano mai avuto figli. Ricordo di aver pensato, "Dove sono capitata?". Era incinta da qualche mese, quando fu portata e rinchiusa, insieme ad altre due o tre madri surrogate e alcuni dei loro bambini in una casa diroccata – senz'acqua, senza corrente e niente da mangiare.

Si trattava di una situazione temporanea, ma Josefina (non è il suo vero nome), che vive in Messico, ricorda di aver iniziato a temere che il vero scopo della sua gravidanza non fosse la maternità surrogata. "Cominciai a fare diverse ipotesi, come il traffico di bambini o di organi." Poiché aveva ancora il telefono

cellulare, contattò di nascosto quelli che sarebbero stati i genitori del/la bambino/a, cosa che le era stato espressamente vietato di fare. "Li ho trovati tramite Facebook" disse, "sono stati molto carini e si sono dati da fare per aiutarmi." La coppia cambiò agenzia e portò con sé Josefina. "Prosegui la gravidanza in un luogo più sicuro, dove mi sentivo più tranquilla."

Ma nonostante quell'esperienza inquietante, Josefina dice di non aver mai avuto dubbi sulla decisione presa. "Ero sicura di volere quel/la bambino/a. Non l'ho mai rimpianto. È stata un'avventura" dice.

"Ho avuto l'opportunità di aiutare gli altri ad avere ciò che desideravano davvero: un/a figlio/a."



I politici non pensano quasi mai al punto di vista delle madri surrogate, quando elaborano le leggi in materia, dicono gli/le esperti/e.
Illustrazione originale di Naomi Vona; foto di Alexander Krivitskiy su Unsplash.

“Dopo aver conosciuto i genitori, sono stata molto contenta di come è andata.”

Sta persino pensando di farlo di nuovo.

La questione della maternità surrogata è stata a lungo

considerata un problema dal punto di vista etico e giuridico. L'enorme pubblicità data a cause legali e battaglie per la custodia, negli Stati Uniti, in India e altrove, ha sollevato interrogativi sui diritti e sulle responsabilità di madri surrogate e genitori

destinatari, nonché sui diritti dei/le figli/e nati/e in seguito ad accordi di questo tipo (Nadimpally et al., 2016). Nei paesi, e addirittura entro uno stesso paese, le leggi sono le più svariate: alcune la vietano del tutto, altre vietano solo la

maternità surrogata remunerata o commerciale, detta anche compensata, mentre consentono la cosiddetta maternità surrogata altruista; altre ancora consentono entrambe queste forme; infine molti paesi non hanno alcuna legislazione specifica sull'argomento (UCLS, 2019).

Dove la surrogata compensata è consentita, spesso emergono lucrose attività commerciali, con cliniche ad alto livello tecnologico per la riproduzione assistita, tour-operator per viaggi a scopo medico, assistenza di uno studio legale, personale che si occupa del reclutamento o questioni simili. I paesi che assicurano costi inferiori diventano destinazioni molto ricercate dai genitori che ricorrono a questa pratica. Tuttavia in questi paesi la maternità surrogata è spesso una delle poche opportunità ben retribuite per donne economicamente emarginate, fatto che comporta un rischio di sfruttamento. Intermediari e agenzie a volte controllano la transazione in denaro e lo scambio di informazioni, oltre a tutto l'apparato per l'assistenza sanitaria. Le madri surrogate rischiano così di essere sottopagate, male informate e male assistite dal punto di vista medico (Nadimpally and others, 2016).

La natura stessa della maternità surrogata, strettamente legata al genere, crea inoltre potenziali vulnerabilità per entrambe le parti contraenti. Le donne non fertili si trovano spesso sottoposte a intense pressioni socio-culturali perché diventino madri, mentre alle coppie dello stesso sesso o ai genitori single è spesso vietato di ricorrere alla maternità surrogata perché non soddisfano le norme sociali sulla genitorialità. Le madri surrogate inoltre spesso sono criticate in quanto tradirebbero quel vincolo considerato sacro tra una donna e il feto. Proprio per questa ragione Josefina ha mantenuto il segreto sugli accordi presi. "È un tabù. Tante persone si spaventano quando ne sentono parlare, perciò ho deciso di non dirlo quasi a nessuno. A dire il vero, nemmeno molti dei miei familiari lo sanno."

"Lo stigma è aumentato negli ultimi dieci anni" dice Isabel Fulda, vicedirettrice del Grupo de Información en Reproducción Elegida, un'associazione per la giustizia riproduttiva del Messico che ha difeso la causa delle madri surrogate e dei genitori destinatari. Le leggi sulla maternità surrogata variano all'interno del paese, ma in generale negli ultimi anni sono diventate più restrittive. "Anche se le intenzioni iniziali di queste riforme erano buone e intese a tutelare meglio tutte le

parti in causa, le conseguenze sono state drammatiche, soprattutto per le madri surrogate" spiega. Dove è stata adottata una legislazione più restrittiva, "la pratica continua, ma in condizioni di clandestinità e di scarsa sicurezza".

Josefina ne ha pagato le conseguenze. "Nella prima agenzia che ho contattato, non avevamo neanche un contratto che mi avrebbe dato una certa sicurezza che tutto sarebbe andato nel modo migliore". È convinta che le restrizioni non servano che a spingere sempre più nell'ombra la maternità surrogata, facendo prosperare le agenzie prive di scrupoli che non si preoccupano dei regolamenti e penalizzano le madri surrogate. "Se fosse legale, le persone si sentirebbero più garantite" dice.

Al posto dei divieti, ci vorrebbero politiche più flessibili che tengano conto delle esigenze e dei punti di vista delle parti interessate, dice Sarojini Nadimpally, tra le fondatrici del Sama Resource Group for Women and Health in India, esperta di questioni sociali e legali sulla maternità surrogata. "Perché nel formulare queste misure non sono state coinvolte le madri surrogate e le coppie non fertili? Hanno forse chiesto loro che cosa avrebbero voluto vedere

scritto nelle misure politiche o legali? In che misura queste disposizioni giuridiche saranno accessibili alle madri surrogate?”

Non solo nel formulare le leggi si sono trascurate le loro esperienze, ma lo stigma e le norme punitive rendono sempre più difficile per loro farsi ascoltare. “Quanto più il tema diventa politico, tanto più le mettono a tacere” dice Fulda. Al posto delle storie vere delle madri surrogate, è emersa una specie di caricatura in cui le surrogate compensate sono dipinte come vittime, mentre le surrogate altruiste “sono spesso ritratte come angeli disposti a portare un feto per nove mesi e a correre dei rischi solo per amore. Finisce per diventare incredibile che possano anche volere dei soldi per farlo” dice Fulda.

Secondo Josefina, la distinzione tra compensate e altruiste è priva di senso. Per lei essere una madre surrogata è stato insieme un lavoro e un dono. Non si è decisa a farlo spinta dalla povertà: “La mia situazione economica all'epoca non era poi così male. Ho fatto questa scelta perché volevo qualcosa di diverso per la mia vita, volevo fare qualcosa di positivo per qualcun altro... Sono madre anch'io, e so quanta felicità possa portare.”

Anche nei casi di presunto comportamento sessuale dannoso, la Corte europea dei diritti umani impone ai governi di cercare un attento equilibrio tra gli interessi dello Stato e l'autonomia e il diritto delle persone a esercitare la propria attività sessuale consensuale in privato (ECtHR, 1997).

La privacy, soprattutto se riferita alla vita familiare, riguarda ogni decisione relativa alla sessualità e alla riproduzione, compreso “il diritto a veder rispettate le proprie decisioni di diventare o non diventare genitori” (ECtHR, 2010, 2007). La giurisprudenza sulla privacy della Corte europea dei diritti umani è particolarmente comprensiva ed estesa; sia l'aborto che la riproduzione medicalmente assistita per le coppie e le persone single etero o omosessuali (compresa la maternità surrogata, remunerata o no) sono stati interpretati conformemente alle disposizioni dell'articolo 8 della Convenzione europea per la protezione dei diritti umani e delle libertà fondamentali (Roseman, 2020).

Non-discriminazione e uguaglianza di genere

Esercitare la propria autonomia e avere la capacità di prendere decisioni libere da discriminazioni, sono aspetti sostanziali dei diritti umani.

La libertà da discriminazioni e il godimento di pari trattamento significano che gli Stati non possono operare distinzioni di legge o di misure politiche basandosi su caratteristiche quali il sesso, l'età, l'etnia, il genere, la religione, la nazionalità, lo stato civile, la salute o la disabilità (UN CESCR, 2009). Le discriminazioni in base al sesso, per esempio, comprendono distinzioni

operate “non solo in base a caratteristiche fisiologiche ma anche la costruzione sociale di stereotipi di genere, pregiudizi e ruoli prestabiliti per uomini e donne” (UN CESCR, 2009, par. 20). Le limitazioni imposte agli/le adolescenti nell’accesso ai servizi e alle informazioni sulla salute sessuale e riproduttiva sono un esempio di discriminazione in base all’età (UN CESCR, 2009).

Gli Stati devono rispettare l’autonomia e l’integrità fisica di tutte le persone, a prescindere dal contesto sociale. Secondo un gruppo di lavoro sui diritti umani impegnato sul tema della discriminazione contro le donne nelle leggi

e nella pratica, “Il diritto di una donna o di una ragazza all’autodeterminazione sul proprio corpo e sulle funzioni riproduttive è al centro del loro diritto fondamentale all’uguaglianza e alla privacy” (UN Working Group on Discrimination Against Women in Law and Practice, 2017).

Alle donne e alle ragazze è stato spesso negato il diritto di prendere le proprie decisioni a causa di convinzioni o atteggiamenti stereotipati sociali e culturali che assegnano più valore all’opinione degli uomini e dei genitori. Il diritto internazionale sui diritti umani considera queste convinzioni e mentalità come stereotipi di genere che si associano a pratiche dannose come le mutilazioni genitali femminili, lo stupro coniugale e “correttivo” (contro determinati individui, in base al loro orientamento sessuale o alla loro identità di genere), i matrimoni precoci, i matrimoni forzati e le gravidanze imposte.

La disparità di accesso per le adolescenti... è un esempio di discriminazione in base all’età



Convinzioni e mentalità di questo tipo hanno portato inoltre a negare un'educazione sessuale completa, informazioni e servizi sulla contraccezione, a interruzioni di gravidanza forzate nonché a violenze contro persone di diverso orientamento sessuale e di diversa identità di genere (UN CEDAW e UN CRC, 2014). Queste pratiche coercitive e violente sono

tutte giustificate da convinzioni sociali che privilegiano l'eteronormatività e che cercano di controllare e sottomettere le scelte sessuali e riproduttive delle donne.

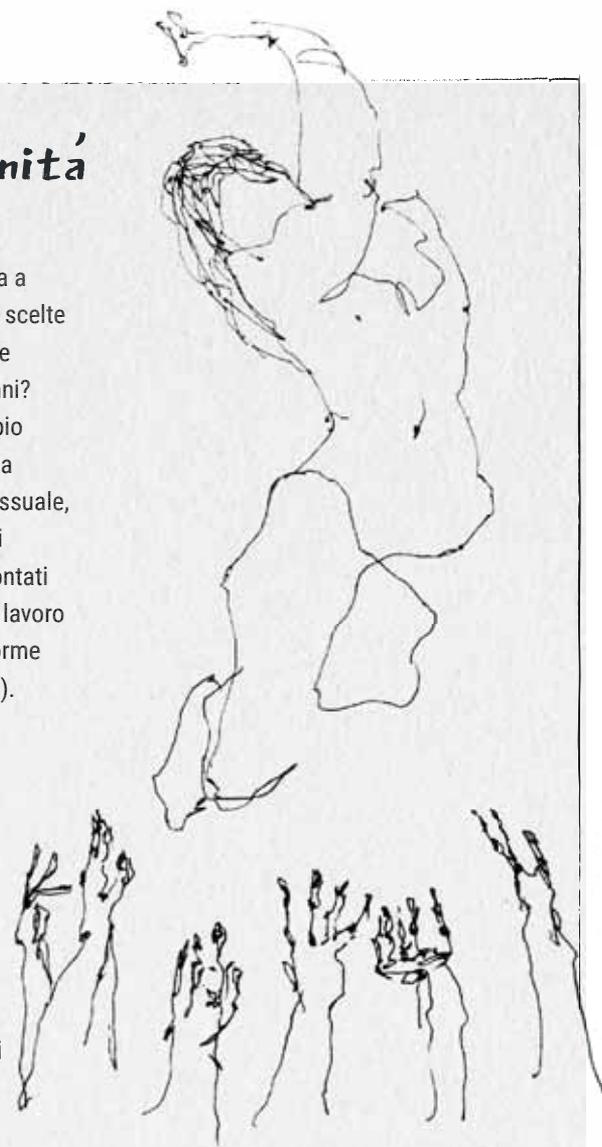
Gli Stati hanno il dovere di “modificare gli schemi sociali e culturali di comportamento di uomini e donne, al fine di eliminare ogni pregiudizio e tutte le pratiche dannose che

Transazioni sessuali e maternità surrogata

Quali sono i limiti nell'esercizio dell'autonomia personale relativa a sessualità e riproduzione? Secondo i principi dei diritti umani, le scelte personali che non danneggiano altre persone dovrebbero sempre essere consentite. Ma la transazione in denaro non produce danni? È giusto che una persona riceva un compenso in denaro in cambio di un rapporto sessuale o un servizio riproduttivo? C'è un'estrema varietà di leggi nazionali e di regolamenti in materia di lavoro sessuale, prostituzione, cessione di gameti e gestazione surrogata. Alcuni governi considerano questi scambi come intrinsecamente improntati allo sfruttamento e perciò da criminalizzare. Altri considerano il lavoro sessuale e la surrogata come fonte di redditi legittimi o come forme di lavoro tout court (UN HRC, 2018a, UN General Assembly 2010).

La giurisprudenza sui diritti umani non fornisce risposte chiare, anche se sulla base di questi diritti sono state portate argomentazioni a sostegno sia della proibizione che della legalizzazione di queste pratiche.

Per esempio, la Commissione mondiale UNAIDS sull'HIV/AIDS e la legge raccomanda di depenalizzare il lavoro sessuale, mentre il Consiglio per i diritti umani raccomanda che, in caso di maternità surrogata retribuita, la legge tenga in considerazione e rispetti nel modo più appropriato i diritti umani di tutte le parti coinvolte (UN HRC, 2019a; UNDP, 2012).



Artwork by Kaisei Nanke

Capacità giuridica ed età del consenso

L'Alto commissariato per i diritti umani definisce la capacità giuridica come "la capacità e il potere di esercitare i diritti e osservare i doveri con la propria condotta, cioè senza bisogno di essere assistiti o rappresentati da terzi" (OHCHR, 2005). Per la legge, il riconoscimento della "capacità" significa che una persona può dare o rifiutare il consenso a una relazione sessuale, ai servizi sanitari, al matrimonio e altro ancora.

Il diritto internazionale sui diritti umani intende abbattere il retaggio secondo cui donne, bambini/e e persone con disabilità sono considerati/e "incompetenti" a prendere le loro decisioni. Per esempio, la Convenzione per le donne dichiara che "gli Stati contraenti devono riconoscere alle donne, in materia civile, una capacità giuridica identica a quella degli uomini" e che le donne devono avere "le stesse opportunità di esercitare questa capacità" (UN General Assembly, 1979, Art. 15(2)).

Data la lunga serie di discriminazioni contro le donne disabili, la Convenzione sui diritti delle persone con disabilità sottolinea l'importanza di riconoscere loro la capacità giuridica di decidere autonomamente: "Tutte le donne con disabilità devono poter esercitare la loro capacità giuridica prendendo autonomamente le decisioni, con il supporto di terzi se lo desiderano, rispetto ai trattamenti medici o terapeutici, comprese le decisioni relative a fertilità e autonomia riproduttiva... Limitare o disconoscere tale capacità rischia di favorire interventi forzati quali la sterilizzazione, l'aborto, la contraccezione, le mutilazioni genitali femminili, gli interventi chirurgici o farmacologici su bambini/e intersex senza il loro consenso informato, la detenzione forzata negli istituti" (UN CRPD, 2016).

Un altro modo di intendere la capacità giuridica è quello dell'"età del consenso". L'età minima per esprimere il consenso varia nei diversi paesi e a volte anche all'interno di essi, in base all'attività e a volte al sesso (anche se questa distinzione è considerata incompatibile con gli standard dei diritti umani). La Convenzione per l'infanzia impone agli Stati di riconoscere lo sviluppo delle capacità dei/le minori, e specificamente degli/le adolescenti, per quanto riguarda il loro consenso all'attività sessuale e all'accesso alle informazioni e ai servizi per la salute sessuale e riproduttiva. Il Comitato sui

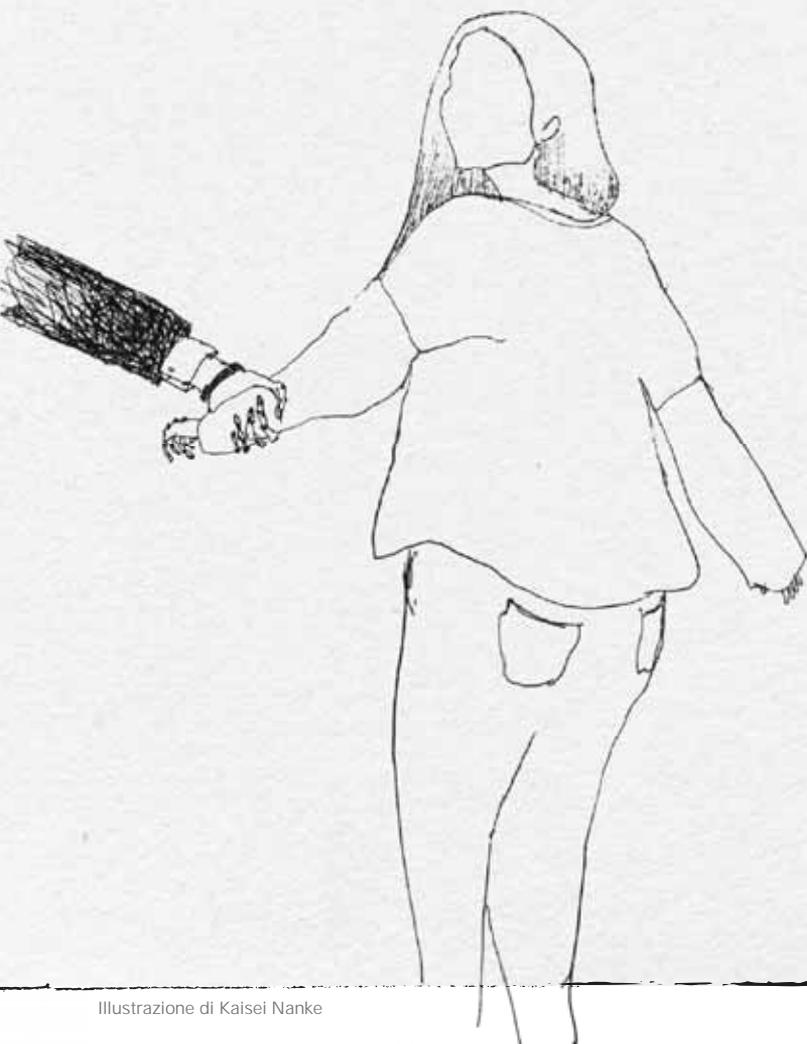


Illustrazione di Kaisei Nanke

diritti dell'infanzia esorta i governi a emanare leggi e politiche di sostegno affinché "minori, genitori e personale sanitario abbiano dei principi guida adeguati e fondati sui diritti in materia di consenso, assenso e riservatezza" (UN CRC, 2013). Di tali politiche fanno parte le attività di counselling confidenziale senza bisogno del consenso di genitori o tutori/rici, nonché il conferimento agli/le adolescenti della presunta capacità giuridica di chiedere e ottenere servizi, strumenti e informazioni in materia di salute sessuale e riproduttiva (UN CRC, 2016). Secondo il Comitato, i governi devono evitare di criminalizzare l'attività sessuale consensuale e non improntata allo sfruttamento, tra adolescenti della stessa età (UN CRC, 2016).

Il diritto a sposarsi e formare una famiglia è riconosciuto sia nella Dichiarazione universale dei diritti umani, art. 16 (UN General Assembly, 1948), sia nel Patto internazionale sui diritti civili e politici, art. 23, dove si specifica che "non si può contrarre matrimonio senza il libero e pieno consenso dei futuri coniugi" (UN General Assembly, 1966). Qualunque matrimonio contratto senza tale consenso è sempre considerato forzato e costituisce una violazione dei diritti umani. La Convenzione sulle donne precisa che il fidanzamento e il matrimonio in età infantile è legalmente nullo e privo di valore ed esorta gli Stati a fissare l'età minima per il consenso al matrimonio (UN General Assembly, 1979, Art. 16(2)). In linea con il principio dello sviluppo delle capacità, quasi tutti i paesi, dando seguito alla Convenzione sull'infanzia, fissano l'età minima per il consenso al matrimonio a 18 anni, anche se in alcuni contesti questa età varia in base al sesso della persona interessata (Pew Research Center, 2016). In più della metà dei paesi del mondo, il consenso dei genitori può prevalere sull'età minima stabilita per legge (Arthur et al., 2018).

si basano sull'idea dell'inferiorità o della superiorità di uno dei sessi o su ruoli stereotipati per uomini e donne" (OAS, 1994, Art. 8(b); UN General Assembly, 1979, Art. 5(a)).

I governi possono, e a volte devono, trattare diversamente persone diverse; bisogna però che esista una giustificazione legittima per la disparità di trattamento, che tenga conto di tutti i rispettivi diritti (Clapham, 2015). Il principio generale del "miglior interesse" contenuto nella Convenzione per l'infanzia illustra bene questo approccio. Se da un lato genitori e tutori prendono alcune decisioni per conto di figli/e, questi/e hanno il diritto di partecipare in misura significativa alle decisioni che li/le riguardano, senza una linea netta a delimitare l'età appropriata (Coyne and Harder, 2011). Con l'evolversi delle capacità delle/dei minori, la Convenzione sull'infanzia suggerisce un'inclusione sempre più ampia da parte dei genitori, fino a cedere loro il pieno controllo della decisione finale al momento della maturità. Il cambiamento di mentalità nei confronti di bambini/e intersex rappresenta un esempio di rispetto delle loro capacità in evoluzione. In passato era comunemente accettato che bambini/e fossero sottoposti/e a un intervento chirurgico per attribuire loro un sesso maschile o femminile. Questo atteggiamento è oggi largamente sostituito da quello di attendere che possano scegliere liberamente se sottoporvisi o meno (Reis, 2019; Zillén et al., 2017). Senza un loro consenso, questi interventi sono considerati violazioni dell'integrità fisica ed equiparati alla tortura (UN HRC, 2016a).

Analogamente, la categorica negazione dei desideri e delle scelte in materia di sessualità e riproduzione nelle persone con disabilità fisiche o cognitive, negazione evidenziata dal conferimento dell'autorità a genitori, tutori, istituti o "sostituti con potere decisionale", è stata sostituita dal "potere decisionale supportato", in cui si compiono tutti gli sforzi possibili per informare la persona e per accertarne la volontà, nonché per metterla in condizione di realizzarla (UN CRPD, 2018; UN CRPD, 2014).

Integrità fisica

In linea generale, i diritti relativi all'integrità fisica vietano allo Stato o a terzi di interferire sul corpo di una persona senza aver prima ottenuto il suo consenso libero e informato.

Il diritto all'autonomia e all'integrità fisica è riconosciuto dai trattati internazionali sui diritti umani

Il fondamento del concetto di consenso informato rispetto alla propria integrità fisica deriva dall'art. 7 del Patto internazionale sui diritti civili e politici: "Nessuno sia soggetto a torture o a trattamenti o punizioni crudeli, disumani o degradanti. In particolare nessuno sia soggetto, senza il suo libero consenso, a sperimentazioni mediche o scientifiche" (UN General Assembly, 1966). Questa idea è stata ripresa nei trattati internazionali e regionali sui diritti umani, compresa la Convenzione sui diritti delle persone con disabilità, art. 15 (UN General Assembly 2007), la Convenzione sui diritti dell'infanzia, art. 37(a) (UN General Assembly 1989) e la Convenzione contro la tortura e altri trattamenti o punizioni crudeli, disumani o degradanti (UN General Assembly 1984).

Secondo il Comitato per i diritti umani, l'integrità fisica ricade sotto la tutela del diritto alla libertà e alla sicurezza della persona enunciato dal Patto internazionale sui diritti civili e politici e sotto l'articolo 7 del medesimo Patto che protegge tutte le persone da trattamenti crudeli, disumani o degradanti.

Il diritto all'integrità fisica è formalmente riconosciuto dagli strumenti per i diritti umani. Per esempio, la Convenzione per i diritti delle persone con disabilità osserva che "ogni persona con disabilità ha il diritto di veder rispettata la propria integrità fisica e mentale, su base paritaria rispetto a chiunque altro" (UN General Assembly, 2007, Art. 17). Numerosi trattati regionali sui diritti umani riconoscono l'integrità del corpo come parte del diritto a un trattamento umano; per esempio, la Carta di Banjul dell'Unione Africana (African Union 1981, Art. 4), il Protocollo di Maputo dell'Unione

Africana (African Union, 2003, Art. 4(1)) e la Convenzione americana sui diritti umani (OAS, 1969, Art. 5(1)).

Vari tribunali regionali sui diritti umani si sono pronunciati su questioni relative alla salute e ai diritti sessuali e riproduttivi. Per esempio, la Corte inter-americana sui diritti umani ha riscontrato violazioni del diritto all'integrità fisica in alcuni casi di nudità e ispezioni vaginali forzate (IACtHR, 2006), di minaccia di stupro e di contagio da infezioni a trasmissione sessuale (IACtHR, 2014) nonché in molte e diverse forme di violenza sessuale (IACtHR, 2013, 2010).

Obblighi degli Stati Membri

I diritti all'autonomia e all'integrità fisica sono formalmente riconosciuti dai trattati internazionali sui diritti umani che affrontano molte questioni correlate alla salute e ai diritti riproduttivi. Ma come si traducono questi diritti in quello che i governi possono, non possono o devono fare per le persone e per le popolazioni che governano?

In primo luogo i governi ottemperano ai loro doveri in tema di diritti umani stabilendo leggi, misure politiche e stanziamento di fondi; alcune misure tese a garantire il rispetto, la tutela e l'esercizio dei diritti in questione possono essere prese immediatamente, altre in modo progressivo e graduale (UN CESCR, 2016; Gruskin and Tarantola, 2002).

Eliminare gli ostacoli alla capacità decisionale individuale

Per rispettare i diritti all'autonomia e all'integrità fisica i governi devono garantire che leggi, politiche e programmi non violino la capacità individuale di decidere della propria vita

riproduttiva e sessuale. Questo significa abbattere gli ostacoli che interferiscono con l'accesso a servizi completi di salute sessuale e riproduttiva e ai relativi strumenti, educazione e informazioni (UN CESCR, 2016).

Leggi, politiche e programmi devono tenere conto delle diverse esigenze e vulnerabilità di donne, minori, persone LGBTI, migranti, minoranze razzializzate ed etniche, persone residenti in aree rurali, e assicurarsi che le misure che tutelano un gruppo non vadano a ledere i diritti di altri (UN CESCR, 2000).

Secondo il Comitato delle Nazioni Unite sui diritti civili e politici, le leggi che criminalizzano i comportamenti in materia di contraccezione, educazione completa alla sessualità, aborto volontario e accesso a informazioni sulla salute sessuale e riproduttiva violano i diritti all'autonomia e all'integrità fisica (UN CCPR, 2019; UN CESCR, 2016). Violano tali diritti anche le leggi che richiedono l'autorizzazione o il consenso di terze parti (tenendo conto dello sviluppo di capacità dei/lle minori) (UN CEDAW, 1999).

Gli Organismi dei trattati sui diritti umani hanno espresso critiche contro gli Stati che consentono a terzi, che siano genitori, coniugi o altri, di impedire a una persona di prendere decisioni sul proprio corpo e sulla vita sessuale e riproduttiva (UN CCPR, 2005).

Trattati e accordi sui diritti umani impongono ai governi di non interferire con l'"attività sessuale consensuale tra adulti esercitata in privato" e di non criminalizzare l'attività sessuale tra adulti dello stesso sesso in "privato" (UN CCPR, 1994, par. 8.2). Inoltre le leggi che "criminalizzano" l'aborto, la mancata comunicazione di una situazione

“Terapia di conversione”

La “terapia di conversione” punta a modificare l’orientamento sessuale e l’identità di genere quando questi non si conformano alle aspettative sociali e culturali etero-normative, ricorrendo a metodi quali lo “stupro correttivo”, la terapia dell’avversione, la castrazione chimica, i trattamenti ormonali e persino gli esorcismi.

Nel 2020 l’Esperto Indipendente sulla protezione contro la violenza e le discriminazioni basate sull’orientamento sessuale e l’identità di genere ha pubblicato un rapporto sulla pratica della cosiddetta terapia di conversione. In esso si osserva che tutte queste pratiche hanno in comune “l’obiettivo specifico di interferire con l’integrità e l’autonomia personale” di

un individuo (UN HRC, 2020, par. 59). Il rapporto elenca nei dettagli il dolore e le sofferenze fisiche e psicologiche che derivano da questa terapia, osservando che diversi Organismi sui trattati hanno giudicato queste pratiche come violazioni dei diritti all’uguaglianza e alla non-discriminazione, alla salute e alla libertà dalla tortura e dai maltrattamenti.

L’Esperto indipendente raccomanda agli Stati di vietare questa pratica e di prendere misure per tutelare l’autonomia e l’integrità fisica, mediante interventi che prevedano l’eliminazione di pregiudizi e discriminazioni contro le persone LGBTI (UN HRC, 2020).

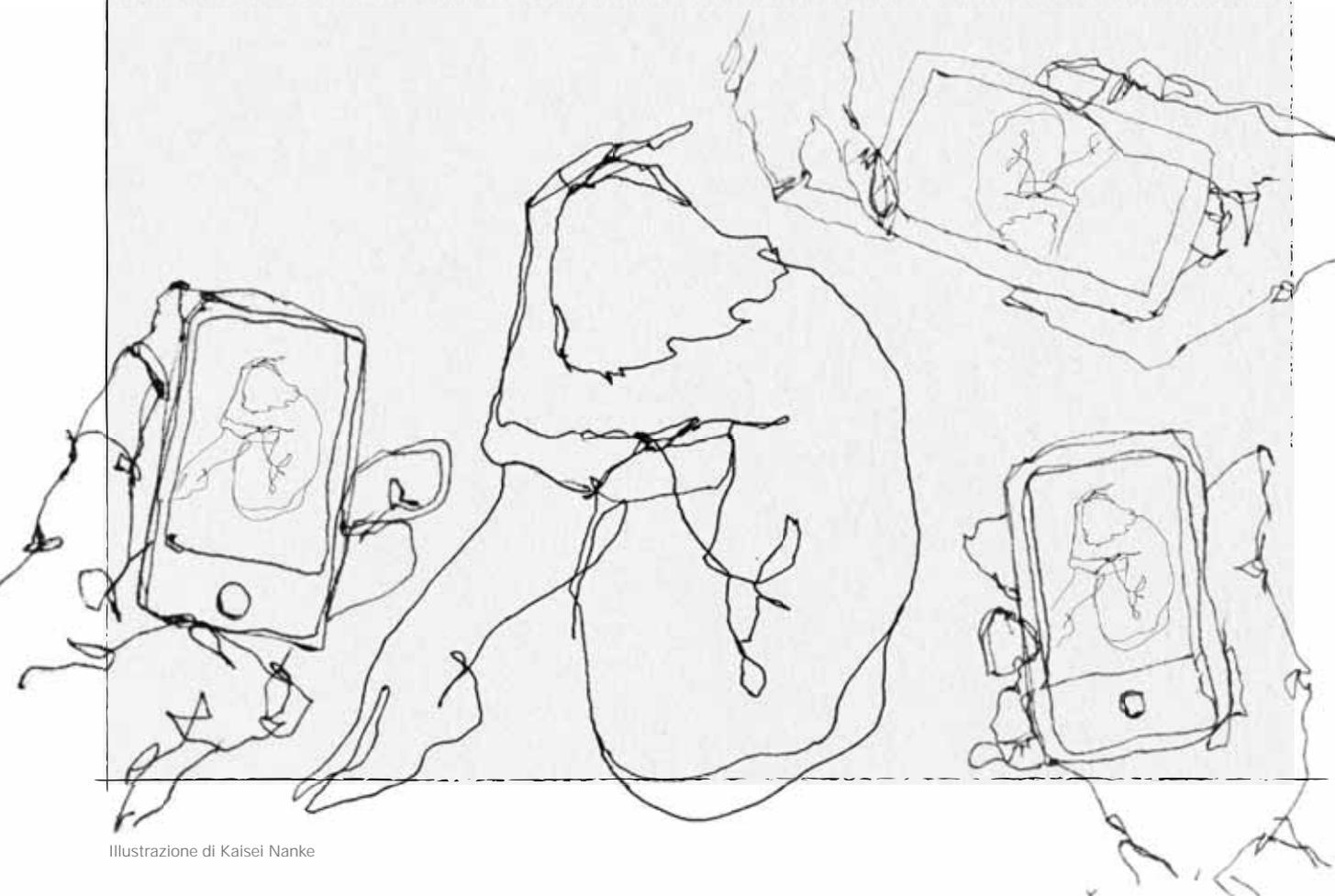


Illustrazione di Kaisei Nanke

di sieropositività e l'identità o l'espressione transgender infrangono i diritti all'autonomia e all'integrità fisica (UN CESCR, 2016, par. 40).

Il Comitato delle Nazioni Unite sui diritti economici, sociali e culturali afferma che leggi e politiche possono permettere ai governi di adempiere agli obblighi in materia di diritti umani purché consentano e garantiscano a tutte le persone l'accesso a contraccettivi sicuri ed efficaci a un costo equo e all'educazione completa alla sessualità, liberalizzino le leggi restrittive sull'interruzione volontaria della gravidanza, garantiscano a donne e ragazze l'accesso a servizi per l'aborto sicuro e all'assistenza qualificata post-aborto e rispettino il loro diritto a prendere decisioni autonome sulla propria salute sessuale e riproduttiva (UN CESCR, 2016).

Tutelare i diritti degli/le adolescenti

Disporre di informazioni accurate sul proprio corpo e sulla propria salute, e capire che cosa implicano, è indispensabile per l'esercizio del diritto all'autonomia corporea (UN CESCR, 2016). Per questo occorre garantire che gli/le adolescenti possano accedere a queste informazioni "a prescindere dal loro stato civile e dal consenso di genitori o tutori, nel rispetto della loro privacy e riservatezza" (UN CESCR, 2016, para. 44).

Alcuni Stati criminalizzano i matrimoni precoci e l'attività sessuale prima dei 18 anni, nell'interesse delle popolazioni più a rischio e vulnerabili allo sfruttamento (Kholsa et al., 2017). Tuttavia il mondo dell'attivismo manifesta scetticismo sui divieti regolamentati dal codice penale, malgrado la loro importanza simbolica, in quanto spesso infieriscono su comunità già emarginate e

L'informazione accurata sul proprio corpo e sulla salute... è indispensabile e per esercitare l'autonomia corporea

relativamente prive di potere, con poche alternative. La raccomandazione è piuttosto quella di correggere le condizioni che rendono persone e comunità a rischio di sfruttamento, per esempio assicurando opportunità economiche alle giovani (Miller and Roseman, 2019).

Istituire sistemi correttivi delle violazioni dei diritti

La tutela dei diritti all'autonomia e all'integrità fisica esige un sistema efficace di correzione delle violazioni. Il Comitato delle Nazioni Unite sui diritti economici, sociali e culturali ha invitato i governi, nel 2016, ad attuare leggi, politiche e programmi volti a "prevenire, affrontare e porre rimedio alle violazioni del diritto di tutte le persone a decidere in modo autonomo sulle questioni che concernono la

Il linguaggio delle violazioni

Nella sua carriera di avvocatessa in difesa di persone che hanno subito abusi sessuali negli Stati Uniti, Leidy Londono ha finito per abituarsi al linguaggio dello shock, della paura e della vergogna usato da chi è alle prese con le conseguenze di un'aggressione. Ha ascoltato tante persone faticare per descrivere a parole una forma particolare di una violenza sessuale, un fenomeno molto diffuso ma ancora compreso molto poco, persino da chi ne fa esperienza per averlo subito o commesso: la coercizione riproduttiva.

“Si tratta di comportamenti relativi alla salute riproduttiva messi in atto dal partner o comunque da un'altra persona per affermare il proprio potere e controllo in una relazione”

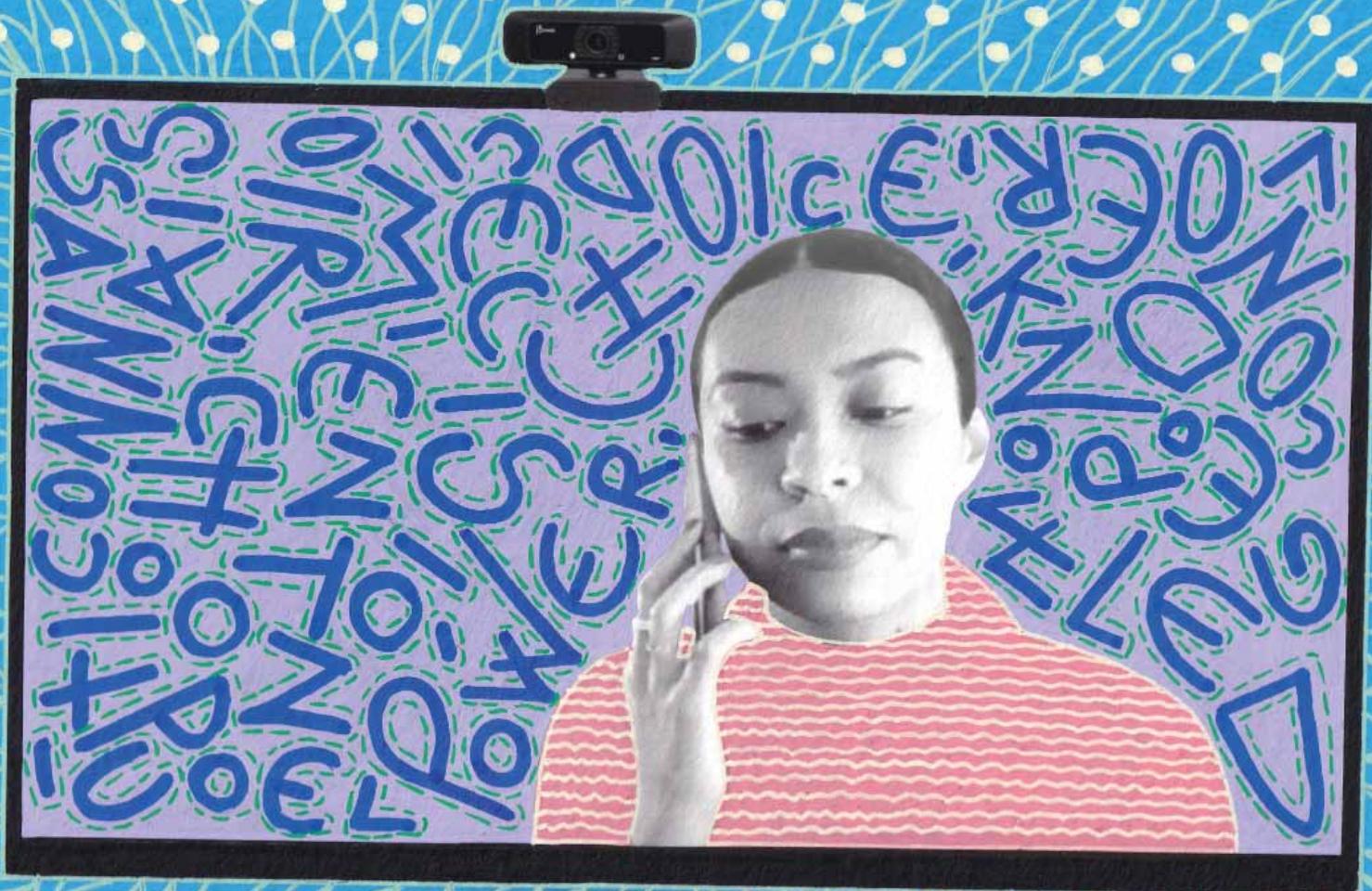
spiega Londono, che ha accompagnato all'ospedale diverse vittime e si è occupata di counselling per un numero verde. Oggi lavora a Washington come educatrice e direttrice di programma per Planned Parenthood. “La violenza può assumere forme diverse. Ci sono i tentativi espliciti di mettere incinta la partner contro il suo volere. C'è il controllo sull'esito della gravidanza, la coercizione ad avere rapporti non protetti, la manipolazione eseguita apertamente o di nascosto dei metodi di controllo delle nascite, le menzogne o gli inganni riguardo all'uso dei contraccettivi.”

Chi la subisce non ha un linguaggio condiviso per descrivere il sentimento

specifico di violazione provato quando si vede negare la libertà di scelta sulla propria fertilità o salute sessuale, a prescindere dal consenso dato o meno a un rapporto sessuale. Senza le parole per identificare questa esperienza, spesso le vittime sono confuse e hanno sensi di colpa. Londono ricorda una giovane che aveva scoperto che il partner si era tolto di nascosto il preservativo durante un rapporto consensuale – una pratica nota come *stealth*. “La prima cosa che mi domandano è “Sto esagerando?””

Il concetto di coercizione riproduttiva è relativamente nuovo. Gli studi sull'argomento risalgono quasi tutti agli ultimi vent'anni e provengono in gran parte dagli Stati Uniti, dove la

“Alla base c'è una questione globale ed è il bisogno maschile di controllare le donne”



Leidy Londono ha lavorato in presenza, al telefono e via chat, per fornire aiuto e informazioni a chi ha subito aggressioni sessuali. Illustrazione originale di Naomi Vona: foto © UNFPA/R. Zerzan

prevalenza di questa violazione è calcolata attorno al 15-25% (Park and others, 2016). Ma le ultime ricerche dimostrano che è diffusa in tutto il mondo e viene perpetrata non solo dal partner, ma anche dalle famiglie e da altri membri della comunità di appartenenza (Grace and Fleming, 2016). A volte è addirittura praticata dai sistemi sanitari, per esempio

quando i regolamenti prevedono che si chiedi il permesso del partner prima di consentire a una donna il ricorso a mezzi di pianificazione familiare.

Dipika Paul lavora da decenni come ricercatrice nel campo della salute sessuale e riproduttiva in Bangladesh, eppure persino lei dichiara che prima non conosceva l'espressione

coercizione riproduttiva.

Come il personale sanitario e le attiviste, anche lei parlava genericamente di "ostacoli alla pianificazione familiare."

Oggi è un'esperta sul tema. Da consulente di Ipas di Dacca si confronta con diverse forme di coercizione riproduttiva. "Con i mariti... spesso tutto inizia con l'invito a 'non usare il contraccettivo' e con la donna

che accetta il suggerimento. Ma si può giungere anche a forme di grave violenza. A volte i mariti le privano di cibo o soldi, se insistono a utilizzare i contraccettivi” spiega Paul. Spesso queste pressioni hanno a che fare con “il desiderio del marito, o dei suoi familiari, di aumentare la prole, o di avere un figlio maschio.” E aggiunge di vedere spesso anche il ricorso forzato alla contraccezione e all’aborto.

Questi atti coercitivi non sempre sono considerati forme di violenza, perché la procreazione può essere considerata una decisione di famiglia. “I suoceri hanno un ruolo determinante” dice Paul, soprattutto nei confronti delle mogli più giovani e le minorenni. Secondo un’indagine demografica e sanitaria del 2018, l’età media al matrimonio è di 16 anni. “È difficile, per ragazze così giovani, decidere da sole.”

Eppure, il legame tra coercizione riproduttiva e violenza è evidente. Secondo Paul, che sta lavorando proprio a uno studio sull’argomento, circa tre donne su cinque che dichiarano di aver subito una coercizione riproduttiva hanno anche subito violenze sessuali o fisiche per mano del marito.

Jay Silverman, docente della San Diego School of Medicine presso l’Università di California, ha iniziato la sua carriera lavorando con uomini e ragazzi

responsabili di violenze sulle proprie partner. Da allora ha iniziato a studiare il tema della coercizione riproduttiva in Bangladesh, India, Kenya, Niger e Stati Uniti. Anche se a volte tale coercizione può essere perpetrata dalle donne della famiglia, la violazione affonda le sue radici nella disuguaglianza di genere, afferma Silverman.

“Alla base c’è una questione globale ed è il bisogno maschile di controllare le donne, la convinzione di tanti uomini di avere il diritto di esercitare quel controllo, è un sentimento endemico, credo, nella maggior parte delle nostre società.”

Insieme a colleghi/e, compresi quelli di Ipas in Bangladesh, Silver sta sperimentando strumenti capaci di aiutare il personale sanitario a identificare i casi di coercizione riproduttiva, per esempio attraverso domande mirate sull’atteggiamento e sul comportamento del partner. Una volta riconosciuta la coercizione, le donne possono riaffermare la loro autonomia per esempio scegliendo dei metodi di pianificazione familiare che sfuggono al controllo del partner.

Anche quando alle donne mancano le parole per descrivere la coercizione riproduttiva, spiega Silverman, “credo che gli esseri umani facciano istintivamente resistenza ai tentativi di controllo... Ci sono

tante strategie di sopravvivenza che le donne, in tutte le società del mondo, hanno elaborato per affrontare la coercizione riproduttiva, in particolare la solidarietà femminile. È un fenomeno che si verifica in modo organico, dappertutto, e che è sempre esistito: può essere la vicina, o una parente che tiene nascosta per te la pillola, o che ti aiuta accompagnandoti in ambulatorio.” Quando gli ambulatori distribuiscono materiale informativo sulla coercizione riproduttiva, sulle violenze domestiche e su come chiedere aiuto, spesso le donne “ne prendono in quantità” per passare le informazioni ad altre donne.

Gran parte dell’onere di combattere la coercizione riproduttiva ricade sul personale sanitario, che spesso si trova preso tra due fuochi, dovendo cercare un equilibrio tra l’esigenza di coinvolgere gli uomini nelle questioni di salute riproduttiva e quella di non cedere loro l’intero potere decisionale. “L’ideale del coinvolgimento maschile nella salute sessuale e riproduttiva e nella salute materna e infantile è diventato una priorità a livello internazionale” dice Silverman. Il loro coinvolgimento è associato all’incremento della pianificazione familiare e dell’uso dei contraccettivi, oltre che agli esiti positivi per la salute della madre e della prole (Kriel and others, 2019;

Assaf and Davis, 2018). Ma quando gli uomini esigono di controllare le scelte riproduttive delle loro compagne, “il loro coinvolgimento diventa evidentemente negativo.”

Anche gli uomini tuttavia – anzi, tutte le persone, di qualsiasi genere e orientamento sessuale – possono essere vittime di coercizione riproduttiva. “Chiunque può farne esperienza” spiega Londono. “Le donne che vivono in situazioni di emarginazione subiscono livelli di violenza, compresa la coercizione riproduttiva, in una percentuale spropositata. Ma ciò non toglie che mi sia accaduto di parlare con ragazzi giovani e giovanissimi – e in generale con uomini – che cercano di trovare le parole per identificare, descrivere e contestualizzare la loro esperienza”.

Per questo occorre trovare, anche e soprattutto in politica, un linguaggio comune per la coercizione riproduttiva. “Se le nostre leggi e le nostre politiche restano vaghe e sono espresse in un linguaggio ambiguo, non sono utili alle vittime” dice Londono.

Informarsi sull'autonomia corporea è fondamentale. In un recente progetto, racconta Paul “hanno scelto questa frase: “Il mio corpo, i miei diritti” ... Si sono dette tutte d'accordo sul fatto che è questo il concetto da diffondere tra la popolazione in generale: che il mio corpo è mio.”

loro salute sessuale e riproduttiva, libere da violenza, coercizione e discriminazione” (UN CESCR, 2016).

Oltre ad abolire la necessità dell'autorizzazione di terzi per l'accesso a servizi e informazioni, il Comitato esorta ad abolire l'“obiezione di coscienza” che gli operatori sanitari possono invocare per non erogare i servizi e a rinviare pazienti ad altri “capaci e disposti a garantire i servizi richiesti” (UN CESCR, 2016, par. 43).

Per tutelare i diritti umani, le leggi devono garantire pari protezione a tutte le persone che intendono esercitare il diritto all'autonomia e all'integrità fisica. Ma in tutto il mondo ci sono casi in cui la protezione è tutt'altro che equa. Violenze e discriminazioni contro persone di diverso orientamento sessuale o diversa identità di genere, per esempio, sono ampiamente documentate e spesso perpetrate da autorità statali e non statali (UN HRC, 2016b).

Analogamente, donne e ragazze, soprattutto quelle soggette a discriminazioni multiple come per esempio le donne con disabilità o che appartengono a minoranze etniche o religiose, sono soggette a livelli più elevati di violenze e disparità di genere quando accedono alla giustizia e richiedono politiche più eque (UN CEDAW, 2015a). L'impunità delle violenze sessuali e di genere, degli stupri coniugali e degli “stupri terapeutici” contro persone che non si conformano al genere sono esempi lampanti di garanzie giuridiche disattese (UN CESCR, 2016).

Diritti e salute riproduttiva nel Programma d'Azione

“La salute riproduttiva è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale - non semplicemente un'assenza di malattie o di infermità - in tutti gli aspetti relativi all'apparato riproduttivo, ai suoi processi e alle sue funzioni. La salute riproduttiva implica quindi che le persone abbiano una vita sessuale soddisfacente e sicura, che abbiano la possibilità di procreare e la libertà di decidere se, quando e quanto spesso farlo. Implicito in quest'ultima condizione è il diritto all'informazione e all'accesso a metodi di pianificazione familiare di propria scelta che siano sicuri, efficaci, economicamente accessibili e accettabili, come anche a metodi di regolazione della fertilità che non siano contrari alla legge, il diritto di accesso a servizi sanitari appropriati che permettano alle donne di affrontare la gravidanza e il parto con sicurezza e offrano le migliori opportunità di avere una prole sana. In linea con la definizione di salute riproduttiva, l'assistenza si configura come un insieme organico di metodi, tecniche e servizi che contribuiscono al benessere e alla salute riproduttiva, prevenendo e risolvendo i relativi problemi. Comprende altresì la salute sessuale, il cui obiettivo è migliorare la vita e i rapporti personali e non semplicemente fornire consulenze e assistenza sulla riproduzione e sulle malattie a trasmissione sessuale... I diritti riproduttivi abbracciano alcuni diritti umani che sono stati già riconosciuti dalle leggi nazionali, dai documenti internazionali sui diritti umani e da altri documenti votati all'unanimità dalle Nazioni



Unite. Tali diritti si basano sul riconoscimento del diritto basilare di tutte le coppie e dei singoli individui di decidere liberamente e responsabilmente sul numero, il momento e l'intervallo fra le nascite, di avere i mezzi e le informazioni necessarie per esercitare tale diritto, di ottenere i migliori standard di salute sessuale e riproduttiva. Ciò comporta anche il diritto a prendere decisioni relative alla riproduzione senza essere oggetto di discriminazioni, coercizioni o violenze, come espresso nei documenti sui diritti umani.” (UNFPA, 1994).

Illustrazione di Kaisei Nanke

Permettere a ogni persona di esercitare il diritto all'autonomia e all'integrità fisica

Per rispettare il diritto all'autonomia e all'integrità, i governi devono rendere disponibili e accessibili metodi, informazioni e servizi di qualità in materia di salute sessuale e riproduttiva (UN CESCR 2016, 2000). Secondo gli Organismi delle Nazioni Unite, sono necessari servizi e informazioni che supportino le decisioni che riguardano la formazione della famiglia (contraccezione, trattamenti per l'infertilità, assistenza alla salute materna, aborto sicuro), la salute sessuale (prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale, compreso l'HIV, educazione completa alla sessualità, terapie per le disfunzioni sessuali, prevenzione delle violenze e assistenza alle vittime) e l'assistenza sanitaria rispettosa dell'identità di genere (World Professional Association for Transgender Health, 2011).

Servizi e informazioni, come precisato dal Comitato delle Nazioni Unite per i diritti economici, sociali e culturali, devono essere:

- *Disponibili* — in misura sufficiente;
- *Accessibili* — raggiungibili e a costi ragionevoli;
- *Accettabili* — rispettosi verso genere, cultura, età ed etica medica;
- *Di qualità* — all'altezza degli standard scientifici e medici per quanto riguarda l'assistenza fornita e il rispetto dei diritti.

Non ci si può dotare di strumenti per esercitare i diritti all'autonomia e all'integrità fisica mediante servizi per la salute sessuale e riproduttiva se in primo luogo tali diritti non sono riconosciuti. Secondo il Consiglio delle Nazioni Unite per i diritti umani, “Le strutture preposte alla salute devono considerare l'utenza come titolare di diritti e consentire di esercitare l'autonomia e di partecipare in modo attivo e significativo a tutto quanto la concerne direttamente, di decidere liberamente riguardo alla salute, compresa la sessuale e riproduttiva e alle terapie da seguire, fornendo se necessario un adeguato supporto” (UN HRC, 2017, par. 43).

I diritti umani all'autonomia e all'integrità fisica riconosciuti internazionalmente garantiscono che ciascuna possa prendere le decisioni sulla propria vita sessuale e riproduttiva, e che abbia i mezzi per attuarle. Ciò esige che gli Stati forniscano informazioni complete e adeguate all'età e alla cultura in materia di sessualità e di riproduzione, nonché servizi e strumenti di qualità per poter attuare tali decisioni, senza discriminazioni, coercizioni o violenze.

I diritti umani sono il terreno comune su cui gli Stati costruiscono i loro standard giuridici e politici per promuovere l'autonomia e l'integrità fisica delle persone. Molti Stati tuttavia hanno ancora una lunga strada da percorrere per assicurare a tutti e tutte la capacità di autodeterminazione su salute, contraccezione, attività sessuale e su tutti gli altri aspetti dell'autonomia corporea.



LEGGI CHE LIBERANO, LEGGI CHE CONTROLLANO

L'impatto di leggi e regolamenti sull'autonomia corporea

Ogni paese ha leggi che tutelano o negano l'autodeterminazione.

La legge può contribuire a favorire l'autonomia corporea, per esempio garantendo l'accesso ai servizi per la salute sessuale e riproduttiva, imponendo alle scuole di fornire un'educazione completa alla sessualità, esigendo il consenso informato prima di ogni prestazione sanitaria.

Ma un governo può servirsi della legge anche per controllare il corpo delle persone, per esempio imponendo limitazioni alle adolescenti che vogliono accedere a servizi e informazioni per

la salute sessuale e riproduttiva, o vietando i rapporti sessuali tra persone dello stesso sesso. Leggi formulate con scarsa cura o chiarezza possono incidere negativamente sull'autonomia anche quando non avevano questa finalità.

In alcuni paesi la legge ancora afferma che le donne sposate devono obbedire al marito, non penalizza come crimine la violenza domestica, riconosce maggiori diritti agli uomini in caso di divorzio, non considera reato lo stupro coniugale. Più di 30 paesi impongono restrizioni al diritto delle donne a uscire di casa (World Bank, 2020).

Le leggi nazionali sono il principale strumento a disposizione dei governi per adempiere agli obblighi imposti dal diritto internazionale in materia di diritti umani. Ma per far sì che tali diritti abbiano un impatto significativo sulla vita delle persone, lo Stato deve andare oltre la semplice proclamazione di nuove leggi prendendo misure che favoriscano il cambiamento.

L'Organizzazione mondiale della sanità ha invitato i governi a emanare leggi e regolamenti che sostengano e migliorino l'accessibilità dei servizi per la salute sessuale e riproduttiva e ad abolire le restrizioni non necessarie che hanno per effetto di impedire alle donne di esercitare il diritto all'autonomia corporea (WHO, 2004).

Uno dei punti cruciali da cui partire è comprendere in che modo la giurisprudenza di un paese possa incidere sull'autonomia, se serve una struttura legale di sostegno o se siano necessarie riforme giuridiche. A volte la legge cambia per adeguarsi a un'evoluzione nell'opinione pubblica; in altri casi precede i cambiamenti delle attitudini sociali: in quest'ultimo caso possono rendersi necessari sforzi significativi di comunicazione in favore di un cambiamento sociale e comportamentale perché la legge possa essere ampiamente accettata, agevolandone l'attuazione. Una volta adottata una legge, il suo impatto può non essere percepito per anni: tutto dipende dalla volontà politica e dall'impegno ad attuarla e a farla rispettare. Possono essere necessarie misure politiche che introducono dettagli operativi e attuativi, stanziare finanziamenti o istituire un sistema di verifiche e controllo.

Anche nei casi di leggi genericamente positive, non sempre i benefici sono distribuiti in modo

equo. Per esempio, molti paesi hanno leggi che garantiscono l'accesso gratuito alle terapie anti-retrovirali per l'HIV, ma tale accesso non è sempre garantito. In Botswana, le terapie erano riservate soltanto a cittadini e cittadine, compresi i/le detenuti/e, ma escludevano detenuti e detenute di altri paesi. Questa legge è stata modificata nel 2019 per includere tutte/i, a prescindere dalla cittadinanza (UNAIDS, 2019).

Leggi conflittuali

Nessuna legge o misura politica può essere presa a sé stante, isolata dal quadro giuridico e politico in cui è inserita. Per esempio, in molti paesi vigono leggi che fissano l'età del consenso per i rapporti sessuali, in contrasto con le leggi sull'età minima per accedere a informazioni e servizi per la salute sessuale e riproduttiva (Figura 7). Ciò significa che gli/le adolescenti possono legalmente avere un rapporto sessuale prima di poter legalmente accedere alle informazioni e ai servizi utili per praticare sesso sicuro o per la contraccezione (Sexual Rights Initiative, 2020; Committee on Adolescence, 2017; Dennis *et al.*, 2009)

In presenza di leggi che entrano in conflitto, si rischia di creare confusione su quale legge abbia la precedenza, con conseguenti difficoltà non solo per le persone interessate, ma anche per chi ha la responsabilità di farle rispettare.

Anche quando le leggi non entrano in conflitto, la mancanza di chiarezza è spesso un problema. Come si deve comportare il personale sanitario quando non ha chiaro quale siano i suoi obblighi legali ed eventuali responsabilità penali se compie determinate azioni? Per esempio, dove l'aborto è legale solo in particolari circostanze, le persone preposte possono comunque essere restie a

FIGURA 7

Età del consenso per i rapporti sessuali ed età in cui non è richiesto il consenso dei genitori per determinati servizi, in alcuni paesi

	Belize	Croazia	Italia	Giamaica	Macedonia settentrionale	Malesia	Palau	Polonia
Età legale per il matrimonio	18	18	18	18	18	18	Nessun requisito minimo di età per i cittadini; 18 anni per le altre persone	18
Età legale per il matrimonio con il consenso di genitori, giudici o persone terze	16	16	16	16	16	16	Nessun requisito minimo per i cittadini; 16 anni per le altre persone	16
Età del consenso per i rapporti sessuali	16*	15	14	16	14	16*	15	15
Possibilità di abortire senza il consenso dei genitori	18	16	18	18	18	18	18	18
Possibilità di accedere alla contraccezione d'emergenza senza il consenso dei genitori	18	16	14	16	18	18	18	18
Possibilità di accedere alla contraccezione orale senza il consenso dei genitori	18	18	14	16	18	18	18	18

* Vale solo per le ragazze
Fonte: Sexual Rights Initiative, 2020

Illustrazione di Tyler Spangler



Quando il sesso è lavoro

“Sapere che ho voce in capitolo e che posso disporre del mio corpo sono cose che ho imparato solo dopo essere diventata una “lavoratrice del sesso” spiega Liana, dall’Indonesia, con l’aiuto di un’ interprete.

Liana è ormai abituata a scompaginare le aspettative: di famiglia borghese, laureata, ex contabile, non si conforma agli stereotipi della lavoratrice sessuale. “Mio figlio aveva quattro mesi quando è morto mio marito” ricorda. Il suo reddito non bastava e, oltretutto, l’attività di famiglia era in crisi e anche sua sorella versava in difficoltà economiche.

“Sono andata in uno dei centri autorizzati di lavoro sessuale

e ho fatto domanda” dice, sottolineando che si è trattato di una sua scelta. “È stata una decisione indipendente, nessuno mi ha forzato.”

Oggi Liana è la coordinatrice nazionale di OPSI, una rete di solidarietà per lavoratrici sessuali che assicura diversi servizi, compresa l’assistenza sanitaria. OPSI è sostenuta da UNFPA. “I/le professionisti/e del sesso sono molto diversi/e tra loro” spiega. “Ci sono donne, uomini e persone transgender, e ogni persona ha le sue ragioni per dedicarsi a questo lavoro. La maggioranza cerca una fonte di reddito.”

Monica, nella Macedonia settentrionale, ha iniziato dopo aver perso il lavoro e aver

divorziato. Anche lei dichiara con fermezza di aver deciso da sola. “Avevo 19 o 20 anni. Ero abbastanza consapevole e matura per sapere quello che facevo e quello che non intendevo fare.” Oggi che è coordinatrice regionale di STAR, il primo collettivo nei Balcani per chi lavora nel campo del sesso e partner di UNFPA, dice di essersi resa conto che “La maggior parte di coloro che frequento hanno iniziato volontariamente questo lavoro.”

Sia Liana che Monika, però, riconoscono che il traffico di persone a scopo sessuale – lo sfruttamento sessuale con il ricorso a violenza, coercizione, frode o inganno – è una grave preoccupazione in questa attività. Le loro organizzazioni lavorano a stretto contatto con vittime e sopravvissute/i per il sostegno e l’accesso ai servizi necessari e, se lo desiderano, a lasciare la prostituzione.

La diffusione di sfruttamento e abusi ha spostato gran parte della conversazione sul tema della condizione giuridica di chi lavora in questo campo. Sia

“Ho capito che ho il diritto di controllare il mio corpo. Il mio corpo è mio.”



Liana difende il diritto di lavoratrici/tori sessuali in Indonesia. Illustrazione originale di Naomi Vona. Per la foto si ringrazia Liana.

chi difende la depenalizzazione e sia chi la avversa sottolinea l'esigenza di difendere le persone dalla violenza.

Ma per gli avversari della depenalizzazione l'idea di consenso all'interno del lavoro

sessuale è problematica alla base. Diverse ricerche dimostrano che molte persone che si dedicano a questo lavoro hanno una storia di gravi vulnerabilità, come un'infanzia caratterizzata da povertà estrema, violenze e

instabilità familiari, ostacoli all'ingresso nell'economia formale come la mancanza di istruzione (McCarthy et al., 2014). Queste condizioni sono considerate un limite per un consenso libero e informato. Inoltre una significativa

percentuale – stimata tra il 20% e il 40% – riferisce di aver iniziato durante l’infanzia (Parcesepe and others, 2016), cosa che costituisce una palese violazione dei diritti umani.

Gli strumenti per la tutela dei diritti umani considerano queste vulnerabilità. La Convenzione per l’eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne impone l’adozione di “tutte le misure adeguate, comprese quelle legislative, per sopprimere ogni forma di traffico di donne e di sfruttamento della prostituzione”. I Protocolli della Convenzione delle Nazioni Unite contro il crimine organizzato transnazionale hanno inserito “l’offerta o l’accettazione di pagamenti o benefici per ottenere il consenso di una persona in posizione di controllare un’altra persona, a scopo di sfruttamento” nella definizione di traffico di esseri umani.

Molti di coloro che difendono il lavoro sessuale affermano invece che concentrarsi sulle vulnerabilità non porta in realtà che a ridurre sicurezza e autonomia. Tanto Liana come Monika affermano di aver scelto liberamente di proseguire nella loro attività anche se ricavano un reddito dignitoso da attività di tutt’altro genere.

“Non date per scontato, per favore, che chi lavora nel campo

del sesso sia vittima del traffico. Ci sono persone come me che hanno scelto intenzionalmente questo lavoro. Nessuno ci ha convinto con l’inganno” dice Liana. “Quando chiediamo ai membri di OPSI se vorrebbero lasciare l’attività nell’eventualità di poter trovare un altro lavoro, la risposta è quasi sempre no.” Le altre occupazioni tra cui potrebbero scegliere sono spesso malpagate, spiega, e questo lavoro consente una flessibilità che molte persone trovano desiderabile. “Possono gestire il loro tempo. Possono adempiere ai loro obblighi verso la società ed essere più vicine ai figli.”

Secondo il Global Network of Sex Work Projects, il lavoro sessuale, almeno in alcuni suoi aspetti (come il favoreggiamento) è illegale in quasi tutti i paesi. Liana e Monika sostengono che queste leggi non fanno che costringere alla clandestinità, il che rende più difficile selezionare i clienti ed escludere le persone violente. La criminalizzazione inoltre espone chi lavora in questo campo all’arresto non agevolando la denuncia di clienti violenti, affermano. Spesso sono vittime di molestie e violenze anche da parte delle forze dell’ordine, le quali “sapendo che il lavoro sessuale è illegale, pensano che non

possiamo denunciarli, che non possiamo fare niente.”

Vorrebbero vedere criminalizzati – e perseguiti – sfruttamento e violenze sessuali, anziché il lavoro sessuale in sé. “La violenza non è un problema solo per chi svolge un lavoro sessuale. È un problema per tutte le donne e per tutte le minoranze” sottolinea Liana.

Il movimento per depenalizzare questo lavoro ha guadagnato terreno negli ultimi anni anche presso le Nazioni Unite, con diverse agenzie e programmi, come la Organizzazione mondiale della sanità e UNAIDS, che considerano la depenalizzazione un mezzo efficace per prevenire i contagi da HIV e per eliminare le discriminazioni contro i gruppi di popolazione più vulnerabili (WHO, 2014, UNAIDS, 2012).

Allo stesso tempo le Nazioni Unite stanno moltiplicando gli sforzi per eliminare gli abusi e lo sfruttamento sessuale. La preoccupazione per le persone che, facendo parte di corpi di pace o occupandosi di interventi umanitari, intrattengono relazioni di sfruttamento con professionisti/e del sesso e persone vulnerabili o emarginate ha spinto l’istituzione a ribadire e vigilare sul rispetto delle regole che vietano al personale di elargire denaro, beni e servizi in cambio di prestazioni

sessuali anche in quei paesi dove il lavoro sessuale è legale. Secondo i funzionari dell'ONU, queste posizioni – ovvero che la depenalizzazione contribuisce alla tutela della salute e dei diritti di chi svolge un lavoro sessuale, ma anche che il personale non deve pagare per le prestazioni sessuali, nemmeno quando sono legali – non sono contraddittorie.

“Il personale ONU non deve partecipare ad alcuna attività passibile, anche solo potenzialmente, di sfruttamento sessuale. Non si tratta di esprimere un giudizio sul lavoro sessuale volontario prestato da persone adulte, consenzienti e informate, ma dobbiamo riconoscere la realtà dei fatti: la sola legalità non basta a garantire che la prestazione sessuale sia davvero volontaria” ha detto Eva Bolkart, che coordina il lavoro di prevenzione dello sfruttamento e degli abusi sessuali condotto da UNFPA.

Anche Monika e Liana sono d'accordo, la legalità da sola non basta. Per loro la depenalizzazione deve andare di pari passo con la de-stigmatizzazione. Finché chi svolge un lavoro sessuale non otterrà lo stesso rispetto e la stessa dignità delle altre persone, si continuerà a lavorare nell'ombra, dove più facilmente si nascondono gli abusi. “Siamo genitori. Abbiamo genitori. Abbiamo una famiglia” dice Monika. “Non dovremmo essere trattate diversamente per via del mestiere che abbiamo scelto. Il lavoro sessuale è lavoro.”

garantire il servizio per timore di essere accusate di aver infranto la legge; inoltre spesso le linee guida e le politiche vigenti nei sistemi sanitari si basano sull'interpretazione più restrittiva della legge. L'assistenza post-aborto che 179 governi si sono impegnati a garantire nel corso della Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo (ICPD) del 1994, a prescindere dalla situazione giuridica relativa all'aborto in ciascun paese, è spesso ancora carente e a volte rifiutata dal personale sanitario, nel timore di ripercussioni legali o stigmatizzazioni per aver assistito donne che avevano abortito clandestinamente.

Ostacoli strutturali

A livello strutturale, per garantire l'efficacia di una legge sono essenziali budget adeguati. Il Messico, per esempio, ha varato una legge che impone di rendere i contraccettivi disponibili, senza condizioni di età o di stato coniugale. Ma tra le adolescenti i tassi di fertilità sono rimasti molto elevati, soprattutto nelle famiglie più povere. Numerose organizzazioni della società civile hanno analizzato gli stanziamenti e le spese effettive per i servizi di salute sessuale e riproduttiva, a livello federale e statale, identificando le strozzature e le inefficienze che ostacolano l'erogazione dei fondi per i programmi locali. Questa analisi ha consentito una miglior distribuzione dei finanziamenti per raggiungere le comunità più povere, dove la necessità di informazioni e servizi sulla contraccezione per le adolescenti non trovava risposta adeguata (Rajan, s.d.).

Per permettere ai sistemi sanitari di applicare una legge in modo completo è spesso necessario intraprendere azioni che vanno dalla elaborazione di linee guida mediche relative alla fornitura dei

servizi, alla formazione del personale sanitario sui contenuti della legge e sulle conseguenze per il loro lavoro, al potenziamento della logistica e dei sistemi di approvvigionamento per assicurare che non vi siano interruzioni nella distribuzione di farmaci e strumenti necessari, al controllo sui sistemi informatici per la raccolta dei dati sull'utilizzo dei servizi, all'adeguamento dei meccanismi finanziari per mantenere i servizi a costi accessibili e per monitorare la loro accettabilità e il loro livello qualitativo.

Fattori sociali come la religione e le norme di genere possono influenzare l'attuazione e il rispetto della legge. Per esempio, nelle società che considerano inaccettabili i rapporti sessuali prima del matrimonio, le leggi che consentono agli/alle adolescenti di accedere alla contraccezione rischiano di non tradursi in un maggior uso dei contraccettivi in presenza di un'eccessiva stigmatizzazione dell'attività sessuale in età adolescenziale.

Anche laddove esiste una legislazione favorevole, spesso preoccupazioni di altro tipo incidono negativamente sulla capacità delle persone di tutelare la propria autonomia fisica o di accedere a servizi sanitari adeguati. Ci possono essere difficoltà immediate, come la fame, la povertà o alcune situazioni estremamente complesse. I servizi possono essere troppo cari, o non ci sono strutture per l'infanzia, o mariti e parenti interferiscono nelle decisioni sulla salute o sulla contraccezione.

È necessario che i decisori politici comprendano e affrontino quei fattori strutturali che perpetuano o aggravano la povertà, che impediscono l'accesso all'istruzione o al mondo del lavoro o che portano a discriminazioni per motivi di razzializzazione, etnia, orientamento

sessuale o identità di genere, in quanto tali fattori possono interferire con gli obiettivi attesi da leggi studiate per sostenere determinati gruppi di popolazione. Per esempio, anche in quei paesi dove la legge prevede la disponibilità di servizi per la salute sessuale e riproduttiva, il personale sanitario li nega a persone con HIV, professionisti/e del sesso, uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini o persone transgender (UNAIDS, 2017).

Inoltre alcune persone non sono al corrente delle leggi che possono apparire loro un'astrazione, troppo lontane dalla vita quotidiana.

Leggi e misure politiche possono aiutare le donne a conquistare il potere di decidere. Possono avere anche un ruolo importante in materia di responsabilità, nell'assistenza sanitaria destinata a popolazioni diverse, garantendo l'accesso alla giustizia e ai meccanismi di ricorso e risarcimento per le persone di cui sono stati violati i diritti (OMS, 2015).

L'indicatore 5.6.2 monitora le leggi favorevoli e la presenza di ostacoli legali

Per aiutare i governi a tenere traccia dei progressi compiuti verso il target 5.6 degli Obiettivi per lo sviluppo sostenibile – garantire universalmente la salute e i diritti sessuali e riproduttivi, in linea con il Programma d'azione della ICPD e con la Piattaforma d'azione di Pechino, le Nazioni Unite hanno elaborato l'indicatore 5.6.2 che valuta “in quale misura i paesi si sono dotati di leggi e regolamenti per garantire l'accesso pieno e paritario a donne e uomini, a partire dai 15 anni, ad assistenza, informazioni ed educazione alla salute sessuale e riproduttiva” (UNFPA, 2020d).

Tenendo conto della legislazione internazionale sui diritti umani, dei documenti di consenso internazionale e delle norme relative ai diritti umani, questo indicatore composito cerca di valutare la situazione giuridica per quanto riguarda la salute e i diritti sessuali e riproduttivi,

analizzando quattro grandi temi: assistenza alla maternità; contraccezione e pianificazione familiare; informazione ed educazione completa alla sessualità; salute sessuale e benessere (Figura 8). Ciascuno dei 13 elementi che compongono i quattro ambiti affronta questioni che possono

FIGURA 8

I quattro temi e i 13 componenti valutati dall'indicatore 5.6.2



essere regolamentate per legge. Per ogni componente si raccolgono dati sull'esistenza di elementi giuridici positivi (leggi e regolamenti a sostegno dei diritti) e ostacoli legali. Tra questi ultimi, le restrizioni a leggi e regolamenti favorevoli come, per esempio, la richiesta dell'autorizzazione di terzi, che costringono la persona a ottenere il consenso di un genitore, coniuge, giudice o commissione medica.

Tutti gli aspetti di questo indicatore concernono il rispetto dell'autonomia corporea.

All'interno di ciascun componente l'indicatore valuta la presenza di una legge favorevole e di eventuali restrizioni, come limiti di età o richieste di consenso da parte del coniuge. Inoltre controlla la presenza di sistemi giuridici plurimi – per esempio tradizionali, culturali o religiosi – che agiscono al di fuori della legge e possono limitare l'applicabilità dei regolamenti nazionali per alcuni gruppi di popolazione (UNDESA, 2018).

L'indicatore 5.6.2 raccoglie informazioni sull'esistenza di leggi favorevoli ma anche su altri fattori aggiuntivi che potrebbero ridurne l'impatto. I dati su tutti questi aspetti sono utilizzati per calcolare il valore da attribuire a ogni paese per ciascuno dei 13 componenti, che vengono poi aggregati attorno ai quattro ambiti principali e infine danno luogo a un valore complessivo (Figure 9 e 10).

L'indicatore è espresso in una scala percentuale da 0 a 100, segnala la situazione attuale e i progressi a livello nazionale dal punto di vista di leggi e regolamenti volti a garantire l'accesso pieno e paritario alla salute e ai diritti sessuali e riproduttivi. L'indicatore 5.6.2 misura soltanto l'esistenza di leggi e regolamenti, non la loro attuazione.

Tra tutti i paesi che hanno reso disponibili i dati per questo indicatore, i cinque paesi con il valore complessivo più alto sono: Svezia (100), Uruguay (99), Cambogia (98), Finlandia (98) e Paesi Bassi (98). I cinque paesi con i valori più bassi sono: Sud Sudan (16), Trinidad e Tobago (32), Libia (33), Iraq (39) e Belize (42).

Garantire la salute e i diritti sessuali e riproduttivi

I dati relativi all'indicatore 5.6.2 e ai suoi diversi componenti sono stati comunicati da 107 governi nazionali, anche tramite gli istituti di statistica nazionali e i ministeri competenti. Tuttavia solo 75 paesi hanno fornito dati completi sull'intero indicatore.

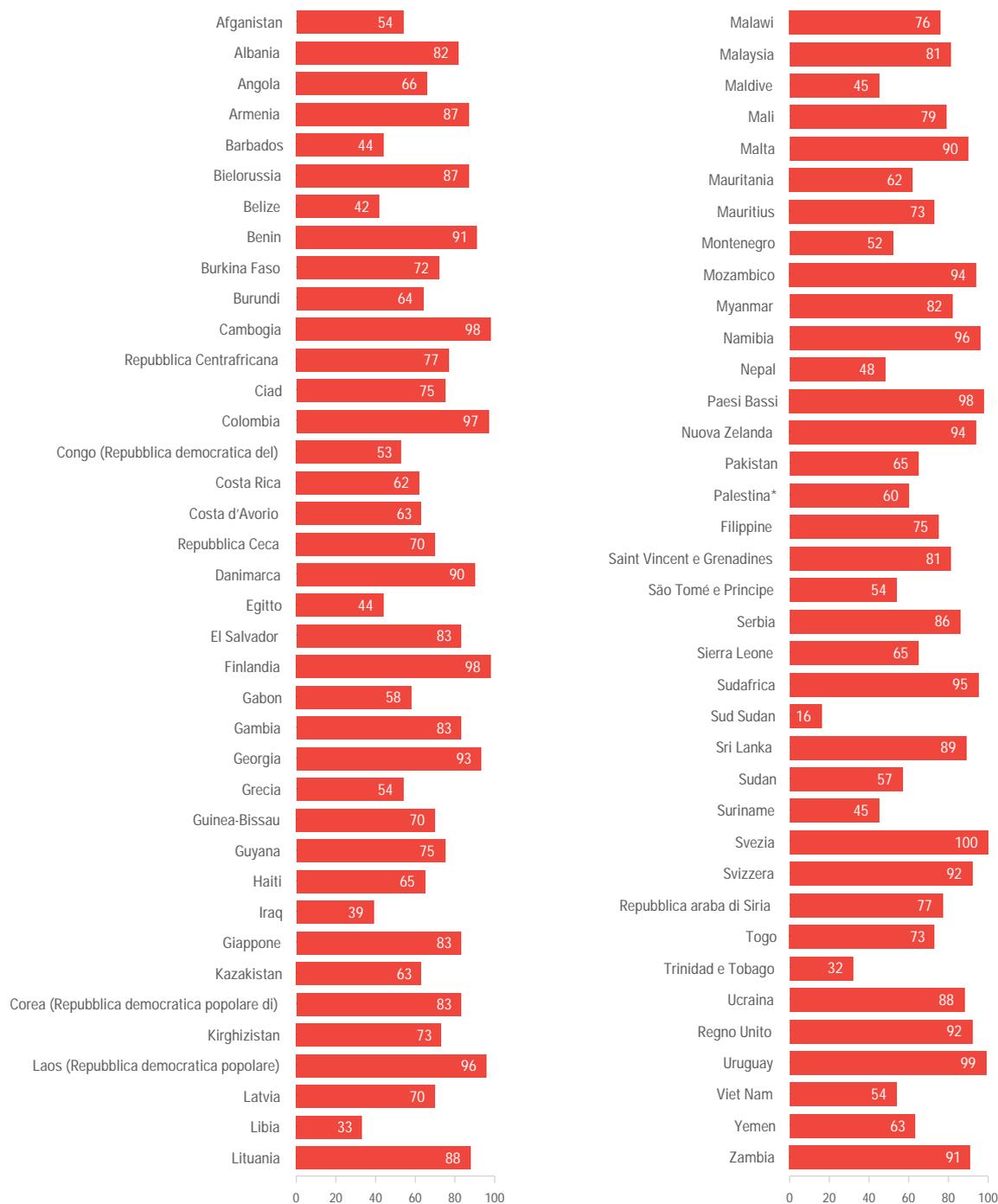
All'interno di questo indicatore, ciascuna delle quattro sezioni presenta un numero diverso di paesi che hanno comunicato i dati: 79 per l'assistenza alla maternità, 104 per contraccezione e pianificazione familiare, 98 per l'educazione completa alla sessualità e 101 per la salute sessuale e il benessere.

In media, nei 75 paesi che hanno trasmesso dati completi, il 73% dichiara di essersi dotato delle leggi e regolamenti necessari a garantire l'accesso completo e paritario a salute e diritti sessuali e riproduttivi. Tuttavia, il 20% di questi paesi presenta anche sistemi legali plurimi, il che fa temere che non sempre tutte le persone possano beneficiare delle leggi in questione.

Circa l'80% dei paesi che hanno comunicato dati riferisce di avere leggi volte a tutelare o a sostenere la salute sessuale e il benessere. Circa il 75% riferisce la presenza di leggi e regolamenti per garantire un accesso pieno e paritario alla contraccezione. Circa il 71% ha

FIGURA 9

Valore combinato dell'indicatore 5.6.2 (percentuale) per 13 componenti della salute sessuale e riproduttiva, per paese



*Il 29 novembre 2012 l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha approvato la Risoluzione 67/19 che accorda alla Palestina "lo stato di osservatore non-membro presso le Nazioni Unite"

FIGURA 10

In quale misura paesi, territori e altre aree si sono dotati di leggi e regolamenti che garantiscono accesso pieno e paritario a donne e uomini, a partire dai 15 anni, ad assistenza, informazioni e educazione alla salute sessuale e riproduttiva (valori espressi in percentuale)

	Servizi per la maternità					Servizi di contraccezione				Educazione sessuale			HIV e HPV				Valore complessivo di tutte le categorie, indicatore 5.6.2	
	Assistenza alla maternità	Prodotti salvavita	Aborto	Assistenza post-aborto	Media della categoria	Servizi per la contraccezione	Consenso alla contraccezione	Contraccezione d'emergenza	Media della categoria	Leggi sull'educazione alla sessualità come materia scolastica	Argomenti trattati nei programmi scolastici	Media della categoria	Servizi di test e counselling per l'HIV	Terapie e assistenza per l'HIV	Riservatezza sull'HIV	Vaccino HPV		Media della categoria
Afganistan	100	92	0	100	73	60	0	50	37	0	0	0	100	100	100	0	75	54
Albania	100	77	50	100	82	80	100	75	85	100	100	100	80	100	100	0	70	82
Angola	100	62	0	100	65	100	100	100	100	0	0	0	100	100	100	0	75	66
Antigua e Barbuda	–	85	0	100	–	0	100	0	33	0	0	0	100	100	100	0	75	–
Armenia	75	100	100	100	94	80	100	100	93	100	100	100	80	100	100	0	70	87
Australia	100	–	0	100	–	80	100	100	93	0	0	0	100	100	100	0	75	–
Bangladesh	0	85	–	100	–	0	0	0	0	100	88	94	40	40	75	0	39	–
Barbados	100	77	75	0	63	60	0	0	20	0	0	0	80	80	100	0	65	44
Bielorussia	100	85	75	100	90	100	100	100	100	100	100	100	100	100	75	0	69	87
Belgio	–	–	100	0	–	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	–
Belize	0	100	0	100	50	0	0	0	0	0	100	50	60	80	100	0	60	42
Benin	100	100	50	100	88	80	100	50	77	100	100	100	100	100	100	100	100	91
Botswana	100	92	–	0	–	80	100	100	93	100	88	94	40	80	100	100	80	–
Burkina Faso	75	100	0	100	69	80	0	75	52	100	50	75	60	100	100	100	90	72
Burundi	75	92	50	100	79	40	0	75	38	0	100	50	100	100	100	0	75	64
Cambogia	100	100	75	100	94	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	98
Camerun (Repubblica del)	100	92	25	100	79	100	100	100	100	0	0	0	–	–	–	0	–	–
Repubblica Centrafricana	100	100	0	100	75	60	100	50	70	100	88	94	100	100	100	0	75	77
Ciad	100	100	75	100	94	100	100	100	100	0	0	0	100	100	100	0	75	75
Cina	100	62	–	100	–	100	100	100	100	–	–	–	100	100	100	0	75	–
Colombia	100	92	75	100	92	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	97
Congo (Repubblica democratica del)	100	92	–	100	–	80	100	75	85	–	–	–	100	100	100	0	75	–
Congo (Repubblica del)	100	100	-25	0	44	100	100	75	92	0	0	0	60	80	100	0	60	53
Costa Rica	100	77	25	0	50	100	100	0	67	0	0	0	100	100	100	100	100	62
Costa d'Avorio	100	100	25	0	56	100	100	100	100	0	0	0	100	100	100	0	75	63
Repubblica Ceca	100	15	100	100	79	0	0	0	0	100	100	100	100	100	100	100	100	70
Danimarca	100	100	50	100	88	80	100	75	85	100	100	100	80	80	100	100	90	90
Egitto	100	54	-50	100	51	60	0	50	37	0	0	0	80	80	100	0	65	44

	Servizi per la maternità					Servizi di contraccezione				Educazione sessuale			HIV e HPV					Valore complessivo di tutte le categorie, indicatore 5.6.2
	Assistenza alla maternità	Prodotti salvavita	Aborto	Assistenza post-aborto	Media della categoria	Servizi per la contraccezione	Consenso alla contraccezione	Contraccezione d'emergenza	Media della categoria	Leggi sull'educazione alla sessualità come materia scolastica	Argomenti trattati nei programmi scolastici	Media della categoria	Servizi di test e counselling per l'HIV	Terapie e assistenza per l'HIV	Riservatezza sull'HIV	Vaccino HPV	Media della categoria	
El Salvador	100	100	-25	100	69	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	0	75	83
Guinea Equatoriale	–	100	–	–	–	–	–	–	–	0	0	0	100	100	100	0	75	–
Finlandia	100	100	75	100	94	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	98
Gabon	100	100	0	100	75	40	0	25	22	100	100	100	40	100	50	0	48	58
Gambia	100	100	25	100	81	100	100	100	100	100	100	100	40	20	100	100	65	83
Georgia	100	85	75	100	90	100	100	100	100	100	88	94	80	80	100	100	90	93
Germania	100	46	50	75	68	80	100	75	85	–	–	–	100	100	100	100	100	–
Grecia	100	62	75	0	59	100	0	0	33	0	0	0	80	80	100	100	90	54
Guatemala	100	85	–	0	–	80	100	75	85	100	100	100	80	80	100	0	65	–
Guinea	100	100	–	100	–	100	100	100	100	–	100	–	100	100	100	0	75	–
Guinea-Bissau	100	100	100	0	75	80	100	75	85	0	100	50	80	80	100	0	65	70
Guyana	100	92	75	100	92	60	100	50	70	100	100	100	60	60	75	0	49	75
Haiti	100	92	0	100	73	80	100	75	85	0	0	0	100	100	100	0	75	65
Honduras	50	–	-25	0	–	80	100	0	60	0	0	0	100	100	100	0	75	–
India	–	85	75	–	–	100	100	100	100	0	0	0	60	100	100	–	–	–
Iran (Repubblica islamica)	100	100	0	–	–	100	100	100	100	0	0	0	100	100	100	0	75	–
Iraq	75	77	0	0	38	80	0	0	27	0	0	0	80	100	100	0	70	39
Giappone	100	85	0	0	46	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	83
Kazakistan	75	69	75	100	80	100	100	0	67	0	0	0	100	100	100	0	75	63
Corea (Repubblica democratica popolare)	75	77	100	100	88	100	100	100	100	100	25	63	100	100	100	0	75	83
Kirghizistan	100	92	50	50	73	60	100	50	70	100	88	94	60	100	100	0	65	73
Laos (Repubblica democratica popolare)	100	100	50	100	88	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	96
Latvia	100	31	75	0	51	0	100	0	33	100	100	100	100	100	100	100	100	70
Liberia	100	92	–	100	–	80	100	75	85	0	0	0	100	100	100	0	75	–
Libia	75	77	-25	0	32	0	0	0	0	0	0	0	100	100	100	0	75	33
Lituania	100	92	75	100	92	80	100	75	85	100	100	100	60	60	100	100	80	88
Malawi	25	100	-50	75	38	80	100	100	93	100	100	100	80	80	100	100	90	76
Malaysia	75	77	-25	75	50	80	100	75	85	100	100	100	100	100	100	100	100	81
Maldive	0	92	25	0	29	0	0	0	0	100	63	81	100	100	100	0	75	45
Mali	100	100	50	100	88	80	100	100	93	0	0	0	100	100	100	100	100	79
Malta	100	100	-25	100	69	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	90
Mauritania	50	85	-25	0	27	100	100	100	100	0	0	0	100	100	100	100	100	62
Mauritius	100	85	50	100	84	60	100	50	70	0	0	0	100	100	100	100	100	73
Messico	100	–	–	0	–	100	100	100	100	100	88	94	–	–	–	100	–	–

	Servizi per la maternità					Servizi di contraccezione				Educazione sessuale			HIV e HPV					Valore complessivo di tutte le categorie, indicatore 5.6.2
	Assistenza alla maternità	Prodotti salvavita	Aborto	Assistenza post-aborto	Media della categoria	Servizi per la contraccezione	Consenso alla contraccezione	Contraccezione d'emergenza	Media della categoria	Leggi sull'educazione alla sessualità come materia scolastica	Argomenti trattati nei programmi scolastici	Media della categoria	Servizi di test e counselling per l'HIV	Terapie e assistenza per l'HIV	Riservatezza sull'HIV	Vaccino HPV	Media della categoria	
Moldova (Repubblica di)	75	100	75	100	88	100	100	0	67	100	–	–	80	80	75	100	84	–
Montenegro	75	100	75	75	81	60	0	50	37	0	0	0	80	80	75	0	59	52
Mozambico	100	92	25	100	79	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	94
Myanmar	100	92	-25	100	67	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	0	75	82
Namibia	100	100	50	100	88	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	96
Nepal	100	77	50	100	82	100	100	0	67	0	0	0	0	0	100	0	25	48
Paesi Bassi	100	100	75	100	94	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	98
Nuova Zelanda	100	100	25	100	81	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	94
Niger	100	100	–	100	–	100	100	100	100	100	100	100	80	100	100	100	95	–
Nigeria	–	100	75	0	–	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	–
Pakistan	100	92	-50	100	61	100	100	100	100	0	0	0	100	100	100	0	75	65
Palestina*	100	77	-50	100	57	80	100	75	85	0	0	0	100	100	100	0	75	60
Perù	100	–	–	100	–	80	100	100	93	100	100	100	100	100	100	100	100	–
Filippine	100	77	-25	100	63	60	100	0	53	100	100	100	80	80	100	100	90	75
Romania	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0	0	0	–	–	–	–	–	–
Federazione Russa	100	77	–	100	–	100	100	100	100	0	0	0	100	100	100	0	75	–
Saint Lucia	100	92	–	100	–	60	100	50	70	100	100	100	80	80	75	100	84	–
Saint Vincent e Grenadine	100	62	25	100	72	80	100	100	93	100	100	100	80	100	100	0	70	81
São Tomé e Príncipe	0	100	0	100	50	0	0	0	0	100	0	50	100	100	100	100	100	54
Arabia Saudita	75	–	–	–	–	100	100	100	100	–	–	–	100	100	100	0	75	–
Senegal	25	92	–	100	–	40	0	25	22	0	0	0	40	80	75	–	–	–
Serbia	100	92	25	100	79	100	100	100	100	100	0	50	100	100	100	100	100	86
Sierra Leone	100	100	50	0	63	100	100	100	100	0	0	0	100	100	100	0	75	65
Slovenia	100	54	–	100	–	100	100	100	100	–	–	–	100	100	100	100	100	–
Somalia	0	85	–	100	–	0	0	0	0	0	0	0	100	100	100	0	75	–
Sudafrica	100	100	75	100	94	80	100	75	85	100	100	100	100	100	100	100	100	95
Sud Sudan	0	100	0	0	25	20	0	0	7	0	88	44	0	0	0	0	0	16
Sri Lanka	100	77	-25	100	63	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	89
Sudan	100	85	25	100	77	60	0	75	45	0	0	0	100	100	100	0	75	57
Suriname	100	62	0	0	40	60	0	0	20	0	0	0	80	80	100	100	90	45
Svezia	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Svizzera	100	100	0	100	75	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	92
Repubblica araba di Siria	100	85	-50	100	59	80	100	100	93	100	88	94	100	100	100	0	75	77
Tanzania (Repubblica Unita)	100	100	–	100	–	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	–
Togo	100	100	50	100	88	100	100	100	100	0	0	0	100	100	100	0	75	73

	Servizi per la maternità					Servizi di contraccezione				Educazione sessuale			HIV e HPV					Valore complessivo di tutte le categorie, indicatore 5.6.2
	Assistenza alla maternità	Prodotti salvavita	Aborto	Assistenza post-aborto	Media della categoria	Servizi per la contraccezione	Consenso alla contraccezione	Contraccezione d'emergenza	Media della categoria	Leggi sull'educazione alla sessualità come materia scolastica	Argomenti trattati nei programmi scolastici	Media della categoria	Servizi di test e counselling per l'HIV	Terapie e assistenza per l'HIV	Riservatezza sull'HIV	Vaccino HPV	Media della categoria	
Trinidad e Tobago	25	85	0	25	34	0	0	0	0	100	100	100	40	40	0	0	20	32
Tunisia	100	100	–	100	–	100	–	–	–	0	0	0	0	0	75	0	19	–
Turchia	100	100	0	100	75	80	100	75	85	–	–	–	80	100	100	0	70	–
Ucraina	100	69	75	100	86	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	0	75	88
Regno Unito	100	100	0	100	75	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	92
Uruguay	100	85	100	100	96	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	99
Uzbekistan	100	69	75	–	–	100	100	0	67	–	–	–	–	–	–	0	–	–
Vietnam	50	77	25	0	38	80	0	75	52	0	100	50	100	100	100	0	75	54
Yemen	25	100	0	100	56	100	100	100	100	0	0	0	100	100	100	0	75	63
Zambia	100	100	50	100	88	60	100	75	78	100	100	100	100	100	100	100	100	91

Fonte: UNFPA, database mondiale, 2020. Basato sulle risposte ufficiali alla 12esima indagine delle Nazioni Unite tra i governi su popolazione e sviluppo.

I valori negativi riflettono la presenza di restrizioni legali più numerose delle leggi positive. Questo può significare, per esempio, che un paese o territorio prevede restrizioni sull'aborto, come la necessità del consenso del coniuge, affinché una donna sposata possa accedere all'aborto e che sottoporsi ad aborto è considerato reato.

– indica che il dato è mancante

*Il 29 novembre 2012 l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha approvato la Risoluzione 67/19 che accorda alla Palestina "lo stato di osservatore non-membro presso le Nazioni Unite"

leggi che garantiscono l'accesso all' "assistenza per la maternità", nella quale potrebbero essere compresi servizi e forniture per la salute materna, assistenza all'aborto e nel decorso post-aborto; infine, il 56% riferisce di avere leggi a sostegno dell'educazione completa alla sessualità.

Un'analisi dei valori complessivi per l'indicatore 5.6.2 dimostra che paesi di qualsiasi livello di reddito possono raggiungere un punteggio eccellente o scarso e possono creare un contesto legale e normativo favorevole (Figura 11).

Salute sessuale e benessere

Per quanto riguarda l'HIV, quasi tutti i paesi dichiarano di avere leggi e regolamenti che

garantiscono l'accesso a consulenza e test, terapia e assistenza, nonché tutela della privacy. In alcuni, però, la presenza di sistemi legali plurimi rischia di limitare l'accesso; alcuni, inoltre, possono imporre restrizioni in funzione dell'età o richiedono il consenso di terzi.

In poco più del 50% dei paesi che hanno comunicato i dati vigono leggi o regolamenti che garantiscono alle adolescenti l'accesso al vaccino contro il papilloma virus (HPV). Una recente indagine sull'esperienza della vaccinazione per HPV in 45 paesi a medio e basso reddito ha mostrato che il successo della campagna vaccinale dipendeva soprattutto dalla volontà politica e dai finanziamenti, ma richiedeva anche

una solida pianificazione, la sensibilizzazione a livello sociale e la diffusione di comunicazioni chiare (Howard *et al.*, 2017).

Contracezione e pianificazione familiare

Il 91% dei 104 paesi che hanno risposto riferisce di avere leggi e regolamenti intesi a garantire l'accesso ai servizi per la contraccezione, ma in molti l'accesso dipende dal rispetto di un'età minima, dall'autorizzazione di terzi e/o dallo stato civile.

Nel 12% dei casi, malgrado leggi che tutelano l'accesso ai servizi di contraccezione, sistemi legali plurimi ne contraddicono l'attuazione. Anche se l'87% di questi paesi riferisce di avere leggi che assicurano il consenso pieno, libero e informato, nel 9% dei casi sussistono sistemi legali plurimi che contraddicono le leggi medesime.

Assistenza alla maternità

Nell'ambito dell'assistenza alla maternità, l'indicatore 5.6.2 specifica quattro componenti: leggi che assicurino l'accesso ai servizi per l'assistenza alla maternità, farmaci e forniture sanitarie salvavita, assistenza per l'aborto e nel decorso post-aborto. I dati relativi a ciascuna componente sono analizzati di seguito.

Su 79 paesi, il 95% dichiara di avere leggi e regolamenti che garantiscono l'accesso all'assistenza per la maternità. Tuttavia l'accesso ai servizi è in alcuni casi condizionato dallo stato civile, dall'età, dall'autorizzazione di terzi, di solito i genitori o il coniuge.

Solo il 44% riferisce che il proprio elenco nazionale dei farmaci essenziali comprende i 13 prodotti ritenuti "salvavita" dalla Commissione delle Nazioni

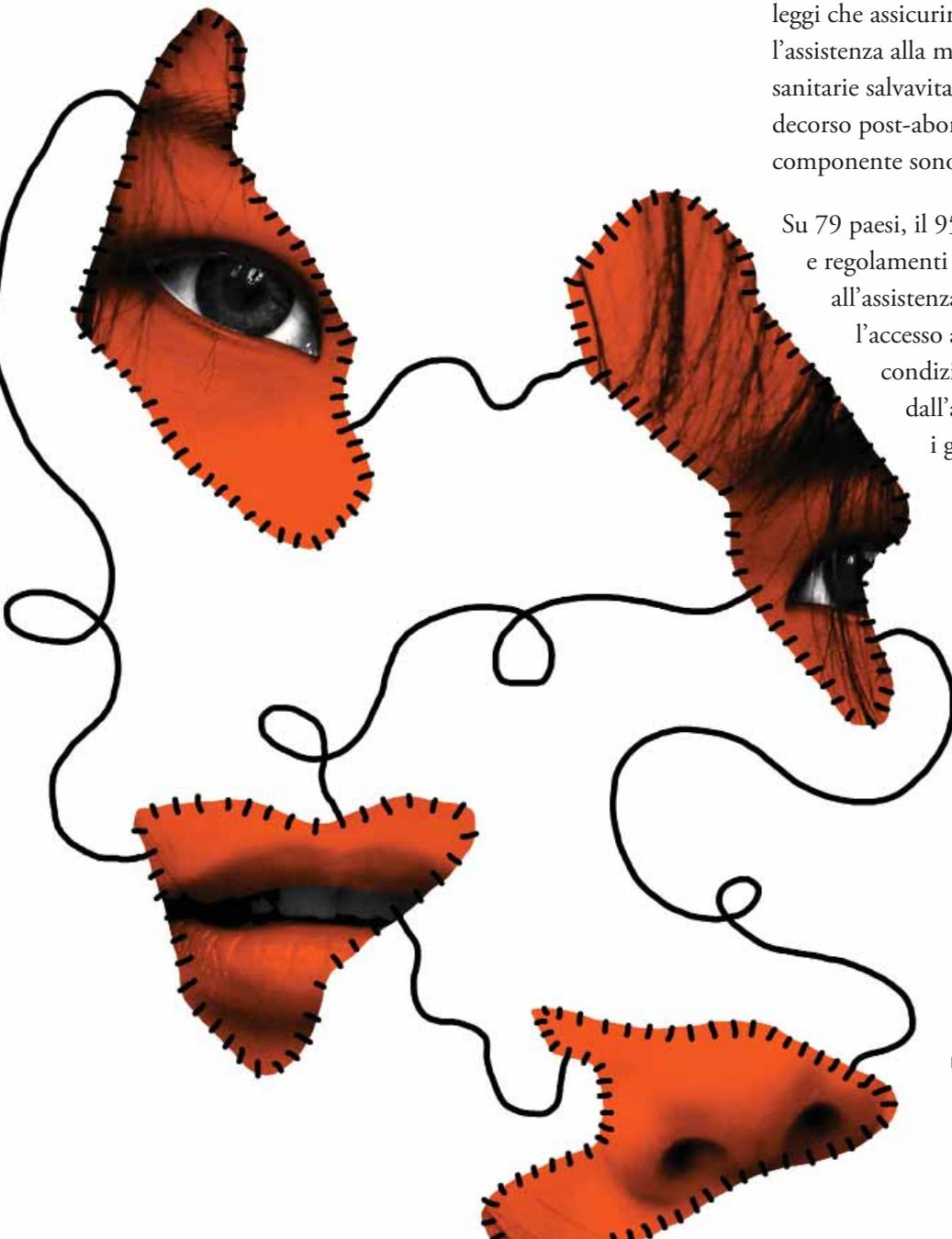
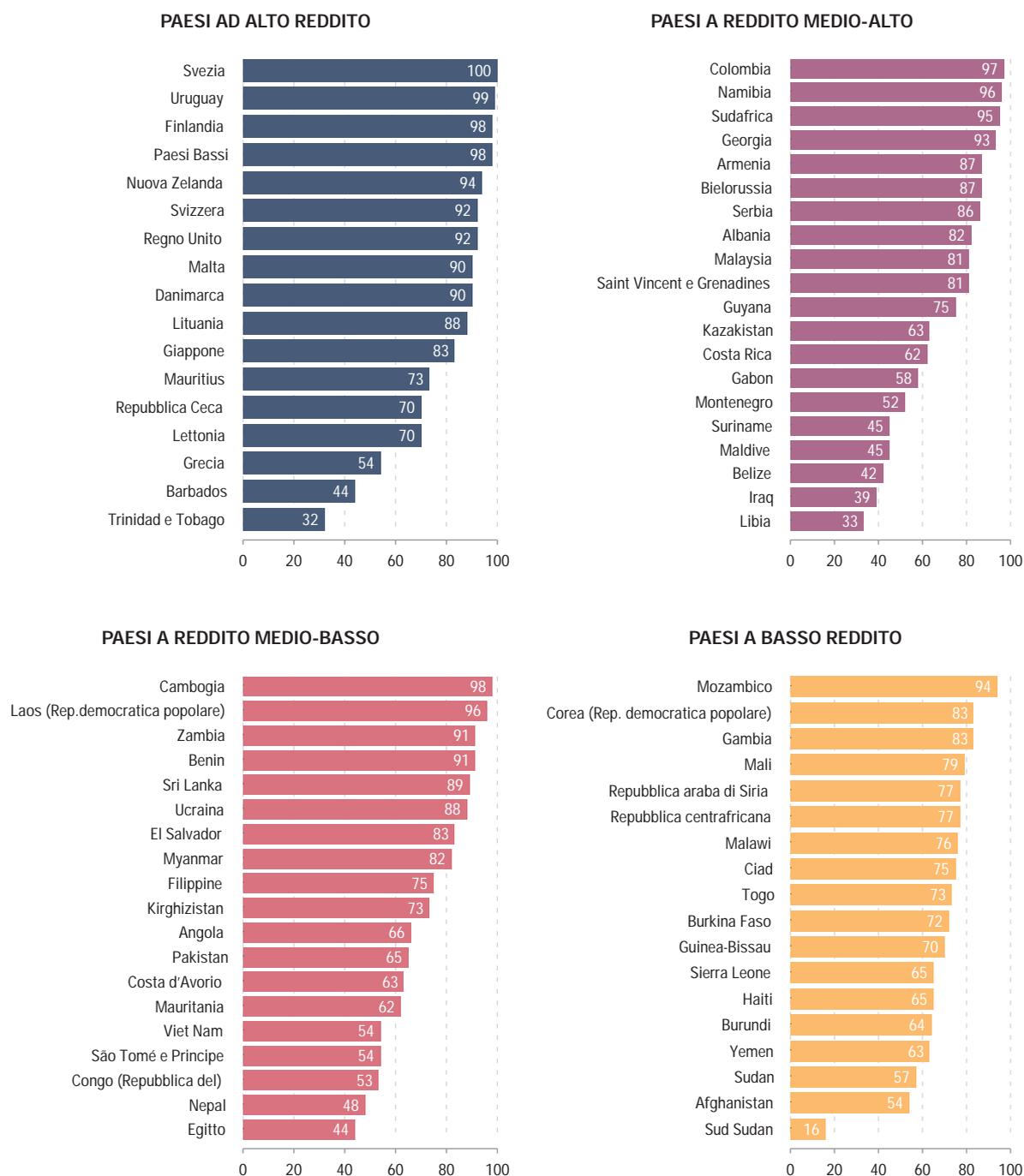


Illustrazione di Tyler Spangler

FIGURA 11

I valori complessivi dell'indicatore 5.6.2 mostrano che l'esistenza di leggi e regolamenti a tutela della salute sessuale e riproduttiva non dipendono dal livello di reddito nazionale. Valori espressi in percentuale



A prescindere dalla legge: **la realtà dell'accesso ineguale**

“Hanno portato una donna, da un villaggio isolato, in gravissime condizioni... Aveva cercato di procurarsi un aborto da sola,” ricorda Nuriye Ortayli, che negli anni Ottanta e Novanta lavorava in Turchia come ginecologa e ostetrica. “Tutti, dalle persone più giovani al personale più esperto, abbiamo tentato di salvarla per più di 12 ore, quasi 24. Abbiamo fatto tutto il possibile. Ma è morta.”

Quella della dottoressa Ortayli non è però una storia di aborti illegali e clandestini. All'epoca, in Turchia, i servizi di interruzione della gravidanza erano legali. “Se avesse potuto

recarsi in un ospedale... Lo si poteva fare in anestesia locale” racconta. La dottoressa parla di una realtà con cui le donne e il personale sanitario si scontrano in tutto il mondo: gli aborti si praticano anche nei paesi in cui questa procedura è soggetta a molti vincoli o è del tutto illegale (Bearak et al., 2020), e tante donne si vedono negare l'accesso all'aborto sicuro anche nei paesi in cui è legalmente consentito (Gerds et al., 2015). A prescindere dalla legge, spesso subentrano altri fattori, come le risorse economiche, la distanza dai servizi o la presenza di norme

socio-culturali, a determinare se una donna potrà o meno accedere a un aborto sicuro.

La dottoressa Ortayli ha osservato questo fenomeno sia quando esercitava la professione in Turchia, sia come direttrice dei programmi e consulente per la salute riproduttiva per diverse organizzazioni, tra cui UNFPA, in Europa orientale, Medio Oriente, Africa occidentale e nel continente americano. “Lo vediamo di continuo. Qualunque sia lo status legale dell'aborto in un dato paese, le donne prendono la decisione e trovano il modo per attuarla” dice. “Quelle che se lo possono

“Qualunque sia lo status legale dell'aborto in un dato paese, le donne prendono la decisione e trovano il modo per attuarla”



Qualunque sia la legge vigente in tema di aborto, le donne che ne hanno i mezzi trovano il modo di accedere a questa procedura, mentre quelle prive di risorse devono affrontare molti più rischi. Illustrazione originale di Naomi Vona; foto di JESHOOOTS su Unsplash.

permettere riescono, in qualche modo, a godere di migliore salute di altre, perché hanno migliori opportunità, hanno soldi, hanno una rete di solidarietà. Quelle che sono più svantaggiate dal punto

di vista economico, sociale o culturale soffrono di più.”

In Irlanda, per contro, anche quando l'aborto era rigorosamente vietato in quasi tutte le circostanze, molte donne che volevano

interrompere la gravidanza riuscivano a farlo andando all'estero. “In moltissimi casi, quando la donna era davvero decisa ad abortire, finiva per riuscirci” dice Cairiona Henchion direttrice della Irish Family Planning Association.

Per molte donne, forse la maggioranza, la legge non serviva a prevenire l'aborto ma "spesso produceva un grave ritardo nella possibilità di accedervi" spiega la dottoressa HENCHION. "E quel periodo di attesa era fonte di grande stress e di angoscia... Senza contare ovviamente i maggiori rischi legati alla procedura."

Quelle che non riuscivano ad abortire andando all'estero erano "un gruppo relativamente piccolo" dice, "soprattutto donne che sapevano poco l'inglese o non avevano ancora la cittadinanza a pieno titolo, con i diritti che vi si associano" come la possibilità di lasciare il paese e rientrarvi con facilità, "o adolescenti che avrebbero dovuto chiedere il consenso dei genitori, o persone che non potevano pagarsi il viaggio... O ancora, che non avevano nessuno con cui parlare [della gravidanza], nessuno che potesse aiutarle."

Sebbene all'epoca la dottoressa HENCHION non potesse praticare aborti, poteva invece intervenire nel decorso post-aborto, cosa che naturalmente faceva, di solito dopo che le donne si erano procurate illegalmente le pillole per indurre l'aborto farmacologico. "Nella maggioranza dei casi è sicuro e immediato e di

solito non presenta problemi o complicazioni", per cui solo una piccola parte di questi aborti ha richiesto l'intervento del sistema sanitario, spiega. Ma era comunque "abbastanza normale" ricevere pazienti con un sanguinamento copioso o prolungato e "donne che magari avevano preso i farmaci a casa, in una fase più avanzata della gestazione di quella che credevano o di quella prescritta per quel tipo di metodo."

Questi, ricorda la dottoressa HENCHION, erano casi difficili. A volte le pazienti la supplicavano, letteralmente, per avere informazioni sull'aborto o per farsi rilasciare una prescrizione che lei, legalmente, non poteva rilasciare. Alla fine, le normative sembravano produrre un risultato per le persone con disponibilità e risorse e un altro per chi non aveva nulla. "È così che mi sono sempre sentita" ricorda. HENCHION è stata una delle attiviste per la legalizzazione dell'aborto in Irlanda, introdotta nel 2018 in seguito a un referendum popolare.

Ancora oggi, comunque, le persone più svantaggiate continuano a dover superare maggiori ostacoli e a correre rischi più elevati. "In alcune regioni del paese è quasi impossibile accedere alla

procedura per mancanza di personale" dice HENCHION. Alcune donne devono ancora oggi mettersi in viaggio per avere accesso a un aborto sicuro, con i ritardi e i costi che ne conseguono. Le migranti senza documenti e chi non parla inglese continuano a incontrare grandi difficoltà.

La dottoressa ORTAYLI riferisce un'analoga frustrazione. "Ho esercitato privatamente per sette o otto anni a Istanbul, avevo tante clienti che venivano dal Golfo, dove ci sono più restrizioni. Naturalmente erano tutte donne che se lo potevano permettere." Allo stesso tempo, sapeva che le più vulnerabili nel suo paese faticavano a ricevere lo stesso livello di assistenza, o per la distanza dai servizi, o per le regole relative al permesso del coniuge. "Ho visto uomini servirsene come di un'arma contro le donne, per esempio quando una donna avrebbe voluto divorziare, ma rimaneva incinta, e il marito non le permetteva di abortire per legarla a sé."

ORTAYLI si dichiara comunque felice che in Turchia ci sia la possibilità di interrompere la gravidanza, anche se non accessibile a tutte. Ricorda il dolore provato quando la sua paziente è morta in seguito

a un aborto clandestino. Un medico più anziano le aveva detto che un tempo la situazione era peggiore. “Prima della liberalizzazione, mi ha detto, in questo reparto perdevamo anche due o tre donne alla settimana.”

Paradossalmente, dice la dottoressa Henchion, la depenalizzazione dell’aborto in Irlanda ha offerto a molte donne un’opzione in più: la possibilità di cambiare idea. Prima, quando erano costrette a recarsi all’estero per abortire, si sentivano spesso costrette a sottoporsi alla procedura, dopo aver speso tanto tempo e risorse per organizzarla. “La pressione a cui erano sottoposte al momento di decidere era enorme... Era la loro sola possibilità di farlo, o di non farlo.” Oggi invece, spiega, “possiamo fornire tutte le informazioni del caso, lasciando loro tempo e spazio per riflettere.”

Questo cambiamento, dice, è ancora più importante adesso, durante la pandemia da COVID-19. “Se pensiamo alle restrizioni sui viaggi, ci troveremo in una situazione molto, molto grave, se non avessimo legalizzato l’aborto in precedenza... Con il COVID si sono verificate diverse gravidanze difficili, di donne che hanno perso il lavoro, o si sono ritrovate in situazioni completamente diverse,

Unite nell’ambito della salute riproduttiva, materna, neonatale e infantile.

Dei 13 prodotti in lista, tre sono contraccettivi – preservativi femminili, impianti contraccettivi e contraccezione d’emergenza – e il loro inserimento negli elenchi nazionali dei farmaci essenziali è molto meno frequente rispetto a tutti gli altri 10 prodotti.

Il 93% dei 79 paesi ha dichiarato che l’aborto è legale in tutti o in alcuni casi: circa il 90% consente il ricorso all’aborto per salvare la vita della donna, l’80% circa per salvaguardare la salute fisica della donna o in caso di malformazioni del feto, poco più del 60% in caso di stupro.

La restrizione all’aborto citata più di frequente è la richiesta di autorizzazione firmata da personale medico. Tale limitazione può essere intesa come una discriminazione nei confronti di chi incontra ostacoli nell’accedere ai servizi sanitari, o delle persone il cui medico rifiuta di prescrivere l’aborto per convinzione personale o perché si attiene alle norme dominanti nell’ambiente sociale. L’interruzione di gravidanza farmacologica è un’opzione sicura che non richiede necessariamente il coinvolgimento diretto di un medico. Con questo tipo di aborto le attività di counselling possono essere erogate da personale non medico nelle farmacie autorizzate, da altri/e professionisti/e del settore sanitario, tramite attività di telemedicina o tramite numeri verdi dedicati per l’aborto sicuro.

I paesi in cui le donne possono accedere legalmente ai servizi per l'interruzione della gravidanza e che garantiscono l'accesso alle informazioni e a tutti i metodi contraccettivi, presentano i tassi di abortività più bassi (UN Working Group on Discrimination Against Women in Law and Practice, 2017). Uno studio che ha elaborato i dati di 61 paesi ha rilevato che nei paesi in cui l'aborto è sempre vietato, o è consentito esclusivamente per salvare la vita o la salute della donna, solo il 25% di tutti gli aborti è eseguito in sicurezza. Nei paesi in cui l'aborto è legale in più situazioni, quasi il 90% di tutti gli aborti è eseguito in sicurezza (Ganatra *et al.*, 2017). Un aborto si considera sicuro quando è eseguito mediante uno dei metodi raccomandati dalla Organizzazione mondiale della sanità, che sia appropriato per la fase della gravidanza in cui viene praticato e quando la persona che lo esegue ha la formazione professionale richiesta. Questi aborti possono essere eseguiti mediante farmaci (aborto farmacologico) o attraverso procedure ambulatoriali.

Le dichiarazioni internazionali come il Programma d'Azione della ICPD affermano che l'assistenza nel decorso post-aborto deve essere universalmente disponibile a prescindere dalla legislazione che regola l'aborto in sé. Tuttavia solo l'80% dei 79 paesi che hanno comunicato i loro dati si è dotato di leggi o regolamenti che garantiscono l'accesso all'assistenza post-aborto, indipendentemente dal fatto che l'intervento effettuato sia legale o meno. In alcuni paesi la divergenza tra il quadro giuridico internazionale e le leggi nazionali crea lacune nei servizi che possono contribuire alla mortalità e la morbilità materna.

Informazione ed educazione completa alla sessualità

Solo il 62 per cento dei paesi che hanno comunicato i dati dichiara di avere leggi, regolamenti o politiche nazionali che prevedono l'educazione completa alla sessualità come materia curricolare obbligatoria nei programmi scolastici nazionali.

Limiti dell'indicatore

Nessun indicatore potrà mai rendere conto in modo completo della situazione legale di un paese. La complessità della giurisprudenza, con le sue leggi e regolamenti che influenzano gli esiti per la salute e le lunghe procedure per passare dall'approvazione di una legge alla sua piena attuazione, rendono il compito impossibile. Di conseguenza vi sono solo poche correlazioni sicure tra la performance di un paese relativamente all'indicatore 5.6.2 e il raggiungimento di risultati rilevanti per la salute sessuale e riproduttiva. I dati dell'indicatore 5.6.2 forniscono un punto di partenza per un'indagine più approfondita sui punti di forza e di debolezza di leggi e regolamenti, così come sono sulla carta e sulla loro attuazione in concreto.

Tutte le leggi e i regolamenti presi in esame dall'indicatore 5.6.2 riguardano solo l'erogazione dei servizi per la salute, il che produce un quadro essenziale ma incompleto. È necessario anche comprendere meglio sia le leggi, sia le tante altre forze che potenziano o minano l'autonomia delle donne e il loro empowerment in generale, nonché il modo in cui tali forze incidono direttamente sulla capacità decisionale nelle questioni che attengono alla salute sessuale e riproduttiva.

Inoltre l'indicatore 5.6.2 riguarda solo alcuni aspetti della salute associati all'autonomia corporea. Non copre, per esempio, le leggi che regolano altre questioni importanti come lo stupro coniugale, la possibilità di autodeterminazione dell'identità di genere, gli interventi chirurgici su minori intersex, i rapporti sessuali tra persone dello stesso sesso.

Altre leggi che governano l'erogazione dei servizi per la salute e che possono incidere sull'autonomia fisica non sono incluse nell'indicatore 5.6.2, come quelle che garantiscono la tutela contro la discriminazione, le garanzie di privacy, l'accesso alla giustizia. Per esempio, quando l'identità o la professione di una persona viene criminalizzata, come nel caso delle persone transgender o del lavoro sessuale, spesso la disapprovazione sociale e la discriminazione all'interno delle strutture sanitarie è tale che diventa un ostacolo all'accesso ai servizi e svolge quindi un ruolo importante nella tutela dell'autonomia corporea (Global Commission on HIV and the Law, 2012).

Alcune riforme recenti aprono la strada al cambiamento

In tutto il mondo ci sono paesi che stanno approvando leggi e regolamenti volti a garantire l'uguaglianza e il pieno accesso a salute e diritti sessuali e riproduttivi. È ancora presto per valutare l'impatto di questi cambiamenti, ma sono comunque un passo importante per garantire l'autonomia corporea.

In Tunisia, per esempio, lo stupro coniugale fino a poco tempo fa non era considerato

un reato. Nel 2017 invece il Parlamento ha approvato una legge-quadro sulla violenza di genere che ne prevedeva l'esplicita criminalizzazione. Con questa riforma si è anche provveduto a eliminare la scappatoia legale che consentiva allo stupratore di evitare le conseguenze del suo crimine sposando la donna (o la ragazza) che aveva violentato (McCormick-Cavanagh, 2017).

A Malta la legge del 2015 su identità di genere, espressione di genere e caratteristiche sessuali ha riconosciuto il diritto alla "integrità del corpo e all'autonomia corporea" nel quadro del diritto all'identità di genere. La legge ora vieta "qualsiasi terapia di assegnazione del sesso e/o intervento chirurgico sulle caratteristiche sessuali di un/una minore, fino a quando il soggetto è in grado di dare il proprio consenso informato" (Cabral, 2015).

In Irlanda nel 2015 è stata varata una legge che consente alle persone transgender maggiori di 18 anni di auto-dichiarare il genere di appartenenza, senza bisogno di un certificato medico o di altri interventi di autorità statali (Transgender Europe, 2015). L'Irlanda è il quarto paese al mondo, dopo Danimarca, Malta e Argentina, a introdurre una legge di questo tipo (Heidari, 2015).

In Africa, il Botswana è il paese che più recentemente (2019) si è dotato di un provvedimento che depenalizza i comportamenti o gli atti sessuali tra persone dello stesso sesso adulte e consenzienti, citando il diritto alla privacy, alla dignità e alla non-discriminazione (Esterhuizen, 2019).



IL POTERE DI DIRE SÌ, IL DIRITTO DI DIRE NO

Il raggiungimento dell'autonomia corporea dipende dall'uguaglianza di genere e dall'ampliamento di scelte e opportunità per donne, ragazze, gruppi emarginati

Le donne e i movimenti femministi hanno sempre saputo che scegliere è potere e che non esistono scelte più importanti di quelle che riguardano il proprio corpo.

Rivendicare il diritto di scelta può sembrare un concetto moderno, ma già nel 400 a.C. la ginecologa greca Agnodice rifiutò di accettare una legge che vietava alle donne il diritto di praticare la professione medica, privandole della libertà di scelta. Portata in tribunale per aver comunque curato delle pazienti, vinse la causa e la legge fu abrogata. Da allora in poi, in ogni secolo sono emerse voci di donne per chiedere autonomia e libertà di scelta, fino ai movimenti femministi degli ultimi decenni che

hanno fatto di “il corpo è mio e lo gestisco io” il loro grido di battaglia.

L'autonomia corporea coinvolge molte questioni, riconducibili all'autodeterminazione. Il monitoraggio dell'autonomia corporea nell'ambito degli Obiettivi di sviluppo sostenibile consente di evidenziare tre aspetti cruciali: la possibilità di decidere autonomamente sulla propria salute, sulla contraccezione e sui rapporti sessuali. Molti altri fattori influenzano tuttavia queste decisioni. Ben pochi progressi si possono compiere se non si demolisce un ostacolo intrinseco alla possibilità di scegliere: la discriminazione di genere che è radicata nel tessuto della nostra società, delle nostre economie

e dei nostri sistemi politici, spesso alimentati da privilegi e potere che sono quasi sempre in mano agli uomini.

La libertà di scelta è così importante perché è il fondamento di tanti altri diritti, e perché i benefici che ne derivano si propagano in molte direzioni. La donna che può decidere in materia di rapporti sessuali, contraccezione e salute riproduttiva molto probabilmente godrà di una migliore salute generale, potrà possedere beni, trovare un lavoro retribuito, avere più tempo libero ed evitare violenze di genere. Se decide di avere figli/e, questi/e avranno migliori probabilità di essere in buona salute (UNFPA, 2020e).

Non c'è dubbio che oggi donne e ragazze subiscano meno discriminazioni di genere. I progressi verso l'uguaglianza e le scelte di cui dispongono sono visibili ovunque. Ma l'obiettivo dell'uguaglianza e della libertà di scelta è tutt'altro che raggiunto. Donne e ragazze continuano ad affrontare evidenti violazioni dei propri diritti, tanto più se sono

anche oggetto di discriminazioni per motivi di razzializzazione, età, orientamento sessuale, reddito o disabilità.

La capacità di prendere decisioni importanti dipende dall'autonomia della persona che deve essere informata e in grado di agire, dal contesto, sia familiare che giuridico, che deve favorire e rispettare le scelte individuali. Questi due concetti inscindibili sono al centro del Programma d'azione della ICPD e della Dichiarazione e Piattaforma d'azione di Pechino. Si riflettono inoltre nell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile e nella Dichiarazione di Nairobi su ICPD25, che esortano a tutelare e garantire “il diritto di tutte le persone all'integrità fisica, all'autonomia e ai diritti riproduttivi, assicurando l'accesso ai servizi essenziali a sostegno di tali diritti.”

Questi impegni sono oggi un punto di riferimento di una nuova campagna globale, Generation Equality, lanciata in occasione del venticinquesimo anniversario della Piattaforma di Pechino e impegnata a raggiungere un'effettiva parità di genere entro il 2030. Riunendo persone di ogni età e provenienza, attive e spinte da un forte desiderio di cambiamento, Generation Equality ha la possibilità di vedere un mondo in cui autonomia e potere di scelta siano finalmente e irrevocabilmente alla portata di tutti e tutte. Cosa manca ancora per raggiungere questo obiettivo?

L'autonomia dipende dall'uguaglianza di genere

Per le donne e le ragazze, conseguire l'autonomia corporea dipende prima di tutto dal raggiungimento dell'uguaglianza di genere. Si tratta di un obiettivo ambizioso, ma sul quale converge il consenso internazionale espresso nel quinto degli Obiettivi per lo sviluppo sostenibile e nelle finalità della Dichiarazione e Piattaforma d'azione di Pechino.

La libertà di scelta è così importante perché è il fondamento di tanti altri diritti, e perché i benefici che ne derivano si propagano in molte direzioni

Tutti i paesi possono fare molto di più per raggiungere l'uguaglianza di genere, visto che nessuno può dire di aver raggiunto questo obiettivo.

I governi hanno un ruolo essenziale da giocare per raggiungere questo traguardo. Nell'adempiere ai loro obblighi sottoscritti con i trattati sui diritti umani, come la Convenzione per l'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne e la Convenzione sui diritti dell'infanzia, i governi possono modificare le strutture sociali, politiche, istituzionali ed economiche che rafforzano e perpetuano le norme di genere basate sulla disuguaglianza.

Uno dei progressi fondamentali consiste nell'eliminare le disuguaglianze nella funzione pubblica, nell'ambito del potere legislativo e delle posizioni di leadership, per far sì che il punto di vista delle donne possa influenzare e guidare politiche e regolamenti che incidono sui loro diritti e le loro scelte. Alcuni paesi hanno compiuto grandi progressi verso l'accesso delle donne a cariche elettive, anche attraverso il ricorso alle quote rosa e ad altre misure specifiche. Ma questi cambiamenti produrranno un impatto maggiore se si accompagnano a sistemi, istituzioni e "apparati" più solidi e meglio finanziati, come definiti nella Piattaforma d'azione di Pechino, al fine di promuovere l'uguaglianza di genere.

Nella situazione attuale, molti meccanismi nazionali per l'uguaglianza di genere sono scarsamente finanziati o sono sovvenzionati da paesi donatori le cui priorità non necessariamente coincidono con quelle dei paesi in via di sviluppo. E se circa tre quarti dei paesi affermano che l'uguaglianza di genere occupa un posto centrale nelle strategie nazionali per realizzare gli Obiettivi di sviluppo sostenibile, soltanto la metà ha coinvolto quelle istituzioni responsabili

dell'uguaglianza di genere nella formulazione di queste strategie.

Un numero sempre maggiore di governi, a partire dalla Svezia nel 2014, ha adottato una "politica estera femminista". Si tratta, secondo il Centro per la politica estera femminista, di una "struttura politica multidimensionale che mira a valorizzare le esperienze e l'operato dei gruppi femminili e di persone emarginate..." Pur trattandosi di uno sviluppo incoraggiante, porterà a un cambiamento solo se non si limiterà al "fem-washing", una pratica in cui la retorica non corrisponde alla realtà.

Un buon punto di partenza potrebbero essere gli aiuti umanitari e quelli per lo sviluppo internazionale. Nel 2018 soltanto il 4% circa degli aiuti complessivi erogati dai 30 principali donatori del mondo ha sostenuto programmi che avevano come obiettivo primario l'uguaglianza di genere e l'empowerment delle donne.

In futuro, probabilmente, uno dei temi più urgenti riguarderà i livelli record del debito pubblico. Molti paesi si trovano nel pieno di una nuova ondata di austerità fiscale che inciderà negativamente, secondo una stima precedente la pandemia, sulla vita di quasi tre quarti di tutte le donne e ragazze del mondo. È raro che le decisioni sulle misure di austerità da attuare riflettano la preoccupazione per l'uguaglianza di genere. La tendenza è a ridurre i servizi pubblici, i salari e in generale la qualità dell'occupazione, colpendo con particolare violenza le donne in condizione di povertà. I governi possono, anche nei momenti di maggiore difficoltà, individuare politiche fiscali e monetarie che tutelino i servizi essenziali per l'uguaglianza e l'autonomia, e promuovere l'occupazione e la creazione di posti di lavoro dignitosi (UN ECOSOC, 2019). Per fare questo è necessaria una riduzione del servizio del debito internazionale, cosa che potrebbe essere appoggiata da una politica estera femminista.

Unfpa: realizzare l'autonomia corporea il nostro fondamentale impegno

Da oltre 50 anni UNFPA è il principale sostenitore del diritto all'autonomia corporea in tutto il mondo. In quanto Agenzia delle Nazioni Unite per la salute sessuale e riproduttiva, la nostra missione è di realizzare un mondo in cui ogni gravidanza sia voluta, ogni nascita sicura, il potenziale di ogni giovane realizzato. Operiamo con i nostri programmi in oltre 150 paesi e territori, coprendo l'80% della popolazione mondiale, tutti i programmi mirano, in un modo o nell'altro, a promuovere la realizzazione dei diritti e delle scelte che definiscono l'autonomia.

UNFPA mette a disposizione di donne, ragazze e giovani di tutto il mondo un'assistenza sanitaria accessibile e qualificata, una varietà di contraccettivi moderni, informazioni accurate che promuovono l'*empowerment*, la tutela da pratiche dannose come i matrimoni precoci e da tutte le altre forme di violenza di genere.

Siamo il principale fornitore a livello mondiale di contraccettivi gratuiti per i paesi in via di sviluppo. Nel 2019 questi contraccettivi hanno permesso alle donne di prendere decisioni che hanno contribuito a evitare, secondo le stime, 14 milioni di gravidanze non desiderate e 3,9 milioni di aborti a rischio.

Il nostro sostegno alla salute materna in tutto il mondo è particolarmente significativo in 32 paesi delle cinque regioni che presentano i tassi più elevati di mortalità e morbilità materna. Nel 2019, sono state formate 29.000 ostetriche e 2.700 tutor in ostetricia hanno migliorato le loro competenze, ampliando le possibilità di scelta di servizi qualificati a costi accessibili per le donne.

Poiché la gravidanza in età adolescenziale è spesso la conseguenza di un accesso limitato o nullo all'istruzione, all'informazione e all'assistenza sanitaria, UNFPA contribuisce a tutelare e a realizzare i diritti e le opportunità di scelta delle adolescenti con programmi di educazione completa alla sessualità e difendendo il diritto delle ragazze a completare la propria istruzione.

In collaborazione con UNICEF, sosteniamo il più grande programma globale per accelerare l'eliminazione delle mutilazioni genitali femminili in 17 paesi nei quali questa pratica è più diffusa. Tra i risultati ottenuti, il programma ha ideato strategie innovative per modificare le norme sociali così da mettere fine a una pratica lesiva dell'integrità fisica in tenera età.

In collaborazione con UNICEF, sosteniamo inoltre i programmi tesi a eliminare i matrimoni precoci entro il 2030. Ogni anno, almeno 12 milioni di ragazze subiscono questa pratica che mina il loro potere decisionale non solo nell'ambito di salute, contraccezione e rapporti sessuali, ma anche per quanto riguarda l'istruzione, la capacità di percepire un reddito, la possibilità di partecipare attivamente alla vita sociale.

In quanto una delle principali agenzie delle Nazioni Unite impegnata a promuovere l'uguaglianza di genere e l'*empowerment* femminile, UNFPA opera per tutelare le vittime di violenza di genere, fornendo servizi essenziali anche in situazioni di crisi umanitarie.

La realizzazione dell'autonomia corporea è in un certo senso la dimensione stessa del ruolo di UNFPA nel mondo: è il nostro scopo. La nostra missione potrà dirsi completa solo quando ogni donna e ogni ragazza, senza eccezioni, ne potrà beneficiare pienamente.



Illustrazione di Nanke

L'autonomia esige il riconoscimento delle interconnessioni

Questo rapporto è dedicato alle scelte e all'autonomia corporea in relazione alla salute e ai diritti sessuali e riproduttivi, in linea con alcuni obiettivi di uguaglianza di genere fissati nell'ambito degli Obiettivi di sviluppo sostenibile. Si tratta di un punto di partenza fondamentale, perché il potere di decidere in questi settori può determinare le decisioni prese in tanti altri ambiti. Il potere di scelta e l'autonomia corporea delle donne sono minacciati da molti fattori interconnessi e che si rinforzano reciprocamente. L'industria e diversi settori dell'economia possono prosperare perché le donne sono spesso relegate in occupazioni ripetitive e malpagate, in pessime condizioni di lavoro che minano la loro salute e riducono le aspettative di vita. In molte società, subiscono ancora molestie sessuali che possono influenzare le decisioni sugli ambienti in cui inserirsi e persino se e come frequentare gli spazi pubblici.

Il nuovo organismo delle Nazioni Unite, la Coalizione d'Azione sull'autonomia corporea e sulla salute e i diritti sessuali e riproduttivi [United Nations Action Coalition on Bodily Autonomy and Sexual and Reproductive Health and Rights] esorta a prendere in considerazione le diverse componenti dell'autonomia e le loro interconnessioni. Parte integrante dei preparativi in vista del Generation Equality Forum che celebrerà il venticinquesimo anniversario della Dichiarazione di Pechino, la Coalizione mira a proporre alcune azioni ambiziose per imprimere un'accelerazione al progresso in tema di diritti delle donne entro i prossimi cinque anni. UNFPA è l'agenzia delle Nazioni Unite designata a figurare tra i leader della coalizione.

Nel complesso, donne e adolescenti devono avere un numero sempre maggiore di possibilità a



Illustrazione di Kaisei Nanke

sostegno delle loro scelte, in termini immediati e pratici: per esempio godendo di pari opportunità nell'accesso all'istruzione qualificata e a posti di lavoro dignitosi. Ma anche le misure più valide rischiano di fallire se non si coordinano e se non contribuiscono attivamente alla trasformazione di quei sistemi che favoriscono il permanere di discriminazioni di genere. Per esempio, i programmi in favore dell'imprenditoria femminile, se in molti ambienti risultano popolari e offrono la possibilità di migliorare il benessere e il potere

decisionale delle donne, hanno un raggio d'azione limitato se non si eliminano anche i molti pregiudizi che condizionano il mondo del lavoro, i sistemi di protezione sociale, l'assistenza sanitaria, gli schemi pensionistici, la possibilità di accedere a beni e servizi di natura economica, l'accesso al mercato del lavoro e alle sue tutele (UN ESCAP e UN Women, 2020).

L'autonomia esige nuove norme sociali e nuove opportunità

Sono stati fatti grandi passi avanti nella comprensione dei meccanismi utili a modificare le norme sociali che perpetuano disparità di genere e molte altre forme di discriminazione. Ne fanno parte le campagne di *advocacy*, di comunicazione e azioni che mirano a sensibilizzare le comunità locali sui benefici che donne, uomini, ragazzi e ragazze possono trarre da una società libera da discriminazioni di genere.

In Georgia, il programma MenCare sostenuto da UNFPA, è probabilmente un modello che altri paesi potrebbero adattare alla propria situazione. Si tratta di promuovere il coinvolgimento degli uomini, come padri e caregiver alla pari con le donne, nell'intento di migliorare la salute e il benessere di tutta la famiglia e di incoraggiare gli uomini a sostenere la parità di genere. Inoltre contribuisce a migliorare la comunicazione, il consenso e i meccanismi decisionali all'interno delle coppie, con il risultato di migliorare anche l'autonomia corporea di donne e ragazze.

Progressi come questi devono accompagnarsi ad altri, più sistematici, che sostengano e incentivino l'affermarsi di una nuova mentalità. Per riequilibrare l'iniquo onere di lavoro di cura non retribuito che grava su donne e ragazze, per esempio, non basta che gli uomini facciano la

loro parte, ma occorre che tutta la famiglia possa accedere a quei servizi essenziali che alleggeriscono questo tipo di carico, dalle strutture qualificate per l'infanzia e per gli anziani, a forniture sicure e affidabili di acqua potabile e di corrente elettrica.

L'autonomia dipende da leggi a sostegno, non dai divieti

Sebbene le leggi non siano una panacea per correggere le carenze nell'autonomia e nella libertà di scelta, servono tuttavia a stabilire delle norme e ad assicurare l'assunzione di responsabilità, garantendo la possibilità di ricorrere alla giustizia quando tali norme non sono rispettate. Il loro impatto è massimo quando sono in linea con i principi dei diritti umani riconosciuti a livello mondiale e con gli impegni presi dai paesi nei confronti dei diritti delle donne, dell'uguaglianza di genere e della salute sessuale e riproduttiva.

Nella maggior parte dei paesi, un esplicito impegno a livello costituzionale in favore dei diritti delle donne e l'uguaglianza di genere è un primo passo verso l'eliminazione delle discriminazioni nelle leggi e nella pratica giudiziaria. Ma se è vero che le Costituzioni di 191 paesi includono oggi alcune disposizioni sull'uguaglianza e sulla non-discriminazione, soltanto 24 presentano norme specifiche sui diritti delle donne (UN ECOSOC, 2019).

Esplicite disposizioni costituzionali per l'applicazione dei trattati internazionali, come la Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne, sono state determinanti per promuovere i diritti delle donne, fornendo una nuova fonte di giurisprudenza per risolvere le contraddizioni interne. La recente analisi di 62 sentenze emanate in 30 paesi ha rivelato che i riferimenti più frequenti alla

Convenzione riguardavano decisioni in tema di diritto di famiglia, seguite da quelle su casi di violenza di genere. Questo prova quali siano le difficoltà che i tribunali incontrano nel promuovere l'uguaglianza di genere di fronte a norme e usanze diffuse e ampiamente messe in pratica (UN Women and IDEA, 2017).

Riformare le norme giuridiche in un'ottica di genere e in sintonia con gli standard dei diritti umani è un passo avanti verso l'abolizione dei retaggi di discriminazione e disuguaglianza. In alcuni paesi, un'istituzione nazionale di garanzia sui diritti umani può formulare raccomandazioni sulle riforme legali, tenendo conto di tutte le forme di discriminazione e di tutti i diritti civili, politici, economici, sociali e culturali (UNFPA, 2020c). Questo può incoraggiare l'adozione di leggi volte ad assicurare, laddove ancora non esistesse, un accesso universale ai servizi di salute sessuale e riproduttiva senza discriminazioni di sorta. Può aiutare a eliminare contraddizioni come quelle rappresentate dalla richiesta del consenso di terzi o certe limitazioni collegate allo stato civile. Occorre anche risolvere i casi di incoerenza tra l'età del consenso stabilita per le relazioni sessuali e quella richiesta per l'accesso alle informazioni e ai servizi per la salute sessuale e riproduttiva, affinché nel momento in cui è legale per gli/le adolescenti avere rapporti sessuali, possano anche accedere a informazioni e servizi.

Sostenere la libertà di scelta nella pratica giudiziaria

Le norme sociali discriminatorie, infiltrandosi nei sistemi giudiziari come in altre istituzioni della società, possono portare a discriminazioni anche quando la lettera della legge è rispettosa dei diritti umani e dell'uguaglianza di genere. In realtà il contesto sociale può rappresentare per la giustizia un fattore altrettanto determinante della legge stessa.

In Nepal vige per esempio una società fortemente patriarcale, con acute disparità di genere. Per contrastare questi schemi di comportamento e assicurare che le recenti riforme legali a sostegno dell'uguaglianza di genere siano effettivamente attuate e rispettate, il governo ha introdotto in modo proattivo forti meccanismi per l'applicazione della legge e l'individuazione di responsabilità. Tra questi, una Commissione nazionale sulle donne, organismo forte di un mandato costituzionale per indagare su tutto ciò che concerne le donne e la giustizia. Per incrementare il numero di donne tra le forze di polizia, si sono adottate misure che prevedono la presenza di funzionarie in tutti i 77 distretti del paese. In seguito a questa iniziativa, le denunce contro le violenze domestiche sono aumentate di oltre otto volte (Akhmetova *et al.*, 2020).

Non mancano le indicazioni di un riconoscimento sempre più ampio, a livello giuridico, del fatto che regole e pratiche patriarcali, quale che ne sia l'origine, non possono essere perpetuate quando entrano in conflitto con nuovi atteggiamenti della società in generale e con il cambiamento dei valori difesi dalla Costituzione. In molti processi che vertevano su violenze di genere, la Corte ha definito incostituzionale ogni discriminazione basata su motivi religiosi o culturali, come è accaduto in Uganda per le mutilazioni genitali femminili. In Pakistan, l'Alta Corte di Lahore non solo ha respinto gli argomenti basati su motivazioni religiose, ma ha fatto riferimento ai principi dell'Islam per confermare la condanna per omicidio emessa contro un uomo che aveva ucciso la propria figlia, il genero e il nipotino (UN Women and IDEA, 2017).

Per progredire in questa direzione occorre che il personale giudiziario e delle forze dell'ordine non solo abbia una perfetta conoscenza delle leggi intese a sostenere l'autonomia e i diritti delle donne, ma che sia anche in grado di mettere in discussione i propri convincimenti e pregiudizi, per evitare che

interferiscano nell'attività di giudizio o di indagine su un reato. Solo così il personale giudiziario sarà incoraggiato ad applicare innovativi metodi di interpretazione della legge, come l'analisi di un dato contesto sociale e valutazioni periodiche in un'ottica di genere per determinare se una sentenza possa aver condizionato negativamente determinati gruppi di donne o di ragazze.

Queste ultime devono poi essere consapevoli dei diritti che la legge garantisce loro e di come chiedere giustizia se vengono violati. Poiché molte delle violazioni dell'autonomia corporea concernono questioni strettamente intime e personali, e avvengono dietro una barriera rafforzata da talune concezioni di spazio pubblico e privato, oltre che da discriminazioni di genere, è importante sostenere le organizzazioni che difendono i diritti delle donne, che si battono in prima linea per questo impegno. Queste organizzazioni, avendo spesso migliori possibilità di entrare in contatto diretto con le donne, nelle loro famiglie e comunità, possono contribuire a costruire un ponte tra le donne e i loro diritti legali. Sono inoltre nella posizione migliore per individuare, nei gruppi più emarginati, schemi di comportamento discriminatori che possono essere affrontati tramite leggi di interesse pubblico.

Le scelte sulla salute: al centro le donne

Donne e ragazze non possono essere fisicamente autonome se non hanno accesso all'assistenza sanitaria, compresa quella per la salute sessuale e riproduttiva. Ventisei anni fa, la Dichiarazione di Pechino, che accompagnava la Piattaforma d'azione, riconosceva che "il diritto di tutte le donne a controllare tutti gli aspetti della salute, in particolare la fertilità, è fondamentale per il loro *empowerment*." Più di recente, gli Obiettivi di sviluppo sostenibile hanno fissato il primo traguardo mondiale per il conseguimento della copertura sanitaria universale, definita come la



Illustrazione di Hülya Özdemir

possibilità per tutte le persone di accedere ai servizi sanitari essenziali di cui hanno bisogno senza essere esposte a eccessivi oneri economici (Hogan *et al.*, 2017).

La copertura sanitaria universale dipende dalla priorità che si attribuisce all'assistenza sanitaria nella pianificazione nazionale per lo sviluppo, dalla creazione di sistemi sanitari efficaci ed

efficienti, da leggi di bilancio che dispongano adeguate coperture finanziarie, dal rilevamento e dall'utilizzo di dati certi per adeguare i servizi e la tutela sociale ai vari gruppi di popolazione e alle diverse esigenze di ogni persona in tutto l'arco della propria esistenza.

Ma dato il modo in cui operano le discriminazioni di genere, anche nei sistemi sanitari, una copertura

universale che sostenga l'autonomia corporea dovrà superare l'idea che basti fornire servizi che rispondono a una definizione restrittiva delle esigenze mediche, senza prestare attenzione alle dinamiche di genere che influiscono sulle necessità e sui comportamenti di chi ha problemi di salute. Come fa notare la Piattaforma di Pechino, "Sulla salute delle donne incidono anche i pregiudizi di genere presenti nei sistemi sanitari e la fornitura di servizi medici inadeguati e inappropriati per le donne." Problemi simili si riscontrano per le persone con disabilità e per quelle con un diverso orientamento sessuale o una diversa identità di genere, e per altre ancora.

Mentre si è prestata molta attenzione a stabilire se i servizi sanitari siano tecnicamente sicuri ed economicamente accessibili, si dà spesso meno importanza ai concetti di accettabilità, sicurezza ed empowerment dal punto di vista delle pazienti. Tolleranza o accettazione di norme discriminatorie conducono facilmente il personale sanitario a trascurare le norme sul consenso informato e sull'autonomia delle donne, che impongono di sostenere ed aiutare le pazienti a decidere, ma senza prendere decisioni al posto loro (Bernstein, 2018). Può così accadere che si neghino servizi, che ci si rifiuti per esempio di fornire contraccettivi, servizi per un aborto sicuro o l'assistenza post-aborto alle donne e ragazze non sposate, anche quando questi servizi non violano la legge ufficiale; o che si debbano subire le cosiddette violenze ostetriche, definite come maltrattamenti da parte del personale medico durante la gravidanza o il parto o la costrizione a ricorrere a determinate procedure contro la propria volontà.

Esistono diverse soluzioni per correggere lo stigma nell'assistenza sanitaria: linee-guida distribuite al personale per spiegare come rispettare la legge nell'erogazione dei servizi; attività di formazione per aggiornarlo sulle disposizioni di legge e su

come attuarle in pratica; corsi di sensibilizzazione sulle tematiche di genere, specifici per il personale sanitario, per potenziare le capacità di comprendere, studiare e superare gli ostacoli che impediscono ad alcune pazienti di scegliere liberamente; vigilanza sul rispetto dei principi della non-discriminazione e sulla qualità dell'assistenza prestata, che potrebbe prevedere anche una verifica tra le pazienti, per esempio attraverso semplici sondaggi di opinione tramite servizi di messaggistica telefonica.

I servizi che promuovono la possibilità di scelta e l'autonomia offrono molteplici soluzioni contraccettive, assicurano l'intervento di personale medico femminile per le donne che ne fanno richiesta, attivano canali di comunicazione con il personale sanitario in più lingue. Esporre in ospedali, ambulatori e strutture sanitarie una carta dei diritti della paziente che sottolinei la dignità, i diritti e le possibilità di scelta, provvedendo a comunicare le stesse informazioni anche a donne analfabete o con disabilità, mostra chiaramente che quei servizi hanno a cuore i desideri e le decisioni delle pazienti. Anche la rilevanza dei servizi offerti è importante, in quanto sottolinea l'importanza di dare priorità agli interventi medici che rispondono alle esigenze delle pazienti, concentrandosi in primo luogo su quei gruppi dove è più alta l'esigenza inesausta di assistenza per la salute sessuale e riproduttiva o dove il ricorso ai servizi è più scarso. È indispensabile anche un ambiente che consenta al personale sanitario nel settore della salute sessuale e riproduttiva, in maggioranza costituito da donne, di svolgere il proprio lavoro con professionalità e umanità.

Promuovere l'utilizzo dei servizi e l'esercizio della libertà di scelta dipende anche da elementi essenziali di un'assistenza sanitaria di qualità, come la vicinanza, la comodità degli orari di apertura, il contenimento dei costi. I servizi devono garantire

la privacy e un atteggiamento positivo e rispettoso verso l'utenza da parte del personale sanitario. È stato dimostrato che i servizi di pianificazione familiare erogati da personale sanitario della comunità, in grado di trasmettere informazioni corrette e di contribuire all'educazione degli uomini, portano a un incremento nell'uso dei contraccettivi (UNFPA, 2019). Le attività di *advocacy* nella comunità locale sui benefici di informazioni e servizi per la salute sessuale e riproduttiva rivolti a adolescenti non sposate, possono diminuire la disapprovazione sociale e incoraggiare l'uso di questi servizi.

In Uganda, il programma "SASA!" sostenuto da UNFPA utilizza i forum per catalizzare il cambiamento, guidato dalla comunità, di norme e comportamenti che perpetuano la disuguaglianza di genere, la violenza e la maggiore vulnerabilità delle donne all'HIV. Personale sanitario, autorità locali e attivisti/e partono da un'analisi critica dei rapporti di potere e delle disuguaglianze, per poi introdurre concetti appresi attraverso conversazioni comunitarie, conversazioni porta-a-porta, proiezioni di filmati, serie tv e altri eventi. Il programma ha ridotto in misura significativa l'accettazione sociale delle violenze inflitte dal partner, e moltiplicato il consenso attorno all'idea che una donna possa rifiutare un rapporto sessuale. La percentuale di violenze fisiche da parte del partner, tra le donne nelle comunità interessate dal programma, è diminuita fino al 52 per cento (Starmann et al., 2017; Kyegombe *et al.*, 2014).

Le ostetriche, in quanto figure principali nell'assistenza alle donne incinte in tutto il mondo, offrono opportunità uniche. Forniscono inoltre molti servizi essenziali per tutelare la salute e i diritti sessuali e riproduttivi, dalle attività di *counselling* sulla pianificazione

familiare, ai controlli per problemi nutrizionali e il cancro della cervice uterina. Nella loro attività professionale, possono influenzare e modificare le norme relative alle nozioni di libertà di scelta e autonomia corporea, specie se loro per prime sono qualificate ed emancipate. Poiché spesso le ostetriche hanno idee più chiare su quali siano i problemi che le donne devono affrontare in merito al controllo sul proprio corpo, i sistemi sanitari dovrebbero creare canali per consentire loro di condividere quelle conoscenze che promuovono un'erogazione dei servizi più attenta alle questioni di genere. L'attività delle ostetriche richiede inoltre investimenti continuativi e crescenti per formare, assumere e trattenere al lavoro quelle più qualificate.

Tutti i sistemi sanitari devono tenere conto del fatto che la discriminazione di genere si intreccia ad altre forme di esclusione, minando l'autonomia e l'autodeterminazione. Se questo problema non viene riconosciuto, può portare a servizi inappropriati o non disponibili, quando non basati su lampanti violazioni dei diritti. Il rischio è già divenuto concreto, per esempio, per molte donne indigene e per molte donne con disabilità, sottoposte a pratiche come la sterilizzazione forzata. Per affrontare la mancanza di potere e le discriminazioni, il Gruppo di supporto interagenzia delle Nazioni Unite sulle questioni dei popoli indigeni ha evidenziato diverse misure volte a garantire la piena realizzazione della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi di queste popolazioni, anche coinvolgendole attivamente nella progettazione di politiche e programmi culturalmente appropriati. Ciò ha permesso di accrescere il ricorso a servizi essenziali per la salute sessuale e riproduttiva, per la prevenzione dell'HIV e della violenza di genere da parte di donne, ragazze e giovani, soprattutto nelle campagne e nelle zone meno servite (UN IASG, 2014).

L'autonomia esige informazione

Poter disporre del proprio corpo dipende non solo dalla capacità di scegliere, ma di compiere scelte consapevoli, basate sull'attenta valutazione dei fatti e delle opzioni disponibili. Le donne più istruite hanno maggiori probabilità di prendere decisioni su contraccezione e assistenza sanitaria e di rifiutare un rapporto sessuale. La donna che è meno istruita del marito o del partner ha più probabilità di subire violenze sessuali. Esiste inoltre una correlazione tra l'accesso ai media di donne e ragazze e il loro ricorso alla contraccezione e all'assistenza sanitaria (UNFPA, 2019).

Tra i settantacinque paesi che hanno riportato dati su leggi e regolamenti a tutela della salute sessuale e riproduttiva, meno di due terzi si sono dotati di leggi o misure che rendono obbligatoria l'educazione completa alla sessualità nel curriculum scolastico. L'educazione così intesa è adeguata all'età, basata su un programma di studi chiaramente definito, rispettosa dei diritti umani e dell'uguaglianza di genere e attenta al contesto culturale. Idealmente dovrebbe essere impartita dentro e fuori la scuola (UNESCO *et al.*, 2018).

L'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'Educazione, la Scienza e la Cultura sottolinea che un'educazione completa alla sessualità, impartita fin dall'infanzia, incoraggia una maggiore autonomia e sicurezza nei primi anni dell'età adulta e non implica un inizio precoce dell'attività sessuale (UNESCO, 2009). Corsi approfonditi possono, quando verrà il momento, favorire rapporti più rispettosi e decisioni più autonome (Marí-Ytarte *et al.*, 2020).

Poiché è il personale sanitario a fornire molte informazioni su sessualità e riproduzione, occorre che sia educato a offrirle con rispetto e senza esprimere giudizi, tenendo conto delle diverse esigenze in base all'età, capacità e situazione socio-economica. Questo

è particolarmente necessario quando si tratta di adolescenti o di altri gruppi generalmente trascurati o emarginati in termini di accesso all'educazione sessuale. Il personale deve essere preparato a sfatare le credenze più diffuse che minano la capacità di scegliere consapevolmente. Un approccio innovativo adottato da UNFPA in Colombia e nelle Filippine consiste nel controllare le conversazioni su Twitter per identificare i miti più comuni in materia di contraccezione e infezioni a trasmissione sessuale. Queste informazioni possono poi essere utilizzate per formulare programmi di educazione sessuale e assistenza sanitaria.

I messaggi che rafforzano e incoraggiano l'autonomia decisionale possono risultare più efficaci nell'ambito educativo se si incoraggiano le ragazze a seguire studi in diversi campi, senza farsi condizionare dalle norme di genere che stabiliscono che cosa "dovrebbero fare le ragazze". Le scelte di questo tipo contribuiscono di per sé all'empowerment e possono ulteriormente rafforzare l'emancipazione e l'autonomia quando le ragazze accedono a posti di lavoro potenzialmente meglio retribuiti e più soddisfacenti. Gran parte dell'attuale differenza salariale di genere si spiega con la segregazione del mondo del lavoro che spesso relega le donne in lavori meno retribuiti. In tutto il mondo, per esempio, le donne rappresentano appena il 3 per cento di coloro che si iscrivono a corsi di informatica e di tecnologie della comunicazione (United Nations, n.d.a).

L'autonomia esige che si protegga chi difende l'empowerment e i diritti delle donne

I movimenti delle donne promuovono e difendono da tempo il diritto di scelta e l'autonomia corporea, spesso con pochissime risorse a disposizione.

Lo stesso vale per le associazioni di persone LGTBI, di minoranze indigene, di giovani e di persone con disabilità. Oggi però il loro campo d'azione è ulteriormente minacciato ed è evidente che si stanno facendo passi indietro anche su terreni conquistati con tanta fatica. In tutto il mondo sta emergendo un'opposizione più forte e meglio organizzata che combatte l'uguaglianza di genere e l'attivismo per i diritti delle donne, sostenuta anche da gruppi religiosi e conservatori, populistici e nazionalisti, nonché da gruppi per i diritti degli uomini e da movimenti che sostengono l'ideologia anti-gender (Roggeband and Krizsán, 2020).

Le donne impegnate in politica, nel giornalismo, nell'associazionismo e nella difesa dei diritti umani sono sempre più spesso soggette a molestie, violenze ed episodi di cyber-bullismo. Tra il 2014 e il 2018, il Relatore speciale sulla situazione dei difensori e difensore dei diritti umani ha inviato 181 comunicazioni a 60 Stati sulle donne che difendono i diritti umani. Tra le aggressioni documentate nei loro confronti si elencano campagne diffamatorie, violenze fisiche o sessuali, torture, uccisioni e sparizioni, minacce e aggressioni ai familiari, o perpetrate dai familiari a causa delle loro attività, attacchi ai collettivi e ai movimenti di cui fanno parte (UN ECOSOC, 2019).

Queste violazioni devono essere combattute e prevenute con azioni decise. Alcuni paesi, come Costa Rica, Ecuador, Messico e Perù si sono dotati di leggi specifiche contro le violenze sulle donne attive sulla scena pubblica e politica, spesso grazie alle pressioni dell'attivismo femminista. L'Organizzazione degli Stati Americani ha emanato nel 2017 il Modello di Legge inter-americana sulla prevenzione, la punizione e l'eliminazione della violenza contro le donne nella vita politica. Poiché in molte situazioni il timore di subire violenze è uno dei principali fattori che possono dissuadere le donne dall'assumere ruoli pubblici,

l'adozione e l'attuazione di misure analoghe potrebbe modificare le condizioni per la loro partecipazione, leadership e libertà di scelta. Azioni complementari potrebbero includere campagne di sensibilizzazione e collaborazione con i media e le scuole, finalizzate all'eliminazione degli stereotipi di genere. I partiti politici dovrebbero essere incoraggiati a riconoscere il valore politico e i diritti delle donne, andando oltre l'adesione a parole e le concessioni formali (O'Neil and Domingo, 2016).

I gruppi e i movimenti delle donne sono molto diversificati e insieme rappresentano un immenso serbatoio di conoscenze sui problemi che queste ultime incontrano per realizzare la loro autonomia e i loro diritti. Ma, dalle piccole organizzazioni di base per la fornitura di servizi fino alle associazioni di professioniste, non sempre queste realtà sono ben collegate tra loro. Supporto e risorse per farle collaborare sistematicamente potrebbero

Le donne impegnate in politica, nel giornalismo, nell'associazionismo e nella difesa dei diritti umani sono sempre più spesso soggette a molestie, violenze e cyber-bullismo.

potenziare la loro capacità di organizzarsi attorno ai problemi comuni (O'Neil and Domingo, 2016), presentando un fronte più compatto ed efficace capace di opporsi alle forze regressive.

Analogamente il diritto a disporre del proprio corpo rappresenta una questione unificatrice per diversi gruppi attivisti, compresi quelli che si occupano di disabilità, diritti LGBTI e diritti delle comunità indigene. Stabilire

un collegamento tra temi diversi e le loro interconnessioni può essere utile per definire un'agenda collettiva più autorevole finalizzata a realizzare i diritti umani fondamentali, potenziare la tutela e la rivendicazione dei diritti umani fondamentali nei settori economici prioritari, i sistemi giudiziari, i servizi sociali, i sistemi sanitari e le reti di protezione sociale.

L'autonomia esige un cambiamento di mentalità tra gli uomini

Le donne possono rivendicare i propri diritti. I governi li possono tutelare. Ma in ultima analisi il progresso coinvolge anche gli uomini, a livello individuale e collettivo, dipende dalla loro disponibilità ad abbandonare i ruoli di dominio e privilegio che vanno a discapito delle donne. Tutto questo sta finalmente accadendo soprattutto tra i giovani, con un cambiamento di atteggiamento nei confronti dell'uguaglianza di genere. Ma la strada è ancora lunga.

Il cammino da compiere potrebbe essere favorito da uomini che colgono gli aspetti negativi del dominio maschile, tra cui i rischi per la loro salute, quella delle mogli o partner a causa dei conflitti interpersonali che ne scaturiscono. Una ricerca condotta in Europa dall'Organizzazione mondiale della sanità ha rilevato che l'uguaglianza di genere porta benefici anche alla salute degli uomini, per esempio in termini di abbassamento dei tassi di mortalità, dimezzamento del rischio di depressione, riduzione del 40% del rischio di morte violenta (WHO Regional Office for Europe, 2018). Gli adolescenti, in particolare, devono venire a contatto con modelli positivi di mascolinità, specie in una fase della vita in cui iniziano a cristallizzarsi le norme di genere dannose



che provocano danni a lungo termine sia a loro che alle ragazze (UNFPA and Promundo, 2016).

Il movimento #MeToo e i dati statistici dimostrano che uno dei settori in cui le donne sono più indietro, dal punto di vista della libertà di scelta e dell'autonomia, è il potere di dire di no al rapporto sessuale. Bambine e bambini fin da subito, in famiglia, dovrebbero venire a contatto con modelli di rapporti all'insegna del rispetto e della non-violenza, che dovrebbero anche essere parte integrante di una educazione completa alla sessualità impartita a scuola. A questi concetti dovrebbe essere offerto il massimo risalto nei media e nell'industria dello spettacolo, nell'insegnamento della religione e anche negli ambienti di lavoro, congiuntamente a politiche chiare sulle molestie sessuali che devono essere fatte rispettare. Altrettanto essenziale è l'eliminazione dell'impunità per chi commette violenze sessuali di ogni forma, dalla singola violenza agli stupri di massa utilizzati come arma di guerra. Nel 2000 il Consiglio di sicurezza delle Nazioni Unite ha adottato la Risoluzione 1325 che invita le parti in conflitto armato ad adottare le misure necessarie a tutelare donne e ragazze dalle violenze di genere, soprattutto da stupri e altre forme di abuso sessuale, nonché da tutte le altre forme di violenza. Da allora, il Consiglio di sicurezza ha adottato altre sette risoluzioni di condanna verso questa forma di violenza.

Incrementare le possibilità per le donne di percepire un reddito e di occupare posizioni di leadership, nella loro comunità e al di fuori di essa, aumenta il loro potere di prendere decisioni in famiglia e sul loro corpo. Il sostegno in questo campo può richiedere un impegno a lavorare con gli uomini e la comunità, per facilitare il passaggio a norme non discriminatorie e per limitare il rischio di ritorsioni da parte di quegli uomini che potrebbero sentirsi minacciati dalle conquiste delle donne.

L'uguaglianza di genere favorisce la salute maschile, anche grazie alla diminuzione dei tassi di mortalità, al dimezzamento dei rischi di depressione e alla riduzione del 40 per cento del rischio di morte violenta

È di particolare importanza anche coinvolgere gli uomini nella trasformazione dei modelli di lavoro di cura non retribuito, in modo che non venga svolto quasi esclusivamente dalle donne, e nel cambiamento delle dinamiche di potere e di scelta, affinché siano improntate a un maggior equilibrio. Le politiche di paternità e congedo parentale possono incoraggiare gli uomini a partecipare all'assistenza all'infanzia, soprattutto se questo congedo non può essere trasferito all'altro genitore. Questi provvedimenti stanno diventando sempre più comuni, ma raggiungono ancora un numero limitato di famiglie nei paesi in via di sviluppo, soprattutto nel contesto degli ambienti di lavoro informale. Anche la politica può fare di più per incoraggiare gli uomini ad abbandonare

La trappola della virilità

La lussureggiante bellezza delle alture centrali del Guatemala nasconde una dura realtà per donne e ragazze, dice Alexander Armando Morales Tecún, educatore indigeno e attivista per l'uguaglianza di genere nel distretto rurale di Quiché. "In molti posti le donne aggredite sono colpevolizzate, spesso vengono accusate di aver provocato o sedotto i loro aggressori o stupratori, per esempio vestendosi o comportandosi in un certo modo."

Questi atteggiamenti non sono certo un'esclusiva del Guatemala, che si colloca nel terzo inferiore tra i paesi e territori quanto a misure per la sicurezza e il benessere delle donne, secondo la valutazione

dell'Indice su donne, pace e sicurezza del 2019 compilato dalla Georgetown University. In effetti, in tutto il mondo, le vittime sono regolarmente accusate di provocare le violenze di genere perché si trovavano nel posto sbagliato, avevano l'abbigliamento sbagliato, si comportavano in modo sbagliato o, semplicemente, sembravano più grandi della loro età. Tutti fattori considerati spesso attenuanti o addirittura giustificazioni per l'autore della violenza.

Nel 1998, per esempio, la Corte di Cassazione italiana ha annullato la condanna per stupro di un uomo, perché la sua accusatrice al momento dell'aggressione indossava

blue-jeans attillati. Nel 2010, quando una bambina di 11 anni fu vittima di una violenza di gruppo a opera di almeno una dozzina tra uomini e ragazzi, negli Stati Uniti, i media riferirono che la ragazzina era nota per l'abbigliamento poco appropriato per la sua età. In Afghanistan, le vittime di stupro rischiano il carcere per "reati contro la morale".

Incolpare e insultare le vittime, anziché i colpevoli, è un atteggiamento riconducibile a norme che incoraggiano gli uomini ad assumere sempre il controllo: non solo del corpo delle donne, ma anche delle loro famiglie. Tecún ricorda di aver chiesto a un gruppo di ragazzi perché volessero sposarsi. Uno di loro ha risposto: "Voglio comandare nella mia famiglia. Voglio qualcuno che cucini per me, che mi lavi i vestiti, mi dia dei figli e mi tenga la casa pulita."

Secondo Jay Silverman, docente della Scuola di medicina di San Diego (Università di California), che studia la coercizione riproduttiva, si tratta di atteggiamenti universali. "L'idea che l'uomo abbia il diritto di controllare la partner si estende spesso anche ai figli.

"Le donne aggredite sono colpevolizzate, spesso vengono accusate di aver provocato o sedotto i loro aggressori o stupratori"



Alexander Armando Morales Tecún educa i giovani alla parità di genere. Illustrazione originale di Naomi Vona; foto © UNFPA/J. Serrano

La percezione di tale diritto è preservata da una quantità di strutture e di norme sociali, a livello di comunità locale e nazionale, in tutto il mondo.”

Il risultato non è però una semplice dinamica maschi-

contro-femmine, mette in guardia Tecún. Queste norme di genere, che lui definisce un “modello egemonico di mascolinità” possono trasformarsi in una trappola anche per gli uomini. “Se non sei sposato, non sei un vero

uomo. Se non hai una relazione stabile, non sei un vero uomo.”

Anche le donne fanno la loro parte nel perpetuare queste mentalità, aggiunge. “Molte donne continuano a sostenere che picchiare una donna è

accettabile, se lei non ha fatto il suo dovere, se non ha fatto il bucato per suo marito, se ha fatto bruciare la cena ... Spesso dicono, fa bene a picchiarti, se non sei capace di soddisfare tuo marito.”

Sono idee instillate sin dall’infanzia e rafforzate da “musica, giochi, immagini, pubblicità” dice Tecún. “Nel villaggio da cui vengo, quando nasce un maschio si prepara un meraviglioso brodo di pollo alla creola. Quando nasce una

femmina, silenzio assoluto: sembra una veglia funebre.”

Tutto quello che indebolisce queste norme, inclusa l’idea stessa di controllo sul proprio corpo, può essere considerato una minaccia, secondo Romeo Alejandro Méndez Zúñiga, un altro educatore e attivista indigeno di Quiché. “Le poche persone che hanno sentito parlare di autonomia corporea associano il concetto a idee negative, perché va a

intaccare il sistema patriarcale e sciovinista maschile” dice.

Zúñiga auspica che uomini e ragazzi aderiscano a nuove norme sociali, che liberino sia gli uomini che le donne da questi modelli tradizionali di virilità. “La nostra società si merita... nuovi modelli maschili, nuovi modi di intendere il maschile che rinforzino e promuovano pari opportunità di sviluppo e di crescita, che consentano a tutti noi di vivere con dignità.”

gli stereotipi e a impegnarsi nell’attività di cura, per esempio quella di bambine/i e delle persone anziane, attività svolta prevalentemente dalle donne (UN ECOSOC, 2019).

Altre opportunità per promuovere atteggiamenti improntati all’uguaglianza di genere, tra gli uomini e gli adolescenti, sono offerte dai servizi per la salute sessuale e riproduttiva, i cui fornitori possono contribuire a diffondere una mentalità positiva su relazioni, genitorialità e comunicazioni improntati alla parità (IPPF and UNFPA, 2017). I programmi di sensibilizzazione a livello locale contribuiscono a mettere in discussione squilibri di potere nei rapporti interpersonali e norme sociali discriminatorie basandosi su solidi studi teorici relativi al genere e alle relazioni di potere. Iniziative che coinvolgono, insieme, donne, uomini, ragazze e ragazzi si sono dimostrate più efficaci di quelle rivolte soltanto a uomini e ragazzi (UN ECOSOC, 2019).

L’autonomia esige investimenti

Le discriminazioni di genere producono molti e ardui ostacoli all’empowerment e all’autodeterminazione delle donne. Per abbatterli occorrono investimenti sostanziosi e continuativi, ispirati a principi di giustizia ed equità, che prestino particolare attenzione alla correlazione tra le disuguaglianze. I finanziamenti, però, sono quasi sempre inadeguati, a causa soprattutto di sistemi economici strutturati sulla concentrazione delle risorse nelle mani di pochi privilegiati, generalmente uomini.

Investimenti significativi e continuativi in servizi integrati di tutela sociale, salute e istruzione ridurrebbero i rischi e le vulnerabilità che donne e ragazze devono affrontare nel corso della loro vita, integrando empowerment e autonomia e attribuendo una posizione centrale alla salute e ai diritti sessuali e riproduttivi (UN ECOSOC,

2019). Approcci di questo tipo non sono mai stati così importanti come nei piani di ripresa in seguito all'epidemia di COVID-19, con tante famiglie povere sempre più disperate che cercano di reggere l'urto della crisi economica, per esempio facendo sposare le figlie.

I piani d'azione nazionali e le istituzioni per la parità di genere hanno bisogno di risorse adeguate: sono infatti cronicamente sottofinanziati e per questo non riescono a rispettare il loro mandato (UN ECOSOC, 2019). Lo stesso vale per le organizzazioni femministe della società civile, così spesso in prima linea nella tutela dell'autonomia e dei diritti delle donne. Queste associazioni forniscono gran parte dei servizi di aiuto alle vittime di violenze di genere, ma i loro finanziamenti erano già inadeguati prima del COVID-19. Mentre l'esigenza di tali servizi è cresciuta in modo esponenziale durante questa crisi, spesso i finanziamenti non hanno tenuto il passo. Nella regione Asia-Pacifico, per esempio, il 12% delle organizzazioni della società civile che lavorano per eliminare la violenza contro le donne si sono trovate costrette a sospendere completamente i servizi, e il 71% sono solo parzialmente operative (UN ESCAP and UN Women, 2020). Gruppi minori, ma che svolgono un lavoro pionieristico e la cui agenda è espressamente dedicata ai diritti delle donne sono molto spesso trascurati dagli aiuti internazionali e dagli altri donatori.

Il costo, a livello mondiale, per eliminare le morti materne prevenibili, coprire le esigenze in fase di pianificazione familiare e mettere fine alla violenza di genere in tutto il mondo entro il 2030 è stato calcolato in 264 miliardi di dollari, secondo uno studio congiunto di UNFPA e Johns Hopkins University, in collaborazione con la Victoria University, l'Università di Washington e Avenir Health. Raggiungere questi obiettivi è un contributo fondamentale all'autonomia corporea delle donne (UNFPA, 2020f).

Autonomia significa misurare i progressi realizzati

Gli Obiettivi di sviluppo sostenibile rappresentano un passo avanti fondamentale in quanto invitano a misurare i progressi compiuti nell'uguaglianza di genere, compresa la possibilità per donne e ragazze adolescenti di decidere del loro corpo. Ma i dati disaggregati per genere rimangono insufficienti, spesso non vengono raccolti, o non sono usati o comunicati. La mancanza di sistematicità nell'acquisizione dei dati impedisce di svolgere analisi essenziali sulle tendenze nel corso del tempo.

La mancanza di informazioni su quello che effettivamente accade nella vita di donne e ragazze riduce automaticamente la possibilità di mettere in atto servizi e misure politiche in grado di sostenere efficacemente l'uguaglianza di genere e l'autodeterminazione. Può anche essere un fattore di discriminazione, quando problemi come la violenza di genere e il lavoro di cura non retribuito restano invisibili, non sono misurati e affrontati. Secondo le stime, solo il 13 per cento dei paesi ha una voce di bilancio dedicata per la raccolta e l'analisi dei dati statistici. Per quanto riguarda i 54 indicatori specifici di genere negli Obiettivi di sviluppo sostenibile, la copertura regolare in tutto il mondo è del 22 per cento appena (UN Women, 2018). Le lacune principali riguardano, tra l'altro, le donne che hanno superato l'età fertile, la formazione digitale per le ragazze, il rapporto tra genere e ambiente (Data2x, 2020).

La capacità delle donne di prendere decisioni è scarsamente misurata, mancano o non sono regolarmente raccolti i dati sul loro uso dei servizi sanitari e sulle leggi che garantiscono un accesso pieno e paritario ai servizi di salute sessuale e riproduttiva. Mancano inoltre le informazioni sui bisogni trasversali, in particolare per quanto riguarda donne e ragazze adolescenti nelle

emergenze umanitarie, persone LGBTI e donne con disabilità. I dati sulla salute di adolescenti spesso non sono disaggregati per sesso, e quelli sulle ragazze appartenenti a gruppi socialmente esclusi sono particolarmente scarsi (Data2x, 2020a).

I sistemi statistici devono essere progettati in modo strategico per fotografare le esperienze più comuni di donne e ragazze, rimanendo al tempo stesso abbastanza sensibili da registrare la loro diversità (Data 2x, 2020). Devono essere sistematici e comprensivi, e applicare i principi dei diritti umani per prevenire ogni emarginazione e discriminazione, secondo direttive che dovrebbero essere fissate dalla politica nazionale.

Un'altra priorità è quella di evitare di confinare il genere entro talune problematiche o ambiti di lavoro, cosa che anche oggi si verifica negli Obiettivi di sviluppo sostenibile, dove sei dei 17 obiettivi sono classificati come "gender-blind", nel senso che non vi sono accenni al genere sebbene la loro realizzazione richieda di affrontare alcuni aspetti della disuguaglianza di genere (UN Women, 2018). Nelle indagini statistiche nazionali si potrebbero inserire altre tematiche, capaci di riflettere dimensioni più vaste del potere decisionale e dell'autonomia fisica. Le misurazioni inoltre non riescono a identificare i collegamenti tra i diversi obiettivi globali (Data 2x, 2020), problema che si riscontra anche nelle divisioni "settoriali" di molti sistemi statistici nazionali.

Per incrementare gli investimenti nella raccolta di dati relativi al genere è necessario un piano d'azione nazionale sulle tematiche di genere, adeguatamente finanziato, che copra tutte le fonti di dati e di indagine statistica e che si prefigga traguardi misurabili. Il lavoro con gli istituti nazionali di statistica potrebbe iniziare da una chiara dimostrazione dell'importanza

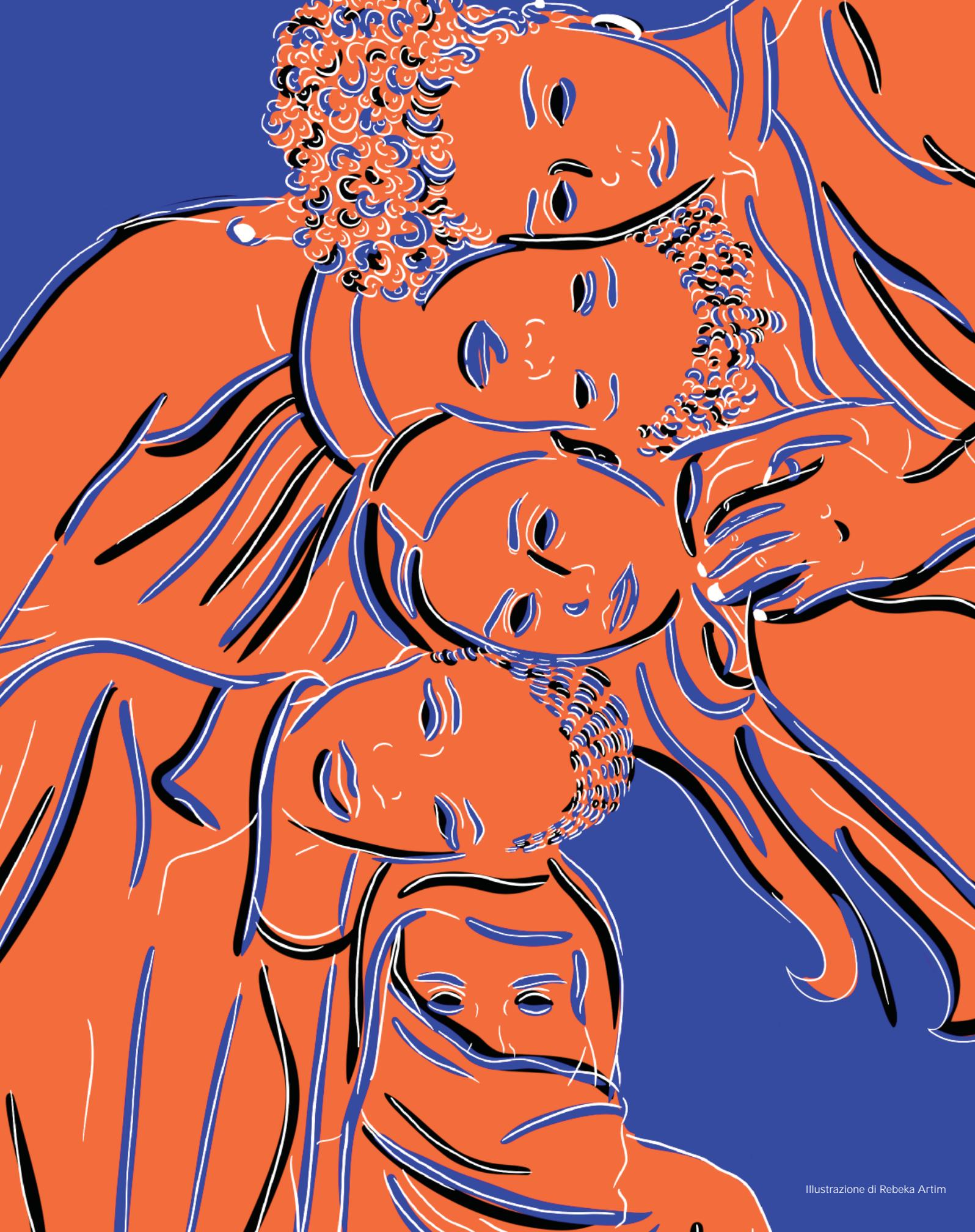
di raccogliere dati per genere e di tenere conto delle differenze tra i sessi nei principali dati amministrativi, come la registrazione anagrafica e le statistiche in materia, approfittando del momento favorevole (Pryor, 2020).

Un mondo di diritti, scelte e autonomia

Molte giustificazioni, spiegazioni e teorie sono state avanzate per giustificare il fatto che donne e ragazze sono private dei loro diritti e della loro libertà di scelta e i loro corpi soggetti al volere altrui. Ma se continuiamo a tollerare queste scuse, sarà praticamente impossibile raggiungere anche uno solo degli Obiettivi di sviluppo sostenibile delle Nazioni Unite entro il 2030. Il che significa che il potenziale di progresso umano, sociale ed economico immaginato dalla comunità internazionale con l'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile non sarà realizzato, a detrimento di tutte e tutti.

L'uguaglianza di genere è una variabile cruciale nell'equazione per il successo. Lo stesso vale per il rispetto dei diritti delle persone LGBTI, delle persone con disabilità e di chiunque si senta discriminato o si veda negare la propria autonomia per motivi razziali, etnici o di classe. Tutti devono avere il potere di decidere autonomamente in merito alla propria salute, contraccezione e rapporti sessuali.

I governi, tutte le istituzioni economiche e sociali, le comunità, le famiglie, gli uomini: tutti hanno un ruolo da svolgere nella tutela dei diritti delle donne e nel mettere fine, più in generale, a ogni discriminazione. La nuova "Generation Equality" è già presente, e non intende aspettare oltre i cambiamenti. Come è giusto che sia.



Salute sessuale e riproduttiva

	Rapporto di mortalità materna (RMM) (morti su 100.000 nati vivi) ^a	Margine di errore sul RMM (UI 80%) valore minimo stimato ^a	Margine di errore sul RMM (UI 80%) valore massimo stimato ^a	Parti assistite da personale sanitario qualificato (%)	Numero di nuove infezioni da HIV, tutte le età, su 1.000 persone sieronegative	Tasso di prevalenza contraccettiva, donne di 15-49 anni, percentuale				Domanda insoddisfatta di pianificazione familiare, donne di 15-49 anni, percentuale		Proporzione di domanda soddisfatta con metodi moderni, donne di 15-49 anni	Leggi e regolamenti che garantiscono l'accesso a assistenza sanitaria, informazioni ed educazione in materia di salute sessuale e riproduttiva, percentuale
	2017	2017	2017	2014-2019	2018	QUALSIASI METODO		METODI MODERNI		Tutte Sposate o in unione stabile		2021	2019
Mondo e aree regionali						2021	2021	2021	2021				
Mondo	211	199	243	81	0.24	49	63	45	57	9	11	77	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	69
Paesi meno sviluppati	415	396	477	61	0.58	32	42	28	37	16	20	59	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	72
Europa orientale e Asia centrale	20	18	22	99	-	46	64	36	49	8	12	66	82
America Latina e Caraibi	74	70	80	94	-	59	75	56	70	8	10	83	66
Africa orientale e meridionale	391	361	463	64	-	34	43	31	39	16	21	62	75
Africa occidentale e centrale	717	606	917	55	-	20	22	17	18	17	22	46	70
Paesi, territori e altre aree													
Afghanistan	638	427	1010	59	0.02	19	26	17	23	17	24	47	54
Albania	15	8	26	-	-	31	44	4	5	12	17	10	82
Algeria	112	64	206	-	0.03	35	64	31	57	6	9	76	-
Angola	241	167	346	47	1.01	16	17	15	15	27	36	35	66
Antigua and Barbuda	42	24	69	100	-	45	64	43	61	10	13	78	-
Argentina	39	35	43	94	0.15	60	71	57	67	9	11	84	-
Armenia	26	21	32	100	0.06	39	59	21	31	8	12	44	87
Aruba	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Australia	6	5	8	97	0.04	59	67	57	64	8	11	85	-
Austria	5	4	7	98	-	65	70	62	68	6	8	88	-
Azerbaijan	26	21	32	99	-	37	57	15	22	9	14	32	-
Bahamas	70	48	110	99	0.55	45	67	43	65	9	12	80	-
Bahrain	14	10	21	100	-	31	67	21	46	5	10	59	-
Bangladesh	173	131	234	53	0.01	55	66	48	57	9	11	75	-
Barbados	27	17	39	99	0.58	50	63	47	61	12	14	76	44
Belarus	2	1	4	100	0.22	61	70	52	58	6	8	78	87
Belgium	5	4	7	-	-	59	67	58	66	6	8	90	-
Belize	36	26	48	94	0.81	44	57	42	53	14	18	71	42
Benin	397	291	570	78	0.34	17	18	14	14	25	31	33	91
Bhutan	183	127	292	96	0.11	39	60	38	58	8	13	80	-
Bolivia (Plurinational State of)	155	113	213	72	0.13	48	67	35	49	12	16	59	-
Bosnia and Herzegovina	10	5	16	100	0.01	38	49	19	21	11	14	38	-
Botswana	144	124	170	100	4.36	57	69	56	68	8	10	86	-
Brazil	60	58	61	99	-	65	80	63	77	6	7	89	-
Brunei Darussalam	31	21	45	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bulgaria	10	6	14	100	0.05	65	79	50	57	5	7	71	-
Burkina Faso	320	220	454	80	0.12	30	34	29	33	20	24	58	72
Burundi	548	413	728	85	0.16	19	31	17	28	17	28	47	64
Cambodia	160	116	221	89	0.05	43	63	32	46	7	11	63	98
Cameroon, Republic of	529	376	790	69	1.02	27	23	22	17	16	23	51	-
Canada	10	8	14	98	-	74	82	70	77	3	5	91	-
Cape Verde	58	45	75	92	0.19	49	68	47	65	11	11	79	-
Central African Republic	829	463	1470	-	1.20	23	26	17	20	18	22	42	77
Chad	1140	847	1590	24	0.44	7	8	6	7	18	24	25	75
Chile	13	11	14	100	0.27	63	77	59	71	6	8	85	-

Salute sessuale e riproduttiva

Paesi, territori e altre aree	Rapporto di mortalità materna (RMM) (morti su 100.000 nati vivi) ^a	Margine di errore sul RMM (UI 80%) valore minimo stimato ^a	Margine di errore sul RMM (UI 80%) valore massimo stimato ^a	Parti assistite da personale sanitario qualificato (%)	Numero di nuove infezioni da HIV, tutte le età, su 1.000 persone sieronegative	Tasso di prevalenza contraccettiva, donne di 15-49 anni, percentuale				Domanda insoddisfatta di pianificazione familiare, donne di 15-49 anni, percentuale		Proporzione di domanda soddisfatta con metodi moderni, donne di 15-49 anni	Leggi e regolamenti che garantiscono l'accesso a assistenza sanitaria, informazioni ed educazione in materia di salute sessuale e riproduttiva, 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	2018	2021		2021		2021		2021	2019		
China	29	22	35	100	-	69	85	67	83	4	3	91	-		
China, Hong Kong SAR	-	-	-	-	-	48	70	45	67	8	9	81	-		
China, Macao SAR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Colombia	83	71	98	99	0.14	64	82	60	77	6	7	87	97		
Comoros	273	167	435	-	0.00	20	27	16	22	19	29	41	-		
Congo, Democratic Republic of the	473	341	693	80	0.21	23	25	12	12	21	26	28	-		
Congo, Republic of the	378	271	523	91	1.03	42	43	28	27	15	19	50	53		
Costa Rica	27	24	31	99	0.21	55	73	53	71	9	11	84	62		
Côte d'Ivoire	617	426	896	74	0.70	26	26	23	22	21	27	49	63		
Croatia	8	6	11	100	0.02	51	71	36	47	7	8	63	-		
Cuba	36	33	40	100	0.15	70	75	69	74	7	8	89	-		
Curaçao	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Cyprus	6	4	10	98	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Czechia	3	2	5	100	0.05	63	85	56	76	3	4	85	70		
Denmark	4	3	5	95	0.02	65	78	61	74	5	7	88	90		
Djibouti	248	116	527	-	0.57	16	29	16	28	15	27	50	-		
Dominica	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Dominican Republic	95	88	102	100	0.26	57	72	55	70	9	10	84	-		
Ecuador	59	53	65	96	0.13	60	81	54	73	6	6	82	-		
Egypt	37	27	47	92	0.04	44	61	43	59	9	12	81	44		
El Salvador	46	36	57	100	0.11	52	73	49	69	8	10	81	83		
Equatorial Guinea	301	181	504	-	4.21	17	17	15	14	23	31	37	-		
Eritrea	480	327	718	-	0.15	9	14	9	13	18	29	32	-		
Estonia	9	5	13	99	0.23	57	65	52	58	7	11	81	-		
Eswatini	437	255	792	-	8.62	54	68	53	66	10	13	83	-		
Ethiopia	401	298	573	28	0.24	29	42	29	41	15	21	66	-		
Fiji	34	27	43	100	-	35	51	30	44	12	16	65	-		
Finland	3	2	4	100	0.04	79	82	74	78	3	5	91	98		
France	8	6	9	98	0.09	65	78	63	75	4	4	91	-		
French Guiana	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
French Polynesia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Gabon	252	165	407	-	1.01	38	37	30	27	18	24	53	58		
Gambia	597	440	808	-	1.06	11	15	11	15	17	25	39	83		
Georgia	25	21	29	99	0.18	32	47	24	34	13	19	52	93		
Germany	7	5	9	99	0.03	61	78	60	78	5	5	91	-		
Ghana	308	223	420	78	0.70	27	36	23	31	19	26	51	-		
Greece	3	2	4	100	-	54	74	39	50	6	7	64	54		
Grenada	25	15	39	100	-	45	64	42	59	10	13	76	-		
Guadeloupe	-	-	-	-	-	46	60	41	53	11	15	73	-		
Guam	-	-	-	-	-	42	66	36	56	7	10	75	-		
Guatemala	95	86	104	70	0.14	42	64	36	53	9	13	70	-		
Guinea	576	437	779	55	0.52	12	10	10	9	20	25	33	-		
Guinea-Bissau	667	457	995	45	1.43	29	20	27	19	16	20	60	70		
Guyana	169	132	215	96	0.51	34	46	32	44	17	25	63	75		
Haiti	480	346	680	42	0.69	28	38	26	35	23	34	50	65		
Honduras	65	55	76	74	0.09	52	76	47	67	7	9	78	-		
Hungary	12	9	16	100	0.02	49	70	45	63	6	9	81	-		
Iceland	4	2	6	98	0.05	-	-	-	-	-	-	-	-		
India	145	117	177	81	-	43	57	39	51	9	12	74	-		

Salute sessuale e riproduttiva

Paesi, territori e altre aree	Rapporto di mortalità materna (RMM) (morti su 100.000 nati vivi) ^a	Margine di errore sul RMM (UI 80%) valore minimo stimato ^a	Margine di errore sul RMM (UI 80%) valore massimo stimato ^a	Parti assistite da personale sanitario qualificato (%)	Numero di nuove infezioni da HIV, tutte le età, su 1.000 persone sieronegative	Tasso di prevalenza contraccettiva, donne di 15-49 anni, percentuale				Domanda insoddisfatta di pianificazione familiare, donne di 15-49 anni, percentuale		Proporzione di domanda soddisfatta con metodi moderni, donne di 15-49 anni	Leggi e regolamenti che garantiscono l'accesso a assistenza sanitaria, informazioni ed educazione in materia di salute sessuale e riproduttiva, percentuale
	2017	2017	2017	2014-2019	2018	QUALSIASI METODO		METODI MODERNI		Tutte Sposate o in unione stabile		2021	2019
Indonesia	177	127	254	95	0.17	44	62	42	59	8	11	81	-
Iran (Islamic Republic of)	16	13	20	99	0.05	58	81	46	65	4	5	75	-
Iraq	79	53	113	96	-	37	56	26	39	9	13	57	39
Ireland	5	3	7	100	0.08	66	71	63	66	6	9	88	-
Israel	3	2	4	-	0.05	39	74	30	56	5	8	68	-
Italy	2	1	2	100	0.05	59	67	48	51	7	9	73	-
Jamaica	80	67	98	100	-	42	68	40	64	9	11	78	-
Japan	5	3	6	100	0.01	48	56	41	44	12	16	68	83
Jordan	46	31	65	100	0.00	30	54	22	38	8	14	56	-
Kazakhstan	10	8	12	100	0.14	43	53	40	51	11	15	75	63
Kenya	342	253	476	62	1.02	46	64	45	62	12	14	77	-
Kiribati	92	49	158	-	-	20	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	0.04	41	60	34	49	9	14	67	-
Kyrgyzstan	60	50	76	100	0.09	29	41	27	39	13	18	66	73
Lao People's Democratic Republic	185	139	253	64	0.08	39	61	34	54	8	11	74	96
Latvia	19	15	26	100	0.19	61	72	54	62	6	9	81	70
Lebanon	29	22	40	-	0.02	29	62	21	46	6	12	61	-
Lesotho	544	391	788	87	7.80	53	66	52	65	11	15	81	-
Liberia	661	481	943	-	0.39	28	30	27	29	25	28	51	-
Libya	72	30	164	-	0.07	25	39	16	25	17	26	38	33
Lithuania	8	5	12	100	-	46	66	38	53	8	11	70	88
Luxembourg	5	3	8	-	0.09	-	-	-	-	-	-	-	-
Madagascar	335	229	484	46	0.24	41	50	36	44	15	16	65	-
Malawi	349	244	507	90	2.28	48	64	48	63	13	15	77	76
Malaysia	29	24	36	100	0.18	35	57	25	41	9	14	57	81
Maldives	53	35	84	100	-	15	22	12	17	22	30	33	45
Mali	562	419	784	67	0.78	18	19	17	19	21	24	45	79
Malta	6	4	11	100	-	64	85	50	66	4	3	74	90
Martinique	-	-	-	-	-	47	62	43	56	11	14	74	-
Mauritania	766	528	1140	69	0.03	12	18	11	16	18	29	35	62
Mauritius	61	46	85	100	0.70	43	67	28	43	8	10	56	73
Mexico	33	32	35	96	0.08	56	73	53	70	9	10	82	-
Micronesia (Federated States of)	88	40	193	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Moldova, Republic of	19	15	24	100	0.25	53	64	42	50	9	12	67	-
Mongolia	45	36	56	99	0.01	41	56	37	51	13	15	70	-
Montenegro	6	3	10	99	0.08	26	26	18	15	17	22	43	52
Morocco	70	54	91	87	0.03	43	71	37	61	7	11	74	-
Mozambique	289	206	418	73	5.25	26	28	25	27	19	22	56	94
Myanmar	250	182	351	60	0.20	33	58	33	56	8	14	78	82
Namibia	195	144	281	-	2.82	52	61	52	60	10	15	83	96
Nepal	186	135	267	58	0.03	43	55	38	48	17	21	63	48
Netherlands	5	4	7	-	0.03	63	73	61	71	6	7	89	98
New Caledonia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
New Zealand	9	7	11	97	0.03	65	80	61	75	5	5	88	94
Nicaragua	98	77	127	96	0.07	53	82	51	79	5	6	88	-
Niger	509	368	724	39	0.08	16	19	16	18	16	18	49	-
Nigeria	917	658	1320	43	0.65	17	20	13	15	15	19	41	-

Salute sessuale e riproduttiva

Paesi, territori e altre aree	Rapporto di mortalità materna (RMM) (morti su 100.000 nati vivi) ^a	Margine di errore sul RMM (UI 80%) valore minimo stimato ^a	Margine di errore sul RMM (UI 80%) valore massimo stimato ^a	Parti assistite da personale sanitario qualificato (%)	Numero di nuove infezioni da HIV, tutte le età, su 1.000 persone sieronegative	Tasso di prevalenza contraccettiva, donne di 15-49 anni, percentuale				Domanda insoddisfatta di pianificazione familiare, donne di 15-49 anni, percentuale		Proporzione di domanda soddisfatta con metodi moderni, donne di 15-49 anni	Leggi e regolamenti che garantiscono l'accesso a assistenza sanitaria, informazioni ed educazione in materia di salute sessuale e riproduttiva, percentuale
	2017	2017	2017	2014-2019	2018	QUALSIASI METODO		METODI MODERNI		2021		2021	2019
						Tutte	Sposate o in unione stabile	Tutte	Sposate o in unione stabile	Tutte	Sposate o in unione stabile		
North Macedonia	7	5	10	100	0.02	40	48	21	21	13	17	40	-
Norway	2	2	3	99	0.02	67	86	63	80	4	4	89	-
Oman	19	16	22	99	0.07	21	35	14	24	15	26	40	-
Pakistan	140	85	229	69	0.11	25	37	19	28	12	17	52	65
Palestine ¹	-	-	-	100	-	41	62	31	47	7	11	65	60
Panama	52	45	59	93	0.32	48	60	45	56	14	17	73	-
Papua New Guinea	145	67	318	56	0.26	28	38	23	32	18	25	51	-
Paraguay	84	72	96	98	0.16	58	72	54	67	8	9	82	-
Peru	88	69	110	92	0.10	55	77	42	57	5	7	70	-
Philippines	121	91	168	84	0.13	36	57	27	43	10	16	58	75
Poland	2	2	3	100	-	53	73	43	57	6	8	72	-
Portugal	8	6	11	99	0.07	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	48	26	40	10	16	64	-
Réunion	-	-	-	-	-	49	72	48	71	9	9	83	-
Romania	19	14	25	97	0.04	55	72	45	58	5	8	75	-
Russian Federation	17	13	23	100	-	49	68	41	57	6	10	75	-
Rwanda	248	184	347	91	0.29	34	58	31	53	12	17	69	-
Saint Kitts and Nevis	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint Lucia	117	71	197	100	-	49	61	46	57	12	15	76	-
Saint Vincent and the Grenadines	68	44	100	99	-	50	67	48	64	10	12	80	81
Samoa	43	20	97	83	-	17	29	16	27	24	41	39	-
San Marino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
São Tomé and Príncipe	130	73	217	93	-	36	46	33	43	21	27	59	54
Saudi Arabia	17	10	30	99	-	19	30	15	24	15	25	44	-
Senegal	315	237	434	74	0.08	22	31	21	29	16	22	56	-
Serbia	12	9	17	98	0.02	49	56	33	30	10	13	56	86
Seychelles	53	26	109	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sierra Leone	1120	808	1620	87	0.55	28	25	27	25	20	24	57	65
Singapore	8	5	13	100	0.04	40	69	36	61	6	10	77	-
Sint Maarten	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Slovakia	5	4	7	98	0.02	56	79	48	66	4	6	79	-
Slovenia	7	5	9	-	-	54	80	45	67	6	5	76	-
Solomon Islands	104	70	157	86	-	24	33	20	27	13	17	54	-
Somalia	829	385	1590	-	0.03	16	27	7	12	16	27	23	-
South Africa	119	96	153	97	4.94	50	58	50	57	11	14	82	95
South Sudan	1150	789	1710	-	1.56	6	8	5	7	20	30	21	16
Spain	4	3	5	-	0.07	60	63	58	62	9	13	84	-
Sri Lanka	36	31	41	100	0.01	45	67	37	55	5	7	74	89
Sudan	295	207	408	78	0.13	11	16	10	14	18	28	34	57
Suriname	120	96	144	98	0.49	33	46	33	45	15	23	68	45
Sweden	4	3	6	-	-	62	73	57	66	6	8	84	100
Switzerland	5	3	7	-	-	72	73	68	69	4	7	89	92
Syrian Arab Republic	31	20	50	-	0.00	37	62	28	46	8	13	62	77
Tajikistan	17	10	26	95	0.09	24	32	22	29	16	22	55	-
Tanzania, United Republic of	524	399	712	64	1.41	36	44	32	39	16	20	61	-
Thailand	37	32	44	99	0.09	56	80	54	78	4	5	91	-
Timor-Leste, Democratic Republic of	142	102	192	57	-	19	32	17	29	14	24	52	-
Togo	396	270	557	69	0.70	24	26	22	24	22	31	48	73

Salute sessuale e riproduttiva

Paesi, territori e altre aree	Rapporto di mortalità materna (RMM) (morti su 100.000 nati vivi) ^a	Margine di errore sul RMM (UI 80%) valore minimo stimato ^a	Margine di errore sul RMM (UI 80%) valore massimo stimato ^a	Parti assistite da personale sanitario qualificato (%)	Numero di nuove infezioni da HIV, tutte le età, su 1.000 persone sieronegative	Tasso di prevalenza contraccettiva, donne di 15-49 anni, percentuale				Domanda insoddisfatta di pianificazione familiare, donne di 15-49 anni, percentuale		Proporzione di domanda soddisfatta con metodi moderni, donne di 15-49 anni	Leggi e regolamenti che garantiscono l'accesso a assistenza sanitaria, informazioni ed educazione in materia di salute sessuale e riproduttiva, percentuale
	2017	2017	2017	2014-2019	2018	QUALSIASI METODO		METODI MODERNI		2021		2021	2019
						Tutte	Sposate o in unione stabile	Tutte	Sposate o in unione stabile	Tutte	Sposate o in unione stabile		
Tonga	52	24	116	–	–	20	37	17	32	13	25	52	–
Trinidad and Tobago	67	50	90	100	–	40	49	36	45	14	20	66	32
Tunisia	43	33	54	100	0.02	30	58	26	50	7	13	69	–
Turkey	17	14	20	98	–	48	71	33	49	7	10	61	–
Turkmenistan	7	5	10	100	–	37	55	34	51	10	14	74	–
Turks and Caicos Islands	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Tuvalu	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Uganda	375	278	523	74	1.40	35	45	32	41	19	25	59	–
Ukraine	19	14	26	100	0.28	53	68	44	55	6	9	74	88
United Arab Emirates	3	2	5	100	–	36	51	29	41	12	17	60	–
United Kingdom	7	6	8	–	–	73	82	67	74	4	5	87	92
United States of America	19	17	21	99	–	64	76	57	67	5	6	83	–
United States Virgin Islands	–	–	–	–	–	52	75	49	70	8	8	81	–
Uruguay	17	14	21	100	0.26	57	79	55	77	6	7	87	99
Uzbekistan	29	23	37	100	0.16	49	69	46	65	6	9	83	–
Vanuatu	–	–	–	–	–	36	48	31	41	15	20	61	–
Venezuela (Bolivarian Republic of)	125	97	170	99	–	56	76	52	71	8	10	82	–
Viet Nam	43	32	61	94	0.06	59	80	50	67	4	5	79	54
Western Sahara	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Yemen	164	109	235	–	0.04	27	43	20	31	15	24	48	63
Zambia	213	159	289	63	2.97	37	53	35	50	15	18	68	91
Zimbabwe	458	360	577	86	2.79	49	69	49	68	8	10	85	–

Salute sessuale e riproduttiva

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)

Numero di nuove infezioni da HIV, tutte le età, su 1.000 persone sieronegative: numero di nuove infezioni da HIV per 1.000 persone - anni nella popolazione sieronegativa (indicatore SDG 3.3.1).

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.

Proporzione 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)

Leggi e regolamenti che garantiscono l'accesso a assistenza medica, informazioni ed educazione in materia di salute sessuale e riproduttiva: la misura in cui i paesi hanno leggi nazionali e regolamenti che garantiscono a donne e uomini di 15 anni o più pieno e uguale accesso ad assistenza medica, informazioni ed educazione in materia di salute sessuale e riproduttiva (Indicatore SDG 5.6.2).

FONTI PRINCIPALI 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 sanitario qualificato: database mondiale comune 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 mondiale comune.

Numero di nuove infezioni da HIV, tutte le età, su 1.000 persone sieronegative: UNAIDS.

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.

Proporzione di domanda soddisfatta con metodi moderni: Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione.

Leggi e regolamenti che garantiscono l'accesso a assistenza medica, informazioni ed educazione in materia di salute sessuale e riproduttiva: UNFPA.

Genere, diritti e capitale umano

	Tasso di maternità tra le adolescenti ogni 1.000 ragazze di 15-19 anni	Matrimonio infantile entro i 18 anni di età, percentuale	Prevalenza di MGF tra le ragazze di 15-19 anni, percentuale	Violenza da parte del partner, negli ultimi 12 mesi, percentuale	Processo decisionale su salute sessuale e riproduttiva e diritti riproduttivi, percentuale	Tasso netto totale di iscrizione, scuola primaria, percentuale	Indice di parità di genere, tasso netto totale di iscrizione, scuola primaria	Tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria di primo grado, percentuale	Indice di parità di genere, tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria di primo grado	Tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria superiore, percentuale	Indice di parità di genere, tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria superiore
Mondo e aree regionali	2020	2019	2019	2018	2020	2019	2019	2019	2019	2019	2019
Mondo	41	20	-	13	55	-	-	85	1.00	65	0.99
Regioni più sviluppate	12	-	-	-	-	-	-	98	1.00	93	1.01
Regioni meno sviluppate	45	27	-	-	54	-	-	83	1.00	62	0.99
Paesi meno sviluppati	91	38	-	22	50	-	-	66	0.97	44	0.89
Regioni UNFPA											
Stati Arabi	48	20	55	-	-	-	-	81	0.94	60	0.91
Asia e Pacifico	23	26	-	-	59	-	-	87	1.02	63	1.03
Europa orientale e Asia centrale	27	12	-	-	75	-	-	96	0.99	85	1.00
America Latina e Caraibi	61	25	-	-	74	-	-	93	1.00	79	1.03
Africa orientale e meridionale	95	32	24	-	53	-	-	66	0.96	44	0.84
Africa occidentale e centrale	108	39	23	-	37	-	-	62	0.96	43	0.86
Paesi, territori ed altre aree	2003-2018	2005-2019	2004-2018	2000-2019	2007-2018	2010-2020	2010-2020	2010-2019	2010-2019	2009-2019	2009-2019
Afghanistan	62	28	-	46	-	-	-	-	-	44	0.56
Albania	16	12	-	-	69	98	1.04	96	1.05	82	1.07
Algeria	10	3	-	-	-	100	0.99	-	-	-	-
Angola	163	30	-	26	62	82	0.78	76	0.76	18	0.71
Antigua and Barbuda	28	-	-	-	-	99	1.01	99	0.99	87	1.02
Argentina	54	-	-	-	-	100	0.99	100	1.00	90	1.10
Armenia	21	5	-	4	66	91	1.00	90	1.02	89	1.15
Aruba	26	-	-	-	-	100	1.00	-	-	-	-
Australia	10	-	-	2 ^b	-	100	1.00	98	1.00	92	1.04
Austria	7	-	-	4 ^c	-	100	1.00	100	1.00	90	1.01
Azerbaijan	45	11	-	10	-	92	1.03	100	1.00	100	1.00
Bahamas	29	-	-	-	-	76	1.02	71	1.02	67	1.06
Bahrain	14	-	-	-	-	98	0.99	96	1.07	87	1.14
Bangladesh	74	59	-	29	-	95	1.11	74	1.10	62	1.08
Barbados	50	29	-	-	-	99	0.98	95	1.04	95	1.05
Belarus	14	5	-	-	-	99	0.98	99	1.00	99	1.02
Belgium	6	-	-	8 ^c	-	99	1.00	99	0.99	99	1.00
Belize	64	34	-	-	-	100	1.01	90	0.98	64	1.04
Benin	108	31	2	14	36	94	0.94	66	0.78	44	0.63
Bhutan	28	26	-	7	-	96	1.03	88	1.15	72	1.16
Bolivia (Plurinational State of)	71	20	-	27	-	93	1.00	87	0.99	79	1.00
Bosnia and Herzegovina	11	4	-	-	-	-	-	-	-	79	1.04
Botswana	50	-	-	-	-	89	1.01	-	-	-	-
Brazil	53	26	-	-	-	96	0.99	97	1.00	85	1.07
Brunei Darussalam	10	-	-	-	-	99	1.01	97	1.00	82	1.04
Bulgaria	38	-	-	9 ^c	-	87	1.00	87	0.99	88	0.95
Burkina Faso	132	52	58	9	20	78	0.99	54	1.08	34	1.04
Burundi	58	19	-	28	44	92	1.04	66	1.08	35	1.15
Cambodia	57	19	-	9	76	91	1.00	87	0.98	-	-
Cameroon, Republic of	119	31	0.4	22	38	92	0.91	63	0.89	46	0.83
Canada	8	-	-	-	-	100	1.00	100	1.00	94	0.99
Cape Verde	80	18	-	8	-	94	0.98	87	1.01	73	1.08
Central African Republic	229	68	18	26	-	67	0.80	44	0.61	16	0.48

Genere, diritti e capitale umano

	Tasso di maternità tra le adolescenti ogni 1.000 ragazze di 15-19 anni	Matrimonio infantile entro i 18 anni di età, percentuale	Prevalenza di MGF tra le ragazze di 15-19 anni, percentuale	Violenza da parte del partner, negli ultimi 12 mesi, percentuale	Processo decisionale su salute sessuale e riproduttiva e diritti riproduttivi, percentuale	Tasso netto totale di iscrizione, scuola primaria, percentuale	Indice di parità di genere, tasso netto totale di iscrizione, scuola primaria	Tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria di primo grado, percentuale	Indice di parità di genere, tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria di primo grado	Tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria superiore, percentuale	Indice di parità di genere, tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria superiore
Paesi, territori e altre aree	2003-2018	2005-2019	2004-2018	2000-2019	2007-2018	2010-2020	2010-2020	2010-2019	2010-2019	2009-2019	2009-2019
Chad	179	67	32	18	27	74	0.79	38	0.68	22	0.51
Chile	26	-	-	-	-	99	0.99	95	0.99	95	1.00
China	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
China, Hong Kong SAR	2	-	-	-	-	97	1.05	99	1.00	99	1.00
China, Macao SAR	3	-	-	-	-	99	0.99	98	1.02	87	1.06
Colombia	61	23	-	18	-	98	1.01	94	1.01	79	1.03
Comoros	70	32	-	5	21	82	1.00	81	1.02	50	1.07
Congo, Democratic Republic of the	138	37	-	37	31	-	-	-	-	-	-
Congo, Republic of the	111	27	-	-	27	89	1.09	-	-	-	-
Costa Rica	50	21	-	-	-	100	1.00	98	1.01	94	1.03
Côte d'Ivoire	123	27	27	22	25	95	0.93	56	0.87	42	0.74
Croatia	9	-	-	4 ^c	-	98	1.03	99	1.02	86	1.05
Cuba	52	26	-	-	-	99	1.00	90	1.00	82	1.07
Curaçao	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cyprus	4	-	-	3 ^c	-	99	1.00	100	1.00	93	0.98
Czechia	12	-	-	6 ^c	-	100	1.01	99	1.00	97	1.00
Denmark	3	-	-	7 ^c	-	99	1.01	99	0.99	90	1.02
Djibouti	21	5	80	-	-	67	0.96	52	1.00	34	0.95
Dominica	48	-	-	-	-	96	1.01	99	1.02	82	1.03
Dominican Republic	51	36	-	16	77	96	1.01	94	1.00	78	1.02
Ecuador	71	20	-	11	87	99	1.03	95	1.03	80	1.01
Egypt	52	17	70	14	-	99	1.01	98	1.02	77	0.98
El Salvador	74	26	-	7	-	86	1.01	83	0.99	66	0.97
Equatorial Guinea	176	30	-	44	-	45	1.02	-	-	-	-
Eritrea	76	41	69	-	-	53	0.91	64	0.88	51	0.86
Estonia	11	-	-	4 ^c	-	98	1.00	99	1.02	99	0.99
Eswatini	87	5	-	-	49	84	0.98	97	1.00	84	0.96
Ethiopia	80	40	47	20	45	86	0.93	53	0.92	26	0.91
Fiji	23	-	-	30 ^c	-	99	0.97	96	-	74	1.09
Finland	5	-	-	8 ^c	-	99	1.00	100	1.00	96	0.98
France	9	-	-	7 ^c	-	100	1.00	99	1.00	95	1.01
French Guiana	76	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
French Polynesia	42	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gabon	91	22	-	32	48	-	-	-	-	-	-
Gambia	86	26	75	7	40	85	1.12	69	1.03	-	-
Georgia	32	14	-	1 ^d	-	99	1.01	100	1.00	94	1.04
Germany	6	-	-	5 ^c	-	99	1.01	95	1.02	86	0.96
Ghana	75	21	2	19	52	99	1.01	89	1.05	72	1.00
Greece	9	-	-	8 ^c	-	99	1.00	96	0.99	95	0.98
Grenada	36	-	-	-	-	99	1.02	97	-	97	1.00
Guadeloupe	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guam	35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	79	30	-	9	65	89	1.01	67	0.93	41	0.90
Guinea	120	47	92	-	29	78	0.83	49	0.70	33	0.59
Guinea-Bissau	106	24	42	-	-	73	0.95	-	-	-	-

Genere, diritti e capitale umano

Paesi, territori e altre aree	Tasso di maternità tra le adolescenti ogni 1.000 ragazze di 15-19 anni	Matrimonio infantile entro i 18 anni di età, percentuale	Prevalenza di MGF tra le ragazze di 15-19 anni, percentuale	Violenza da parte del partner, negli ultimi 12 mesi, percentuale	Processo decisionale su salute sessuale e riproduttiva e diritti riproduttivi, percentuale	Tasso netto totale di iscrizione, scuola primaria, percentuale	Indice di parità di genere, tasso netto totale di iscrizione, scuola primaria	Tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria di primo grado, percentuale	Indice di parità di genere, tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria di primo grado	Tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria superiore, percentuale	Indice di parità di genere, tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria superiore
	2003-2018	2005-2019	2004-2018	2000-2019	2007-2018	2010-2020	2010-2020	2010-2019	2010-2019	2009-2019	2009-2019
Guyana	74	30	-	-	71	98	0.96	93	1.02	70	1.11
Haiti	55	15	-	14	59	-	-	-	-	-	-
Honduras	89	34	-	11	70	87	0.97	62	1.23	44	1.11
Hungary	23	-	-	8 ^c	-	96	1.00	97	1.00	88	1.01
Iceland	6	-	-	-	-	100	1.00	100	1.00	87	1.04
India	11	27	-	22	-	98	1.02	85	1.07	52	0.98
Indonesia	36	16	-	5 ^d	-	94	0.95	84	1.07	77	1.01
Iran (Islamic Republic of)	33	17	-	-	-	100	1.00	95	0.97	74	0.97
Iraq	82	28	4	-	-	-	-	-	-	-	-
Ireland	7	-	-	4 ^c	-	100	1.00	99	-	99	1.01
Israel	10	-	-	-	-	100	1.01	100	-	98	-
Italy	4	-	-	7 ^c	-	97	1.00	98	1.00	95	1.01
Jamaica	52	8	-	9	-	83	1.00	82	1.02	76	1.04
Japan	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jordan	27	10	-	14	61	81	0.98	70	1.00	54	1.09
Kazakhstan	26	7	-	6 ^c	-	99	1.02	100	-	99	-
Kenya	96	23	11	26	56	81	1.04	-	-	-	-
Kiribati	49	20	-	43	-	96	1.08	-	-	-	-
Korea, Democratic People's Republic of	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Korea, Republic of	1	-	-	-	-	99	1.00	97	1.00	96	0.99
Kuwait	6	-	-	-	-	83	1.22	94	1.05	82	1.03
Kyrgyzstan	34	13	-	17	77	100	0.99	98	0.99	72	1.05
Lao People's Democratic Republic	83	33	-	6	-	92	0.98	72	1.00	56	0.92
Latvia	16	-	-	7 ^c	-	99	1.01	99	1.01	96	1.01
Lebanon	13	6	-	35	-	-	-	-	-	-	-
Lesotho	94	16	-	-	61	98	1.01	83	1.11	66	1.15
Liberia	150	36	26 ^a	35	67	79	1.01	79	0.90	74	0.86
Libya	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lithuania	13	-	-	6 ^c	-	100	1.00	100	1.00	97	1.02
Luxembourg	4	-	-	3 ^c	-	99	0.98	96	0.98	81	1.06
Madagascar	152	40	-	-	74	98	1.05	70	1.03	36	0.97
Malawi	138	42	-	24	47	98	1.04	81	1.01	31	0.64
Malaysia	9	-	-	-	-	100	1.01	87	1.03	63	1.16
Maldives	9	2	1	6	58	98	1.03	91	-	-	-
Mali	164	54	86	21	8	59	0.90	47	0.86	25	0.74
Malta	13	-	-	5 ^c	-	100	1.01	99	1.01	90	1.05
Martinique	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mauritania	84	37	63	-	-	77	1.05	72	1.08	39	1.12
Mauritius	24	-	-	-	-	99	1.03	95	1.02	79	1.10
Mexico	71	26	-	10	-	99	1.01	92	1.02	74	1.05
Micronesia (Federated States of)	44	-	-	26	-	90	0.98	87	1.06	-	-
Moldova, Republic of	21	12	-	15	-	90	0.98	84	0.98	65	1.02
Mongolia	33	12	-	15	63	99	0.99	-	-	-	-
Montenegro	10	6	-	-	-	100	1.00	92	1.01	89	1.02
Morocco	19	14	-	-	-	100	1.01	91	0.96	72	0.94

Genere, diritti e capitale umano

Paesi, territori e altre aree	Tasso di maternità tra le adolescenti ogni 1.000 ragazze di 15-19 anni	Matrimonio infantile entro i 18 anni di età, percentuale	Prevalenza di MGF tra le ragazze di 15-19 anni, percentuale	Violenza da parte del partner, negli ultimi 12 mesi, percentuale	Processo decisionale su salute sessuale e riproduttiva e diritti riproduttivi, percentuale	Tasso netto totale di iscrizione, scuola primaria, percentuale	Indice di parità di genere, tasso netto totale di iscrizione, scuola primaria	Tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria di primo grado, percentuale	Indice di parità di genere, tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria di primo grado	Tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria superiore, percentuale	Indice di parità di genere, tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria superiore
	2003-2018	2005-2019	2004-2018	2000-2019	2007-2018	2010-2020	2010-2020	2010-2019	2010-2019	2009-2019	2009-2019
Mozambique	180	53	-	16	49	98	0.97	57	0.87	31	0.76
Myanmar	28	16	-	11	67	98	0.96	79	1.03	57	1.16
Namibia	64	7	-	20	71	98	1.03	-	-	-	-
Nepal	88	40	-	11	48	96	0.93	97	1.03	81	1.18
Netherlands	3	-	-	7 ^c	-	100	1.01	97	1.01	100	1.00
New Caledonia	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
New Zealand	14	-	-	-	-	100	1.01	99	1.00	98	1.03
Nicaragua	92	35	-	8	-	96	1.03	88	1.03	64	1.08
Niger	154	76	1	-	7	59	0.88	35	0.79	14	0.67
Nigeria	106	43	14	14	46	66	0.84	-	-	-	-
North Macedonia	15	7	-	-	-	99	1.00	-	-	-	-
Norway	3	-	-	-	-	100	1.00	99	0.99	92	1.01
Oman	12	4	-	-	-	97	1.06	98	1.02	90	0.90
Pakistan	46	18	-	15	40	-	-	-	-	-	-
Palestine ¹	48	15	-	-	-	97	1.00	97	1.04	75	1.21
Panama	76	26	-	10	79	87	0.99	88	1.01	56	1.08
Papua New Guinea	68	27	-	48	-	93	0.94	86	0.89	54	0.82
Paraguay	72	22	-	8 ^a	-	89	1.00	90	0.90	68	1.05
Peru	44	17	-	11	-	98	0.96	98	1.00	92	0.94
Philippines	39	17	-	6	81	96	0.99	89	1.07	79	1.09
Poland	11	-	-	3 ^c	-	98	1.01	98	0.98	96	1.00
Portugal	8	-	-	6 ^f	-	100	0.99	100	1.00	99	0.99
Puerto Rico	22	-	-	-	-	78	1.03	80	1.10	83	1.07
Qatar	9	4	-	-	-	98	1.03	95	0.92	91	0.97
Réunion	30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Romania	38	-	-	7 ^c	-	87	1.00	91	1.00	80	1.03
Russian Federation	22	-	-	-	-	100	1.00	100	1.01	97	1.00
Rwanda	41	7	-	21	70	94	1.00	96	1.04	50	1.02
Saint Kitts and Nevis	46	-	-	-	-	99	0.98	87	0.95	96	0.99
Saint Lucia	36	24	-	-	-	98	1.03	90	0.98	79	0.99
Saint Vincent and the Grenadines	52	-	-	-	-	97	1.06	98	0.99	85	1.02
Samoa	39	11	-	22	-	99	1.02	100	-	90	1.11
San Marino	1	-	-	-	-	95	1.10	99	-	46	0.89
São Tomé and Príncipe	92	35	-	26	46	94	1.00	90	1.06	83	1.03
Saudi Arabia	9	-	-	-	-	98	0.98	99	0.98	96	0.94
Senegal	78	29	21	8	7	74	1.14	-	-	-	-
Serbia	15	3	-	-	-	98	1.00	98	1.00	88	1.03
Seychelles	68	-	-	-	-	98	1.05	99	-	82	1.16
Sierra Leone	101	30	64	29	40	99	1.03	51	0.99	35	0.93
Singapore	3	-	-	-	-	100	1.00	99	0.99	100	-
Sint Maarten	-	-	-	-	-	97	1.07	-	-	-	-
Slovakia	27	-	-	8 ^c	-	96	1.00	95	1.00	89	1.00
Slovenia	4	-	-	2 ^c	-	100	1.00	98	1.01	98	1.01
Solomon Islands	78	21	-	42	-	96	1.01	-	-	-	-
Somalia	123	45	97	-	-	-	-	-	-	-	-
South Africa	41	4	-	11	65	89	1.02	86	1.03	79	1.02

Genere, diritti e capitale umano

Paesi, territori e altre aree	Tasso di maternità tra le adolescenti ogni 1.000 ragazze di 15-19 anni	Matrimonio infantile entro i 18 anni di età, percentuale	Prevalenza di MGF tra le ragazze di 15-19 anni, percentuale	Violenza da parte del partner, negli ultimi 12 mesi, percentuale	Processo decisionale su salute sessuale e riproduttiva e diritti riproduttivi, percentuale	Tasso netto totale di iscrizione, scuola primaria, percentuale	Indice di parità di genere, tasso netto totale di iscrizione, scuola primaria	Tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria di primo grado, percentuale	Indice di parità di genere, tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria di primo grado	Tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria superiore, percentuale	Indice di parità di genere, tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria superiore
	2003-2018	2005-2019	2004-2018	2000-2019	2007-2018	2010-2020	2010-2020	2010-2019	2010-2019	2009-2019	2009-2019
South Sudan	158	52	-	-	-	38	0.77	44	0.72	36	0.65
Spain	7	-	-	2 ^c	-	97	1.00	100	1.00	98	1.01
Sri Lanka	21	10	-	6 ^a	-	99	0.99	100	1.00	84	1.06
Sudan	87	34	82	-	-	62	0.98	45	0.88	43	0.96
Suriname	57	36	-	-	-	88	1.04	85	1.09	62	1.15
Sweden	5	-	-	6 ^c	-	100	1.00	100	1.01	99	0.99
Switzerland	2	-	-	-	-	100	1.00	99	0.99	82	0.96
Syrian Arab Republic	54	13	-	-	-	72	0.98	62	0.97	34	1.00
Tajikistan	54	9	-	19	33	99	0.99	94	0.94	61	0.74
Tanzania, United Republic of	139	31	5	30	47	87	1.04	-	-	14	0.76
Thailand	38	23	-	-	-	-	-	-	-	79	1.00
Timor-Leste, Democratic Republic of	42	15	-	35	40	95	1.04	90	1.04	76	1.07
Togo	89	25	1	13	30	97	0.98	79	0.85	43	0.64
Tonga	30	6	-	19	-	99	1.02	95	1.02	62	1.17
Trinidad and Tobago	38	11	-	7	-	99	0.99	-	-	-	-
Tunisia	4	2	-	-	-	99	1.02	-	-	-	-
Turkey	21	15	-	11	-	95	0.99	94	0.99	83	0.99
Turkmenistan	28	6	-	-	-	-	-	92	0.98	83	0.99
Turks and Caicos Islands	15	-	-	-	-	99	1.03	80	1.06	68	0.90
Tuvalu	27	10	-	25	-	85	0.96	71	0.92	50	1.57
Uganda	132	34	0.1	30	62	96	1.03	-	-	-	-
Ukraine	19	9	-	10	81	92	1.02	96	1.01	94	1.03
United Arab Emirates	5	-	-	-	-	99	0.97	99	0.99	88	0.86
United Kingdom	12	-	-	6 ^c	-	99	1.00	100	1.00	96	1.01
United States of America	19	-	-	-	-	99	1.00	100	1.02	96	1.00
United States Virgin Islands	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Uruguay	36	25	-	3	-	100	1.00	100	1.01	88	1.08
Uzbekistan	19	7	-	-	-	99	0.99	99	0.98	86	0.99
Vanuatu	51	21	-	44	-	-	-	-	-	-	-
Venezuela (Bolivarian Republic of)	95	-	-	-	-	90	1.00	86	1.02	77	1.12
Viet Nam	30	11	-	10	-	99	1.03	-	-	-	-
Western Sahara	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Yemen	67	32	16	-	-	84	0.88	72	0.85	44	0.59
Zambia	135	29	-	25	47	85	1.05	-	-	-	-
Zimbabwe	78	34	-	20	60	100	1.01	98	0.95	52	0.90

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 Per le donne dai 18 anni in su che hanno avuto una relazione.
- c Per le donne tra 18 e 49 anni che hanno avuto una relazione.
- d Per le donne tra 15 e 64 anni che hanno avuto una relazione.
- e Per le donne tra 15 e 44 anni che hanno avuto una relazione.
- f Per le donne tra 18 e 50 anni che hanno avuto una relazione.
- g Per le donne di 15 o più anni che hanno avuto una relazione.
- 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 infantile, 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).

Violenza da parte del partner, negli ultimi 12 mesi: percentuale di donne e ragazze di età compresa tra 15 e 49 anni che hanno subito violenze fisiche e/o sessuali da parte del partner nei 12 mesi precedenti. (Indicatore SDG 5.2.1)

Processo decisionale relativo alla salute sessuale e riproduttiva e ai diritti riproduttivi: percentuale di donne di età compresa tra 15 e 49 anni sposate (o conviventi) che prendono le proprie decisioni in tre aree: assistenza sanitaria, uso di contraccettivi e rapporti sessuali con il partner (Indicatore SDG 5.6.1). Appena prima della stampa di questo rapporto, sono stati resi disponibili dati aggiornati per questo indicatore SDG. I dati aggiornati sono disponibili a questo indirizzo:

<https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/>.

Tasso netto totale di iscrizione, scuola primaria: numero totale di alunni della fascia di età ufficiale per frequentare la scuola primaria, iscritti a qualsiasi livello di istruzione, espresso come percentuale della popolazione di riferimento.

Indice di parità di genere, tasso netto totale di iscrizione, istruzione primaria: rapporto tra i valori relativi a femmine e maschi del tasso netto totale di iscrizione alla scuola primaria.

Tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria di primo grado: numero totale di alunni della fascia di età ufficiale per frequentare la scuola secondaria di primo grado, iscritti a qualsiasi livello di istruzione, espresso come percentuale della popolazione di riferimento.

Indice di parità di genere, tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria di primo grado: Rapporto tra i valori relativi a femmine e maschi del tasso netto totale di iscrizione alla scuola secondaria di primo grado.

Tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria superiore: numero totale di alunni della fascia di età ufficiale per frequentare la scuola secondaria superiore, iscritti a qualsiasi livello di istruzione, espresso come percentuale della popolazione di riferimento.

Indice di parità di genere, tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria superiore: rapporto tra i valori relativi a femmine e maschi del tasso netto totale di iscrizione alla scuola secondaria superiore.

FONTI PRINCIPALI DEI DATI

Tasso di maternità tra le adolescenti: Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione.

Matrimonio infantile, entro i 18 anni di età: UNICEF. Totali regionali calcolati da UNFPA sulla base di dati forniti da UNICEF.

Prevalenza di MGF tra le ragazze di 15-19 anni: UNFPA.

Violenza da parte del partner, negli ultimi 12 mesi: UNFPA. Stime regionali prodotte dal Gruppo interagenzia sulle stime e sui dati sulla violenza contro le donne (OMS, UN-DC, UN-Women, UNFPA, UNICEF e UNSD).

Processo decisionale relativo alla salute sessuale e riproduttiva e ai diritti riproduttivi: UNFPA. Appena prima della stampa di questo rapporto, sono stati resi disponibili dati aggiornati per questo indicatore SDG. I dati aggiornati sono disponibili a questo indirizzo:

<https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/>.

Tasso netto totale di iscrizione, scuola primaria: Istituto di Statistica dell'UNESCO (UIS).

Indice di parità di genere, tasso netto totale di iscrizione, istruzione primaria: Istituto di Statistica dell'UNESCO (UIS).

Tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria di primo grado: Istituto di Statistica dell'UNESCO (UIS).

Indice di parità di genere, tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria di primo grado: Istituto di Statistica dell'UNESCO (UIS).

Tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria superiore: Istituto di Statistica dell'UNESCO (UIS).

Indice di parità di genere, tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria superiore: Istituto di Statistica dell'UNESCO (UIS).

Indicatori demografici

	POPOLAZIONE		COMPOSIZIONE DELLA POPOLAZIONE					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 - 19 anni, percentuale	Popolazione di 10 - 24 anni, percentuale	Popolazione di 15 - 64 anni, percentuale	Popolazione di 65 anni o più, percentuale	Tasso di fecondità totale, per donna	Aspettativa di vita alla nascita (anni), 2021	
	2021	2015-2020	2021	2021	2021	2021	2021	2021	maschi	femmine
Mondo e aree regionali	2021	2015-2020	2021	2021	2021	2021	2021	2021		
Mondo	7,875	1.1	25.3	16.0	23.6	65.1	9.6	2.4	71	75
Regioni più sviluppate	1,276	0.3	16.3	11.0	16.6	64.0	19.7	1.6	77	83
Regioni meno sviluppate	6,599	1.3	27.0	17.0	25.0	65.4	7.6	2.5	69	74
Paesi meno sviluppati	1,082	2.3	38.5	22.3	31.7	57.8	3.6	3.8	64	68
Regioni UNFPA										
Stati Arabi	385	1.9	33.8	19.2	27.6	61.0	5.1	3.2	70	74
Asia e Pacifico	4,116	0.9	23.4	15.6	23.3	67.9	8.6	2.1	71	75
Europa orientale e Asia centrale	251	0.9	23.4	14.4	21.2	66.2	10.5	2.1	71	78
America Latina e Caraibi	656	1.0	23.7	16.0	24.2	67.2	9.2	2.0	73	79
Africa orientale e meridionale	633	2.6	40.9	23.0	32.3	55.9	3.2	4.2	62	67
Africa occidentale e centrale	471	2.7	42.9	23.3	32.3	54.3	2.8	4.9	57	60
Paesi, territori e altre aree										
Afghanistan	39.8	2.5	41.2	25.0	35.2	56.1	2.7	4.0	64	67
Albania	2.9	-0.1	17.1	12.2	19.8	67.7	15.2	1.6	77	80
Algeria	44.6	2.0	30.9	15.8	22.3	62.2	6.9	2.9	76	79
Angola	33.9	3.3	46.2	24.1	32.9	51.6	2.2	5.3	59	65
Antigua and Barbuda	0.1	0.9	21.7	14.0	21.6	68.6	9.7	2.0	76	78
Argentina	45.6	1.0	24.3	15.7	23.3	64.2	11.5	2.2	74	80
Armenia	3.0	0.3	20.8	12.7	18.4	66.9	12.3	1.8	72	79
Aruba ¹	0.1	0.5	17.3	12.8	19.8	67.5	15.1	1.9	74	79
Australia ²	25.8	1.3	19.3	12.4	18.5	64.2	16.5	1.8	82	86
Austria	9.0	0.7	14.5	9.6	15.1	66.1	19.5	1.6	80	84
Azerbaijan ³	10.2	1.0	23.4	13.4	20.2	69.5	7.1	2.0	71	76
Bahamas	0.4	1.0	21.3	15.9	24.3	70.7	8.0	1.7	72	76
Bahrain	1.7	4.3	18.0	11.1	17.0	79.1	2.9	1.9	77	79
Bangladesh	166.3	1.1	26.3	18.3	27.5	68.4	5.3	2.0	71	75
Barbados	0.3	0.1	16.6	12.5	19.0	66.3	17.2	1.6	78	81
Belarus	9.4	0.0	17.3	10.2	14.5	66.6	16.1	1.7	70	80
Belgium	11.6	0.5	17.0	11.4	17.0	63.5	19.6	1.7	80	84
Belize	0.4	1.9	28.8	19.2	29.0	66.1	5.2	2.2	72	78
Benin	12.5	2.7	41.7	22.9	32.1	55.0	3.3	4.6	61	64
Bhutan	0.8	1.2	24.6	17.2	26.6	69.1	6.3	1.9	72	73
Bolivia (Plurinational State of)	11.8	1.4	29.8	19.5	28.6	62.6	7.6	2.6	69	75
Bosnia and Herzegovina	3.3	-0.9	14.3	10.5	17.0	67.2	18.5	1.2	75	80
Botswana	2.4	2.1	33.0	20.1	28.7	62.3	4.7	2.8	67	73
Brazil	214.0	0.8	20.5	14.4	22.3	69.6	9.9	1.7	73	80
Brunei Darussalam	0.4	1.1	21.9	14.7	22.7	72.1	6.0	1.8	75	77
Bulgaria	6.9	-0.7	14.7	10.1	14.3	63.6	21.7	1.6	72	79
Burkina Faso	21.5	2.9	44.1	24.1	33.3	53.5	2.4	5.0	62	63
Burundi	12.3	3.1	45.1	23.1	31.8	52.5	2.5	5.2	60	64
Cambodia	16.9	1.5	30.7	18.5	27.4	64.3	5.0	2.4	68	72
Cameroon, Republic of	27.2	2.6	41.8	23.3	32.4	55.5	2.7	4.4	59	61
Canada	38.1	0.9	15.8	10.5	16.6	65.7	18.6	1.5	81	85
Cape Verde	0.6	1.2	27.7	17.7	25.8	67.4	4.9	2.2	70	77
Central African Republic	4.9	1.4	43.0	26.1	36.3	54.1	2.8	4.5	52	56
Chad	16.9	3.0	46.2	24.6	33.9	51.3	2.5	5.5	53	56
Chile	19.2	1.2	19.0	13.0	20.1	68.3	12.7	1.6	78	83
China ⁴	1,444.2	0.5	17.6	7.4	17.5	70.0	12.4	1.7	75	80
China, Hong Kong SAR ⁵	7.6	0.8	13.0	11.6	12.1	68.1	18.9	1.4	82	88

Paesi, territori e altre aree	POPOLAZIONE	VARIAZIONE DELLA POPOLAZIONE	COMPOSIZIONE DELLA POPOLAZIONE					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 - 19 anni, percentuale	Popolazione di 10 - 24 anni, percentuale	Popolazione di 15 - 64 anni, percentuale	Popolazione di 65 anni o più, percentuale	Tasso di fecondità totale, per donna	Aspettativa di vita alla nascita (anni), 2021	
	2021	2015-2020	2021	2021	2021	2021	2021	2021	maschi	femmine
China, Macao SAR ⁶	0.7	1.5	14.6	7.4	12.5	72.6	12.7	1.3	82	87
Colombia	51.3	1.4	21.9	15.6	24.1	68.7	9.4	1.8	75	80
Comoros	0.9	2.2	38.7	22.0	31.1	58.1	3.2	4.0	63	67
Congo, Democratic Republic of the	92.4	3.2	45.6	23.6	32.2	51.4	3.0	5.6	60	63
Congo, Republic of the	5.7	2.6	41.0	23.0	31.7	56.2	2.8	4.3	63	67
Costa Rica	5.1	1.0	20.6	13.9	21.6	68.8	10.6	1.7	78	83
Côte d'Ivoire	27.1	2.5	41.4	23.0	32.6	55.7	2.9	4.5	57	60
Croatia	4.1	-0.6	14.5	10.0	15.6	63.9	21.7	1.4	76	82
Cuba	11.3	0.0	15.7	10.9	17.0	68.1	16.2	1.6	77	81
Curaçao ¹	0.2	0.5	17.8	13.0	19.0	64.0	18.2	1.7	76	82
Cyprus ⁷	1.2	0.8	16.5	11.7	19.1	68.8	14.7	1.3	79	83
Czechia	10.7	0.2	15.8	10.1	14.4	63.8	20.4	1.7	77	82
Denmark ⁸	5.8	0.4	16.3	11.6	17.9	63.4	20.3	1.8	79	83
Djibouti	1.0	1.6	28.6	18.0	27.0	66.6	4.8	2.6	66	70
Dominica	0.1	0.2	-	-	-	-	-	-	-	-
Dominican Republic	11.0	1.1	27.2	17.7	26.2	65.1	7.8	2.3	71	78
Ecuador	17.9	1.7	27.2	17.4	26.2	65.0	7.8	2.4	75	80
Egypt	104.3	2.0	33.8	18.2	26.3	60.7	5.4	3.2	70	75
El Salvador	6.5	0.5	26.3	17.6	27.1	64.9	8.8	2.0	69	78
Equatorial Guinea	1.4	3.7	36.8	19.4	29.2	60.8	2.4	4.3	58	61
Eritrea	3.6	1.2	40.7	24.5	32.6	54.8	4.5	3.9	65	69
Estonia	1.3	0.2	16.5	10.7	14.9	62.8	20.8	1.6	75	83
Eswatini	1.2	1.0	37.0	23.7	33.4	59.0	4.0	2.9	57	66
Ethiopia	117.9	2.6	39.6	23.1	33.3	56.9	3.6	4.0	65	69
Fiji	0.9	0.6	28.9	17.7	25.6	65.1	6.0	2.7	66	70
Finland ⁹	5.5	0.2	15.6	11.0	16.6	61.4	23.0	1.4	80	85
France ¹⁰	65.4	0.3	17.5	12.1	17.8	61.4	21.1	1.8	80	86
French Guiana ¹¹	0.3	2.7	31.7	19.0	27.6	62.5	5.8	3.2	77	83
French Polynesia ¹¹	0.3	0.6	22.0	15.5	23.1	68.6	9.4	1.9	76	80
Gabon	2.3	2.7	37.4	19.2	27.1	59.1	3.5	3.8	65	69
Gambia	2.5	2.9	43.8	23.1	32.4	53.7	2.5	5.0	61	64
Georgia ¹²	4.0	-0.2	20.3	12.1	17.8	64.2	15.6	2.0	70	78
Germany	83.9	0.5	14.0	9.4	14.8	64.0	22.0	1.6	79	84
Ghana	31.7	2.2	36.9	21.3	30.4	59.9	3.2	3.7	63	66
Greece	10.4	-0.4	13.4	10.2	15.3	63.9	22.6	1.3	80	85
Grenada	0.1	0.5	23.8	14.4	21.8	66.2	10.0	2.0	70	75
Guadeloupe ¹¹	0.4	0.0	18.2	14.2	21.5	61.9	19.9	2.1	79	86
Guam ¹³	0.2	0.8	23.6	15.8	24.0	65.5	10.9	2.3	77	84
Guatemala	18.2	1.9	32.9	21.2	31.3	62.0	5.1	2.7	72	78
Guinea	13.5	2.8	42.7	24.2	34.1	54.3	3.0	4.5	61	63
Guinea-Bissau	2.0	2.5	41.7	22.9	32.1	55.4	2.9	4.3	57	61
Guyana	0.8	0.5	27.5	18.1	27.8	65.2	7.3	2.4	67	73
Haiti	11.5	1.3	32.1	20.4	29.7	62.6	5.3	2.8	62	67
Honduras	10.1	1.7	30.1	20.4	30.6	64.8	5.1	2.4	73	78
Hungary	9.6	-0.2	14.5	10.0	15.2	65.0	20.6	1.5	74	81
Iceland	0.3	0.7	19.2	13.2	19.5	64.8	16.1	1.7	82	85
India	1,393.4	1.0	25.8	18.0	26.9	67.4	6.8	2.2	69	71
Indonesia	276.4	1.1	25.6	16.8	25.1	67.9	6.5	2.2	70	74
Iran (Islamic Republic of)	85.0	1.4	24.8	14.1	20.5	68.4	6.8	2.1	76	78
Iraq	41.2	2.5	37.3	21.6	31.1	59.2	3.5	3.5	69	73
Ireland	5.0	1.2	20.5	13.8	19.7	64.6	14.9	1.8	81	84

Indicatori demografici

Paesi, territori e altre aree	POPOLAZIONE	VARIAZIONE DELLA POPOLAZIONE	COMPOSIZIONE DELLA POPOLAZIONE					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 - 19 anni, percentuale	Popolazione di 10 - 24 anni, percentuale	Popolazione di 15 - 64 anni, percentuale	Popolazione di 65 anni o più, percentuale	Tasso di fecondità totale, per donna	Aspettativa di vita alla nascita (anni), 2021	
	2021	2015-2020	2021	2021	2021	2021	2021	2021	maschi	femmine
Israel	8.8	1.6	27.7	16.3	23.6	59.7	12.6	3.0	82	85
Italy	60.4	0.0	12.8	9.5	14.4	63.6	23.6	1.3	82	86
Jamaica	3.0	0.5	23.1	15.5	24.1	67.6	9.3	1.9	73	76
Japan	126.1	-0.2	12.3	8.9	13.6	59.0	28.7	1.4	82	88
Jordan	10.3	1.9	32.1	21.3	30.5	63.9	4.0	2.6	73	77
Kazakhstan	19.0	1.3	29.2	15.2	20.8	62.7	8.2	2.7	70	78
Kenya	55.0	2.3	38.0	23.6	33.4	59.4	2.6	3.3	65	70
Kiribati	0.1	1.5	35.8	20.0	28.8	59.8	4.3	3.5	65	73
Korea, Democratic People's Republic of	25.9	0.5	19.8	13.6	21.0	70.6	9.6	1.9	69	76
Korea, Republic of	51.3	0.2	12.3	9.1	15.1	71.2	16.6	1.1	80	86
Kuwait	4.3	2.1	21.1	13.1	18.5	75.5	3.4	2.1	75	77
Kyrgyzstan	6.6	1.8	32.6	17.3	24.9	62.5	4.9	2.9	68	76
Lao People's Democratic Republic	7.4	1.5	31.6	20.0	29.3	64.0	4.4	2.5	67	70
Latvia	1.9	-1.1	16.8	10.2	13.7	62.2	21.0	1.7	71	80
Lebanon	6.8	0.9	24.5	16.3	24.8	67.6	7.9	2.0	77	81
Lesotho	2.2	0.8	32.1	19.7	29.1	62.8	5.0	3.0	52	59
Liberia	5.2	2.5	40.0	23.2	32.4	56.6	3.4	4.1	63	66
Libya	7.0	1.4	27.4	17.4	25.2	68.0	4.6	2.1	70	76
Lithuania	2.7	-1.5	15.6	9.0	13.7	63.3	21.1	1.7	71	82
Luxembourg	0.6	2.0	15.6	10.5	16.8	69.8	14.6	1.4	81	85
Madagascar	28.4	2.7	39.8	22.7	32.4	57.0	3.2	3.9	66	69
Malawi	19.6	2.7	42.5	24.7	34.4	54.8	2.7	4.0	62	68
Malaysia ¹⁴	32.8	1.3	23.3	15.5	24.1	69.3	7.4	1.9	75	79
Maldives	0.5	3.4	19.8	11.3	19.3	76.4	3.8	1.8	78	81
Mali	20.9	3.0	46.7	24.8	33.7	50.8	2.5	5.6	59	61
Malta	0.4	0.4	14.4	9.3	14.7	63.8	21.8	1.5	81	85
Martinique ¹¹	0.4	-0.2	15.5	12.2	18.8	62.2	22.3	1.8	80	86
Mauritania	4.8	2.8	39.5	21.7	30.6	57.3	3.2	4.4	64	67
Mauritius ¹⁵	1.3	0.2	16.4	13.4	20.7	70.6	13.0	1.4	72	79
Mexico	130.3	1.1	25.5	17.2	25.6	66.7	7.8	2.1	72	78
Micronesia (Federated States of)	0.1	1.1	31.0	19.9	29.8	64.4	4.6	2.9	66	70
Moldova, Republic of ¹⁶	4.0	-0.2	15.8	10.5	16.2	71.2	13.0	1.3	68	76
Mongolia	3.3	1.8	31.2	15.8	22.4	64.3	4.5	2.8	66	75
Montenegro	0.6	0.0	18.0	12.4	18.9	65.9	16.2	1.7	75	80
Morocco	37.3	1.3	26.5	16.5	24.2	65.6	7.9	2.3	76	78
Mozambique	32.2	2.9	43.8	24.2	33.6	53.3	2.9	4.6	59	65
Myanmar	54.8	0.6	25.1	17.9	26.7	68.4	6.5	2.1	64	71
Namibia	2.6	1.9	36.7	20.8	30.2	59.7	3.6	3.2	61	67
Nepal	29.7	1.5	28.1	20.3	31.2	66.0	5.9	1.8	70	73
Netherlands ¹⁷	17.2	0.2	15.5	11.3	17.2	64.0	20.5	1.7	81	84
New Caledonia ¹¹	0.3	1.0	21.7	15.0	23.2	68.3	10.0	1.9	75	81
New Zealand ¹⁸	4.9	0.9	19.3	13.0	19.5	64.0	16.7	1.9	81	84
Nicaragua	6.7	1.3	29.1	18.6	27.3	65.0	5.9	2.3	71	78
Niger	25.1	3.8	49.5	24.4	33.1	47.9	2.6	6.6	62	64
Nigeria	211.4	2.6	43.3	23.2	32.0	53.9	2.8	5.2	54	56
North Macedonia	2.1	0.0	16.2	11.1	17.2	68.9	14.9	1.5	74	78
Norway ¹⁹	5.5	0.8	17.1	11.9	18.3	65.1	17.8	1.7	81	85
Oman	5.2	3.6	22.9	11.1	17.1	74.5	2.6	2.7	77	81
Pakistan	225.2	2.0	34.6	20.4	29.7	61.0	4.4	3.3	67	69
Palestine ²⁰	5.2	2.4	38.0	21.8	31.4	58.8	3.3	3.4	73	76

Paesi, territori e altre aree	POPOLAZIONE	VARIAZIONE DELLA POPOLAZIONE	COMPOSIZIONE DELLA POPOLAZIONE					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 - 19 anni, percentuale	Popolazione di 10 - 24 anni, percentuale	Popolazione di 15 - 64 anni, percentuale	Popolazione di 65 anni o più, percentuale	Tasso di fecondità totale, per donna	Aspettativa di vita alla nascita (anni), 2021	
	2021	2015-2020	2021	2021	2021	2021	2021	2021	maschi	femmine
Panama	4.4	1.7	26.2	16.7	24.8	65.0	8.8	2.4	76	82
Papua New Guinea	9.1	2.0	34.8	21.3	30.7	61.5	3.7	3.4	64	66
Paraguay	7.2	1.3	28.6	18.5	27.8	64.4	7.0	2.4	72	77
Peru	33.4	1.6	24.7	15.5	23.1	66.4	9.0	2.2	75	80
Philippines	111.0	1.4	29.5	19.4	28.6	64.7	5.7	2.5	68	76
Poland	37.8	-0.1	15.2	9.9	14.9	65.4	19.4	1.5	75	83
Portugal	10.2	-0.3	12.9	9.9	15.2	64.0	23.1	1.3	79	85
Puerto Rico ¹³	2.8	-3.3	14.9	14.1	19.4	63.9	21.3	1.2	77	84
Qatar	2.9	2.3	13.7	8.4	16.5	84.5	1.9	1.8	79	82
Réunion ¹¹	0.9	0.7	22.0	15.3	22.6	64.8	13.2	2.2	78	84
Romania	19.1	-0.7	15.5	10.8	16.1	64.9	19.7	1.6	73	80
Russian Federation	145.9	0.1	18.5	10.8	15.3	65.5	16.0	1.8	67	78
Rwanda	13.3	2.6	39.2	22.3	31.5	57.5	3.2	3.9	67	72
Saint Kitts and Nevis	0.1	0.8	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint Lucia	0.2	0.5	17.7	12.8	21.2	71.7	10.6	1.4	75	78
Saint Vincent and the Grenadines	0.1	0.3	21.6	15.4	23.8	68.3	10.2	1.8	71	75
Samoa	0.2	0.5	37.1	21.2	29.5	57.7	5.2	3.7	72	76
San Marino	0.0	0.4	-	-	-	-	-	-	-	-
São Tomé and Príncipe	0.2	1.9	41.3	24.7	33.5	55.6	3.1	4.2	68	73
Saudi Arabia	35.3	1.9	24.5	14.2	20.8	71.8	3.6	2.2	74	77
Senegal	17.2	2.8	42.3	23.2	32.3	54.6	3.1	4.4	66	70
Serbia ²¹	8.7	-0.3	15.2	11.3	17.3	65.4	19.4	1.4	74	79
Seychelles	0.1	0.7	23.7	14.3	20.6	67.9	8.4	2.4	70	78
Sierra Leone	8.1	2.1	40.0	23.4	32.8	57.1	2.9	4.0	55	56
Singapore	5.9	0.9	12.4	8.4	14.8	73.3	14.3	1.2	82	86
Sint Maarten ¹	0.0	1.4	-	-	-	-	-	-	-	-
Slovakia	5.5	0.1	15.6	10.1	15.2	67.2	17.2	1.5	74	81
Slovenia	2.1	0.1	15.1	9.6	14.2	63.6	21.3	1.6	79	84
Solomon Islands	0.7	2.6	39.9	21.7	30.6	56.4	3.7	4.3	72	75
Somalia	16.4	2.8	46.0	24.6	34.3	51.1	2.9	5.8	56	60
South Africa	60.0	1.4	28.6	17.7	25.8	65.8	5.6	2.3	61	68
South Sudan	11.4	0.9	41.1	23.0	32.5	55.6	3.4	4.5	57	60
Spain ²²	46.7	0.0	14.2	10.2	15.0	65.5	20.3	1.4	81	86
Sri Lanka	21.5	0.5	23.4	15.8	22.7	64.9	11.6	2.2	74	81
Sudan	44.9	2.4	39.5	23.0	32.5	56.8	3.7	4.2	64	68
Suriname	0.6	1.0	26.4	17.3	25.6	66.3	7.3	2.3	69	75
Sweden	10.2	0.7	17.7	11.3	16.5	61.9	20.5	1.8	81	85
Switzerland	8.7	0.8	15.0	9.7	15.1	65.6	19.4	1.6	82	86
Syrian Arab Republic	18.3	-0.6	30.7	18.3	27.1	64.4	4.9	2.7	71	79
Tajikistan	9.7	2.4	37.4	19.0	27.4	59.3	3.3	3.5	69	74
Tanzania, United Republic of ²³	61.5	3.0	43.3	23.6	32.5	54.0	2.7	4.7	64	68
Thailand	70.0	0.3	16.3	12.0	18.7	70.2	13.5	1.5	74	81
Timor-Leste, Democratic Republic of	1.3	1.9	36.6	22.8	32.7	59.1	4.3	3.8	68	72
Togo	8.5	2.5	40.3	23.1	32.2	56.8	2.9	4.1	61	63
Tonga	0.1	1.0	34.4	22.1	31.5	59.7	6.0	3.4	69	73
Trinidad and Tobago	1.4	0.4	19.8	13.4	19.4	68.3	11.9	1.7	71	76
Tunisia	11.9	1.1	24.2	14.0	20.8	66.6	9.2	2.1	75	79
Turkey	85.0	1.4	23.6	15.9	23.9	67.1	9.3	2.0	75	81
Turkmenistan	6.1	1.6	30.6	17.0	24.5	64.4	5.0	2.7	65	72
Turks and Caicos Islands	0.0	1.5	-	-	-	-	-	-	-	-
Tuvalu	0.0	1.2	-	-	-	-	-	-	-	-

Indicatori demografici

Paesi, territori e altre aree	POPOLAZIONE	VARIAZIONE DELLA POPOLAZIONE	COMPOSIZIONE DELLA POPOLAZIONE					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 - 19 anni, percentuale	Popolazione di 10 - 24 anni, percentuale	Popolazione di 15 - 64 anni, percentuale	Popolazione di 65 anni o più, percentuale	Tasso di fecondità totale, per donna	Aspettativa di vita alla nascita (anni), 2021	
	2021	2015-2020	2021	2021	2021	2021	2021	2021	maschi	femmine
Uganda	47.1	3.6	45.5	25.0	34.6	52.4	2.0	4.6	62	66
Ukraine ²⁴	43.5	-0.5	15.9	10.3	15.1	66.8	17.3	1.4	67	77
United Arab Emirates	10.0	1.3	14.9	9.1	16.5	83.7	1.4	1.4	78	80
United Kingdom ²⁵	68.2	0.6	17.6	11.4	17.3	63.5	18.8	1.7	80	83
United States of America ²⁶	332.9	0.6	18.2	12.7	19.4	64.7	17.0	1.8	76	82
United States Virgin Islands ¹³	0.1	-0.1	18.9	13.4	19.6	59.9	21.1	2.0	78	83
Uruguay	3.5	0.4	20.2	13.6	20.9	64.5	15.3	1.9	74	82
Uzbekistan	33.9	1.6	28.7	16.4	24.4	66.2	5.0	2.4	70	74
Vanuatu	0.3	2.5	38.2	21.9	30.3	58.2	3.6	3.7	69	72
Venezuela (Bolivarian Republic of)	28.7	-1.1	26.5	18.2	25.9	65.3	8.2	2.2	68	76
Viet Nam	98.2	1.0	23.2	14.0	20.7	68.6	8.2	2.0	72	80
Western Sahara	0.6	2.5	26.9	16.5	24.8	69.5	3.6	2.3	69	73
Yemen	30.5	2.4	38.4	22.6	32.2	58.6	3.0	3.5	65	68
Zambia	18.9	2.9	43.6	24.7	34.3	54.3	2.2	4.4	61	68
Zimbabwe	15.1	1.5	41.3	24.2	33.6	55.6	3.1	3.4	60	63

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 10-19 anni, percentuale: proporzione della popolazione tra 10 e 19 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.

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 - 19 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.

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 2021 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) nonché 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 le proiezioni degli indicatori di pianificazione familiare 2020 (Dipartimento degli affari economici e sociali delle Nazioni Unite, Divisione della popolazione). I dati sono accompagnati da definizioni, fonti e note. Le tabelle statistiche nel Lo stato della popolazione nel mondo 2021 riflettono generalmente le informazioni disponibili a Gennaio 2021.

Monitoraggio dei progressi verso il raggiungimento degli obiettivi della ICPD

Salute sessuale e riproduttiva

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 (2017).

Fonte: Gruppo inter-agenzie 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 nello stesso periodo. 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 inter-agenzie.

Parti assistiti da personale medico qualificato, percentuale (2014-2019).

Fonte: Database globale comune 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 post-partum: sovrintendere al parto in modo autonomo; provvedere alle prime cure per i neonati (SDG Indicatore 3.1.2). Le levatrici tradizionali, anche se hanno frequentato un breve corso di formazione, non sono incluse nella categoria.

Numero di nuove infezioni da HIV su 1.000 persone sieronegative (2018).

Fonte: UNAIDS. Numero di nuove infezioni da HIV per 1.000 persone-anno nella popolazione sieronegativa (SDG Indicatore 3.3.1).

Tasso di prevalenza contraccettiva, donne di 15-49 anni, qualsiasi metodo (2021).

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 (2021).

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 o clinici e i materiali comprendono la sterilizzazione maschile e femminile, i dispositivi intrauterini (IUD), la pillola contraccettiva, i contraccettivi iniettabili, gli impianti ormonali, i preservativi e i metodi - barriera femminili.

Domanda insoddisfatta di pianificazione familiare, donne 15-49 anni (2021).

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 ritiene 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 un aumento dell'uso di contraccettivi sia accompagnato da un aumento della domanda insoddisfatta di pianificazione familiare. Entrambi gli indicatori, pertanto, devono essere interpretati insieme.

Proporzione di domanda di pianificazione familiare soddisfatta con metodi moderni, donne di 15-49 anni (2021).

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 (SDG Indicatore 3.7.1). Prevalenza contraccettiva con metodi moderni divisa 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.

Leggi e regolamenti che garantiscono l'accesso all'assistenza medica, alle informazioni e all'educazione per la salute sessuale e riproduttiva, percentuale (2019).

Fonte: UNFPA. La misura in cui i paesi hanno leggi nazionali e regolamenti che garantiscono pieno e uguale accesso ad assistenza medica, informazioni e educazione per la salute sessuale e riproduttiva, a donne e uomini di età pari o superiore a 15 anni (SDG Indicatore 5.6.2).

Genere, diritti e capitale umano

Tasso di maternità tra le adolescenti ogni 1.000 ragazze di 15-19 anni (2003-2018).

Fonte: Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Numero di nascite su mille ragazze adolescenti di 15-19 anni (SDG Indicatore 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. Proporzione delle donne di 20-24 anni sposate o in unione di fatto prima dei 18 anni di età (SDG Indicatore 5.3.1).

Prevalenza di mutilazioni genitali femminili tra le ragazze di 15-19 anni, percentuale.

Fonte: UNFPA. Proporzione delle ragazze di 15 – 19 anni che hanno subito la mutilazione genitale femminile (SDG Indicatore 5.3.2).

Prevalenza della violenza da parte del partner nei 12 mesi precedenti, percentuale (2000-2019).

Fonte: UNFPA. Stime regionali e globali prodotte dal Gruppo inter-agenzia sulle stime e sui dati sulla violenza contro le donne (WHO, UN-Women, UNFPA, UNICEF e UNSD. UNODC). Percentuale di donne e ragazze di età compresa tra 15 e 49 anni, che hanno vissuto con un partner, vittime di violenza fisica o sessuale inflitta dal partner nei 12 mesi precedenti (SDG Indicatore 5.2.1).

Potere decisionale in materia di salute sessuale e riproduttiva e diritti riproduttivi (2007-2018).

Fonte: UNFPA. Percentuale di donne di età compresa tra i 15 e i 49 anni, sposate (o in unione), 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). Appena prima della stampa di questo rapporto, sono stati resi disponibili dati aggiornati per questo indicatore SDG. I dati aggiornati sono disponibili a questo indirizzo: <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/>.

Tasso netto totale di iscrizione, scuola primaria, percentuale (2010-2020).

Fonte: Istituto di Statistica dell'UNESCO (UIS). Numero totale di alunni della fascia di età ufficiale per frequentare la scuola primaria, iscritti a qualsiasi livello di istruzione, espresso come percentuale della popolazione di riferimento.

Indice di parità di genere, tasso netto totale di iscrizione, scuola primaria (2010-2020).

Fonte: Istituto di Statistica dell'UNESCO (UIS). Rapporto tra i valori relativi a femmine e maschi del tasso netto totale di iscrizione alla scuola primaria.

Tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria di primo grado, percentuale (2010-2019).

Fonte: Istituto di Statistica dell'UNESCO (UIS). Numero totale di alunni della fascia di età ufficiale per frequentare la scuola secondaria di primo grado, iscritti a qualsiasi livello di istruzione, espresso come percentuale della popolazione di riferimento.

Indice di parità di genere, tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria di primo grado (2010-2019).

Fonte: Istituto di Statistica dell'UNESCO (UIS). Rapporto tra i valori relativi a femmine e maschi del tasso netto totale di iscrizione alla scuola secondaria di primo grado.

Tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria superiore, percentuale (2009-2019).

Fonte: Istituto di Statistica dell'UNESCO (UIS). Numero totale di alunni della fascia di età ufficiale per frequentare la scuola secondaria superiore, iscritti a qualsiasi livello di istruzione, espresso come percentuale della popolazione di riferimento.

Indice di parità di genere, tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria superiore (2009-2019).

Fonte: Istituto di Statistica dell'UNESCO (UIS). Rapporto tra i valori relativi a femmine e maschi del tasso netto totale di iscrizione alla scuola secondaria superiore.

Indicatori demografici

Popolazione

Popolazione totale in milioni (2021).

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 (2015-2020).

Fonte: Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Tasso di crescita esponenziale medio della popolazione in un dato periodo, basato su una proiezione di variante media.

Composizione della popolazione

Popolazione di 0-14 anni, percentuale (2021).

Fonte: calcolo UNFPA sulla base dei dati forniti dalla Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Proporzioni della popolazione tra 0 e 14 anni.

Popolazione di 10 - 19 anni, percentuale (2021).

Fonte: calcolo UNFPA sulla base dei dati forniti dalla Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Proporzioni della popolazione tra 10 e 19 anni.

Popolazione di 10 - 24 anni, percentuale (2021).

Fonte: calcolo UNFPA sulla base dei dati forniti dalla Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Proporzioni della popolazione tra 10 e 24 anni.

Popolazione di 15 - 64 anni, percentuale (2021).

Fonte: calcolo UNFPA sulla base dei dati forniti dalla Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Proporzioni della popolazione tra 15 e 64 anni.

Classificazioni regionali

I dati UNFPA presentati alla fine delle tavole statistiche sono calcolati utilizzando dati provenienti da paesi e territori classificati come di seguito.

Regione Stati Arabi

Algeria; Djibouti; Egitto; Iraq; Giordania; Libano; Libia; Marocco; Oman; Palestina; Somalia; Sudan; Siria; Repubblica Araba Siriana; Tunisia; Yemen

Regione Asia e Pacifico

Afghanistan; Bangladesh; Bhutan; Cambogia; Cina; Isole Cook; Fiji; India; Indonesia; Iran (Repubblica Islamica); Kiribati; Corea, Repubblica Democratica; Repubblica Popolare di Laos; Repubblica Democratica del Laos; Malesia; Maldive; Isole Marshall; Micronesia (Stati Federati); Mongolia; Myanmar; Nauru; Nepal; Niue; Pakistan; Palau; Papua Nuova Guinea; Filippine; Samoa; Isole Solomon; Sri Lanka; Thailandia; Timor-Leste, Repubblica Democratica; Tokelau; Tonga; Tuvalu; Vanuatu; Vietnam

Regione Europa orientale e Asia centrale

Albania; Armenia; Azerbaigian; Bielorussia; Bosnia e Herzegovina; Georgia; Kazakistan; Kirgizistan; Moldavia, Repubblica di; Macedonia del Nord; Serbia; Tagikistan; Turchia; Turkmenistan; Ucraina; Uzbekistan

Regione Africa orientale e del Sud

Angola; Botswana; Burundi; Comore; Congo, Repubblica Democratica di; Eritrea; Eswatini; Etiopia; Kenya; Lesotho; Madagascar; Malawi; Mauritius; Mozambico; Namibia; Rwanda; Sudafrica; Sudan del Sud; Tanzania, Repubblica Unita di; Uganda; Zambia; Zimbabwe

Regione America Latina e Caraibi

Anguilla; Antigua e Barbuda; Argentina; Aruba; Bahamas; Barbados; Belize; Bermuda; Bolivia (Stato Plurinazionale); Brasile; Isole Vergini Britanniche; Isole Cayman; Cile; Colombia; Costa Rica; Cuba; Curaçao; Dominica; Repubblica Dominicana; Ecuador; El Salvador; Grenada; Guatemala; Guyana; Haiti; Honduras; Giamaica; Messico; Montserrat; Nicaragua; Panama; Paraguay; Perù; Saint Kitts e Nevis; Santa Lucia; Saint Vincent e Grenadine; Sint Maarten; Suriname; Trinidad e Tobago; Isole Turks e Caicos; Uruguay; Venezuela (Repubblica Bolivariana)

Popolazione di 65 anni o più, percentuale (2021).

Fonte: calcolo UNFPA sulla base dei dati forniti dalla Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. Proporzioni della popolazione di 65 o più.

Fecondità

Tasso di fecondità totale, per donna (2021).

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 (2021).

Fonte: Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione. 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.

Regione Africa occidentale e centrale

Benin; Burkina Faso; Camerun, Repubblica di; Capo Verde; Repubblica Africana Centrale; Ciad; Congo, Repubblica di; Côte d'Ivoire; Guinea Equatoriale; Gabon; Gambia; Ghana; Guinea; Guinea-Bissau; Liberia; Mali; Mauritania; Niger; Nigeria; São Tomé e 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. 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, Cambogia, Repubblica Africana Centrale, Ciad, Comore, Repubblica Democratica di Congo, Djibouti, Eritrea, Etiopia, Gambia, Guinea, Guinea-Bissau, Haiti, Kiribati, Repubblica Democratica del Laos, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritania, Mozambico, Myanmar, Nepal, Niger, Rwanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Sierra Leone, Isole Solomon, Somalia, Sudan del Sud, Sudan, Timor-Leste, Togo, Tuvalu, Uganda, Repubblica Unita di Tanzania, Vanuatu, Yemen e Zambia. Questi paesi sono inclusi anche nelle regioni meno sviluppate. Maggiori informazioni sono disponibili qui: <http://unohrlls.org/about-ldcs/>.

Bibliografia

- African Union, 2003. *Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa*. Website: au.int/sites/default/files/treaties/37077-treaty-charter_on_rights_of_women_in_africa.pdf, accessed 18 November 2020.
- African Union, 1990. *African Charter on the Rights and Welfare of the Child*. Website: un.org/en/africa/osaa/pdf/au/afr_charter_rights_welfare_child_africa_1990.pdf, accessed 18 November 2020.
- African Union, 1981. *African Charter on Human and Peoples' Rights (Banjul Charter)*. Website: achpr.org/legalinstruments/detail?id=49, accessed 18 November 2020.
- Agot, Kawango E. and others, 2010. "Widow Inheritance and HIV Prevalence in Bondo District, Kenya." *PLOS One* 5(11): e14028.
- Akhmetova, Anna and others, 2020. "Understanding Successful Legal Reform for Women's Economic Empowerment: A Case Study Analysis." The Bush School of Government and Public Service, Texas A&M University. Website: bush.tamu.edu/wp-content/uploads/2020/07/WPS2020CapstoneFullReport.pdf, accessed 29 December 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.
- ASEAN (Association of Southeast Asian Nations), 2012. *ASEAN Human Rights Declaration*. Website: asean.org/storage/images/ASEAN_RTK_2014/6_AHRD_Booklet.pdf, accessed 18 November 2020.
- Assaf, Shireen and Lwendo Moonzwe Davis, 2018. "Does Men's Involvement Improve the Health Outcomes of Their Partners and Children?" DHS Analytical Studies No. 64. Rockville, Maryland, USA: ICF.
- Bearak, Jonathan and others, 2020. "Unintended Pregnancy and Abortion by Income, Region, and the Legal Status of Abortion: Estimates from a Comprehensive Model for 1990-2019." *The Lancet Global Health* 8(9): e1152-e1161.
- Berg, Rigmor C. and Eva Denison, 2013. "A Tradition in Transition: Factors Perpetuating and Hindering the Continuance of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) Summarized in a Systematic Review." *Health Care for Women International* 34(10): 837-859.
- Bernstein, Carolyn A., 2018. "Take Control of Your Health Care (Exert Your Patient Autonomy)." Harvard Health Blog. Website: health.harvard.edu/blog/take-control-of-your-health-care-exert-your-patient-autonomy-2018050713784, accessed 29 December 2020.
- Cabral, Mauro, 2015. "Statement from GATE - Global Action for Trans* Equality." *Reproductive Health Matters* 23(46): 196.
- Clapham, Andrew, 2015. *Human Rights: A Very Short Introduction*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Committee on Adolescence, 2017. "The Adolescent's Right to Confidential Care When Considering Abortion." *Pediatrics* 139(2): e20163861.
- Council of Europe, 1950. *European Convention on Human Rights*. Website: echr.coe.int/documents/convention_eng.pdf, accessed 18 November 2020.
- Coyne, Imelda and Maria Harder, 2011. "Children's Participation in Decision-Making: Balancing Protection with Shared Decision-Making Using a Situational Perspective." *Journal of Child Health Care* 15(4): 312-319.
- Data2x, 2020. "Mapping Gender Data Gaps: An SDG Era Update." Website: data2x.org/resource-center/mappinggenderdatagaps/, accessed 29 December 2020.
- Data2x, 2020a. "Why the Action Coalition on Bodily Autonomy and Sexual and Reproductive Health and Rights (SRHR) Must Call for Investment in Gender Data." Website: data2x.org/wp-content/uploads/2020/09/AC-Brief_BodilyAutonomyandSRHR.pdf, accessed 29 December 2020.
- Dennis, Amanda and others, 2009. *The Impact of Laws Requiring Parental Involvement for Abortion: A Literature Review*. New York, USA: Guttmacher Institute.
- Dhillon, Amrit, 2018. "'Death by Dowry' Claim by Bereaved Family in India." London, UK: *The Guardian*, 18 July 2018. Website: theguardian.com/global-development/2018/jul/18/death-by-dowry-claim-by-bereaved-family-in-india, accessed 15 January 2021.
- Disabled World, 2012. "People with Disabilities and Sexual Assault." Website: disabled-world.com/disability/sexuality/assaults.php#ixzz2SXMEQWra, accessed 13 November 2020.
- ECtHR (European Court of Human Rights), 2010. *Ternovszky v. Hungary* (application no. 67545/09). Website: [hudoc.echr.coe.int/eng#{"itemid":\["001-102254"\]}](http://hudoc.echr.coe.int/eng#{), accessed 18 November 2020.

- ECtHR (European Court of Human Rights), 2007. *Evans v. The United Kingdom* (application no. 6339/05). Website: [hudoc.echr.coe.int/eng#{"itemid":\["001-80046"\]}](http://hudoc.echr.coe.int/eng#{), accessed 19 November 2020.
- ECtHR (European Court of Human Rights), 2002. *Pretty v The United Kingdom* (application no. 2346/02). Website: [hudoc.echr.coe.int/eng#{"itemid":\["001-60448"\]}](http://hudoc.echr.coe.int/eng#{), accessed 18 November 2020.
- ECtHR (European Court of Human Rights), 1997. *Laskey and Others v. The United Kingdom* (application no. 21627/93; 21628/93; 21974/93). Website: [hudoc.echr.coe.int/eng#{"itemid":\["001-58021"\]}](http://hudoc.echr.coe.int/eng#{), accessed 18 November 2020.
- Equality Now, 2020. "Repealing 'Marry Your Rapist' Laws." Website: equalitynow.org/repealing_marry_your_rapist_laws, accessed 18 November 2020.
- Equality Now, 2017. *The World's Shame: The Global Rape Epidemic*. New York, Nairobi, London: Equality Now.
- Esterhuizen, Tashwill, 2019. "Decriminalisation of Consensual Same-Sex Sexual Acts and the Botswana Constitution: Letsweletse Motshidiemang v The Attorney-General (LEGABIBO as Amicus Curiae)." *African Human Rights Law Journal* 19(2): 843–861.
- European Union, 2012. *Charter of Fundamental Rights of the European Union*. Website: eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:12012P/TXT, accessed 18 November 2020.
- Fahmida, Rokeya and Philippe Doneys, 2013. "Sexual Coercion Within Marriage in Bangladesh." *Women's Studies International Forum* 38: 117–124.
- Gamal, Eldin and others, 2018. "FGM/C Decision-Making Process and the Role of Gender Power Relations in Sudan." In *Evidence to End FGM/C: Research to Help Girls and Women Thrive*. New York, USA: Population Council.
- Ganatra, Bela and others, 2017. "Global, Regional, and Subregional Classification of Abortions by Safety, 2010–14: Estimates from a Bayesian Hierarchical Model." *Lancet* 390(10110): 2372–2381.
- Gerdtz, Caitlin and others, 2015. "Denial of Abortion in Legal Settings." *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 41: 161–163.
- Gibbs, Andrew and others, 2019. "Factors Associated with 'Honour' Killings in Afghanistan and the Occupied Palestinian Territories: Two Cross-Sectional Studies." *PLoS One* 14(8): e0219125.
- Global Commission on HIV and the Law, 2012. *HIV and the Law: Risks, Rights and Health*. New York, USA: United Nations Development Programme. Website: undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/hiv-and-the-law--risks--rights---health.html, accessed 18 November 2020.
- Grace, Karen Trister and Christina Fleming, 2016. "A Systematic Review of Reproductive Coercion in International Settings." *World Medical & Health Policy* 8(4): 382–408.
- Gruskin, Sofia and Daniel Tarantola, 2002. Health and Human Rights. In *Oxford Textbook of Public Health, 4th edn*, Roger Detels and others, eds. Oxford, UK: Oxford University Press: pp 311, 322.
- Habibov, Nazim and others, 2017. "Understanding Women's Empowerment and its Determinants in Post-Communist Countries: Results of Azerbaijan National Survey." *Women's Studies International Forum* 62: 125–135.
- Hague, Gill and others, 2011. "Bride Price and Its Links to Domestic Violence and Poverty in Uganda: A Participatory Action Research Study." *Women's Studies International Forum* 34(6): 550–561.
- Harrell, Erika, 2017. *Crimes Against Persons with Disabilities, 2009-2015 – Statistical Tables*. Washington, DC, USA: Bureau of Justice Statistics, Department of Justice.
- Hasday, Jill E., 2000. "Contest and Consent: A Legal History of Marital Rape." *California Law Review* 88: 1373.
- Hattori, Megan Klein and Laurie DeRose, 2008. "Young Women's Perceived Ability to Refuse Sex in Urban Cameroon." *Studies in Family Planning* 39(4): 309–320.
- Heidari, Shirin, 2015. "Sexual Rights and Bodily Integrity as Human Rights." *Reproductive Health Matters* 23(46): 1–6.
- Hogan, Daniel R. and others, 2017. "Monitoring Universal Health Coverage Within the Sustainable Development Goals: Development and Baseline Data for an Index of Essential Health Services." *The Lancet Global Health* 6(2): E152–168.
- Howard, Natasha and others, 2017. "What Works for Human Papillomavirus Vaccine Introduction in Low and Middle-Income Countries?" *Papillomavirus Research* 4: 22–25.
- IACtHR (Inter-American Court of Human Rights), 2014. *Espinoza Gonzales v. Peru*. Website: corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_289_ing.pdf, accessed 18 November 2020.
- IACtHR (Inter-American Court of Human Rights), 2013. *J. v. Peru*. Website: corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_275_ing.pdf, accessed 18 November 2020.

- IACtHR (Inter-American Court of Human Rights), 2010. Fernández Ortega et al v. Mexico. Website: corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_215_ing.pdf, accessed 18 November 2020.
- IACtHR (Inter-American Court of Human Rights), 2006. Miguel Castro Castro Prison v Peru. Website: corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_160_ing.pdf, accessed 18 November 2020.
- ICRC (International Committee of the Red Cross), 2020. "Addressing Internal Displacement in Times of Armed Conflict and Other Violence." Website: icrc.org/en/publication/0867-internally-displaced-humanitarian-response-internally-displaced-people-armed, accessed 25 February 2021.
- ILGA World (International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association), 2020. *State-Sponsored Homophobia: Global Legislation Overview Update*. Geneva, Switzerland: ILGA.
- IPPF and UNFPA (International Planned Parenthood Federation and United Nations Population Fund), 2017. "Global Sexual and Reproductive Health Service Package for Men and Adolescent Boys." London, UK: IPPF. Website: ippf.org/resource/global-sexual-and-reproductive-health-package-men-and-adolescent-boys, accessed 13 January 2021.
- Jewkes, Rachel and others, 2011. "The Relationship Between Intimate Partner Violence, Rape and HIV Amongst South African Men: A Cross-Sectional Study." *PLoS One* 6(9): e24256.
- Khosla, Rajat and others, 2017. "Gender Equality and Human Rights Approaches to Female Genital Mutilation: A Review of International Human Rights Norms and Standards." *Reproductive Health* 14(1): 59.
- Kriel, Yolande and others, 2019. "Male Partner Influence on Family Planning and Contraceptive Use: Perspectives from Community Members and Healthcare Providers in KwaZulu-Natal, South Africa." *Reproductive Health* 16(1): 89.
- Kyegombe, Nambusi and others, 2014. "'SASA! is the Medicine that Treats Violence': Qualitative Findings on how a Community Mobilisation Intervention to Prevent Violence Against Women Created Change in Kampala, Uganda." *Global Health Action* 7: 25082.
- Mabumba, E. D. and others, 2007. "Widow Inheritance and HIV in Rural Uganda." *Tropical Doctor* 37: 229–231.
- Maharjan, Binita and others, 2019. "Factors Influencing the Use of Reproductive Health Care Services among Married Adolescent Girls in Dang District, Nepal: A Qualitative Study." *BMC Pregnancy and Childbirth* 19: 152.
- Marí-Ytarte, Rosa and others, 2020. "Sex and Relationship Education for the Autonomy and Emotional Well-Being of Young People." *Frontiers in Psychology* 11: 1280.
- McCarthy, Bill and others, 2014. "Sex Work: A Comparative Study." *Archives of Sexual Behavior* 43(7): 1379–1390.
- McCarthy, Joe, 2017. "9 Reasons Why Dowries Are Horrible for Women: An Ugly and Corrosive System." *Global Citizen*, 6 June 2017. Website: globalcitizen.org/en/content/8-reasons-dowries-are-bad-for-women, accessed 13 November 2020.
- McCormick-Cavanagh, Conor, 2017. "New Tunisian Law Takes Long Stride Toward Gender Equality." *Al-Monitor*, 28 July 2017. Website: al-monitor.com/pulse/originals/2017/07/tunisia-new-law-women-protection-violence-rape-2018.html, accessed 28 December 2020.
- MIGS (Mediterranean Institute of Gender Studies), 2015. "Position Paper: Repositioning FGM as a Gender and Development Issue." Website: medinstgenderstudies.org/wp-content/uploads/endFGM-PositionPaper-EN-online.pdf, accessed 15 January 2020.
- Miller, Alice M. and Mindy Jane Roseman, eds, 2019. *Beyond Virtue and Vice: Rethinking Human Rights and Criminal Law*. Philadelphia, USA: University of Pennsylvania Press.
- Moore, Ann M. and others, 2007. "Coerced First Sex Among Adolescent Girls in Sub-Saharan Africa: Prevalence and Context." *African Journal of Reproductive Health* 11(3): 62–82.
- Nadimpally, Sarojini and others, 2016. "Commercial Surrogacy: A Contested Terrain in the Realm of Rights and Justice." Kuala Lumpur: Asian-Pacific Resource and Research Centre for Women (ARROW). Website: arrow.org.my/wp-content/uploads/2018/10/accessible%20pdf-9944/index.pdf, accessed 15 January 2021.
- November, Lucy and Jane Sandall, 2018. "'Just Because She's Young, It Doesn't Mean She Has To Die': Exploring the Contributing Factors to High Maternal Mortality in Adolescents in Eastern Freetown; A Qualitative Study." *Reproductive Health* 15: 31.
- Nussbaum, Martha, 2000. *Women and Human Development: The Capabilities Approach*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- OAS (Organization of American States), 1994. *Inter-American Convention on the Prevention, Punishment and Eradication of Violence against Women ("Convention of Belem do Para")*. Website: oas.org/en/mesecv/docs/belemdopara-english.pdf, accessed 18 November 2020.

- OAS (Organization of American States), 1969. *American Convention on Human Rights, "Pact of San Jose", Costa Rica*. Website: oas.org/dil/access_to_information_American_Convention_on_Human_Rights.pdf, accessed 18 November 2020.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2020. "Child, Early and Forced Marriage, Including in Humanitarian Settings." Website: ohchr.org/EN/Issues/Women/WRGS/Pages/ChildMarriage.aspx, accessed 13 November 2020.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2017. "Ending Violence and Discrimination against LGBTI Persons – LGBTI Core Group Ministerial Event." Website: ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=22110&LangID=E, accessed 18 November 2020.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2015. "Report of the High Commissioner for Human Rights on Discrimination and Violence against Individuals Based on Their Sexual Orientation and Gender Identity." A/HRC/29/23. Website: documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G15/O88/42/pdf/G15O8842.pdf?OpenElement, accessed 28 December 2020.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2005. "Background Conference Document." Website: www2.ohchr.org/SPdocs/CRPD/DGD21102009/OHCHR_BP_Legal_Capacity.doc, accessed 18 November 2020.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), n.d. "What are Human Rights?" Website: ohchr.org/en/issues/pages/whatarehumanrights.aspx, accessed 23 December 2020.
- Olson, Rose McKeon and Claudia Garcia-Moreno, 2017. "Virginity Testing: A Systematic Review." *Reproductive Health* 14(1): 61.
- O'Neil, Tam and Pilar Domingo, 2016. *Women and Power: Overcoming Barriers to Leadership and Influence*. London, UK: ODI.
- O'Neil, Tam and others, 2014. *Progress on Women's Empowerment: From Technical Fixes to Political Action*. London, UK: ODI.
- Pantuliano, Sara, 2020. "The Nairobi Summit, One Year On: The March for Women's Rights Continues." ODI, 12 November 2020. Website: odi.org/blogs/17541-nairobi-summit-one-year-march-women-s-rights-continues, accessed 22 December 2020.
- Parcesepe, Angela M. and others, 2016. "Early Sex Work Initiation and Violence Against Female Sex Workers in Mombasa, Kenya." *Journal of Urban Health* 93(6): 1010–1026.
- Park, Jeanna and others, 2016. "Reproductive Coercion: Uncloaking an Imbalance of Social Power." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 214(1): 71–78.
- Patterson, Charlotte J. and Anthony R. D'Augelli, 2012. *Handbook of Psychology and Sexual Orientation*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Pew Research Center, 2016. *Marriage Laws around the World*. Washington, DC, USA: Pew Research Center. Website: assets.pewresearch.org/wp-content/uploads/sites/12/2016/09/FT_Marriage_Age_Appendix_2016_09_08.pdf, accessed 18 November 2020.
- Powell, Richard Antony and Mohamed Yussuf, 2021. "Medical Narrative and Religious Norm Driving Cut Type and Medicalization Changes in Female Genital Mutilation/Cutting in Somaliland." *Health Care for Women International* 4: 1–25.
- Pryor, Emily Courey, 2020. "Why We're Optimistic About Gender Data after the 2020 Virtual UN World Data Forum." Data2x. Website: data2x.org/why-were-optimistic-about-gender-data-after-the-2020-virtual-un-world-data-forum/, accessed 29 December 2020.
- PWN (Positive Women's Network), n.d. "Bodily Autonomy: A Framework to Guide Our Future." Website: pwn-usa.org/bodily-autonomy-framework/, accessed 22 December 2020.
- RAINN (Rape, Abuse and Incest National Network), 2020. "Sexual Abuse of People with Disabilities." Website: rainn.org/articles/sexual-abuse-people-disabilities, accessed 13 November 2020.
- Rajan, Dheepa, n.d. "Improving Budget Accountability in Health Through Government-Civil Society Collaboration: Insights from Mexico." Geneva, Switzerland: World Health Organization. Website: who.int/docs/default-source/health-financing/who-symposium-on-health-financing-for-uhc/session-3-1--rajan.pdf?sfvrsn=324849e7_2, accessed 18 November 2020.
- Reis, Elizabeth, 2019. "Did Bioethics Matter? A History of Autonomy, Consent, and Intersex Genital Surgery." *Medical Law Review* 27(4): 658–674.
- Richardson, Siane, 2020. "Marriage: A Get Out of Jail Free Card?" *International Journal of Law, Policy and the Family* 34(2): 168–190.
- Roggeband, Conny and Andrea Krizsán, 2020. *Democratic Backsliding and the Backlash Against Women's Rights: Understanding the Current Challenges for Feminist Politics*. UN Women. Website: unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/06/discussion-paper-democratic-backsliding-and-the-backlash-against-womens-rights, accessed 29 December 2020.

- Roseman, Mindy Jane, 2020. "The Fruits of Someone Else's Labor: Gestational Surrogacy and the Promise of Human Rights in the 21st Century." In *The Cambridge Handbook on New Human Rights. Recognition, Novelty, Rhetoric*, Andreas von Arnald and others, eds. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Salome, Nyambura and others, 2013. "Gender and Disability: Voices of Female Students with Disabilities on Gender-based Violence in Higher Education, Kenya." *International Journal of Education and Research* 1(4). Website: ijern.com/images/April-2013/36.pdf, accessed 12 January 2021.
- Santhya, K. G. and others, 2010. "Associations 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.
- Save the Children, 2020. Impact of COVID-19 on Protection and Education Among Children in Dadaab Refugee Camp, Kenya. Retrieved from <https://resourcecentre.savethechildren.net/library/impact-covid-19-protection-and-education-among-children-dadaab-refugee-camp-kenya-september>.
- Schneider, Madeline and Jennifer S. Hirsch, 2020. "Comprehensive Sexuality Education as a Primary Prevention Strategy for Sexual Violence Perpetration." *Trauma, Violence, & Abuse* 21(3): 439-455.
- Selby, Daniele, 2016. "Everything You Should Know About Honor Killings." *Global Citizen*, 21 July 2016. Website: globalcitizen.org/en/content/honor-based-violence-killings-women-girls-pakistan, accessed 23 December 2020.
- Sexual Rights Initiative, 2020. National Sexual Rights Law and Policy Database. Website: sexualrightsdatabase.org/page/welcome, accessed 18 November 2020.
- Shetty, Priya, 2007. "Nahid Toubia." *The Lancet* 369(9564): 819.
- Starmann, Elizabeth and others, 2017. "Exploring Couples' Processes of Change in the Context of SASA!, a Violence Against Women and HIV Prevention Intervention in Uganda." *Prevention Science* 18(2): 233-244.
- Swaine, Aisling and others, 2019. "Exploring the Intersection of Violence Against Women and Girls with Post-Conflict Statebuilding and Peacebuilding Processes: A New Analytical Framework." *Journal of Peacebuilding and Development* 14(1): 3-21.
- Thiara, Ravi K., 2011. "Bride-Price and Its Links to Domestic Violence and Poverty in Uganda: A Participatory Action Research Study." *Women's Studies International Forum* 34(6): 550-561.
- Toubia, Nahid and Eiman Hussein Sharief, 2003. "Female Genital Mutilation: Have We Made Progress?" *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 82: 251-261.
- Transgender Europe, 2015. "Ireland Adopts Progressive Gender Recognition Law." Website: tgeu.org/ireland-adopts-progressive-gender-recognition-law/, accessed 18 November 2020.
- Turner, Atuki, 2009. "Harmful Tradition." *Development and Cooperation*, 23 October 2009. Website: dandc.eu/en/article/womens-rights-uganda-view-bride-price-burden, accessed 13 November 2020.
- UCLS (University of Chicago Law School - Global Human Rights Clinic), 2019. "Human Rights Implications of Global Surrogacy." Global Human Rights Clinic. 10. Website: chicagounbound.uchicago.edu/ihrcl/10, accessed 15 January 2021.
- United Nations, 2016. *Living Free and Equal: What States Are Doing to Tackle Violence and Discrimination Against Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Intersex People*. New York, USA and Geneva, Switzerland: United Nations.
- United Nations, 1995. *Beijing Declaration and Platform for Action*. Fourth World Conference on Women, 27 October 1995. Website: un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/, accessed 18 November 2020.
- United Nations, n.d. International Day for the Abolition of Slavery. Website: un.org/en/observances/slavery-abolition-day, accessed 21 January 2021.
- United Nations, n.d.a. "International Day of Women and Girls in Science." Website: un.org/en/observances/women-and-girls-in-science-day/, accessed 29 December 2020.
- UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS), 2019. "Botswana Extends Free HIV Treatment to Non-Citizens." Geneva, Switzerland: UNAIDS. Website: unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2019/september/20190924_Botswana_treatment_non-nationals, accessed 18 November 2020.
- UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS), 2017. *Confronting Discrimination: Overcoming HIV-Related Stigma and Discrimination in Health-Care Settings and Beyond*. Geneva, Switzerland: UNAIDS.
- UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS), 2012. "Guidance Note on HIV and Sex Work." Geneva, Switzerland: UNAIDS. Website: unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2306_UNAIDS-guidance-note-HIV-sex-work_en_0.pdf, accessed 23 December 2020.

UN CCPR (United Nations Committee on Civil and Political Rights), 2019. "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 18 November 2020.

UN CCPR (United Nations Committee on Civil and Political Rights), 2017. "Whelan v. Ireland." CCPR/C/119/D/2425/2014. Website: ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/Whelan_v_Ireland.pdf, accessed 18 November 2020.

UN CCPR (United Nations Committee on Civil and Political Rights), 2016. "Concluding Observations on the Sixth Periodic Report of Costa Rica." CCPR/C/CRI/CO/6. Website: undocs.org/CCPR/C/CRI/CO/6, accessed 18 November 2020.

UN CCPR (United Nations Committee on Civil and Political Rights), 2011. "LMR v Argentina." CCPR/C/101/D/1608/2007. Website: documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/DER/G11/425/28/pdf/G1142528.pdf?OpenElement, accessed 19 January 2021.

UN CCPR (United Nations Committee on Civil and Political Rights), 2005. "LH. v. Peru." CCPR/C/85/D/1153/2003. Website: juris.ohchr.org/Search/Details/1215, accessed 18 November 2020.

UN CCPR (United Nations Committee on Civil and Political Rights), 1994. "Toonen v. Australia." CCPR/C/50/D/488/1992. Website: juris.ohchr.org/Search/Details/702, accessed 18 November 2020.

UN CEDAW (United Nations Committee on the Elimination of Discrimination Against Women), 2015. "Concluding Observations on the Combined Eighth and Ninth Periodic Reports of Portugal." CEDAW/C/PRT/CO/8-9. Website: undocs.org/en/CEDAW/C/PRT/CO/8-9, accessed 18 November 2020.

UN CEDAW (United Nations Committee on the Elimination of Discrimination Against Women), 2015a. "General Recommendation on Women's Access to Justice." CEDAW/C/GC/33. Website: tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/1_Global/CEDAW_C_GC_33_7767_E.pdf, accessed 28 December 2020.

UN CEDAW (United Nations Committee on the Elimination of Discrimination Against Women), 1999. "CEDAW General Recommendation No. 24: Article 12 of the Convention (Women and Health)." Website: tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT/CEDAW/GEC/4738&Lang=en, accessed 18 November 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/15/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?SymbolNo=CEDAW/C/GC/31/CRC/C/GC/18, accessed 18 November 2020.

UN CESCR (United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights), 2019. "SC & G.P. v. Italy (No. 22/2017)." E/C.12/65/D/22/2017. Website: tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2FC.12%2F65%2FD%2F22%2F2017&Lang=en, accessed 18 November 2020.

UN CESCR (United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights), 2016. "General Comment No. 22: (2016) on the Right to Sexual and Reproductive Health (Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)." E/C.12/GC/22. Website: digitallibrary.un.org/record/832961?ln=en, accessed 18 November 2020.

UN CESCR (United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights), 2009. "General Comment No. 20: Non-Discrimination in Economic, Social and Cultural Rights (art. 2, para. 2, of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)." E/C.12/GC/20. Website: digitallibrary.un.org/record/659980?ln=en, accessed 19 November 2020.

UN CESCR (United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights), 2000. "General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)." E/C.12/2000/4. Website: digitallibrary.un.org/record/425041?ln=en, accessed 18 November 2020.

UN CRC (United Nations Committee on the Rights of the Child), 2016. "General Comment No. 20 (2016) on the Implementation of the Rights of the Child During Adolescence." CRC/C/GC/20. Website: digitallibrary.un.org/record/855444?ln=en, accessed 18 November 2020.

UN CRC (United Nations Committee on the Rights of the Child), 2013. "General Comment No. 15 (2013) on the Right of the Child to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Health (Art. 24)." CRC/C/GC/15. Website: digitallibrary.un.org/record/778524?ln=en, accessed 18 November 2020.

UN CRPD (United Nations Committee on the Rights of Persons with Disabilities), 2018. "General Comment No. 6 (2018) on Equality and Non-discrimination." CRPD/C/GC/6. Website: tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/GC/6&Lang=en, accessed 12 February 2021.

UN CRPD (United Nations Committee on the Rights of Persons with Disabilities), 2016. "General Comment No. 3 (2016) on Women and Girls with Disabilities." CRPD/C/GC/3. Website: tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/GC/3&Lang=en, accessed 18 November 2020.

UN CRPD (United Nations Committee on the Rights of Persons with Disabilities), 2014. "General Comment No. 1 (2014) Article 12: Equal Recognition Before the Law." CRPD/C/GC/1. Website: documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G14/O31/20/pdf/G14O3120.pdf?OpenElement, accessed 12 February 2021.

UNDESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), 2018. *UN 12th Inquiry Among Governments on Population and Development – Module II: Fertility, Family Planning and Reproductive Health*. New York, USA: UNDESA.

UNDP (United Nations Development Programme), 2012. "Report of the Global Commission on HIV/AIDS and the Law—Rights, Risk and Health." Website: hivlawcommission.org/report/, accessed 28 December 2020.

UN ECOSOC (United Nations Economic and Social Council), 2019. "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." E/CN.6/2020/3. Website: documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N19/417/93/PDF/N1941793.pdf, accessed 22 December 2020.

UN ESCAP (United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific) and UN Women, 2020. "The Long Road to Equality: Taking Stock of the Situation of Women and Girls in Asia and the Pacific for Beijing+25: A Synthesis Report." Bangkok, Thailand: UN ESCAP and UN Women.

UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization), 2016. "Review of the Evidence on Sexuality Education. Report to Inform the Update of the UNESCO International Technical Guidance on Sexuality Education." Paris, France: UNESCO.

UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization), 2009. *International Technical Guidance on Sexuality Education: An Evidence-Informed Approach for Schools, Teachers and Health Educators*. Paris, France: UNESCO. Website: unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281e.pdf, accessed 29 December 2020.

UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) and others, 2018. *International Technical Guidance on Sexuality Education: An Evidence-Informed Approach*. Paris, France: UNESCO. Website: unesdoc.unesco.org/images/0026/002607/260770e.pdf, accessed 18 November 2020.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2020. "Against My Will: Defying the Practices that Harm Women and Girls and Undermine Equality." *State of World Population 2020*. New York, USA: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2020a. "GBV/FGM Rapid Assessment Report: In the Context of COVID-19 Pandemic in Somalia." Website: somalia.unfpa.org/en/publications/gbvfgm-rapid-assessment-report-context-covid-19-pandemic-somalia, accessed 21 January 2021.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2020b. "Impact of the COVID-19 Pandemic on Family Planning and Ending Gender-based Violence, Female Genital Mutilation and Child Marriage." Website: unfpa.org/resources/impact-covid-19-pandemic-family-planning-and-ending-gender-based-violence-female-genital, accessed 21 January 2021.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2020c. "Conducting Public Inquiries to Eliminate Female Genital Mutilation." Website: unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_-_Primer_-_Conducting_Public_Inquiries_to_Eliminate_Female_Genital_Mutilation.pdf, accessed 29 December 2020.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2020d. *Sustainable Development Goals Indicator 5.6.2: Legal Commitments for Sexual and Reproductive Health and Reproductive Rights for All*. New York, USA: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2020e. "Ensure Universal Access to Sexual and Reproductive Health and Reproductive Rights: Measuring SDG Target 5.6." New York, USA: UNFPA. Website unfpa.org/sdg-5-6, accessed 19 January 2021.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2020f. "Costing the Three Transformative Results." New York, USA: UNFPA. Website: unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Transformative_results_journal_23-online.pdf, accessed 19 January 2021.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2019. *Research on Factors That Determine Women's Ability to Make Decisions about Sexual and Reproductive Health and Rights. Volume I*. New York, USA: UNFPA. Website: unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/UNFPA_HERA_5-6-1_CLEAN_02_March1.pdf, accessed 22 December 2020.

UNFPA (United Nations Population Fund), 1994. *Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994*. A/CONF.171/13/Rev.1. Website: unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA_en.pdf, accessed 18 November 2020.

UNFPA (United Nations Population Fund) and Promundo, 2016. *Adolescent Boys and Young Men*. New York, USA: UNFPA. Website: unfpa.org/publications/adolescent-boys-and-young-men, accessed 23 December 2020.

UNFPA and UNICEF (United Nations Population Fund and United Nations Children's Fund), 2020. "Resilience In Action: Lessons Learned From The Joint Programme During The Covid-19 Crisis." Website: unfpa.org/resources/resilience-action-lessons-learned-joint-programme-during-covid-19-crisis, accessed 25 February 2021.

UNFPA (United Nations Population Fund) and others, 2018. *Young Persons with Disabilities: Global Study on Ending Gender-based Violence and Realising Sexual and Reproductive Health and Rights*. New York, USA: UNFPA. Website: unfpa.org/publications/young-persons-disabilities, accessed 23 December 2020.

UNFPA (United Nations Population Fund) in the Kyrgyz Republic, 2016. *Gender in Society Perception Study: National Survey Results*. Bishkek, Kyrgyzstan: National Statistical Committee of the Kyrgyz Republic.

UN General Assembly, 2010. "Trafficking in Persons, Especially Women and Children." A/65/288. Website: documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N10/483/11/pdf/N1048311.pdf?OpenElement, accessed 12 January 2021.

UN General Assembly, 2007. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. A/RES/61/106. Website: un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html, accessed 18 November 2020.

UN General Assembly, 2007a. *United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples*. A/RES/61/295. Website: un.org/development/desa/indigenouspeoples/wp-content/uploads/sites/19/2018/11/UNDRIP_E_web.pdf, accessed 18 November 2020.

UN General Assembly, 1989. *Convention on the Rights of the Child*. A/RES/44/25. Website: ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx, accessed 18 November 2020.

UN General Assembly, 1984. *Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*. A/RES/39/46. Website: ohchr.org/en/professionalinterest/pages/cat.aspx, accessed 18 November 2020.

UN General Assembly, 1979. *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women*. A/RES/34/180. Website: ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cedaw.pdf, accessed 18 November 2020.

UN General Assembly, 1966. *International Covenant on Civil and Political Rights*. Website: treaties.un.org/doc/publication/unts/volume%20999/volume-999-i-14668-english.pdf, accessed 18 November 2020.

UN General Assembly, 1948. *Universal Declaration of Human Rights*. Website: un.org/en/universal-declaration-human-rights/, accessed 18 November 2020.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2020. "Practices of So-Called 'Conversion Therapy': Report of the Independent Expert on Protection Against Violence and Discrimination Based on Sexual Orientation and Gender Identity." A/HRC/44/53. Website: documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G20/108/68/PDF/G2010868.pdf?OpenElement, accessed 18 November 2020.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2019. "Child, Early and Forced Marriage in Humanitarian Settings: Report of the United Nations Commissioner for Human Rights." A/HRC/41/19, 26 April 2019.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2019a. "Report of the Special Rapporteur on the Sale and Sexual Exploitation of Children, Including Child Prostitution, Child Pornography and Other Child Sexual Abuse Material." A/74/162. Website: undocs.org/A/74/162, accessed 28 December 2020.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2018. "Report of the Independent Expert on Protection Against Violence and Discrimination Based on Sexual Orientation and Gender Identity." A/HRC/38/43. Website: undocs.org/A/HRC/38/43, accessed 18 November 2020.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2018a. "Report of the Special Rapporteur on the Sale and Sexual Exploitation of Children, Including Child Prostitution, Child Pornography and Other Child Sexual Abuse Material." A/HRC/37/60. Website: undocs.org/en/A/HRC/37/60, accessed 28 December 2020.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2017. "Report of the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health." A/HRC/35/21. Website: ap.ohchr.org/documents/dpage_e.aspx?si=A/HRC/35/21, accessed 18 November 2020.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2016. "Report of the Special Rapporteur on Violence Against Women, Its Causes and Consequences on Her Mission to South Africa." A/HRC/32/42/Add.2. Website: refworld.org/docid/57d90a4b4.html, accessed 12 January 2021.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2016a. "Report of the Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment." A/HRC/31/57. Website: documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G16/000/97/PDF/G1600097.pdf?OpenElement, accessed 18 November 2020.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2016b. "Protection Against Violence and Discrimination Based on Sexual Orientation and Gender Identity: Resolution/ Adopted by the Human Rights Council on 30 June 2016." A/HRC/RES/32/2. Website: digitallibrary.un.org/record/845552?ln=en, accessed 18 November 2020.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2014. "Report of the Working Group on the Issue of Discrimination Against Women in Law and in Practice." A/HRC/26/39. Website: undocs.org/en/A/HRC/26/39, accessed 22 December 2020.

UN IASG (United Nations Inter-Agency Support Group on Indigenous Issues), 2014. "Sexual and Reproductive Health and Rights of Indigenous Peoples." Thematic paper. Website: un.org/en/ga/69/meetings/indigenous/pdf/IASG%20Thematic%20Paper_Reproductive%20Health%20-%20rev1.pdf, accessed 20 January 2021.

UNICEF (United Nations Children's Fund), 2020. "Child Marriage Around the World." Website: unicef.org/stories/child-marriage-around-world, accessed 13 November 2020.

UNICEF (United Nations Children's Fund), 2020a. "Female Genital Mutilation." Website: unicef.org/protection/female-genital-mutilation, accessed 30 September 2020.

United Nations Secretary-General, 2020. "Secretary-General's Remarks to the High-Level Meeting on the 25th Anniversary of the Fourth World Conference on Women." Website: un.org/sg/en/content/sg/statement/2020-10-01/secretary-generals-remarks-the-high-level-meeting-the-25th-anniversary-of-the-fourth-world-conference-women-bilingual-delivered-scroll-down-for-english, accessed 22 December 2020.

UN Women, 2018. *Turning Promises into Action: Gender Equality in the 2030 Agenda for Sustainable Development*. New York, USA: UN Women. Website: unwomen.org/en/digital-library/publications/2018/2/gender-equality-in-the-2030-agenda-for-sustainable-development-2018, accessed 29 December 2020.

UN Women, 2013. *The Costs of Violence: Understanding the Costs of Violence Against Women and Girls and Its Responses – Selected Findings and Lessons Learned from Asia and the Pacific*. Bangkok, Thailand: UN Women. Website: [asiapacific.unwomen.org/en/digital-library/publications/2014/1/the-costs-of-violence](https://unwomen.org/en/digital-library/publications/2014/1/the-costs-of-violence), accessed 22 December 2020.

UN Women and IDEA, 2017. *Gender Equality and Women's Empowerment: Constitutional Jurisprudence*. New York, USA: UN Women.

UN Working Group on Discrimination Against Women in Law and Practice, 2017. "Women's Autonomy, Equality and Reproductive Health in International Human Rights: Between Recognition, Backlash and Regressive Trends." Website: ohchr.org/Documents/Issues/Women/WG/WomensAutonomyEqualityReproductiveHealth.pdf, accessed 18 November 2020.

Van Eerdewijk, Anouka and others, 2017. "White Paper: a Conceptual Model on Women and Girls' Empowerment." Amsterdam, The Netherlands: Royal Tropical Institute (KIT). Website: kit.nl/wp-content/uploads/2018/10/BMGF_KIT_WhitePaper_web-1.pdf, accessed 11 January 2021.

Viens, A. M., 2020. "The Right to Bodily Integrity." In *The Cambridge Handbook of New Human Rights*, Andreas von Arnould and others, eds. Cambridge, UK: Cambridge University Press, p 373.

Warren, Samuel and Louis Brandeis, 1890. "The Right to Privacy." *Harvard Law Review*, vol. IV December 15, 1890 No. 5. Website: groups.csail.mit.edu/mac/classes/6.805/articles/privacy/Privacy_brand_warr2.html, accessed 18 November 2020.

WHO (World Health Organization), 2020. "Adolescent Pregnancy." Website: [who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy), accessed 13 November 2020.

WHO (World Health Organization), 2020a. "Female Genital Mutilation: Key Facts." Website: [who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation), accessed 11 November 2020.

WHO (World Health Organization), 2015. *Sexual Health, Human Rights and the Law*. Geneva, Switzerland: WHO. Website: [who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sexual-health-human-rights-law/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sexual-health-human-rights-law/en/), accessed 18 November 2020.

WHO (World Health Organization), 2014. *Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations*. Geneva, Switzerland: WHO. Website: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128048/9789241507431_eng.pdf?sequence=1, accessed 23 December 2020.

WHO (World Health Organization), 2013. *Global and Regional Estimates of Violence Against Women: Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-partner Sexual Violence*. Geneva, Switzerland: WHO.

WHO (World Health Organization), 2004. "Reproductive Health Strategy: To Accelerate Progress Towards the Attainment of International Development Goals and Targets." Geneva, Switzerland: WHO.

WHO (World Health Organization) and others, 2018. "Eliminating Virginity Testing: An Interagency Statement." World Health Organization, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, UN Women. Geneva, Switzerland: WHO. Website: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275451/WHO-RHR-18.15-eng.pdf?ua=1, accessed 12 January 2021.

WHO Regional Office for Europe, 2018. "Men's Health and Well-being in the WHO European Region." Website: euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/381403/who-mhr-fs-eng.pdf, accessed 29 December 2020.

Wodon, Quentin and others, 2017. "Economic Impacts of Child Marriage: Global Synthesis Report." Washington, DC, USA: The World Bank.

Woog, Vanessa and Anna Kågesten, 2017. "The Sexual and Reproductive Health Needs of Very Young Adolescents Aged 10–14 in Developing Countries: What Does the Evidence Show?" New York, USA: Guttmacher Institute, 2017. Website: www.guttmacher.org/report/srh-needs-very-young-adolescents-in-developing-countries, accessed 23 February 2021.

World Bank, 2020. "Marriage." Women, Business and the Law database. Website: wbl.worldbank.org/en/data/exploretopics/wbl_gm, accessed 29 December 2020.

World Population Review, 2020. "Countries Where Gay Marriage is Legal 2020." Website: worldpopulationreview.com/country-rankings/countries-where-gay-marriage-is-legal, accessed 14 December 2020.

World Professional Association for Transgender Health, 2011. "Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People." Website: wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_English.pdf, accessed 18 November 2020.

Yllö, Kersti and M. Gabriela Torres, 2016. *Marital Rape: Consent, Marriage and Social Change in Global Context*. Oxford, UK: Oxford University Press.

Zillén, Kavot and others, 2017. "The Rights of Children in Biomedicine: Challenges Posed by Scientific Advances and Uncertainties." Report to the Council of Europe Committee on Bioethics. Website: diva-portal.org/smash/get/diva2:1065442/FULLTEXT01.pdf, accessed 18 November 2020.

Zegers-Hochschild, Fernando and others, 2009. "The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) Revised Glossary on ART Terminology." *Human Reproduction* 24 (11): 2683–2687.



AIDOS - Associazione italiana donne per lo sviluppo 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 tutte le persone dal 1969

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 066873214/196
press@aidos.it
www.aidos.it

ISSN 1020-5195
ISBN 978-92-1-129508-5



9 789211 295085

Sales No. E.21.III.H.2
E/300/2021

 Stampato su carta riciclata.