



Lo stato della popolazione nel mondo 2022

VEDERE L'INVISIBILE

**Le ragioni per affrontare
la crisi trascurata
delle gravidanze indesiderate**

Lo stato della popolazione nel mondo 2022

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

CAPOREDATTORE

Ian McFarlane

TEAM EDITORIALE

Redattrice principale: Rebecca Zerzan
Direzione artistica: Katie Madonia
Redattrice dei reportage: Janet Jensen
Revisione dei reportage: Lisa Ratcliffe
Responsabili per l'edizione digitale: Katie Madonia, Rebecca Zerzan
Consulente per l'edizione digitale: Hanno Ranck

CONSULENTE PRINCIPALE PER LA RICERCA

Dr. Nuriye Ortayli

CONSULENTI PRINCIPALI

Daniel Baker, Gilda Sedgh

RICERCATORI/RICI E AUTORI/RICI

Daniel Baker, Sarah Keogh,
Gretchen Luchsinger, Mindy Roseman,
Gilda Sedgh, Julie Solo

CONSULENTI TECNICI UNFPA

Satvika Chalasani, Witness Chirinda,
Jennie Greaney, Mengjia Liang, Yann Lacayo

ILLUSTRAZIONI ORIGINALI REALIZZATE PER QUESTO RAPPORTO

Fidel Évora

Le illustrazioni originali includono immagini di diversi fotografi. Un elenco dei materiali di riferimento è disponibile a pagina 156.

MAPPE E DEFINIZIONI

Le designazioni e la presentazione generale delle mappe contenute in questo rapporto non implicano l'espressione di alcuna opinione da parte di UNFPA in merito allo status giuridico di qualsiasi paese, territorio, città o area o delle sue autorità, né in merito alla delimitazione dei loro confini.



Edizione italiana a cura di AIDOS
Associazione italiana donne per lo sviluppo
Coordinamento: Serena Fiorletta
Traduzione: Anna Tagliavini
Editing: Giovanna Ermini, Beatrice Mariottini
Impaginazione: Tiziano Zuliani
Stampa Litostampa 3B
Informazioni: press@aidos.it



RINGRAZIAMENTI

L'UNFPA desidera ringraziare le seguenti persone per aver condiviso momenti della loro vita privata e professionale nell'ambito di questo rapporto: Yajaira Alberto, El Salvador; Dr. Ayse Akin, Turkey; Anisa T. Arab, the Philippines; Theresa Batitis, the Philippines; Norhaifa Bocarie, the Philippines; Martha Brady, United States of America; Rebecca Callahan, United States of America; "Dalila" (nome di fantasia), El Salvador; Sylvia Farmer, Sierra Leone; Dr. Demet Güral, Turkey; Mangenda Kamara, Sierra Leone; Dankay Kanu, Sierra Leone; Gregory Kopf, United States of America; Rahmadina Talusan Malang, the Philippines; Logan Nickels, United States of America; Lucy November, United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland; Rahma Samula, the Philippines; Mamusu Sesay, Sierra Leone; Kevin Shane, United States of America; Mukul Sinha, India; Fatmata Sorie, Sierra Leone; Jamanya Square, Sierra Leone; Sittie Nashiban Tabua, the Philippines; Heather Vadhat, United States of America.

Selinde Dulckeit, Responsabile della Sezione media e comunicazioni dell'UNFPA, ha fornito preziosi commenti sulle bozze di questo rapporto, così come la dott.ssa Julitta Onabanjo, Direttrice tecnica dell'UNFPA, e Anneka Knutsson, Responsabile della Sezione per la Salute sessuale e riproduttiva dell'UNFPA.

Diversi colleghi di UNFPA e altri in tutto il mondo hanno contribuito alla stesura dei reportage e di altri testi, o fornito consulenza tecnica: Agnes Chidanyika, Jens-Hagen Eschenbaecher, Sonia Gilroy, Lourdes Gordolan, Mario Iraheta, Rebecca Moudio, Margarita O'Farrill, Priyanka Pruthi, Alvaro Serrano, John Sesay, Walter Sotomayor, Federico Tobar, Roy Wadia.

I colleghi della Sezione Popolazione e Sviluppo dell'UNFPA hanno fornito dati sugli indicatori e consulenza tecnica.

La redazione desidera ringraziare i vari partner per il loro contributo: i ricercatori e le ricercatrici del Guttmacher Institute, in particolare Jonathan Bearak e Anna Popinchalk; esperti ed esperte della Divisione Popolazione del Dipartimento per gli Affari Economici e Sociali delle Nazioni Unite, in particolare Vladimira Kantorova; Stephen Kisambira, Joseph Molitoris e Karoline Schmid; Ann Garbett, ricercatrice post-laurea presso l'Università di Southampton; così come esperti ed esperte di Avenir Health, in particolare Jessica Williamson. Il contributo del Redattore capo Richard Kollodge è stato determinante nello sviluppo di questo rapporto.

Ideazione e produzione delle edizioni cartacea e interattiva: Prographics, Inc.

NOTA SULLA TERMINOLOGIA

Quando si parla di gravidanze non volute, il linguaggio è di particolare importanza. Le "gravidanze non volute" non sono la stessa cosa delle "gravidanze indesiderate" e i termini "persone incinte" e "madri" designano due realtà diverse. Donne e ragazze non sono le uniche a rimanere incinte: anche gli uomini transgender e le persone non binarie possono concepire figli (Clemons, 2018). Queste persone affrontano seri ostacoli nell'accesso a servizi di contraccezione e salute sessuale e riproduttiva non giudicanti, il che aumenta il rischio di gravidanze non volute. Tuttavia, la maggior parte dei dati utilizzati in questo rapporto provengono da sondaggi e studi in cui sono state intervistate donne o ragazze; ampliare le conclusioni tratte da tali dati per includere le persone di genere diverso potrebbe comportare inesattezze o addirittura il non tenere conto delle preoccupazioni specifiche delle minoranze sessuali. Pertanto, questo rapporto si riferisce in generale ai rischi di gravidanza che donne e ragazze devono affrontare, pur riconoscendo che, in molti luoghi, questi stessi rischi riguardano anche persone di genere diverso. Nel rapporto, inoltre, sono incluse definizioni per evidenziare le sfumature di significato tra alcuni termini come "gravidanza non voluta", "gravidanza indesiderata", "gravidanza non pianificata" e "bisogno insoddisfatto", il loro uso comune e i loro limiti.

ASSICURARE DIRITTI E POSSIBILITÀ DI SCELTA PER TUTTE LE PERSONE



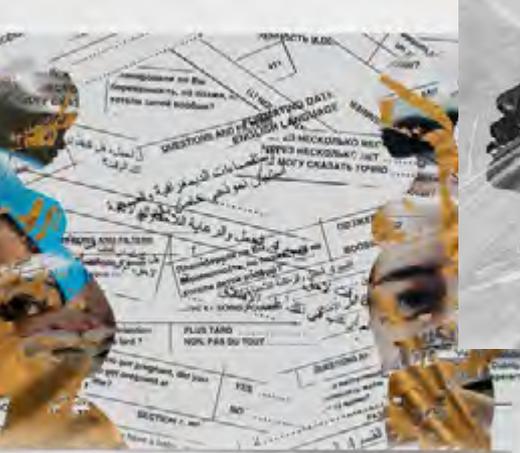
Lo stato della popolazione nel mondo 2022

VEDERE L'INVISIBILE

**Le ragioni per affrontare
la crisi trascurata
delle gravidanze indesiderate**

INDICE

PREMESSA 4
DEFINIZIONI 6



CAPITOLO 1

La crisi invisibile sotto i nostri occhi

PAGINA 9

FOCUS: Prospetto dei fattori che influenzano il verificarsi di gravidanze non intenzionali e loro conseguenze 17

CAPITOLO 2

I fatti parlano chiaro: le gravidanze indesiderate sono collegate al mancato sviluppo

PAGINA 19

FOCUS: Gravidanza e libertà di scelta nelle adolescenti 30

REPORTAGE: L'illusione della scelta: la gravidanza nelle adolescenti... 34

CAPITOLO 3

Ogni donna è a rischio. L'erosione dell'agency porta a gravidanze indesiderate

PAGINA 37

REPORTAGE: Violenza, coercizione, limitazione dell'agency 48

REPORTAGE: Se il contraccettivo tradisce 52

FOCUS: Contraccettivi: efficacia, effetti indesiderati, benefici 58

TESTIMONIANZE: Domande e risposte 60



CAPITOLO 4

*Libertà di
scelta: tutti
gli ostacoli*

PAGINA 67

REPORTAGE: Il nuovo contraccettivo maschile: perché è necessario? . 70

REPORTAGE: Pianificare il cambiamento 86

FOCUS: Dove trovare leggi e politiche che consentono alle donne di evitare le gravidanze indesiderate? 88

CAPITOLO 5

*Analizzare i
costi delle
gravidanze
indesiderate*

PAGINA 91

FOCUS: Dove e come le esigenze contraccettive restano inevase: spunti di riflessione dai programmi di pianificazione familiare di UNFPA 102

CAPITOLO 6

*Agency: la
chiave per
l'Agenda
2030*

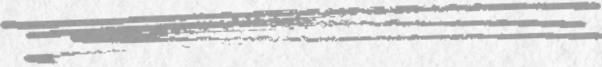
PAGINA 107

INDICATORI 119

NOTE TECNICHE 138

BIBLIOGRAFIA 143

PREMESSA



Un mondo in cui ogni gravidanza sia voluta. Questo obiettivo è una delle colonne portanti della missione di UNFPA.

Ogni essere umano ha il diritto all'autonomia corporea e per questo non c'è forse niente di più fondamentale della possibilità di scegliere se, quando e con chi concepire.

Negli ultimi cinquant'anni numerosi accordi internazionali sui diritti umani hanno riconosciuto il fondamentale diritto umano a decidere liberamente e responsabilmente quanti figli/figlie avere e quando. Nello stesso periodo abbiamo assistito nel mondo a una notevole diffusione di contraccettivi moderni, efficaci e accessibili: uno dei più grandi risultati della nostra storia recente nell'ambito della salute pubblica. Perché allora quasi la metà di tutte le gravidanze risulta non intenzionale?

Nel 1994 il Programma d'Azione della Conferenza Internazionale su Popolazione e Sviluppo (ICPD) ha riconosciuto che l'empowerment, la piena uguaglianza e l'autonomia delle donne sono essenziali per il progresso sociale ed economico. Questi obiettivi sono oggi, insieme ad altri, i pilastri per realizzare l'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile, che riconosce esplicitamente il ruolo essenziale della salute sessuale e riproduttiva e dell'uguaglianza di genere nell'aprire la via a un futuro di maggiore prosperità e che contiene indicatori specifici collegati alla agency di donne e adolescenti nel prendere decisioni informate su rapporti sessuali, uso dei contraccettivi e salute riproduttiva.

Per questo gli sforzi di UNFPA si concentrano sulla necessità di ampliare l'accesso a informazioni e servizi di cui donne e ragazze hanno bisogno per esercitare i loro diritti e le loro scelte riproduttive alla base dell'uguaglianza di genere e che consentono di esercitare maggiore potere decisionale sulla loro vita e di realizzare appieno il loro potenziale.

Sappiamo bene quali siano i costi vertiginosi associati alle gravidanze non intenzionali: per la salute, l'istruzione e il futuro delle persone coinvolte, per i sistemi sanitari in generale, per la forza lavoro e per tutta la società.

La domanda è: perché questo non ha portato a fare di più per garantire l'autonomia corporea di chiunque?

Il tema di questo rapporto è particolarmente stimolante, anche perché si tratta di una situazione diffusa e con cui molte persone hanno avuto a che fare, o per esperienza personale o per essere state vicine a chi l'ha vissuta. Per alcune è stata l'origine di una crisi profonda, per altre di una insperata felicità.

Ma al di là delle circostanze personali, le gravidanze non intenzionali sono radicate nell'organizzazione delle società e generano conseguenze a livello globale. Questo pertanto non è un rapporto su bambini e bambine non voluti/e o su quelli considerati felici incidenti. Non è un rapporto sulla maternità. Sebbene non sia possibile escludere l'aborto – oltre il 60% delle gravidanze non intenzionali si conclude con un aborto volontario – questo non è un rapporto sull'interruzione della

gravidanza. Si tratta invece di un documento sulle circostanze in atto prima dell'inizio di una gravidanza non intenzionale, quando l'agency di una persona o di una coppia è minata, nonché sulle tante ripercussioni che toccano singoli e società per generazioni.

Grazie alle ricerche originali condotte da autori e autrici, ai nuovi dati delle organizzazioni partner, osserviamo che vergogna, disapprovazione sociale, paura, povertà, disuguaglianza di genere e molti altri fattori colpiscono la capacità di donne e ragazze di esercitare il diritto di scelta sui contraccettivi, nel convincere il partner a usare il preservativo, nel far sentire la propria voce e perseguire i sogni e le ambizioni che coltivano. Ma soprattutto il rapporto solleva interrogativi provocatori e destabilizzanti sul valore che il mondo attribuisce a donne e ragazze, al di là delle loro capacità riproduttive. Perché riconoscere pienamente il valore di donne e ragazze, metterle nelle condizioni di dare un contributo alle società cui appartengono, significa garantire strumenti e informazioni, nonché il potere di prendere in autonomia decisioni fondamentali.

È impossibile accertare e tanto meno quantificare con esattezza il peso complessivo delle gravidanze non intenzionali. Ma il crescente corpus di dati e verifiche indica un prezzo colossale in termini di opportunità perdute - dalle correlazioni che legano i tassi di gravidanze non intenzionali ai punteggi inferiori nei criteri di sviluppo umano, ai milioni di dollari spesi per l'assistenza sanitaria, al persistere di

elevate percentuali di aborti a rischio fino alle morti materne correlate. L'aborto clandestino è una delle principali cause delle oltre 800 morti materne che si verificano ogni giorno. È un prezzo che il mondo, semplicemente, non si può permettere di pagare.

Ci stiamo avvicinando rapidamente al 2030, la scadenza degli Obiettivi di sviluppo sostenibile e degli obiettivi trasformativi di UNFPA: mettere fine alla domanda inevasa di pianificazione familiare, alle morti materne per cause prevenibili, alla violenza di genere e alle pratiche dannose come le mutilazioni genitali femminili e i matrimoni precoci.

È ora di accelerare, non di battere in ritirata: di trasformare la vita di donne e ragazze e di raggiungere tutte le persone lasciate indietro. La prevenzione delle gravidanze non intenzionali è un primo passo non negoziabile. Quando le persone sono in grado di esercitare una scelta veramente informata sulla propria salute, il proprio corpo e il proprio futuro, possono dare apporto alla costruzione di società più prospere e di un pianeta più sostenibile, equo e giusto.

Dr. Natalia Kanem

Direttrice esecutiva

Fondo per la popolazione delle Nazioni Unite

DEFINIZIONI

Le definizioni inerenti a contraccezione e gravidanze non intenzionali sono spesso complesse. Molti dei termini accettati di solito in una comunità risultano incomprensibili in un'altra. Questo rapporto esplora alcuni termini e il loro uso, evidenziando quelli che rischiano di generare confusioni, fraintendimenti o di essere usati in molti modi diversi.

Aborto

PUÒ ESSERE VOLUTA
O NON VOLUTA.

GRAVIDANZA NON INTENZIONALE (N) -

UNA GRAVIDANZA CHE INIZIA QUANDO NON SI ERA PROGRAMMATO DI AVERE (ALTRI) FIGLI/FIGLIE, O CHE INIZIA NEL MOMENTO SBAGLIATO, OVERO PRIMA DI QUANTO SI DESIDERASSE. QUESTA DEFINIZIONE SI APPLICA A PRESCINDERE DALL'ESITO (CIOÈ CHE SI CONCLUDA CON UN ABORTO VOLONTARIO, UN ABORTO SPONTANEO O UNA NASCITA NON PIANIFICATA).

SINONIMI: GRAVIDANZA NON PIANIFICATA

PIANIFICAZIONE FAMILIARE (N) -

LE INFORMAZIONI, GLI STRUMENTI E I METODI CHE CONSENTONO DI DECIDERE SE E QUANDO AVERE FIGLI/FIGLIE. COMPRENDE UN'AMPIA GAMMA DI CONTRACCETTIVI E ANCHE METODI COME QUELLO DEL CONTROLLO DEL CALENDARIO E L'ASTINENZA. COMPRENDE INOLTRE LE INFORMAZIONI SU COME FAVORIRE IL CONCEPIMENTO QUANDO LO SI DESIDERA E LE TERAPIE PER L'INFERTILITÀ.

NOTA D'USO: IL TERMINE "PIANIFICAZIONE FAMILIARE" NON È GRADITO AD ALCUNI GRUPPI E POPOLAZIONI (PAUL ET AL., 2019).

SINONIMI: CONTRACCEZIONE, CONTROLLO DELLE NASCITE.

GRAVIDANZA NON VOLUTA (N) -

1. UNA GRAVIDANZA CHE NON SI VUOLE.
2. (IN SENSO ACCADEMICO) QUANDO RICORRE NEI DATI STATISTICI, INDICA UNA GRAVIDANZA INIZIATA QUANDO LA DONNA NON INTENDEVA AVERE FIGLI, O NON NE VOLEVA ALTRI. LA DEFINIZIONE ACCADEMICA NON RICONOSCE IL FATTO CHE UNA DONNA, UNA VOLTA INCINTA, POTREBBE DECIDERE DI PORTARE AVANTI LA GRAVIDANZA ANCHE SE NON ERA PROGRAMMATA.

NOTA D'USO: L'ESPRESSIONE "GRAVIDANZA NON VOLUTA" NON DOVREBBE ESSERE USATA COME SINONIMO DI GRAVIDANZA NON INTENZIONALE.

EDUCAZIONE SESSUALE COMPLETA

MATERIA SCOLASTICA CURRICOLARE IN CUI SI INSEGNANO E SI APPRENDONO GLI ASPETTI COGNITIVI, EMOTIVI, FISICI E SOCIALI DELLA SESSUALITÀ, CON L'OBIETTIVO DI FORNIRE A PERSONE GIOVANI E GIOVANISSIME CONOSCENZE, ATTEGGIAMENTI E VALORI CHE POSSANO DARLE LORO IL POTERE E LA CAPACITÀ DI GODERE DI SALUTE, BENESSERE E DIGNITÀ; DI SVILUPPARE RAPPORTI SOCIALI E SESSUALI IMPRONTATI AL RISPETTO RECIPROCO; DI RIFLETTERE SULLE POSSIBILI CONSEGUENZE DELLE SCELTE CHE SI FANNO SUL BENESSERE PROPRIO E ALTRUI; DI CONOSCERE E CAPIRE COSA SONO I DIRITTI E COME DIFENDERLI DURANTE LA VITA (UNESCO ET AL., 2018).

SINONIMI: EDUCAZIONE PRATICA/LIFE SKILLS, EDUCAZIONE ALLA VITA FAMILIARE, EDUCAZIONE ALLA SESSUALITÀ, EDUCAZIONE SESSUALE.

GRAVIDANZA INTEMPESTIVA (N) -

1. GRAVIDANZA CHE SI PRESENTA IN UNA FASE DELLA VITA IN CUI NON SI INTENDEVA CONCEPIRE, ANCHE SE È PREVISTA IN UN FUTURO.
2. IN (IN SENSO ACCADEMICO) QUANDO RICORRE NEI DATI STATISTICI, VIENE DEFINITA DI SOLITO COME UNA GRAVIDANZA INIZIATA DUE O PIÙ ANNI PRIMA DEL MOMENTO IN CUI LA SI È DESIDERATA.

NOTA D'USO: TALI GRAVIDANZE SONO GENERALMENTE CONSIDERATE COME NON INTENZIONALI.

CONTRACCETTAZIONE (N) -

L'ATTO INTENZIONALE CON CUI SI DESIDERA EVITARE UNA GRAVIDANZA, PER ESEMPIO RICORRENDO A STRUMENTI, PRATICHE, FARMACI O PROCEDIMENTI CHIRURGICI (BANSODE ET AL., 2021; JAIN AND MURALIDHAR, 2011). SI DEFINISCONO CONTRACCETTIVI MODERNI QUELLI CHE HANNO "SOLIDE BASI NELLA BIOLOGIA RIPRODUTTIVA, IL CUI USO È REGOLATO DA UN PRECISO PROTOCOLLO E LA CUI EFFICACIA SIA VALIDAMENTE ATTESTATA" (FESTIN ET AL., 2016); METODI DIVERSI SONO CONSIDERATI CONTRACCETTIVI TRADIZIONALI.

SINONIMI: PIANIFICAZIONE FAMILIARE, CONTROLLO DELLE NASCITE.

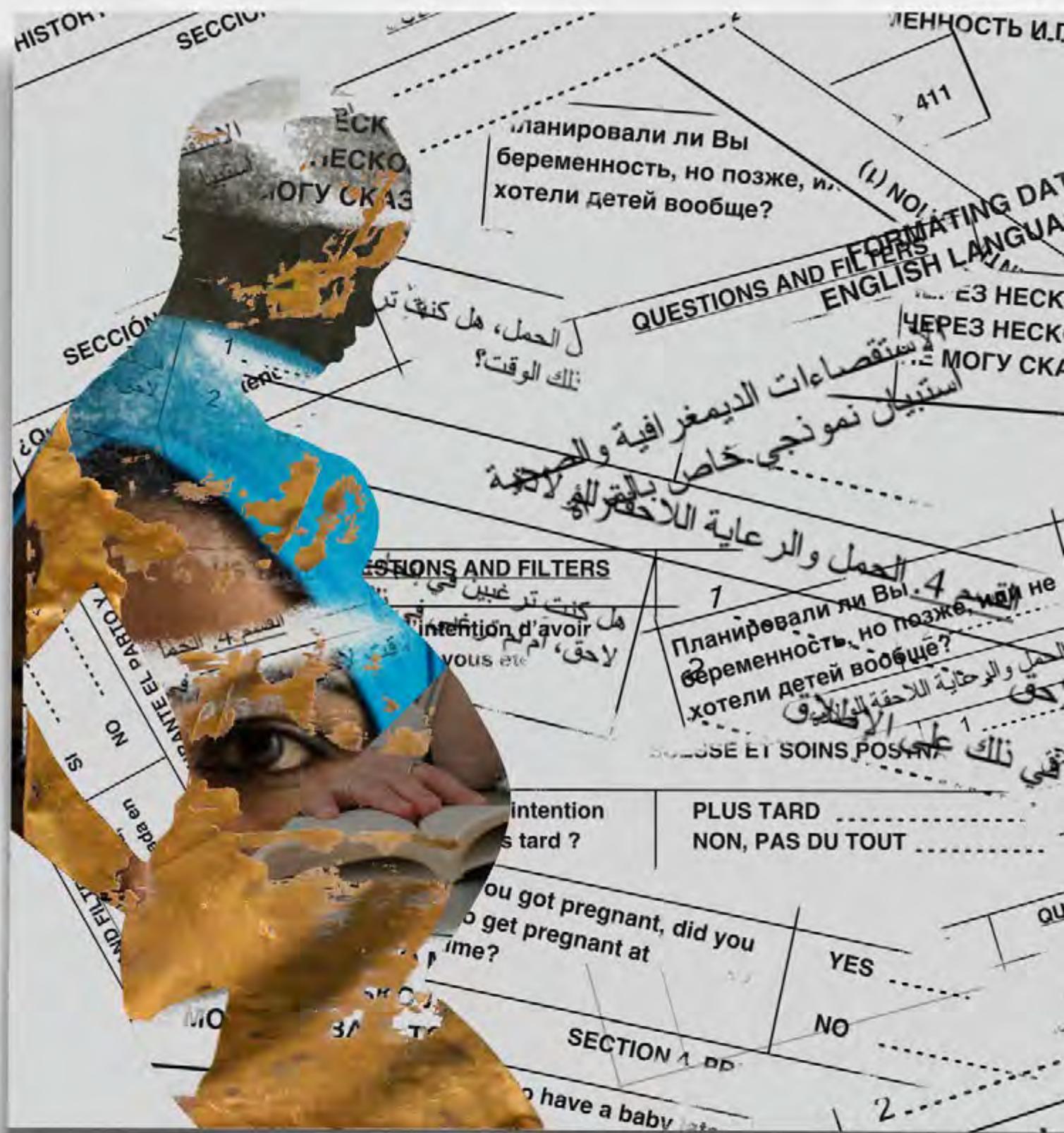
ABORTO (N) -

(COLLOQUIALE) L'INTERRUZIONE VOLUTA DI UNA GRAVIDANZA MEDIANTE UNA PROCEDURA O L'USO DI FARMACI. SINONIMI: ABORTO PROCURATO, ABORTO ELETTIVO/VOLONTARIO, ABORTO TERAPEUTICO.

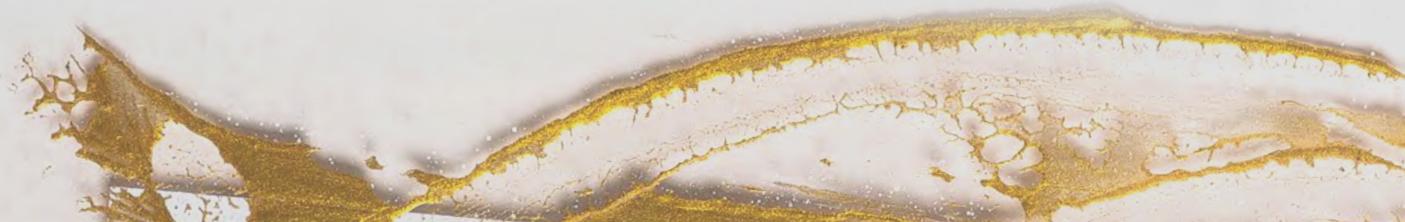
(NELL'USO MEDICO) OGNI FUORIUSCITA PREMATURA DEL PRODOTTO DEL CONCEPIMENTO CHE PROVOCHI L'INTERRUZIONE DI UNA GRAVIDANZA: COMPRENDE SIA L'ABORTO VOLONTARIO, O INDOTTO, SIA L'ABORTO SPONTANEO.

NOTA D'USO: IN QUESTO RAPPORTO IL TERMINE "ABORTO", SE NON DIVERSAMENTE PRECISATO, SI RIFERISCE ALL'ABORTO VOLONTARIO O PROCURATO.





© UNFPA/Fidel Évora



*La crisi
invisibile sotto
i nostri occhi*

Metà.

Questa è la quota delle gravidanze che non sono state decise deliberatamente da donne e ragazze (Bearak et al., 2020).

È una percentuale spaventosa. Niente è più fondamentale, per l'autonomia corporea, della facoltà di decidere se concepire o meno. Eppure per troppe persone questa libera scelta riproduttiva, che cambia radicalmente la vita, non è affatto tale.

Il diritto umano fondamentale di decidere se, quando e quanti figli/figlie avere è ribadito da molti accordi a livello globale (UNFPA, 1994; UN General Assembly, 1989; UN General Assembly, 1979).

La contraccezione moderna ed efficace è largamente (anche se non globalmente) disponibile. Come mai allora la metà di tutte le gravidanze è non intenzionale e in molti casi non voluta?

Questo dato ci ricorda quante persone, soprattutto donne e ragazze, subiscano limitazioni nell'esercizio dei diritti fondamentali. È il segno di come la discriminazione di genere continui a tarpare le ali a donne e ragazze, nonché alle persone transgender, non-binarie e gender-expansive. Indica la presenza di profondi divari nel rispetto dei diritti e della giustizia, dell'uguaglianza di genere, dell'umana dignità e del benessere sociale in generale.

Il numero esorbitante di gravidanze non intenzionali e non volute induce a chiedersi quale priorità si voglia riconoscere ai diritti e al potenziale di più della metà dell'umanità. È inoltre sintomo del rischio che il mondo non raggiunga gli obiettivi di sviluppo per la salute, l'istruzione e l'uguaglianza di genere, ostacolando le ambizioni condivise dalla comunità internazionale.

Così tante gravidanze non intenzionali e non volute inducono a chiedersi quale priorità si voglia dare ai diritti e al potenziale di oltre la metà del genere umano.

Crisi — e opportunità — ignorate

Il numero delle gravidanze non intenzionali che si verificano ogni anno – 121 milioni, una media di 331.000 al giorno – rappresenta un fallimento globale nella tutela di un diritto umano fondamentale, fallimento destinato a peggiorare. Anche se dati recenti evidenziano, a livello mondiale, una diminuzione nel tasso di gravidanze non intenzionali nel periodo tra il 1990 e il 2019 (Bearak et al., 2020), la crescita continua della popolazione mondiale fa sì che, in termini assoluti, il loro numero sia in continuo aumento.

Erogare i servizi per la salute sessuale e riproduttiva necessari ai singoli e alle comunità diventa sempre più difficile, a fronte di sconvolgimenti epocali come i cambiamenti climatici, i conflitti, le emergenze nella salute pubblica e le migrazioni di massa. Questi megatrend mettono a dura prova le capacità dei sistemi sanitari perché comportano un aumento della domanda soprattutto nei paesi a basso reddito, dove le crisi sono avvertite in misura più acuta e dove servizi e risorse sono già sotto la soglia critica (Starrs et al., 2018).

La comunità internazionale si è impegnata ad adottare una guida basata sui diritti, per assistere l'umanità in questi enormi cambiamenti: l'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile. Si tratta di un impegno-quadro per lo sviluppo sostenibile e inclusivo che riconosce espressamente, nei suoi target n. 3.7 e 5.6, il ruolo della salute sessuale e riproduttiva e dell'uguaglianza di genere per costruire un futuro più prospero. Questi target sono legati al diritto di coppie e singole persone di decidere se, quando e quanti/e figli/figlie avere: un mondo in cui ogni nascita sia desiderata e preziosa.

Basandosi su un'analisi originale (presentata nel Capitolo 2) questo rapporto dimostra che lo sviluppo sociale ed economico e alti livelli di uguaglianza di genere sono strettamente correlati a tassi inferiori di gravidanze non intenzionali. Unito a quello che sappiamo sulle conseguenze di tali gravidanze (esplorate nel capitolo 5) per le singole e per le comunità, viene confermato come sia essenziale per lo sviluppo intensificare gli sforzi per sostenere i diritti riproduttivi, fondamentali per prevenire gravidanze non desiderate.

Molti fattori che possono contribuire alla diminuzione del fenomeno sono a loro volta obiettivi di sviluppo: dalla riduzione della povertà al miglioramento della salute materna. Una chiara illustrazione di come si intersecano tali forze è il costo esorbitante – per individui, sistemi sanitari e società in generale – degli aborti clandestini, questione di diritti come di sviluppo. Oltre il 60% di tutte le gravidanze non intenzionali si conclude con un aborto, sicuro o a rischio, legale o clandestino (Bearak et al., 2020). Poiché si calcola che il 45 per cento di tutti gli aborti sia tuttora praticato in condizioni pericolose (WHO, 2020), è chiaro che si tratta di un'emergenza di salute pubblica. Nei paesi in via di sviluppo circa 7 milioni di donne sono ricoverate ogni anno per le conseguenze di un aborto clandestino (Singh e Maddow-Zimet, 2016); questi ultimi causano ogni anno, secondo le stime, un esborso di 553 milioni di dollari per le sole terapie post-aborto (Vlassoff et al., 2008), e 193.000 morti materne (Say et al., 2014). Per contro, ridurre le gravidanze non intenzionali e di conseguenza il ricorso all'aborto clandestino consentirebbe ai sistemi sanitari di allocare maggiori risorse per servizi completi di salute sessuale e riproduttiva, che comprendano anche la salute materna e neonatale: investimenti che produrrebbero un impatto fortemente positivo sull'intero sistema.



© UNFPA/Fidel Évora

Contracezione: cruciale ma non sufficiente

La contraccezione è una delle aree più ovvie su cui investire per la salute e i diritti riproduttivi. Si calcola che nel mondo 257 milioni di donne che desiderano evitare una gravidanza non usano metodi contraccettivi moderni e sicuri; di queste, 172 milioni non usano alcun metodo (UN DESA, 2021). Per affrontare questa situazione, UNFPA si è concentrata sull'accesso ai contraccettivi fornendo, solo nel 2020, circa 724 milioni di preservativi maschili, 80 milioni di cicli di contraccettivi orali e decine di milioni di altri metodi (UNFPA, 2020). Grandi quantità di

contraccettivi sono state messe a disposizione anche da governi, agenzie di donatori, organizzazioni non governative.

Ma per quanto fondamentali, questi strumenti da soli non bastano.

Una ricerca (illustrata in dettaglio nel Capitolo 4) mostra che limitate conoscenze e possibilità di accesso alla contraccezione non sono più le principali cause del mancato utilizzo. Sono ormai superate infatti dai timori suscitati da presunti effetti collaterali e da false idee, pregiudizi e pareri avversi di altre persone. Per affrontare queste cause delle esigenze inevase di contraccezione occorre mettere in campo una gamma di risposte più ampia.

Bisogna confutare alcune convinzioni diffuse. In troppi ambienti il termine “gravidanza non intenzionale” evoca l’immagine di un’adolescente non sposata, verso cui manifestare compassione o biasimo, se non le due cose insieme. Di fatto, poiché nessun metodo contraccettivo è efficace al 100%, l’astinenza spesso è impraticabile, prevalgono pressioni, coercizioni o violenza, che portano molte ragazze o donne in età riproduttiva a concepire senza averlo preventivato. Contrastare i luoghi comuni sulle gravidanze non intenzionali richiede un impegno deciso per modificare norme sociali discriminatorie, riformare le leggi che codificano i pregiudizi e ampliare gli interventi che, pur continuando a rivolgersi alle/agli adolescenti, devono raggiungere anche altre fasce di età.

La delicatezza di questi temi costituisce un’ulteriore difficoltà. La facoltà di decidere, o la sua mancanza, spesso hanno un ruolo determinante nella sfera più intima della vita di una persona, in quanto toccano questioni fondamentali come l’autonomia corporea e i diritti riproduttivi. In questi spazi, troppo spesso donne e ragazze vedono restringersi sempre di

più, o scomparire del tutto, la loro libertà di scelta. È il caso delle donne che non riescono a concordare con il partner l’uso del preservativo, che non possono rifiutare un rapporto sessuale – il 23% di tutte le donne per le quali disponiamo di dati statistici (United Nations, 2022), che sono quindi stuprate dal partner o da estranei.

Quando la scuola non offre un’educazione sessuale completa, le donne non dispongono di informazioni accurate. La gravidanza a volte è una scelta obbligata dalla mancanza di opportunità e di opzioni alternative. Se non hanno la possibilità di concludere gli studi, per esempio, molte ragazze non vedono ragioni per rimandare una gravidanza.

Il desiderio di non avere figli è spesso considerato inaccettabile dalla famiglia e dalla comunità di appartenenza. Per rispetto ai gruppi di popolazione che non condividono l’espressione “pianificazione familiare”, come per esempio persone adolescenti e coloro che non desiderano avere figli, nel rapporto si predilige il termine “contraccezione”.

Gravidanza “non intenzionale” non significa sempre “non voluta”. Alcune sono accolte con gioia. Altre si concludono con l’aborto, spontaneo o procurato. Un’altra quota, pur restando non voluta, viene portata a termine. Molte sono accolte con sentimenti ambivalenti. Si tratta di gravidanze che non sono esattamente indesiderate ma non sono nemmeno deliberatamente cercate, a volte perché si presentano in un momento in cui una persona non ha ben chiaro quello vuole dalla vita, a volte perché la persona non riesce a immaginare una vita in cui la gravidanza sia una scelta.

Troppo spesso questioni di potere e di libertà di scelta diventano questioni di vita o di morte: una volta iniziata una gravidanza non intenzionale, le conseguenze diventano spesso permanenti e

si irradiano su intere comunità. Per esempio, si incrementano i tassi di mortalità materna tra le ragazze troppo giovani, con uno sviluppo ancora insufficiente a portare a termine la gravidanza in sicurezza, o tra le donne che soffrono di patologie (Singh and Maddow-Zimet, 2016). Spesso, quando restano incinte, le ragazze sono costrette a sposarsi e/o a lasciare la scuola, senza avere altre possibilità di proseguire gli studi: a quel punto di norma devono affrontare un deficit di reddito destinato a protrarsi per tutta la vita. Molte donne si trovano alle prese con un'improvvisa riduzione del loro reddito, quando sono costrette a sospendere o addirittura a lasciare definitivamente il lavoro perché sono

rimaste incinte. La povertà diventa un esito più probabile quando, avuto il bambino o la bambina, le già scarse risorse economiche della famiglia devono coprire nuove spese.

Sono tutti problemi che si aggravano quando le persone devono affrontare molteplici forme di discriminazione e altre vulnerabilità che erodono ulteriormente agency e autonomia corporea. Le donne più povere e residenti in zone rurali o in insediamenti informali dispongono generalmente di servizi, informazioni e attività di sostegno di qualità inferiore. In alcuni contesti il personale sanitario può legalmente rifiutarsi di erogare servizi ad adolescenti o a persone transgender.

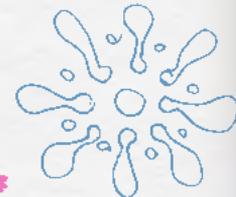
Le gravidanze non intenzionali dal punto di vista dei diritti umani

Non sempre le gravidanze non intenzionali sono l'esito, o la causa, di una violazione dei diritti umani. Questi ultimi vengono negati quando si mette in discussione l'autonomia corporea e riproduttiva (UNFPA, 2021). All'interno di alcuni importanti accordi internazionali come la Convenzione per l'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne (altrimenti nota come CEDAW, o Convenzione sulle donne) molti Stati hanno ribadito che ogni persona, singolarmente o in coppia, ha il diritto di essere informata e di disporre degli strumenti per scegliere se, quando e quanti figli/figlie avere (Assemblea Generale delle Nazioni Unite, 1979). Non rispettare questi obblighi costituisce una mancata tutela o una violazione dei diritti umani. È il caso delle persone che non possono esercitare una scelta informata perché non hanno la possibilità di accedere a informazioni qualificate sulla salute riproduttiva o l'agency per agire sulla base di tali informazioni; oppure delle persone che subiscono violenze o coercizioni sessuali; dei casi in cui discriminazioni e disuguaglianze diminuiscono le opportunità negando ai singoli individui un ventaglio di opzioni.

Il Programma d'Azione della ICPD, il documento approvato da 179 paesi che, fin dal 1994, guida il lavoro di UNFPA, chiede a tutti gli Stati e alla comunità internazionale di "utilizzare gli strumenti a disposizione per sostenere il principio della scelta volontaria nella pianificazione familiare".

È utile sottolineare che il Programma d'Azione precisa che "l'aborto... in nessun caso deve essere promosso come metodo di pianificazione familiare" (UNFPA, 1994) (cfr. inoltre, sull'aborto, la pag. 21)

179
countries



Le persone con disabilità sono più vulnerabili alla violenza, compresa quella sessuale (UNFPA, 2018). Tra le persone coinvolte in qualche conflitto o in altre situazioni di emergenza, con un accesso limitato all'assistenza sanitaria e un'elevata esposizione alla violenza, la

vulnerabilità alle gravidanze indesiderate cresce a dismisura.

Eppure queste difficoltà – un caotico insieme di preoccupazioni sociali e legali, tabù, stigma e norme discriminatorie – non sono insormontabili, tutt'altro. Avviare un circolo virtuoso di progresso è possibile e necessario.

Le gravidanze non intenzionali riflettono le priorità sociali

Può una società, a prescindere da quanto dichiara, affermare di riconoscere il giusto valore di donne e ragazze, quando ne limita sistematicamente ambizioni, desideri e potenziale umano? Quando le donne non possono esercitare la propria agency per evitare una gravidanza indesiderata? Come può una società sostenere il valore della maternità, quando questa è la conseguenza di limitazioni all'agency, di coercizioni, di stigma o di violenze?

L'autodeterminazione di donne e ragazze perde di valore quando informazioni e servizi per la salute sessuale e riproduttiva non sono sostenuti fino in fondo e non sono considerati prioritari. Questo è emerso con evidenza nel corso della pandemia di Covid-19, quando i servizi per la contraccezione sono stati tra i più penalizzati nelle strutture sanitarie (OMS, 2020a). Nei primi 12 mesi della crisi, l'interruzione nell'erogazione di strumenti e servizi è durata in media 3,6 mesi, causando almeno 1,4 milioni di gravidanze non intenzionali (Luchsinger, 2021). Nel 2021, con il protrarsi delle interruzioni, seppure mitigate in parte dall'adeguamento alla situazione, i servizi per la contraccezione hanno continuato comunque a essere tra i più colpiti (Luchsinger, 2021).

Quando i sistemi sanitari non riescono a garantire la copertura universale, quando la



salute sessuale e riproduttiva non mette al centro la persona o non è completa o non abbastanza qualificata, l'impegno dei governi a garantire il diritto alla salute – universalmente riconosciuto – resta lettera morta. Questo vale soprattutto quando i sistemi sanitari non riescono a fornire un'assistenza accessibile, appropriata e adeguata alle adolescenti, una fascia d'età che spesso sopporta le peggiori conseguenze di una gravidanza non intenzionale: le complicazioni di gravidanza e parto sono la principale causa di morte per le ragazze tra i 15 e i 19 anni (OMS, 2020b).

Il diritto alla salute è minato anche quando i servizi per la salute non rispondono ai diritti e alle preoccupazioni delle pazienti, come evidenziato dai diffusi timori sugli effetti collaterali (Bellizzi et al., 2020; Sedgh et al., 2016), dalle difficoltà di assicurare un uso continuativo e dal fatto che molte gravidanze indesiderate si verificano tra persone che utilizzano i contraccettivi (Frost and Darroch, 2008). I servizi per la salute che non rispondono alle esigenze delle persone ne riducono di fatto l'autonomia fisica, la dignità, la fiducia e il benessere. La campagna *What Women Want* per l'assistenza alla salute riproduttiva e materna ha effettuato un'indagine tra 1,2 milioni di donne e ragazze, in 114 paesi, nel biennio 2018–2019, scoprendo che la richiesta principale era quella di un'assistenza più rispettosa e più dignitosa (White Ribbon Alliance, 2019).

Nonostante si siano fatti progressi, sono ancora troppi i sistemi legali e politici che riflettono una scarsa considerazione dei diritti di donne e ragazze: a volte richiedendo il consenso di terzi per il ricorso alla contraccezione, in altri casi consentendo la sterilizzazione forzata di persone con disabilità come “soluzione” alle

gravidanze non intenzionali (UNFPA, 2021).

Estese limitazioni legali continuano a ostacolare l'accesso all'aborto volontario (UNFPA, 2020a), mentre si fa ben poco per limitare gli aborti clandestini, la cui percentuale è incrementata così come quella delle morti che provocano (Ganatra et al., 2017). Le autorità politiche hanno la



© UNFPA/Fidel Évora

possibilità di ridurre o annullare i finanziamenti, anche in quei contesti in cui la contraccezione è socialmente accettabile e i sistemi sanitari sarebbero in grado di garantire i servizi (Gold and Hasstedt, 2017).

Si compiono grandi sforzi per trovare il modo di “risolvere” il problema delle gravidanze non intenzionali: nuovi metodi contraccettivi, erogazioni più accessibili e affidabili, aumento delle opzioni tra cui scegliere. Ma ci sono ancora troppi elementi che non vengono affrontati in modo adeguato. È il caso, particolarmente evidente, di uno degli aspetti risolutivi più cruciali, una chiave che consentirebbe di assicurare autodeterminazione e autonomia corporea: l’uguaglianza di genere.

Da decenni questa è tra gli obiettivi di sviluppo più sfuggenti. Non c’è paese che abbia raggiunto l’uguaglianza di genere. Eppure sappiamo che funziona: le donne e le ragazze che hanno conquistato consapevolezza di sé e controllo sulle proprie scelte, che godono una condizione di uguaglianza, sono più capaci di affrontare una gravidanza non intenzionale o di evitarla e prevenirla (cfr. Capitolo 2). La capacità di esercitare autonomia porta a un miglioramento della qualità della vita e produce benefici per tutte e tutti.

Convenzioni e accordi sui diritti umani sottolineano da tempo l’importanza dell’uguaglianza di genere. Nel 1994 il Programma d’Azione della ICPD ha contribuito a chiarire che la piena uguaglianza di donne e ragazze significa metterle in grado di decidere sul proprio corpo, sulla propria vita e sul futuro,

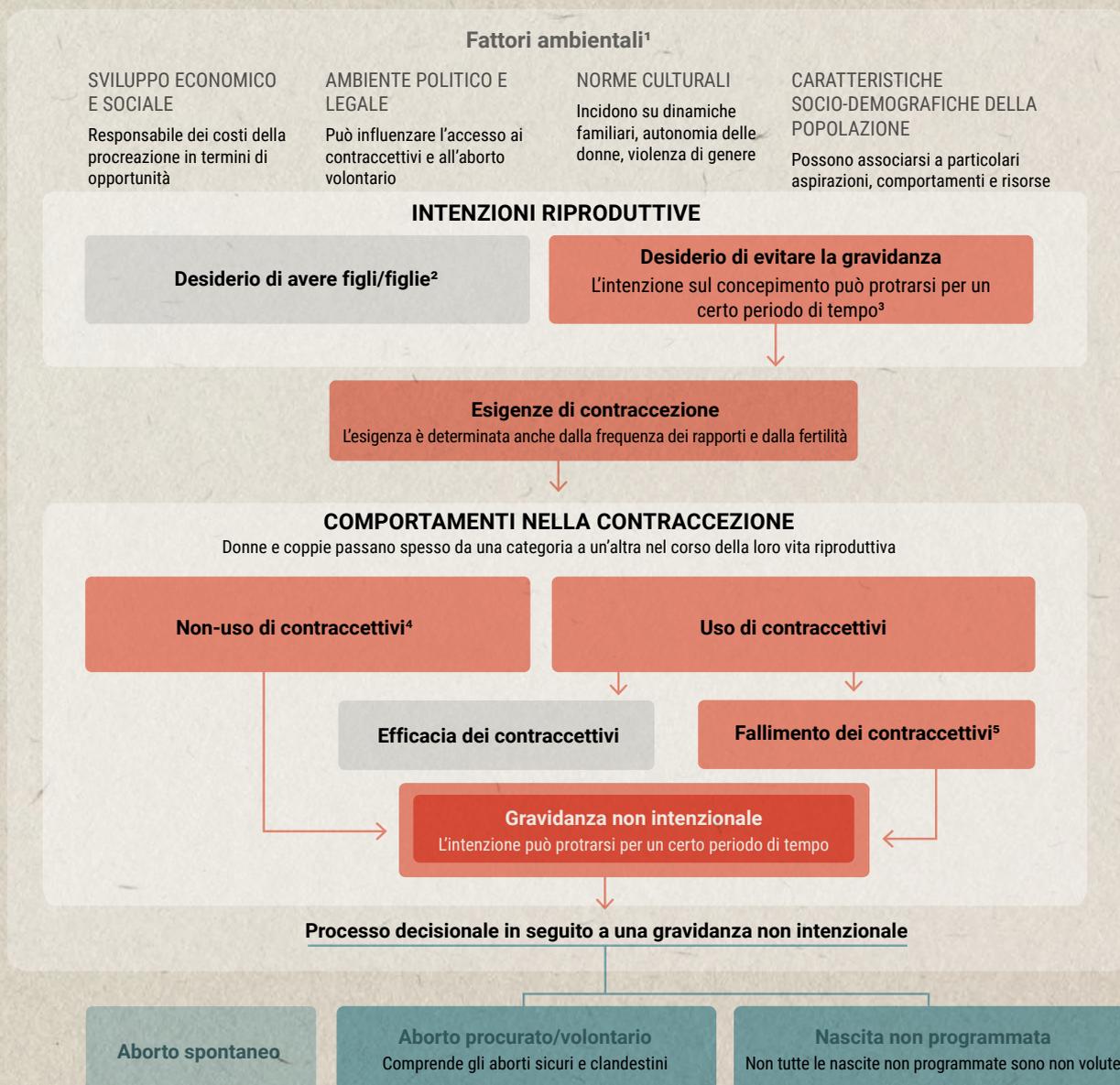
nella stessa misura di uomini e ragazzi. Per raggiungere gli Obiettivi di sviluppo sostenibile (non solo l’Obiettivo n. 4 ma, per esempio, molti altri obiettivi e target relativi alla riduzione della povertà e alla crescita economica) bisogna ridurre le disuguaglianze di genere.

Per questo sono indispensabili sforzi concertati e comuni. È tempo di rafforzare i sistemi sanitari, ma non ci si può fermare a questo. È tempo di assicurare a chiunque un’istruzione qualificata che promuova l’empowerment, di cambiare le aspettative sulle bambine, a cui si insegna che il destino è circoscritto a maternità e riproduzione. È tempo che le donne godano di ogni opportunità di istruzione e di lavoro dignitoso, che possano conquistare un maggior senso del loro potere e della loro autonomia. Le tutele sociali devono garantire i diritti delle persone più vulnerabili. I leader dei diversi paesi devono concepire norme di genere più progressiste e instradare i loro sistemi legali e amministrativi verso direzioni nuove.

È difficile immaginare un mondo in cui *ogni* gravidanza sia desiderata. Possiamo però impegnarci perché la maggioranza sia pianificata, accolta con gioia e voluta; in cui tutte le donne e le ragazze vivano una condizione di forza e di empowerment, rivendicando scelte e ambizioni proprie e non condizionate. L’insieme dei dati discussi nei capitoli a venire dimostrano quali sono i punti da affrontare per sostenere l’agency individuale nell’ambito delle scelte riproduttive. Sono un punto di partenza per chi fa ricerca, politica e attivismo, sostenuto non solo dai dati ma anche da una lunga serie di accordi internazionali e documenti sui diritti umani e dalle ambizioni globali della Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile.

Prospetto dei fattori che influenzano il verificarsi di gravidanze non intenzionali e loro conseguenze

Le ricerche socio-demografiche suggeriscono alcuni dei percorsi che rischiano di portare a una gravidanza non intenzionale. Il prospetto identifica le opportunità di interventi cruciali, tenendo presente che i fattori descritti sono complessi e non necessariamente lineari.



Fonte: autori/autrici.

Riquadri grigi: non a rischio di gravidanza non intenzionale. Riquadri blu: esiti di gravidanze non intenzionali

Note: (1) I contesti economico, sociale, politico e culturale si influenzano a vicenda e influenzano il percorso verso la gravidanza non intenzionale. La prevalenza delle gravidanze non intenzionali a sua volta influenza alcuni fattori contestuali. (2) Anche una gravidanza desiderata può essere seguita da circostanze che rendono difficile la scelta di avere figli. (3) Nel periodo interessato dall'intenzione o meno di concepire sono comprese sia l'ambivalenza sul desiderio, sia l'assenza di un processo decisionale consapevole in merito alla procreazione (cfr. Capitolo 2). Nelle intenzioni sul concepimento sono compresi sia il desiderio di rinviare il momento di avere figli sia il desiderio di evitare del tutto di averne. (4) Tra le ragioni del mancato uso di contraccettivi ci sono le preoccupazioni per alcuni metodi, l'incertezza riguardo ai rischi della gravidanza, lo scarso accesso a servizi qualificati e altri fattori contestuali elencati nel prospetto (cfr. Capitolo 4). (5) Sul fallimento dei metodi contraccettivi, cfr. pag. 52.





*I fatti parlano
chiaro:
le gravidanze
indesiderate sono
collegate al mancato
sviluppo*

Nel 2015 tutti gli Stati membri delle Nazioni Unite hanno sottoscritto l'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile che vede tra i suoi principali obiettivi il conseguimento dell'uguaglianza di genere, riconosciuto come fondamentale per lo sviluppo umano. Tra gli indicatori dell'Agenda c'è "la percentuale di donne tra i 15 e i 49 anni che prende in autonomia decisioni informate circa i rapporti sessuali, l'uso dei contraccettivi e l'assistenza per la salute riproduttiva".

Solo il 57 per cento delle donne è in grado di decidere liberamente della propria salute e dei diritti sessuali e riproduttivi.

Questo indicatore, SDG 5.6.1, sottolinea che i tassi di gravidanze indesiderate riflettono la condizione complessiva dello sviluppo sociale, e che percentuali superiori di decisioni informate sulla riproduzione vanno a comporre un circolo virtuoso che alimenta ulteriori miglioramenti nel livello di sviluppo. I dati più recenti relativi all'SDG 5.6.1, raccolti in 64 paesi tra donne in una relazione stabile e in età riproduttiva, dimostrano che il 23% non ha il potere di rifiutare un rapporto sessuale, il 24% non è in grado di decidere liberamente in merito all'assistenza sanitaria e l'8% non può decidere, nello specifico, sulla contraccezione. Nel complesso solo il 57% è *effettivamente* in grado di decidere liberamente della propria salute e dei propri diritti sessuali e riproduttivi (United Nations, 2022). Questo è il contesto in cui va compreso il dato sull'incidenza di queste gravidanze.

A livello globale, i dati più recenti mostrano che nel periodo 2015-2019 ci sono state ogni anno circa 121 milioni di gravidanze indesiderate, ovvero circa il 48% di tutte le gravidanze (Bearak et al., 2020). Il 61% di tali gravidanze si sono interrotte con un aborto procurato.

Il tasso attuale rappresenta una diminuzione rispetto agli anni precedenti, in quanto probabilmente riflette i progressi nello sviluppo realizzati in questo periodo. Tra il 1990 e il 2019 il tasso annuo di gravidanze indesiderate è passato da 79 a 64 ogni 1000 donne nella fascia di età 15-49. Se le percentuali offrono un motivo di consolazione, il numero assoluto delle donne che incorrono in una gravidanza senza averlo desiderato è in realtà *aumentato* di circa il 13% in ragione della crescita demografica di questi 30 anni. Il tasso attuale, di 64 gravidanze indesiderate ogni 1000 donne, significa che questo problema tocca ogni anno circa il 6% di tutte le donne del mondo.

Le stime basate su modelli recenti confermano che tassi e incidenza sono estremamente variabili nei diversi paesi (Bearak et al., 2022). Come mai i confini nazionali e regionali sembrano demarcare la frequenza delle gravidanze indesiderate? Dopo tutto, la gravidanza è descritta di norma in termini di comportamenti e responsabilità individuali. Eppure i trend dimostrano che le situazioni nazionali e regionali svolgono spesso un ruolo fondamentale nel sostenere o nell'impedire l'autonomia corporea e che, per contro, la perdita o l'esercizio di tale autonomia possono incidere materialmente sul benessere sociale. Entrambi questi concetti spostano in parte la stima della responsabilità in materia, dai singoli individui agli Stati.

Quali condizioni nazionali esercitano maggiore influenza, o sono maggiormente influenzate, dall'esercizio della libertà di scelta? A oggi i dati non consentono una risposta definitiva, ma permettono di formulare ipotesi stringenti, soprattutto in relazione alle condizioni di sviluppo.

Andamento degli aborti

Benché il tasso di gravidanze indesiderate sia diminuito, a livello globale il tasso degli aborti è rimasto praticamente inalterato, intorno a 39 su mille donne in età riproduttiva secondo le stime per il periodo 2015-2019 (Bearak et al., 2020)(cfr. Note tecniche, pag. 141). Nel mondo il 29% di tutte le gravidanze (desiderate e non) è interrotto da un aborto procurato, equivalente secondo le stime a una media annua di circa 73 milioni di aborti, nel periodo 2015-2019. Quando tali interruzioni non avvengono con modalità sicure, le donne rischiano gravi conseguenze a breve e a lungo termine, compresa la morte.

Il tasso stabile di abortività unito alla diminuzione dell'incidenza delle gravidanze indesiderate significa che la percentuale di tali gravidanze interrotte con l'aborto è aumentato, rispetto al 1990-94, passando dal 51 al 61 per cento (Bearak et al., 2020). Nel complesso queste rilevazioni permettono di ipotizzare che le donne esercitano, rispetto a trent'anni fa, un'autonomia moderatamente maggiore sugli esiti riproduttivi, sotto forma di prevenzione della gravidanza e interruzione delle gravidanze indesiderate. ✨

Parlando in generale, questa tendenza diffusa si trova affiancata, sulle mappe, da incrementi nella disponibilità delle opzioni contraccettive, progressi nell'uguaglianza di genere e miglioramenti degli indicatori di sviluppo; i progressi nello sviluppo e il calo dei tassi di gravidanze indesiderate si riscontrano nella grande maggioranza dei paesi per cui disponiamo di dati.

Tuttavia, ai livelli nazionali e regionali la percentuale di gravidanze non intenzionali interrotte dall'aborto è estremamente variabile. Non si riscontra un'associazione evidente tra l'incidenza nazionale di gravidanze indesiderate e la percentuale di quelle che sono interrotte dall'aborto; in molte situazioni le donne tendono a esercitare la loro scelta riproduttiva in un senso ma non nell'altro.

Questo capitolo presenta un'analisi ecologica originale per esplorare alcune delle correlazioni tra misurazione dello sviluppo e dati a livello nazionale, resi disponibili di recente sull'argomento. Se è vero che tale analisi non dimostra un rapporto di causa-effetto, basta tuttavia a suscitare interrogativi cruciali sulle modalità con cui progredisce lo sviluppo e, nella questione specifica, su come le decisioni politiche possono influenzare l'incidenza delle gravidanze indesiderate. Per contro, l'analisi suggerisce inoltre che l'empowerment delle donne e la loro

possibilità di esercitare libere scelte possono incidere a livello nazionale su sviluppo e benessere.

Nuovi spunti di riflessione

L'incidenza del fenomeno varia moltissimo da una macro-regione a un'altra. Nel periodo 2015-19 in Europa e America del Nord si sono verificate ogni anno circa 35 gravidanze non intenzionali ogni mille donne tra i 15 e i 49 anni, a fronte delle 64 in Asia Centrale e Meridionale e delle 91 in Africa sub-sahariana. Ma anche all'interno delle varie

Un impegno più vigoroso per affrontare le gravidanze indesiderate può tradursi in benefici sostanziali per lo sviluppo.

regioni sussistono enormi disparità. Per esempio, il tasso stimato di gravidanze indesiderate in Niger era di 49, in Uganda di 145 (Bearak et al., 2022). Malgrado tali variazioni interregionali, nelle stime a livello regionale si possono osservare alcune importanti tendenze generali.

In particolare, in Europa e America del Nord nel periodo 2015-19, il tasso si è quasi dimezzato rispetto agli anni Novanta, mentre in Asia Meridionale e Centrale e in America Latina è sceso di circa un quarto (28%). Nell’Africa subsahariana il tasso è sceso invece appena del 12%.

Che cosa significano tali variazioni? Per capirlo meglio, si sono studiate le correlazioni tra alcuni indicatori-chiave in ambito sociale, economico e politico (UNDP, 2020) e il tasso di gravidanze indesiderate, comprese le percentuali nazionali di quelle interrotte dall’aborto. Sono stati presi in esame 150 Stati per i quali disponiamo di stime per il periodo 1990-2019. Queste analisi offrono generalmente un’indicazione chiara: nei paesi con livelli superiori di sviluppo socio-economico e di uguaglianza di genere, in cui la legge consente un accesso più facile all’aborto, si rilevano tassi minori. Ciò evidenzia lo stretto legame e il rapporto di reciproco rafforzamento tra gravidanze indesiderate e carenze nello

sviluppo, il che suggerisce che un impegno più vigoroso nell’affrontare le prime può tradursi in sostanziali benefici per il secondo.

Al contempo, l’enorme variabilità nelle percentuali di gravidanze indesiderate interrotte dall’aborto in tutto il mondo riflette la grande diversità degli ambienti culturali e legali.

Sviluppo socio-economico

Autori e autrici hanno studiato i dati relativi al 2019 dell’Indice dello sviluppo umano (Human Development Index, HDI) insieme a due delle sue componenti essenziali – i livelli di istruzione e il reddito nazionale lordo pro-capite (RNL) – raffrontandoli con i tassi di gravidanze indesiderate. A livello globale, nel periodo 2015-19, livelli superiori di sviluppo socio-economico (misurati secondo tali indicatori) mostravano una forte correlazione con una incidenza inferiore di gravidanze indesiderate. Una spiegazione possibile è che i paesi con livelli superiori di sviluppo sono anche con ogni probabilità quelli in cui i servizi per la contraccezione sono più facilmente accessibili e in cui le donne devono superare meno ostacoli per gestire le loro preferenze sulla fecondità (si noti che questo schema non vale per l’Africa subsahariana, la cui situazione è analizzata più in dettaglio nelle note tecniche di pag. 141).

C’è una grande differenza, nelle tendenze sugli esiti delle gravidanze, tra paesi ad alto reddito e paesi a reddito basso e medio.

Nei paesi a basso e medio reddito, livelli superiori di sviluppo socio-economico si associano a una percentuale maggiore di gravidanze indesiderate concluse dall’aborto (anche tenuto conto delle differenze nello status legale dell’aborto volontario). Questa rilevazione

permette di ipotizzare che, con l'aumentare dei costi di opportunità associati alla procreazione, le donne che hanno una gravidanza non intenzionale sono più motivate ad evitarla. Lo stesso schema si applica, per la stessa tipologia di paesi, alle tendenze nel periodo 1990-2019: miglioramenti nei livelli di sviluppo a livello nazionale si associano a incrementi nella percentuale di gravidanze indesiderate concluse da un'interruzione volontaria.

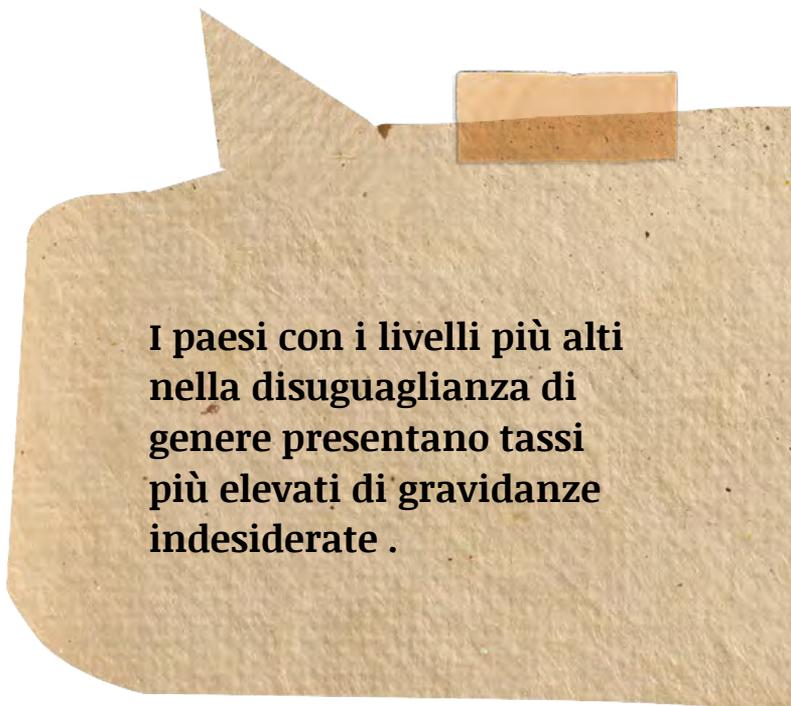
Nei paesi a più alto reddito, a migliori punteggi nell'HDI si associa una *minore* probabilità di interruzione volontaria della gravidanza, mentre punteggi HDI più bassi sono collegati a una maggiore probabilità di abortire. Un'ipotesi possibile è che, nei paesi più ricchi e con alti livelli di sviluppo, le donne che non intendono avere una gravidanza sono più facilmente in grado di evitare il concepimento, anche con l'uso di contraccettivi. È inoltre possibile che nei paesi maggiormente sviluppati le donne, grazie alle reti di sicurezza sociale ed economica, abbiano meno problemi nel portare a termine una gravidanza anche se non intenzionale.

Si potrebbe presumere che tassi inferiori siano più strettamente legati ai livelli di reddito e di istruzione raggiunti da donne e ragazze che a quelli raggiunti da uomini e ragazzi, ma non è così. I punteggi femminili in termini di reddito pro-capite e di livello di istruzione *non sono* più strettamente correlati all'incidenza di gravidanze indesiderate o alle percentuali di aborti volontari di quanto non lo siano gli stessi punteggi riferiti agli uomini. Questo fa presumere che la correlazione con una minore incidenza di tali eventi riguardi i livelli di reddito e di istruzione complessivi della popolazione, più di quelli relativi a donne e ragazze. In altri termini – considerazione molto importante – uno dei

fattori chiave per diminuire la prevalenza del fenomeno è probabilmente lo sviluppo *complessivo* di un paese.

Uguaglianza di genere

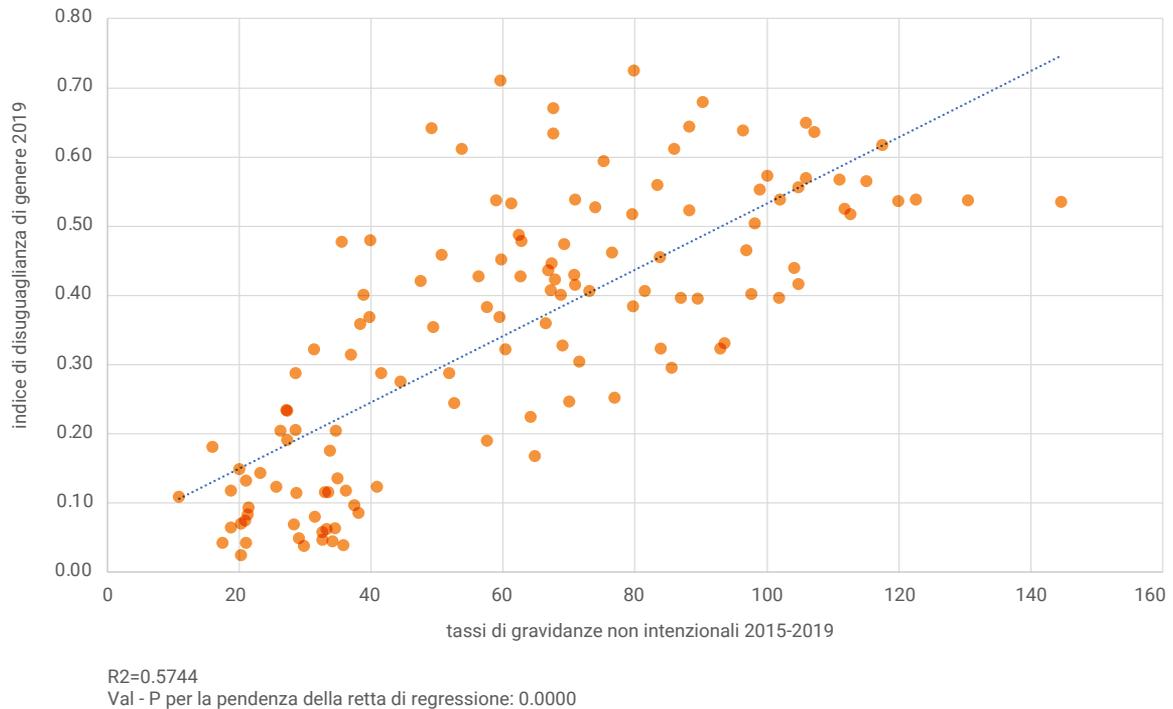
Autrici e autori hanno anche esaminato il rapporto tra uguaglianza di genere e gravidanze indesiderate, adottando l'indice di disuguaglianza di genere (Gender Inequality Index, GII) come misura della condizione di donne e ragazze. Il GII misura tre aspetti dell'uguaglianza di genere: salute riproduttiva, empowerment e condizione economica – dove punteggi GII più elevati indicano livelli superiori di disuguaglianza di genere. I paesi (e i territori) con maggiori livelli di disuguaglianza di genere misurati secondo il GII presentavano nel 2015-2019 tassi più elevati di gravidanze indesiderate, tanto nei paesi a reddito basso e medio, come in quelli ad alto reddito. Questa correlazione persisteva



I paesi con i livelli più alti nella disuguaglianza di genere presentano tassi più elevati di gravidanze indesiderate .

FIGURA 1

Correlazione tra tassi di gravidanze non intenzionali nel 2015-2019 e indice di disuguaglianza di genere, 2019



Fonte: Autrici e autori, utilizzando i dati da Bearak et al., 2022.

anche dopo la verifica del ruolo dell'indice di sviluppo e si presentava come il più significativo tra tutti i fattori di predizione esaminati in quest'analisi (cfr. Figura 1).

Per quanto riguarda gli esiti delle gravidanze, gli schemi emersi sono analoghi a quelli osservati rispetto all'indice di sviluppo: nei paesi a basso e medio reddito, livelli *inferiori* di uguaglianza di genere erano associati a percentuali *inferiori* di gravidanze indesiderate interrotte dall'aborto. Questa correlazione si dimostrava valida anche tenendo conto delle grandi variazioni tra le leggi in materia vigenti nei diversi Stati. Per contro, nei paesi ad alto reddito, punteggi più alti

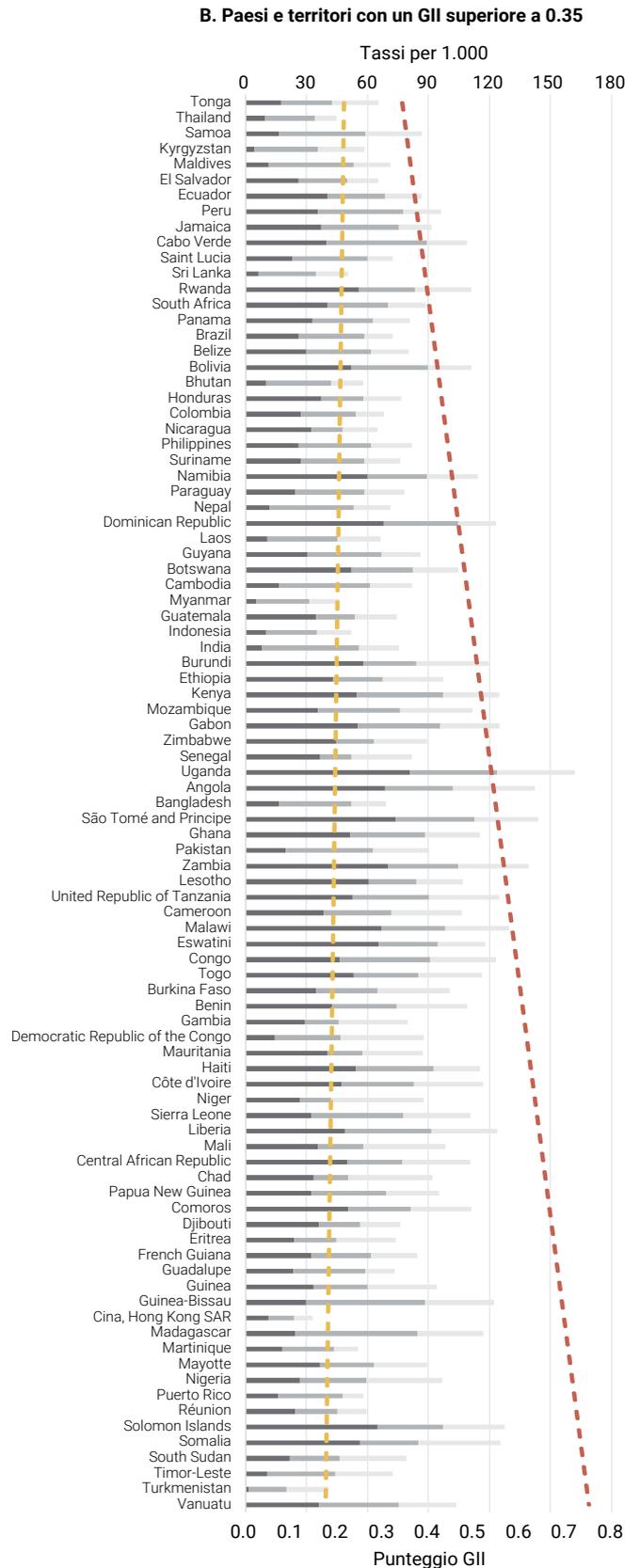
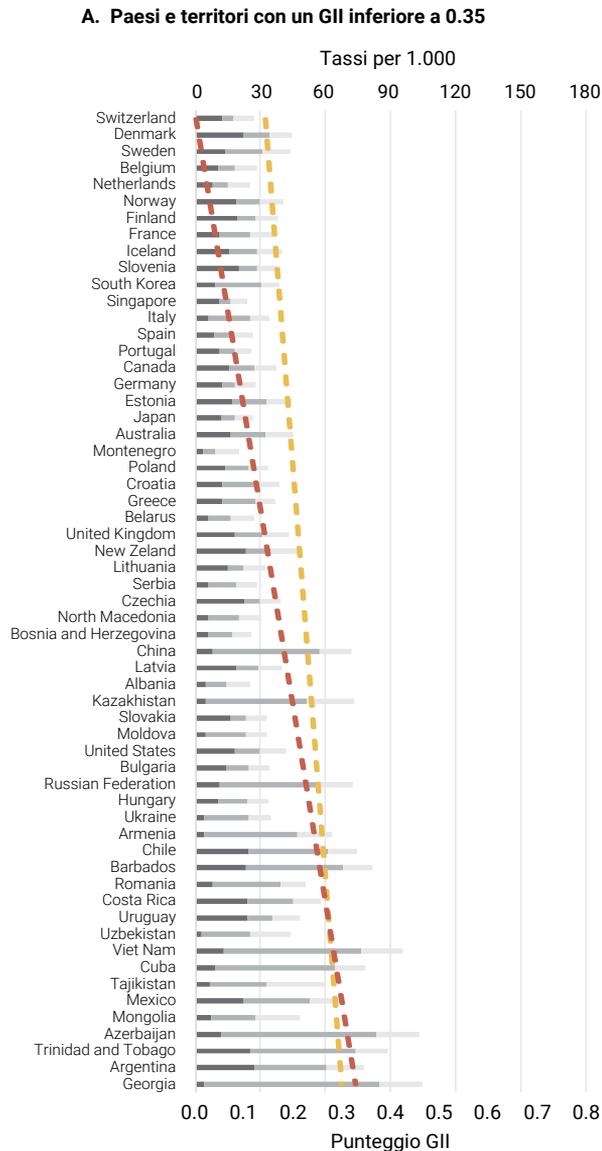
nell'uguaglianza di genere si associavano, ma non in misura significativa, a percentuali inferiori di interruzioni volontarie della gravidanza.

Nell'insieme questi rilevamenti suggeriscono che i progressi anche iniziali nell'uguaglianza di genere, visibili nei paesi a basso e medio reddito, fanno sì che le donne abbiano maggiori probabilità di approfittare della possibilità di abortire. Tuttavia, negli ambienti a maggior reddito un incremento dell'uguaglianza di genere non produce un impatto notevole sul ricorso all'aborto (Figura 2), forse perché in tali ambienti le donne sono più facilmente in grado di evitare di rimanere incinte se non lo desiderano.

FIGURA 2

Tassi di nascite non pianificate e di aborti volontari e proporzione di gravidanze indesiderate che si concludono con nascite non pianificate, aborti volontari o aborti spontanei, 2015-19, in base all'indice di disuguaglianza di genere (GII)

■ nascite non pianificate ■ aborti volontari ■ aborti spontanei
 - - - Aborti per 1.000 gravidanze indesiderate
 - - - GII 2019



Fonte: Autrici e autori, utilizzando i dati da Bearak et al., 2022.

Incidenza della mortalità materna

Il rapporto tra il tasso di mortalità materna (RMM), che è una delle componenti del GII, e aborti clandestini è ben noto. L'aborto clandestino è uno dei principali fattori di morti materne in tutto il mondo e ogni anno è all'origine di una percentuale compresa tra il 4,7 e il 13,2 di tutte le morti materne (OMS, 2020). Meno evidente è invece il rapporto tra gravidanze indesiderate e mortalità materna.

Dalle analisi condotte utilizzando solo i dati disponibili relativi alla MMR (OMS et al., 2019) – fondamentale misura dello sviluppo, soprattutto nell'ambito della tutela della salute – e i tassi di gravidanze indesiderate tra il 2015 e il 2019, si è osservato che effettivamente una maggior incidenza di morti materne era collegata a tassi più elevati di gravidanze indesiderate e che tale associazione valeva per tutti i paesi, in qualsiasi categoria di reddito (con l'eccezione dell'Africa sub-sahariana, di cui si parla nella Nota tecnica di pag. 141).

Per quale motivo questo problema si associa a un maggior rischio di mortalità materna rispetto alle gravidanze desiderate? Esistono diverse possibili spiegazioni, tra cui una delle più centrali è che le prime conducono più spesso all'aborto volontario, anche clandestino. Le donne che incorrono in una gravidanza indesiderata hanno inoltre minori probabilità di ricorrere ai servizi sanitari (cfr. per un approfondimento il Capitolo 5, pag. 94). Tuttavia le prove dell'incidenza del fenomeno sugli esiti per la salute materna sono ancora limitate, e le diramazioni di tale associazione non sono ancora state analizzate a fondo dalla letteratura scientifica (Gipson et al., 2008)

Leggi sull'aborto

I tassi di gravidanze non intenzionali tendono a *diminuire* negli Stati che hanno leggi più liberali in materia di aborto (cioè Stati in cui l'aborto è consentito anche per motivi socio-economici o semplicemente a richiesta), rispetto ai paesi con leggi più restrittive (dove l'aborto è proibito in tutti i casi; dove è consentito solo per salvare la vita della donna; dove è consentito per tutelare la salute fisica della donna; dove è consentito anche per tutelare la salute mentale della donna).

C'è una correlazione notevole, benché non si tratti di un rapporto causa-effetto: legislazioni più liberali probabilmente non incidono sul numero di queste gravidanze. È però possibile che leggi liberali in materia di aborto riflettano la presenza in generale di servizi per la salute sessuale e riproduttiva più accessibili, più accoglienti e più disponibili a venire incontro alle esigenze di tutte le persone sessualmente attive.

Dal punto di vista degli *esiti*, nei paesi a basso e medio reddito non si registrano associazioni significative tra legislazione sull'aborto e percentuale di gravidanze indesiderate che si concludono con l'aborto. In altre parole, in questi paesi una legislazione restrittiva *non comporta* una riduzione del ricorso all'aborto. Tuttavia, nei paesi ad alto reddito con leggi più liberali sull'aborto, una percentuale significativamente *inferiore* di gravidanze indesiderate si conclude con l'aborto, rispetto ai paesi ad alto reddito con leggi più restrittive. Queste osservazioni confermano quelle di altre ricerche (Bearak et al., 2022).

L'aborto in un'ottica di diritti umani

Non tutte le gravidanze non intenzionali sono non volute. Tuttavia, poiché ben più della metà viene interrotta da un aborto, la prospettiva dei diritti umani sull'aborto è di estrema rilevanza per gli Stati e per i leader politici. **I diritti riproduttivi sono diritti umani; ogni persona ha il diritto di prendere decisioni informate sul proprio corpo e sulla propria salute, e di decidere se, quando e quanti figli avere** (Assemblea generale dell'Onu, 1979). In questi diritti e in quelli alla salute e alla vita, è compreso l'accesso all'aborto sicuro, che è protetto "quando sono in pericolo la vita o la salute della donna o ragazza incinta, o quando portare a termine la gravidanza causerebbe alla donna o ragazza gravi sofferenze fisiche o psicologiche, soprattutto quando la gravidanza sia la conseguenza di uno stupro o di un incesto, o se il feto non è in grado di sopravvivere" (UN CCPR, 2019). La possibilità di abortire in sicurezza non è un diritto isolato, dipende dalla tutela e dall'esercizio di altri diritti umani: all'informazione, alla salute, all'uguaglianza, alla riservatezza e alla libertà da violenze e da stereotipi e discriminazioni di genere (OHCHR, 2018).

Se l'accesso all'aborto è regolato soprattutto dalle giurisprudenze nazionali (UNFPA, 1994), le norme sui diritti umani incidono sempre di più sulla portata di tali legislazioni. Nel 2019, per esempio, il Comitato delle Nazioni Unite sui diritti civili e politici ha invitato tutti gli Stati a depenalizzare l'aborto e a consentirlo per legge quando serve a tutelare la vita e la salute della donna; esorta inoltre gli Stati a non erigere ostacoli amministrativi o di altro genere per le donne che chiedono di abortire legalmente (UN CCPR, 2019). Molti altri trattati, nonché molti organismi e accordi regionali sui diritti umani,

considerano l'aborto un diritto umano qualora la gravidanza sia l'esito di atti di forza o di coercizione (Fine et al., 2017). In tutti i casi, che l'aborto o il tentato aborto siano o meno legali, l'assistenza post-aborto in quanto intervento medico salva-vita deve essere a disposizione di chiunque ne abbia necessità (UNFPA, 1994).

L'aborto è di fatto legale nella maggioranza degli Stati, anche se spesso sono previste limitazioni. **Nel 96% dei 147 paesi membri delle Nazioni Unite che hanno comunicato dati al riguardo, l'aborto è legale almeno per alcuni motivi, tra cui per salvare la vita della donna, per tutelarne la salute, nei casi di stupro e nei casi di gravi malformazioni fetali. Tuttavia il 28% di tali paesi esige, nel caso di donne sposate, il consenso del marito e il 37% richiede, per le minorenni, il parere del magistrato competente.** Inoltre, nel 63% di questi Stati la donna che ricorre a un aborto illegale può essere perseguita penalmente (United Nations, 2022).

Nelle situazioni in cui l'aborto è illegale o inaccessibile per qualsiasi motivo, le gravidanze indesiderate sono state descritte come "procreazione obbligatoria" (UN ESCWA, 2004). Questa idea, che una persona debba essere costretta a portare avanti una gravidanza che non desidera, affonda le sue radici negli stereotipi di genere e riflette il concetto discriminatorio per cui il valore di donne e ragazze risiede unicamente nelle loro capacità riproduttive. Le convenzioni sui diritti umani impongono agli Stati di abbattere questi stereotipi e di mettere fine alle pratiche che li confermano e consolidano. Leggi e riforme politiche dovrebbero come minimo consentire a ciascuna, per quanto umanamente possibile, di prevenire gravidanze indesiderate (UNFPA, 2020b).

Sostenere o reprimere la libertà di scelta

Questi studi sono soltanto il primo passo nell'analisi delle nuove stime statistiche, che richiederanno ricerche più approfondite. Nella fase attuale tuttavia questo primo sguardo sui dati offre importanti spunti di riflessione, molti dei quali confermano ipotesi e rilevazioni precedenti, come l'evidente correlazione tra i diversi criteri di misura dello sviluppo, in particolare quelli legati alla disuguaglianza di genere e alle gravidanze indesiderate. Altre osservazioni contribuiscono a rivelare differenze più sfumate sul modo in cui, nelle diverse parti del mondo, le donne vivono e affrontano queste gravidanze, differenze che riflettono i rapporti tra uguaglianza di genere ed esito di tali gravidanze.

Presi nel loro insieme questi dati mostrano che le circostanze generali di un paese o di una comunità possono generare ambienti più o meno favorevoli all'esercizio di una effettiva libertà di scegliere se e quando iniziare una gravidanza, e ribadiscono che autonomia corporea e agency hanno un rapporto di interdipendenza reciproca con il progredire dello sviluppo a livello di comunità locale e nazionale.

Indesiderata, non voluta o incerta? I limiti delle attuali misurazioni

Questo capitolo presenta alcuni dei dati più completi e recenti in tema di gravidanze indesiderate. È però importante sottolineare che questo argomento – per quanto sia di cruciale importanza sociale e sia riferito a un'esperienza comunissima e diffusa ovunque – non solo è spesso descritto in modo inadeguato o incoerente, ma è anche scarsamente compreso, il che spiega i limiti con cui viene misurato.

Prima di tutto l'ingente percentuale di gravidanze indesiderate interrotte da un aborto – più di tre su cinque (Bearak et al., 2020) – evidenzia la probabilità che la gran parte di esse non siano semplicemente non intenzionali ma siano anche non volute. Per via delle leggi sull'aborto vigenti in molti paesi, nonché degli ostacoli sociali, economici e geografici che molte comunità oppongono all'aborto, la reale percentuale di gravidanze effettivamente non volute potrebbe essere molto più elevata.

Sarebbe però un errore dare per scontato che tutte le gravidanze non intenzionali siano non volute. In alcuni casi la donna non aveva attivamente cercato di restare incinta, ma può reagire positivamente alla gravidanza e decidere di volerla portare avanti. Questo fatto è sottolineato da un'ampia indagine condotta in Francia, in cui erano più le persone che definivano la loro gravidanza come non pianificata di quelle che la definivano non voluta (Moreau et al., 2014).

Da tempo i ricercatori hanno osservato, e tentato di fotografare nel modo più preciso possibile, come l'atteggiamento delle donne verso il concepimento copra un ampio spettro di reazioni (Hall et al., 2017; Aiken et al., 

2016). Molte donne per esempio hanno un sentimento ambivalente verso l'idea di mettere su famiglia o di allargarla. Alcune desiderano una gravidanza ma nutrono incertezze sulle loro attuali circostanze, sul partner o sul futuro. Il desiderio di una donna può avere un andamento altalenante sia prima che durante la gestazione. In molte situazioni poi è il concetto stesso di intenzionalità a essere inficiato alla base. In questi scenari donne e ragazze spesso non sono in grado di esercitare la loro volontà o vivono un approccio fatalista verso gravidanza e procreazione. Molte pensano che la loro intenzione sia irrilevante e – cosa ancora più tragica – agli occhi delle loro famiglie o comunità hanno spesso ragione.

Questa incertezza si riflette nei dati. Molti metodi di misurazione danno per scontato che le donne prendano decisioni consapevoli e univoche sul desiderio o meno di avere una gravidanza. Gran parte delle stime attuali sull'incidenza delle gravidanze indesiderate derivano da domande poste nel corso di sondaggi demografici, come i Demographic and Health Surveys (DHS) nei paesi a basso reddito. Il DHS rivolge alle donne una sola domanda in merito a ogni gravidanza iniziata negli ultimi cinque anni. Di solito è qualcosa di simile a: "All'epoca in cui è rimasta incinta, lo desiderava in quel momento, avrebbe voluto aspettare o non voleva (altri) figli?"

Quando rispondono che non volevano restare incinte o che avrebbero voluto aspettare, la loro è rubricata come gravidanza indesiderata. Si tratta di un approccio imperfetto (Population Council, 2015): per esempio, alcune donne che hanno avuto un figlio in seguito a una gravidanza non pianificata possono in seguito riconsiderare la loro esperienza in gravidanza alla luce del fatto che si sono adattate alla nuova realtà (Ralph et al., 2020). Dopo aver partorito e instaurato un legame con il figlio, o dopo aver sopportato la

riprovazione conseguente alla gravidanza, la donna può riformulare la precedente avversione contro il concepimento e considerarla semplice ambivalenza, o riformulare l'ambivalenza come apertura alla possibilità di concepire. Le misure basate sugli intendimenti visti in retrospettiva rischiano quindi di sottostimare la diffusione del fenomeno.

Motivazioni religiose o di altro genere possono indurre le donne a scegliere deliberatamente di non scegliere – per esempio decidendo di affidarsi alla fede o al destino. Queste donne sono difficilmente catalogabili: si potrebbe dire che hanno un intento possibilista verso il concepimento ma, allo stesso modo, le loro gravidanze potrebbero essere classificate come non pianificate. Infine i DHS, come altri sondaggi, di solito raccolgono le informazioni sulle gravidanze indesiderate solo nelle interviste alle donne. Ben poco sappiamo quindi sugli atteggiamenti dei partner maschili, o sul livello in cui sono in grado di esercitare le loro scelte riproduttive.

Sono in corso diversi tentativi di migliorare queste misurazioni per meglio rifletterne le diverse sfumature. Uno di questi approcci, il London Measure of Unplanned Pregnancy, ricorre a una scala 0-12 per misurare quanto sia pianificata una gravidanza (Hall et al., 2017). Alle stime basate su modelli di calcolo per stabilire l'incidenza delle nascite non pianificate e degli aborti, pubblicate nel 2016 (Sedgh et al., 2016a) ha fatto seguito la prima stima a livello nazionale basata su modelli di calcolo, applicabile a quasi tutti i paesi del mondo (Bearak et al., 2022). Si tratta però sempre di stime; una base fattuale che sia solida e affidabile potrà emergere solo quando tali esperienze potranno essere riferite senza sensi di colpa o vergogna e quando si dedicheranno adeguate risorse alla misurazione dell'incidenza degli aborti.

Gravidanza e libertà di scelta nelle adolescenti

Il problema delle gravidanze indesiderate è fatto spesso confluire in quello delle gravidanze nelle adolescenti, ma il rapporto tra i due è in realtà più complesso di così. Non tutte le nascite da madri adolescenti sono l'esito di gravidanze indesiderate. La maggioranza dei parti da ragazze con meno di 18 anni avviene all'interno di un matrimonio o di una convivenza: un dato ribadito dalle ultime ricerche della Divisione popolazione delle Nazioni Unite (UN DESA, 2022). In base ai sondaggi attuali, alle dichiarazioni spontanee e ad altre tipologie di misurazione, molte di queste gravidanze possono essere definite "intenzionali", anche se la capacità delle ragazze di decidere quando e con chi avere dei figli è gravemente limitata, ammesso che abbiano un qualche potere decisionale. Un'analisi più approfondita sulla fertilità nelle adolescenti, soprattutto tra le più giovani, evidenzia come sia limitante considerare solo le attuali misurazioni delle intenzioni relative alla gravidanza quando si studiano autonomia e libertà di scelta.

Madri bambine

Una nuova ricerca di UNFPA (UNFPA, 2022) che analizza il 96% della popolazione adolescente mondiale, con l'esclusione della Cina e di alcuni paesi ad alto reddito, ha rilevato come, nel mondo in via di sviluppo, quasi una giovane donna su tre, nella fascia di età 20-24 anni, aveva partorito durante l'adolescenza, intesa come fascia 10-19 anni. Quasi la metà di queste madri adolescenti era ancora in età pediatrica (prima dei 18 anni compiuti) e molto spesso aveva partorito più di una volta prima della maggiore età.

In altri termini, il 13% di tutte le giovani donne nei paesi in via di sviluppo ha avuto il primo figlio quand'era ancora giovanissima, e queste adolescenti costituiscono un'enorme percentuale di tutte le nascite da madri adolescenti. Di tutte le ragazze che hanno partorito prima dei 15 anni, tre su quattro hanno avuto un secondo figlio prima di compiere 20 e il 40% di quelle che avevano già due figli

ne hanno avuto un terzo prima dei vent'anni. La metà di quelle che hanno partorito prima dei 15 e dei 17 anni ha partorito per la seconda volta prima dei 20 anni.

Inoltre, dei parti successivi al primo, più della metà è un cosiddetto "parto in rapida successione", cioè entro 24 mesi dalla nascita precedente, che comporta elevati rischi di mortalità e morbilità infantile (Molitoris et al., 2019; Rutstein, 2008).

Queste nuove osservazioni dimostrano che:

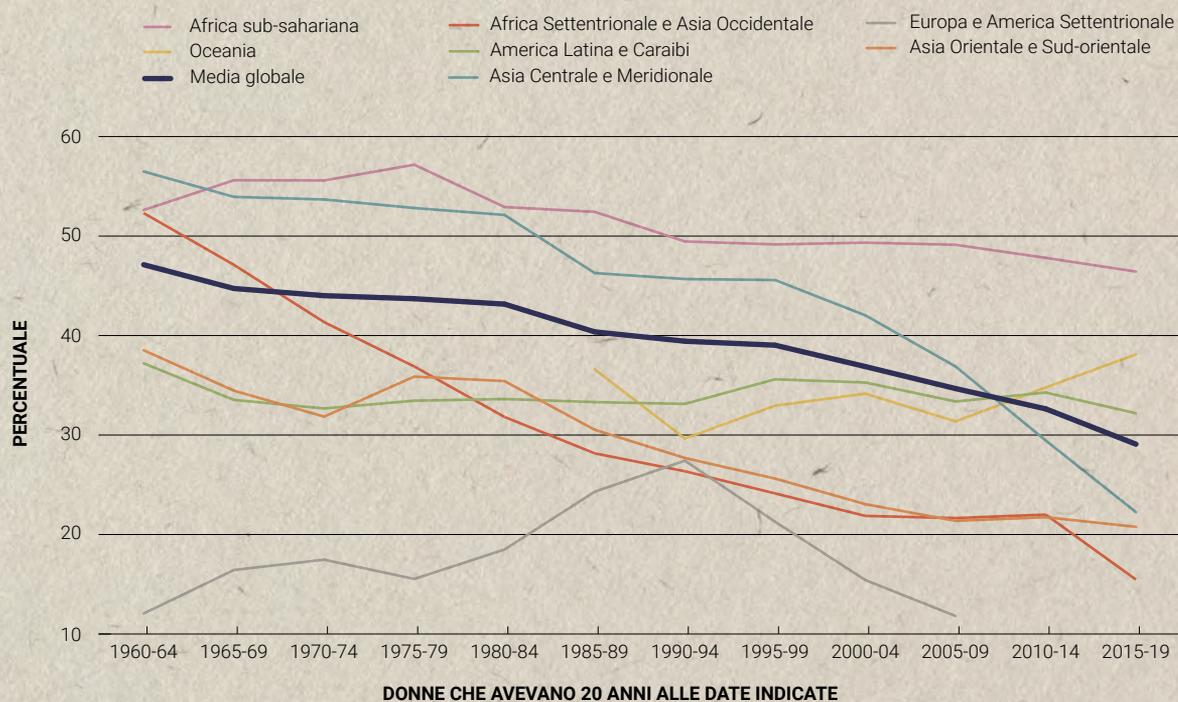
- il 45% delle adolescenti primipare sono a loro volta in età pediatrica, cioè hanno meno di 18 anni;
- il 50% di tutti i parti da adolescenti interessano ragazze che hanno iniziato a partorire in età pediatrica;
- il 54% di tutti i parti successivi al primo, da madri adolescenti, sono parti "in rapida successione".

I progressi fatti registrare nell'innalzamento dell'età del primo parto non sono ancora sufficienti.

La raccolta dei dati in un lasso di 60 anni mostra che la percentuale di adolescenti primipare con meno di 18 anni è scesa dal 60% al 45%. La percentuale di partorienti in età pediatrica rispetto a tutte le nascite da adolescenti è scesa dal 68% al 50%. In entrambi i casi ciò corrisponde a una diminuzione di appena 3 punti percentuale ogni 10 anni, diminuzione che negli ultimi due decenni ha conosciuto un'accelerazione. Ma a questo ritmo occorrerebbero 160 anni per mettere fine alla maternità in età pediatrica. Quanto alle nascite in rapida successione, il calo è ancora più limitato: un solo punto percentuale ogni 10 anni, nel corso degli ultimi sessanta anni. In tutte le regioni del mondo una percentuale significativa di donne inizia la propria vita riproduttiva quando è ancora adolescente (Figura 3).

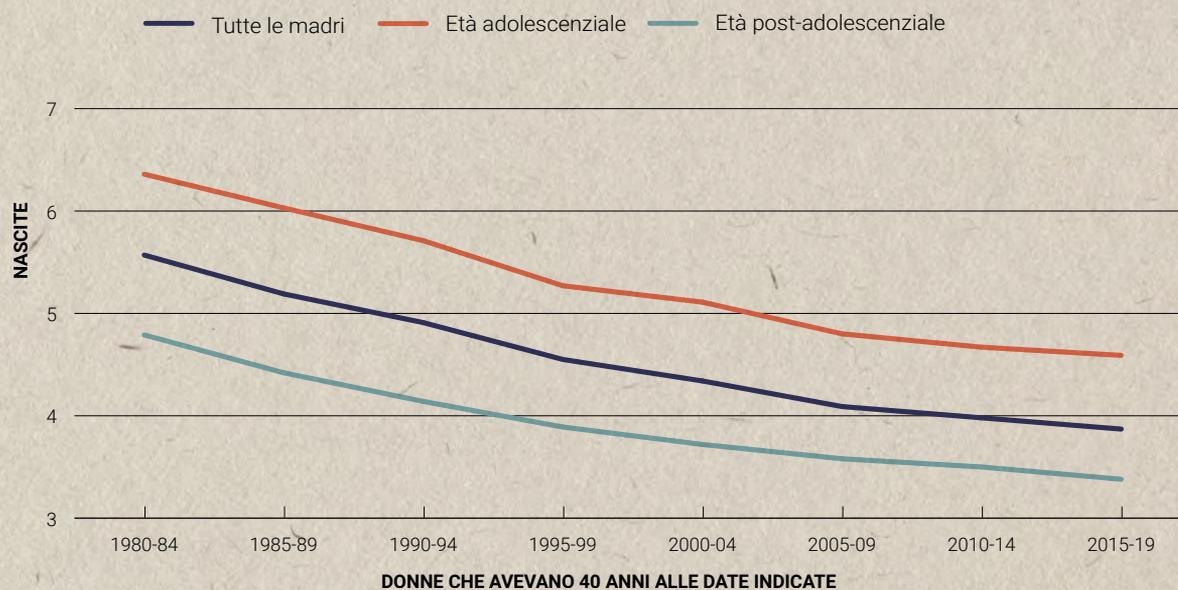
Le donne che hanno partorito per la prima volta quand'erano adolescenti finiscono per avere in media quasi due figli in più rispetto

FIGURA 3 Percentuale di donne che iniziano a partorire da adolescenti, per regione SDG, esclusi Cina e paesi ad alto reddito



Fonte: UNFPA, 2022.

FIGURA 4 Fertilità completa, per età del primo parto, media globale. Esclusi Cina e paesi ad alto reddito



Fonte: UNFPA, 2022.

alle donne che partoriscono per la prima volta dopo aver compiuto almeno 20 anni (Figura 4).

Il ruolo dei matrimoni precoci

In 54 dei paesi in via di sviluppo su cui disponiamo di dati, la maggioranza delle primipare con meno di 18 anni sono sposate o conviventi: lo dice un recentissimo studio di cui anticipiamo la pubblicazione, condotto dalla Divisione Popolazione delle Nazioni Unite (UN DESA, 2022). Nei paesi dell'Asia Centrale e Meridionale, dell'Africa Settentrionale e dell'Asia Occidentale si evidenziano in modo più consistente elevate percentuali di parti da ragazze coniugate.

Che relazione esiste tra i parti in età adolescenziale e il matrimonio? Spesso ci si aspetta che le giovani spose abbiano figli/figlie o dimostrino la loro fertilità fin dai primissimi tempi dopo le nozze: in questi casi la gravidanza interviene poco dopo il matrimonio.

Sono però noti molti casi in cui è la gravidanza il fattore che porta al matrimonio precoce, a causa di fattori culturali o di stereotipi di genere su prole e vincolo matrimoniale, sui rapporti prematrimoniali, sull'onore della famiglia e anche per l'indisponibilità di servizi per la salute, compresi quelli per abortire in sicurezza (Petroni et al., 2017). I dati statistici mostrano come molte primipare con meno di 18 anni partoriscono meno di sette mesi dopo il matrimonio o l'inizio della convivenza, il che suggerisce

che spesso il concepimento sia preconiugale, cioè preceda il matrimonio stesso (Figura 5).

In alcuni Stati – Bangladesh, Benin, Ciad, Comore, Filippine, Indonesia, Lesotho, Niger e Papua Nuova Guinea – oltre un quinto delle primipare con meno di 18 anni rientra in questa categoria. Sussistono comunque variazioni significative all'interno di una stessa regione o di uno stesso paese (cfr. la nota tecnica a pag. 142 per ulteriori informazioni).

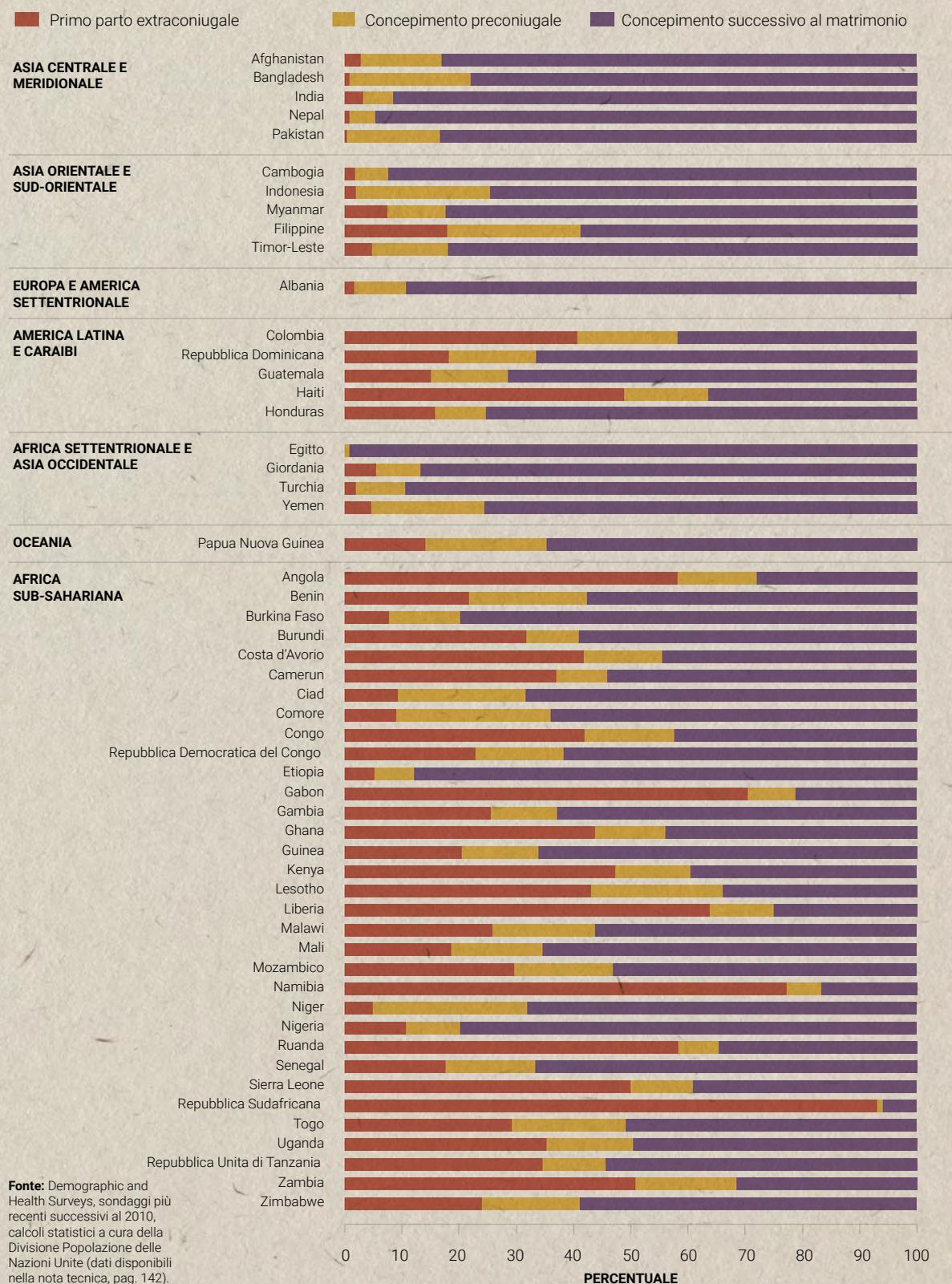
Alcune adolescenti contraggono un matrimonio ufficiale o avviano una convivenza informale nell'ambito di una strategia di emancipazione (Horii, 2021): queste ragazze non considerano "forzato" il loro matrimonio, bensì lo vedono come una soluzione al divieto di avere rapporti prematrimoniali o di instaurare una relazione sentimentale, o anche un modo per sfuggire a una situazione di violenza domestica. Tuttavia questi matrimoni, descritti come volontari dalle interessate, presentano molte delle stesse, dolorose conseguenze tipiche dei matrimoni forzati, compresa la transizione precoce e pericolosa verso ruoli e responsabilità da adulti, come è per esempio la maternità in età adolescenziale.

Donne e ragazze che si sposano da adolescenti tendono a presentare un minor livello di istruzione, di potere decisionale sulla gestione familiare ed economica e di libertà di movimento rispetto alle loro coetanee non sposate e alle donne più adulte. Tendono a vivere in isolamento e a non avere

le conoscenze e le capacità per negoziare situazioni che sono lesive per la loro salute e il loro benessere – comprese le decisioni su quanti figli/figlie avere e quando. Il divario di età tra i coniugi è tendenzialmente maggiore tra le donne che si sposano giovanissime, rispetto a quelle che arrivano più adulte al matrimonio (UN DESA, 2022; Haberland et al., 2004). Una precoce attività sessuale con partner più anziani è stata messa in relazione con cattivi rapporti tra i generi e esiti rovinosi per la salute (Ryan et al., 2008).

Per affrontare quelle condizioni di base occorre affrontare la disuguaglianza di genere fornendo a giovani e adolescenti istruzione, opportunità di occupazione e di partecipazione, alternative ai matrimoni e alle gravidanze precoci; garantire un'educazione sessuale completa; assicurare servizi per la salute sessuale e riproduttiva ed erogazione di metodi contraccettivi che siano adeguati e accoglienti per le/gli adolescenti; mettere famiglie e genitori in grado di impartire informazioni, di sostenere e di prendersi cura delle/degli adolescenti, per sostenere un atteggiamento sano rispetto ai rapporti sessuali e sentimentali (UNESCO et al., 2018); fissare a 18 anni l'età legale minima del matrimonio per ragazze e ragazzi, con o senza il consenso dei genitori; evitare di "criminalizzare le persone adolescenti o di età analoga che hanno un'attività sessuale palesemente consensuale e non improntata allo sfruttamento" (UN CRC, 2016).

FIGURA 5 Primipare con meno di 18 anni, per regioni SDG



Fonte: Demographic and Health Surveys, sondaggi più recenti successivi al 2010, calcoli statistici a cura della Divisione Popolazione delle Nazioni Unite (dati disponibili nella nota tecnica, pag. 142).

L'ILLUSIONE DELLA SCELTA: LA GRAVIDANZA NELLE ADOLESCENTI



Per Yajaira e per tante ragazze – soprattutto se emarginate da povertà, disoccupazione e opportunità formative – è quasi inevitabile incorrere in gravidanze e matrimoni precoci.
© UNFPA/Wilton Castillo

EL SALVADOR/FILIPPINE – Yajaira aveva solo 16 anni quando è rimasta incinta, è accaduto la prima volta che ha fatto l'amore con il suo ragazzo di 18 anni. Poco dopo si sono sposati. «È stato l'inizio di una nuova fase della mia vita» ricorda oggi. «È stato un brusco cambiamento, perché mi sono dovuta prendere la responsabilità di una gravidanza quando avevo appena finito il primo biennio delle superiori.»

È una situazione fin troppo comune in El Salvador, dove vive, in cui un quarto di tutte le gravidanze

si presenta in ragazze adolescenti (UNFPA El Salvador, 2021). È il sintomo di una complessiva mancanza di empowerment: le gravidanze adolescenziali e i matrimoni precoci sono collegati a cicli di violenza sessuale e domestica (UNFPA El Salvador, 2021), piaga già molto diffusa ancora prima di salire al 70% durante la pandemia da Covid-19 (IRC, 2020). L'educazione sessuale è stata aggiunta molto di recente ai programmi scolastici nazionali e l'aborto è rigorosamente vietato in qualsiasi circostanza,

senza eccezione, non è consentito neppure in caso di stupro, incesto o se sono in pericolo la vita della madre o del bambino/bambina.

Si potrebbe pensare, di conseguenza, che la maggior parte delle gravidanze adolescenziali siano indesiderate. In realtà, oltre la metà – il 58% – di tutte le gestanti adolescenti di El Salvador le hanno definite “desiderate”, e ben il 75% degli uomini coinvolti le considera intenzionali (Carter e Speizer).

Quando le chiediamo se è stata una sua scelta, quella di avere un figlio a 16 anni, Yajaira non risponde direttamente. Spiega di non aver ricevuto alcuna educazione sessuale, che rapporti sessuali e gravidanza le sono sembrati semplicemente un fatto che le è successo. Per lei come per tante altre giovani – soprattutto quelle emarginate da povertà, disoccupazione e opportunità formative – è quasi inevitabile incorrere in gravidanze e matrimoni precoci. Oltre un quarto delle ragazze salvadoregne si sposa o inizia a convivere prima di aver compiuto 18 anni (ECLAC, 2020).

Se quella di restare incinta non è stata una scelta meditata e consapevole, il matrimonio per Yajaira è stato un altro paio di maniche. «Mia madre non voleva che

mi sposassi» racconta «ma io non volevo replicare la mia situazione con mio figlio e crescerlo senza padre; perciò ho deciso di sposarmi e di andare a vivere con i genitori del mio ragazzo. È stato il periodo più difficile della mia vita. Mentre io andavo in Comune a sposarmi, le mie compagne erano a una festa per l'inizio del triennio... È stata una bella doccia fredda. Mi sono chiesta, "Che cavolo sto facendo?"»

Suo marito le aveva promesso che avrebbe continuato a studiare, ma la realtà è stata ben diversa. Oltre a prendersi cura del neonato e a contribuire alle spese facendo il formaggio che vendeva, il sabato frequentava una scuola nel capoluogo. Appena finite le lezioni correva a casa a preparare il pranzo al marito, una situazione che irritava la suocera. «Questa scemenza della scuola deve finire» ricorda di averle sentito dire Yajaira.

All'altro capo del mondo, a Maguindanao nelle Filippine, Rahmadina era la tipica studentessa delle scuole medie, fino a 14 anni quando si è innamorata del sedicenne Morsid, che ha sposato e da cui poco dopo ha avuto il primo figlio. Sono state decisioni sue, dice ora. Ma quello che è successo in seguito, non lo aveva previsto.

«Dopo il matrimonio sono comunque riuscita a finire il primo anno di liceo» dice Rahmadina, mentre culla il secondogenito nato da poco. Il suo desiderio di continuare a studiare si è scontrato con la dura realtà, quando il marito si è trasferito a Manila per lavorare, «mi ha detto di smettere, perché anche lui aveva interrotto gli studi.» Malgrado i problemi economici e le difficoltà che a volte

si trova ad affrontare avendo, lei così giovane, già due bambini, Rahmadina è felice di essere madre. A volte però, racconta, pensa alla vita che avrebbe potuto fare se avesse deciso diversamente.

Oggi le piacerebbe trovare lavoro all'estero «perché i miei figli possano avere tutto quello di cui hanno bisogno» spiega. «Ma mio marito non me lo permette. Dice che non posso e che se mai andassi all'estero, lui mi lascerebbe. E così sto zitta; non progetto più di andare da nessuna parte.»

Anche Yajaira si è sentita bloccata. Anche se ha deciso lei di sposarsi, nella sua vita ci sono stati altri fatti che non ha potuto controllare. Suo marito la tradiva e le infliggeva violenze psicologiche. Quando Yajaira ha deciso di andarsene, lui e i suoi genitori si sono serviti del figlio come arma di ricatto: «Mi hanno chiesto di andarmene ma senza mio figlio, non potevo portarlo con me.» Infine, dopo cinque anni di matrimonio, ha raggiunto il punto di rottura. È tornata a casa della madre portando con sé il bambino. «Non avevo nessuna intenzione di lasciarlo da loro. Nessuno mi avrebbe portato via mio figlio.»

Decisa a prendere una strada diversa, ha completato gli studi e si è arruolata nella polizia, dove si occupa di sostegno alle vittime di violenze di genere. Ha avuto un'altra gravidanza non intenzionale – quella volta usava i contraccettivi, ma non sono serviti. Quando ha detto al suo compagno di essere incinta, quello ha cambiato città.

Oggi, a 34 anni, Yajaira manifesta sicurezza. È felice del suo lavoro, orgogliosa dei suoi figli di 6 e 17



Rahmadina Talusan Malang, 18 anni, due figli.
© UNFPA/Rosa May DeGuzman

anni, emozionata per il diploma in scienze sociali che sta per conseguire. Cerca di educare i suoi figli a diventare uomini responsabili, che rifiutino le norme improntate alla disuguaglianza di genere e che sappiano parlare apertamente di temi come quello della contraccezione. «Molte madri non osano aprirsi e parlare di queste cose con i figli. Invece bisogna parlarne, aiutarli a essere sicuri delle loro convinzioni.»

Anche Rahmadina sta cercando di prendere decisioni che le assicurino un futuro. Si è informata sulle opzioni contraccettive disponibili e sta per ricevere la sua prima iniezione contraccettiva. Desidera che anche sua figlia abbia maggiori possibilità di scelta. «Voglio che completi gli studi, non che finisca come me, e che prima di sposarsi abbia raggiunto i suoi obiettivi», dice.



*Ogni donna è a rischio.
L'erosione dell'agency
porta a gravidanze
indesiderate*

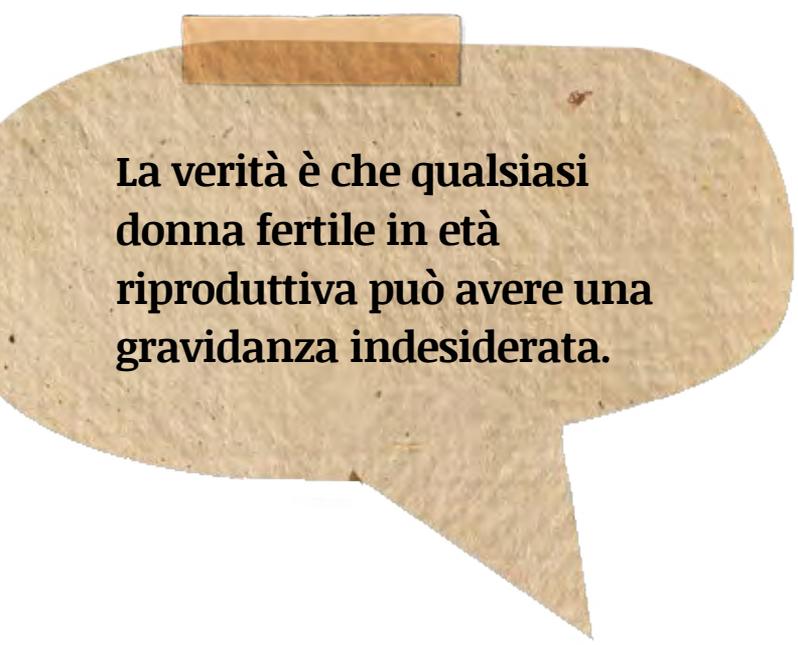


Le gravidanze indesiderate riguardano donne e ragazze (ma anche persone transgender e non binarie) di ogni cultura, condizione economica, appartenenza religiosa e stato civile. In molte società e in paesi diversi la gravidanza di una donna o ragazza non sposata suscita riprovazione. D'altra parte spesso si dà per scontato che le donne sposate siano, in qualsiasi momento della vita, disponibili alla prospettiva di una gravidanza o comunque ad accettarla: i suoi desideri e le sue scelte sono di fatto ignorati. In questa prospettiva, l'idea stessa di gravidanza indesiderata in una donna sposata è inconcepibile.

La verità è che questo può capitare a qualsiasi donna fertile in età riproduttiva.

Tutti i contraccettivi possono avere un margine di errore e ovunque ci sono ostacoli nell'accesso alla contraccezione (approfonditi nel Capitolo 4), quali violenze sessuali, coercizione nelle questioni riproduttive: il 23% circa di tutte le donne, nei paesi che hanno fornito dati, riferiscono di non poter rifiutare un rapporto sessuale (dati SDG). Nell'insieme i fatti mostrano che per quasi tutte le donne e ragazze fertili, in età riproduttiva, c'è una possibilità di restare incinte senza averlo pianificato, desiderato o avervi acconsentito.

Ci sono però numerosi fattori che si associano a una vulnerabilità maggiore. Non si tratta di aspetti personali ma di circostanze sociali e demografiche, come evidenziato nel capitolo precedente. Più che fattori *propulsivi* delle gravidanze indesiderate, ovvero che spingono direttamente donne e ragazze verso l'inesorabile esito di una gravidanza, è più opportuno descriverli come condizioni che *riducono* l'agency. Questo capitolo esamina il modo in cui tali circostanze incidono, sulle capacità decisionali di donne e ragazze che restano incinte senza averlo desiderato.



La verità è che qualsiasi donna fertile in età riproduttiva può avere una gravidanza indesiderata.

Fattori che favoriscono o minano la libertà di scelta

Povertà e disparità di reddito indeboliscono l'agency delle donne

Il rapporto tra povertà e gravidanze indesiderate è dato spesso per scontato, ma non è sempre chiaro e diretto. Il modo in cui una donna considera la propria gravidanza intenzionale assume sfumature diverse a seconda del contesto e delle circostanze. Le donne povere, con meno opportunità, possono ritenerla un fatto inevitabile o vivere in una situazione economica tale per cui la famiglia numerosa è un vantaggio.

Le ricerche sui paesi in via di sviluppo evidenziano che le donne nelle fasce di reddito familiare più basse presentano tassi maggiori rispetto a quelle nelle fasce superiori (Sarder et al., 2021; Bain et al., 2020; Ameyaw et al., 2019).

Da una panoramica generale dei dati DHS rilevati in 29 paesi dell'Africa sub-sahariana nel periodo 2010-16 (Ameyaw et al., 2019), le ricerche hanno evidenziato che la percentuale di gravidanze ritenute indesiderate era più elevata tra le donne povere. Analoghe osservazioni si incontrano in altri studi sugli Stati Uniti (Finer and Zolna, 2016).

Una spiegazione di questo rapporto si può trovare nel fatto che le donne più povere spesso non possono permettersi contraccettivi moderni (Garraza et al., 2020). Il loro livello di istruzione è inoltre molto più basso rispetto alle loro pari più abbienti, di conseguenza sono poco informate in materia di contraccezione. Ancora, hanno maggiori probabilità di vivere in contesti rurali o in aree urbane poco servite, con conseguente maggiore difficoltà di accedere ai servizi.

Armonia di coppia

Dai dati DHS rilevati in 18 paesi dell'Africa sub-sahariana, tra la metà degli anni Novanta e la metà dei Duemila, emerge che gli uomini esprimono, nella stragrande maggioranza, il desiderio di avere più figli rispetto alle donne (Westhoff, 2010). Una ricerca recente, condotta nel 2019 in quattro paesi della stessa regione, ha nuovamente evidenziato come il numero ideale di figli, secondo gli uomini, sia quasi sempre maggiore di quello dichiarato dalle donne (Atake e Ali, 2019).

Risulta quindi essenziale che le coppie possano parlare apertamente delle loro preferenze sulla fertilità e arrivare a un compromesso soddisfacente che rispetti l'autonomia e l'agency di entrambi. Al contrario, purtroppo, i fatti dimostrano che molte donne non hanno la possibilità di decidere su tale aspetto cruciale: i dati più recenti evidenziano come in 64 paesi oltre l'8% delle donne non abbia il potere di decidere sulla contraccezione e quasi un quarto di tutte le donne non possa rifiutare un rapporto sessuale (United Nations, 2022). Molte ricorrono di nascosto a qualche forma di contraccezione, cercando di conservare autonomia quando le loro scelte riproduttive non vengono rispettate.

I ricercatori di Avenir Health hanno creato un indice dell'armonia di coppia (Couples' Concordance Index, CCI) che misura non solo la concordia sulle dimensioni della famiglia ma anche gli equilibri o squilibri di potere all'interno della relazione, fattore di cui è nota l'incidenza sulle scelte nell'ambito della fertilità. I fattori considerati sono, per esempio, i livelli di istruzione e la differenza di età dei partner, oltre alle norme di genere. A valori CCI più alti corrisponde un maggior livello di concordia e di decisioni prese in comune. La ricerca mostra che maggiori valori di CCI hanno uno stretto rapporto con una maggiore prevalenza del ricorso a contraccettivi moderni. È rivelatore il fatto che nessun paese studiato superasse una prevalenza del 55% nell'uso di contraccettivi moderni se non presentava anche un punteggio CCI relativamente alto (Bietsch and Emmart, 2022). L'ipotesi è che nelle coppie in grado di pianificare congiuntamente il futuro riproduttivo, in condizioni di uguaglianza di genere, le donne abbiano più potere e autonomia per ricorrere a metodi di contraccezione moderni.

È opportuno osservare inoltre che gli uomini dispongono di un solo metodo tradizionale di contraccezione (il coitus interruptus) e di due metodi moderni (i preservativi e la sterilizzazione): di questi però solo uno, la sterilizzazione, risponde alla definizione elaborata dall'OMS di metodo "estremamente efficace" in base all'uso comune. L'altra opzione moderna di cui gli uomini sono considerati i principali utilizzatori, il preservativo maschile, è considerato "moderatamente efficace" in base all'uso comune, per quanto è bene sottolineare che presenta importanti vantaggi, come la protezione dalle infezioni sessualmente trasmesse, compreso l'HIV (OMS, 2020c. Sulla contraccezione maschile cfr. l'articolo di pag. 70). Data l'esiguità delle opzioni contraccettive a disposizione degli uomini, è sulle donne che grava gran parte degli oneri della contraccezione – tra cui la spesa, il tempo perso per accedere ai servizi, gli effetti collaterali – nonostante le norme sociali improntate alla disparità di genere concedano loro pochissimo potere decisionale in materia di contraccezione e di rapporti sessuali. Per un elenco dei metodi a disposizione delle donne cfr. pag. 58.



© UNFPA/Fidel Évora

Non tutti gli studi comunque affermano una correlazione diretta o lineare tra ricchezza e gravidanze indesiderate (Habit et al., 2017), il che suggerisce che tale correlazione dipende dal contesto nazionale e che altri fattori legati alla povertà, come l'istruzione inadeguata, svolgono un ruolo cruciale.

Età e agency

Le adolescenti che vivono una gravidanza indesiderata spesso sono portate come esempio negativo per mostrare i pericoli dei rapporti prematrimoniali. Questo stereotipo ha portato, anche tra chi ha responsabilità politiche, a dare per scontato che il problema riguardi in larga



parte, se non principalmente, le ragazze molto giovani. I dati però compongono un quadro ben diverso.

Secondo uno studio recente condotto in sei paesi dell'Asia Meridionale – Afghanistan, Bangladesh, India, Maldive, Nepal e Pakistan – su gestanti sposate o che erano state sposate, il 90% di tutte le ragazze, nella fascia di età 15-19, hanno definito le loro gravidanze come desiderate – più di qualsiasi altro gruppo per fasce di età – rifiutando in apparenza l'assunto secondo cui il loro gruppo di età presenterebbe un gran numero di gravidanze indesiderate. Tuttavia, dopo aver verificato la presenza o meno di fattori di potenziale confusione (come la situazione di povertà e il livello di istruzione), è risultato

evidente che con ogni probabilità tali gravidanze erano non intenzionali (Sarder et al., 2021). Un'altra ricerca, condotta in 29 paesi dell'Africa sub-sahariana, che comprendeva *anche* donne che non erano mai state sposate, ha verificato che le adolescenti non sposate definivano indesiderate le loro gravidanze più spesso delle donne nubili di età più adulta. Ma tra tutte le donne e ragazze – comprese quindi quelle sposate, conviventi, divorziate o vedove – la percentuale dei casi riguardanti la fascia di età 15-19 anni era minore che negli altri gruppi. Tenendo conto di tutti i gruppi di età e di tutte le condizioni rispetto al matrimonio, nei paesi africani analizzati erano le donne *più adulte* ad avere maggior probabilità di incorrervi rispetto alle ragazze tra i 15 e i 19 anni (Ameyaw et al., 2019).

Non si possono trarre facili conclusioni dai dati, anche perché qualità e metodologie di raccolta sono diseguali. I tassi possono variare moltissimo, per esempio se gli studi prendono in esame tutte le donne come un'unica coorte o se considerano solo quelle sessualmente attive (Finer and Zolna, 2016; Finer, 2010). Inoltre molte giovani, soprattutto se già sposate, subiscono pressioni culturali che le spingono ad avere figli e a dimostrarsi fertili; e poiché molte giovani donne desiderano effettivamente avere figli, a volte danno la risposta che ritengono "corretta" quando il ricercatore dei DHS chiede loro se la loro prima gravidanza è stata voluta. Se l'intenzione fosse misurata con altri criteri – per esempio se si chiedesse alle ragazze se, al momento del concepimento, avrebbero preferito restare incinte o proseguire gli studi – l'incidenza di gravidanze indesiderate tra le adolescenti probabilmente risulterebbe diversa.

Un'altra spiegazione della divergenza nei risultati delle varie ricerche è che gruppi di età diverse

Molte adolescenti nei paesi a basso e medio reddito devono affrontare fattori di rischio particolarmente gravi.

hanno a che fare con vulnerabilità diverse. Molte adolescenti nei paesi a basso e medio reddito devono affrontare fattori di rischio particolarmente acuti (Neal et al., 2020). È risaputo, per esempio, quanto sia difficile per loro accedere a informazioni e servizi per la contraccezione (Smith, 2020; Un CRC, 2003) e il livello di soddisfazione delle loro esigenze contraccettive è il più basso tra tutte le fasce di età (Kantorová et al., 2021). Le ricerche dimostrano inoltre che altri fattori – personali, familiari e sociali – rendono alcune ragazze e adolescenti ancora più vulnerabili: tra gli altri, inadeguati livelli di istruzione, uso/abuso di sostanze, comportamento violento del partner (Chung et al., 2018).

Riconoscendo tali ulteriori vulnerabilità, le norme sui diritti umani raccomandano agli Stati di garantire servizi qualificati per la salute di persone adolescenti, che rispettino il loro diritto alla privacy e alla riservatezza, senza alcuna discriminazione (UN CRC, 2016). Questi servizi devono essere disponibili e accessibili senza richiedere necessariamente l'autorizzazione di genitori o tutori in base a leggi, regolamenti o usanze. In molte parti del mondo però questi diritti non sono rispettati, questo significa

che bisogna avere particolare attenzione se si vogliono ridurre i casi di gravidanze indesiderate tra le ragazze adolescenti e le giovani donne. È opportuno inoltre sottolineare che le gravidanze indesiderate impongono alle adolescenti un prezzo esorbitante (cfr. il Capitolo 5).

Naturalmente anche le donne all'altro estremo della vita riproduttiva possono trovarsi in questa situazione. I rischi per loro sono molto diversi, in quanto non sono necessariamente ostacoli nell'accesso ai servizi per la contraccezione o a scarse conoscenze sulla sessualità e sui contraccettivi, derivano piuttosto da errate ma diffuse nozioni sulla fase finale della capacità riproduttiva. Le informazioni su fertilità e menopausa dopo la mezza età sono spesso lacunose (Ilankoon et al., 2021; Im et al., 2010), se è vero che la fecondità diminuisce con gli anni, molte donne restano fertili anche nella fase di pre-menopausa. Ma la percezione di essere invecchiate e non più fertili, o meno

inclinati all'attività sessuale, spesso scoraggia l'uso di contraccettivi efficaci (Bakour et al., 2017; Wellings et al., 2013). Molte donne confondono l'irregolarità mestruale precedente la menopausa con l'infertilità e spesso gli operatori sanitari hanno scarsa familiarità con le esigenze di salute sessuale nelle donne adulte (Taylor and James, 2012). Di fatto la gravidanza può presentarsi, tra le donne di una certa età, in percentuali analoghe a quelle di donne più giovani (Chae et al., 2017; Baldwin and Jensen, 2013).

Le conseguenze sono diverse: c'è un rischio maggiore di complicazioni e di aborto spontaneo (Frederiksen et al., 2018). La probabilità che la loro istruzione sia interrotta da una gravidanza è ovviamente molto minore, ma rischiano di pagare un prezzo più alto nella partecipazione alla forza lavoro, negli investimenti sulla prole che già hanno, nell'attività assistenziale prestata ad altri membri della famiglia o a nipoti,

Il problema degli approcci basati solo sull'astinenza

L'astinenza dall'attività sessuale è considerata da molti un metodo "a prova di bomba" per controllare la fertilità. In realtà, ovviamente, non è sempre vero – per esempio in caso di stupro o di coercizione sessuale, pericoli che in determinati luoghi e circostanze – come le emergenze umanitarie – possono essere molto diffusi (cfr. pag. 54). Ma anche tra chi fosse al riparo da coercizioni o violenze, l'astinenza può essere inefficace se non viene praticata in modo affidabile. Per esempio, molte persone intervistate nei sondaggi DHS riferiscono di aver adottato l'astinenza periodica come metodo contraccettivo, ma circa il 40% riferisce di aver interrotto il metodo entro 12 mesi.

Più in generale, l'educazione alla "sola astinenza" è spesso promossa come mezzo per evitare i contatti sessuali tra persone giovani non sposate. Ma i programmi che la promuovono si sono dimostrati inefficaci nel procrastinare l'inizio dell'attività sessuale, nel ridurre la frequenza dei rapporti e anche nel ridurre il numero di partner sessuali. Per contro si rivelano invece efficaci quei programmi che uniscono raccomandazioni sul rinvio dell'attività sessuale a informazioni sull'uso dei contraccettivi.

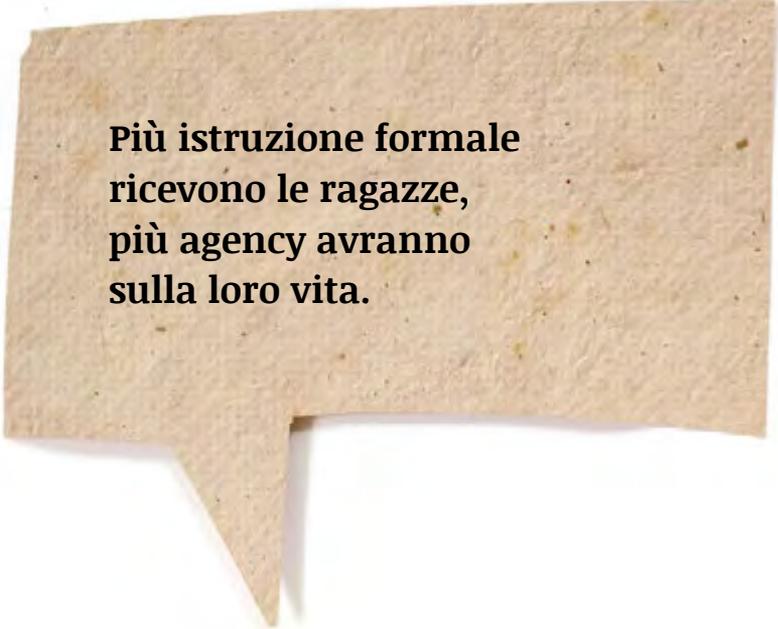
nei risparmi in vista del pensionamento o dell'assistenza per la loro stessa vecchiaia.

L'istruzione come fattore propulsivo per uguaglianza e libertà di scelta

Nell'Agenda 2030 istruzione e uguaglianza di genere sono riconosciuti come pilastri portanti dello sviluppo. Sappiamo che più le ragazze sono scolarizzate, più avranno l'agency per orientare il corso della loro vita. Avranno migliori strumenti per scegliere se, quando e con chi sposarsi e se, quando e quanti figli avere. Quando dovranno prendere queste decisioni potranno contare su un maggiore sostegno, ma non bisogna confondere le due cose: se l'istruzione effettivamente dà più consapevolezza sul corpo e sui diritti, non per questo devono farsi carico da sole di evitare una gravidanza indesiderata. Anche le comunità in cui vivono sono responsabili, perché quando una società attribuisce valore all'istruzione delle ragazze significa che implicitamente riconosce che abbiano da offrire di più che non esclusivamente riproduzione e maternità. In tal modo i risultati conseguiti dalle donne negli studi possono essere un riflesso e un vettore verso il superamento della disuguaglianza e degli stereotipi di genere.

Numerose ricerche evidenziano che più le donne sono istruite, meno corrono il rischio di una gravidanza indesiderata, rispetto alle loro pari con meno anni di frequenza scolastica. Lo confermano anche le ricerche condotte in Africa sub-sahariana, dove le donne che avevano un'istruzione primaria e secondaria avevano rispettivamente il 26% e il 29% di probabilità *in meno* di restare incinte senza averlo desiderato, rispetto alle donne non scolarizzate (Ameyaw et al., 2019). Questo vale anche nei paesi ad alto reddito come il Regno Unito (Wellings et al., 2013) e gli Stati Uniti (Finer and Zolna, 2016).

Anche i migliori risultati scolastici nei ragazzi sono collegati a un calo dei tassi di gravidanze indesiderate (Seifu et al., 2020). Significa che per una donna è meno facile concepire senza pianificazione se il partner è più istruito. Ciò riflette probabilmente, almeno in parte, il fatto che le donne che sposano uomini istruiti spesso lo sono a loro volta, ma indica anche che, grazie all'istruzione ricevuta, gli uomini diventano più



Più istruzione formale ricevono le ragazze, più agency avranno sulla loro vita.

consapevoli dei vantaggi di pianificare le nascite per il benessere di tutta la famiglia.

Il matrimonio non protegge dalle gravidanze indesiderate

Le preoccupazioni riguardanti le gravidanze indesiderate sono sempre state collegate allo stato civile della donna. La gravidanza fuori dal matrimonio è stata per secoli considerata scandalosa o disonorevole, norma che tuttora persiste in molte società e sistemi religiosi. Se il matrimonio non protegge direttamente dal problema, si potrebbe pensare che lo stigma



e le ripercussioni negative di gravidanze non intenzionali al di fuori del matrimonio abbiano un effetto deterrente. Eppure i dati non evidenziano alcuna associazione chiara tra stato civile e rischio di gravidanza indesiderata (Hall et al., 2016; Ikamari et al., 2013; Melian, 2013), anzi ci sono studi secondo cui le donne non sposate sono maggiormente a rischio, mentre altri sostengono il contrario (Ameyaw et al., 2019; Nyarko, 2019). Per esempio, una ricerca condotta in 29 paesi dell’Africa sub-sahariana ha registrato complessivamente una maggior *prevalenza* tra le donne non sposate rispetto a quelle sposate, ma dopo una verifica di altri fattori (come l’età) si è concluso che le donne sposate avevano una *probabilità* più alta di incorrervi (Ameyaw et al., 2019).

Si potrebbe anche ipotizzare che le donne sposate, per cui una gravidanza indesiderata tende a essere socialmente più accettabile, abbiano meno probabilità di un’interruzione

volontaria. Di nuovo, i dati a disposizione mostrano un quadro molto sfumato: secondo una ricerca del 2016 (Sedgh et al., 2016a), il tasso globale di abortività era più elevato tra le donne *sposate*, anche se si tratta di un dato estremamente variabile da regione a regione.

Dimensioni della famiglia e intenzionalità

Secondo molti studi le donne con più figli sembrano maggiormente inclini a incorrere in gravidanze indesiderate. Uno studio condotto tra donne con HIV in Uganda ha osservato che “un numero maggiore di gravidanze fa crescere la probabilità di altre gravidanze indesiderate” (Napyo et al., 2020). In sei paesi dell’Asia meridionale una media del 22,7% di tutte le donne con tre o più figli aveva avuto una gravidanza indesiderata, a fronte di appena il 5,5% delle donne senza figli (Sarder et al., 2021).

Esistono diverse possibili spiegazioni per questa associazione. Le ricerche presumono che le donne con più figli possano fare un uso scorretto della contraccezione, non ricorrano alla contraccezione d’emergenza se necessario, abbiano più effetti collaterali nell’uso dei contraccettivi, come sanguinamento eccessivo, o possano essersi trovate ad affrontare il rifiuto del partner o l’esaurimento delle scorte presso i servizi di erogazione a cui accedevano. Altre spiegazioni si concentrano sulle preferenze delle donne in merito alla loro fertilità: poiché le preferenze di fertilità delle donne con più empowerment – più istruite, con più potere decisionale, libere di esercitare maggior controllo sulle risorse domestiche (Atake et al., 2019) – tendono ad essere più basse, è possibile che donne con un minor livello di empowerment tendano non solo a preferire



Non solo eterosessuali: i pericoli i pericoli riguardano ogni genere e orientamento sessuale

Qualsiasi forma di emarginazione erode l'agency nelle persone che possono restare incinte. Si ritiene comunemente che il rischio di una gravidanza indesiderata riguardi solo le donne che hanno rapporti eterosessuali: le ricerche indicano invece che tale condizione si estende, forse con maggiore gravità, anche alle minoranze sessuali.



Secondo gli studi, l'assunto per cui le donne che appartengono a una minoranza sessuale – per esempio lesbiche o bisessuali – non sarebbero a rischio può in realtà contribuire ad aggravarne la vulnerabilità (Everett et al., 2017). Si tratta di donne che tendono a ricorrere meno spesso alla contraccezione e che rispetto alle donne eterosessuali presentano livelli inferiori di accesso all'assistenza per la salute riproduttiva, e sono oltretutto più esposte a stigmatizzazioni e giudizi sociali.

Una meta-analisi effettuata su ricerche condotte in molti paesi ha evidenziato che le adolescenti lesbiche e bisessuali rischiavano più delle loro pari eterosessuali di incorrere in una gravidanza (Hodson et al., 2016). Secondo un altro studio, le donne lesbiche riferivano di aver avuto anche partner sessuali maschili, le donne bisessuali riferivano di aver avuto, in media, più partner maschili delle eterosessuali (XU et al., 2010): un'osservazione piuttosto sorprendente che si spiega in parte con le pressioni sociali, le coercizioni e i tassi sensibilmente più elevati di violenze sessuali subite dalle minoranze (Rothman et al., 2011). I ricercatori riferiscono che di tutte le gravidanze riscontrate in un campione di persone che si definiscono transgender, non-binarie e gender-expansive, circa il 54% erano indesiderate, rispetto al 48% della popolazione generale (Moseson et al., 2021). Inoltre le minoranze sessuali subiscono spesso conseguenze correlate, come maggiore riprovazione, discriminazione e disforia, nonché delle difficoltà nel trovare personale sanitario preparato e senza pregiudizi (Everett et al., 2019; Müller et al., 2018).

famiglie più numerose ma anche ad avere meno agency sulla loro fertilità, il che spiegherebbe tali livelli più elevati.

Tuttavia il rapporto tra dimensioni della famiglia e volontà di gravidanza è tutt'altro che definito, con molti studi che evidenziano una correlazione, altri che non ne riscontrano nessuna (Napyo et al., 2020), altri ancora secondo cui le gravidanze indesiderate in realtà *diminuiscono* con l'aumentare del numero di figli/figlie (Ameyaw et al., 2019; Nyarko, 2019).

Anche studiare gli intervalli tra le nascite può far luce sul livello di agency esercitato dalle donne. Gravidanze indesiderate (Ahrens et al., 2018; Hall et al., 2016; White et al., 2015) e comportamenti violenti del partner (Maxwell et al., 2018) sono stati messi in rapporto con intervalli ridotti tra le nascite. I parti ravvicinati si associano a esiti avversi per la salute materna, perinatale e infantile (OMS, 2007), che evidenziano come le vulnerabilità si sommino e si aggravino per le donne con meno autonomia corporea e libertà di scelta.

L'occupazione supporta la libertà di scelta

Molti studi riscontrano un rapporto tra attività lavorativa retribuita e gravidanze indesiderate. In Etiopia il rischio per le donne disoccupate era maggiore di 6,8 volte rispetto, per esempio, alle donne impiegate nella pubblica amministrazione (Moges et al., 2020). Nell'Africa sub-sahariana in generale le donne che non lavorano presentano livelli più elevati rispetto alle donne occupate in quattro diverse categorie (manageriale, impiegatizio, commerciale, agricolo) (Ameyaw et al., 2019).

Un'osservazione chiave è che la partecipazione delle donne alla forza lavoro retribuita moltiplica la loro capacità di agency e di autonomia corporea. Disponendo di risorse economiche, accedono più facilmente ai contraccettivi affrontano la spesa relativa e godono di maggior potere decisionale in famiglia (Acharya et al., 2010). In termini di costi di opportunità, una gravidanza indesiderata è quindi molto più rischiosa per le donne che hanno accesso a un reddito: un lavoro remunerato costituisce un forte incentivo a evitarle (Ameyaw et al., 2019). Inoltre una maggior presenza di donne istruite nel mondo del lavoro è generalmente considerato un fattore propulsivo essenziale dello sviluppo ed

è in rapporto di interdipendenza reciproca con la loro libertà di scelta (cfr. il Capitolo 2).

Il divario rurale/urbano

Molte ricerche dimostrano che le donne che vivono in contesti rurali rischiano più delle donne in contesti urbani (in certi casi più del doppio) di incorrere in gravidanze indesiderate (Ameyaw et al., 2019). La spiegazione più semplice di tale differenza è che per le donne delle zone rurali è più difficile accedere agli strumenti di contraccezione moderna, cosa vera in molte circostanze (per un approfondimento, cfr. il Capitolo 4), ma non è una spiegazione esaustiva. Secondo diversi criteri di misurazione, le donne delle comunità rurali in generale affrontano molti ostacoli per affermare il proprio empowerment e autonomia. Per esempio in aree rurali di molti paesi in Asia (Acharya et al., 2010), America Latina (Chant, 2010) e Africa (Darteh et al., 2019) godono di livelli minori di autonomia soprattutto nelle decisioni sull'assistenza sanitaria, le scelte riguardanti la famiglia e l'uso dei contraccettivi. Norme sociali e di genere nelle campagne sono spesso conservatrici e patriarcali. I colloqui con le donne in aree rurali nella Repubblica Democratica del Congo hanno messo in luce che le norme socio-culturali e la scarsa comunicazione tra i coniugi scoraggiavano, per esempio, il ricorso alla contraccezione (Mbadu et al., 2017). Nei paesi in via di sviluppo, le donne rurali presentano inoltre maggiori percentuali di scarsa scolarizzazione e di povertà (Suttie, 2019; UN Women, 2012), fattori che come abbiamo visto sono correlati a maggiori tassi di gravidanze indesiderate.

Quando non c'è scelta

Se i fattori descritti svolgono un ruolo cruciale nel sostenere o limitare l'autonomia corporea di una donna o ragazza, sappiamo anche che molte

COERCIZIONE RIPRODUTTIVA (N)

COMPORIMENTI CHE INTERFERISCONO CON L'AUTONOMIA RIPRODUTTIVA DELLE DONNE, COME SABOTAGGIO DELLA CONTRACCEZIONE, FORATURA O RIMOZIONE DEL PRESERVATIVO, ABORTO FORZATO O, AL CONTRARIO, NEGATO SONO GENERALMENTE RICONOSCIUTI COME VIOLENZE. POSSONO ESSERE ESERCITATE DAL PARTNER MA COMMESSE ANCHE DA FAMILIARI O DA ALTRE PERSONE.

hanno poco potere decisionale, spesso nessuno, per quanto riguarda la gravidanza o l'attività sessuale che la precede. Queste donne e ragazze – e le persone di genere non conforme – vedono compromessa o negata in modo importante la loro autonomia corporea, con atti di violenza, coercizione o per circostanze che sfuggono totalmente al loro controllo.

Violenza e coercizione

La violenza, soprattutto la violenza sessuale, è una chiara e riconosciuta violazione dei diritti umani ed è strettamente correlata alle gravidanze indesiderate (Miller et al., 2010). La persona che subisce una violenza sessuale, che è anche il caso dei cosiddetti rapporti non desiderati o non consensuali, può concepire in conseguenza

di tali atti. La violenza in tutte le sue forme colpisce chi la subisce incidendo anche sulla facoltà di decidere in generale e sulla possibilità di esercitare i propri diritti in moltissimi modi, per esempio perché silenziosa, non consente di accedere ai servizi per la salute (compresi quelli per abortire in sicurezza), di richiedere e usare la contraccezione.

Decenni di ricerche hanno dimostrato che la violenza del partner e i comportamenti associati, come la coercizione riproduttiva, incidono pesantemente sulla salute sessuale delle donne, sull'uso libero della contraccezione e sulla prevalenza di gravidanze indesiderate (Skracic et al., 2021; Silverman et al., 2019; Raj et al., 2015; Miller et al., 2010a; Coker, 2007). Chi subisce

Controllo riproduttivo

La definizione "controllo riproduttivo" ricorre per la prima volta nella letteratura scientifica nel 2010, ma la sua pratica è antichissima (Miller et al., 2010a). Molto diverso dal concetto di "controllo delle nascite", che è sinonimo di pianificazione familiare, il controllo riproduttivo comprende quella gamma di comportamenti – come ricatti psicologici, violenze verbali, minacce e uso di violenza – che impedisce alle donne di esercitare il controllo sul proprio corpo e sulla propria fertilità. Può aggravarsi fino a diventare "coercizione riproduttiva" (Paterno et al., 2021; Tarzia and Hegarty, 2021; Boyce et al., 2020; Grace and Anderson, 2018) quando il partner o la famiglia interferiscono nelle scelte riproduttive di una donna, per esempio impedendole di interrompere una gravidanza se lo desidera, o al contrario costringendola ad abortire contro la sua volontà. Rientrano nella coercizione riproduttiva anche il sabotaggio dei contraccettivi, come bucare i preservativi, buttar via le pillole anticoncezionali, rimuovere forzatamente cerotti, anelli vaginali o dispositivi intrauterini (Rowlands and Walker, 2019), e lo "stealthing", quando il partner si sfilia il preservativo durante il rapporto mentre la donna aveva dato consenso solo a un rapporto protetto (Brodsky, 2017). Le donne che subiscono violenze dal partner hanno il doppio di probabilità che rifiuti anche il ricorso alla contraccezione (Silverman and Raj, 2014), inoltre rischiano un'escalation di violenza se cercano di convincerlo a farne uso (Thiel de Bocanegra et al., 2010).

VIOLENZA, COERCIZIONE, LIMITAZIONE DELL'AGENCY

FREETOWN, Sierra Leone – «Non ero pronta a restare incinta» racconta Mamusu, oggi diciottenne, all'operatrice UNFPA di Freetown, in Sierra Leone. «Ma quando ho iniziato a frequentare quest'uomo non c'era nessuno che si prendesse cura della mia istruzione, che mi assistesse quando avevo bisogno di cose per la scuola... Lui era l'unico ad aiutarmi.»

Mamusu descrive il padre del suo bambino come “il mio ragazzo”, “mio marito” e “l'uomo che mi ha

messo incinta” – segno che la loro relazione può essere descritta in molti modi, sicuramente non paritaria. Prima di tutto quando lo ha conosciuto Mamusu era ancora una bambina, alle soglie dell'adolescenza. Secondo, desiderava disperatamente frequentare la scuola, ma la povertà minacciava quell'esile fune cui aggrapparsi per un futuro migliore. «Ci chiedevano di comprare penne, libri, di provvedere a tutto, di fare i compiti e io non avevo un soldo...

Lui diceva che voleva essere il mio ragazzo, così gli ho raccontato i miei problemi.» L'aiuto è durato ben poco. «Quando mi sono accorta di essere incinta, a 14 anni, non è stato contento.»

Il suo non è un caso unico. Molte ragazze in Sierra Leone lottano per cavarsela in un labirinto di decisioni difficili. Il paese presenta uno dei tassi più elevati al mondo di gravidanze adolescenziali (UNFPA, s. d.) e di mortalità materna (UNFPA, s. d.). La violenza sessuale è fuori controllo (UNFPA Sierra Leone, s. d.) e spesso esercitata su minori, con gravissime conseguenze. Le ragazze più vulnerabili rischiano di essere aggredite o molestate da ragazzi e uomini molto più grandi ogni volta che escono per prendere l'acqua, per vendere qualche mercanzia e persino per andare a scuola. Quando acconsentono a un rapporto sessuale (che sia di natura romantica, commerciale o una via di mezzo) lo fanno quasi sempre da una posizione di svantaggio o come strategia di sopravvivenza. Ma se restano incinte troppo spesso vengono cacciate da casa e devono sbrigliarsi da sole.

«Le ragazze non restano incinte perché lo desiderano» dice Mangenda Kamara, co-fondatrice e direttrice di 2YoungLives, un progetto di sostegno



Mamusu è rimasta incinta del primo figlio quando aveva 14 anni. © UNFPA/Michael Duff

per ragazze incinte. «Ma la povertà estrema unita alla violenza e a vari livelli di coercizione, compresa la prostituzione, limita le loro possibilità di scelta.»

Pur godendo di scarsissima autonomia, le ragazze devono assumersi la responsabilità totale di queste situazioni, persino se sono conseguenze di uno stupro. «Se una donna viene violentata e resta incinta, le opzioni sono molto limitate» dice Fatmata Sorie, avvocatessa di Freetown e presidente di un'associazione di avvocate, la Legal Access through Women Yearning for Equality, Rights and Social Justice. «Non ci sono strutture che aiutino le vittime degli stupri» spiega. «Le centrali di polizia non hanno neanche i kit per eseguire i test, per dirne una.»

Spesso sulle ragazze viene scaricata la responsabilità dell'attività sessuale anche quando questa è l'esito di pressioni o coercizioni e ricevono pochissime informazioni sui loro diritti e su come funziona il loro corpo. Fino a poco tempo fa l'educazione sessuale nelle scuole era rarissima e quando una ragazza era visibilmente incinta spesso le veniva impedito di tornare a scuola (grazie alle pressioni del gruppo di Sorie e di UNFPA è stata varata una legge contro queste regole, ma la sua attuazione è agli inizi). Secondo FP2030, oltre l'86% delle ragazze nella fascia di età 15-19 non ha mai usato contraccettivi e il 21% ha avuto almeno un figlio prima di compiere 19 anni (FP2030, 2020; Stats SL and ICF, 2020). Per di più in Sierra Leone l'aborto è un reato penalmente perseguibile. Quando

viene praticato, spiega Fatmata Sorie, «lo si fa in circostanze poco sicure e poco professionali». Tutti insieme, i fattori elencati si rivelano fatali. «Dalle indagini statistiche che abbiamo condotto prima della quarantena è risultato un tasso di mortalità materna di 1 su 10 nelle ragazze sotto i 18 anni [a East Freetown]» dice Lucy November, ostetrica e ricercatrice del King's College di Londra (November and Sandall, 2018). Proprio in seguito alla ricerca, condotta insieme a Mangenda Kamara, è stata fondata 2YoungLives.

Le ragazze incinte vengono spesso disconosciute dalla famiglia e abbandonate a loro stesse. È quanto accaduto a Dankay, oggi diciottenne, avvicinata da un uomo adulto che l'aveva aiutata: «Quando ho accettato le sue proposte, era lui che mi aiutava, poco alla volta. Ma quando sono rimasta incinta ha negato ogni responsabilità e ha iniziato a evitarmi. Così mia zia mi ha cacciato da casa, dicendo che era una vergogna restare incinte senza un padre disposto a riconoscere il figlio/figlia.» Dankay andò a stare da un'amica, ma spesso non aveva da mangiare e dormiva al freddo, per terra, sotto un portico.

«Sono stigmatizzate dalla comunità, dalla scuola e dagli ospedali... Da tutti» spiega Kamara. A volte «se non c'è nessuno che le aiuti, almeno con qualche forma di sostegno o di consigli, finiscono per perdere il bambino, a volte per morire entrambi.»

Ma questo è un posto in cui anche un piccolo aiuto può fare



Dankay, 18 anni: quando è rimasta incinta ha fatto di tutto per convincere il partner a riconoscere la paternità, ma lui ha rifiutato. © UNFPA/Michael Duff

molto, aggiunge. Mentoring, sostegno sociale, assistenza per l'infanzia, informazioni pratiche, un po' di gentilezza: tutte cose che fanno un'enorme differenza. Grazie a 2YoungLives, Mamusu ha messo su una piccola attività e si è dimostrata un'ottima studentessa. Si sta impegnando a ottenere il massimo, non solo per sé stessa e per suo figlio ma anche per la comunità. «Dopo gli esami e il diploma voglio diventare infermiera» dice. «Perché quando vado in ospedale vedo come si prendono cura delle persone.»

Anche Dankay sta riuscendo, con un po' di aiuto, a conciliare scuola e maternità. La loro resilienza e determinazione nel creare una vita migliore anche per i figli sono un esempio che le autorità farebbero bene a seguire. Hanno un potenziale da esaltare e da non disperdere, loro ne sono consapevoli.

«Essere madre a questa età non è facile» dice Mamusu, «ma mi aiuterà a diventare più forte.»

violenze ha maggiori probabilità di avere partner che hanno rapporti fuori dalla coppia e che non usano il preservativo (Silverman and Raj, 2014). Secondo alcune ricerche, le donne che subiscono violenze dal partner hanno il doppio di probabilità che questo rifiuti l'uso della contraccezione e anche di concepire senza averlo desiderato, rispetto alle donne in una relazione non violenta (Silverman and Raj, 2014). Questi studi riguardano paesi diversi tra loro come il Bangladesh (Silverman et al., 2007) e la Nuova Zelanda (Fanslow et al., 2008).

Chi subisce violenze ha anche maggiori probabilità di ricorrere ai contraccettivi di nascosto (Silverman et al., 2020; McCarragher et al., 2006), il che fa presumere che molti partner violenti disapprovino o cerchino di minare l'autonomia riproduttiva delle donne. Una meta-analisi condotta su sette

ricerche che coinvolgevano 15.000 partecipanti da 5 diversi paesi (Maxwell et al., 2015) ha rilevato che nel complesso “le probabilità che le donne con esperienze [di violenza da parte del loro partner] riferissero di usare contraccettivi erano inferiori del 53% rispetto alle donne che non avevano vissuto forme [di violenza dal partner]”. Un altro studio sulle donne sposate in Nigeria ha fatto emergere come le donne che avevano subito violenze dal partner avevano 1,28 più probabilità di interrompere l'uso dei contraccettivi rispetto a quelle che non erano state esposte a violenze (Kupoluyi, 2020).

Anche altre forme di violenze comportano pesanti conseguenze per la agency riproduttiva di donne e ragazze. Uno studio condotto negli Stati Uniti nel 1999 ha mostrato che le gravidanze indesiderate erano in strettissima relazione con esperienze di

Leggi, standard ed esperienza vissuta

Esistono moltissime leggi e altri strumenti per i diritti umani che, nel loro insieme, rappresentano un accordo quasi globale sul fatto che le violenze subite dal partner sessuale siano violazioni dei diritti umani. Il diritto a essere libere da questo genere di violenza è stato ribadito con chiarezza da decenni, in particolare dal Comitato delle Nazioni Unite per l'Eliminazione della discriminazione contro le donne (CEDAW) e dal Comitato delle Nazioni Unite per i Diritti economici, sociali e culturali (CESCR) (UN CESCR 2016; UN CEDAW, 2017). Anche grazie alla consapevolezza che una gravidanza può derivare dall'uso di forza e coercizione, l'aborto è legale nella grande maggioranza degli Stati (Allotey et al., 2021) ed è considerato un diritto umano da molti organi dei trattati sui diritti umani e da vari trattati regionali (Fine et al., 2017).

Il dovere dei governi di esercitare l'opportuna vigilanza per prevenire, indagare, perseguire e punire gli atti di violenza è ampiamente stabilito nei documenti, nei trattati regionali e nelle leggi nazionali in materia di diritti umani (UN CEDAW, 2017). Inoltre la gravidanza forzata o “obbligata” è considerata, in diverse circostanze, un crimine contro l'umanità e un crimine di guerra (UN General Assembly, 1998; ICRC, 1977). Eppure, nonostante la larghissima approvazione in tutto il mondo di questi strumenti e norme legali, violenze sessuali e coercizioni restano molto diffuse ovunque e i colpevoli continuano a restare impuniti.

violenza fisica o psicologica subita nella famiglia in cui le ragazze erano cresciute. È una potente dimostrazione delle conseguenze a lungo termine dell'essere private di ogni empowerment e indica che l'impatto psicologico di questa privazione può essere un fattore determinante delle gravidanze indesiderate (Dietz et al., 1999).

Quante volte violenze sessuali e rapporti sessuali coercitivi danno luogo a una gravidanza? Troppe, dicono i dati. Le indagini condotte in Haiti, Malawi, Nigeria, Uganda e Zambia hanno stimato l'incidenza delle gravidanze in seguito a violenze sessuali tra ragazze e giovani donne nella fascia di età 13-21. Di tutte le intervistate, una percentuale compresa tra il 10,4% e il 18% le aveva subite dal partner, ex partner o da un familiare, un conoscente o uno sconosciuto (Statmatakis et al., 2020). Tra le adolescenti che avevano subito uno stupro, la percentuale che ha riferito di essere rimasta incinta in seguito alla violenza andava dal 13,2% in Nigeria al 36,6% in Malawi. Lo studio concludeva che in alcuni casi oltre un terzo delle persone che si erano dichiarate oggetto di violenza riferivano che la gravidanza derivava dalla loro prima esperienza sessuale violenta, o dall'esperienza più recente di tale genere. Altre ricerche precedenti avevano studiato l'incidenza delle gravidanze correlate a stupri, osservando che si verificavano in una percentuale analoga o superiore (Gottschall e Gottschall, 2003; Wilcox et al., 2001) rispetto alle gravidanze conseguenti a rapporti consensuali.

In verità la violenza continua a essere, più di quanto si potrebbe pensare, largamente accettata a livello sociale. Se tale accettazione, da parte di donne e uomini, ha conosciuto un calo significativo nel primo decennio del XXI secolo (Pierotti, 2013), il ritmo del cambiamento di tali atteggiamenti è disuguale e molti studi

Una ricerca condotta in 19 paesi sulle violenze sessuali su persone rifugiate o sfollate interne ha stimato la prevalenza delle violenze sessuali intorno al 21,4 per cento.

evidenziano che in alcuni posti una forte percentuale di donne è tuttora convinta che la violenza sia giustificata quando una donna rifiuta un rapporto (Banca Mondiale, 2021).

La violenza non è però il solo modo in cui si negano autonomia corporea e capacità decisionale nel caso di una gravidanza indesiderata. La coercizione – intesa come uso di forza, minacce, pressioni e/o intimidazioni oltre che come assenza di consenso – può avvenire e spesso accade senza violenze fisiche, e sminuisce seriamente la capacità della persona di far valere il proprio volere e le proprie scelte. Le donne spesso cedono potere decisionale sottomettendosi al partner nei rapporti sessuali e in caso di gravidanza per paura di subire violenze o perché la violenza è accettata dalla società in cui vivono.

Quando una gravidanza è conseguenza di stupri o coercizioni sessuali, le conseguenze negative e le violazioni dei diritti si moltiplicano. Violenze e coercizioni sessuali sono violazioni dei diritti umani e l'atto di forzare una persona a concepire e costringerla a portare avanti la gravidanza o a sottoporsi ad aborto contro la sua volontà (tutte forme di coercizione riproduttiva) sono forme

SE IL CONTRACCETTIVO TRADISCE

UNFPA — I contraccettivi hanno cambiato la storia: da alcuni decenni i metodi moderni hanno rafforzato l'agency delle donne nella vita riproduttiva e hanno aiutato i paesi a raggiungere gli obiettivi di sviluppo. Ma non sempre funzionano.

In seguito a gravissime complicazioni del travaglio in cui ha rischiato di morire a 24 anni, Mukul, in India, ha scelto di usare un dispositivo intra-uterino. Ma meno di un anno dopo ha scoperto, scioccata, di essere di nuovo incinta e già di cinque mesi, troppo tardi per pensare di abortire. Ha avuto un'altra figlia.

«L'abbiamo accolta con gioia e le abbiamo cresciute entrambe» dice Mukul. «Alla fine è andato tutto bene, è amata da tutti, famiglia e amici.»

Mukul non aveva motivo di temere di restare incinta. Il dispositivo, un metodo ad azione prolungata, è considerato una delle forme di contraccezione più sicure. Nessun contraccettivo è infallibile: né quelli orali né gli impianti o gli iniettabili e nemmeno le vasectomie. Se usati in modo continuativo e corretto,

hanno tutti un margine di errore inferiore l'1%, a volte anche meno. Nel Regno Unito per esempio, un aborto su quattro, è attribuito a un errore nella contraccezione ormonale (BBC, 2017), cifra quasi raddoppiata se si comprendono altri metodi come i preservativi, il diaframma e il coito interrotto.

«Mi sono resa conto che il contraccettivo non aveva funzionato quando le analisi mi hanno detto che ero incinta di sei mesi. Ero sotto shock, ho pensato: "Com'è possibile?"»

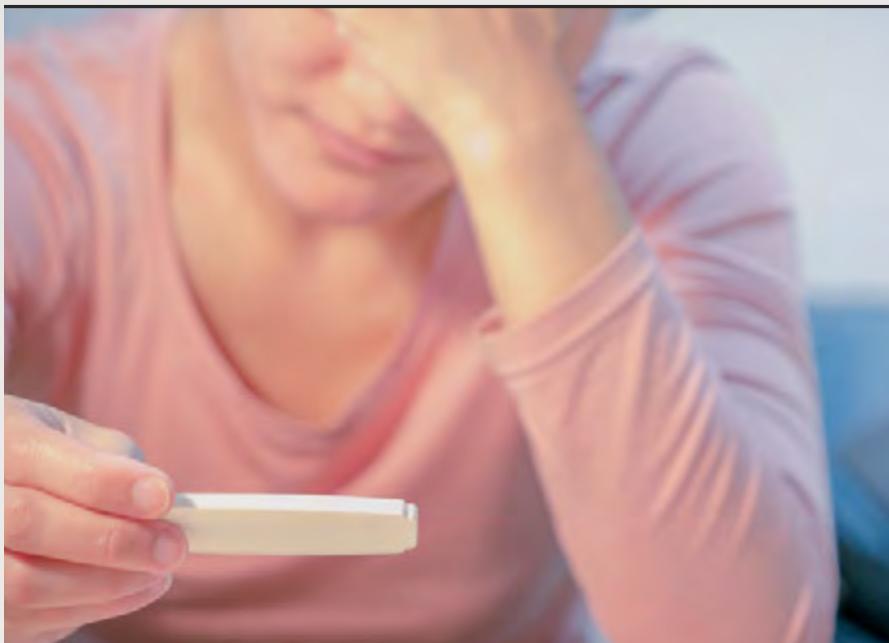
Parecchi anni dopo, sempre usando contraccettivi, Mukul si è ritrovata di nuovo incinta. Era sicura di non volere un altro figlio, anche se il padre le faceva pressioni perché tentasse di avere un maschio (nonostante i successi professionali di Mukul, una studiosa rispettata, la sua famiglia continuava ad avere una forte preferenza per i maschi): «Ho deciso di abortire per senso di responsabilità verso le mie bambine, che sarebbero passate in

secondo piano con la nascita di un terzo figlio» dice. «Su questo non ho rimpianti.»

Dalila*, di una zona rurale del Salvador, ha avuto un'esperienza molto simile. Subito dopo il matrimonio, lei e il marito hanno ricevuto la visita di un consulente per la pianificazione familiare. Lei ha rimandato il momento di ricorrere alla contraccezione. «Volevo un bambino» spiega. «Poi è arrivata mia figlia e io ero felice così.»

Come Mukul, anche Dalila ha iniziato a usare i contraccettivi dopo il primo parto. E come Mukul, ha scoperto di essere incinta quando la gravidanza era già molto avanzata. «Ho capito che non avevano funzionato quando ho fatto un esame e mi hanno detto che ero di sei mesi. Ero sotto shock, ho pensato: com'è possibile?»

La dottoressa Ayse Akin, che esercita in Turchia, non si stupisce di queste storie. Occupandosi da circa cinquant'anni di salute pubblica e riproduttiva, ha osservato



Nessun contraccettivo è infallibile.

© Shutterstock

diverse gravidanze, in persone che usavano dispositivi intrauterini o altri metodi. «A volte non si accorgono della gravidanza se non quando sono molto avanti, perché non se lo aspettano».

L'inefficacia di un metodo contraccettivo non pesa su tutte le donne allo stesso modo – né con la stessa frequenza. Uno studio del 2019 ha scoperto che con alcuni metodi la percentuale di errore nelle persone più giovani è maggiore anche del 10% rispetto alle più adulte (Bradley et al., 2019). Le spiegazioni possibili sono diverse: le ragazze sono probabilmente più fertili o hanno una vita sessuale più attiva, meno esperienza nell'uso dei contraccettivi, più difficoltà nell'accedere alle informazioni sui

contraccettivi più adatti. Anche le donne più povere riscontrano una percentuale significativamente superiore di fallimenti. Queste rilevazioni indicano che le persone con meno strumenti per affrontare una gravidanza indesiderata – le più giovani e le più povere – sono anche quelle con più probabilità di incorrervi, anche quando fanno del loro meglio per evitarlo.

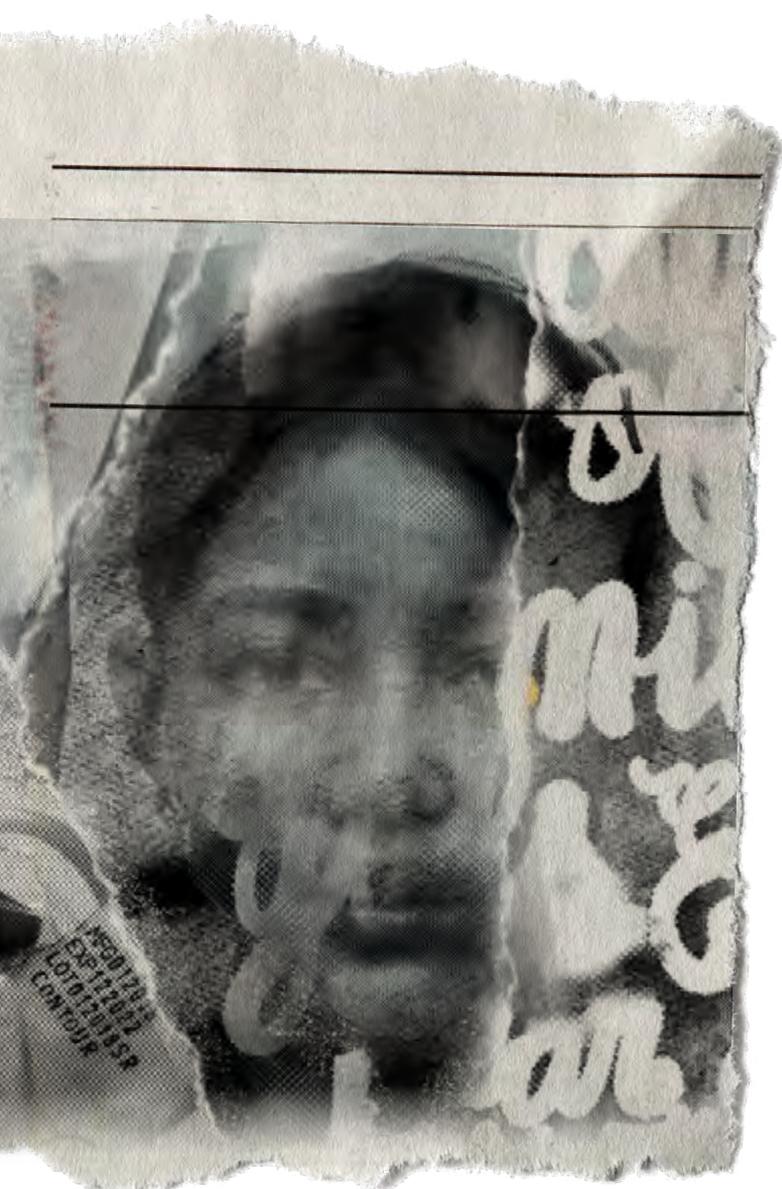
Le conseguenze, spiega la dottoressa Akin, a volte sono molto gravi. Ha aiutato tante pazienti arrivate da lei dopo essersi sottoposte a un aborto clandestino, in preda a emorragie, anemie o infezioni; molte hanno riportato conseguenze permanenti, molte non sono sopravvissute. «Era terribile» racconta. C'è stato un mese in cui, di quattro

«A volte non si accorgono della gravidanza se non quando sono molto avanti, perché non se lo aspettano.»

donne ammesse dopo un aborto clandestino, «tre sono morte. Ne abbiamo salvata solo una.» La situazione è migliorata dopo il 1983, quando in Turchia è stato legalizzato l'aborto. Ma ancora oggi sono molti gli ospedali in cui non si pratica, spiega, molti medici non hanno il tempo o la voglia di fornire consulenze sulla contraccezione. Dalila e Mukul hanno continuato a usare contraccettivi anche dopo. Il marito di Mukul si è sottoposto a vasectomia, per far sì che la famiglia restasse delle dimensioni che volevano. Anche Dalila che racconta come, dopo la sorpresa, la seconda gravidanza l'abbia «riempita di gioia», ha deciso che la sua famiglia era completa con due figli.

Ora che sono adolescenti, Dalila raccomanda alle figlie di scegliere compagni pronti a sostenerle nei loro desideri, che siano disponibili alla pianificazione familiare. Si dice sicura che le ragazze saranno padrone del loro futuro: «Nessuno pretenderà che abbiano figli se non si sentono pronte a essere madri.»

**Nome di fantasia, per motivi di privacy.*



© UNFPA/Fidel Évora

di violenza e costituiscono violazioni dei diritti umani (Grace and Anderson, 2018; Miller and Silverman, 2010).

Le crisi umanitarie negano l'agency a ogni livello

Anche le emergenze umanitarie, comprese le catastrofi naturali e le calamità provocate dall'essere umano come i conflitti armati, negano a donne e ragazze l'esercizio effettivo dell'autonomia corporea. Le persone coinvolte nelle emergenze spesso non possono più accedere

ai servizi per la salute sessuale e riproduttiva, compresa la contraccezione, trovandosi esposte più del solito al pericolo di violenze sessuali (Heidari et al., 2019). Come ampiamente riconosciuto, il rischio di stupri aumenta in queste situazioni per il venir meno dei meccanismi di protezione. È difficile fare stime effettive, perché pochissimi casi vengono denunciati; tuttavia una ricerca sulle violenze sessuali tra persone rifugiate e sfollate, basata su 19 studi sul tema, ha valutato la prevalenza della violenza sessuale intorno al 21,4% (Vu et al., 2014).

La violenza sessuale è anche utilizzata come arma di guerra. Gli studi mostrano che non succede in tutti i conflitti, ma è fin troppo frequente (gli esempi riportati vanno dalle guerre nella ex Jugoslavia negli anni Novanta alle donne Yazide prese di mira dallo Stato Islamico di Iraq e Levante nell'ultimo decennio, fino alle violenze commesse da Boko Haram nella Nigeria settentrionale [Oladeji et al., 2021]. Il più recente rapporto del Segretario generale delle Nazioni Unite sulle violenze collegate ai conflitti evidenzia la ripetizione di schemi di stupro in situazioni di conflitto armato in Afghanistan, Colombia, Iraq, Libia, Mali, Myanmar, Repubblica Araba Siriana, Repubblica Centrafricana, Repubblica Democratica del Congo, Somalia, Sud Sudan, Sudan, e Yemen (United Nations, 2020).

I programmi umanitari devono sia proteggere le persone a rischio (compresi ragazzi e uomini) sia soddisfare le esigenze di salute sessuale e riproduttiva delle vittime, compresa la presa in carico clinica dei casi di stupro e la contraccezione d'emergenza (Austin et al., 2008). Nell'ultima revisione, il Manuale inter-agenzie per le missioni sul campo in tema di salute riproduttiva nelle emergenze umanitarie inserisce anche la prevenzione e il trattamento

delle gravidanze indesiderate – in cui è esplicitamente inclusa l'assistenza per l'aborto sicuro – nel pacchetto minimo iniziale di servizi per la salute riproduttiva e la violenza di genere (Heidari et al., 2019; Foster et al., 2017).

Fallimento dei metodi di contraccezione e uso irregolare scorretto

L'accesso ai contraccettivi non è la formula magica per la prevenzione. Anche se usati in modo corretto e continuativo, tutti i contraccettivi possono avere un margine di errore (i cosiddetti metodi tradizionali sono anche molto meno affidabili). Ciò significa che le gravidanze indesiderate non possono essere eliminate del tutto con i metodi oggi disponibili, e mai lo saranno.

Inoltre, come dimostrano i dati dei Centri per il controllo e la prevenzione delle malattie e la stessa Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'incidenza dei fallimenti è superiore osservando l'uso dei contraccettivi in condizioni reali – con un tasso di errore che raggiunge il 21 per cento nel caso dei preservativi femminili (cfr. pag. 58 per altre informazioni sulle percentuali di efficacia dei contraccettivi).

Il non funzionamento del metodo prescelto e l'uso del contraccettivo in situazioni reali sono citati dalle donne di tutto il mondo come una delle principali ragioni per cui si concepisce senza averlo voluto. Per esempio nel Regno Unito il Servizio di consulenza sulla gravidanza (British Pregnancy Advisory Service) che fornisce anche la possibilità di interruzione della stessa, riferisce che delle circa 60.000 donne che hanno abortito in uno dei loro

UNFPA e gravidanze indesiderate

Per prevenire una gravidanza non pianificata e il ricorso a un aborto clandestino, UNFPA lavora in più di 150 paesi per sostenere l'accesso a strutture e servizi completi per la salute sessuale e riproduttiva, con un approccio che comprende l'intero arco dell'esistenza nella consapevolezza che le persone hanno esigenze diverse, che cambiano negli anni e nei diversi stadi della vita.

Il Piano Strategico 2022-2025 di UNFPA esprime l'impegno a incrementare la distribuzione di informazioni e servizi completi e di qualità per la salute sessuale e riproduttiva, all'interno dei piani di copertura della salute universale.

Su richiesta dei singoli governi e nel pieno rispetto delle leggi di ciascuno Stato, in linea con le raccomandazioni dell'OMS e coerentemente con il paragrafo 8,25 del Programma d'Azione della ICPD, UNFPA sostiene i governi, altri partner operativi e gli attori coinvolti nell'impegno per garantire, tra l'altro, l'accesso a: educazione sessuale completa per le/i giovani compresa nei programmi scolastici ed extra-scolastici; servizi e strumenti qualificati per la contraccezione, anche rivolti alle/agli adolescenti; assistenza post-aborto; servizi di prevenzione e risposta contro la violenza di genere e contro pratiche dannose come il matrimonio precoce.

150 paesi

centri nel 2016, oltre la metà usava una forma di contraccezione. Come ha spiegato alla BBC il responsabile del servizio, “I nostri dati mostrano che le donne non riescono a controllare la fertilità con la sola contraccezione, nemmeno quando usano alcuni dei metodi più efficaci” (BBC, 2017).

Secondo un’altra ricerca, le gravidanze non pianificate di persone che fanno uso di metodi contraccettivi, rappresentano quasi la metà di tutte le gravidanze indesiderate e, in 9 casi su 10, sono attribuibili a un uso discontinuo o scorretto, mentre 1 solo caso su 10 va ricondotto al fallimento del metodo utilizzato nel modo ottimale (Frost and Darroch, 2008).

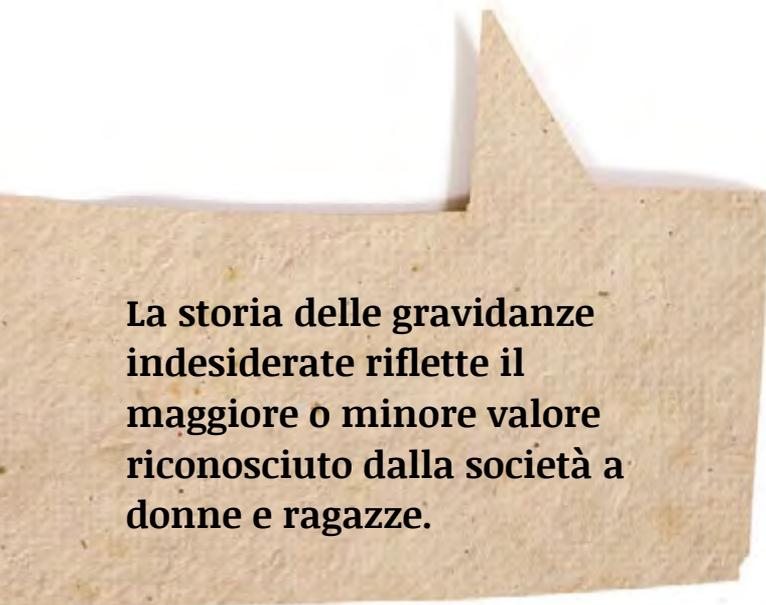
Altre forme di emarginazione

Altre forme di emarginazione, che possono aggiungersi o parzialmente sovrapporsi alle precedenti, indeboliscono ulteriormente l’agency e incrementano la vulnerabilità. Le lavoratrici sessuali per esempio incontrano ostacoli legali e sociali nell’uso dei contraccettivi, con conseguenza di gravidanze indesiderate (Faini et al., 2020; Ampt et al., 2018). Le persone con disabilità

sono a rischio alto di violenze sessuali (le donne con disabilità corrono un rischio anche 10 volte maggiore) e a volte subiscono un aborto forzato se restano incinte (UNFPA, 2018). Disuguaglianze dovute a razzializzazione e di altra natura aggravano la vulnerabilità delle persone coinvolte. Tutti questi fattori richiederebbero una analisi più dettagliata di quanto previsto in questa sede.

Puntare il dito sui dati, non contro le persone

Malgrado questi eventi siano spesso raccontati o compresi nel modo sbagliato (per esempio inquadrandoli come l’esito di un fuggevole momento di passione o di imprudenza), si tratta di un problema complesso che sfugge alle spiegazioni semplicistiche. Come evidenziano i dati presentati qui e nel Capitolo 2, il fenomeno è influenzato da un vasto insieme di forze politiche, economiche, socio-culturali e tecnologiche che finiscono per pesare a tutti i livelli su donne, ragazze e altre persone che hanno la possibilità di intraprendere una gravidanza. Un approccio olistico è fondamentale per la riduzione del numero di gravidanze indesiderate, anche per abbandonare gli atteggiamenti moralistici con cui si silenziano le persone interessate. La riprovazione sociale contro adolescenti e donne non sposate costituisce un ostacolo nell’accesso alla contraccezione. Per queste ultime, le frequenti pressioni perché abbiano figli si traducono, in caso di gravidanza indesiderata, in un’esperienza che non viene pienamente riconosciuta e analizzata. Anche le donne che potrebbero volere una gravidanza, che hanno però bisogno di tempo per definire un sentimento ambivalente, possono venire colpite da forme di stigmatizzazione.



La storia delle gravidanze indesiderate riflette il maggiore o minore valore riconosciuto dalla società a donne e ragazze.

In ultima analisi l'andamento del fenomeno riflette il maggiore o minore valore attribuito dalla società a donne e ragazze. Quando una società non assicura alle donne sufficiente empowerment affinché possano liberamente scegliere se restare o meno incinte, la società rende la maternità

inevitabile anziché una scelta. Al contrario, una società che mette donne e ragazze in grado di considerare la riproduzione una scelta, riconosce il valore umano intrinseco delle donne, che non è definito dalla maternità ma la comprende come possibilità.



Contraccettivi: efficacia, effetti indesiderati, benefici

I moderni metodi di contraccezione possono essere estremamente efficaci per prevenire gravidanze indesiderate, ma chi li usa può considerarne alcuni inadatti per diverse ragioni mediche, socio-economiche o di reperibilità. Le informazioni in tabella sono tratte dalle più recenti linee-guida dell'OMS (WHO, 2020c; WHO, 2018). Non devono essere usate per consulenze mediche o a scopo terapeutico; il personale sanitario deve fare riferimento alle fonti.

| Tipo di contraccettivo | Durata o tempo di utilizzo | Gravidanze su 100 donne all'anno con utilizzo continuato e corretto | Gravidanze su 100 donne all'anno secondo l'uso comune | Potenziali effetti indesiderati (elenco incompleto) | Potenziali benefici per la salute (elenco incompleto) |
|--|--|---|---|---|---|
| METODI INTRAUTERINI | | | | | |
| Levonorgestrel, dispositivo intrauterino (LNG-IUD) | 3-7 anni (a seconda del tipo) | 0.2-0.8 | 0.2-0.8 | Alterazioni del sanguinamento, acne, mal di testa, seno gonfio o dolente, nausea, aumento di peso, capogiri, umore instabile, cisti ovariche | Può proteggere da anemia e tumori dell'endometrio e della cervice, può ridurre crampi e sanguinamento e alleviare i sintomi dell'endometriosi |
| Dispositivo intrauterino a base di rame (IUD) | Fino a 10-12 anni (seguire le linee-guida nazionali) | 0.6 | 0.8 | Alterazioni del sanguinamento, crampi mestruali, soprattutto nei primi 3-6 mesi | Può proteggere dal tumore dell'endometrio |
| METODI ORMONALI | | | | | |
| Impianto | 3-5 anni (a seconda del tipo) | 0.1 | 0.1 | Alterazioni del sanguinamento, mal di testa, dolori addominali, acne (può migliorare o peggiorare), aumento di peso, seno gonfio, capogiri, umore instabile, nausea, altre rare complicanze | Può proteggere dai sintomi di infiammazioni pelviche e anemia |
| Progestina iniettabile (può essere DMPA, DMPA-SC o NET-EN) | Ogni 2 o 3 mesi (a seconda del tipo) | 0.2 | 4 | Alterazioni del sanguinamento, aumento di peso, mal di testa, capogiri, fastidi addominali, umore instabile, calo della libido, perdita di densità ossea | Può proteggere da tumore dell'endometrio, fibromi, sintomi di infiammazioni pelviche e altri (DMPA), e dall'anemia (DMPA e NET-EN) |
| Contraccettivi iniettabili mensilmente o combinati | Una volta al mese | 0.05 | 3 | Alterazioni del sanguinamento, aumento di peso, mal di testa, capogiri, seno gonfio | Dati scarsi. Benefici probabilmente analoghi a quelli dei contraccettivi orali combinati |
| Contraccettivi orali combinati ("la pillola") | Tutti i giorni | 0.3 | 7 | Alterazioni del sanguinamento, mal di testa, capogiri, nausea, aumento di peso, umore instabile, seno gonfio e altri rischi rari o estremamente rari | Può proteggere da tumore dell'endometrio e delle ovaie e dai sintomi delle infiammazioni pelviche |
| Pillole di sola progestina ("minipillola") | Tutti i giorni | 0.3 | 1-7 (dipende se assunta durante l'allattamento) | Alterazioni del sanguinamento, mal di testa, capogiri, umore instabile, seno gonfio, dolori addominali, nausea | Protegge dal rischio di gravidanza, sicuro per donne e bambini durante l'allattamento perché non influisce sulla produzione del latte |
| Cerotti | Una volta alla settimana per 3 settimane | 0.3 | 7 | Irritazioni cutanee, alterazioni del sanguinamento, mal di testa, nausea, vomito, seno gonfio o dolente, dolori addominali, sintomi influenzali, vaginiti | Dati scarsi, benefici probabilmente analoghi ai contraccettivi orali combinati |
| Anello vaginale contraccettivo - combinato - a rilascio ormonale | Anello da indossare per 3 settimane | 0.3 | 7 | Alterazioni del sanguinamento, mal di testa, vaginiti, perdite | Dati scarsi, benefici probabilmente analoghi ai contraccettivi orali combinati |
| Anello vaginale contraccettivo a rilascio di progestina | 90 giorni | 1-2 | 1-2 | Alterazioni del sanguinamento, dolori addominali, seno dolente | Nessun cambiamento nella produzione del latte per le donne che allattano |

| Tipo di contraccettivo | Durata o tempo di utilizzo | Gravidanze su 100 donne all'anno con utilizzo continuato e corretto | Gravidanze su 100 donne all'anno secondo l'uso comune | Potenziali effetti indesiderati (elenco incompleto) | Potenziali benefici per la salute (elenco incompleto) |
|---|--|---|---|--|---|
| METODI-BARRIERA | | | | | |
| Cappuccio cervicale | Prima del rapporto | 9-26 (Dipende se la donna ha già partorito) | 16-32 (Dipende se la donna ha già partorito) | Alcune utenti riferiscono irritazioni, possibili lesioni vaginali | Può proteggere da alcune STI, dai pre-tumori e dai tumori della cervice |
| Diaframma | Prima del rapporto | 16 | 17 | Alcune utenti riferiscono irritazioni, possibili lesioni vaginali | Può proteggere da alcune STI, dai pre-tumori e dai tumori della cervice |
| Preservativo maschile | Uso singolo | 2 | 13 | Rarissime reazioni al lattice | Protegge non solo dalla gravidanza ma anche dalle STI, compreso l'HIV |
| Preservativo femminile | Uso singolo | 5 | 21 | Nessuno | Protegge non solo dalla gravidanza ma anche dalle STI, compreso l'HIV |
| Spermicidi | Prima del rapporto | 16 | 21 | Alcune utenti riferiscono irritazioni, possibili lesioni vaginali | Aumentano la protezione dal rischio di gravidanza |
| METODI BASATI SULLA FERTILITÀ | | | | | |
| Metodo del calendario (calcolo dei giorni) | Mensilmente; nei giorni fecondi si evita il rapporto o si ricorre a un metodo barriera | 5 | 12 | Nessuno | Aumenta la protezione dal rischio di gravidanza |
| Metodi basati sui sintomi (dei due giorni, dell'evoluzione, della temperatura basale) | Mensilmente; nei giorni fecondi si evita il rapporto o si ricorre a un metodo barriera | <1-4 | 2-23 | Nessuno | Aumenta la protezione dal rischio di gravidanza |
| Metodo dell'amenorrea da lattazione (LAM) | Fino a sei mesi dopo il parto, durante l'amenorrea se l'allattamento è completo | 0.9 (su 6 mesi) | 2 (su 6 mesi) | Nessuno | Incoraggia l'allattamento, salutare per madri e figli |
| RITIRO DEL PENE/COITUS INTERRUPTUS | | | | | |
| Ritiro del pene (coitus interruptus) | Durante il rapporto | 4 | 20 | Nessuno | |
| CONTRACCEZIONE D'EMERGENZA | | | | | |
| Dispositivo intrauterino al rame | Inserito entro 5 giorni dal rapporto non protetto | Nessun dato | Nessun dato | Alternazioni del sanguinamento, rari e non comuni rischi e complicazioni | Può proteggere dal tumore dell'endometrio e della cervice |
| Pillole contraccettive d'emergenza | Fino a 5 giorni dal rapporto non protetto | <1-2 | N/P | Alterazioni del sanguinamento, nausea, dolori addominali, spossatezza, mal di testa, seno gonfio, capogiri, vomito | Contribuisce a proteggere dal rischio di gravidanza, NON interrompe una gravidanza già in corso |
| METODI PERMANENTI DI CONTROLLO DELLE NASCITE | | | | | |
| Sterilizzazione femminile (legatura delle tube) | Permanente – effetto immediato | 0.5 | 0.5 | Possono verificarsi complicazioni da poco comuni a estremamente rare | Può proteggere contro le infiammazioni pelviche, può proteggere contro i tumori delle ovaie |
| Sterilizzazione maschile (vasectomia) | Permanente, ma nei primi 3 mesi è opportuno affiancarlo a un altro metodo | 0.1 | 0.15 | Possono verificarsi complicazioni da poco comuni a rare | Può proteggere la partner dal rischio di gravidanza |

DMPA, medrossiprogesterone acetato • **DMPA-SC**, medrossiprogesterone acetato sottocutaneo
NET-EN, noretisterone enantato • **STIs**, infezioni sessualmente trasmesse (Sexually transmitted infections)

Testimonianze

Alla fine del 2021, un questionario informale ha sollecitato circa 60 risposte in quasi 30 paesi. Qui ne vengono presentate alcune, parzialmente editate per maggiore chiarezza.

Dove ha imparato quello che sa su riproduzione e contraccezione?

| Risposte | Intervistati |
|---|--|
| Facoltà di Medicina. | India, uomo, 59 |
| Ho studiato Medicina. | Brasile, donna, 46 |
| In un'organizzazione giovanile. | Repubblica unita di Tanzania, uomo, 53 |
| Ho studiato la riproduzione alle scuole superiori. | Nigeria, donna, 37 |
| Da un operatore sanitario. | Mali, uomo, 43 |
| Da un progetto attivo nella mia comunità. | Burkina Faso, donna, 23 |
| Da mia madre e dai media. | Algeria, donna, 44 |
| Dall'organizzazione in cui lavoro. | Marocco, donna, 24 |
| Da un corso di formazione e dai social media. | Giordania, donna, 40 |
| Da un ginecologo, dopo la nascita del mio primo figlio. | Ucraina, donna, 39 |
| Scuola, università, televisione, internet. | Nepal, donna, 23 |

È difficile in generale trovare informazioni accurate sulla salute sessuale?

| Risposte | Intervistati |
|--|--|
| Giovani e adolescenti fanno molta fatica e ricevono informazioni poco accurate che incutono paura. | Repubblica unita di Tanzania, uomo, 53 |
| La mia ragazza, al liceo, ha dovuto fare 45 km di pullman per trovare una biblioteca che avesse dei libri sulla riproduzione. | USA, donna, 70 |
| Un sacco di gente crede a vecchi miti e leggende. | Giordania, donna, 44 |
| Quasi tutti i giovani che conosco fanno fatica, e anche le persone non sposate di qualsiasi età. | Sudan, donna, 31 |
| Gran parte di queste informazioni sono accessibili solo nelle aree urbane. | Uganda, uomo, 35 |
| La gente tende a non parlare apertamente di sesso. | Tagikistan, donna, 30 |
| Ho conosciuto una donna che aveva sei figli. Non ne voleva altri ma non sapeva come fare. | Repubblica democratica popolare del Lao, donna, 58 |
| Sono circondata da persone che ricevono false informazioni, piene di stereotipi. Quelli che dovrebbero informarli non sono abbastanza preparati. | Benin, uomo, 24 |
| Sì. I miei genitori di queste cose non parlavano. | Perù, donna, 53 |
| Sì, c'era poca informazione sul tema. Era un argomento disapprovato. | Ucraina, donna, 39 |

Le hanno mai raccontato falsità sulla contraccezione?

| Risposte | Intervistati |
|---|----------------------------------|
| Mi avevano detto che la pillola fa diventare sterili. | USA, donna, 39 |
| Certe persone sono convinte che urinare dopo il rapporto sessuale possa evitare la gravidanza. | India, uomo, 59 |
| Persino i dottori credono che certi metodi come i dispositivi intrauterini non possano essere usati dalle nullipare. | Brasile, donna, 46 |
| Ho sentito dire che i contraccettivi fanno ingrassare. | Ghana, donna, età non dichiarata |
| Ho sentito dire che i contraccettivi non funzionano, che possono spostarsi e andarsene in giro per il corpo. | Nigeria, donna, 37 |
| Un farmacista ha detto a una mia amica che non poteva usare la contraccezione d'emergenza perché allattava. È così che ha avuto il quarto figlio. | Spagna, donna, 40 |
| Tanta gente crede che causi sterilità, cancro... è un'idea che viene dall'estero. | Sudan, donna, 31 |
| No. Non sono sposata e non ho bisogno di informazioni sul tema. Per me parlare di queste cose è tabù. | Marocco, donna, 24 |
| Ci avevano detto che la contraccezione ti rende sterile. | Burkina Faso, donna, 43 |
| Sì. Che il preservativo va usato solo per il sesso fuori dal matrimonio, la pillola fa diventare sterili, i dispositivi causano emorragie, etc. | Algeria, donna, 44 |
| Ci sono molte informazioni sbagliate che i dottori impartiscono alle donne. | Brasile, uomo, 75 |
| Una mia zia mi ha detto che parlare di contraccettivi è come invitare a fare sesso. | Messico, donna, 35 |
| L'uso eccessivo della contraccezione d'emergenza può causare sterilità. | Nepal, donna, 23 |

Lei o i suoi amici avete mai usato un metodo contraccettivo NON moderno?

| Risposte | Intervistati |
|---|-------------------------|
| No, ma molti pazienti usano il coitus interruptus. | Brasile, donna, 46 |
| Una donna mi ha detto che dopo il rapporto si lavava. | Uganda, donna, 46 |
| Sì, un tipo particolare di melone. | Nigeria, donna, 60 |
| No, ma ho sentito parlare di metodi tradizionali, per esempio certe erbe. | Nigeria, donna, 37 |
| Il metodo naturale. | Burkina Faso, donna, 50 |

Capita che sia difficile procurarsi i contraccettivi?

| Risposte | Intervistati |
|--|------------------------------|
| Avevo un'assicurazione sanitaria che non prevedeva l'accesso alla contraccezione orale. | USA, donna, 39 |
| Le donne degli slum avevano molte difficoltà durante i lockdown per il Covid-19. Il risultato sono state molte gravidanze indesiderate e molti aborti. | India, uomo, 59 |
| Sì, da medico mi è difficile procurarmi i kit per gli impianti e l'introduzione dei dispositivi intrauterini. | Brasile, donna, 46 |
| Sì, soprattutto per i giovani. Vengono insultati e offesi. | Nigeria, donna, 60 |
| Sì. C'è tanta paura e mancanza di privacy. | Trinidad e Tobago, donna, 65 |
| Capita regolarmente che siano esauriti. | Uganda, uomo, 35 |
| Le ragazze non sposate hanno paura... per via della mancanza di privacy. I medici non sempre tengono il segreto. | Tagikistan, donna, 30 |
| Assolutamente no. | Benin, donna, 27 |
| No. | Giordania, uomo, 42 |
| I minorenni non possono andare dal medico senza un adulto. | Panama, donna, 56 |
| Sì! Quando avevo 21 anni, il dottore mi ha sgridato... poi sono andata da un altro medico che mi ha messo un dispositivo, ma l'ha fatto molto male. | Messico, donna, 38 |
| Sì, è una vergogna. | Perù, uomo, 26 |

Ha mai fatto pressioni sul/sulla partner perché non usasse i contraccettivi?

| Risposte | Intervistati |
|---|--|
| No! | USA, donna, 39 |
| No, mai fatto pressioni del genere. | Benin, uomo, 24 |
| No. | India, uomo, 59 |
| Sì, io vorrei avere dei figli e mio marito non vuole. | Sudan, donna, 37 |
| No. | Repubblica unita di Tanzania, uomo, 53 |
| No. | Brasile, donna, 46 |
| Ero io a spingere per usare i contraccettivi. | Nicaragua, donna, 50 |
| No. | Trinidad e Tobago, donna, 65 |
| No. | Tagikistan, donna, 30 |
| Sì. | India, donna, 35 |
| No, siamo sempre d'accordo. | Perù, uomo, 26 |
| No. | Ucraina, donna, 39 |

Ha mai riportato effetti indesiderati dall'uso di un contraccettivo?

| Risposte | Intervistati |
|--|----------------------|
| Aumento di peso, acne, nausea, umore instabile, mal di testa, diarrea, crampi allo stomaco. | USA, donna, 39 |
| Ho avuto la vista offuscata e sbalzi di umore. Nessuno mi aveva parlato di effetti collaterali, prima. | Giordania, donna, 44 |
| Sì, nei primi mesi ho avuto un sanguinamento molto abbondante e dolori addominali. | Nigeria, donna, 37 |
| No. | India, donna, 62 |
| Sì, sbalzi d'umore. | Sudan, donna, 31 |
| La domanda non è applicabile. | Uganda, uomo, 35 |
| Mia moglie ha avuto crampi causati da un dispositivo. | Brasile, uomo, 75 |
| Sì, con l'impianto. Sposatezza e calo della libido. | Messico, donna, 38 |
| No. | Panama, donna, 56 |
| Aumento di peso. | Ucraina, donna, 39 |
| No. | Giordania, uomo, 42 |

Ha mai fatto sesso senza contraccezione, anche se non voleva figli?

| Risposte | Intervistati |
|---|--|
| Sì, ma io e il mio partner abbiamo usato il coitus interruptus. | Giordania, donna, 29 |
| Sì. | India, donna, 62 |
| Sì. Personalmente non mi piace il preservativo, soprattutto se non conosco la marca o il tipo, perciò mi è capitato di fare sesso non protetto. | Paese non in elenco, donna, 24 |
| Sì. | Repubblica unita di Tanzania, uomo, 53 |
| Sì. Perché non potevo accedere alla contraccezione, e anche in qualche caso per le pressioni del mio partner. | Sudan, donna, 31 |
| Raramente. | USA, donna, 30 |
| Sì, perché non potevo accedere alla contraccezione. | Trinidad e Tobago, donna, 65 |
| Sì. | Tagikistan, donna, 30 |
| No, ho sempre usato il preservativo insieme a un altro metodo, anche da sposata. | Brasile, donna, 65 |

**Nella sua comunità, chi prende le decisioni sulla contraccezione?
Uomini e donne hanno lo stesso potere decisionale?**

| Risposte | Intervistati |
|--|---|
| Di solito è considerata responsabilità della donna procurarsi un contraccettivo orale o di lunga durata. Quando invece si tratta di preservativi, la responsabilità di solito è dell'uomo. | <i>USA, donna, 39</i> |
| Uomini e donne hanno lo stesso potere, ma anche le famiglie e le comunità dicono la loro. | <i>Repubblica democratica popolare del Lao, donna, 50</i> |
| Gli uomini hanno più potere decisionale. Le donne spesso devono agire con discrezione o di nascosto per procurarsi i servizi per la contraccezione. | <i>India, uomo, 59</i> |
| In generale gli uomini non sono favorevoli al preservativo, e molti scoraggiano le donne dal prendere i contraccettivi. | <i>Brasile, donna, 46</i> |
| Gli uomini hanno più potere. | <i>Repubblica unita di Tanzania, uomo, 53</i> |
| Alle donne non è permesso decidere. | <i>Nigeria, donna, 60</i> |
| Gli uomini possono procurarsi facilmente i preservativi, ma le donne ottengono sguardi di disapprovazione se li comprano. Quando vanno in ambulatorio per ottenere un metodo di pianificazione familiare, la maggior parte delle donne ha ancora bisogno del consenso del partner. E siccome la maggioranza delle donne riceve i soldi dal compagno, gli uomini influenzano le loro decisioni. | <i>Nigeria, donna, 37</i> |
| È un patriarcato. Gli uomini hanno tutto il potere decisionale. | <i>Giordania, donna, 44</i> |
| La maggior parte degli uomini non vogliono che la moglie usi i contraccettivi. Lo stesso vale per le famiglie e le comunità. | <i>Repubblica unita di Tanzania, donna, 51</i> |
| Gli uomini detengono il potere definitivo. Gli operatori per prassi comune chiedono il consenso del marito. | <i>Sudan, donna, 31</i> |
| Nella maggioranza dei casi le opzioni sui contraccettivi sono determinate dalla loro disponibilità, non è questione di scelta. | <i>Uganda, uomo, 35</i> |
| Mio marito e mia suocera interferiscono su un sacco di decisioni. | <i>Giordania, donna, 29</i> |
| Anche quando vanno in ospedale per ottenere la contraccezione, le donne devono essere accompagnate dai mariti. | <i>Benin, uomo, 24</i> |
| Molti uomini pensano che la contraccezione sia vietata. | <i>Marocco, donna, 24</i> |
| Nella mia congregazione le donne non usano il controllo delle nascite... e gli uomini non ci provano nemmeno. 30 anni fa ho subito pressioni per restare incinta, dal padre dei miei figli. | <i>Nicaragua, donna, 50</i> |
| In certe coppie gli uomini costringono le donne a non usare contraccettivi; dicono che gli crea disagio e toglie il piacere. E le donne si arrendono, per paura o perché sono sottomesse. | <i>Perù, donna, 20</i> |
| Mi fanno pressioni perché abbia dei figli, anche se non li voglio. Io sono quella anormale, perché non voglio figli. | <i>Messico, donna, 38</i> |

**Ha mai avuto una gravidanza indesiderata, o l'ha avuta qualcuno che conosce?
Se le succedesse adesso, come reagirebbe?**

| Risposte | Intervistati |
|---|---|
| In questo momento ho in corso una gravidanza indesiderata. Ho usato il preservativo, in modo continuato e corretto, con il mio compagno fisso, ma una volta è scivolato fuori. Non avevamo programmato di avere figli, ma ho deciso di tenere il bambino. Purtroppo questo ha fatto finire la relazione, sarò una madre single. | <i>USA, donna, 39</i> |
| Sì, mia sorella. Aveva 19 anni. | <i>Brasile, donna, 46</i> |
| Non che io sappia... Se succedesse a me, chiederei un aborto medico il prima possibile. | <i>USA, donna, 30</i> |
| È successo a me, avevo 18 anni. A una mia amica è successo quando ne aveva circa 35. | <i>Nigeria, donna, 37</i> |
| Sì, a 23 anni una mia amica ha abortito chirurgicamente. Se capitasse a me cercherei un modo per abortire in sicurezza, anche se dovessi andare all'estero. | <i>Paese non in elenco, donna, 24</i> |
| No. Se succedesse a me, farei progetti per occuparmi del nostro bambino. | <i>Repubblica democratica popolare del Lao, donna, 58</i> |
| Sì, prima dei 30 e prima dei 40 anni, nessuna delle mie gravidanze era programmata. | <i>Ucraina, donna, 39</i> |
| Una mia cara amica ha usato il misoprostolo per interrompere la gravidanza. In Tanzania l'aborto non è permesso se non per salvare la vita della madre, quindi se qualcosa di simile le succedesse di nuovo, le consiglieri di affrontare la situazione e di evitare un aborto non sicuro. | <i>Repubblica unita di Tanzania, uomo, 53</i> |
| Sì. Una mia parente si è sposata che era parecchio giovane, e le facevano pressioni perché restasse incinta entro il primo anno di matrimonio. | <i>Giordania, donna, 44</i> |
| Sì, questa persona aveva 16 anni e il bambino è nato morto per la mancanza di cure essenziali. | <i>Uganda, uomo, 35</i> |





Libertà di scelta: tutti gli ostacoli

Il modo più ovvio per evitare una gravidanza indesiderata – a parte l’astensione dai rapporti sessuali che, come già spiegato (cfr. pag. 42) non è “sicura al cento per cento” – è quello di ricorrere alla contraccezione: la ricerca ha sviluppato un’ampia gamma di metodi sicuri ed efficaci. Per quanto tutte le forme di contraccezione siano soggette a errori e fallimenti, la loro percentuale è relativamente bassa in confronto al totale delle gravidanze indesiderate. Le difficoltà di un uso corretto e continuativo svolgono un ruolo importante. Ma il problema principale resta la domanda insoddisfatta di contraccezione.

Si calcola che nel mondo vi siano 257 milioni di donne che, pur desiderando evitare una gravidanza, non utilizzano metodi di contraccezione sicuri e moderni; di queste, 172 milioni non usano alcun metodo, di nessun tipo (UN DESA, 2021). L'indicatore 3.7.1 degli SDG, invitando espressamente a soddisfare questa esigenza, ne riconosce l'importanza per lo sviluppo internazionale.

È opinione riduttiva, ma purtroppo molto comune, che la gravidanza sia l'ovvia conseguenza di un rapporto non protetto e che le politiche pubbliche possano offrire pochi rimedi a coppie o singoli. I più recenti dati SDG dimostrano che in 64 paesi oltre l'8% delle donne non è in grado di decidere autonomamente sulla contraccezione e che il 24% non ha il potere di prendere decisioni sull'assistenza sanitaria: sono evidenti violazioni dei diritti che esigono dagli Stati riforme e modifiche delle norme. Ci sono inoltre milioni di donne che devono affrontare situazioni il cui impatto su uso, non-uso e disuso dei contraccettivi è forse meno ovvio ma non meno reale. Un'analisi in profondità di tali fattori suggerisce alcune iniziative che le autorità politiche possono intraprendere per sostenere e tutelare l'agency delle persone in materia di riproduzione.

I programmi di pianificazione familiare funzionano

Per prima cosa è importante sottolineare che i programmi di pianificazione familiare hanno fatto, a livello mondiale, una differenza enorme. L'uso dei contraccettivi è in aumento in tutte le regioni del mondo, le esigenze di contraccezione inevase sono in calo. Nel 2022 si stima che, su 1,9 miliardi di donne in età riproduttiva (già definite come le donne di età compresa tra i

15 e i 49 anni), 1,1 miliardi abbiano bisogno di contraccezione, cioè desiderano limitare o rinviare le nascite; di queste, 858 milioni usano un metodo di contraccezione moderno, mentre 85 milioni usano un metodo tradizionale (United Nations, 2022).

Le ricerche riportano alcuni cambiamenti nelle motivazioni che le donne adducono per il non-uso dei contraccettivi anche quando desiderano evitare la gravidanza (Sedgh et al., 2016). Negli anni Ottanta del XX secolo la ragione più comune era la scarsità di conoscenze, che oggi è quella citata meno spesso: un'ampia percentuale di donne parla invece di effetti collaterali e di rapporti poco frequenti per spiegare come mai non usa i contraccettivi. Anche l'accessibilità è migliorata con il tempo e viene addotta meno spesso come motivo del non uso. Queste ricerche dimostrano che si fanno e si possono fare progressi grazie a programmi efficaci per la pianificazione familiare, ma sottolineano anche i divari che ancora bisogna colmare. Per esempio, in molte aree persistono difficoltà di accesso e scarsità di conoscenze, soprattutto nelle zone rurali (Moreira et al., 2019).

Per colmare queste "lacune", è necessario uno sguardo ravvicinato sulle percentuali e sulle ragioni del non uso di contraccezione. Il punto di partenza deve sempre essere quello di chiedere alle donne cosa vogliono. Solo allora sarà possibile determinare se possono realizzare i loro desideri e in che misura questa possibilità è influenzata da programmi, politiche e norme. Questo capitolo si sofferma su tre interrogativi generali che chi fa ricerca e politica dovrebbe porsi sulla domanda inevasa di contraccezione. Di fronte a una donna che desidera evitare o rimandare la gravidanza: a) vuole usare la contraccezione moderna? b) è in grado di ottenere uno dei metodi che preferisce,

soprattutto se e quando dovesse cambiare idea? c) in che modo l'ambiente in cui vive agevola o ostacola il suo ricorso alla contraccezione?

Questo capitolo si concentra soprattutto sulle donne dei paesi a basso e medio reddito, perché lì le esigenze inevasi sono più alte. Tuttavia molti dei temi trattati sono importanti e diffusi ovunque, a tutti i livelli di reddito.

Quello che le donne vogliono è la contraccezione moderna? Capire le esigenze

Ciascun individuo ha il diritto di prendere decisioni informate e volontarie sull'uso o meno di un metodo contraccettivo.

Queste intenzioni sono collegate al non volere una gravidanza, questo desiderio non è necessariamente costante e non sempre chiaro; è un desiderio destinato probabilmente a cambiare nel tempo e nelle diverse fasi della vita, è influenzato da norme sociali, dai familiari, da uno o più partner oltre che dalle esperienze e dalle condizioni fisiche in cui ci si trova.

Preoccupazioni sulla sicurezza e sugli effetti collaterali

Tutte le ricerche evidenziano che il mancato uso, l'interruzione o la discontinuità della contraccezione sono molto spesso il risultato del timore o dell'esperienza di effetti collaterali o di ripercussioni sulla salute. Le analisi dei dati DHS indicano che il 38% delle donne con un'esigenza inevasa di contraccettivi moderni aveva utilizzato

E le esigenze degli uomini?

È giusto ricordare che anche gli uomini possono avere, e hanno, esigenze insoddisfatte di contraccezione. Purtroppo è un fatto non sempre considerato negli attuali sistemi di misurazione. La domanda inevasa, come la maggior parte delle misurazioni sulla salute riproduttiva, avviene di regola sui comportamenti femminili. Le donne sono considerate le principali utenti della contraccezione e i dati a disposizione tendono a concentrarsi su di loro. Invece per avere un quadro più completo è importante considerare anche le necessità e le conoscenze degli uomini, sempre garantendo che non si compromettano i diritti riproduttivi delle donne. Di fatto un approccio più comprensivo verso le risposte alle esigenze contraccettive potrebbe far progredire i diritti e il benessere delle donne in quanto crea un ambiente più favorevole in cui tutti possono esprimere e soddisfare le preferenze in materia di fertilità (cfr. lo speciale sui contraccettivi maschili, pag. 70; cfr. il box sull'armonia di coppia, Capitolo 2).

Inoltre la maggior parte dei metodi contraccettivi si basa sulla biologia femminile: metodi barriera come diaframmi, cappucci cervicali, spugne e preservativi femminili così come metodi ormonali iniettabili, alcuni dispositivi intrauterini, la contraccezione orale e quella d'emergenza. Questa situazione viene spesso giustificata con il fatto che il peso della gravidanza ricade in misura sproporzionata sulle donne, sollevando interrogativi etici sui diritti umani e sull'uguaglianza di genere. **È giustificabile che le donne vivano in misura sproporzionata la responsabilità della contraccezione?** Gli uomini hanno meno opzioni disponibili per la contraccezione? I governi hanno il dovere di favorire lo sviluppo di contraccettivi maschili e di distribuire equamente opportunità e responsabilità tra tutte le persone e le coppie che desiderano concretizzare le loro intenzioni di gravidanza? In generale la società ha lasciato la risposta ai mercati (Costantino et al., 2007). Il dovere degli Stati di affrontare gli stereotipi di genere (UN General Assembly, 1979) induce a ritenere che **i governi dovrebbero fare di più, dal momento che il solo mercato non fornisce risposte adeguate.**

IL NUOVO CONTRACCETTIVO MASCHILE: PERCHÉ È NECESSARIO?

UNFPA — «L'aspetto più difficile nella contraccezione dovrebbe essere decidere se e quando avere figli» dice Logan Nickels, ricercatore della Male Contraceptive Initiative (MCI) negli Stati Uniti. «Una volta presa questa decisione, gli strumenti per attuare i propri progetti di vita, nel modo più semplice ed efficace, dovrebbero essere disponibili per chiunque.»

Due metodi contraccettivi destinati agli uomini, il preservativo e il coito interrotto, rappresentano oggi circa il 26% dei metodi usati nel mondo. Ma i preservativi, nell'uso comune, hanno un margine di errore di circa il 13%, mentre il coitus interruptus è una delle forme di contraccezione meno affidabili in assoluto (WHO, 2018). La vasectomia, invece, è considerata uno dei più efficaci, ma è adottata da meno del 3% delle coppie (Pile and Barone,

2009). Non mancano promettenti possibilità di nuovi metodi maschili: pillole, creme per uso topico, cerotti con micro-ago, iniettabili e biodegradabili, anche uno strumento che agisce come una vasectomia ma è progettato per essere reversibile. Oltre quaranta metodi sono elencati in un database sui contraccettivi in fase di studio o di sviluppo (Calliope, s.d.). Perché allora non esistono ancora opzioni migliori di contraccettivi maschili? «Penso che abbia un ruolo importante il fatto che la società attribuisca la responsabilità della riproduzione alle donne: sono loro a portare il peso della gravidanza» dice Logan.

Gli atteggiamenti culturali delegano alle donne la questione della contraccezione. «Gli uomini sono quasi sempre considerati secondari perché c'è la diffusa convinzione

che abbiano già tutti i diritti necessari» dice Logan. «Penso che [lo sviluppo della contraccezione] si sia concentrato sul garantire i diritti di donne e ragazze, trascurando di far partecipare gli uomini in un modo che sia produttivo e utile.» Le ricerche dimostrano che in molti paesi gli uomini sarebbero interessati a metodi contraccettivi maschili. In un sondaggio condotto nel 2002 su 9000 uomini in nove diversi paesi, oltre il 55% degli intervistati si è dichiarato disponibile all'uso di un prodotto diverso (Heinemann et al., 2005). Negli Stati Uniti, una ricerca su circa 1500 uomini ha rilevato che, tra quanti desideravano evitare una gravidanza, il 60% avrebbe voluto esaminare un contraccettivo maschile di nuova produzione (Friedman et al., 2019). Ma a livello globale l'industria farmaceutica non ha compiuto progressi in questo settore. «Semplicemente, non hanno incentivi perché i prodotti che già esistono [per le donne] sono efficaci e sicuri» dice Rebecca Callahan, che lavora nel settore sviluppo della FHI 360, un'organizzazione non-profit degli Stati Uniti che si occupa di salute e benessere.

Per essere competitivo, un nuovo contraccettivo maschile dovrebbe come minimo essere altrettanto efficace dei migliori prodotti

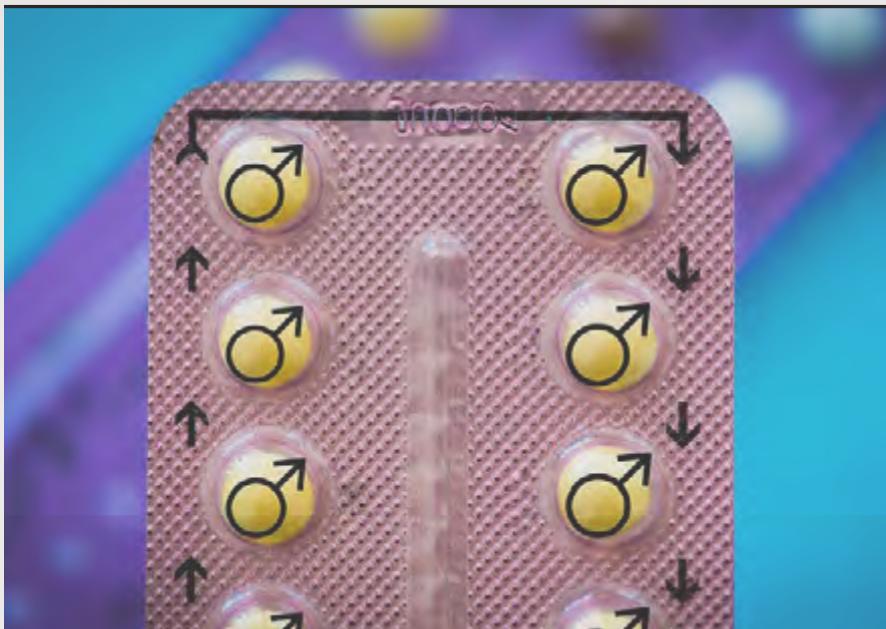
PRESERVATIVI E COITUS INTERRUPTUS

Rappresentano il 26 per cento dei metodi usati nel mondo

- » I preservativi maschili hanno un tasso di errore di **circa il 13%**
- » Il coitus interruptus è **la meno efficace di tutte le forme di contraccezione**

VASECTOMIA

Nota per essere uno dei metodi più efficaci, **è adottata per protezione solo dal 3% delle coppie**



La ricerca dimostra che in molti paesi gli uomini sarebbero interessati a metodi contraccettivi maschili. Getty Images/Canopy

OLTRE IL 55% DEGLI INTERVISTATI SI È DICHIARATO DISPOSTO A USARE UN NUOVO PRODOTTO

vasectomia non chirurgica. «Il nostro progetto aveva dimostrato che gli uomini l'avrebbero accettata senza problemi» dice. Delle oltre 2000 vasectomie eseguite in tre anni in quattro ospedali turchi, oltre il 60% degli utenti potenziali aveva accettato la procedura dopo una sola sessione di counselling. Ma in mancanza di donatori disponibili per un sostegno a lungo termine, spiega, il metodo non è mai decollato e la vasectomia continua a essere una rarità nel paese (UN DESA, 2021a).

femminili già sul mercato. Inoltre le soglie di sicurezza per un contraccettivo di nuova generazione – maschile o femminile – sono le più alte tra tutti i prodotti farmaceutici, afferma Rebecca, «perché vanno distribuiti a persone giovani e sane per prevenire un evento indesiderato». Gli standard da rispettare sono ancora più elevati per i nuovi metodi maschili, in quanto per le donne i rischi degli effetti collaterali sono controbilanciati dai rischi potenziali di una gravidanza – che, dopo tutto, possono anche essere letali.

Una ricerca ha messo in evidenza che le iniezioni ormonali negli uomini erano estremamente efficaci per evitare il concepimento, con effetti collaterali di solito trascurabili (Behre et al., 2016). Ci sono stati alcuni casi di acne,

aumento di peso e sbalzi di umore – gli stessi problemi a cui spesso vanno incontro le donne che usano la contraccezione ormonale. Ma quando uno dei soggetti ha sviluppato una grave depressione e un altro ha tentato il suicidio, lo studio è stato interrotto malgrado la depressione sia un rischio ben noto per le donne che fanno uso di contraccettivi ormonali (Skovlund et al., 2016).

Ma non ci sono solo le difficoltà della ricerca farmaceutica. Per lanciare nuovi metodi occorrono finanziamenti e moltissimi test sul campo, oltre a campagne di marketing e reti di distribuzione. Senza appoggi anche i metodi più efficaci e apprezzati possono fallire. Se n'è accorta la dottoressa Demet Gural quando, negli anni Novanta, ha lavorato a un progetto per introdurre in Turchia una

Nessuna forma di contraccezione maschile sarà mai sufficiente da sola. Perché per chiunque sia in grado di prendere responsabilmente le proprie decisioni riproduttive sono indispensabili accurate informazioni sui pro e i contro dei vari metodi, la capacità di esplicitare i propri desideri, un salutare rispetto delle esigenze e delle opinioni del/la partner.

Anche in quest'ambito comunque ci sono segnali di progresso. Martha Brady, esperta di salute globale nel campo dello sviluppo di contraccettivi, afferma di aver notato un cambiamento negli atteggiamenti: «[Gli uomini più giovani] vedono che il mondo sta cambiando. Le norme mutano per tutti, dagli USA all'Africa... Io penso che ci saranno sicuramente giovani disponibili a provare metodi che forse i cinquantenni di un'altra epoca avrebbero respinto» dichiara.

Le ragioni del non-uso

Un'analisi pubblicata su *Adding in Up*, pubblicazione del Guttmacher Institute, ha messo in evidenza che il 77% delle gravidanze indesiderate nei paesi a medio e basso reddito riguarda donne che, malgrado desiderino evitare il concepimento, non ricorrono a nessun metodo o usano un metodo tradizionale e quindi meno efficace, come l'astinenza periodica o il coito interrotto (Sully et al., 2020). Uno studio condotto di recente in 36 paesi a medio e basso reddito riferisce che oltre il 65% delle donne che ha avuto una gravidanza non intenzionale o non usava alcuna contraccezione o ricorreva ai metodi tradizionali (Bellizzi et al., 2020). Altri ricercatori, studiando i dati DHS raccolti in 52 paesi tra il 2005 e il 2014, hanno osservato che la percentuale di donne sposate con una domanda insoddisfatta di contraccezione (moderna o tradizionale) andavano dall'8% in Colombia fino al 38% a São Tomé e Príncipe (Sedgh et al., 2016).

Le ragioni del mancato uso dei contraccettivi più comunemente citate dalle donne erano: timore di effetti collaterali e rischi per la salute (26%); rapporti sessuali infrequenti o assenti (24%); avversione personale o delle persone più intime verso la contraccezione (23%); perdurare dell'allattamento e/o del periodo di amenorrea dopo il parto (20%). Tra le donne sessualmente attive e mai state sposate che desideravano evitare la gravidanza, la spiegazione più comune del mancato ricorso alla contraccezione era la scarsa frequenza dei rapporti sessuali (49%), l'essere nubili (29%) e le preoccupazioni per gli effetti collaterali dei contraccettivi (19%) (Sedgh et al., 2016).

Una ricerca del 2019, su 47 paesi, ha dimostrato che in media il 40,9% di tutte le donne sessualmente attive non usava alcun metodo per evitare la gravidanza; sempre nello stesso studio, le ragioni più comuni erano le preoccupazioni per la salute e la scarsa frequenza dei rapporti, ma con significative oscillazioni a seconda dei paesi, dei gruppi di popolazione e di altri fattori socio-economici (Moreira et al., 2019). Per esempio: il non-uso per "opposizione altrui" era più elevato tra le donne sposate che tra le nubili; la prevalenza del non-uso per "mancanza di accesso" o "mancanza di conoscenze" era circa doppio nelle regioni rurali rispetto alle aree urbane; le donne con meno istruzione riferivano più spesso di non usare contraccettivi per "mancanza di accesso".

Queste motivazioni si riferiscono direttamente a questioni relative all'accuratezza delle informazioni, all'agency e agli effetti sulla salute (spesso classificati come disponibilità dei contraccettivi, contesto favorevole e domanda o "modello SEED"), aree in cui leader, responsabili politici, sistemi sanitari e altri hanno una notevole influenza. Per esempio, quando una donna riferisce preoccupazioni per gli effetti collaterali, ciò può riflettere sia l'offerta (scelta limitata dei metodi, inadeguatezza del counselling sugli effetti collaterali) sia la domanda (esperienze negative con la contraccezione e/o miti e idee sbagliate. Si noti che le donne con una domanda inevasa di contraccezione raramente affermano di ignorarne l'esistenza, o di non avere accesso a una fornitura, o che il costo è troppo elevato, segno di un successo almeno parziale dei programmi di pianificazione familiare. I paesi in cui più del 10% delle donne davano una di queste spiegazioni si trovano nell'Africa occidentale e centrale, cioè in regioni in cui la prevalenza della contraccezione era, fino a poco tempo fa, decisamente bassa (Sedgh et al., 2016).



in passato uno di questi metodi ma ha deciso di smettere per una ragione diversa dal volere una gravidanza (Castle and Askew, 2015). In media, circa un terzo delle donne che iniziano a usare un contraccettivo moderno smette di farlo entro il primo anno, più della metà smette entro due anni. Gli studi mostrano che tra le ragioni più comuni di queste interruzioni ci sono i fallimenti del contraccettivo e gli effetti collaterali o altri problemi relativi al metodo usato (Bradley et al., 2009). Le interruzioni dovute al costo o a problemi di accessibilità sono relativamente poche (Bradley et al., 2009), ma questo non deve sorprendere, visto che le donne che già utilizzavano qualche metodo erano evidentemente riuscite a procurarsi una contraccezione alla loro portata.

Se le percentuali e le ragioni per smettere variano a seconda del metodo, sono tuttavia abbastanza costanti nel tempo, per ciascun metodo (Castle and Askew, 2015; Bradley et al., 2009). Secondo diverse indagini statistiche in 25 paesi, il minor tasso di interruzione entro 12 mesi si registra con i dispositivi intra-uterini (IUD, 13%), mentre il più elevato riguarda il preservativo (50%); pillole e contraccettivi iniettabili, come pure i metodi meno efficaci dell'astinenza periodica e del coito interrotto, vengono dismessi da circa il 40% delle utenti entro i primi 12 mesi di utilizzo. Per tutte, le principali ragioni dell'interruzione sono legate al metodo usato (Ali et al., 2012).

Le donne che presentano effetti collaterali da moderati a gravi hanno più probabilità di smettere di usare i contraccettivi rispetto a quelle con effetti lievi (Jain et al., 2021). Queste rilevazioni confermano, per molti aspetti, le preoccupazioni di quelle donne che citano gli effetti collaterali come il timore principale. Per quanto rari, seri effetti secondari possono risultare debilitanti (cfr. la tabella di pag. 58).

MIX DI METODI (N) -

- (1) LA POSSIBILITÀ DI SCELTE CONTRACCETTIVE DISPONIBILI PER INDIVIDUI, UN GRUPPO DI CLIENTELA O UN SETTORE DELLA POPOLAZIONE.
- (2) (USO ACCADEMICO) LO SCHEMA D'USO, LA DISTRIBUZIONE O LA PERCENTUALE D'USO DI UN METODO IN UNA DATA POPOLAZIONE.

In circostanze estremamente rare un effetto collaterale, come un coagulo sanguigno, può risultare fatale. Benché sia largamente attestato che i contraccettivi in generale sono associati a numerosi benefici per la salute delle donne, compreso un minor rischio di mortalità materna (Utomo et al., 2021) e un ridotto rischio di alcuni tipi di tumore (Hannaford et al., 2010), ciò può non bastare a tranquillizzare donne che hanno vissuto personalmente, o visto su altre, effetti collaterali gravi o insopportabili.

Di fatto la promozione di metodi contraccettivi efficaci e la paura dei loro effetti secondari vanno spesso di pari passo. Una recente ricerca condotta in Ghana su donne e ragazze di età compresa tra i 15 e i 49 anni ha messo in luce che le donne apprezzavano i metodi ormonali per la loro efficacia nel prevenire le gravidanze, ma esprimevano anche preoccupazione per i loro effetti (soprattutto le alterazioni nel sanguinamento), il timore di una futura diminuzione della fertilità e



L'autonomia al centro di una pianificazione familiare basata sui diritti

I programmi di pianificazione familiare indicano di norma l'uso di metodi contraccettivi moderni come principale criterio di misura del loro successo. Concentrarsi su un uso crescente dei contraccettivi può indurre a considerare il non-uso come un fallimento, quando può essere invece la legittima scelta di una donna. La ricercatrice Leigh Senderowicz propone di creare e adottare un nuovo indicatore, denominato "autonomia contraccettiva", definita come "i fattori necessari a una persona per decidere in autonomia quello che desidera nell'ambito della contraccezione e per attuare tale decisione" (Senderowicz, 2020). Una prospettiva di questo genere potrebbe aiutare i programmi ad allinearsi a un approccio basato sui diritti. Per calcolare questo indicatore bisognerebbe aggiungere altre domande ai sondaggi demografici come i DHS.

le ripercussioni a lungo termine sulla salute inducevano alcune donne a smettere di utilizzarli. L'esperienza di problemi di salute a lungo termine percepiti come conseguenza dell'uso di metodi ormonali ha più che dimezzato la loro probabilità di essere utilizzati (Keogh et al., 2021).

Questi problemi non riguardano soltanto le donne dei paesi a medio e basso reddito. Il monitoraggio sistematico delle ragioni per cui donne e uomini nei paesi ad alto reddito rifiutano la contraccezione ormonale ha riscontrato preoccupazioni analoghe, come: problemi collegati agli effetti fisici collaterali; preoccupazioni sui cambiamenti nella salute mentale; impatto negativo sulla sessualità; preoccupazioni sul ciclo mestruale; paure e ansie; scarsa attenzione ai timori per gli effetti collaterali da parte del personale sanitario (Le Guen et al., 2021). Una osservazione da fare è che sistemi sanitari e personale devono guadagnare, e a volte riguadagnare, la fiducia delle donne prediligendo approcci che siano rispettosi e mettano al centro la persona, e devono comprendere che le esigenze personali possono cambiare nel tempo. Inoltre l'attuale gamma di opzioni è insufficiente e indica la necessità di investimenti pubblici per sviluppare contraccettivi nuovi o migliori, con effetti collaterali minori per numero e/o entità.

Alcuni effetti collaterali producono ripercussioni avverse sul piano socio-culturale che contribuiscono alla decisione delle donne di interrompere l'uso (Castle and Askew, 2015). Dove sussistono norme che vietano la partecipazione a determinate attività alle donne con il ciclo mestruale, il ricorso al metodo può essere interrotto se provoca un flusso abbondante o prolungato. Questo può limitare le possibilità di pregare, preparare cibi o avere rapporti sessuali. Alcune donne riportano tra gli effetti collaterali periodi di amenorrea, o assenza di mestruazioni: queste possono interrompere la contraccezione perché l'amenorrea limita la loro possibilità di evitare i rapporti o perché la associano alla sterilità (Polis et al., 2018; Chebet et al., 2015). Gli effetti che possono essere individuati dal partner, come il flusso molto abbondante, possono essere particolarmente problematici per chi usa contraccettivi di nascosto (di solito donne che li usano senza informare il partner) (Castle et al., 1999). Il ricorso clandestino alla contraccezione può essere comune soprattutto quando le donne hanno compagni contrari all'uso, quando ci sono problemi all'interno della coppia o si desidera evitare conflitti (Kibira et al., 2020; Castle et al., 1999). L'uso occulto dei contraccettivi può rappresentare un pericolo per le donne: per

esempio in alcuni paesi dell’Africa sub-sahariana, come l’Etiopia, usare un contraccettivo senza l’approvazione del marito è considerato un sintomo di infedeltà della donna (Alio et al., 2009), fattore che incentiva l’interruzione dei metodi che rischiano di essere notati dal partner.

Se complessivamente la conoscenza dei metodi moderni di contraccezione è migliorata in tutto il mondo, persistono molti miti e percezioni errate che contribuiscono al loro mancato utilizzo. In alcuni focus group sul tema con donne ghanesi, molte erano convinte che la contraccezione potesse portare alla sterilità, soprattutto delle più giovani. Altre ragioni comunemente addotte per il mancato utilizzo erano voci sugli effetti collaterali e altre informazioni errate (Hindin et al., 2014). In Kenia molti giovani, uomini e donne, si sono detti convinti che la contraccezione moderna provochi rischi per la fertilità futura, che crei problemi per il concepimento, causi difetti alla nascita, renda le donne più promiscue, sia “non-africana” e limiti la libertà sessuale della coppia (Mwaisaka et al., 2020). Tutto questo sottolinea l’importanza di coinvolgere e informare anche gli uomini sui contraccettivi, poiché spesso hanno un peso determinante nelle decisioni in quest’ambito.

La contraccezione soddisfa le esigenze?

Per rispettare gli impegni presi e conseguire l’assistenza universale per la salute sessuale e riproduttiva, la pianificazione familiare e l’educazione sessuale entro il 2030, i paesi stanno monitorando i dati sulla percentuale di donne in età riproduttiva (tra i 15 e i 49 anni) che hanno soddisfatto le loro esigenze di contraccezione con metodi moderni, oltre a quelle con una domanda inevasa. I dati più recenti relativi agli SDG dimostrano, per esempio, che nei paesi a medio e basso reddito il tasso complessivo di

domanda inevasa di contraccezione è del 9,2%, mentre il tasso complessivo di domanda inevasa di contraccezione moderna è del 13,3%.

Si tratta di numeri importanti, ma inesatti. Le esigenze evase e inevase sono misurazioni generiche, che inquadrano le donne nelle categorie utente o non-utente di contraccettivi moderni, quando la realtà è più sfumata. Se è vero che un numero sempre maggiore di donne ricorre a metodi moderni, gli elevati livelli di discontinuità/interruzione dimostrano chiaramente una diffusa insoddisfazione verso i metodi attualmente a disposizione.

I ricercatori Rominski e Stephenson chiedono metodi di misurazione capaci di rispecchiare tali complessità: “La definizione attuale di domanda inevasa di contraccezione dà per scontato che tutte le donne che utilizzano un metodo abbiano trovato risposta alle loro esigenze. Noi sosteniamo che, se non si tiene conto del livello di soddisfazione con un dato metodo, molte donne finiscono classificate come soddisfatte quando in realtà presentano una domanda inevasa. Stanno usando un metodo che non risponde alle loro preferenze, o perché provoca effetti collaterali che trovano insopportabili o per altre caratteristiche che li rendono sgraditi. Dato il vasto numero di episodi che terminano con l’interruzione dell’utilizzo, spesso per gli effetti collaterali riportati, noi sosteniamo che l’attuale definizione di domanda inevasa non tiene conto del numero di donne con una reale domanda inevasa di contraccezione, in quanto non considera coloro che usano un metodo che non risponde alle loro preferenze” (Rominski and Stephenson, 2019).

Uno studio condotto in Kenya su persone che usano contraccettivi moderni ha riclassificato chi si dichiara insoddisfatta, tra le persone con una domanda inevasa. Hanno così scoperto che la percentuale andava dal 6,6% fino al 18,9%.

Riportare questo risultato a livello nazionale farebbe crescere enormemente (in una percentuale compresa, approssimativamente, tra il 25 e il 70%) la stima nazionale di domanda inevasa per qualsiasi forma di contraccezione (Rothschild et al., 2021).

Scarse conoscenze su sessualità, riproduzione e gravidanza

La domanda o il desiderio di contraccezione prevede una conoscenza del proprio corpo, sessualità, riproduzione e contraccezione. Sebbene la mancanza di conoscenze non sia più

una delle ragioni più significative della domanda insoddisfatta, resta fortemente collegata a maggiori livelli di gravidanze indesiderate (Huda et al., 2013). Molte e molti giovani non hanno accesso a un'educazione sessuale completa, problema che contribuisce alla diffusione di false credenze e percezioni errate, sia sulla contraccezione che sul corpo umano.

Le informazioni essenziali sulla salute e sui diritti sessuali e riproduttivi dovrebbero essere comprese nei programmi scolastici ed extra-scolastici, come nelle strutture sanitarie. Di fatto le conoscenze

Diritti umani ed educazione sessuale completa

L'assenza di informazioni accurate sulla salute sessuale e riproduttiva non solo comporta gravi conseguenze ma è una violazione dei diritti umani. L'educazione alla sessualità e alla riproduzione è una componente basilare dei diritti alla salute, all'istruzione e alla non-discriminazione, così come enunciato dal Comitato delle Nazioni Unite per i Diritti economici, sociali e culturali (UN CESCR, 2016). Ciò significa che ciascuno, anche bambini/bambine e adolescenti, ha il diritto di richiedere, ricevere e diffondere informazioni sulla pianificazione familiare. Per venire incontro a questi doveri sui diritti umani gli Stati e le comunità devono garantire che le informazioni sulla salute sessuale e riproduttiva siano accessibili, accettabili e scientificamente accurate (UN CESCR, 2016) oltre che "erogate coerentemente alle necessità dei singoli e delle comunità, per esempio tenendo conto di età, genere, abilità linguistiche, livello di istruzione, disabilità, orientamento sessuale, identità di genere e condizione intersex" (UN CESCR, 2016). **L'accesso all'educazione sessuale completa è un fattore abilitante cruciale per il diritto a salute, benessere e autonomia, componenti essenziali di molti documenti in materia di diritti umani, compresa la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti dell'infanzia** (UN General Assembly, 1979), il Patto internazionale sui Diritti economici, sociali e culturali (UN General Assembly, 1966) e la Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti delle persone con disabilità (UN General Assembly, 2007).

L'educazione sessuale affronta inoltre le cause di gravidanze indesiderate, come la violenza di genere, offrendo strumenti di prevenzione quali la capacità di costruire relazioni paritarie, il rispetto di ruoli di genere non limitati da stereotipi, la capacità di affrontare la questione del consenso (Haberland and Rogow, 2015). Molti studi hanno confermato che un'educazione sessuale completa e di qualità è efficace nel ridurre comportamenti sessuali a rischio e incidenza delle gravidanze indesiderate. La sua efficacia è potenziata quando è **data in modi diversificati e connessi**, per esempio con programmi concertati che leghino l'istruzione scolastica con quella non scolastica e con i servizi rivolti specificamente alle/ai giovani (UNESCO et al., 2018).

riguardanti la contraccezione provengono in gran parte dal sistema sanitario. In un recente studio svolto in Etiopia, per esempio, il 68 per cento delle donne intervistate ha dichiarato che la loro fonte di informazioni sulla pianificazione familiare era il personale sanitario. Lo stesso studio ha inoltre osservato che chi aveva già avuto almeno una gravidanza indesiderata aveva meno probabilità di incorrere in un'altra: in altre parole, venivano richieste informazioni o venivano messe a frutto quelle ricevute durante la prima gravidanza per poi pianificare la seconda (Moges et al., 2020).

È importante, per garantire l'autonomia del processo decisionale, che tutte le informazioni e le consulenze siano accurate dal punto di vista medico, senza che siano imposte ma invece di supporto (UNFPA, 2021; UN CESC, 2000). Questo significa che personale sanitario e altre figure professionali interessate devono assicurare consulenze e informazioni basate su fatti dimostrati riguardo a funzioni, rischi e benefici dei contraccettivi, comunicando in modo da andare incontro alle donne (quando opportuno anche i partner). Queste informazioni possono e devono sfatare tutte le nozioni errate, le false idee e percezioni, i timori che sono i principali fattori del mancato utilizzo. È necessario inoltre spiegare con la massima chiarezza come funziona la contraccezione d'emergenza e distinguerla dall'aborto procurato, cosa particolarmente importante in quelle società e per quelle persone che considerano l'aborto inaccettabile.

Errori di valutazione del rischio

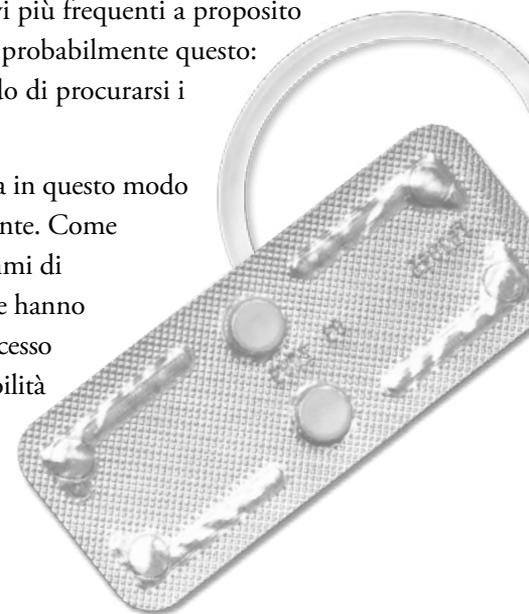
Una delle ragioni più comuni della domanda inevasa è la scarsa frequenza dei rapporti o la percezione di non correre rischi. Perciò è molto importante sapere con certezza quando si è a rischio. Occorre quindi sottolineare la necessità di garantire che una donna sappia

riconoscere il proprio bisogno, invece di lasciare che altri diano per scontata la sua condizione. L'importanza dei rapporti poco frequenti come ragione della domanda inevasa ha indotto alcuni esponenti della comunità che si occupa di salute riproduttiva a raccomandare la messa a punto di un contraccettivo peri-coitale che la donna possa usare solo al bisogno. Sarebbe, idealmente, un metodo che la donna può controllare e utilizzare senza che il partner ne sia a conoscenza. I metodi attuali che possono essere usati in questo modo tendono a essere meno efficaci e richiedono la collaborazione del partner (per esempio il preservativo, il diaframma o il cappuccio cervicale). Nel 2017, l'OMS ha organizzato un incontro sulla contraccezione ormonale pericoitale; i partecipanti hanno concluso che esisteva realmente l'esigenza di tale metodo e che erano necessarie ulteriori ricerche (OMS, 2017), attualmente in corso (Jackson and Dossou, 2021).

Le donne sono nelle condizioni di ottenere un metodo contraccettivo moderno di loro scelta?

Uno degli interrogativi più frequenti a proposito di domanda inevasa è probabilmente questo: le persone hanno modo di procurarsi i contraccettivi?

Inquadrare il problema in questo modo è semplice, ma fuorviante. Come già spiegato, i programmi di pianificazione familiare hanno riscosso un grande successo nell'ampliare la reperibilità dei contraccettivi moderni in quelle comunità che più



ne hanno bisogno. Se è necessario continuare a investire per raggiungere le persone più emarginate, resta il fatto che la maggior parte può affermare che nella propria comunità è possibile procurarsi uno o più metodi di contraccezione. Dunque la domanda dovrebbe essere più complessa: le persone possono procurarsi i mezzi di contraccezione che preferiscono, quando e dove ne hanno bisogno?

I singoli individui hanno bisogno di una gamma di metodi per rispondere alle loro esigenze, che sono varie e mutevoli. Tali metodi devono essere disponibili, accessibili e accettabili, le forniture e i servizi devono essere di qualità e alto livello. In ciascuna di queste aree restano ostacoli significativi, illustrati più avanti nel dettaglio. Nel complesso i dati DHS indicano che una percentuale tra il 7% e il 27% delle donne smette di usare un dato metodo per motivi collegati all'ambiente in cui si offre il servizio, compresa la qualità, la disponibilità di una scelta sufficiente di metodi, il possibile esaurimento delle scorte e l'efficienza delle procedure (Castle and Askew, 2015).

Reperibilità

Reperibilità dei contraccettivi significa molto più che avere il preservativo a portata di mano in un negozio vicino. Comporta la presenza di servizi per la contraccezione, compreso un counselling accurato e sensibile per la pianificazione familiare e un'ampia gamma di scelta. Comporta un numero adeguato di strutture sanitarie, programmi per la pianificazione familiare e personale con una formazione adeguata per assistere la popolazione (UN CESC, 2016). Il Comitato delle Nazioni Unite per i Diritti economici, sociali e culturali ha dichiarato che la "irreperibilità di beni e servizi a causa di politiche o prassi condizionate da ideologie, come il rifiuto di fornire servizi da parte di chi fa obiezione di coscienza, non deve costituire un ostacolo all'accesso ai servizi stessi" (UN CESC, 2016).

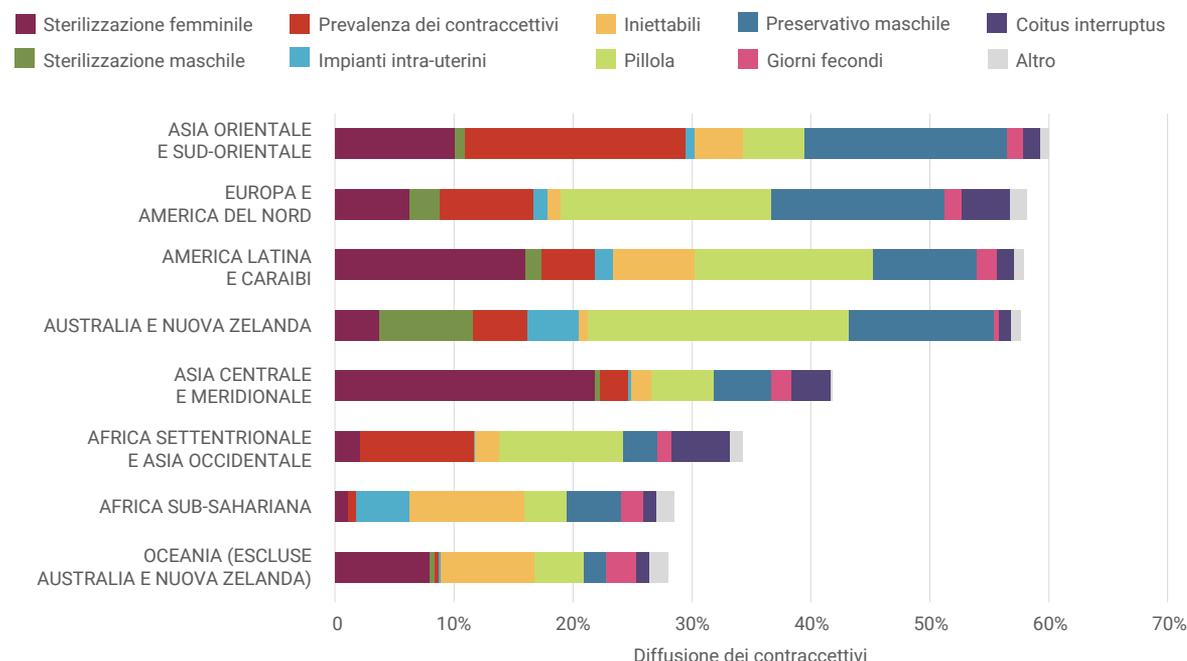
Anche l'esaurimento delle scorte resta un problema significativo per i programmi di pianificazione familiare (cfr. Figura 7). Un'analisi dei dati DHS estesa su diversi paesi ha messo in luce che fino al 5% dei casi di discontinuità

Ostacolare l'accesso a una contraccezione efficace è una violazione dei diritti umani

L'obbligo dei governi a mettere a disposizione informazioni e metodi qualificati per la pianificazione familiare – su una base di uguaglianza e non-discriminazione – è citato esplicitamente nella Convenzione per l'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne e nella Convenzione sui diritti dell'infanzia (UN General Assembly, 1989; UN General Assembly, 1979), oltre a essere ribadito in molti altri trattati sui diritti come il Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali che garantisce l'accessibilità nell'ambito del diritto alla salute (UN General Assembly, 1966). La salute sessuale e riproduttiva è una componente significativa del diritto a uno standard minimo universale di salute, a cui ha diritto ogni singola persona. Pertanto i doveri assunti dai governi esigono che contraccezione e metodi di pianificazione familiare siano disponibili, accettabili, accessibili e di alto livello qualitativo (UN CESC 2000).

FIGURA 6

Distribuzione di contraccettivi, per metodo e per regione, 2019



Fonte dei dati: I calcoli si basano sulla compilazione dei dati a opera di World Contraceptive Use 2019, più altre elaborazioni derivate da insiemi di microdati, sondaggi e stime sulla diffusione dei contraccettivi per l'anno 2019, ricavate da Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2019. Aggregati tenendo conto della popolazione.

Fonte: Nazioni Unite, Dipartimento degli affari economici e sociali, Divisione popolazione (2020). Contraceptive Use by Method, 2019.

Nota: In "Altro" sono compresi i metodi meno moderni come quello dell'amenorrea da lattazione (LAM), i metodi barriera vaginali, la contraccezione d'emergenza, cerotti e anelli vaginali, nonché metodi tradizionali come le lavande vaginali, l'astinenza prolungata, amuleti, formule magiche, erbe medicinali, massaggi addominali e altri ancora.

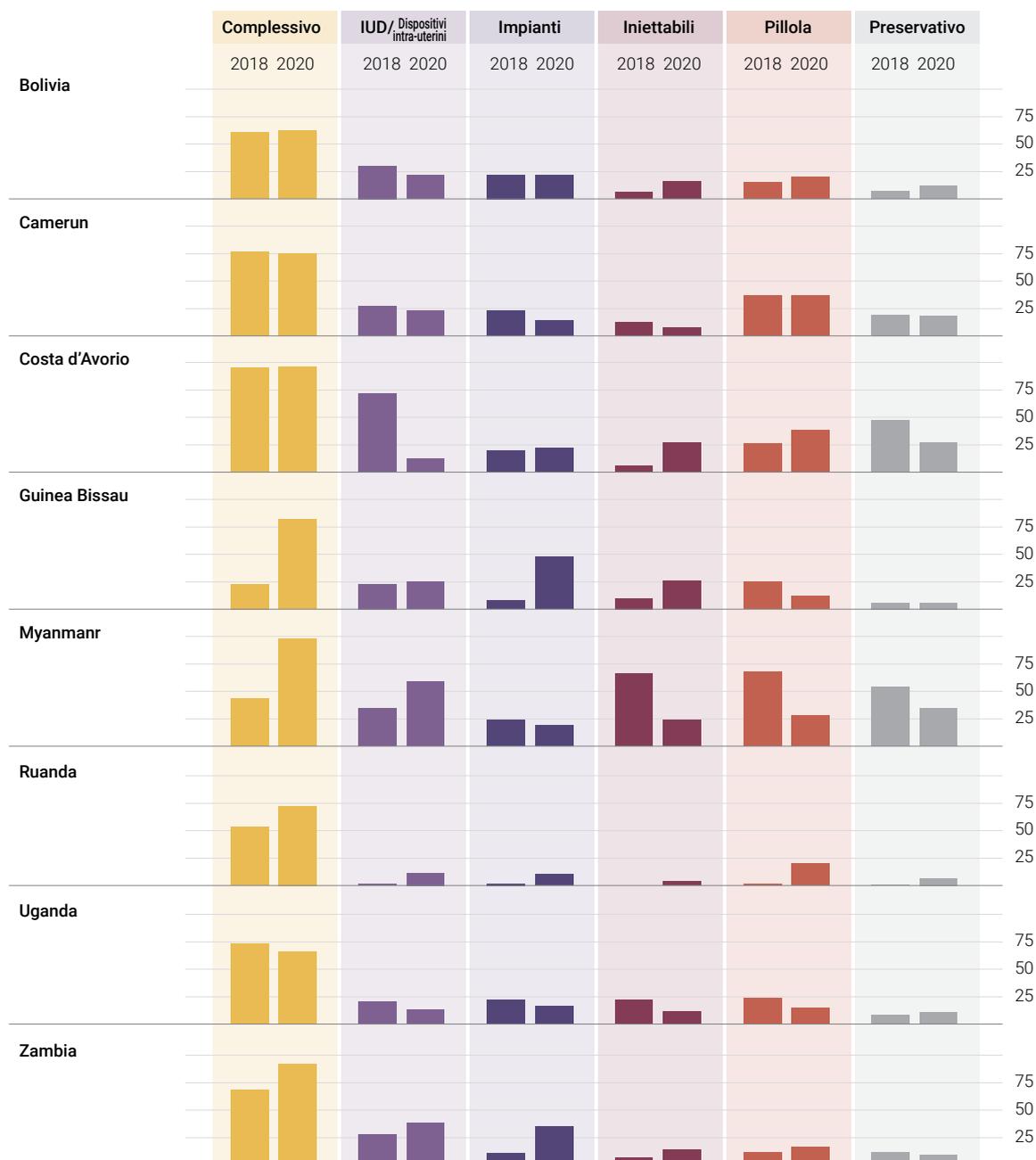
nell'uso dei contraccettivi si deve all'esaurimento delle scorte (Castle and Askew, 2015). Un monitoraggio della catena dei rifornimenti effettuato nel 2017 ha evidenziato che i problemi in queste aree contribuivano in modo significativo a importanti episodi di esaurimento delle scorte dei contraccettivi moderni (Mukasa et al., 2017). Una revisione sistematica eseguita nel 2020 ha analizzato l'impatto dell'esaurimento dei contraccettivi e riscontrato che limita la capacità di usare un metodo prescelto, come si ottengono e anche il loro costo. Valutare la portata di queste conseguenze è però molto

difficile, a causa della varietà di definizioni e criteri di misurazione (Zuniga et al., 2020).

Il problema delle scorte è stato esacerbato dalla pandemia in corso che ha gravemente inciso sulle catene di distribuzione e sull'accesso alle strutture sanitarie. In America Latina, per esempio, l'esaurimento dei contraccettivi unito alla riduzione dei redditi familiari ha portato a una discontinuità nell'uso di metodi moderni per un numero di donne stimato tra i 9 e i 20 milioni (UNFPA, 2020c). Per realizzare un modello dell'impatto potenziale, un'analisi del Guttmacher Institute ha calcolato che una diminuzione del

FIGURA 7

Percentuale di strutture che riferiscono esaurimenti delle scorte il giorno del sondaggio, complessivamente e per metodo, in alcuni paesi selezionati *



Fonte: UNFPA Supplies Facility Survey Reports, 2018 e 2020.

*Sondaggi svolti nel rispetto degli attuali protocolli, linee guida e/o leggi nazionali

Il problema delle scorte è stato esacerbato dalla pandemia di Covid-19.

10% nell'uso di contraccettivi reversibili a breve e lunga durata, causato dalla ridotta reperibilità, porterebbe altri 48 milioni di persone a una domanda inevasa di contraccezione e oltre 15 milioni a incorrere in una gravidanza indesiderata nel corso di un solo anno (Riley et al., 2020).

Accessibilità

Anche quando sono reperibili, non sempre i metodi di contraccezione sono prontamente accessibili. Per accessibilità si intende la possibilità fisica di accesso per chiunque, senza discriminazioni: per le persone con disabilità, per quelle che vivono in località isolate, per quelle sfollate a causa di un conflitto armato o di una calamità naturale, per le/gli adolescenti (UN CESCR, 2016). Significa inoltre che i mezzi per la pianificazione familiare hanno un costo abbordabile e sono erogati in modo da essere accessibili, tenendo conto anche delle abilità linguistiche, del livello di istruzione, di eventuali disabilità e di altri fattori (UN CESCR, 2016). Tra gli ostacoli vanno tenute in considerazione le condizioni economiche e geografiche, i costi (compresi i costi di opportunità, come le spese di viaggio o quelle per l'assistenza a minori), i limiti di età o i requisiti coniugali. Il Comitato delle Nazioni Unite per i Diritti economici, sociali e culturali ha stabilito che, nel rispetto dei diritti umani, queste barriere devono essere rimosse e affrontate attraverso misure di bilancio, programmi, schemi assicurativi, campagne di

sensibilizzazione e altre riforme legislative (UN CESCR, 2000).

Anche le discriminazioni e lo stigma sociale sono stati riconosciuti come ostacoli (Cook and Dickens, 2014). Strettamente collegata a nocivi stereotipi di genere, l'idea che ragazze, donne, persone non-binarie e persone con disabilità “non dovrebbero” avere attività sessuale può far sì che queste si sentano inibite, intimidite, stigmatizzate e di conseguenza non usufruiscano dei servizi per la contraccezione (Horner-Johnson et al., 2020; Cook and Dickens, 2014). I dati del Perù, per esempio, mostrano che la prevalenza d'uso di contraccettivi moderni tra le donne sposate è più che doppia rispetto alle single, tra le adolescenti è inferiore di sette volte a quella delle donne sposate (ENDES, 2020). Anche donne e uomini che sfidano le aspettative sociali e culturali scegliendo di restare “senza figli” affrontano la disapprovazione (Ashburn-Nardo, 2017), giovani e single vengono spesso ostacolate/i se vogliono accedere alla sterilizzazione volontaria (Kimport et al., 2017).

Accettabilità

Le esigenze di contraccezione variano da donna a donna e le esigenze di una stessa donna cambiano nel tempo. Le donne però non sono sempre nelle condizioni di usare il metodo che ritengono più adatto in quel dato momento, in base ai loro desideri e alla loro situazione.

Un fattore chiave dell'accettabilità è il rapporto tra utente ed erogatore dei servizi, essenziale per stabilire una relazione di fiducia e garantire un rapporto soddisfacente, al tal fine è necessario promuovere la permanenza del personale sanitario all'interno di una comunità (WHO, 2014). Il personale sanitario deve erogare informazioni e servizi per la pianificazione familiare in modi che siano rispettosi della cultura personale e della comunità, improntati alla sensibilità verso l'età, il genere, le disabilità e la diversità sessuale dell'utenza (UN CESCRCR, 2016). Deve inoltre essere aggiornato e poter dare informazioni su temi come gli effetti collaterali, la potenziale necessità di ricorrere a metodi di contraccezione discreti, le limitazioni imposte dalla società o dalla comunità. L'OMS raccomanda che il personale sanitario acquisisca una formazione improntata a una sensibilità di genere e adeguata a rispondere alle varie, specifiche necessità di singoli e comunità. Raccomanda inoltre di fornire informazioni e opzioni sul passaggio da un metodo a un altro, nel caso le persone siano diventate insoddisfatte dell'attuale, assicurando servizi di follow-up per gestire eventuali effetti collaterali dei contraccettivi (WHO, 2014).

Qualità

Per qualità dell'assistenza e dei servizi si intende la possibilità di scegliere tra un'ampia gamma di metodi contraccettivi; avere informazioni accurate sulla loro efficacia nonché su rischi e benefici; ricevere consulenze da personale competente e rispettoso che assicuri dignità, non-discriminazione, privacy e riservatezza (UNDP, 2005). Il maltrattamento nelle strutture sanitarie allontana le persone ed è sempre più spesso identificato come violazione dei diritti umani (Kholosa et al., 2016). La qualità dell'assistenza può essere compromessa

anche quando ci si rifiuti o ci si astenga dal comprendere nella fornitura dei servizi per la salute sessuale e riproduttiva nuovi e migliori metodi disponibili (UN CESCRCR, 2016), come la contraccezione d'emergenza (cfr. pag. 82 per le linee guida alle misure politiche).

Un ostacolo tra i più significativi a servizi di qualità è rappresentato dai pregiudizi del personale sanitario. Operatori ed operatrici a volte pensano di essere maggiormente qualificati/e nella scelta del metodo più appropriato per chi li richiede e/o hanno una preferenza personale per certi metodi (Castle and Askew, 2015). I pregiudizi possono basarsi sull'età, il numero di eventuali parti precedenti, lo stato civile e altri criteri, creando difficoltà e imponendo restrizioni non presenti nelle linee-guida normative o suggerite da ragioni mediche (Solo and Festin, 2019). Molto comune è il pregiudizio sulla distribuzione alle/ agli adolescenti di diversi metodi contraccettivi, derivante da luoghi comuni sull'attività sessuale tra giovani o da preoccupazioni, non supportate da prove, circa le conseguenze dei metodi ormonali sulla futura fertilità. Per quanto sia difficile misurare l'incidenza di tali pregiudizi, la mancanza di varietà nei metodi (quando almeno il 50% degli utenti si affida a un solo metodo) è stata identificata come un potenziale indicatore di macro-livello (Solo and Festin, 2019).

I pregiudizi possono pesare anche a livello dei decisori politici, che possono svolgere un ruolo nel limitare la libertà di scelta. Per esempio, se chi detiene il potere nutre un personale pregiudizio contro un metodo come la vasectomia o i contraccettivi orali, potrebbe decidere di non appoggiare programmi e politiche che promuovono la fornitura di tali metodi ai/alle clienti.

Per affrontare e migliorare la qualità dei servizi per la contraccezione, l'OMS raccomanda che il processo di valutazione della qualità (il feedback

delle/degli utenti) sia inglobato nei programmi di contraccezione insieme alla formazione permanente basata sulla competenza e alla supervisione del personale sanitario (OMS 2014).

L'ambiente facilita o ostacola la contraccezione?

Esperte ed esperti di pianificazione familiare esortano le autorità politiche e i sistemi sanitari a creare un ambiente favorevole all'uso dei contraccettivi. Le attività che ne incrementano il ricorso erano definite in passato come

“generazione” o “creazione” della domanda.

Tali termini però, provenienti dal mondo del marketing, danno la scorretta impressione che le donne debbano essere indotte o convinte a usare la contraccezione. Al contrario, gli standard dei diritti umani esigono che le donne e in generale tutte le persone che possono intraprendere una gravidanza, ricevano informazioni, educazione e servizi, che siano sostenute da norme sociali positive, affinché possano compiere le loro scelte in libertà e autonomia. Quale che sia il linguaggio usato, l'ambiente in generale spesso non favorisce l'esercizio della scelta libera e informata.

Più agency grazie ai progressi del movimento self-care

Negli ultimi anni il self-care, o cura di sé, definita dall'OMS come la capacità di singoli, famiglie o comunità di promuovere la salute, prevenire le malattie, preservare lo stato di salute e affrontare malattie e disabilità con o senza l'aiuto di personale sanitario, viene sempre più spesso considerato come uno strumento importante per ampliare l'accesso ai servizi essenziali. **“Gli interventi di self-care sono tra gli approcci più promettenti ed entusiasmanti per migliorare salute e benessere, sia in un'ottica di sistemi sanitari e sia per chi ne usufruisce”** osservava l'OMS nel 2021 (WHO, 2021).

Durante la pandemia da Covid-19, mentre i programmi di pianificazione familiare erano sospesi e i viaggi limitati, questo approccio si è rivelato ancora più vitale. Perciò in diverse ricerche si invita ad “allargare gli approcci di self-care per demedicalizzare la contraccezione” e “espandere l'insieme dei contraccettivi auto-somministrabili” allo scopo di “potenziare l'autonomia decisionale di ciascuno nello stabilire quale metodo usare, quando e dove ottenerlo” (Haddad et al., 2021).

Le linee guida dell'OMS del 2021 per la pianificazione familiare prevedevano le raccomandazioni seguenti:

- *la contraccezione iniettabile auto-somministrata deve essere messa a disposizione come approccio aggiuntivo per erogare una contraccezione iniettabile alle persone in età riproduttiva;*
- *le pillole orali contraccettive da banco (Oral contraceptive pills, OCPs) dovrebbero essere rese disponibili senza ricetta medica per le persone che ne fanno uso*
- *i farmaci da banco per la contraccezione d'emergenza dovrebbero essere distribuiti senza ricetta medica alle persone che desiderano ricorrervi.*

Ostacoli legali

Sono ostacoli legali quelle leggi, misure politiche e prassi che impediscono ad adolescenti e/o donne non sposate di ottenere la contraccezione, nonché quei fattori affini alle restrizioni legali, come l'inadeguatezza dei finanziamenti dei servizi per la salute sessuale e riproduttiva.

Norme improntate alla disuguaglianza di genere e altri ostacoli sociali

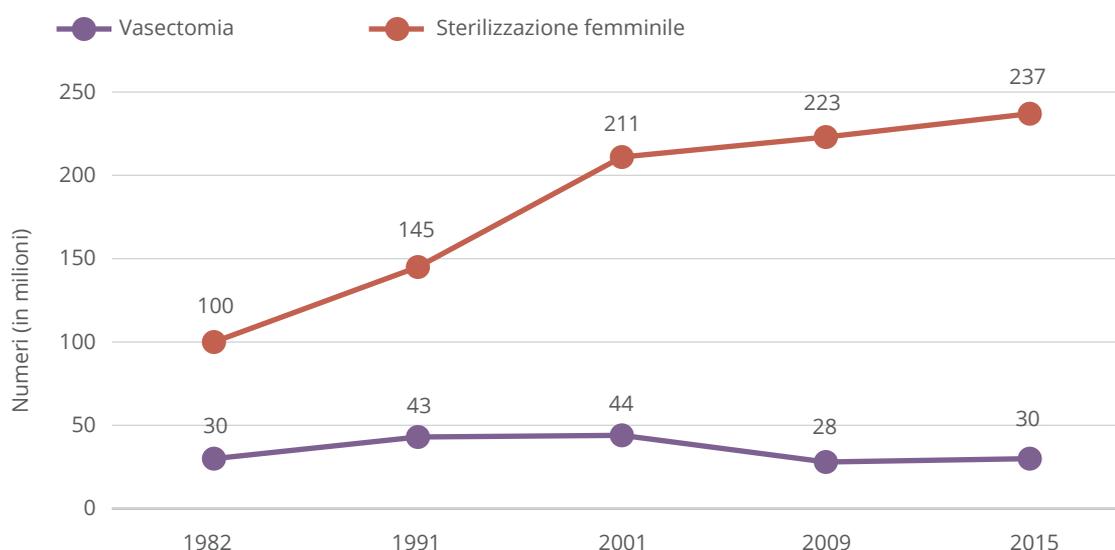
Smantellare norme sociali dannose, comprese quelle che discriminano in base al genere, è un aspetto cruciale nella creazione di un ambiente favorevole. Il legame tra uguaglianza di genere e prevenzione delle gravidanze indesiderate è evidente (cfr. pag. 23, Capitolo 2): le donne che dispongono di agency e libertà di scelta tendono a usare più spesso la contraccezione (United Nations, 2020). Gran parte della resistenza alla contraccezione è radicata nella disuguaglianza di genere, come: opposizione religiosa; la confusione infondata dal punto di vista medico tra contraccezione e aborto; violenza da parte del partner sotto forma di coercizione riproduttiva; pressione sociale o familiare per avere figli, avere una famiglia numerosa o continuare a concepire fino alla nascita di un figlio maschio (preferenza per i maschi), così come stigma, miti e disinformazione. Quando le donne incontrano la resistenza della loro comunità o dei loro partner riguardo all'uso della contraccezione, spesso sono costrette a rinunciarvi o ricorrono a usarla di nascosto per riaffermare la loro autonomia corporea.

Una ricerca svolta in Kenya ha mostrato che il 12,2% delle donne ricorrevano di nascosto alla contraccezione (Akoth et al., 2021); in Ghana, un sondaggio su un campione di 300 donne ha rilevato che il 34% faceva la stessa cosa (Baiden et al., 2016). In entrambi gli studi, il metodo preferito erano i contraccettivi iniettabili.

Questi tassi relativamente elevati di uso clandestino indicano chiaramente che non-uso e discontinuità non rappresentano l'assenza di una domanda di contraccezione e inoltre evidenziano che la scelta di una donna è spesso limitata dalla necessità di un uso di nascosto, il che riflette la sua più generale carenza di libertà.

Persiste poi anche un'aspettativa sociale sulle donne che delega completamente loro la responsabilità della pianificazione familiare. Una parziale motivazione è la distribuzione del rischio: sulla persona che resta incinta pesano tutte le conseguenze fisiche ed economiche della gravidanza, compreso il rischio di morbilità e mortalità materna, la possibilità della perdita del lavoro o del reddito per motivi legati alla gravidanza o al parto. Fattori fortemente acuiti dalle norme sociali. Per esempio, la scarsità di opzioni contraccettive disponibili per gli uomini (analizzata nello speciale di pag. 70) riflette le motivazioni di investitori e responsabili politici, nonché le loro aspettative sulla presenza o mancanza della domanda di mercato. Pillole contraccettive maschili, gel reversibili di lunga durata (che bloccano lo sperma) e contraccettivi iniettabili sono perennemente fermi allo stadio di trial clinici ma non vengono mai immessi sul mercato (Thirumalai and Amory, 2021; Costantino et al., 2007).

Un dato rivelatore è la sterilizzazione, una forma di contraccezione che, se eseguita sugli uomini, risulta meno invasiva e presenta meno rischi: eppure in tutto il mondo emerge una enorme discrepanza nei livelli d'uso, che riflette l'enfasi con cui si mettono le donne al centro dei metodi e dei programmi per la contraccezione. Nel 2015, circa 30 milioni di uomini si sono sottoposti a vasectomia a fronte di 237 milioni di donne che hanno ottenuto un metodo di

FIGURA 8**Tendenze mondiali nell'uso di metodi contraccettivi permanenti**

Fonte: Shelton and Jacobstein, 2016.

contraccezione permanente (UN DESA, 2015). “Sussiste... da tempo un consenso internazionale sull'importanza dell'uguaglianza di genere. Dal punto di vista della vasectomia (sterilizzazione maschile) si osserva tuttavia una disconnessione tra gli impegni dichiarati verso la libertà di scelta e l'equità e la realtà dei programmi”, affermano i ricercatori (Jacobstein, 2015).

La necessità di approcci comprensivi

Questa ricerca dimostra come sia necessario rimuovere nozioni errate in tema di contraccezione, a tutti i livelli. Ci sono convinzioni e pregiudizi che vanno riesaminati sia in chi ne fa uso che nel personale sanitario.

Ma questo vale anche per chi ha responsabilità politiche e di budget, quando il tema delle gravidanze indesiderate è troppo spesso relegato al monitoraggio delle forniture dei contraccettivi, all'erogazione dei servizi o alle attività di counselling sulla pianificazione familiare.

Abbiamo visto che non esiste un singolo approccio, per quanto importante, in grado di soddisfare tutte le esigenze. Occorre invece mettere in atto un insieme di sforzi concertati, a partire dalla base che comprenda tutti i livelli. Donne e ragazze devono avere l'opportunità e le conoscenze per poter spiegare le loro necessità ai loro partner e al personale sanitario, ma anche a ricercatori e personalità politiche. Ma quel che più conta, devono essere ascoltate.

PIANIFICARE IL CAMBIAMENTO

FILIPPINE, 2021 – Dopo aver partorito il sesto figlio, Rahma Samula, 40 anni, di Maguindanao, nelle Filippine, era sfinita. Sua madre ne aveva cresciuti otto. «Vederla ammazzarsi per seguire i miei sette fratelli e sorelle mi ha aiutato a decidere di tentare la pianificazione familiare, cosa che abbiamo concordato insieme, io e mio marito.» Quasi tutti i suoi figli sono nati ad appena un anno di distanza uno dall'altro, ma con l'aiuto di un contraccettivo iniettabile Rahma è riuscita a rimandare l'ultima gravidanza al 2021 – cinque anni dopo l'ultima nascita. Rahma è convinta che senza le iniezioni contraccettive ne sarebbero arrivati altri due. Lei e il marito sono grati al personale sanitario locale che ha fornito diverse opzioni di pianificazione familiare praticabili. In buona salute e lamentando solo, come effetto collaterale, un lieve aumento di peso, Rahma pensa che incrementare l'intervallo tra le nascite e usare i contraccettivi sia stato un bene, per il suo corpo e per tutta la famiglia, «in modo che anche per i figli sia un po' meno dura».

Appena una generazione prima, la storia di Rahma non sarebbe stata così semplice. Nelle Filippine le politiche statali su pianificazione familiare e salute riproduttiva hanno conosciuto molte oscillazioni. Negli anni Ottanta puntavano a limitare la crescita demografica mediante le quote e gli incentivi alla contraccezione, poi si sono allineate alla dottrina cattolica che vieta l'uso dei metodi

basato sulla salute delle persone e sulla salute riproduttiva, con l'impegno di assicurare servizi per la pianificazione gratuiti per le famiglie più povere. Gli influenti leader religiosi continuano però a opporsi a ogni forma di contraccezione che non siano i cosiddetti metodi naturali (basati sui periodi di fertilità).

Eppure, per anni, proprio i leader religiosi e i capi delle comunità locali, insieme alle organizzazioni non-profit, hanno collaborato per distribuire i contraccettivi nelle zone più isolate e tra le famiglie che non potevano permettersi altre bocche da sfamare. Come spiegava a UNFPA, nel 1998, una mamma in un poverissimo e isolato villaggio di pescatori, «Abbiamo un prete che passa di qui, è lui che ci consegna [le pillole per il controllo delle nascite]. Altrimenti non sapremmo dove trovarle.» La legge del 2012, insieme all'impegno di movimenti di base come organizzazioni non governative, organizzazioni per i diritti delle donne e singoli individui, come quel parroco, hanno prodotto un forte impatto positivo e cumulativo sulla situazione dell'accesso alla contraccezione nelle Filippine.

“Io e mio marito abbiamo deciso insieme di usare i contraccettivi perché la vita in questo momento è troppo difficile”

di contraccezione moderna. Per decenni le tensioni tra favorevoli e contrari alla contraccezione hanno portato il paese a percorrere una complicata via intermedia in cui la pianificazione familiare veniva promossa sostanzialmente come aiuto per la salute materna e il benessere della prole, un approccio che emarginava adolescenti e donne non sposate (Alvarez, 1993). Solo nel 2012, con il varo della legge sulla genitorialità responsabile e la salute riproduttiva, il governo ha adottato l'attuale approccio



La legge e le iniziative dei movimenti di base hanno contribuito al cambiamento.
Jay Directo/AFP via Getty Images

Nessun singolo sforzo – da parte del sistema sanitario, di quello legale o della società più in generale – avrebbe potuto da solo generare questo cambiamento. Il merito è stato piuttosto di un impegno olistico, generalizzato e diffuso, portato avanti per anni.

La nuova legge ha contribuito a stimolare gli investimenti negli ambulatori e nelle strutture per la salute riproduttiva: oggi un programma di assicurazione sanitaria copre oltre il 90% dei comuni delle Filippine (FP2030, 2020a). Le accese discussioni sulla contraccezione si

sono placate ed è nato un nuovo dialogo, in cui si parla di libertà di scelta, di diritti e di obiettivi a lungo termine per i singoli e per le famiglie. Personale sanitario, consulenti per la pianificazione familiare e persino alcuni leader religiosi si stanno impegnando per contrastare le informazioni errate e fuorvianti in materia.

«Io e mio marito abbiamo deciso di usare i contraccettivi perché in questo momento la vita è troppo difficile» dice Theresa Batitits, 36 anni, nutrizionista in un villaggio del nord. La coppia ha deciso di spendere

le risorse, appena sufficienti, per l'educazione dei quattro figli che già ci sono. Finora Theresa aveva evitato i contraccettivi ormonali, anche per timore degli effetti collaterali, ma quando un operatore sanitario locale le ha parlato degli impianti di lunga durata ha deciso di provarli. «Prima di dare a una donna gli strumenti per la pianificazione familiare, forniscono informazioni sui diversi metodi, come funzionano e come si usano, quali sono gli effetti collaterali, cose del genere» spiega Theresa.

Anisa T. Arab, di Maguindanao, ha altri 14 tra fratelli e sorelle. È sempre stata determinata, a vent'anni è andata via di casa per opporsi al padre, che voleva farla sposare e smettere di studiare. All'inizio aveva rifiutato la pianificazione familiare, pensando che fosse contraria alla religione, ma «studiando l'Islam ho visto che nella comunità ciò che accade alle donne è ben diverso da quello che dice davvero la nostra fede» spiega. Oggi, a 57 anni, Anisa conduce programmi alla radio, insegna studi islamici (o Uztazah) ed è un'attiva sostenitrice del diritto delle donne all'istruzione e a sposarsi se, quando e con chi desiderano, oltre che a pianificare le proprie famiglie. Insegna la Fatwa (legge islamica) sulla pianificazione familiare, seguendo un'opinione legale approvata da molti studiosi dell'Islam, che chiarisce come la contraccezione non sia proibita. La pianificazione familiare non è un male, dice. Anzi, «quando le donne imparano a prendersi cura del loro corpo, è allora che prendono forma le famiglie migliori.»

Dove trovare leggi e politiche che consentono alle donne di evitare le gravidanze indesiderate?

Gli SDGs costituiscono il primo tentativo di stabilire in modo onnicomprensivo la misura in cui il quadro legislativo e regolamentativo di un paese sostiene la salute e i diritti sessuali e riproduttivi. L'indicatore SDG 5.6.2 esamina leggi e norme e copre quattro componenti: assistenza alla maternità, servizi per la contraccezione, educazione sessuale e servizi per prevenzione e cura di HIV e papillomavirus (HPV).

Non tutte le 13 componenti hanno una relazione immediata con la prevenzione delle gravidanze indesiderate, ma anche quelle con un rapporto meno ovvio (come il vaccino contro l'HPV) riflettono comunque il contesto legislativo generale sulla salute e sui diritti riproduttivi.

L'indicatore relativo a ciascuna componente valuta l'esistenza di una legge in favore e la presenza di potenziali restrizioni. La misura riguarda solo l'esistenza di leggi e regolamenti, non la loro attuazione. Occorre sottolineare che, all'interno delle macroregioni, sussistono variazioni importanti. I dati a livello nazionale sono disponibili in: unstats.un.org/sdgs/dataportal.

L'INDICATORE SDG 5.6.2 misura 13 componenti (C1–C13) in quattro sezioni

Assistenza materna

- C1:** Assistenza materna
- C2:** Strutture e attrezzature salva-vita
- C3:** Aborto volontario
- C4:** Assistenza post-aborto

Servizi contraccettivi

- C5:** Contraccezione
- C6:** Consenso ai servizi per la contraccezione
- C7:** Contraccezione d'emergenza

Educazione alla sessualità

- C8:** Leggi sull'educazione alla sessualità come materia curricolare
- C9:** Argomenti dei programmi scolastici di educazione alla sessualità

HIV e HPV

- C10:** Test e consulenza su HIV
- C11:** Cura e assistenza per l'HIV
- C12:** Tutela della riservatezza per uomini e donne con HIV
- C13:** Vaccino anti HPV

| | ASSISTENZA MATERNA | | | | | SERVIZI CONTRACCETTIVI | | | | EDUCAZIONE ALLA SESSUALITÀ | | | HIV E HPV | | | | | indicatore SDG 5.6.2 (globale) |
|--------------------------------|--------------------|----|----|----|---------------------|------------------------|----|----|---------------------|----------------------------|----|---------------------|-----------|-----|-----|-----|---------------------|--------------------------------|
| | C1 | C2 | C3 | C4 | Media della sezione | C5 | C6 | C7 | Media della sezione | C8 | C9 | Media della sezione | C10 | C11 | C12 | C13 | Media della sezione | |
| MONDO | 85 | 90 | 43 | 78 | 74 | 78 | 82 | 70 | 76 | 66 | 68 | 65 | 87 | 91 | 93 | 54 | 81 | 76 |
| Regioni più sviluppate | 94 | 88 | 71 | 81 | 85 | 84 | 92 | 76 | 84 | 89 | 88 | 88 | 91 | 94 | 95 | 81 | 90 | 87 |
| Regioni in via di sviluppo | 82 | 90 | 33 | 77 | 71 | 75 | 79 | 69 | 74 | 58 | 61 | 58 | 86 | 90 | 92 | 45 | 78 | 72 |
| Paesi meno sviluppati di tutti | 79 | 96 | 29 | 79 | 71 | 72 | 70 | 68 | 70 | 53 | 59 | 56 | 88 | 92 | 93 | 38 | 78 | 71 |

REGIONI UNFPA

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|----|----|----|----|----|----|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Stati Arabi | 73 | 87 | 10 | 88 | 68 | 77 | 67 | 77 | 73 | 31 | 9 | 9 | 89 | 89 | 95 | 8 | 70 | 65 |
| Asia e Pacifico | 78 | 87 | 37 | 82 | 71 | 79 | 80 | 73 | 77 | 65 | 65 | 63 | 85 | 86 | 93 | 45 | 78 | 74 |
| Europa orientale e Asia centrale | 93 | 87 | 65 | 95 | 85 | 86 | 100 | 77 | 87 | 93 | 82 | 87 | 84 | 93 | 94 | 50 | 80 | 84 |
| America Latina e Caraibi | 86 | 86 | 31 | 75 | 70 | 77 | 82 | 60 | 73 | 67 | 77 | 71 | 84 | 86 | 94 | 57 | 80 | 75 |
| Africa orientale e meridionale | 84 | 97 | 28 | 87 | 73 | 69 | 72 | 69 | 70 | 53 | 69 | 61 | 84 | 88 | 90 | 61 | 81 | 72 |
| Africa occidentale e centrale | 83 | 98 | 34 | 65 | 70 | 76 | 77 | 72 | 75 | 52 | 55 | 54 | 89 | 97 | 91 | 35 | 79 | 70 |





Analizzare i costi delle gravidanze indesiderate

Le ripercussioni delle gravidanze indesiderate si estendono ovviamente ad ampio raggio. Le più ovvie riguardano gli esiti diretti delle gravidanze stesse, che siano il parto, l'interruzione volontaria o l'aborto spontaneo. Si potrebbe quindi misurare tali ripercussioni calcolando due scenari possibili: da un lato quello in cui la donna investe tempo e risorse in un figlio, dall'altro quello in cui investe su di sé: ma è una falsa dicotomia. Chi decide di abortire forse preferisce investire le sue limitate risorse nei figli e figlie che già ha. Una donna che non ha l'agency per scegliere la gravidanza spesso non ha nemmeno mezzi per investire su di sé e sulla prole. Una donna con ampie disponibilità economiche può incorrere in altri rischi, per esempio la prolungata esposizione alle violenze del partner.

Distinguere le sfumature è necessario anche quando si considerano le gravidanze che giungono a termine. Molte sono sicuramente accolte con gioia, ma anche molte di quelle che causano timori o sconforto alla fine possono far nascere bambini e bambine profondamente amati, fonte di grande felicità. Bisogna ribadire con fermezza che chi nasce da una gravidanza non pianificata – indipendentemente dalle circostanze – è una persona con un valore intrinseco, una dignità e diritti umani che devono essere difesi. Nessuno di questi elementi entra in conflitto con il fatto che le gravidanze non volute possono avere ripercussioni negative e durature sulle persone e le famiglie coinvolte.

Anziché indagare sulle ripercussioni delle gravidanze non intenzionali, dovremmo risalire indietro, cioè all'esercizio della libertà di scelta, o alla sua privazione, *prima che inizi* la gravidanza stessa. Questo capitolo cercherà di rispondere alle domande che seguono: che differenza c'è tra un mondo in cui tutte le gravidanze sono il risultato di una scelta deliberata e informata e il nostro mondo attuale, in cui quasi metà di tutte le gravidanze avviene senza scelta consapevole? Quali sono le conseguenze della perdita di autonomia corporea in materia di gravidanza? Le società che tollerano alti tassi di gravidanze indesiderate attribuiscono il giusto valore al potenziale delle donne, a prescindere dalle loro capacità riproduttive?

Presentati sotto questo punto di vista, i costi di opportunità sono incalcolabili. Ci sono però dati concreti e quantificabili mediante cui i ricercatori hanno cercato di misurare alcuni costi: quelli che il sistema sanitario deve assumersi per le gravidanze non volute, che giungano o meno a termine; quelli in termini di partecipazione e di opportunità economiche ed educative per le donne i pericoli potenziali, per quanto complessi,

per la salute fisica e mentale di mamme e prole. Ci sono poi i rischi incorsi da chi decide di abortire, specie in quei posti dove le leggi sono molto restrittive, dove le donne ricorrono ad aborti clandestini andando spesso incontro a gravi conseguenze, a volte letali.

Queste misurazioni non sono che il punto di partenza, ma danno il via a un processo vitale: quello di comprendere più chiaramente il modo in cui le società e le economie sono condizionate da gravidanze non volute o non pianificate.

Calcolare l'incalcolabile

Si fanno molte ipotesi sulle conseguenze delle gravidanze non intenzionali non facili da confermare o da smentire. Alcuni ritengono, per esempio, che tassi più elevati di nascite indesiderate possano portare a una crescita dei tassi di criminalità o dello stress in famiglia (Yazdkhasti et al., 2015). Questi punti, controversi e provocatori, riflettono le difficoltà concrete per comunità e famiglie, che potrebbero essere conseguenze di tali eventi. Ci sono poi altri costi che è impossibile calcolare, come la stigmatizzazione delle donne non sposate, che possono ripercuotersi per tutta la vita e anche per più generazioni.

Un esempio della proliferazione di conseguenze difficili da misurare è quella che spesso ricade su adolescenti e giovanissime che rimangono incinte senza averlo desiderato. Spesso le ragazze devono lasciare la scuola (o perché non è consentita la frequenza e/o perché devono prendersi cura del bambino o della bambina che nascerà). Riprendere a studiare è difficile, spesso impossibile, sono pochi gli istituti che assicurano un ambiente che favorisca l'allattamento e l'assistenza a neonati/e o consentono orari flessibili (Human Right Watch, 2018). Non

avendo concluso gli studi, queste ragazze hanno minori opportunità di occupazione e un potenziale di reddito più basso. Se il bambino o bambina è nato/a fuori dal matrimonio, ulteriori discriminazioni attendono le madri e i/le figli/e (Human Rights Watch, 2018).

Quasi in tutte le ricerche vengono sottolineati questi limiti. “Il vero danno per la qualità della vita è incalcolabile” si legge in un’analisi del 2015 condotta su altri studi, riguardo alle conseguenze negative delle gravidanze indesiderate (Yazdkhasti et al., 2015). “Le gravidanze indesiderate producono una serie di conseguenze avverse... che non entrano mai nelle discussioni sulle leggi finanziarie... Ma nel complesso i dati suggeriscono che si tratta di una delle principali criticità per i sistemi sanitari e impongono ovunque pesantissimi costi economici e sociali” (Yazdkhasti et al., 2015).

Calcolare il calcolabile

Partecipazione al mondo del lavoro e capacità di reddito

Malgrado le tante difficoltà, esistono strumenti statistici per misurare alcuni degli impatti di tali gravidanze. Una ricerca negli Stati Uniti ha rilevato, per esempio, che le nascite non pianificate comportano una riduzione dell’inserimento nel mondo del lavoro fino al 25%. Lo studio ha cercato di calcolare le ripercussioni delle nascite non pianificate e di quelle intempestive, per esempio quando una donna che avrebbe voluto un figlio a 28 anni rimane incinta a 25 (Nuevo-Chiquero, 2014). L’impatto economico

Le gravidanze indesiderate portano a violazioni dei diritti umani

Con l’eccezione delle gravidanze derivanti da violenze sessuali e da varie forme di coercizione riproduttiva, la maggior parte delle gravidanze indesiderate non sono diretta conseguenza di violazioni dei diritti umani. Possono però avere ripercussioni che rendono donne e ragazze più vulnerabili a tali violazioni. Tra gli effetti negativi generalmente riconosciuti, le gravidanze indesiderate si associano a una tardiva assistenza prenatale e quindi a esiti potenzialmente peggiori per la salute delle gestanti (Khan et al., 2019), nonché – se la gravidanza prosegue – a parti prematuri (Orr et al., 2000). Che sia o meno desiderata, la gravidanza può comportare un forzato abbandono scolastico (Human Right Watch, 2018a) o discriminazioni sul lavoro (ILO, 2012). Queste a loro volta possono aggravare situazioni socio-economiche già fragili e che spesso sono all’origine della gravidanza stessa (Aiken et al., 2015). In casi estremi, le gravidanze fuori dal matrimonio possono essere punibili come reato (Canada: Immigration and Refugee Board of Canada, 2013) persino con la morte, con sentenza del tribunale o con atti extra-giudiziali come i cosiddetti “delitti d’onore” o il suicidio (UN HRC, 2012; Mansur et al., s.d.).

Salute, istruzione, occupazione e non-discriminazione sono tutelate dagli strumenti internazionali sui diritti umani; se una gravidanza indesiderata compromette e mina l’esercizio di tali diritti da parte di donne e ragazze, i governi devono – da soli o in collaborazione con organismi non legislativi nazionali e internazionali – adottare ogni possibile misura con leggi, politiche, programmi, stanziamenti e atti amministrativi finalizzati al rispetto, alla tutela e al pieno godimento dei diritti (UN ECOSOC, 1990).

delle gravidanze indesiderate sul benessere familiare è molto maggiore nelle famiglie a basso reddito che in quelle con un reddito maggiore e che dipendono in misura minore dagli stipendi grazie a risparmi e altri beni su cui possono contare (Nuevo-Chiquero, 2014).

Costi per il sistema sanitario

È possibile calcolare inoltre l'onere economico di eventi come una gravidanza o l'assistenza per l'aborto. Ma attenzione: non si può semplicemente conteggiare ogni dollaro di spese sanitarie per ogni donna che presenta una gravidanza indesiderata, poi raffrontarlo con quelli spesi per le donne non incinte. Spesso si tratta di gravidanze più intempestive che non volute, il che significa che la stessa donna avrebbe comunque potuto incorrere negli stessi costi sanitari correlati, ma in circostanze diverse. Se invece presumiamo che le donne preferirebbero creare o allargare la famiglia in condizioni economicamente solide, possiamo cominciare a dare un senso ai costi.

Da una ricerca condotta negli Stati Uniti è emerso che le gravidanze indesiderate in donne con basso reddito e sotto la soglia di povertà hanno comportato altissimi costi per il sistema sanitario pubblico: "La spesa federale complessiva per le gravidanze indesiderate ammonta, per il solo 2010, a circa 21 miliardi di dollari" (Sonfield and Kost, 2015). Nel frattempo quei costi hanno continuato a crescere. Gli stessi ricercatori hanno stimato anche il risparmio lordo potenziale che si sarebbe potuto realizzare evitandole: circa 15,5 miliardi di dollari (Sonfield and Kost, 2015).

Osservando i dati del 2010 in Brasile, un'altra ricerca ha stimato che i costi totali delle gravidanze indesiderate nel paese ammontavano a circa 2,33 miliardi di dollari (al cambio del 2010). Tali

costi derivavano in piccola percentuale (0,8%) dall'assistenza per aborti spontanei e per il 30% dalle spese correlate al parto, mentre circa il 70% veniva speso per curare complicanze in bambini e bambine nati/e da gravidanze non pianificate. Nelle ricerche sono stati esclusi i costi degli aborti procurati, sicuri o meno, delle morbidità materne e dell'assenza delle donne dal lavoro (Le et al., 2014).

Si tratta di studi che interessano paesi specifici e dalla portata limitata. Le difficoltà per calcolare costi analoghi per tutto il mondo, o per macro-regioni, sarebbero enormi, specie in mancanza di un consenso comune sulle metodologie di calcolo e persino su quali costi calcolare. È comunque evidente che le spese per gravidanze e parti vanno a comporre somme ingenti.

L'altro costo enorme che deriva indirettamente da questo problema è quello legato all'aborto volontario e all'assistenza post-intervento. Il Guttmacher Institute ha commissionato un'ampia ricerca al riguardo. Dalla sua sintesi più recente, *Adding It Up*, risulta che ogni anno i paesi a basso e medio reddito spendono per questo circa 2,8 miliardi di dollari, un costo che potrebbe essere quasi dimezzato, portandolo a 1,5 miliardi, se tutte le esigenze di contraccezione nei paesi interessati fossero pienamente soddisfatte (Sully et al., 2020).

Ripercussioni sulla salute mentale

Quando si parla di gravidanze indesiderate e salute mentale può essere difficilissimo ricollegare e ricostruire cause ed effetti, perché entrambi gli elementi possono essere fattori sia attivi che passivi delle stesse vulnerabilità. Per esempio, la violenza del partner può provocare una perdita di agency che porta a una gravidanza



© UNFPA/Fidel Évora

indesiderata, anche al degrado della salute e del benessere mentale (Gipson et al., 2008). Alcune ricerche hanno comunque cercato di indagare tali rapporti: rafforzando la tesi secondo cui le gravidanze indesiderate sono spesso fattori causali della depressione e del peggioramento del benessere psicologico.

Depressioni post-partum

Una meta-analisi recente su 30 studi e oltre 65.000 partecipanti ha riscontrato che le donne rimaste incinte senza averne intenzione correvano un rischio molto più alto di andare incontro alla depressione post-partum rispetto a quelle rimaste incinte per scelta – con un quoziente di probabilità di 1.53 (Qui et al., 2020). Questa correlazione è emersa in numerosi studi riguardanti paesi e regioni del mondo molto diversi (Steinberg et al., 2020; Brito et al., 2015).

Nei paesi ad alto reddito, uno studio longitudinale su 21 anni condotto in Australia ha osservato i fattori associati al parto che influivano sulla depressione. Il 21% delle donne inserite nello studio lamentavano un “forte peggioramento” della depressione in qualche fase del dopo-parto. I fattori di predizione più

evidenti erano le relazioni conflittuali con il partner, ansia e stress durante la gravidanza, diversi sintomi negativi occorsi durante la gravidanza, una rete sociale ristretta; un fattore meno importante, ma comunque statisticamente significativo, era l’incertezza sul desiderio di avere un figlio (Kingsbury et al., 2015).

Le donne che desiderano interrompere la gravidanza ma non possono ricorrere all’aborto potrebbero essere particolarmente a rischio. Uno studio di coorte condotto in Brasile nel 2011 ha studiato la depressione in 1057 donne, notando un’incidenza maggiore di depressione post-partum nelle donne che avevano tentato di abortire senza riuscirci, rispetto a un gruppo di controllo che non voleva abortire: lo stesso rapporto persisteva dopo aver controllato altri fattori potenzialmente predittivi di depressione post-partum, come lo stato di salute mentale prima della gravidanza (Ludermir et al., 2011). Analogamente, un’analisi del 2017 su dati longitudinali rilevati negli Stati Uniti ha riscontrato, nelle donne a cui era stato negato l’accesso all’aborto, un rischio maggiore di esiti psicologici avversi rispetto a coloro che erano riuscite ad abortire (Biggs et al., 2017).

Il “Turnaway Study”

Una ricerca notevole condotta negli Stati Uniti, “The Turnaway Study” (Studio sulle respinte) si è prefissa di comprendere le persone incinte a cui era stato negato l’aborto, per confrontare le loro situazioni con quelle di chi aveva potuto farlo (Foster, 2020). Circa 950 donne che avevano chiesto di abortire sono state seguite per cinque anni: alcune erano state “respinte” perché avevano fatto domanda oltre il termine consentito. “Non ci risultano prove che l’aborto sia nocivo per le donne... Le donne che vi hanno fatto ricorso erano nelle stesse condizioni, o spesso in condizioni migliori, di quelle a cui era stato negato” dicono i ricercatori e le ricercatrici.

Questa constatazione comprendeva la salute fisica, la situazione occupazionale ed economica, la salute mentale. La ricerca ha rilevato che le donne sottoposte ad aborto “avevano maggiori probabilità di avere una gravidanza desiderata e di avere una relazione sentimentale soddisfacente e stabile negli anni a venire”.

Tra le donne “respinte” seguite dallo studio, le cause collegate al parto hanno provocato due decessi e altre complicazioni, come dolori cronici e crescenti, ipertensione e un generale peggioramento delle condizioni di salute protratto negli anni. Nel periodo immediatamente successivo alla respinta richiesta di aborto, molte riferivano un crescente stato d’ansia e una diminuzione dell’autostima. Le donne a cui era stato negato l’aborto riuscivano meno spesso ad allontanarsi da partner violenti e molte dichiaravano di avere difficoltà economiche.

Questo lavoro fondamentale e le decine di articoli accademici a cui ha dato origine hanno ricevuto negli anni molte attenzioni per l’impostazione pionieristica e anche perché i risultati dimostravano che non solo l’aborto non era nocivo ma che in molte donne finiva per tradursi in un maggiore benessere.

“Le donne capiscono la portata e le conseguenze di una gravidanza indesiderata portata a termine” dice a UNFPA la prof. Diana Greene Foster, la ricercatrice responsabile dello studio. “In tutti i principali ambiti di interesse – economico, di salute, di responsabilità e di capacità di programmare il proprio futuro – le donne che non avevano abortito se la cavavano peggio delle altre.”

Conseguenze per la salute fisica

Rischi associati alle nascite non pianificate

Se il legame tra gravidanze indesiderate e rischio di morbilità e mortalità materna non è stato sufficientemente studiato, alcune correlazioni sono state osservate nella letteratura esistente (Tsui et al., 2010; Gipson et al., 2008; Mohllajee et al., 2007) e ulteriormente confermate dall’analisi originale offerta nel Capitolo 2

di questo rapporto. Uno dei motivi per cui la gravidanza indesiderata si associa a un aumento della mortalità materna è una semplice correlazione: più è alto il numero di gravidanze e parti, più cresce il numero di donne che muore per le conseguenze avverse. Per questo qualsiasi programma di salute pubblica che intenda ridurre il numero di morti materne include, tra i fondamentali della sua azione, anche la contraccezione. Più si riescono a ridurre le gravidanze indesiderate,

più è possibile ridurre il numero di donne che riportano lesioni o che muoiono per cause correlate alla maternità.

Un secondo motivo per cui impattano sulle morti materne, già esplorato in numerosi contesti, riguarda fattori che in generale accrescono i rischi per le donne, come la povertà, l'accesso limitato ai servizi sanitari, inferiori livelli di istruzione eccetera, tutti fattori che incrementano inoltre il rischio di complicazioni derivanti dal parto, comprese la mortalità e la morbilità materna. Questo vale anche per le donne più anziane e per le multipare (Bauserman et al., 2020; Gipson et al., 2008; Campbell and Graham, 2006). Inoltre un'analisi multipaese dei dati DHS ha mostrato che in media, rispetto alle



© UNFPA/Fidel Évora

donne che avevano programmato la gravidanza, quelle con una gravidanza non pianificata tendevano a presentarsi più tardi per essere seguite dall'assistenza antenatale e si sottoponevano a un minor numero di visite (Amo-Adjei and Tuoyire, 2016). Alcuni studi condotti nei paesi in via di sviluppo hanno mostrato che le gravidanze indesiderate si associano a patologie come la pre-eclampsia, l'emorragia post-partum e la pre-eclampsia post-partum. Questo è emerso anche in uno studio su larga scala condotto in India, nello Stato dell'Uttar Pradesh, dove si è constatato che la prevalenza di tali patologie contribuiva a un alto tasso di mortalità materna (Dehingia et al., 2020); questo studio ha scoperto che l'associazione con la morbilità materna si spiegava in parte con il basso livello di assistenza antenatale che le donne con una gravidanza indesiderata avevano avuto prima del parto (Dehingia et al., 2020).

I rischi per la salute sono spesso più gravi tra le madri adolescenti. Le ragazze incinte nella fascia di età 10-19 vanno incontro a maggiori rischi di eclampsia, endometriosi puerperale e infezioni sistemiche rispetto alle donne nella fascia 20-24 anni (WHO, 2020a). In tutto il mondo le complicazioni di gravidanza e parto sono la principale causa di morte per le giovani tra i 15 e i 19 anni (WHO, 2019).

È comunque difficile individuare un rapporto causale diretto perché tanti dei fattori che incidono sulla salute materna (come povertà, istruzione limitata e scarso accesso alle strutture sanitarie) sono anche fattori predittivi di tassi elevati di gravidanze non pianificate. Tale considerazione conferma le conclusioni del Capitolo 3: ridurre i livelli di gravidanze indesiderate è strettamente legato al generale conseguimento degli obiettivi di sviluppo, e in particolare di quelli relativi alla salute, all'istruzione e all'uguaglianza di genere.

I rischi dell'aborto clandestino

Tra le tante ripercussioni, una spicca per l'evidente rapporto causa/effetto con una scarsa salute materna e, a livello globale, per le dimensioni inaudite: l'aborto clandestino o non sicuro. Si stima che dei circa 121 milioni di gravidanze indesiderate che si sono verificate ogni anno tra il 2015 e il 2019, circa il 61% sia stato interrotto volontariamente (Bearak et al., 2020). Ogni anno si praticano, secondo le stime, 73,3 milioni di aborti, corrispondenti a circa 39 aborti per 1000 donne nella fascia di età 15-49 anni ((Bearak et al., 2020). I dati relativi al periodo 2010-2014 suggeriscono che circa il 45% di tutti gli aborti

eseguiti nel mondo avviene in condizioni non sicure (Ganatra et al., 2017).

Quasi tutti gli aborti clandestini si praticano nei paesi in via di sviluppo; oltre la metà si pratica in Asia, quasi tutti nell'Asia Meridionale e Centrale per via delle popolazioni molto numerose in queste regioni. D'altra parte, in altre parti del mondo si registra una maggiore percentuale di aborti a rischio, su tutti quelli effettuati: su quattro aborti praticati in Africa e in America Latina, tre avvengono in condizioni non sicure, e in Africa si registra il rischio più elevato di morire per un aborto clandestino (Ganatra et al., 2017).

Contracezione e aborto sicuro: gli strumenti chiave per la prevenzione delle morti materne

Le ricercatrici e i ricercatori del Guttmacher Institute hanno calcolato che rispondere pienamente alle esigenze di contraccezione delle donne dei paesi a medio e basso reddito, assicurare l'assistenza medica prenatale e neonatale secondo i livelli raccomandati dall'OMS, farebbe diminuire del 72% gli aborti a rischio e ridurrebbe del 62% le morti materne (Sully et al., 2020). Sarebbero miglioramenti fondamentali per ridurre mortalità e morbidità, ma è quasi certo che continueremmo a registrare troppe conseguenze negative e morti materne in quei contesti che ostacolano l'accesso all'aborto in sicurezza. Questo perché, come illustrato nei capitoli precedenti, è impossibile eliminare del tutto il rischio di una gravidanza indesiderata nelle attuali, concrete condizioni.

*Ridurre
gli aborti
clandestini
del 72%*

Quando si pratica un aborto in condizioni di sicurezza, con personale sanitario qualificato, il rischio di complicazioni è molto basso rispetto al rischio associato al parto da una gravidanza non pianificata (Gerdtts et al., 2016) e anche al parto in generale (Raymond and Grimes, 2012).

L'aborto medico - inteso come opzione che può essere eseguita all'inizio della gravidanza ambulatoriamente, tramite telemedicina o in autogestione - rappresenta una possibilità di abortire in sicurezza (Gambir et al., 2020), purché sia correttamente somministrato nella primissima fase della gravidanza. La sua disponibilità è però limitata in molti contesti a basso e medio reddito anche dove è legale (Zhou et al., 2020). Per eliminare in modo efficace le catastrofiche conseguenze dell'aborto clandestino, occorre migliorare l'intera gamma dei servizi correlati, in particolare assicurare la formazione specifica del personale sanitario, garantire l'igiene e la riservatezza dell'ambiente, controllare che farmaci e strumentazioni siano disponibili a costi contenuti: condizioni che possono essere garantite solo da regolamenti e investimenti nel settore della salute pubblica. Sono queste alcune delle ragioni per cui l'OMS e numerosi organismi per i diritti umani raccomandano la rimozione degli ostacoli legali all'aborto sicuro, soprattutto quando sono in pericolo la salute e la vita stessa.

A livello globale, l'aborto è una delle principali cause di morti materne (Say et al., 2014). Come già sottolineato, secondo le stime ogni anno una percentuale compresa tra il 4,7% e il 13,2% di tutte le morti materne si può attribuire agli aborti clandestini (WHO, 2020). Questo dato rappresenta un ostacolo persistente verso il conseguimento dell'Obiettivo di sviluppo 3, e nello specifico minaccia il target 3.1, ridurre il tasso di mortalità materna globale per arrivare a 70 su 100 000 nati vivi entro il 2030.

Un numero addirittura superiore di donne riporta patologie e disabilità in conseguenza di un aborto clandestino; i dati del 2012 indicano che ogni anno circa 7 milioni di donne sono ricoverate negli ospedali dei paesi in via di sviluppo per questa ragione, e il costo annuo delle terapie per le principali complicazioni si aggira attorno ai 553 milioni di dollari (WHO, 2020).

La morbilità materna è spesso una conseguenza, sia nel breve che nel lungo periodo. Due studi recentemente commissionati dall'OMS hanno analizzato gli esiti di oltre 20.000 aborti clandestini praticati nell'Africa sub-sahariana, in America Latina e nei Caraibi; una piccola percentuale ha portato la donna alla morte o "vicinissimo alla morte" (2,3% in Africa, 1,3% in America Latina), mentre il 7% delle donne africane e il 3,1% di quelle americane ha riportato complicazioni potenzialmente fatali (Qureshi et al., 2021; Romero et al., 2021). Circa la metà delle donne sotto osservazione aveva riportato complicazioni almeno moderate, con potenziali ripercussioni per anni (58,2% in Africa e 49,5% in America Latina (Qureshi et al., 2021); Romero et al., 2021). Uno studio del 2006 ha osservato che morbilità e mortalità in seguito agli aborti a rischio causavano ogni



© UNFPA/Fidel Évora

anno la perdita per disabilità di 5 milioni di anni-vita (l'indice che misura la perdita della vita produttiva di un individuo) tra le donne in età riproduttiva, persino questa cifra mostruosa è probabilmente sottostimata rispetto alla realtà (Grimes et al., 2006). In base a qualsiasi criterio, si tratta di numeri che rappresentano un'emergenza sanitaria per milioni di donne vulnerabili in età fertile.

Ripercussioni sui bambini e bambine nati/e da gravidanze indesiderate

Come indicato in precedenza, secondo molte ricerche le gravidanze indesiderate si associano a un ricorso tardivo all'assistenza antenatale e/o a una minor frequenza di visite. Le visite antenatali non sono importanti solo per la salute delle donne; riducono anche il rischio di morte neonatale (Wondemagegn et al., 2018) e tra i molti benefici migliorano anche le opportunità nutrizionali dei bambini e delle bambine.

Le conseguenze negative delle gravidanze indesiderate non si verificherebbero se fin dall'inizio le donne avessero l'empowerment per attuare scelte consapevoli e libere sulla loro fertilità e sul loro futuro riproduttivo.

Secondo studi svolti in diversi paesi occidentali, le donne non sposate che definiscono indesiderata la loro gravidanza avevano una probabilità significativamente più bassa di ricorrere a una visita prenatale nelle prime otto settimane di gestazione, e una probabilità doppia di presentarsi dopo il primo trimestre per ricevere assistenza antenatale (Vanden Broek et al., 2016; Heaman et al., 2013; Korenman et al., 2002; Kost et al., 1998). Non tutte, ma la maggior parte delle ricerche sui paesi in via di sviluppo hanno a loro volta riscontrato che questa condizione si riflette sulla tempistica e sulla frequenza delle visite prenatali. Per esempio, induce a visite prenatali più tardive e meno frequenti secondo gli studi multipaese DHS (Amo-Adjei and Tuoyire, 2016) e secondo altre ricerche svolte in Egitto, Perù e Filippine (Gipson et al., 2008).

La gravidanza indesiderata può ripercuotersi negativamente sui tassi di allattamento al seno, pratica raccomandata dall'OMS per migliorare le probabilità di sopravvivenza del neonato o neonata e promuoverne una crescita sana

(WHO, 2021a). Decenni di studi condotti in Europa e negli Stati Uniti mostrano che i bambini e le bambine nati/e da queste gravidanze hanno meno probabilità di allattamento o maggiori probabilità di esserlo per un periodo più breve (Gipson et al., 2008). In base ad alcune ricerche si è osservato che persino tra i figli e figlie di una stessa famiglia, chi nasce da una gravidanza pianificata ha maggiori probabilità di allattamento al seno (Korenman et al., 2002). Un'analisi dei dati DHS raccolti in 18 paesi ha evidenziato che nel complesso la probabilità di protrarre l'allattamento oltre il primo anno di vita era inferiore di circa il 10% tra le donne con gravidanze indesiderate, anche se questo schema non si ripete coerentemente nei paesi interessati (Hromi-Fiedler and Pérez-Escamilla, 2006).

Questi bambini e bambine possono inoltre essere svantaggiati dal punto di vista delle vaccinazioni, delle malattie e dell'assistenza terapeutica; si tratta di un'associazione evidenziata da alcuni studi (Gipson et al., 2008), ma che sembra altamente legata a specifici contesti.

Molte ricerche hanno cercato di capire se bambini e bambine nati/e da una gravidanza non desiderata abbiano maggiori probabilità di uno scarso peso alla nascita, indicatore importante del benessere, rispetto a chi nasce da gravidanze pianificate e se vi sono conseguenze a lungo termine come malnutrizione e arresto nella crescita. I risultati sono diseguali, alcuni non evidenziano alcuna associazione di questo tipo (Bitto et al., 1997). Gli studi DHS indicano che bambini/e nati/e da nascite non pianificate correvano un rischio maggiore, in misura statisticamente significativa, di non ricevere tutte le vaccinazioni infantili entro il primo anno di vita in Egitto, in Kenya e in Perù, ma non in Bolivia e nelle Filippine (Marston and Cleland, 2003).

Dalla stessa analisi emerge la maggiore probabilità di malnutrizione cronica in Perù e in Bolivia, ma non in Egitto (Marston and Cleland, 2003).

Altre ricerche evidenziano un'associazione tra gravidanze indesiderate e insufficienza ponderale e/o malnutrizione. In una serie di studi condotti in Bangladesh, per esempio, i ricercatori hanno osservato che “le donne che dichiaravano indesiderata la loro gravidanza avevano una probabilità maggiore di 3,19 volte di avere un bambino o bambina con uno scarso peso ponderale, rispetto a quelle con una gravidanza desiderata” (Rahman et al., 2019), e che “le intenzioni materne rispetto alla gravidanza si associano a ritardi di sviluppo e di crescita staturale e ponderale” (Rahman, 2015). In Bolivia e in Etiopia chi nasce da gravidanze indesiderate corre un rischio circa triplo malnutrizione (Shaka et al., 2020; Shapiro-Mendoza et al., 2005). Alcuni/e bambini/e vanno incontro a problemi specifici, come le bambine in società in cui prevale la preferenza per i figli maschi o le figlie più piccole nelle società in cui è diffusa l'usanza della dote (Gipson et al., 2008).

Una delle ragioni delle discrepanze tra gli studi è il problema delle definizioni, già emerso più volte in questo rapporto: alcuni studi usano i termini “non intenzionale” e “non voluta” in modo intercambiabile, mentre la maggioranza degli effetti negativi si possono riscontrare in seguito alle gravidanze “non volute” rispetto a quelle “impreviste ma comunque volute” o a quelle “intempestive”. Accertare questo genere di differenze è molto difficile e si riflette sui risultati delle ricerche. Stabilire un rapporto di causa/effetto è ancora più complesso. In uno studio condotto in Bangladesh si ipotizza che lo stress derivante da una gravidanza non voluta

possa influenzare l'esito del parto (Rahman et al., 2019), mentre altre ricerche suggeriscono che bambini/e nati/e da gravidanze “non volute” sono allevati/e in ambienti meno favorevoli per la crescita.

Occorre infine notare che altri fattori si associano in misura significativa alle varie conseguenze sulla salute dei bambini e delle bambine. In Etiopia per esempio si comprendono, tra i fattori predittivi della malnutrizione, il livello di istruzione paterna e altri ancora (Shaka et al., 2020). Come accade con le conseguenze sulla salute materna, è difficile collegare tutte le cause ai loro effetti. Resta comunque chiaro che molti dei fattori che limitano l'esercizio di agency di una donna – come la povertà e il livello di istruzione – sono gli stessi che aggravano le conseguenze per la salute delle madri, di bambini e bambine, infine delle famiglie.

Da questi studi si può trarre una conclusione, spesso non dichiarata: le conseguenze negative non si verificherebbero se le donne avessero avuto fin dall'inizio l'empowerment per fare scelte consapevoli e deliberate sulla loro fertilità e sul loro futuro riproduttivo. Un mondo senza gravidanze indesiderate naturalmente non sarebbe esente da ogni conseguenza negativa, ma le società, assicurando alle donne l'empowerment per esercitare la libertà di scelta, potrebbero fare moltissimo per evitare tali circostanze e i costi concomitanti, promuovendo al tempo stesso la dignità, i diritti e l'agency di ogni persona, con grandi benefici per tutte e tutti. Un passo importante in questa direzione verrebbe dall'approfondire le ricerche sulle molteplici, misurabili e incommensurabili conseguenze, comprese quelle illustrate fin qui, per capire meglio i costi, spesso nascosti, di questa crisi troppo trascurata.

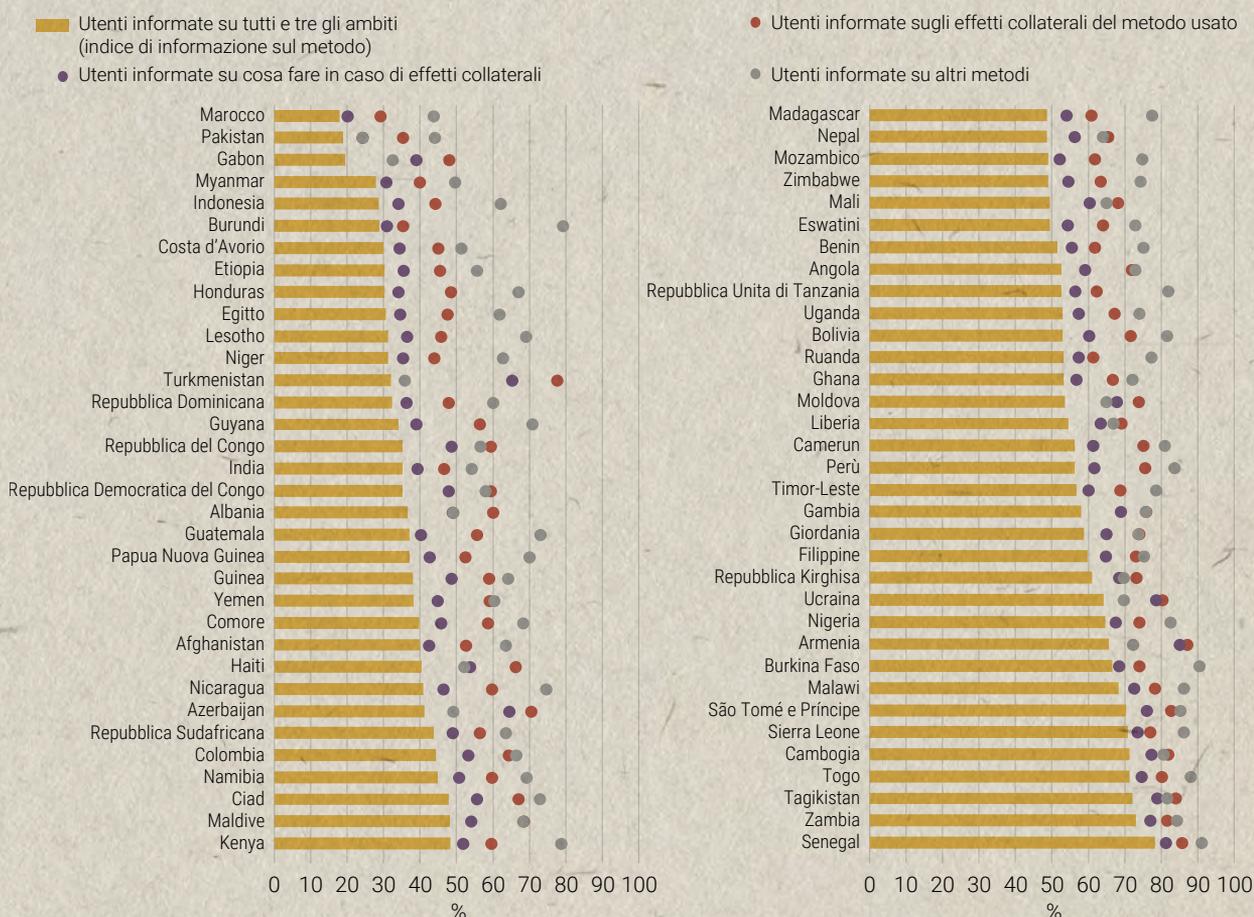
Dove e come le esigenze contraccettive restano inevase: spunti di riflessione dai programmi di pianificazione familiare di UNFPA

Insieme ad Avenir Health, UNFPA analizza i dati sulle esigenze e sull'uso dei contraccettivi nei paesi in cui sono in corso i suoi programmi di pianificazione familiare, dove esistono dati disponibili. I dati raccolti servono a progettare e consolidare gli interventi, ma anche a illustrare le condizioni reali che incidono sul ricorso alla contraccezione.

Qualità dell'assistenza

Gran parte delle donne che usano contraccettivi moderni riferiscono di aver ricevuto informazioni insufficienti sui metodi e sugli effetti collaterali.

FIGURA 9 Utenti che ricevono le informazioni essenziali sul metodo contraccettivo

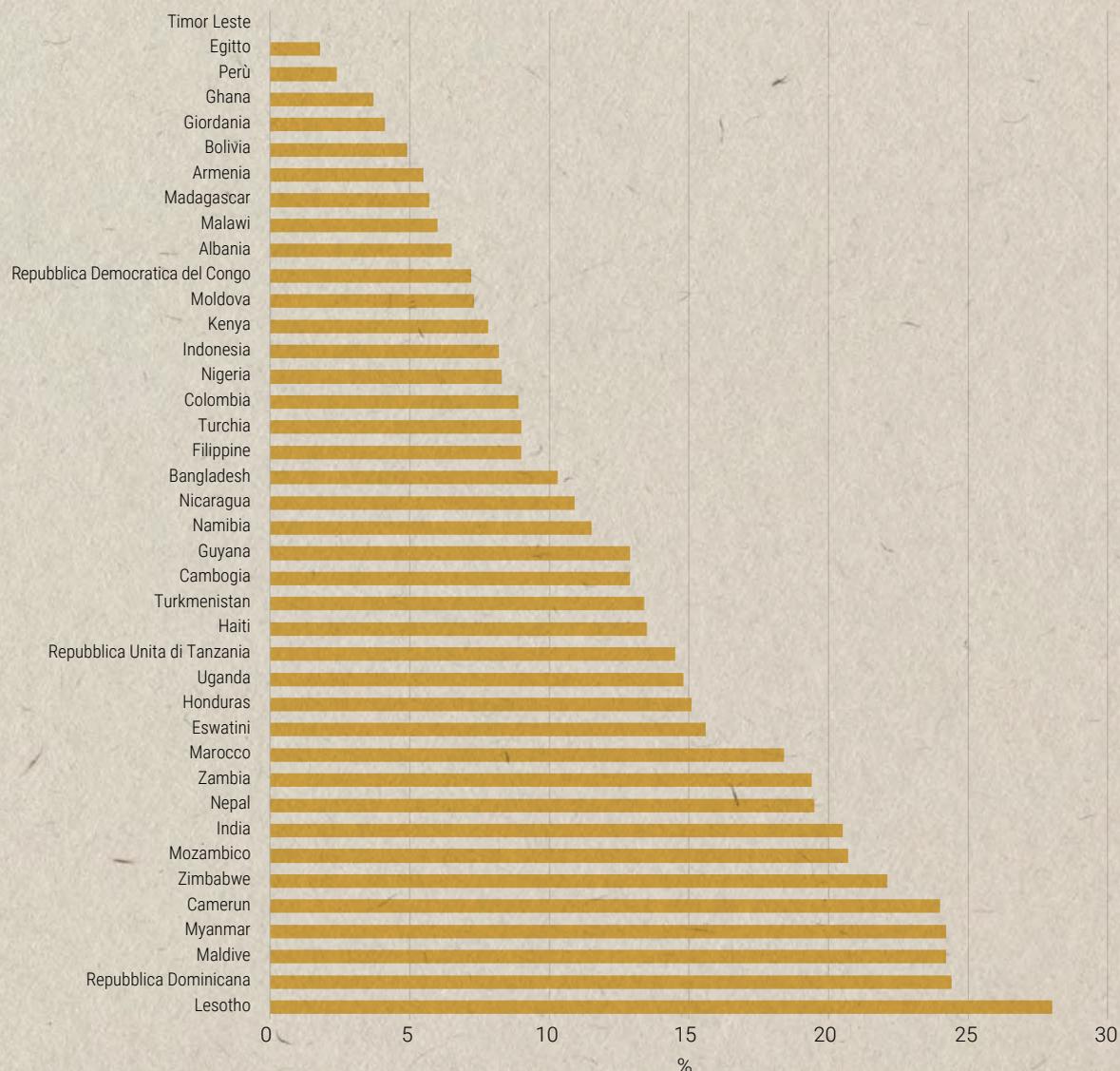


Fonte: ICF, 2015. The DHS Program STATcompiler, statcompiler.com. Ultimo accesso: 10 febbraio 2022 (I dati dalle statistiche nazionali nel periodo 2000-2020 si riferiscono a donne che hanno iniziato a usare un nuovo metodo contraccettivo nei 5 anni precedenti la data dell'indagine).

Donne non informate dell'irreversibilità della sterilizzazione

In alcuni paesi oggetto di indagine, un'ampia percentuale di donne che si erano sottoposte a sterilizzazione non era stata informata che la procedura non è reversibile (rilevamenti statistici nazionali relativi al periodo 2000–2017): si va dallo 0% a Timor-Leste fino al 28% in Lesotho. L'assenza di consenso informato è un segnale d'allarme che indica l'indisponibilità o l'inadeguatezza dell'attività di consulenza, che non fornisce informazioni comprensibili per donne e ragazze.

FIGURA 10 Utenti della sterilizzazione femminile non preventivamente informate del carattere permanente del metodo

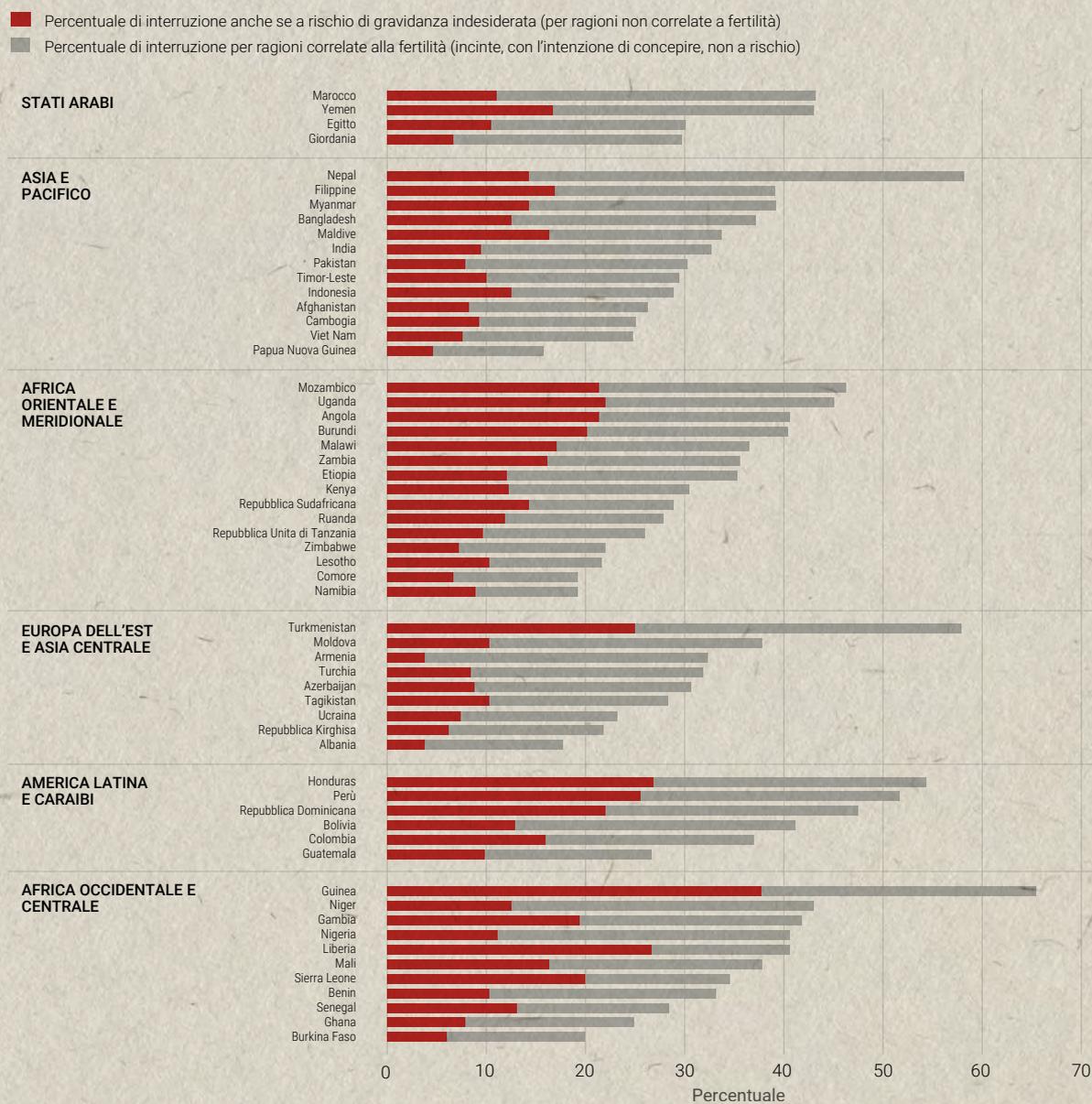


Fonte: ICF, 2015. The DHS Program STATcompiler, statcompiler.com. Ultimo accesso: 10 febbraio 2022 (dati statistici nazionali per il periodo 2000-2017).

Interruzione della contraccezione

Qualità dell'assistenza, indisponibilità del metodo, effetti collaterali, riprovazione sociale e altri fattori possono indurre le utenti ad abbandonare un metodo contraccettivo anche se non intendono intraprendere una gravidanza. Nei luoghi che manifestano un alto tasso di abbandono di un metodo, è necessario approfondire le analisi per comprenderne le motivazioni e capire se le utenti sono in grado di passare ad altri metodi affidabili.

FIGURA 11 Utenti che interrompono la contraccezione, anche se a rischio di gravidanza indesiderata, per regioni UNFPA

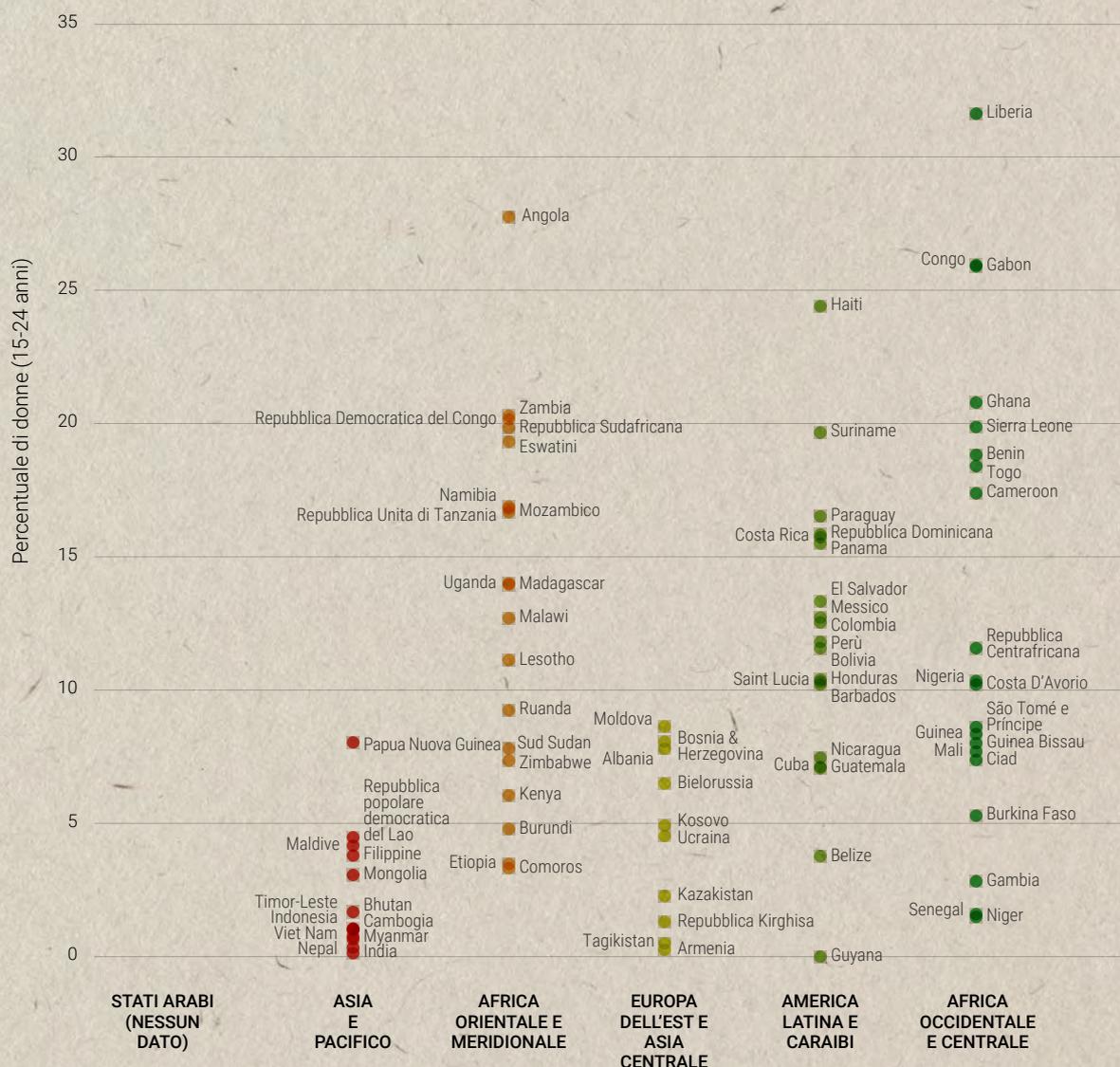


Fonte: UNFPA e Avenir Health. Family Planning Opportunities Database, aggiornato a ottobre 2021 (versione stampata). Compilato in base a dati DHS.

Giovani non sposate, sessualmente attive

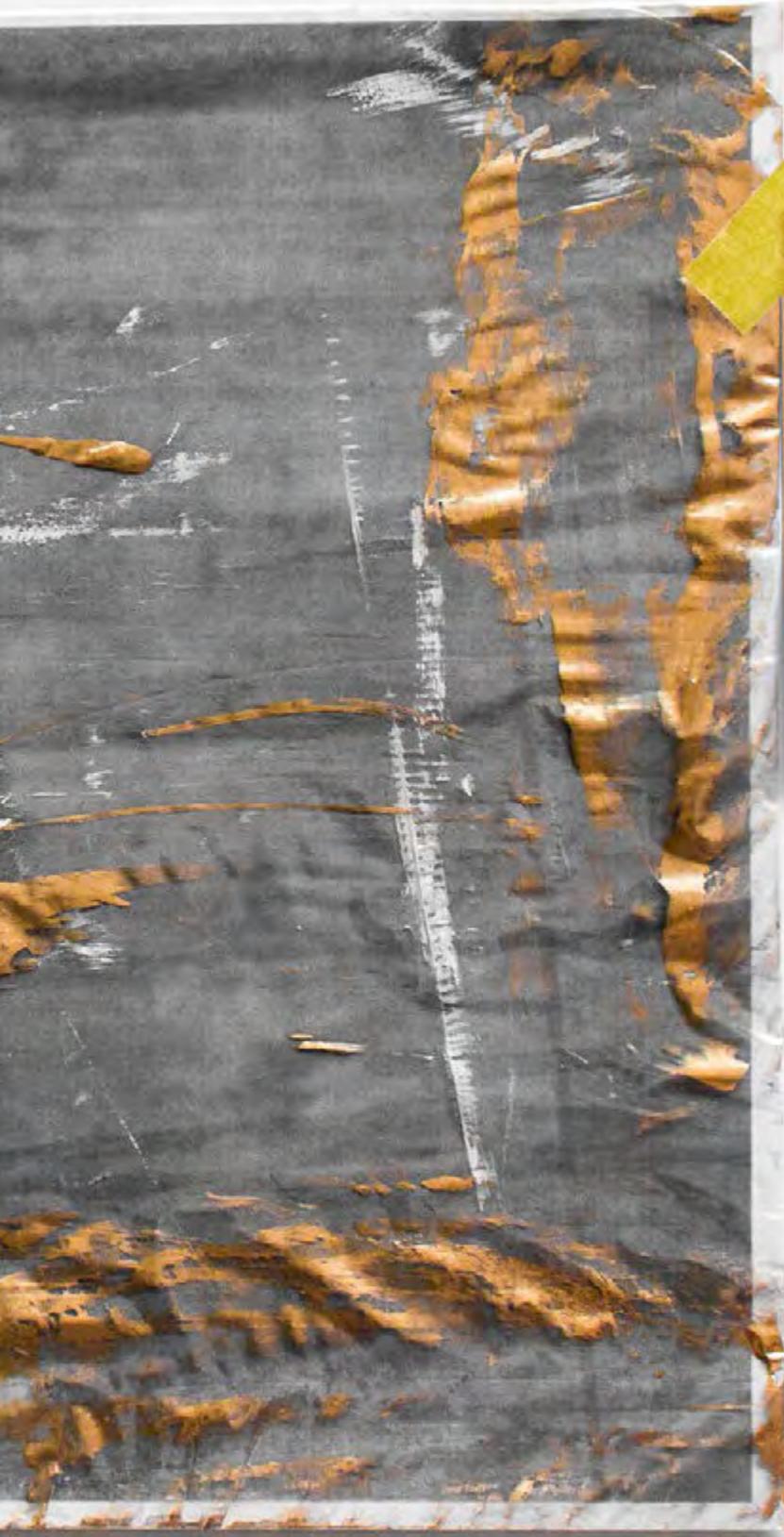
Le persone giovani non sposate che hanno rapporti sessuali sporadici spesso non sono comprese nelle stime basate sui sondaggi in tema di esigenze inevase di contraccezione moderna, che comprendono solo le persone non sposate che hanno avuto un rapporto negli ultimi 30 giorni; in determinati contesti alcune domande vengono rivolte solo alle persone sposate, o che si sentono a proprio agio a rispondere. Il grafico sottostante cerca di interpretare le esigenze potenziali di contraccezione moderna per le donne e ragazze giovani (dai 15 ai 24 anni) e non sposate, che sono state sessualmente attive nell'ultimo anno ma non stanno usando alcun metodo contraccettivo moderno.

FIGURA 12 Percentuale di donne giovani e adolescenti non sposate, sessualmente attive nell'ultimo anno e che non usano contraccettivi moderni, per macroregioni UNFPA



Fonte: UNFPA e Avenir Health. Family Planning Opportunities Database, aggiornato all'ottobre 2021 (versione stampata).





Agency:
la chiave
per l'Agenda
2030

I fatti illustrati nel rapporto che è importante ribadire: *le gravidanze indesiderate sono una realtà per milioni di persone ogni anno e rappresentano quasi la metà di tutte le gravidanze nel mondo*. Ne fa esperienza ogni anno circa il 6% di tutte le donne al livello globale. Nel 60% dei casi la gravidanza è interrotta da un aborto. Molte di queste gravidanze si verificano perché le donne hanno perso o non hanno mai avuto l'autonomia di decidere del proprio corpo. Presi nel loro insieme questi numeri indicano, senza possibilità di equivoci, il persistere di discriminazioni di genere e di deficit nello sviluppo e nei diritti umani, ostacoli che occorre affrontare se si intende conseguire gli SDGs.

Il prezzo imposto da queste gravidanze è ignorato da troppo tempo. Certo, possiamo stimare i costi dell'assistenza sanitaria, monitorare i tassi di abbandono scolastico e i livelli di abbandono della forza lavoro a causa di gravidanze indesiderate, ma in questo modo non facciamo che scalfire la superficie. Nessuna cifra può adeguatamente rappresentare i costi in termini di perdita di vite umane, di agency e di capitale umano imputabile alle gravidanze non pianificate. Nei paesi in via di sviluppo, dove si prevede la più rapida crescita della popolazione e quindi l'aumentata necessità di servizi dedicati alla salute sessuale e riproduttiva (Starrs et al., 2018), questi costi sono potenzialmente destinati a crescere a dismisura. Il Covid-19 ha mostrato tutta l'incapacità di molti sistemi economici, politici o sociali di rispondere alle esigenze e ai diritti di salute sessuale e riproduttiva delle persone più vulnerabili (UNFPA, 2020c). I cambiamenti climatici promettono una drammatica accelerazione di una serie di mali, cui si aggiungono le crisi in corso e destinate a

La soluzione a tante delle principali sfide del mondo è la piena realizzazione dei diritti e del potenziale di donne e ragazze.

peggiorare, come i conflitti e gli sfollamenti di intere popolazioni.

Ma è probabile che la soluzione a così tante sfide di portata mondiale si trova probabilmente sotto ai nostri occhi: realizzare pienamente diritti e potenziale umano di donne e ragazze.

L'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile è la via concordata verso un futuro migliore. Ma come mostra questo rapporto, una delle chiavi per raggiungere uno sviluppo duraturo è garantire l'agency.

Solo dando priorità all'autonomia e all'empowerment, in particolare di donne, ragazze e persone emarginate, perché possano finalmente esercitare una vera, libera scelta informata sul loro corpo e sul loro futuro, potremo innescare un potente circolo virtuoso capace di auto-alimentarsi.

Ma gli sforzi devono coinvolgere tutti gli ambiti, concentrarsi sull'uguaglianza ed essere approcci trasformativi di genere (UNFPA 2020d). Devono porsi come obiettivo l'eliminazione delle cause alla radice della disuguaglianza di genere e accelerare un'equa distribuzione di potere, risorse e opportunità – tra donne e uomini, tra potenti ed emarginati (UNFPA 2020d). Questi sforzi si devono riflettere nei sistemi economici, politici e sociali che vengono rafforzati dalla significativa partecipazione delle donne, limitati dalla loro esclusione.

Ecco da dove partire.

Inquadrare diversamente il dibattito

Le gravidanze indesiderate non devono essere inquadrare come un tema esclusivamente femminile. Non devono essere considerate

accettabili, inevitabili o magari addirittura convenienti – come si suggerisce a volte nella preoccupazione per l'andamento demografico negativo di alcune popolazioni. Accuse e moralismo non possono trovare spazio nel dibattito su questi temi.

Questo rapporto illustra, in un'ottica di diritti umani e di sviluppo, i motivi per cui bisogna abbandonare questa mentalità. Dimostra che le gravidanze indesiderate pesano sul carico sociale e fiscale in quanto comportano incrementi nelle esigenze di assistenza sanitaria, aborti clandestini, perdita di reddito e di produttività, diminuzione delle risorse familiari destinate a ciascun bambino e bambina, rapporti familiari più tesi e instabili (Sonfield et al., 2013). Questi fatti possono e devono essere messi al servizio di una nuova volontà politica e stimolare il progresso sociale perché questo problema sia affrontato in maniera più energica.

Attuare politiche a sostegno dell'autonomia

Non c'è paese né comunità sociale che possa dirsi immune dalle gravidanze indesiderate, un problema diffuso nei paesi ricchi come in quelli poveri, sebbene il mondo possieda da tempo strumenti e conoscenze (imperfetti, ma largamente efficaci) utili a prevenirle. È tempo di attuare ovunque politiche volte ad affrontare questo tema in un'ottica nuova e con maggiore urgenza. I dati presentati nel rapporto possono essere utilizzati per promuovere l'ideazione di politiche – relative a istruzione, sanità, occupazione, giustizia e altri settori – radicate in un deciso sostegno all'autonomia corporea individuale e in una più ampia responsabilità sociale (Macleod, 2016), in linea con i doveri degli Stati verso i diritti umani.

È ora che in tutto il mondo le riforme politiche affrontino il problema con nuove modalità e maggiore urgenza.

Alcune recenti iniziative del Consiglio delle Nazioni Unite per i Diritti umani stanno inviando messaggi incoraggianti di responsabilità politica, che possono essere amplificati. Nella Revisione periodica universale con cui i paesi si misurano a vicenda sui risultati in favore dei diritti umani, si è vista una maggiore attenzione ai temi inerenti i diritti sessuali e riproduttivi. All'interno di questo processo si potrebbe sottolineare la questione delle gravidanze indesiderate e raccomandare azioni che siano in linea con gli impegni assunti nei confronti dei diritti umani.

È necessario riformare leggi e regolamenti in vigore. Una indagine parlamentare sul problema, per esempio, potrebbe favorire la sua visibilità e permettere di capire meglio quali sono i divari da colmare, nonché di verificare che leggi, regolamenti, misure politiche e disposizioni attuative garantiscano pieno sostegno a tutte le persone che desiderano evitare una gravidanza. Potrebbe inoltre evidenziare quegli ostacoli legali che ancora rendono difficile o impossibile ottenere informazioni e servizi per la salute sessuale e riproduttiva: per esempio, barriere collegate all'età o allo stato civile. Potrebbe infine, analizzando le leggi in vigore, individuare eventuali contraddizioni che è necessario risolvere.

Tra le altre priorità, occorre valutare l'adeguatezza dei finanziamenti per i servizi di contraccezione e verificare che questi siano considerati servizi essenziali per la salute e quindi da sostenere in qualsiasi evenienza – un problema recentemente evidenziato dalla pandemia di Covid-19. Queste indagini potrebbero contribuire a rinnovare il dibattito pubblico attorno a un concetto di sessualità che vada oltre la capacità riproduttiva (Luchsinger, 2021) e ad aprire la strada a servizi più comprensivi, mirati alla salute e al benessere sessuale di tutte le persone, anche di quelle che non intendono formare una famiglia.

Investire nella ricerca

Cause e conseguenze delle gravidanze indesiderate non sono ancora state comprese, misurate e tanto meno affrontate come necessario. Le nuove ricerche dovrebbero occuparsi di produrre dati affidabili su quali siano le persone più vulnerabili e per quali motivi, oltre che individuare le risposte più efficaci basate sulla tutela dei diritti. Occorre inoltre definire meglio la differenza tra gravidanze non intenzionali ma volute, quelle accolte con sentimenti ambivalenti, quelle non volute, al fine di comprenderne le cause.

Bisogna chiedere a chi fa ricorso alla contraccezione quali sono i desideri e le esigenze – domande che non sono state poste abbastanza chiaramente o abbastanza spesso. Se le opzioni disponibili non corrispondono alla realtà quotidiana di molte donne o al modo in cui concepiscono il corpo, la loro non è certo una libera scelta. Il processo dovrebbe implicare consultazioni ravvicinate con gruppi diversi di persone che potrebbero iniziare una gravidanza, per meglio comprenderne esperienze

e preoccupazioni. Occorre smontare l'assunto secondo cui le donne che hanno ottenuto un contraccettivo automaticamente lo useranno e continueranno a usare quel metodo. Occorre rimettere in discussione i preconcetti per cui alcune categorie di persone, quelle più giovani e quelle anziane, le persone disabili, quelle sposate e le diverse soggettività di genere non sarebbero a rischio di gravidanze indesiderate e non necessitano quindi di servizi mirati. I nuovi dati, per esempio, circa la percentuale di uomini che appoggiano le pratiche di salute riproduttiva delle compagne, potrebbero fare luce su alcune dinamiche di genere che riguardano quello spazio intimo in cui inizia la gravidanza (Measure Evaluation, 2017).

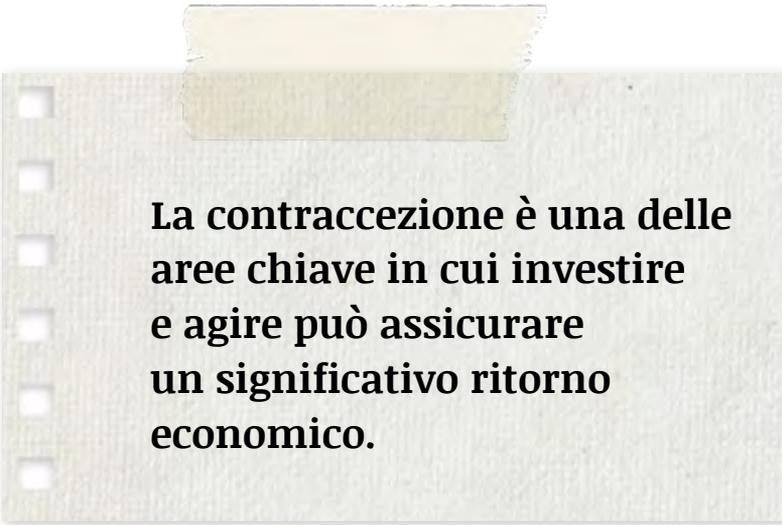
Il mercato dei contraccettivi è da molti anni in relativa stagnazione nonostante nuove opzioni siano in fase di sperimentazione clinica, benché si tratti spesso di prodotti dai ridotti effetti indesiderati e alcuni siano maggiormente indicati per l'uso sporadico (Svoboda, 2020). La recente esperienza con i vaccini contro il Covid-19 ha dimostrato il potere dei finanziamenti per ricerca e sviluppo, una lezione che potrebbe trovare qui un'utile applicazione. I paesi in cui ricerca e sviluppo sono meglio finanziati dovrebbero impegnarsi a esplorare una varietà di nuove opzioni contraccettive, anche per gli uomini, basate su un campione allargato di esigenze. La pandemia ha inoltre portato alla luce le troppe disparità nell'accesso ai progressi nel settore sanitario. Poiché i finanziamenti statali per la ricerca e lo sviluppo provengono da fonti pubbliche come i contribuenti, lo studio di nuovi contraccettivi dovrebbe prevedere l'impegno ad aiutare tutti i paesi ad accedervi, secondo i doveri imposti dal rispetto dei diritti umani.

Rendere più completi i servizi sanitari

I sistemi sanitari possono adottare molte misure per agevolare l'esercizio dell'agency. In cima alla lista c'è un pacchetto completo di servizi per la salute sessuale e riproduttiva in tutte le fasi dell'esistenza, che affronti questioni come la prevenzione delle infezioni sessualmente trasmesse, l'assistenza prenatale, l'assistenza alla maternità, la prevenzione della violenza e della riprovazione sociale, il rispetto dell'autonomia corporea. Questi servizi completi non devono essere vincolati alla notifica o al consenso di genitori o coniugi (ACOG, 2017). Poiché molte giovani e adolescenti non si identificano con l'idea di programmare una famiglia, i servizi a loro dedicati potrebbero essere qualificati invece che con il termine pianificazione familiare con quello di servizi contraccettivi (Paul et al., 2019) prevedendo altre misure: per esempio non imporre necessariamente, prima di iniziare la contraccezione ormonale, esami di routine come visite ginecologiche o tamponi cervicali che possono mettere particolarmente a disagio le adolescenti (ACOG, 2017).

Questi servizi devono essere disponibili anche per altri gruppi trascurati, come le persone LGBTI e quelle con disabilità, a cui assicurare parità di accesso e assistenza qualificata e responsabile (UNFPA, 2019). Per fare questo occorrono azioni di advocacy, attività di formazione, finanziamenti in prospettiva di genere e altri strumenti capaci di contrastare stereotipi e altri concetti discriminatori.

La contraccezione è una delle aree chiave per l'azione e gli investimenti, che promette un ritorno economico significativo. Secondo una stima, ogni dollaro speso per i servizi contraccettivi al di sopra degli attuali livelli



La contraccezione è una delle aree chiave in cui investire e agire può assicurare un significativo ritorno economico.

di investimento potrebbe far risparmiare tre dollari di spese sanitarie per gestanti e neonati/e (Sully et al., 2020). La contraccezione andrebbe quindi inserita in tutti i pacchetti per la salute e negli elenchi dei servizi sanitari a finanziamento pubblico o privato (Kaufman and Silverman, 2021), mediante adeguate allocazioni in bilancio. Bisogna disporre di fondi sufficienti ad abbattere, per esempio, gli ostacoli legati alla localizzazione dei servizi o agli orari di apertura (WHO, 2019a). Laddove si decide di potenziare o ristrutturare le strutture sanitarie, è importante che l'accesso alla contraccezione faccia parte della valutazione costi/benefici (ACOG, 2017).

I servizi contraccettivi devono essere completi e comprendere: screening sulle intenzioni relative alla gravidanza; consulenza su opzioni, effetti collaterali e altre conseguenze potenziali; inserimento, rimozione, sostituzione o reinserimento di contraccettivi reversibili di lunga durata o altri dispositivi per la contraccezione; follow-up a scadenza regolare che prevedano una rapida risposta per quelle donne che desiderano cambiare metodo (CDC, 2015). Se il personale sanitario non fornisce contraccettivi, per esempio per motivi religiosi, deve indirizzare chi ne fa richiesta alle strutture preposte (ACOG, 2017).

La copertura sanitaria universale è un elemento essenziale del puzzle. Con la sottoscrizione degli SDGs, quasi tutti i paesi si sono impegnati a conseguirla entro il 2030. Gli sforzi in questa direzione devono tener conto delle esigenze e dei diritti in materia di salute sessuale e riproduttiva per tutte le persone, modificando norme e pratiche discriminatorie. Per esempio, una sistematica vigilanza sulle disparità di genere e sulle prassi discriminatorie può individuare e correggere problematiche come i tassi di sterilizzazione femminile che sono ingiustificatamente più elevati di quella maschile. Il feedback delle pazienti e dei pazienti è utile per migliorare i servizi e andrebbe regolarmente raccolto mediante sondaggi o altri dati, che devono essere disaggregati per genere allo scopo di comprendere i diversi punti di vista.

Adottare un'ottica di genere nei servizi sanitari

I servizi sanitari devono avere un'ottica di genere, devono saper garantire un'assistenza rispettosa e basata sui diritti, capace di ascoltare le persone e analizzare con loro le scelte che considerano accettabili (il tema è approfondito nel Capitolo 4). Un'assistenza qualificata e accogliente potrebbe diventare il luogo in cui parlare non solo di contraccettivi ma anche di concetti come l'intenzionalità e l'autonomia corporea, ma per questo è necessario che le persone si sentano a loro agio nell'esprimere preoccupazioni e desideri, e che il personale sappia valutare se sono state date le informazioni accurate, se ci sono pressioni dal partner o altre preoccupazioni (WHO, 2019b; Johnson-Mallard et al., 2017). Occorre seguire la formazione del personale e verificare che sia pronto a trattare chiunque senza

discriminazioni di sorta verso donne, uomini, giovani e persone LGBTI (WHO, 2019a). Occorre prevedere attività di screening per le persone che hanno subito violenze di genere e strutture specifiche a cui poterle indirizzare (Hamberger et al., 2015).

I sistemi sanitari possono inoltre contribuire all'uguaglianza di genere, per esempio annullando il divario retributivo nel personale sanitario –ancora, in media, del 28% in favore degli uomini – oltre ad assicurare la parità di genere nei processi decisionali sulle questioni di salute (Who, 2019a). Dal momento che moltissime ostetriche sono donne, un loro maggior impiego può essere uno strumento di empowerment. Inoltre, quelle provenienti dallo stesso ambiente delle loro pazienti spesso sono maggiormente capaci di garantire un'assistenza culturalmente più sensibile.

Infine, i sistemi sanitari devono esplorare nuove modalità per raggiungere le persone emarginate. La pandemia ha dimostrato che è possibile adottare strumenti innovativi capaci di superare le distanze e le limitazioni agli spostamenti, come la telemedicina e modalità più semplici per ottenere le prescrizioni. Sarebbe bene continuare a usarli e ad ampliarli. Per esempio nel Regno Unito, l'80% delle donne che hanno usato la telemedicina per accedere all'aborto medico subito dopo il concepimento si sono dichiarate favorevoli a utilizzare la stessa opzione in futuro (FSRH, 2021; Luchsinger, 2021). L'OMS raccomanda di aumentare la disponibilità di terapie auto-somministrabili, come i contraccettivi iniettabili, e rendere disponibili senza ricetta le pillole contraccettive e la contraccezione d'emergenza (WHO, 2021).

Estendere le tutele sociali

Il Covid-19, insieme ad altre emergenze come i cambiamenti climatici, ha evidenziato come mai prima quanto siano imperativi i programmi di tutela sociale universale. Negli impegni sottoscritti con gli SDGs sono comprese le reti di sicurezza per tutte quelle persone che altrimenti finirebbero sotto la soglia di povertà. La pandemia ha dimostrato che molte donne non hanno alcuna tutela sociale anche laddove esistono i relativi programmi, per motivi che vanno dalla quota sproporzionata di lavoro domestico non retribuito alla concentrazione in impieghi informali, poco qualificati e sottopagati.

I programmi di tutela sociale universale costituiscono un'importante opportunità per ridurre le numerose vulnerabilità che possono essere una concausa delle gravidanze indesiderate, colmando i divari nel reddito, nell'istruzione e nell'assistenza sanitaria (ILO, 2017). Paesi come Ruanda, Tailandia e Viet Nam, per esempio, hanno inserito nei sistemi di sicurezza sociale anche chi è impiegata nel lavoro informale. Durante la pandemia è stato introdotto in Togo, uno dei paesi meno ricchi del mondo, un programma semestrale di trasferimento di contanti per i/le lavoratori/trici informali che ha raggiunto quasi 575.000 persone, in cui le donne erano il 65% e ricevevano benefit maggiori in quanto lavoratrici e anche responsabili della famiglia (UN Women, 2021).

Oltre a ridurre i divari di reddito, i programmi di tutela sociale possono adottare specifici strumenti per l'accesso alla contraccezione, come voucher per i servizi. I programmi ben strutturati hanno migliorato l'accesso ai contraccettivi, ampliato la libertà di scelta e si sono dimostrati efficaci nel raggiungere persone povere, giovani o chi ha una bassa scolarizzazione. Alcuni hanno innalzato

il livello dell'assistenza e assicurato un flusso di reddito continuo e consistente, successivamente investito nel miglioramento dei servizi, fatto che comporta potenziali benefici su più fronti (HIP, 2020a).

Mettere fine alla violenza di genere

Le gravidanze indesiderate sono spesso, tragicamente, collegate ad atti di violenza. Circa il 13% delle donne e ragazze tra i 15 e il 49 anni, che hanno avuto almeno una relazione, hanno subito violenze dal partner negli ultimi 12 mesi (United Nations, 2022). Le indagini statistiche dimostrano che molte donne sono costrette a delegare al partner ogni potere decisionale su sessualità e gravidanza e molte considerano giustificabile la violenza quando una donna rifiuta un rapporto (Hindin et al., 2008). Molte sono state forzate ad avere rapporti sessuali e/o a iniziare una gravidanza. Ovunque nel mondo i sistemi giudiziari presentano basse percentuali di denuncia e di punizione dei colpevoli, oltre che pene inadeguate.

Le donne devono essere in grado di ottenere rapidamente ogni tutela legale, compreso l'aiuto legale gratuito. Devono essere sostenute da servizi qualificati che mettano al centro la persona che ha subito violenze e da personale legale (forze dell'ordine, inquirenti e giudici) rispettoso e libero da pregiudizi. In tutti i paesi queste iniziative devono essere appoggiate da sistemi legali atti a riconoscere e ad affrontare ogni forma di violenza di genere e volti a eliminare ogni trattamento discriminatorio verso le donne. Per esempio il RESPECT Women Framework, pubblicato da OMS, UNFPA e altri nel 2019, descrive in modo chiaro le azioni graduali su cui le autorità politiche possono lavorare per mettere fine alle violenze di genere (WHO, 2019c).

I progressi non mancano. Gli Emirati Arabi Uniti, per esempio, hanno recentemente abrogato una legge che imponeva alle donne sposate di obbedire al marito (World Bank, 2021a). Ma leggi discriminatorie e disparità legali continuano



a danneggiare le donne di tutto il mondo. Sono stati pubblicati di recente dati da 95 paesi, da cui emerge che il 63% non erano dotati di leggi sullo stupro basate sul consenso e circa la metà limitava l'accesso delle donne ad alcuni lavori o settori occupazionali. Quasi un quarto non assicurava alle donne pari diritti nel contrarre matrimonio o chiedere il divorzio (United Nations, 2021).

Il rischio di violenze sessuali è esasperato nelle crisi umanitarie e nei contesti di fragilità, dove lo stupro può essere usato come arma di guerra e strumento di genocidio, dove la violenza del partner continua indisturbata, specie quando si incrinano o scompaiono del tutto molti meccanismi di protezione sociale. In tali ambienti le donne incontrano ulteriori ostacoli per accedere ai servizi di salute sessuale e riproduttiva (Tran et al., 2021), compresi quelli per la contraccezione (Women's Refugee Commission and others, 2012), aggravando la loro vulnerabilità alle gravidanze indesiderate. L'accesso alla gamma completa dei servizi per la salute sessuale e riproduttiva, che comprendano anche la contraccezione d'emergenza e le procedure post-stupro, nonché spazi sicuri e sistemi di protezione contro la violenza sessuale, devono essere componenti essenziali e non negoziabili di qualsiasi intervento umanitario.

Modificare le norme sociali nocive

Gli sforzi per ridurre le gravidanze non intenzionali non avranno successo se non si rivedono e riformulano le norme sociali dannose. Stereotipi e norme di genere portano troppo spesso a soffocare la voce di chi ne è colpito, eppure questo ambito è forse quello in cui più si rende necessario un dialogo franco e fattivo, per fare emergere le diverse esperienze.

Abbiamo già visto come la riprovazione sociale contro i contraccettivi induce ad evitarli, o a interromperne silenziosamente l'uso. Le adolescenti rischiano di incorrere in una gravidanza perché nessuno ha parlato loro delle alternative. Quelle più adulte possono essere convinte di non poter restare incinte. Le donne di ogni età e condizione sono riluttanti a denunciare le violenze del partner o i comportamenti coercitivi.

È necessaria una coscienza sociale maggiore, che richiami l'attenzione sul diritto all'autonomia corporea e su ciò che serve per conseguirla. Eliminare i tabù in questo dibattito è indispensabile per avviare il dialogo forse più importante di tutti: quello aperto su desideri, scelte e progetti che deve svolgersi tra partner sessuali per garantire che siano entrambi in grado di esercitare agency e autonomia.

Norme e aspettative di genere devono essere affrontate simultaneamente e in modo proattivo. Il problema delle gravidanze indesiderate è radicato nella mancanza di empowerment, in tutti gli ambiti, di donne e ragazze. La ricerca condotta da UNFPA dimostra che, al ritmo attuale del cambiamento, occorrerebbero 160 anni per mettere fine alla maternità in età infantile (UNFPA, 2022). Sul totale delle donne tra i 20 e i 24 anni, nei paesi in via di sviluppo, quasi una su tre ha partorito da adolescente (definita come l'età compresa tra i 10 e i 19 anni). Anche quando definiscono la loro gravidanza come una libera scelta, le adolescenti devono affrontare un'autonomia limitata, forti pressioni sociali e inadeguatezza di informazioni e servizi. Ci sono misure, come gli interventi degli istituti scolastici contro le violenze, quelli basati sulle comunità locali per aumentare la consapevolezza sull'uguaglianza di genere in ragazzi e ragazze,

quelli rivolti ai genitori (Lundgren and Amin, 2015) che risultano efficaci non solo per affrontare le violenze di genere ma anche per aumentare il valore attribuito a donne e ragazze. Le campagne di sensibilizzazione della cittadinanza (Thomas, 2012), accuratamente modellate



La gravidanza non dovrebbe essere il risultato di una mancanza di autonomia corporea, bensì di una libera scelta.

per raggiungere le diverse fasce di popolazione e diversi contesti, possono incrementare l'autonomia e la consapevolezza dei propri diritti.

L'educazione sessuale completa è un fattore chiave. Le informazioni basate su evidenze medico-scientifiche e guidate da principi basati su diritti ed empowerment, offrono alle persone gli spazi e il vocabolario con cui parlare senza vergognarsi del corpo e dei rapporti sessuali. Se fornita nel modo corretto, può sfatare miti e percezioni sbagliate e promuovere la comunicazione, il consenso e il rispetto nei rapporti, affrontare le problematiche di genere e dei rapporti di potere, insegnando alle/agli adolescenti come ricorrere alla contraccezione in assoluta riservatezza. Nei contesti in cui sono comuni i matrimoni e le gravidanze precoci, l'educazione sessuale può diventare il modo per coinvolgere adolescenti, genitori e la comunità locale a riesaminare le norme e immaginare alternative. Favorisce il progresso dell'umanità verso il conseguimento del target 4.7 degli SDGs, che invita ad acquisire le competenze e le conoscenze necessarie a promuovere

l'uguaglianza di genere, i diritti umani e la non-violenza.

Anche se l'educazione sessuale è pensata generalmente per persone adolescenti, si suggerisce di iniziare, in modi adeguati per l'età di ciascuno, fin dall'infanzia e proseguire ad aggiornarsi per tutta la vita (ACOG, 2020), coprendo tutte le fasi della vita riproduttiva e sessuale. Questo aiuterebbe a ripensare norme e stereotipi di genere, al di là dell'istruzione scolastica.

Infine, uomini e ragazzi devono beneficiare di quelle informazioni e norme sociali che promuovono modelli sani di mascolinità, ovvero improntati al rifiuto delle violenze di genere e all'adesione a valori di uguaglianza ed equità, che ammettano e consentano varie sfumature di emozioni e sensibilità quando si parla dei desideri riproduttivi loro e delle loro partner.

Investire nell'empowerment di donne e ragazze

Ovunque nel mondo le ragazze devono avere il potere di immaginare e mettere in atto un futuro che vada oltre una gravidanza precoce. Per questo occorre investire nel loro empowerment e in quello di donne che possono diventare un modello per le successive generazioni.

Questi investimenti sono legati al cambiamento delle norme dannose, ma distinti da questo. L'empowerment di donne e ragazze può diventare un fattore di cambiamento delle norme stesse, ma la responsabilità di difendere il loro status non può ricadere solo su di loro. Gli sforzi per riformare le norme sociali negative devono avvenire *insieme* agli investimenti adeguati e alle misure che consentono a donne e ragazze l'ingresso nei luoghi decisionali.

Per questo servono, per esempio, programmi di rafforzamento delle capacità e di *mentorship*.



© UNFPA/Fidel Évora

Bisogna intensificare gli sforzi per la scolarizzazione delle ragazze, la riduzione delle discriminazioni di genere e dei divari retributivi nel mondo del lavoro. È importante che questi sforzi siano adeguati e mirati, per raggiungere anche donne e ragazze colpite da molteplici forme di emarginazione come la povertà sommata alle discriminazioni razziali. I messaggi sull'autodeterminazione devono far parte di programmi concepiti per raggiungere donne e ragazze, come le iniziative di formazione professionale e di empowerment economico.

Sarà utile investire sulle associazioni per i diritti delle donne, con cui è bene collaborare soprattutto quando tali realtà sono guidate da donne. Spesso queste organizzazioni hanno una visione più chiara sulla vita privata di donne e ragazze e sulle diverse circostanze delle singole comunità, si trovano nella posizione migliore per comprendere le cause del fenomeno e valutare le soluzioni che meglio tutelano i diritti e le preferenze di ciascuna. Con la loro militanza e vigilanza, queste associazioni hanno spesso ottenuto riforme politiche nazionali che promuovono l'uguaglianza di genere in ogni parte del mondo (UN Women, 2021).

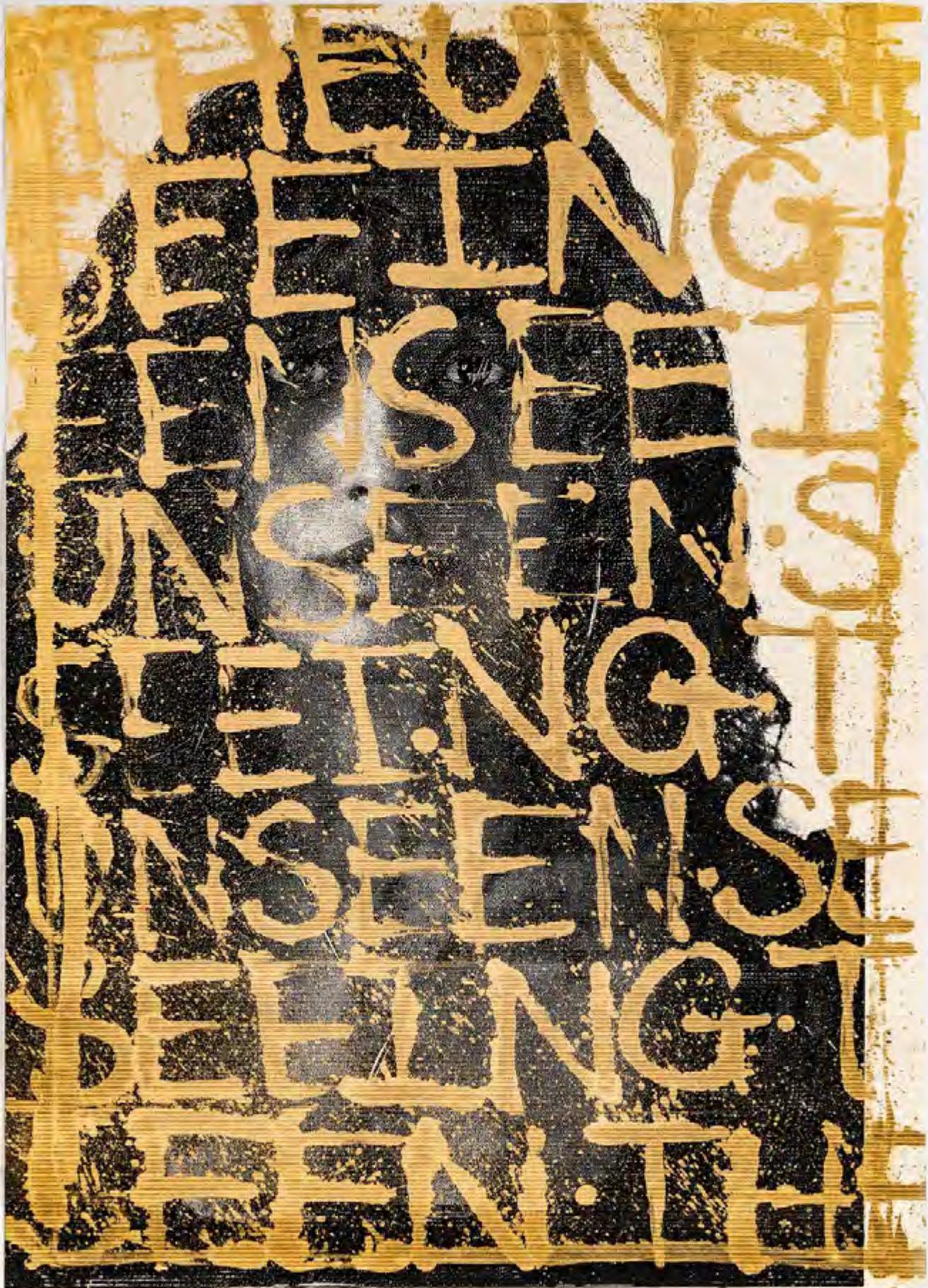
Tali organizzazioni non solo devono essere adeguatamente finanziate, ma anche difese contro quelle forze ideologiche che cercano di

frenare l'uguaglianza di genere, distinguendo chiaramente quei gruppi che operano nella società civile e nell'erogazione dei servizi ma con il solo scopo di perseguire obiettivi avversi all'uguaglianza di genere e/o alla democrazia (UN Women, 2021).

Verso la giustizia e la scelta affermativa

La gravidanza non dovrebbe essere il risultato di una mancanza di autonomia corporea, bensì di una scelta consapevole. Si tratta di un requisito necessario per il rispetto dei diritti umani e di un'esigenza dettata dal benessere personale e sociale. La scelta è una questione di giustizia e porta a un mondo più resiliente.

Le necessità da soddisfare perché ogni persona possa compiere scelte libere variano moltissimo. Tutte però traggono benefici dall'empowerment grazie al quale si possono fare scelte in modo informato rispettoso e dignitoso. Dobbiamo lavorare per ridurre – se non annullare, almeno arrivare al minimo – il numero delle gravidanze indesiderate. Farlo ci avvicinerà a quella che definiamo la nostra visione comune per l'umanità: un mondo in cui ogni gravidanza sia voluta e ogni persona possa esercitare pienamente i propri diritti e il proprio potenziale.



Indicatori

Monitoraggio dei progressi verso gli obiettivi della ICPD:
salute sessuale e riproduttiva pagina 120

Monitoraggio dei progressi verso gli obiettivi della ICPD:
genere, diritti e capitale umano pagina 126

Indicatori demografici pagina 132

Note tecniche pagina 138

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 medico qualificato, percentuale | 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, tutte le 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 | Indice di copertura dei servizi per copertura sanitaria universale (UHC) | | |
|-------------------------------------|---|---|--|--|--|--|-----------------------------|----------------|-----------------------------|---|-----------------------------|---|---|--|-----------------------------|-----------------------------|
| | | | | | | 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 | | | | Tutte | Sposate o in unione stabile |
| Mondo e aree regionali | 2017 | 2017 | 2017 | 2014-2020 | 2020 | 2022 | | 2022 | | 2022 | | 2022 | 2022 | 2019 | | |
| Mondo | 211 | 199 | 243 | 82 | 0.19 | 49 | 63 | 44 | 57 | 9 | 11 | 77 | 76 | 68 | | |
| Regioni più sviluppate | 12 | 11 | 13 | 99 | 0.14 | 58 | 70 | 51 | 62 | 7 | 9 | 79 | 87 | - | | |
| Regioni meno sviluppate | 232 | 219 | 268 | 81 | 0.20 | 47 | 62 | 43 | 56 | 9 | 12 | 77 | 72 | - | | |
| Paesi meno sviluppati | 415 | 396 | 477 | 65 | 0.44 | 32 | 42 | 29 | 37 | 16 | 20 | 60 | 71 | - | | |
| Regioni UNFPA | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Stati Arabi | 151 | 121 | 208 | 86 | 0.03 | 34 | 53 | 29 | 45 | 10 | 15 | 66 | 65 | 61 | | |
| Asia e Pacifico | 120 | 108 | 140 | 86 | 0.06 | 52 | 67 | 47 | 62 | 7 | 9 | 81 | 74 | 68 | | |
| Europa orientale e Asia centrale | 20 | 18 | 22 | 99 | 0.15 | 46 | 64 | 36 | 49 | 8 | 11 | 67 | 84 | 74 | | |
| America Latina e Caraibi | 74 | 70 | 80 | 95 | 0.18 | 59 | 75 | 56 | 70 | 8 | 9 | 83 | 75 | 74 | | |
| Africa orientale e meridionale | 391 | 361 | 463 | 70 | 1.20 | 35 | 44 | 32 | 40 | 16 | 21 | 63 | 72 | 47 | | |
| Africa occidentale e centrale | 717 | 606 | 917 | 55 | 0.41 | 20 | 23 | 17 | 19 | 17 | 22 | 46 | 70 | 43 | | |
| Paesi, territori, altre aree | 2017 | 2017 | 2017 | 2004-2020 | 2020 | 2022 | | 2022 | | 2022 | | 2022 | 2022 | 2019 | | |
| Afghanistan | 638 | 427 | 1,010 | 59 | 0.04 | 20 | 27 | 18 | 24 | 17 | 24 | 48 | 56 | 37 | | |
| Albania | 15 | 8 | 26 | 100 | 0.03 | 31 | 44 | 5 | 5 | 11 | 16 | 11 | 79 | 62 | | |
| Algeria | 112 | 64 | 206 | 99 | 0.04 | 36 | 65 | 32 | 57 | 6 | 9 | 76 | - | 75 | | |
| Angola | 241 | 167 | 346 | 50 | 0.69 | 16 | 17 | 15 | 16 | 27 | 35 | 35 | 62 | 39 | | |
| Antigua and Barbuda | 42 | 24 | 69 | 100 | - | 45 | 63 | 43 | 61 | 10 | 13 | 78 | - | 72 | | |
| Argentina | 39 | 35 | 43 | 100 | 0.13 | 60 | 72 | 58 | 68 | 8 | 10 | 85 | 92 | 73 | | |
| Armenia | 26 | 21 | 32 | 100 | 0.11 | 39 | 60 | 21 | 32 | 8 | 12 | 45 | 87 | 69 | | |
| Aruba | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | | |
| Australia | 6 | 5 | 8 | 99 | 0.03 | 58 | 67 | 56 | 64 | 8 | 11 | 86 | - | 87 | | |
| Austria | 5 | 4 | 7 | 98 | - | 66 | 73 | 64 | 70 | 5 | 7 | 89 | - | 82 | | |
| Azerbaijan | 26 | 21 | 32 | 99 | 0.04 | 37 | 57 | 15 | 23 | 9 | 14 | 33 | - | 65 | | |
| Bahamas | 70 | 48 | 110 | 99 | 0.28 | 45 | 67 | 43 | 65 | 9 | 12 | 80 | - | 70 | | |
| Bahrain | 14 | 10 | 21 | 100 | - | 29 | 63 | 20 | 43 | 6 | 12 | 58 | 73 | 71 | | |
| Bangladesh | 173 | 131 | 234 | 59 | - | 52 | 63 | 46 | 55 | 10 | 12 | 74 | - | 51 | | |
| Barbados | 27 | 17 | 39 | 99 | - | 50 | 63 | 47 | 61 | 12 | 14 | 76 | 44 | 75 | | |
| Belarus | 2 | 1 | 4 | 100 | 0.13 | 61 | 70 | 52 | 59 | 5 | 8 | 79 | 83 | 74 | | |
| Belgium | 5 | 4 | 7 | - | - | 59 | 67 | 58 | 67 | 5 | 8 | 91 | - | 86 | | |
| Belize | 36 | 26 | 48 | 94 | 0.53 | 45 | 57 | 42 | 54 | 14 | 18 | 71 | 43 | 67 | | |
| Benin | 397 | 291 | 570 | 78 | 0.19 | 17 | 19 | 14 | 15 | 24 | 31 | 34 | 91 | 38 | | |
| Bhutan | 183 | 127 | 292 | 96 | 0.09 | 39 | 61 | 38 | 59 | 8 | 13 | 80 | 83 | 62 | | |
| Bolivia (Plurinational State of) | 155 | 113 | 213 | 81 | 0.08 | 48 | 68 | 36 | 49 | 12 | 16 | 60 | 94 | 67 | | |
| Bosnia and Herzegovina | 10 | 5 | 16 | 100 | - | 38 | 50 | 19 | 21 | 9 | 13 | 40 | 70 | 65 | | |
| Botswana | 144 | 124 | 170 | 100 | 4.39 | 58 | 70 | 57 | 69 | 8 | 10 | 87 | 64 | 54 | | |
| Brazil | 60 | 58 | 61 | 99 | 0.23 | 65 | 80 | 63 | 77 | 6 | 8 | 89 | - | 75 | | |
| Brunei Darussalam | 31 | 21 | 45 | 100 | - | - | - | - | - | - | - | - | 41 | 77 | | |
| Bulgaria | 10 | 6 | 14 | 100 | - | 66 | 80 | 50 | 58 | 5 | 6 | 71 | 62 | 70 | | |
| Burkina Faso | 320 | 220 | 454 | 80 | 0.1 | 29 | 32 | 28 | 31 | 20 | 24 | 57 | 81 | 43 | | |
| Burundi | 548 | 413 | 728 | 85 | 0.15 | 20 | 32 | 18 | 29 | 17 | 28 | 48 | 65 | 44 | | |
| Cambodia | 160 | 116 | 221 | 89 | 0.07 | 43 | 63 | 32 | 47 | 7 | 11 | 64 | 98 | 61 | | |
| Cameroon, Republic of | 529 | 376 | 790 | 69 | 0.6 | 23 | 23 | 19 | 17 | 16 | 21 | 49 | - | 44 | | |
| Canada | 10 | 8 | 14 | 98 | - | 73 | 82 | 71 | 80 | 3 | 4 | 93 | - | 89 | | |
| Capo Verde | 58 | 45 | 75 | 97 | - | 44 | 58 | 43 | 57 | 13 | 16 | 76 | 84 | 69 | | |
| Repubblica Centrafricana | 829 | 463 | 1,470 | 40 | - | 21 | 23 | 16 | 18 | 23 | 25 | 37 | 77 | 33 | | |
| Chadad | 1,140 | 847 | 1,590 | 24 | 0.22 | 7 | 8 | 7 | 7 | 19 | 24 | 25 | 59 | 28 | | |
| Chile | 13 | 11 | 14 | 100 | 0.26 | 64 | 78 | 59 | 72 | 6 | 8 | 85 | - | 80 | | |
| China | 29 | 22 | 35 | 100 | - | 69 | 85 | 68 | 84 | 4 | 3 | 92 | - | 82 | | |

SALUTE SESSUALE E RIPRODUTTIVA

| Paesi, territori, 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 medico qualificato, percentuale | 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, tutte le 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 | Indice di copertura dei servizi per copertura sanitaria universale (UHC) |
|-----------------------------------|---|---|--|--|--|--|-----------------------------|----------------|-----------------------------|---|-----------------------------|---|---|--|
| | 2017 | 2017 | 2017 | 2014-2020 | 2020 | Qualsiasi metodo | | Metodi moderni | | 2022 | | 2022 | 2022 | 2019 |
| | | | | | | Tutte | Sposate o in unione stabile | Tutte | Sposate o in unione stabile | Tutte | Sposate o in unione stabile | | | |
| China, Hong Kong SAR | - | - | - | - | - | 48 | 70 | 45 | 67 | 8 | 9 | 81 | - | - |
| China, Macao SAR | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Colombia | 83 | 71 | 98 | 99 | 0.18 | 64 | 82 | 61 | 77 | 5 | 7 | 87 | 96 | 78 |
| Comoros | 273 | 167 | 435 | 82 | 0.01 | 20 | 27 | 16 | 22 | 19 | 29 | 42 | - | 44 |
| Congo, Democratic Republic of the | 473 | 341 | 693 | 85 | 0.18 | 26 | 30 | 16 | 16 | 21 | 25 | 33 | - | 39 |
| Congo, Republic of the | 378 | 271 | 523 | 91 | 1.94 | 43 | 45 | 29 | 28 | 15 | 18 | 51 | 55 | 41 |
| Costa Rica | 27 | 24 | 31 | 99 | 0.34 | 56 | 74 | 55 | 72 | 9 | 11 | 84 | 84 | 78 |
| Côte d'Ivoire | 617 | 426 | 896 | 74 | 0.24 | 26 | 26 | 23 | 23 | 21 | 26 | 49 | 64 | 45 |
| Croatia | 8 | 6 | 11 | 100 | 0.02 | 50 | 71 | 35 | 46 | 5 | 8 | 64 | 98 | 73 |
| Cuba | 36 | 33 | 40 | 100 | 0.18 | 69 | 72 | 68 | 71 | 8 | 9 | 88 | - | 80 |
| Curaçao | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Cyprus | 6 | 4 | 10 | 99 | - | - | - | - | - | - | - | - | 72 | 79 |
| Czechia | 3 | 2 | 5 | 100 | - | 63 | 85 | 56 | 76 | 3 | 4 | 84 | 79 | 78 |
| Denmark | 4 | 3 | 5 | 95 | 0.02 | 64 | 77 | 60 | 73 | 5 | 6 | 88 | 87 | 85 |
| Djibouti | 248 | 116 | 527 | 87 | 0.13 | 17 | 29 | 16 | 29 | 15 | 26 | 51 | - | 48 |
| Dominica | - | - | - | 100 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Dominican Republic | 95 | 88 | 102 | 100 | 0.32 | 57 | 73 | 55 | 70 | 8 | 10 | 84 | - | 66 |
| Ecuador | 59 | 53 | 65 | 96 | 0.12 | 60 | 82 | 54 | 74 | 6 | 6 | 82 | 92 | 80 |
| Egypt | 37 | 27 | 47 | 92 | 0.03 | 45 | 61 | 43 | 60 | 9 | 12 | 81 | - | 70 |
| El Salvador | 46 | 36 | 57 | 100 | 0.13 | 52 | 73 | 49 | 69 | 8 | 10 | 82 | 92 | 76 |
| Equatorial Guinea | 301 | 181 | 504 | 68 | - | 18 | 18 | 15 | 15 | 23 | 31 | 38 | - | 43 |
| Eritrea | 480 | 327 | 718 | 34 | 0.07 | 9 | 14 | 9 | 13 | 18 | 29 | 33 | - | 50 |
| Estonia | 9 | 5 | 13 | 100 | 0.16 | 56 | 65 | 51 | 58 | 7 | 11 | 80 | 98 | 78 |
| Eswatini | 437 | 255 | 792 | 88 | 5.28 | 54 | 68 | 53 | 67 | 10 | 13 | 83 | 98 | 58 |
| Ethiopia | 401 | 298 | 573 | 50 | 0.12 | 30 | 42 | 30 | 42 | 14 | 21 | 67 | 73 | 38 |
| Fiji | 34 | 27 | 43 | 100 | 0.16 | 35 | 52 | 30 | 44 | 11 | 16 | 65 | - | 61 |
| Finland | 3 | 2 | 4 | 100 | - | 79 | 82 | 74 | 77 | 3 | 5 | 90 | 98 | 83 |
| France | 8 | 6 | 9 | 98 | - | 65 | 78 | 63 | 76 | 4 | 4 | 92 | - | 84 |
| French Guiana | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| French Polynesia | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Gabon | 252 | 165 | 407 | 89 | 0.48 | 38 | 38 | 30 | 27 | 18 | 23 | 54 | 58 | 49 |
| Gambia | 597 | 440 | 808 | 84 | 0.93 | 14 | 19 | 13 | 19 | 16 | 25 | 44 | - | 48 |
| Georgia | 25 | 21 | 29 | 100 | 0.17 | 32 | 47 | 23 | 34 | 13 | 18 | 52 | 94 | 65 |
| Germany | 7 | 5 | 9 | 99 | 0.03 | 55 | 68 | 54 | 67 | 7 | 9 | 88 | 87 | 86 |
| Ghana | 308 | 223 | 420 | 79 | 0.63 | 27 | 36 | 23 | 32 | 19 | 27 | 51 | 66 | 45 |
| Greece | 3 | 2 | 4 | 100 | 0.09 | 53 | 75 | 38 | 50 | 4 | 7 | 66 | 72 | 78 |
| Grenada | 25 | 15 | 39 | 100 | - | 46 | 66 | 43 | 61 | 9 | 12 | 77 | - | 70 |
| Guadeloupe | - | - | - | - | - | 46 | 60 | 41 | 54 | 11 | 15 | 73 | - | - |
| Guam | - | - | - | - | - | 41 | 66 | 36 | 56 | 7 | 10 | 74 | - | - |
| Guatemala | 95 | 86 | 104 | 70 | 0.05 | 43 | 64 | 36 | 54 | 9 | 13 | 71 | - | 57 |
| Guinea | 576 | 437 | 779 | 55 | 0.42 | 14 | 14 | 13 | 13 | 17 | 23 | 42 | 79 | 37 |
| Guinea-Bissau | 667 | 457 | 995 | 54 | 0.88 | 33 | 23 | 31 | 22 | 16 | 20 | 64 | 80 | 37 |
| Guyana | 169 | 132 | 215 | 96 | 0.43 | 35 | 47 | 33 | 45 | 17 | 25 | 64 | 87 | 74 |
| Haiti | 480 | 346 | 680 | 42 | 0.45 | 28 | 39 | 26 | 36 | 23 | 34 | 50 | 65 | 47 |
| Honduras | 65 | 55 | 76 | 74 | 0.07 | 53 | 76 | 47 | 68 | 7 | 9 | 79 | 80 | 63 |
| Hungary | 12 | 9 | 16 | 100 | - | 49 | 70 | 44 | 62 | 6 | 9 | 80 | 93 | 73 |
| Iceland | 4 | 2 | 6 | 98 | 0.04 | - | - | - | - | - | - | - | - | 87 |
| India | 145 | 117 | 177 | 81 | 0.04 | 44 | 57 | 39 | 51 | 9 | 12 | 74 | 74 | 61 |
| Indonesia | 177 | 127 | 254 | 95 | 0.10 | 44 | 62 | 42 | 60 | 8 | 11 | 81 | 77 | 59 |

Monitoraggio dei progressi verso gli obiettivi della ICPD

SALUTE SESSUALE E RIPRODUTTIVA

| Paesi, territori, 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 medico qualificato, percentuale | 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, tutte le 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 | Indice di copertura dei servizi per copertura sanitaria universale (UHC) |
|--|---|---|--|--|--|--|-----------------------------|----------------|-----------------------------|---|-----------------------------|---|---|--|
| | 2017 | 2017 | 2017 | 2014-2020 | 2020 | Qualsiasi metodo | | Metodi moderni | | familiare, donne di 15-49 anni, percentuale | | 2022 | 2022 | 2019 |
| | | | | | | Tutte | Sposate o in unione stabile | Tutte | Sposate o in unione stabile | Tutte | Sposate o in unione stabile | | | |
| Iran (Islamic Republic of) | 16 | 13 | 20 | 99 | 0.03 | 58 | 82 | 47 | 66 | 3 | 4 | 77 | 63 | 77 |
| Iraq | 79 | 53 | 113 | 96 | - | 38 | 56 | 27 | 40 | 8 | 12 | 58 | 59 | 55 |
| Ireland | 5 | 3 | 7 | 100 | 0.08 | 66 | 70 | 63 | 66 | 6 | 9 | 88 | - | 83 |
| Israel | 3 | 2 | 4 | - | - | 39 | 73 | 30 | 56 | 5 | 8 | 68 | - | 84 |
| Italy | 2 | 1 | 2 | 100 | 0.04 | 59 | 67 | 48 | 51 | 5 | 9 | 74 | - | 83 |
| Jamaica | 80 | 67 | 98 | 100 | 0.53 | 44 | 73 | 42 | 70 | 8 | 9 | 80 | 76 | 70 |
| Japan | 5 | 3 | 6 | 100 | 0.00 | 46 | 51 | 39 | 41 | 12 | 17 | 68 | 85 | 85 |
| Jordan | 46 | 31 | 65 | 100 | 0.01 | 31 | 54 | 22 | 39 | 8 | 14 | 57 | 56 | 60 |
| Kazakhstan | 10 | 8 | 12 | 100 | 0.19 | 43 | 54 | 40 | 51 | 11 | 15 | 76 | 65 | 76 |
| Kenya | 342 | 253 | 476 | 70 | 0.72 | 44 | 60 | 43 | 59 | 13 | 16 | 75 | 48 | 56 |
| Kiribati | 92 | 49 | 158 | 92 | - | 23 | 32 | 19 | 26 | 16 | 23 | 49 | - | 51 |
| Korea, Democratic People's Republic of | 89 | 38 | 203 | 100 | - | 58 | 74 | 55 | 71 | 8 | 9 | 84 | 83 | 68 |
| Korea, Republic of | 11 | 9 | 13 | 100 | - | 56 | 81 | 51 | 74 | 6 | 5 | 82 | - | 87 |
| Kuwait | 12 | 8 | 17 | 100 | - | 40 | 59 | 33 | 49 | 9 | 13 | 67 | - | 70 |
| Kyrgyzstan | 60 | 50 | 76 | 100 | 0.11 | 29 | 42 | 28 | 39 | 12 | 17 | 67 | 73 | 70 |
| Lao People's Democratic Republic | 185 | 139 | 253 | 64 | 0.13 | 38 | 61 | 34 | 54 | 10 | 14 | 71 | 96 | 50 |
| Latvia | 19 | 15 | 26 | 100 | - | 60 | 72 | 53 | 62 | 6 | 9 | 81 | 70 | 72 |
| Lebanon | 29 | 22 | 40 | 98 | 0.03 | 29 | 62 | 22 | 46 | 6 | 13 | 62 | - | 72 |
| Lesotho | 544 | 391 | 788 | 87 | 4.91 | 52 | 66 | 51 | 66 | 10 | 14 | 83 | - | 48 |
| Liberia | 661 | 481 | 943 | 84 | 0.29 | 26 | 27 | 25 | 26 | 27 | 32 | 47 | - | 42 |
| Libya | 72 | 30 | 164 | 100 | 0.05 | 26 | 40 | 17 | 25 | 17 | 25 | 39 | - | 60 |
| Lithuania | 8 | 5 | 12 | 100 | - | 48 | 71 | 39 | 57 | 7 | 8 | 72 | 87 | 70 |
| Luxembourg | 5 | 3 | 8 | 100 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 87 |
| Madagascar | 335 | 229 | 484 | 46 | 0.22 | 42 | 51 | 37 | 45 | 14 | 16 | 67 | - | 35 |
| Malawi | 349 | 244 | 507 | 90 | 1.21 | 49 | 65 | 48 | 64 | 13 | 15 | 78 | 79 | 48 |
| Malaysia | 29 | 24 | 36 | 100 | 0.19 | 35 | 57 | 25 | 41 | 9 | 15 | 57 | 83 | 76 |
| Maldives | 53 | 35 | 84 | 100 | - | 16 | 22 | 12 | 18 | 21 | 30 | 34 | 93 | 69 |
| Mali | 562 | 419 | 784 | 67 | 0.27 | 18 | 20 | 18 | 20 | 21 | 24 | 46 | - | 42 |
| Malta | 6 | 4 | 11 | 100 | - | 60 | 79 | 48 | 63 | 4 | 5 | 75 | - | 81 |
| Martinique | - | - | - | - | - | 47 | 62 | 43 | 57 | 11 | 14 | 75 | - | - |
| Mauritania | 766 | 528 | 1,140 | 69 | - | 14 | 22 | 13 | 20 | 18 | 28 | 41 | 65 | 40 |
| Mauritius | 61 | 46 | 85 | 100 | 0.8 | 43 | 67 | 29 | 44 | 8 | 10 | 57 | 75 | 65 |
| Mexico | 33 | 32 | 35 | 97 | 0.16 | 56 | 74 | 53 | 70 | 9 | 10 | 82 | 86 | 74 |
| Micronesia (Federated States of) | 88 | 40 | 193 | 100 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 48 |
| Moldova, Republic of | 19 | 15 | 24 | 100 | 0.24 | 55 | 63 | 44 | 50 | 11 | 13 | 67 | - | 67 |
| Mongolia | 45 | 36 | 56 | 99 | 0.01 | 41 | 57 | 37 | 51 | 13 | 15 | 70 | - | 63 |
| Montenegro | 6 | 3 | 10 | 99 | 0.04 | 23 | 27 | 15 | 16 | 15 | 21 | 41 | 52 | 67 |
| Morocco | 70 | 54 | 91 | 87 | 0.02 | 43 | 71 | 37 | 61 | 7 | 11 | 74 | - | 73 |
| Mozambique | 289 | 206 | 418 | 73 | 3.5 | 27 | 30 | 26 | 29 | 19 | 22 | 58 | - | 47 |
| Myanmar | 250 | 182 | 351 | 60 | - | 34 | 58 | 33 | 56 | 8 | 14 | 79 | 91 | 61 |
| Namibia | 195 | 144 | 281 | 88 | 2.44 | 52 | 61 | 52 | 61 | 10 | 15 | 83 | 88 | 62 |
| Nepal | 186 | 135 | 267 | 77 | 0.03 | 42 | 53 | 37 | 47 | 17 | 22 | 63 | 48 | 53 |
| Netherlands | 5 | 4 | 7 | - | 0.02 | 63 | 72 | 61 | 71 | 5 | 7 | 89 | 100 | 86 |
| New Caledonia | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| New Zealand | 9 | 7 | 11 | 96 | 0.02 | 65 | 81 | 61 | 75 | 4 | 5 | 88 | 95 | 86 |
| Nicaragua | 98 | 77 | 127 | 96 | 0.11 | 53 | 82 | 51 | 79 | 5 | 6 | 88 | 75 | 70 |
| Niger | 509 | 368 | 724 | 39 | 0.05 | 17 | 19 | 16 | 18 | 15 | 18 | 50 | - | 37 |
| Nigeria | 917 | 658 | 1,320 | 43 | 0.42 | 18 | 21 | 14 | 15 | 15 | 19 | 42 | - | 45 |
| North Macedonia | 7 | 5 | 10 | 100 | - | 43 | 54 | 19 | 19 | 9 | 13 | 37 | - | 68 |

Monitoraggio dei progressi verso gli obiettivi della ICPD

SALUTE SESSUALE E RIPRODUTTIVA

| Paesi, territori, 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 medico qualificato, percentuale | 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, tutte le 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 | Indice di copertura dei servizi per copertura sanitaria universale (UHC) |
|-------------------------------------|---|---|--|--|--|--|-----------------------------|----------------|-----------------------------|---|-----------------------------|---|---|--|
| | 2017 | 2017 | 2017 | 2014-2020 | 2020 | Qualsiasi metodo | | Metodi moderni | | 2022 | | 2022 | 2022 | 2019 |
| | | | | | | Tutte | Sposate o in unione stabile | Tutte | Sposate o in unione stabile | Tutte | Sposate o in unione stabile | | | |
| Norway | 2 | 2 | 3 | 99 | 0.01 | 67 | 85 | 62 | 79 | 4 | 4 | 89 | 100 | 86 |
| Oman | 19 | 16 | 22 | 99 | - | 21 | 36 | 15 | 25 | 15 | 26 | 41 | 70 | 69 |
| Pakistan | 140 | 85 | 229 | 71 | 0.12 | 26 | 38 | 20 | 29 | 11 | 17 | 53 | 69 | 45 |
| Palestine ¹ | - | - | - | 100 | - | 41 | 62 | 30 | 46 | 7 | 11 | 64 | 68 | - |
| Panama | 52 | 45 | 59 | 93 | 0.44 | 48 | 60 | 45 | 56 | 14 | 17 | 73 | 72 | 77 |
| Papua New Guinea | 145 | 67 | 318 | 56 | 0.39 | 28 | 39 | 23 | 32 | 18 | 25 | 51 | - | 33 |
| Paraguay | 84 | 72 | 96 | 98 | 0.13 | 59 | 73 | 55 | 67 | 8 | 9 | 82 | 76 | 61 |
| Peru | 88 | 69 | 110 | 94 | 0.13 | 55 | 77 | 43 | 58 | 5 | 7 | 70 | 85 | 78 |
| Philippines | 121 | 91 | 168 | 84 | 0.15 | 36 | 57 | 27 | 43 | 10 | 16 | 59 | 80 | 55 |
| Poland | 2 | 2 | 3 | 100 | - | 54 | 74 | 43 | 58 | 6 | 8 | 73 | 89 | 74 |
| Portugal | 8 | 6 | 11 | 100 | 0.07 | 60 | 74 | 51 | 62 | 4 | 7 | 79 | 95 | 84 |
| Puerto Rico | 21 | 16 | 29 | - | - | 57 | 82 | 52 | 74 | 6 | 5 | 83 | - | - |
| Qatar | 9 | 6 | 14 | 100 | 0.07 | 31 | 49 | 26 | 41 | 9 | 15 | 64 | 71 | 74 |
| Réunion | - | - | - | - | - | 49 | 72 | 48 | 71 | 8 | 9 | 84 | - | - |
| Romania | 19 | 14 | 25 | 95 | 0.04 | 54 | 72 | 45 | 58 | 5 | 8 | 75 | 98 | 72 |
| Russian Federation | 17 | 13 | 23 | 100 | - | 49 | 68 | 42 | 57 | 6 | 9 | 76 | 70 | 75 |
| Rwanda | 248 | 184 | 347 | 94 | 0.34 | 34 | 58 | 32 | 54 | 11 | 16 | 70 | 82 | 54 |
| Saint Kitts and Nevis | - | - | - | 100 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Saint Lucia | 117 | 71 | 197 | 100 | - | 49 | 61 | 46 | 57 | 12 | 15 | 76 | 33 | 72 |
| Saint Vincent and the Grenadines | 68 | 44 | 100 | 99 | - | 50 | 67 | 48 | 65 | 10 | 12 | 80 | 81 | 73 |
| Samoa | 43 | 20 | 97 | 89 | - | 12 | 19 | 11 | 18 | 26 | 46 | 29 | 22 | 53 |
| San Marino | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| São Tomé and Príncipe | 130 | 73 | 217 | 97 | - | 38 | 51 | 35 | 47 | 21 | 25 | 60 | 46 | 60 |
| Saudi Arabia | 17 | 10 | 30 | 99 | 0.05 | 19 | 30 | 15 | 24 | 15 | 25 | 46 | - | 73 |
| Senegal | 315 | 237 | 434 | 75 | 0.08 | 21 | 30 | 20 | 28 | 15 | 21 | 56 | 75 | 49 |
| Serbia | 12 | 9 | 17 | 100 | 0.02 | 47 | 58 | 28 | 28 | 6 | 11 | 53 | 99 | 71 |
| Seychelles | 53 | 26 | 109 | 99 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 70 |
| Sierra Leone | 1,120 | 808 | 1,620 | 87 | 0.7 | 27 | 25 | 26 | 25 | 20 | 24 | 56 | 65 | 39 |
| Singapore | 8 | 5 | 13 | 100 | 0.01 | 40 | 68 | 35 | 60 | 6 | 10 | 77 | 46 | 86 |
| Sint Maarten | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Slovakia | 5 | 4 | 7 | 98 | - | 56 | 79 | 48 | 66 | 4 | 6 | 79 | 86 | 77 |
| Slovenia | 7 | 5 | 9 | 100 | 0.01 | 53 | 79 | 44 | 66 | 3 | 5 | 79 | - | 80 |
| Solomon Islands | 104 | 70 | 157 | 86 | - | 24 | 32 | 20 | 27 | 13 | 17 | 54 | - | 50 |
| Somalia | 829 | 385 | 1,590 | 32 | 0.02 | 6 | 10 | 2 | 2 | 15 | 26 | 9 | - | 27 |
| South Africa | 119 | 96 | 153 | 97 | 4.6 | 51 | 58 | 51 | 58 | 11 | 14 | 82 | 95 | 68 |
| South Sudan | 1,150 | 789 | 1,710 | 19 | 1.37 | 6 | 8 | 6 | 7 | 20 | 29 | 21 | 16 | 32 |
| Spain | 4 | 3 | 5 | 100 | 0.08 | 60 | 63 | 58 | 61 | 8 | 13 | 85 | - | 86 |
| Sri Lanka | 36 | 31 | 41 | 100 | 0.01 | 45 | 67 | 37 | 55 | 5 | 7 | 74 | 86 | 67 |
| Sudan | 295 | 207 | 408 | 78 | 0.09 | 11 | 16 | 10 | 15 | 17 | 27 | 36 | 57 | 44 |
| Suriname | 120 | 96 | 144 | 98 | 0.3 | 34 | 47 | 33 | 47 | 15 | 22 | 69 | - | 67 |
| Sweden | 4 | 3 | 6 | - | - | 60 | 71 | 57 | 68 | 6 | 8 | 87 | 100 | 87 |
| Switzerland | 5 | 3 | 7 | - | - | 73 | 73 | 68 | 69 | 4 | 7 | 89 | 94 | 87 |
| Syrian Arab Republic | 31 | 20 | 50 | 96 | 0 | 38 | 62 | 28 | 46 | 8 | 13 | 62 | 81 | 56 |
| Tajikistan | 17 | 10 | 26 | 95 | 0.09 | 24 | 33 | 22 | 30 | 16 | 22 | 55 | - | 66 |
| Tanzania, United Republic of | 524 | 399 | 712 | 64 | 1.26 | 37 | 45 | 33 | 40 | 15 | 19 | 62 | - | 46 |
| Thailand | 37 | 32 | 44 | 99 | 0.1 | 53 | 77 | 52 | 75 | 4 | 6 | 90 | - | 83 |
| Timor-Leste, Democratic Republic of | 142 | 102 | 192 | 57 | 0.1 | 19 | 32 | 17 | 29 | 13 | 23 | 53 | - | 53 |
| Togo | 396 | 270 | 557 | 69 | 0.45 | 24 | 27 | 22 | 25 | 22 | 30 | 48 | - | 44 |
| Tonga | 52 | 24 | 116 | 98 | - | 18 | 33 | 16 | 28 | 13 | 25 | 49 | - | 56 |

Monitoraggio dei progressi verso gli obiettivi della ICPD

SALUTE SESSUALE E RIPRODUTTIVA

| Paesi, territori, 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 medico qualificato, percentuale | 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, tutte le 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 | Indice di copertura dei servizi per copertura sanitaria universale (UHC) |
|------------------------------------|---|---|--|--|--|--|-----------------------------|----------------|-----------------------------|---|-----------------------------|---|---|--|
| | 2017 | 2017 | 2017 | 2014-2020 | 2020 | Qualsiasi metodo | | Metodi moderni | | familiare, donne di 15-49 anni, percentuale | | 2022 | 2022 | 2019 |
| | | | | | | Tutte | Sposate o in unione stabile | Tutte | Sposate o in unione stabile | Tutte | Sposate o in unione stabile | | | |
| Trinidad and Tobago | 67 | 50 | 90 | 100 | 0.07 | 41 | 49 | 36 | 45 | 14 | 20 | 67 | 27 | 73 |
| Tunisia | 43 | 33 | 54 | 100 | 0.03 | 31 | 59 | 27 | 51 | 7 | 13 | 70 | - | 70 |
| Turkey | 17 | 14 | 20 | 97 | - | 48 | 71 | 34 | 49 | 6 | 9 | 61 | 78 | 79 |
| Turkmenistan | 7 | 5 | 10 | 100 | - | 35 | 53 | 33 | 50 | 8 | 12 | 76 | 94 | 73 |
| Turks and Caicos Islands | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Tuvalu | - | - | - | 93 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Uganda | 375 | 278 | 523 | 74 | 0.95 | 36 | 46 | 33 | 42 | 18 | 24 | 61 | - | 50 |
| Ukraine | 19 | 14 | 26 | 100 | 0.21 | 53 | 68 | 44 | 55 | 6 | 9 | 75 | 95 | 73 |
| United Arab Emirates | 3 | 2 | 5 | 99 | 0.13 | 36 | 51 | 29 | 41 | 12 | 17 | 61 | - | 78 |
| United Kingdom | 7 | 6 | 8 | - | - | 72 | 76 | 66 | 69 | 5 | 7 | 86 | 96 | 88 |
| United States of America | 19 | 17 | 21 | 99 | - | 62 | 76 | 54 | 67 | 5 | 6 | 81 | - | 83 |
| United States Virgin Islands | - | - | - | - | - | 52 | 75 | 49 | 70 | 8 | 8 | 81 | - | - |
| Uruguay | 17 | 14 | 21 | 100 | 0.19 | 57 | 79 | 55 | 77 | 6 | 7 | 87 | 97 | 79 |
| Uzbekistan | 29 | 23 | 37 | 100 | 0.08 | 50 | 70 | 46 | 66 | 6 | 8 | 84 | 92 | 71 |
| Vanuatu | - | - | - | 89 | - | 36 | 49 | 31 | 41 | 15 | 19 | 61 | - | 52 |
| Venezuela (Bolivarian Republic of) | 125 | 97 | 170 | 99 | 0.08 | 56 | 76 | 52 | 71 | 8 | 10 | 83 | - | 70 |
| Viet Nam | 43 | 32 | 61 | 94 | 0.06 | 59 | 80 | 50 | 67 | 4 | 5 | 79 | 54 | 70 |
| Western Sahara | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Yemen | 164 | 109 | 235 | 45 | 0.04 | 28 | 44 | 21 | 33 | 14 | 23 | 49 | 65 | 44 |
| Zambia | 213 | 159 | 289 | 80 | 3.64 | 38 | 53 | 36 | 50 | 15 | 18 | 68 | 91 | 55 |
| Zimbabwe | 458 | 360 | 577 | 86 | 1.74 | 49 | 69 | 49 | 69 | 8 | 10 | 86 | 73 | 55 |

NOTE

- Dati non disponibili.
- ^a Il rapporto di mortalità materna è stato arrotondato secondo il seguente schema: <1.000 arrotondato all'unità più vicina; e ≥ 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 anni-persona 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 o più anni, pieno e uguale accesso ad assistenza medica, informazioni ed educazione in materia di salute sessuale e riproduttiva (Indicatore SDG 5.6.2).

Indice di copertura dei servizi per la copertura sanitaria universale (UHC): copertura media dei servizi sanitari essenziali, misurata sulla base degli interventi di riferimento che includono salute riproduttiva, materna, neonatale e infantile, malattie infettive, malattie non trasmissibili e capacità di servizio e accessibilità dei servizi, tra la popolazione in generale e quella più svantaggiata (indicatore SDG 3.8.1).

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), 2019.

Parti assistite da personale sanitario qualificato: database mondiale comune sull'assistenza qualificata al parto, 2021, 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: stime UNAIDS 2021 su HIV.

Tasso di prevalenza contraccettiva: Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione, 2021.

Tasso di prevalenza contraccettiva, metodi moderni: Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione, 2021.

Domanda insoddisfatta di pianificazione familiare: Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione, 2021.

Proporzione di domanda soddisfatta con metodi moderni: Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione, 2021.

Leggi e regolamenti che garantiscono l'accesso a assistenza medica, informazioni ed educazione in materia di salute sessuale e riproduttiva: UNFPA, 2022.

Indice di copertura dei servizi per la copertura sanitaria universale (UHC): WHO, 2021.

GENERE, DIRITTI E CAPITALE UMANO

| | Tasso di maternità tra le adolescenti ogni 1.000 ragazze di 15-19 anni | Gravidanze non intenzionali su 1.000 donne di 15-49 anni ² | Matrimonio infantile entro i 18 anni di età, percentuale | Prevalenza di MGF tra le donne di 15-49 anni, percentuale | Violenza da parte del partner, negli ultimi 12 mesi, percentuale | Presenza di decisioni 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 | Tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria di primo grado, percentuale | Tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria di secondo grado, percentuale | Indice di parità di genere, tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria di secondo grado |
|-------------------------------------|--|---|--|---|--|---|--|---|---|---|---|--|
| Mondo e aree regionali | 2020–2025 | 2015–2019 | 2005–2020 | 2004–2020 | 2018 | 2021 | 2020 | 2020 | 2020 | 2020 | 2020 | 2020 |
| Mondo | 40 | 64 | 26 | – | 13 | 57 | 91 | 0.98 | 84 | 1.00 | 66 | 1.01 |
| Regioni più sviluppate | 11 | 34 | – | – | – | – | 99 | 1.01 | 98 | 1.00 | 95 | 1.00 |
| Regioni meno sviluppate | 44 | 70 | 27 | – | – | 56 | 90 | 0.98 | 82 | 1.00 | 63 | 1.01 |
| Paesi meno sviluppati | 88 | 85 | 38 | 46 | 22 | 54 | 83 | 0.96 | 66 | 0.98 | 44 | 0.90 |
| Regioni UNFPA | | | | | | | | | | | | |
| Stati Arabi | 45 | 87 | 21 | 65 | 15 | – | 94 | 0.99 | 87 | 1.02 | 66 | 1.06 |
| Asia e Pacifico | 21 | 64 | 25 | – | 13 | 61 | 85 | – | 82 | 0.95 | 60 | 0.92 |
| Europa orientale e Asia centrale | 26 | 54 | 11 | – | 9 | 76 | 96 | 1.00 | 98 | 0.99 | 84 | 0.99 |
| America Latina e Caraibi | 59 | 69 | 24 | – | 8 | 74 | 97 | 1.01 | 93 | 1.02 | 79 | 1.03 |
| Africa orientale e meridionale | 92 | 101 | 31 | 35 | 24 | 52 | 86 | 0.98 | 66 | 0.95 | 44 | 0.84 |
| Africa occidentale e centrale | 104 | 76 | 41 | 28 | 15 | 36 | 76 | 0.91 | 60 | 0.97 | 40 | 0.87 |
| Paesi, territori, altre aree | 2004–2020 | 2015–2019 | 2005–2020 | 2004–2020 | 2018 | 2007–2020 | 2010–2020 | 2010–2020 | 2010–2020 | 2010–2020 | 2010–2020 | 2010–2020 |
| Afghanistan | 62 | – | 28 | – | 35 | – | – | – | – | – | 44 | 0.56 |
| Albania | 14 | 16 | 12 | – | 6 | 69 | 96 | 1.04 | 96 | 1.04 | 81 | 1.09 |
| Algeria | 12 | – | 4 | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Angola | 163 | 120 | 30 | – | 25 | 62 | 82 | 0.78 | 76 | 0.76 | 18 | 0.71 |
| Antigua and Barbuda | 28 | – | – | – | – | – | 99 | 1.02 | 99 | 0.99 | 87 | 1.02 |
| Argentina | 50 | 69 | – | – | 5 | – | 100 | – | 99 | 0.99 | 89 | 1.09 |
| Armenia | 19 | 53 | 5 | – | 5 | 66 | 90 | 1.00 | 90 | 1.02 | 92 | 1.14 |
| Aruba | 21 | – | – | – | – | – | 100 | – | – | – | – | – |
| Australia | 9 | 37 | – | – | 3 | – | 99 | 1.00 | 98 | 1.00 | 94 | 1.03 |
| Austria | 6 | – | – | – | 4 | – | 100 | 1.00 | 99 | 1.01 | 90 | 1.02 |
| Azerbaijan | 48 | 93 | 11 | – | 5 | – | 90 | 1.04 | 99 | 1.00 | 100 | 1.00 |
| Bahamas | 29 | – | – | – | – | – | – | – | 78 | 1.02 | 73 | 1.07 |
| Bahrain | 13 | – | – | – | – | – | 98 | 0.99 | 96 | 1.07 | 87 | 1.14 |
| Bangladesh | 74 | 59 | 51 | – | 23 | 64 | 95 | – | 74 | 1.10 | 63 | 1.11 |
| Barbados | 50 | 77 | 29 | – | – | – | 97 | 0.99 | 96 | 1.00 | 94 | 1.04 |
| Belarus | 12 | 19 | 5 | – | 6 | – | 99 | 0.98 | 99 | 1.00 | 99 | 1.02 |
| Belgium | 6 | 21 | – | – | 5 | – | 99 | 1.01 | 100 | 1.00 | 98 | 1.00 |
| Belize | 58 | 71 | 34 | – | 8 | – | 100 | 0.99 | 85 | 0.98 | 69 | 1.11 |
| Benin | 108 | 86 | 31 | 9 | 15 | 36 | 93 | 0.94 | 58 | 0.87 | 34 | 0.75 |
| Bhutan | 59 | 48 | 26 | – | 9 | – | 96 | 1.03 | 88 | 1.15 | 72 | 1.16 |
| Bolivia (Plurinational State of) | 71 | 105 | 20 | – | 18 | – | 95 | 1.00 | 93 | 0.97 | 78 | 1.01 |
| Bosnia and Herzegovina | 10 | 20 | 4 | – | 3 | – | – | – | – | – | 81 | 1.04 |
| Botswana | 52 | 97 | – | – | 17 | – | 89 | 1.01 | – | – | – | – |
| Brazil | 49 | 67 | 26 | – | 7 | – | 99 | 1.00 | 98 | 1.02 | 85 | 1.02 |
| Brunei Darussalam | 10 | – | – | – | – | – | 98 | 1.00 | 100 | 1.00 | 83 | 1.07 |
| Bulgaria | 39 | 29 | – | – | 6 | – | 85 | 1.00 | 85 | 0.99 | 84 | 0.95 |
| Burkina Faso | 132 | 75 | 52 | 76 | 11 | 20 | 76 | 1.00 | 53 | 1.10 | 33 | 1.08 |
| Burundi | 58 | 98 | 19 | – | 22 | 44 | 90 | 1.04 | 70 | 1.10 | 38 | 1.16 |
| Cambodia | 30 | 69 | 19 | – | 9 | 76 | 89 | 1.00 | 85 | 1.06 | 45 | 0.95 |
| Cameroon, Republic of | 122 | 83 | 30 | 1 | 22 | 49 | 92 | 0.91 | 63 | 0.89 | 46 | 0.83 |
| Canada | 7 | 31 | – | – | 3 | – | 100 | – | 100 | 1.00 | 88 | 1.00 |
| Cape Verde | 12 | 102 | 18 | – | 11 | – | 92 | 0.99 | 87 | 0.98 | 73 | 1.08 |
| Central African Republic | 229 | 90 | 61 | 22 | 21 | – | 67 | 0.80 | 44 | 0.61 | 16 | 0.48 |
| Chad | 179 | 60 | 61 | 34 | 16 | 27 | 74 | 0.79 | 38 | 0.68 | 22 | 0.51 |
| Chile | 23 | 70 | – | – | 6 | – | 100 | 0.99 | 96 | 0.99 | 95 | 1.00 |

Monitoraggio dei progressi verso gli obiettivi della ICPD

GENERE, DIRITTI E CAPITALE UMANO

| Paesi, territori, altre aree | Tasso di maternità tra le adolescenti ogni 1.000 ragazze di 15-19 anni | Gravidanze non intenzionali su 1.000 donne di 15-49 anni ² | Matrimonio infantile entro i 18 anni di età, percentuale | Prevalenza di MGF tra le donne di 15-49 anni, percentuale | Violenza da parte del partner, negli ultimi 12 mesi, percentuale | Presenza di decisioni 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 | Tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria di primo grado, percentuale | Tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria di secondo grado, percentuale | Indice di parità di genere, tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria di secondo grado |
|-----------------------------------|--|---|--|---|--|---|--|---|---|---|---|--|
| | 2004-2020 | 2015-2019 | 2005-2020 | 2004-2020 | 2018 | 2007-2020 | 2010-2020 | 2010-2020 | 2010-2020 | 2010-2020 | 2010-2020 | 2010-2020 |
| China | 9 | 65 | - | - | 8 | - | - | - | - | - | - | - |
| China, Hong Kong SAR | 2 | 28 | - | - | 3 | - | 98 | - | 99 | 1.00 | 100 | 1.00 |
| China, Macao SAR | 3 | - | - | - | - | - | 96 | 0.98 | 99 | 1.02 | 91 | 1.03 |
| Colombia | 58 | 63 | 23 | - | 12 | - | 99 | 1.01 | 97 | 1.01 | 81 | 1.03 |
| Comoros | 70 | 95 | 32 | - | 8 | 21 | 82 | 1.00 | 81 | 1.02 | 50 | 1.07 |
| Congo, Democratic Republic of the | 109 | 117 | 29 | - | 36 | 31 | - | - | - | - | - | - |
| Congo, Republic of the | 111 | 106 | 27 | - | - | 27 | 84 | 0.98 | - | - | - | - |
| Costa Rica | 41 | 52 | 21 | - | 7 | - | 100 | 1.00 | 96 | 1.01 | 92 | 1.03 |
| Côte d'Ivoire | 123 | 96 | 27 | 37 | 16 | 25 | 96 | 0.93 | 58 | 0.88 | 42 | 0.77 |
| Croatia | 9 | 33 | - | - | 4 | - | 98 | 1.02 | 99 | 1.02 | 88 | 1.05 |
| Cuba | 53 | 72 | 29 | - | 5 | - | 100 | 1.00 | 88 | 1.01 | 85 | 1.05 |
| Curaçao | 23 | - | - | - | - | - | 93 | 0.99 | 85 | 1.01 | 77 | 1.08 |
| Cyprus | 8 | - | - | - | 3 | - | 99 | 1.00 | 99 | 1.00 | 93 | 0.97 |
| Czechia | 11 | 35 | - | - | 4 | - | 99 | 1.01 | 100 | 1.00 | 96 | 1.00 |
| Denmark | 2 | 30 | - | - | 3 | - | 99 | 1.01 | 100 | 0.99 | 91 | 1.01 |
| Djibouti | 21 | 50 | 5 | 94 | - | - | 67 | 0.93 | 60 | 1.02 | 47 | 0.99 |
| Dominica | 47 | - | - | - | - | - | 99 | 1.00 | 97 | 1.02 | 80 | 0.85 |
| Dominican Republic | 54 | 84 | 36 | - | 10 | 77 | 96 | 1.01 | 91 | 1.01 | 74 | 1.04 |
| Ecuador | 64 | 80 | 22 | - | 8 | 87 | 99 | - | 98 | 1.03 | 79 | 1.02 |
| Egypt | 52 | - | 17 | 87 | 15 | - | 99 | - | 98 | 1.02 | 77 | 0.98 |
| El Salvador | 70 | 58 | 26 | - | 6 | - | 84 | 1.01 | 78 | 1.01 | 60 | 0.97 |
| Equatorial Guinea | 176 | - | 30 | - | 29 | - | 45 | 1.02 | - | - | - | - |
| Eritrea | 76 | 53 | 41 | 83 | - | - | 53 | 0.91 | 64 | 0.88 | 51 | 0.86 |
| Estonia | 10 | 38 | - | - | 4 | - | 98 | 1.01 | 99 | 1.01 | 98 | 1.00 |
| Eswatini | 87 | 111 | 5 | - | 18 | 49 | 85 | 0.98 | 97 | 1.00 | 84 | 0.96 |
| Ethiopia | 80 | 79 | 40 | 65 | 27 | 45 | 87 | 0.91 | 53 | 0.92 | 26 | 0.91 |
| Fiji | 23 | - | - | - | 23 | - | 99 | 0.99 | 96 | - | 74 | 1.09 |
| Finland | 4 | 33 | 0 | - | 8 | - | 98 | 1.01 | 100 | 1.00 | 96 | 0.98 |
| France | 9 | 29 | - | - | 5 | - | 100 | 1.00 | 100 | 1.00 | 96 | 1.01 |
| French Guiana | 76 | 71 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| French Polynesia | 32 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Gabon | 91 | 112 | 22 | - | 22 | 48 | - | - | - | - | - | - |
| Gambia | 68 | 54 | 26 | 76 | 10 | 23 | 87 | 1.13 | 69 | 1.03 | - | - |
| Georgia | 29 | 94 | 14 | - | 3 | 82 | 99 | 1.01 | 99 | 1.01 | 95 | 1.03 |
| Germany | 7 | 21 | - | - | - | - | 99 | 1.01 | 96 | 1.02 | 85 | 0.98 |
| Ghana | 78 | 102 | 19 | 2 | 10 | 52 | 94 | 1.02 | 92 | 1.04 | 75 | 1.00 |
| Greece | 9 | 33 | - | - | 5 | - | 99 | 1.01 | 97 | 0.99 | 99 | 0.98 |
| Grenada | 36 | - | - | - | 8 | - | 99 | - | 97 | - | 97 | 1.00 |
| Guadeloupe | 9 | 68 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Guam | 35 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Guatemala | 77 | 63 | 30 | - | 7 | 65 | 89 | 1.01 | 65 | 0.94 | 37 | 0.94 |
| Guinea | 120 | 70 | 47 | 95 | 21 | 29 | 86 | 0.85 | 49 | 0.70 | 33 | 0.59 |
| Guinea-Bissau | 84 | 99 | 26 | 52 | - | - | 73 | 0.95 | - | - | - | - |
| Guyana | 74 | 76 | 30 | - | 11 | 71 | 98 | 0.97 | 93 | 1.02 | 70 | 1.11 |
| Haiti | 55 | 107 | 15 | - | 12 | 59 | - | - | - | - | - | - |
| Honduras | 89 | 68 | 34 | - | 7 | 70 | 84 | 1.02 | 57 | 1.06 | 42 | 1.15 |
| Hungary | 22 | 27 | - | - | 6 | - | 95 | 1.00 | 97 | 1.00 | 88 | 1.01 |
| Iceland | 5 | 33 | - | - | 3 | - | 100 | 1.00 | 100 | 1.00 | 84 | 1.04 |

GENERE, DIRITTI E CAPITALE UMANO

| Paesi, territori, altre aree | Tasso di maternità tra le adolescenti ogni 1.000 ragazze di 15-19 anni | Gravidanze non intenzionali su 1.000 donne di 15-49 anni ² | Matrimonio infantile entro i 18 anni di età, percentuale | Prevalenza di MGF tra le donne di 15-49 anni, percentuale | Violenza da parte del partner, negli ultimi 12 mesi, percentuale | Presa di decisioni 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 | Tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria di primo grado, percentuale | Tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria di secondo grado, percentuale | Indice di parità di genere, tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria di secondo grado |
|--|--|---|--|---|--|--|--|---|---|---|---|--|
| | 2004-2020 | 2015-2019 | 2005-2020 | 2004-2020 | 2018 | 2007-2020 | 2010-2020 | 2010-2020 | 2010-2020 | 2010-2020 | 2010-2020 | 2010-2020 |
| India | 12 | 62 | 27 | - | 18 | - | 95 | 1.02 | 85 | 1.04 | 58 | 1.04 |
| Indonesia | 36 | 40 | 16 | - | 9 | - | 94 | 0.95 | 84 | 1.07 | 77 | 1.01 |
| Iran (Islamic Republic of) | 31 | - | 17 | - | 18 | - | 100 | 0.99 | 95 | 0.97 | 74 | 0.97 |
| Iraq | 70 | - | 28 | 7 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Ireland | 6 | - | - | - | 3 | - | 100 | - | 99 | - | 98 | 1.01 |
| Israel | 8 | - | - | - | 6 | - | 100 | - | 100 | - | 98 | - |
| Italy | 4 | 28 | - | - | 4 | - | 97 | 1.00 | 98 | 1.00 | 94 | 1.01 |
| Jamaica | 52 | 87 | 8 | - | 7 | - | - | - | 76 | 1.06 | 54 | 1.57 |
| Japan | 3 | 21 | - | - | 4 | - | 98 | 1.00 | 98 | 1.00 | 99 | 1.02 |
| Jordan | 27 | - | 10 | - | 14 | 61 | 80 | 0.99 | 72 | 1.00 | 57 | 1.10 |
| Kazakhstan | 23 | 57 | 7 | - | 6 | - | 90 | 1.01 | 100 | - | 99 | - |
| Kenya | 96 | 113 | 23 | 21 | 23 | 56 | 81 | 1.04 | - | - | - | - |
| Kiribati | 51 | - | 18 | - | 25 | - | 97 | - | - | - | - | - |
| Korea, Democratic People's Republic of | 1 | - | 0 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Korea, Republic of | 1 | 35 | - | - | 8 | - | 100 | 1.00 | 95 | 1.00 | 93 | 1.00 |
| Kuwait | 5 | - | - | - | - | - | 97 | 1.04 | 94 | 1.05 | 82 | 1.03 |
| Kyrgyzstan | 38 | 40 | 13 | - | 13 | 77 | 100 | 0.99 | 99 | 0.99 | 73 | 1.06 |
| Lao People's Democratic Republic | 83 | 51 | 33 | - | 8 | - | 92 | 0.98 | 70 | 1.00 | 53 | 0.92 |
| Latvia | 12 | 34 | - | - | 6 | - | 99 | 1.01 | 98 | 1.01 | 95 | 1.02 |
| Lebanon | 12 | - | 6 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Lesotho | 91 | 99 | 16 | - | 17 | 61 | 98 | 1.01 | 83 | 1.11 | 66 | 1.15 |
| Liberia | 128 | 106 | 36 | 44 | 27 | 62 | 79 | 1.01 | 79 | 0.90 | 74 | 0.86 |
| Libya | 11 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Lithuania | 11 | 26 | 0 | - | 5 | - | 100 | - | 100 | - | 97 | 1.02 |
| Luxembourg | 5 | - | - | - | 4 | - | 99 | 1.00 | 98 | 0.98 | 81 | 1.04 |
| Madagascar | 151 | 95 | 40 | - | - | 74 | 98 | - | 70 | 1.03 | 36 | 0.97 |
| Malawi | 138 | 115 | 42 | - | 17 | 47 | 98 | - | 81 | 1.01 | 31 | 0.64 |
| Malaysia | 9 | - | - | - | - | - | 99 | 1.00 | 88 | 1.04 | 64 | 1.14 |
| Maldives | 9 | 60 | 2 | 13 | 6 | 58 | 98 | 1.03 | 91 | - | - | - |
| Mali | 164 | 68 | 54 | 89 | 18 | 8 | 59 | 0.90 | 47 | 0.86 | 25 | 0.74 |
| Malta | 12 | - | - | - | 4 | - | 100 | - | 98 | - | 92 | 1.03 |
| Martinique | 17 | 50 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Mauritania | 84 | 68 | 37 | 67 | - | - | 77 | 1.05 | 72 | 1.08 | 39 | 1.12 |
| Mauritius | 23 | - | - | - | - | - | 100 | 1.02 | 97 | 1.03 | 78 | 1.12 |
| Mexico | 62 | 60 | 21 | - | 10 | - | 99 | - | 92 | 1.03 | 73 | 1.06 |
| Micronesia (Federated States of) | 44 | - | - | - | 21 | - | 83 | 1.02 | 87 | 1.06 | - | - |
| Moldova, Republic of | 21 | 26 | 12 | - | 9 | 73 | 99 | - | 99 | - | 88 | 1.01 |
| Mongolia | 31 | 31 | 12 | - | 12 | 63 | 99 | 0.99 | 92 | 1.01 | 88 | 1.07 |
| Montenegro | 10 | 11 | 6 | - | 4 | - | 100 | 1.00 | 94 | 1.00 | 88 | 1.03 |
| Morocco | 19 | - | 14 | - | 11 | - | 100 | 1.00 | 93 | 0.97 | 75 | 0.96 |
| Mozambique | 180 | 88 | 53 | - | 16 | 49 | 99 | 0.97 | 57 | 0.87 | 31 | 0.76 |
| Myanmar | 28 | 35 | 16 | - | 11 | 67 | 98 | 0.99 | 79 | 1.03 | 57 | 1.16 |
| Namibia | 64 | 104 | 7 | - | 16 | 71 | 98 | 1.03 | - | - | - | - |
| Nepal | 63 | 60 | 33 | - | 11 | 48 | 96 | - | 97 | 1.03 | 81 | 1.18 |
| Netherlands | 3 | 18 | - | - | 5 | - | 100 | 1.01 | 97 | 1.01 | 99 | 1.01 |
| New Caledonia | 15 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| New Zealand | 13 | 41 | - | - | 4 | - | 100 | 1.01 | 100 | 1.00 | 99 | 1.03 |
| Nicaragua | 103 | 56 | 35 | - | 6 | - | 96 | 1.03 | 88 | 1.03 | 64 | 1.08 |

Monitoraggio dei progressi verso gli obiettivi della ICPD

GENERE, DIRITTI E CAPITALE UMANO

| Paesi, territori, altre aree | Tasso di maternità tra le adolescenti ogni 1.000 ragazze di 15-19 anni | Gravidanze non intenzionali su 1.000 donne di 15-49 anni ² | Matrimonio infantile entro i 18 anni di età, percentuale | Prevalenza di MGF tra le donne di 15-49 anni, percentuale | Violenza da parte del partner, negli ultimi 12 mesi, percentuale | Presa di decisioni 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 | Tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria di primo grado, percentuale | Tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria di secondo grado, percentuale | Indice di parità di genere, tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria di secondo grado |
|----------------------------------|--|---|--|---|--|--|--|---|---|---|---|--|
| | 2004-2020 | 2015-2019 | 2005-2020 | 2004-2020 | 2018 | 2007-2020 | 2010-2020 | 2010-2020 | 2010-2020 | 2010-2020 | 2010-2020 | 2010-2020 |
| Niger | 154 | 49 | 76 | 2 | 13 | 7 | 59 | 0.88 | 35 | 0.79 | 14 | 0.67 |
| Nigeria | 106 | 68 | 43 | 20 | 13 | 46 | 66 | 0.84 | - | - | - | - |
| North Macedonia | 15 | 23 | 8 | - | 4 | 88 | 99 | 1.00 | - | - | - | - |
| Norway | 3 | 34 | - | - | 4 | - | 100 | 1.00 | 100 | 0.99 | 92 | 1.01 |
| Oman | 8 | - | 4 | - | - | - | 98 | 1.02 | 97 | 0.99 | 90 | 0.90 |
| Pakistan | 54 | 71 | 18 | - | 16 | 40 | - | - | - | - | - | - |
| Palestine ¹ | 43 | - | 13 | - | 19 | - | 95 | 1.00 | 97 | 1.04 | 77 | 1.21 |
| Panama | 74 | 73 | 26 | - | 8 | 79 | 89 | 1.02 | 76 | 0.97 | 69 | 1.06 |
| Papua New Guinea | 68 | 80 | 27 | - | 31 | 57 | 98 | 0.94 | 72 | 0.90 | 45 | 0.80 |
| Paraguay | 72 | 67 | 22 | - | 6 | - | 80 | 1.00 | 76 | 1.01 | 70 | 1.05 |
| Peru | 44 | 90 | 17 | - | 11 | - | 98 | - | 98 | 1.00 | 96 | 0.94 |
| Philippines | 36 | 71 | 17 | - | 6 | 81 | 97 | 0.99 | 89 | 1.07 | 80 | 1.09 |
| Poland | 10 | 29 | - | - | 3 | - | 99 | 1.00 | 97 | 0.98 | 98 | 1.00 |
| Portugal | 7 | 21 | - | - | 4 | - | 100 | 0.99 | 100 | 1.00 | 100 | 0.99 |
| Puerto Rico | 22 | 54 | - | - | - | - | 87 | 1.04 | 90 | 1.07 | 76 | 1.05 |
| Qatar | 7 | - | 4 | - | - | - | 98 | 1.03 | 93 | 0.94 | - | - |
| Réunion | 28 | 52 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Romania | 36 | 44 | - | - | 7 | - | 87 | 1.00 | 89 | 0.99 | 80 | 1.03 |
| Russian Federation | 22 | 64 | - | - | - | - | 100 | 1.01 | 100 | 1.01 | 98 | 1.01 |
| Rwanda | 41 | 98 | 7 | - | 24 | 63 | 94 | 1.00 | 96 | 1.04 | 50 | 1.02 |
| Saint Kitts and Nevis | 46 | - | - | - | - | - | 99 | - | - | - | 96 | 0.99 |
| Saint Lucia | 25 | 69 | 24 | - | - | - | 97 | 1.06 | 91 | 0.99 | 84 | 0.95 |
| Saint Vincent and the Grenadines | 52 | - | - | - | - | - | 97 | - | 98 | - | 85 | 1.02 |
| Samoa | 39 | 66 | 7 | - | 18 | - | 100 | - | - | - | 90 | 1.11 |
| San Marino | 1 | - | - | - | - | - | 96 | 0.97 | 92 | 1.00 | 43 | 0.81 |
| São Tomé and Príncipe | 86 | 130 | 28 | - | 18 | 46 | 94 | 1.00 | 90 | 1.06 | 83 | 1.03 |
| Saudi Arabia | 9 | - | - | - | - | - | 95 | 1.00 | 98 | 0.98 | 96 | 0.94 |
| Senegal | 68 | 61 | 31 | 25 | 12 | 7 | 75 | 1.14 | 40 | 1.19 | 20 | 1.13 |
| Serbia | 12 | 21 | 6 | - | 4 | 96 | 97 | 1.00 | 97 | 1.00 | 86 | 1.03 |
| Seychelles | 68 | - | - | - | - | - | 99 | - | 97 | - | 86 | 1.13 |
| Sierra Leone | 102 | 88 | 30 | 86 | 20 | 36 | 98 | - | 51 | 0.99 | 35 | 0.93 |
| Singapore | 2 | 19 | 0 | - | 2 | - | 100 | - | 100 | 1.00 | 100 | 1.00 |
| Sint Maarten | - | - | - | - | - | - | 97 | - | 88 | 1.06 | 78 | 0.95 |
| Slovakia | 26 | 27 | - | - | 6 | - | 97 | 1.00 | 95 | 1.00 | 89 | 1.00 |
| Slovenia | 4 | 33 | - | - | 3 | - | 100 | 1.01 | 99 | 1.01 | 99 | 1.00 |
| Solomon Islands | 78 | 114 | 21 | - | 28 | - | 93 | 1.05 | - | - | - | - |
| Somalia | 118 | 100 | 36 | 99 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| South Africa | 41 | 81 | 4 | - | 13 | 65 | 89 | 1.02 | 90 | 1.01 | 79 | 1.01 |
| South Sudan | 158 | 54 | 52 | - | 27 | - | 38 | 0.77 | 44 | 0.72 | 36 | 0.65 |
| Spain | 6 | 20 | - | - | 3 | - | 97 | 1.00 | 100 | - | 99 | 1.01 |
| Sri Lanka | 21 | 39 | 10 | - | 4 | - | 99 | - | 100 | 1.00 | 84 | 1.06 |
| Sudan | 87 | - | 34 | 87 | 17 | - | 67 | 0.93 | 66 | 0.97 | 48 | 1.08 |
| Suriname | 54 | 67 | 36 | - | 8 | - | 88 | 1.04 | 85 | 1.09 | 62 | 1.15 |
| Sweden | 4 | 36 | - | - | 6 | - | 100 | - | 100 | - | 99 | 0.99 |
| Switzerland | 2 | 20 | - | - | 2 | - | 100 | - | 99 | 0.99 | 81 | 0.96 |
| Syrian Arab Republic | 22 | - | 13 | - | - | - | 72 | 0.98 | 62 | 0.97 | 34 | 1.00 |
| Tajikistan | 54 | 37 | 9 | - | 14 | 33 | 99 | 0.99 | 94 | 0.94 | 61 | 0.74 |
| Tanzania, United Republic of | 139 | 105 | 31 | 10 | 24 | 47 | 84 | 1.04 | 28 | - | 14 | 0.76 |

GENERE, DIRITTI E CAPITALE UMANO

| Paesi, territori, altre aree | Tasso di maternità tra le adolescenti ogni 1.000 ragazze di 15-19 anni | Gravidanze non intenzionali su 1.000 donne di 15-49 anni ² | Matrimonio infantile entro i 18 anni di età, percentuale | Prevalenza di MGF tra le donne di 15-49 anni, percentuale | Violenza da parte del partner, negli ultimi 12 mesi, percentuale | Presenza di decisioni 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 | Tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria di primo grado, percentuale | Tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria di secondo grado, percentuale | Indice di parità di genere, tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria di secondo grado |
|-------------------------------------|--|---|--|---|--|---|--|---|---|---|---|--|
| | 2004-2020 | 2015-2019 | 2005-2020 | 2004-2020 | 2018 | 2007-2020 | 2010-2020 | 2010-2020 | 2010-2020 | 2010-2020 | 2010-2020 | 2010-2020 |
| Thailand | 23 | 38 | 20 | - | 9 | - | - | - | - | - | 79 | 1.00 |
| Timor-Leste, Democratic Republic of | 42 | 50 | 15 | - | 28 | 40 | 95 | 1.04 | 90 | 1.04 | 76 | 1.07 |
| Togo | 79 | 100 | 25 | 3 | 13 | 30 | 99 | 0.98 | 79 | 0.85 | 44 | 0.64 |
| Tonga | 30 | 49 | 10 | - | 17 | - | 99 | - | 89 | 1.15 | 59 | 1.33 |
| Trinidad and Tobago | 32 | 84 | 11 | - | 8 | - | 99 | 0.99 | - | - | - | - |
| Tunisia | 7 | - | 2 | - | 10 | - | 99 | - | - | - | - | - |
| Turkey | 19 | - | 15 | - | 12 | - | 95 | 0.99 | 97 | 0.99 | 82 | 0.97 |
| Turkmenistan | 22 | 23 | 6 | - | - | 59 | - | - | - | - | - | - |
| Turks and Caicos Islands | 21 | - | - | - | - | - | 99 | - | 80 | 1.06 | 68 | 0.90 |
| Tuvalu | 27 | - | 10 | - | 20 | - | 83 | 1.03 | 67 | 0.92 | 35 | 1.21 |
| Uganda | 111 | 145 | 34 | 0 | 26 | 62 | 96 | 1.03 | - | - | - | - |
| Ukraine | 18 | 27 | 9 | - | 9 | 81 | 92 | 1.02 | 96 | 1.01 | 94 | 1.03 |
| United Arab Emirates | 4 | - | - | - | - | - | 100 | - | 99 | - | 98 | 1.01 |
| United Kingdom | 12 | 36 | 0 | - | 4 | - | 99 | 1.00 | 100 | 1.00 | 97 | 1.01 |
| United States of America | 17 | 35 | - | - | 6 | - | 99 | 1.00 | 100 | 1.02 | 96 | 0.98 |
| United States Virgin Islands | 39 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Uruguay | 36 | 41 | 25 | - | 4 | - | 99 | 1.01 | 99 | 1.01 | 89 | 1.06 |
| Uzbekistan | 19 | 29 | 7 | - | - | - | 99 | 0.98 | 99 | 0.98 | 86 | 0.99 |
| Vanuatu | 51 | 87 | 21 | - | 29 | - | 97 | 0.99 | 75 | 1.04 | 44 | 1.14 |
| Venezuela (Bolivarian Republic of) | 95 | - | - | - | 9 | - | 90 | 1.00 | 86 | 1.02 | 77 | 1.12 |
| Viet Nam | 35 | 86 | 11 | - | 10 | - | 99 | - | - | - | - | - |
| Western Sahara | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Yemen | 67 | - | 32 | 19 | - | - | 84 | 0.88 | 72 | 0.85 | 44 | 0.59 |
| Zambia | 135 | 123 | 29 | - | 28 | 49 | 85 | 1.05 | - | - | - | - |
| Zimbabwe | 108 | 74 | 34 | - | 18 | 60 | 86 | 1.02 | 98 | 0.95 | 52 | 0.90 |

NOTE

– Dati non disponibili.

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.

² Dati forniti dal Guttmacher Institute.

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).

Tasso di gravidanze non intenzionali: stima del numero annuale di gravidanze non intenzionali su 1.000 donne di 15-49 anni.

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 donne di 15-49 anni: proporzione di donne 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).

Presa di decisioni relative 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).

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.

FONTE PRINCIPALI DEI DATI

Tasso di maternità tra le adolescenti: Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione, 2021.

Tasso di gravidanze non intenzionali: Bearak, Jonathan et al. 2022., "Country-Specific Estimates of Unintended Pregnancy and Abortion Incidence: A Global Comparative Analysis of Levels in 2015–2019." *BMJ Global Health*, in stampa. Informazioni relative alla metodologia sono disponibili al seguente indirizzo: <https://data.guttmacher.org/countries>.

Matrimonio infantile, entro i 18 anni di età: UNICEF, 2021. Totali regionali calcolati da UNFPA sulla base di dati forniti da UNICEF.

Prevalenza di MGF tra ragazze e donne di 15-49 anni: UNICEF, 2021. Totali regionali calcolati da UNFPA sulla base di dati forniti da UNICEF.

Violenza da parte del partner, negli ultimi 12 mesi: Gruppo di lavoro inter-agenzie sulle stime e sui dati sulla violenza contro le donne (OMS, UN-Women, Divisione Statistica delle Nazioni Unite, Ufficio delle Nazioni Unite sulle droghe e il crimine, UNFPA).

Processo decisionale relativo alla salute sessuale e riproduttiva e ai diritti riproduttivi: UNFPA, 2022.

Tasso netto totale di iscrizione, scuola primaria: Istituto di Statistica dell'UNESCO, 2022.

Indice di parità di genere, tasso netto totale di iscrizione, istruzione primaria: Istituto di Statistica dell'UNESCO, 2022.

Tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria di primo grado: Istituto di Statistica dell'UNESCO, 2022.

Indice di parità di genere, tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria di primo grado: Istituto di Statistica dell'UNESCO, 2022.

Tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria superiore: Istituto di Statistica dell'UNESCO, 2022.

Indice di parità di genere, tasso netto totale di iscrizione, scuola secondaria superiore: Istituto di Statistica dell'UNESCO, 2022.

INDICATORI DEMOGRAFICI

| | POPOLAZIONE | | COMPOSIZIONE DELLA POPOLAZIONE | | | | | FECONDITÀ | ASPETTATIVA DI VITA | |
|-------------------------------------|--------------------------------|--|---------------------------------------|--|--|--|---|--------------------------------------|---|-----------|
| | Popolazione totale, in milioni | VARIAZIONE DELLA POPOLAZIONE 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), 2022 | |
| Mondo e aree regionali | 2022 | 2020-2025 | 2022 | 2022 | 2022 | 2022 | 2022 | 2022 | Maschi | Femmine |
| Mondo | 7,954 | 1.0 | 25 | 16 | 24 | 65 | 10 | 2.4 | 71 | 76 |
| Regioni più sviluppate | 1,277 | 0.1 | 16 | 11 | 17 | 64 | 20 | 1.6 | 77 | 83 |
| Regioni meno sviluppate | 6,677 | 1.1 | 27 | 17 | 25 | 65 | 8 | 2.5 | 70 | 74 |
| Paesi meno sviluppati | 1,107 | 2.2 | 38 | 22 | 32 | 58 | 4 | 3.8 | 64 | 68 |
| Regioni UNFPA | | | | | | | | | | |
| Stati Arabi | 393 | 2.0 | 34 | 19 | 28 | 61 | 5 | 3.2 | 70 | 74 |
| Asia e Pacifico | 4,149 | 0.8 | 23 | 16 | 23 | 68 | 9 | 2.1 | 71 | 75 |
| Europa orientale e Asia centrale | 251 | 0.5 | 23 | 15 | 21 | 66 | 11 | 2.1 | 71 | 78 |
| America Latina e Caraibi | 661 | 0.8 | 23 | 16 | 24 | 67 | 9 | 2.0 | 73 | 79 |
| Africa orientale e meridionale | 649 | 2.5 | 41 | 23 | 32 | 56 | 3 | 4.1 | 62 | 67 |
| Africa occidentale e centrale | 483 | 2.6 | 43 | 23 | 32 | 55 | 3 | 4.8 | 58 | 60 |
| Paesi, territori, altre aree | | | | | | | | | | |
| Afghanistan | 40.8 | 2.2 | 41 | 25 | 35 | 57 | 3 | 3.9 | 64 | 67 |
| Albania | 2.9 | -0.3 | 17 | 12 | 19 | 67 | 16 | 1.6 | 77 | 80 |
| Algeria | 45.4 | 1.6 | 31 | 16 | 23 | 62 | 7 | 2.8 | 76 | 79 |
| Angola | 35.0 | 3.2 | 46 | 24 | 33 | 52 | 2 | 5.2 | 59 | 65 |
| Antigua and Barbuda | 0.1 | 0.8 | 22 | 14 | 21 | 68 | 10 | 2.0 | 76 | 79 |
| Argentina | 46.0 | 0.9 | 24 | 16 | 23 | 64 | 12 | 2.2 | 74 | 80 |
| Armenia | 3.0 | 0.1 | 21 | 13 | 19 | 67 | 13 | 1.8 | 72 | 79 |
| Aruba ¹ | 0.1 | 0.4 | 17 | 13 | 19 | 67 | 16 | 1.9 | 74 | 79 |
| Australia ² | 26.1 | 1.1 | 19 | 12 | 19 | 64 | 17 | 1.8 | 82 | 86 |
| Austria | 9.1 | 0.2 | 15 | 10 | 15 | 66 | 20 | 1.6 | 80 | 84 |
| Azerbaijan ³ | 10.3 | 0.7 | 23 | 14 | 20 | 69 | 8 | 2.0 | 71 | 76 |
| Bahamas | 0.4 | 0.9 | 21 | 16 | 24 | 71 | 8 | 1.7 | 72 | 76 |
| Bahrain | 1.8 | 1.8 | 18 | 11 | 18 | 79 | 3 | 1.9 | 77 | 79 |
| Bangladesh | 167.9 | 0.9 | 26 | 18 | 27 | 69 | 6 | 1.9 | 72 | 75 |
| Barbados | 0.3 | 0.1 | 16 | 12 | 19 | 66 | 18 | 1.6 | 78 | 81 |
| Belarus | 9.4 | -0.1 | 18 | 11 | 15 | 66 | 17 | 1.7 | 70 | 80 |
| Belgium | 11.7 | 0.3 | 17 | 12 | 17 | 63 | 20 | 1.7 | 80 | 84 |
| Belize | 0.4 | 1.7 | 28 | 19 | 29 | 66 | 5 | 2.2 | 72 | 78 |
| Benin | 12.8 | 2.6 | 42 | 23 | 32 | 55 | 3 | 4.6 | 61 | 64 |
| Bhutan | 0.8 | 1.0 | 24 | 17 | 26 | 69 | 7 | 1.9 | 72 | 73 |
| Bolivia (Plurinational State of) | 12.0 | 1.3 | 29 | 19 | 28 | 63 | 8 | 2.6 | 69 | 75 |
| Bosnia and Herzegovina | 3.2 | -0.4 | 14 | 11 | 17 | 67 | 19 | 1.2 | 75 | 80 |
| Botswana | 2.4 | 1.8 | 33 | 20 | 29 | 63 | 5 | 2.7 | 67 | 73 |
| Brazil | 215.4 | 0.6 | 20 | 14 | 22 | 70 | 10 | 1.7 | 73 | 80 |
| Brunei Darussalam | 0.4 | 0.8 | 22 | 15 | 22 | 72 | 6 | 1.8 | 75 | 78 |
| Bulgaria | 6.8 | -0.8 | 15 | 10 | 15 | 63 | 22 | 1.6 | 72 | 79 |
| Burkina Faso | 22.1 | 2.8 | 44 | 24 | 33 | 54 | 2 | 4.9 | 62 | 64 |
| Burundi | 12.6 | 2.9 | 45 | 23 | 32 | 53 | 3 | 5.1 | 61 | 64 |
| Cambodia | 17.2 | 1.3 | 30 | 19 | 27 | 65 | 5 | 2.4 | 68 | 73 |
| Cameroon, Republic of | 27.9 | 2.5 | 42 | 23 | 33 | 56 | 3 | 4.3 | 59 | 62 |
| Canada | 38.4 | 0.8 | 16 | 11 | 17 | 65 | 19 | 1.5 | 81 | 85 |
| Cape Verde | 0.6 | 1.0 | 27 | 18 | 26 | 68 | 5 | 2.2 | 70 | 77 |
| Central African Republic | 5.0 | 2.0 | 43 | 26 | 36 | 55 | 3 | 4.4 | 52 | 57 |
| Chad | 17.4 | 2.9 | 46 | 25 | 34 | 52 | 3 | 5.4 | 54 | 57 |
| Chile | 19.3 | 0.1 | 19 | 13 | 20 | 68 | 13 | 1.6 | 78 | 83 |
| China ⁴ | 1,448.5 | 0.3 | 18 | 12 | 17 | 70 | 13 | 1.7 | 75 | 80 |

INDICATORI DEMOGRAFICI

| Paesi, territori, altre aree | POPOLAZIONE | | COMPOSIZIONE DELLA POPOLAZIONE | | | | | FECONDITÀ | ASPETTATIVA DI VITA | |
|-----------------------------------|--------------------------------|--|---------------------------------------|--|--|--|---|--------------------------------------|---|---------|
| | Popolazione totale, in milioni | VARIAZIONE DELLA POPOLAZIONE 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), 2022 | |
| | 2022 | 2020-2025 | 2022 | 2022 | 2022 | 2022 | 2022 | 2022 | Maschi | Femmine |
| China, Hong Kong SAR ⁵ | 7.6 | 0.7 | 13 | 8 | 12 | 67 | 20 | 1.4 | 82 | 88 |
| China, Macao SAR ⁶ | 0.7 | 1.3 | 15 | 8 | 12 | 72 | 14 | 1.3 | 82 | 88 |
| Colombia | 51.5 | 0.4 | 22 | 15 | 24 | 69 | 10 | 1.7 | 75 | 80 |
| Comoros | 0.9 | 2.1 | 39 | 22 | 31 | 58 | 3 | 4.0 | 63 | 67 |
| Congo, Democratic Republic of the | 95.2 | 3.0 | 45 | 24 | 32 | 52 | 3 | 5.5 | 60 | 63 |
| Congo, Republic of the | 5.8 | 2.4 | 41 | 23 | 32 | 57 | 3 | 4.2 | 64 | 67 |
| Costa Rica | 5.2 | 0.8 | 20 | 14 | 21 | 69 | 11 | 1.7 | 78 | 83 |
| Côte d'Ivoire | 27.7 | 2.5 | 41 | 23 | 33 | 56 | 3 | 4.4 | 57 | 60 |
| Croatia | 4.1 | -0.5 | 14 | 10 | 16 | 64 | 22 | 1.4 | 76 | 82 |
| Cuba | 11.3 | -0.1 | 16 | 11 | 17 | 68 | 16 | 1.6 | 77 | 81 |
| Curaçao ¹ | 0.2 | 0.4 | 18 | 13 | 19 | 64 | 19 | 1.7 | 76 | 82 |
| Cyprus ⁷ | 1.2 | 0.6 | 16 | 12 | 19 | 69 | 15 | 1.3 | 79 | 83 |
| Czechia | 10.7 | 0.1 | 16 | 10 | 15 | 64 | 21 | 1.7 | 77 | 82 |
| Denmark ⁸ | 5.8 | 0.4 | 16 | 11 | 18 | 63 | 21 | 1.8 | 79 | 83 |
| Djibouti | 1.0 | 1.3 | 28 | 18 | 27 | 67 | 5 | 2.5 | 66 | 70 |
| Dominica | 0.1 | 0.2 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Dominican Republic | 11.1 | 0.9 | 27 | 18 | 26 | 65 | 8 | 2.2 | 72 | 78 |
| Ecuador | 18.1 | 1.2 | 27 | 17 | 26 | 65 | 8 | 2.3 | 75 | 80 |
| Egypt | 106.2 | 1.8 | 34 | 19 | 27 | 61 | 6 | 3.2 | 70 | 75 |
| El Salvador | 6.6 | 0.5 | 26 | 17 | 27 | 65 | 9 | 2.0 | 69 | 78 |
| Equatorial Guinea | 1.5 | 3.1 | 37 | 20 | 29 | 61 | 2 | 4.2 | 59 | 61 |
| Eritrea | 3.7 | 1.7 | 40 | 25 | 33 | 56 | 4 | 3.8 | 65 | 70 |
| Estonia | 1.3 | -0.3 | 16 | 11 | 15 | 63 | 21 | 1.6 | 75 | 83 |
| Eswatini | 1.2 | 1.1 | 36 | 24 | 33 | 60 | 4 | 2.8 | 57 | 66 |
| Ethiopia | 120.8 | 2.4 | 39 | 23 | 33 | 57 | 4 | 3.9 | 66 | 70 |
| Fiji | 0.9 | 0.7 | 29 | 18 | 26 | 65 | 6 | 2.7 | 66 | 70 |
| Finland ⁹ | 5.6 | 0.1 | 15 | 11 | 17 | 61 | 23 | 1.4 | 80 | 85 |
| France ¹⁰ | 65.6 | 0.2 | 17 | 12 | 18 | 61 | 21 | 1.8 | 80 | 86 |
| French Guiana ¹¹ | 0.3 | 2.4 | 32 | 19 | 27 | 63 | 6 | 3.2 | 78 | 83 |
| French Polynesia ¹¹ | 0.3 | 0.6 | 22 | 15 | 23 | 69 | 10 | 1.9 | 76 | 80 |
| Gabon | 2.3 | 2.2 | 37 | 19 | 27 | 59 | 4 | 3.8 | 65 | 69 |
| Gambia | 2.6 | 2.8 | 44 | 23 | 32 | 54 | 3 | 4.9 | 62 | 65 |
| Georgia ¹² | 4.0 | -0.3 | 20 | 12 | 18 | 64 | 16 | 2.0 | 70 | 79 |
| Germany | 83.9 | -0.1 | 14 | 9 | 15 | 64 | 22 | 1.6 | 80 | 84 |
| Ghana | 32.4 | 2.0 | 37 | 21 | 30 | 60 | 3 | 3.7 | 64 | 66 |
| Greece | 10.3 | -0.5 | 13 | 10 | 15 | 64 | 23 | 1.3 | 80 | 85 |
| Grenada | 0.1 | 0.4 | 24 | 15 | 22 | 66 | 10 | 2.0 | 70 | 75 |
| Guadeloupe ¹¹ | 0.4 | 0.0 | 18 | 14 | 21 | 62 | 21 | 2.1 | 79 | 86 |
| Guam ¹³ | 0.2 | 0.8 | 23 | 16 | 24 | 65 | 11 | 2.2 | 78 | 84 |
| Guatemala | 18.6 | 1.8 | 33 | 21 | 31 | 62 | 5 | 2.7 | 72 | 78 |
| Guinea | 13.9 | 2.7 | 42 | 24 | 34 | 55 | 3 | 4.4 | 62 | 63 |
| Guinea-Bissau | 2.1 | 2.3 | 41 | 23 | 32 | 56 | 3 | 4.2 | 57 | 61 |
| Guyana | 0.8 | 0.5 | 27 | 18 | 27 | 65 | 8 | 2.4 | 67 | 73 |
| Haiti | 11.7 | 1.2 | 32 | 20 | 30 | 63 | 5 | 2.8 | 63 | 67 |
| Honduras | 10.2 | 1.5 | 30 | 20 | 30 | 65 | 5 | 2.3 | 73 | 78 |
| Hungary | 9.6 | -0.3 | 14 | 10 | 15 | 65 | 21 | 1.5 | 74 | 81 |
| Iceland | 0.3 | 0.6 | 19 | 13 | 20 | 65 | 17 | 1.7 | 82 | 85 |
| India | 1,406.6 | 0.9 | 25 | 18 | 27 | 68 | 7 | 2.1 | 69 | 72 |
| Indonesia | 279.1 | 1.0 | 25 | 17 | 25 | 68 | 7 | 2.2 | 70 | 75 |

INDICATORI DEMOGRAFICI

| Paesi, territori, 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), 2022 | |
| | 2022 | 2020-2025 | 2022 | 2022 | 2022 | 2022 | 2022 | 2022 | Maschi | Femmine |
| Iran (Islamic Republic of) | 86.0 | 1.1 | 25 | 14 | 21 | 68 | 7 | 2.1 | 76 | 78 |
| Iraq | 42.2 | 2.3 | 37 | 22 | 31 | 60 | 4 | 3.5 | 69 | 73 |
| Ireland | 5.0 | 0.7 | 20 | 14 | 20 | 65 | 15 | 1.8 | 81 | 84 |
| Israel | 8.9 | 1.5 | 28 | 17 | 24 | 60 | 13 | 2.9 | 82 | 85 |
| Italy | 60.3 | -0.2 | 13 | 10 | 14 | 64 | 24 | 1.3 | 82 | 86 |
| Jamaica | 3.0 | 0.4 | 23 | 15 | 24 | 68 | 10 | 1.9 | 73 | 77 |
| Japan | 125.6 | -0.4 | 12 | 9 | 14 | 59 | 29 | 1.4 | 82 | 88 |
| Jordan | 10.3 | 0.3 | 31 | 21 | 31 | 64 | 4 | 2.6 | 73 | 77 |
| Kazakhstan | 19.2 | 1.0 | 29 | 16 | 21 | 63 | 8 | 2.6 | 70 | 78 |
| Kenya | 56.2 | 2.2 | 37 | 24 | 33 | 60 | 3 | 3.3 | 65 | 70 |
| Kiribati | 0.1 | 1.6 | 36 | 20 | 29 | 60 | 5 | 3.4 | 65 | 73 |
| Korea, Democratic People's Republic of | 26.0 | 0.4 | 20 | 13 | 21 | 70 | 10 | 1.9 | 69 | 76 |
| Korea, Republic of | 51.3 | 0.0 | 12 | 9 | 15 | 71 | 17 | 1.1 | 80 | 86 |
| Kuwait | 4.4 | 1.1 | 21 | 14 | 19 | 76 | 4 | 2.0 | 75 | 77 |
| Kyrgyzstan | 6.7 | 1.4 | 33 | 18 | 25 | 62 | 5 | 2.8 | 68 | 76 |
| Lao People's Democratic Republic | 7.5 | 1.3 | 31 | 20 | 29 | 64 | 5 | 2.5 | 67 | 71 |
| Latvia | 1.8 | -1.0 | 17 | 10 | 14 | 62 | 21 | 1.7 | 71 | 80 |
| Lebanon | 6.7 | -1.3 | 24 | 16 | 24 | 68 | 8 | 2.0 | 77 | 81 |
| Lesotho | 2.2 | 0.8 | 32 | 20 | 29 | 63 | 5 | 3.0 | 52 | 59 |
| Liberia | 5.3 | 2.4 | 40 | 23 | 32 | 57 | 3 | 4.1 | 64 | 66 |
| Libya | 7.0 | 1.1 | 27 | 18 | 25 | 68 | 5 | 2.1 | 71 | 76 |
| Lithuania | 2.7 | -1.0 | 16 | 9 | 14 | 63 | 22 | 1.7 | 71 | 82 |
| Luxembourg | 0.6 | 1.1 | 16 | 11 | 17 | 69 | 15 | 1.4 | 81 | 85 |
| Madagascar | 29.2 | 2.6 | 40 | 23 | 32 | 57 | 3 | 3.9 | 66 | 70 |
| Malawi | 20.2 | 2.7 | 42 | 25 | 34 | 55 | 3 | 3.9 | 62 | 69 |
| Malaysia ¹⁴ | 33.2 | 1.2 | 23 | 15 | 24 | 69 | 8 | 1.9 | 75 | 79 |
| Maldives | 0.5 | -0.7 | 20 | 12 | 19 | 76 | 4 | 1.8 | 78 | 81 |
| Mali | 21.5 | 2.9 | 46 | 25 | 34 | 51 | 3 | 5.5 | 60 | 61 |
| Malta | 0.4 | 0.3 | 15 | 9 | 15 | 63 | 22 | 1.5 | 81 | 85 |
| Martinique ¹¹ | 0.4 | -0.2 | 15 | 12 | 19 | 62 | 23 | 1.8 | 80 | 86 |
| Mauritania | 4.9 | 2.6 | 39 | 22 | 31 | 57 | 3 | 4.3 | 64 | 67 |
| Mauritius ¹⁵ | 1.3 | 0.1 | 16 | 13 | 20 | 70 | 14 | 1.3 | 72 | 79 |
| Mexico | 131.6 | 1.0 | 25 | 17 | 25 | 67 | 8 | 2.0 | 73 | 78 |
| Micronesia (Federated States of) | 0.1 | 1.0 | 31 | 20 | 29 | 64 | 5 | 2.9 | 67 | 70 |
| Moldova, Republic of ¹⁶ | 4.0 | -0.3 | 16 | 11 | 16 | 71 | 14 | 1.3 | 68 | 76 |
| Mongolia | 3.4 | 1.4 | 31 | 16 | 23 | 64 | 5 | 2.8 | 66 | 75 |
| Montenegro | 0.6 | 0.0 | 18 | 12 | 19 | 66 | 17 | 1.7 | 75 | 80 |
| Morocco | 37.8 | 1.1 | 26 | 17 | 24 | 66 | 8 | 2.3 | 76 | 79 |
| Mozambique | 33.1 | 2.8 | 44 | 24 | 34 | 54 | 3 | 4.6 | 59 | 65 |
| Myanmar | 55.2 | 0.8 | 25 | 18 | 26 | 69 | 7 | 2.1 | 65 | 71 |
| Namibia | 2.6 | 1.8 | 37 | 21 | 30 | 60 | 4 | 3.2 | 62 | 68 |
| Nepal | 30.2 | 1.7 | 27 | 20 | 30 | 67 | 6 | 1.8 | 70 | 73 |
| Netherlands ¹⁷ | 17.2 | 0.2 | 15 | 11 | 17 | 64 | 21 | 1.7 | 81 | 84 |
| New Caledonia ¹¹ | 0.3 | 0.9 | 21 | 15 | 23 | 68 | 10 | 1.9 | 76 | 81 |
| New Zealand ¹⁸ | 4.9 | 0.8 | 19 | 13 | 19 | 64 | 17 | 1.8 | 81 | 84 |
| Nicaragua | 6.8 | 1.1 | 29 | 19 | 27 | 65 | 6 | 2.3 | 72 | 79 |
| Niger | 26.1 | 3.7 | 49 | 25 | 33 | 48 | 3 | 6.6 | 62 | 65 |
| Nigeria | 216.7 | 2.5 | 43 | 23 | 32 | 54 | 3 | 5.1 | 55 | 57 |
| North Macedonia | 2.1 | -0.1 | 16 | 11 | 17 | 69 | 15 | 1.5 | 74 | 78 |

INDICATORI DEMOGRAFICI

| Paesi, territori, 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), 2022 | Maschi | Femmine | | | | | |
| Norway ¹⁹ | 5.5 | 0.8 | 17 | 12 | 18 | 65 | 18 | 1.7 | 81 | 85 | | | | | | |
| Oman | 5.3 | 1.7 | 23 | 12 | 18 | 74 | 3 | 2.6 | 77 | 81 | | | | | | |
| Pakistan | 229.5 | 1.8 | 34 | 20 | 30 | 61 | 5 | 3.3 | 67 | 69 | | | | | | |
| Palestine ²⁰ | 5.3 | 2.3 | 38 | 22 | 31 | 59 | 3 | 3.4 | 73 | 76 | | | | | | |
| Panama | 4.4 | 1.4 | 26 | 17 | 25 | 65 | 9 | 2.4 | 76 | 82 | | | | | | |
| Papua New Guinea | 9.3 | 1.9 | 35 | 21 | 31 | 62 | 4 | 3.4 | 64 | 67 | | | | | | |
| Paraguay | 7.3 | 1.2 | 28 | 18 | 27 | 65 | 7 | 2.3 | 73 | 77 | | | | | | |
| Peru | 33.7 | 0.9 | 25 | 15 | 23 | 66 | 9 | 2.2 | 75 | 80 | | | | | | |
| Philippines | 112.5 | 1.3 | 29 | 19 | 28 | 65 | 6 | 2.4 | 68 | 76 | | | | | | |
| Poland | 37.7 | -0.2 | 15 | 10 | 15 | 65 | 20 | 1.5 | 75 | 83 | | | | | | |
| Portugal | 10.1 | -0.3 | 13 | 10 | 15 | 64 | 24 | 1.3 | 80 | 85 | | | | | | |
| Puerto Rico ¹³ | 2.8 | 0.3 | 14 | 14 | 20 | 64 | 22 | 1.2 | 77 | 84 | | | | | | |
| Qatar | 3.0 | 1.6 | 14 | 9 | 17 | 84 | 2 | 1.8 | 80 | 82 | | | | | | |
| Réunion ¹¹ | 0.9 | 0.7 | 22 | 15 | 23 | 65 | 14 | 2.2 | 78 | 84 | | | | | | |
| Romania | 19.0 | -0.5 | 15 | 11 | 16 | 65 | 20 | 1.6 | 73 | 80 | | | | | | |
| Russian Federation | 145.8 | -0.1 | 19 | 11 | 16 | 65 | 17 | 1.8 | 68 | 78 | | | | | | |
| Rwanda | 13.6 | 2.4 | 39 | 22 | 31 | 58 | 3 | 3.8 | 68 | 72 | | | | | | |
| Saint Kitts and Nevis | 0.1 | 0.6 | - | - | - | - | - | - | - | - | | | | | | |
| Saint Lucia | 0.2 | 0.4 | 18 | 13 | 21 | 72 | 11 | 1.4 | 75 | 78 | | | | | | |
| Saint Vincent and the Grenadines | 0.1 | 0.2 | 21 | 15 | 24 | 68 | 10 | 1.8 | 71 | 76 | | | | | | |
| Samoa | 0.2 | 1.1 | 37 | 21 | 30 | 58 | 5 | 3.7 | 72 | 76 | | | | | | |
| San Marino | 0.0 | 0.2 | - | - | - | - | - | - | - | - | | | | | | |
| São Tomé and Príncipe | 0.2 | 1.9 | 41 | 25 | 34 | 56 | 3 | 4.1 | 68 | 73 | | | | | | |
| Saudi Arabia | 35.8 | 1.4 | 24 | 14 | 21 | 72 | 4 | 2.2 | 74 | 77 | | | | | | |
| Senegal | 17.7 | 2.6 | 42 | 23 | 32 | 55 | 3 | 4.4 | 67 | 71 | | | | | | |
| Serbia ²¹ | 8.7 | -0.5 | 15 | 11 | 17 | 65 | 20 | 1.4 | 74 | 79 | | | | | | |
| Seychelles | 0.1 | 0.5 | 24 | 15 | 21 | 68 | 9 | 2.4 | 70 | 78 | | | | | | |
| Sierra Leone | 8.3 | 2.0 | 40 | 23 | 33 | 57 | 3 | 3.9 | 55 | 57 | | | | | | |
| Singapore | 5.9 | 0.8 | 12 | 8 | 14 | 72 | 15 | 1.2 | 82 | 86 | | | | | | |
| Sint Maarten ¹ | 0.0 | 1.2 | - | - | - | - | - | - | - | - | | | | | | |
| Slovakia | 5.5 | 0.0 | 16 | 10 | 15 | 67 | 18 | 1.6 | 75 | 81 | | | | | | |
| Slovenia | 2.1 | -0.1 | 15 | 10 | 14 | 63 | 22 | 1.6 | 79 | 84 | | | | | | |
| Solomon Islands | 0.7 | 2.4 | 40 | 22 | 31 | 57 | 4 | 4.2 | 72 | 75 | | | | | | |
| Somalia | 16.8 | 2.9 | 46 | 25 | 34 | 51 | 3 | 5.7 | 57 | 60 | | | | | | |
| South Africa | 60.8 | 1.1 | 28 | 18 | 26 | 66 | 6 | 2.3 | 61 | 68 | | | | | | |
| South Sudan | 11.6 | 2.1 | 41 | 23 | 33 | 56 | 3 | 4.4 | 57 | 60 | | | | | | |
| Spain ²² | 46.7 | -0.1 | 14 | 10 | 15 | 65 | 21 | 1.4 | 81 | 87 | | | | | | |
| Sri Lanka | 21.6 | 0.3 | 23 | 16 | 23 | 65 | 12 | 2.1 | 74 | 81 | | | | | | |
| Sudan | 46.0 | 2.4 | 39 | 23 | 32 | 57 | 4 | 4.2 | 64 | 68 | | | | | | |
| Suriname | 0.6 | 0.8 | 26 | 17 | 25 | 66 | 7 | 2.3 | 69 | 75 | | | | | | |
| Sweden | 10.2 | 0.6 | 18 | 11 | 17 | 62 | 21 | 1.8 | 82 | 85 | | | | | | |
| Switzerland | 8.8 | 0.6 | 15 | 10 | 15 | 65 | 20 | 1.6 | 82 | 86 | | | | | | |
| Syrian Arab Republic | 19.4 | 5.5 | 31 | 18 | 26 | 65 | 5 | 2.7 | 72 | 79 | | | | | | |
| Tajikistan | 10.0 | 2.0 | 37 | 19 | 27 | 59 | 4 | 3.4 | 69 | 74 | | | | | | |
| Tanzania, United Republic of ²³ | 63.3 | 2.9 | 43 | 24 | 33 | 54 | 3 | 4.7 | 65 | 68 | | | | | | |
| Thailand | 70.1 | 0.2 | 16 | 12 | 18 | 70 | 14 | 1.5 | 74 | 81 | | | | | | |
| Timor-Leste, Democratic Republic of | 1.4 | 1.9 | 36 | 22 | 32 | 59 | 4 | 3.7 | 68 | 72 | | | | | | |
| Togo | 8.7 | 2.3 | 40 | 23 | 32 | 57 | 3 | 4.1 | 61 | 63 | | | | | | |
| Tonga | 0.1 | 0.9 | 34 | 22 | 31 | 60 | 6 | 3.4 | 69 | 73 | | | | | | |

INDICATORI DEMOGRAFICI

| Paesi, territori, 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), 2022 | |
| | 2022 | 2020-2025 | 2022 | 2022 | 2022 | 2022 | 2022 | 2022 | Maschi | Femmine |
| Trinidad and Tobago | 1.4 | 0.2 | 20 | 14 | 20 | 68 | 12 | 1.7 | 71 | 77 |
| Tunisia | 12.0 | 0.9 | 24 | 14 | 21 | 66 | 10 | 2.1 | 75 | 79 |
| Turkey | 85.6 | 0.6 | 23 | 16 | 24 | 67 | 10 | 2.0 | 75 | 81 |
| Turkmenistan | 6.2 | 1.3 | 31 | 17 | 25 | 64 | 5 | 2.6 | 65 | 72 |
| Turks and Caicos Islands | 0.0 | 1.3 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Tuvalu | 0.0 | 1.1 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Uganda | 48.4 | 2.7 | 45 | 25 | 35 | 53 | 2 | 4.5 | 62 | 67 |
| Ukraine ²⁴ | 43.2 | -0.6 | 16 | 11 | 15 | 67 | 18 | 1.4 | 68 | 77 |
| United Arab Emirates | 10.1 | 0.9 | 15 | 9 | 17 | 83 | 2 | 1.3 | 78 | 80 |
| United Kingdom ²⁵ | 68.5 | 0.4 | 18 | 12 | 17 | 63 | 19 | 1.7 | 80 | 83 |
| United States of America ²⁶ | 334.8 | 0.6 | 18 | 13 | 19 | 65 | 17 | 1.8 | 77 | 82 |
| United States Virgin Islands ¹³ | 0.1 | -0.3 | 19 | 14 | 20 | 60 | 22 | 2.0 | 79 | 83 |
| Uruguay | 3.5 | 0.3 | 20 | 14 | 21 | 64 | 16 | 1.9 | 75 | 82 |
| Uzbekistan | 34.4 | 1.2 | 29 | 17 | 24 | 66 | 5 | 2.3 | 70 | 74 |
| Vanuatu | 0.3 | 2.3 | 38 | 22 | 30 | 59 | 4 | 3.6 | 69 | 73 |
| Venezuela (Bolivarian Republic of) | 29.3 | 2.0 | 26 | 18 | 26 | 66 | 8 | 2.2 | 69 | 76 |
| Viet Nam | 99.0 | 0.8 | 23 | 14 | 21 | 68 | 9 | 2.0 | 72 | 80 |
| Western Sahara | 0.6 | 2.2 | 27 | 16 | 25 | 69 | 4 | 2.3 | 69 | 73 |
| Yemen | 31.2 | 2.1 | 38 | 23 | 32 | 59 | 3 | 3.5 | 65 | 68 |
| Zambia | 19.5 | 2.8 | 43 | 25 | 34 | 55 | 2 | 4.4 | 62 | 68 |
| Zimbabwe | 15.3 | 1.6 | 41 | 25 | 34 | 56 | 3 | 3.3 | 60 | 64 |

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 o 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 A 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 medio di crescita esponenziale della popolazione in un dato periodo, basato su una proiezione fondata sulla 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 per donna nel caso che viva fino alla fine dell'età riproduttiva e partorisca a ogni età in conformità con i tassi di fecondità prevalenti in una specifica fascia di età.
- Aspettativa di vita alla nascita:** numero di anni di vita di cui un nuovo nato potrebbe godere se fosse soggetto ai rischi di mortalità prevalenti nel segmento di popolazione al momento della sua nascita.

FONTI PRINCIPALI DEI DATI

- Popolazione totale:** Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione, 2019.
- Tasso medio annuale di variazione della popolazione:** Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione, 2019.
- Popolazione di 0-14 anni, percentuale:** calcolo UNFPA sulla base dei dati forniti dalla Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione, 2019.
- Popolazione di 10 - 19 anni, percentuale:** calcolo UNFPA sulla base dei dati forniti dalla Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione, 2019.
- Popolazione di 10 - 24 anni, percentuale:** calcolo UNFPA sulla base dei dati forniti dalla Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione, 2019.
- Popolazione di 15 - 64 anni, percentuale:** calcolo UNFPA sulla base dei dati forniti dalla Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione, 2019.
- Popolazione di 65 anni o più, percentuale:** calcolo UNFPA sulla base dei dati forniti dalla Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione, 2019.
- Tasso di fecondità totale:** Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione, 2019.
- Aspettativa di vita alla nascita:** Divisione delle Nazioni Unite per la popolazione, 2019.

Note tecniche

Le tavole statistiche del rapporto *Lo Stato della popolazione nel mondo 2022* includono indicatori che registrano i progressi compiuti verso gli obiettivi del Quadro 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 o 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 nelle 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 tratte da *World Population Prospects: The 2019 Revision, and Model-based Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2021* (Dipartimento degli affari economici e sociali delle Nazioni Unite, Divisione della popolazione). I dati sono accompagnati da definizioni, fonti e note. Le tavole statistiche ne *Lo stato della popolazione nel mondo 2022* riflettono generalmente le informazioni disponibili a Febbraio 2022.

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. Fonte: Gruppo inter-agenzie delle Nazioni Unite per la stima della mortalità materna (OMS, UNICEF, UNFPA, Banca Mondiale, Divisione delle Nazioni Unite per la Popolazione), 2019. Questo indicatore si riferisce al numero di morti materne, in un determinato periodo, su 100.000 nati vivi nello stesso periodo. Le stime sono effettuate dal Gruppo inter-agenzie delle Nazioni Unite per la stima della mortalità materna (MMEIG) utilizzando i dati ottenuti attraverso i sistemi di registrazione anagrafica, indagini sulle famiglie, censimenti della popolazione. 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 (SDG Indicatore 3.1.1).

Parti assistiti da personale medico qualificato, percentuale. Fonte: Database globale comune sull'assistenza qualificata al parto, 2021, UNICEF e OMS. 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 (tutte le età). Fonte: Stime relative a HIV, UNAIDS 2021. Numero di nuove infezioni da HIV per 1.000 persone-anni nella popolazione sieronegativa (SDG Indicatore 3.3.1).

Tasso di prevalenza contraccettiva, donne di 15-49 anni, percentuale, qualsiasi metodo. Fonte: Divisione delle Nazioni Unite per la Popolazione. Percentuale di donne di 15-49 anni che usano un qualsiasi metodo contraccettivo. Le stime basate su modelli si fondano su dati tratti da rapporti di indagini per campione. I dati delle indagini stimano la proporzione di tutte le donne in età riproduttiva, e donne sposate (comprese le donne in unione consensuale) che utilizzano attualmente un qualsiasi metodo contraccettivo.

Tasso di prevalenza contraccettiva, donne di 15-49 anni, metodi moderni. Fonte: Divisione delle Nazioni Unite per la Popolazione, 2021. Percentuale di donne di 15-49 anni che usano attualmente un metodo contraccettivo moderno. Le stime basate su modello si fondano su dati tratti da rapporti di indagini per campione. I dati delle indagini stimano la proporzione di tutte le donne in età riproduttiva, e donne sposate (comprese le donne in unione consensuale), che utilizzano attualmente un qualsiasi metodo contraccettivo moderno. I metodi moderni di contraccezione comprendono la sterilizzazione maschile e femminile, i dispositivi intrauterini (IUD), la pillola contraccettiva, i contraccettivi iniettabili, gli impianti ormonali, i preservativi maschili e femminili (inclusi il diaframma, il cappuccio cervicale e, la schiuma, la gelatina, la crema e la spugna spermicida), il metodo dell'amenorrea da lattazione (LAM), la contraccezione d'emergenza e altri metodi moderni non menzionati separatamente (es. il cerotto contraccettivo o l'anello vaginale).

Domanda insoddisfatta di pianificazione familiare, donne 15-49 anni, percentuale. Fonte: Divisione delle Nazioni Unite per la Popolazione, 2021. 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 modello si fondano su dati tratti da rapporti di indagini per campione. Le donne che usano un metodo tradizionale di contraccezione non sono considerate come aventi un bisogno insoddisfatto di pianificazione familiare. Si suppone che tutte le donne o quelle sposate o in unione sono sessualmente attive e a rischio di gravidanza. Il presupposto della esposizione generale a possibili gravidanze per tutte le donne o tutte quelle

sposate o in unione può portare a stime più basse rispetto ai rischi effettivi per le donne esposte. 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. Fonte: Divisione delle Nazioni Unite per la Popolazione, 2021. 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). Questo numero è calcolato dividendo il tasso di ricorso a metodi contraccettivi moderni per la domanda totale di pianificazione familiare. La domanda totale di pianificazione familiare è data dalla somma del tasso di ricorso alla contraccezione 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. Fonte: UNFPA, 2022. 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).

Indice di copertura dei servizi per la copertura sanitaria universale (UHC). Fonte: OMS, 2021. Copertura media dei servizi sanitari essenziali, misurata sulla base degli interventi di riferimento che includono salute riproduttiva, materna, neonatale e infantile, malattie infettive, malattie non trasmissibili, capacità di servizio e accessibilità dei servizi, tra la popolazione in generale e quella più svantaggiata (indicatore SDG 3.8.1).

Genere, diritti e capitale umano

Tasso di maternità tra le adolescenti ogni 1.000 ragazze di 15-19 anni. Fonte: Divisione delle Nazioni Unite per la Popolazione. Numero di nascite su mille ragazze adolescenti di 15-19 anni (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/la bambino/a e, nel caso dei sondaggi, la variabilità del campione.

Gravidanze non intenzionali per 1.000 donne di 15-49 anni. Fonte: Bearak et al., 2022. Al momento della stampa di questo rapporto, è stata programmata la pubblicazione di queste stime e metodologia nel Data Center dei dati del Guttmacher Institute, all'indirizzo: <https://data.guttmacher.org/countries>.

Matrimonio infantile entro i 18 anni di età, percentuale. Fonte: UNICEF, 2021. 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 15-49 anni, percentuale. Fonte: UNFPA. Stime regionali e globali prodotte dal Gruppo inter-agenzia sulle stime e sui dati sulla violenza contro le donne (OMS, UN Women, UNICEF, Divisione Statistica delle Nazioni Unite). Ufficio delle Nazioni Unite sulla Droga e il Crimine e UNFPA), 2021. 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).

Violenza da parte del partner nei 12 mesi precedenti, percentuale. Fonte: UNICEF, 2021. Totali regionali calcolati da UNFPA sulla base di dati forniti da UNICEF. Proporzione delle ragazze di 15 - 19 anni che hanno subito la mutilazione genitale femminile (SDG Indicatore 5.3.2).

Presa di decisioni in materia di salute sessuale e riproduttiva e diritti riproduttivi, percentuale. Fonte: UNFPA, 2022. 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).

Tasso netto totale di iscrizione, scuola primaria, percentuale. Fonte: Istituto di Statistica dell'UNESCO, 2022. 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. Fonte: Istituto di Statistica dell'UNESCO, 2022. 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. Fonte: Istituto di Statistica dell'UNESCO, 2022. 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. Fonte: Istituto di Statistica dell'UNESCO, 2022. 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. Fonte: Istituto di Statistica dell'UNESCO, 2022. 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. Fonte: Istituto di Statistica dell'UNESCO, 2022. 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.

Fonte: Divisione delle Nazioni Unite per la Popolazione, 2019. Stima della popolazione di un paese a metà anno.

Variazione della popolazione

Tasso medio annuale di variazione della popolazione, percentuale.

Fonte: Divisione delle Nazioni Unite per la Popolazione, 2019. Tasso medio di crescita esponenziale della popolazione in un dato periodo, basato su una proiezione secondo la variante media.

Composizione della popolazione

Popolazione di 0-14 anni, percentuale.

Fonte: calcolo UNFPA sulla base dei dati forniti dalla Divisione delle Nazioni Unite per la Popolazione, 2019. Proporzioni della popolazione tra 0 e 14 anni.

Popolazione di 10 - 19 anni, percentuale.

Fonte: calcolo UNFPA sulla base dei dati forniti dalla Divisione delle Nazioni Unite per la Popolazione, 2019. Proporzioni della popolazione tra 10 e 19 anni.

Popolazione di 10 - 24 anni, percentuale.

Source: UNFPA calculation based on data from the United Nations Population Division, 2019. Proportion of the population between age 10 and age 24.

Popolazione di 15 - 64 anni, percentuale.

Fonte: calcolo UNFPA sulla base dei dati forniti dalla Divisione delle Nazioni Unite per la Popolazione, 2019. Proporzioni della popolazione tra 15 e 64 anni.

Popolazione di 65 anni o più, percentuale.

Fonte: calcolo UNFPA sulla base dei dati forniti dalla Divisione delle Nazioni Unite per la Popolazione, 2019. Proporzioni della popolazione di 65 o più.

Fecondità

Tasso di fecondità totale, per donna.

Fonte: Divisione delle Nazioni Unite per la Popolazione, 2019. Numero di figli per donna nel caso che viva fino alla fine dell'età riproduttiva e partorisca a ogni età in conformità con i tassi di fecondità prevalenti in una specifica fascia di età.

Aspettativa di vita

Aspettativa di vita alla nascita, anni.

Fonte: Divisione delle Nazioni Unite per la Popolazione, 2019. Numero di anni di vita di cui un nuovo nato potrebbe godere se fosse soggetto ai rischi di mortalità prevalenti nel segmento di popolazione al momento della sua nascita.

Classificazioni regionali

I totali regionali di UNFPA presentati alla fine delle tavole statistiche sono calcolati utilizzando dati provenienti da paesi e aree classificati come di seguito.

Regione Europa orientale e Asia centrale

Algeria; Djibouti; Egitto; Iraq; Giordania; Libano; Libia; Marocco; Oman; Palestina; Somalia; Sudan; Siria Arabica; Tunisia; Yemen

Regione Asia e Pacifico

Afghanistan; Bangladesh; Bhutan; Cambogia; Cina; Cook Islands; Fiji; India; Indonesia; Iran (Islamic Republic of); Kiribati; Corea, Democratic People's Republic of; Lao People's Democratic Republic; Malaysia; Maldive; Marshall Islands; Micronesia (Federated States of); Mongolia; Myanmar; Nauru; Nepal; Niue; Pakistan; Palau; Papua Nuova Guinea; Filippine; Samoa; Solomon Islands; Sri Lanka; Thailandia; Timor-Leste, Democratic Republic of; Tokelau; Tonga; Tuvalu; Vanuatu; Viet Nam.

Regione Europa orientale e Asia centrale

Albania; Armenia; Azerbaijan; Bielorussia; Bosnia and Herzegovina; Georgia; Kazakistan; Kirgizstan; Moldavia, North Macedonia, Republic of; Serbia; Tajikistan; Turchia; Turkmenistan; Ucraina; Uzbekistan.

Regione Africa orientale e meridionale

Angola; Botswana; Burundi; Comoros; Congo, Democratic Republic of the; Eritrea; Eswatini; Etiopia; Kenya; Lesotho; Madagascar; Malawi; Mauritius; Mozambico; Namibia; Rwanda; Sudafrica; Sudan del Sud; Tanzania, United Republic of; Uganda; Zambia; Zimbabwe.

Regione America Latina e Caraibi

Anguilla; Antigua and Barbuda; Argentina; Aruba; Bahamas; Barbados; Belize; Bermuda; Bolivia (Plurinational State of); Brasile; British Virgin Islands; Cayman Islands; 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 and Nevis; Saint Lucia; Saint Vincent and the Grenadines; Sint Maarten; Suriname; Trinidad and Tobago; Turks and Caicos Islands; Uruguay; Venezuela (Bolivarian Republic of).

Regione Africa occidentale e centrale

Benin; Burkina Faso; Camerun, Repubblica di; Capo Verde; Repubblica Centrafricana; Ciad; Congo, Repubblica di; Côte d'Ivoire; Repubblica Equatoriale Guinea; Gabon; Gambia; Ghana; Guinea; Guinea-Bissau; Liberia; Mali; Mauritania; Niger; Nigeria; São Tomé and Príncipe; Senegal; Sierra Leone; Togo.

L'espressione **Regioni più sviluppate** è utilizzata a fini statistici e non implica nessun 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.

L'espressione **Regioni meno sviluppate** è utilizzata a fini statistici e non implica nessun giudizio sulla fase raggiunta da un determinato paese o area nel processo di sviluppo. Comprende le regioni dell'Africa, Asia (eccetto il Giappone), America Latina e Caraibi più la Melanesia, Micronesia e Polinesia, in base alla classificazione della Divisione delle Nazioni Unite per la Popolazione.

Paesi meno sviluppati del mondo, come definiti dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite nelle sue Risoluzioni (59/209, 59/210, 60/33, 62/97, 64/L.55, 67/L.43, 64/295 e 68/18) comprendevano 46 paesi (a Gennaio 2022): 33 in Africa, 8 in Asia, 4 in Oceania e 1 in America Latina e Caraibi - Afghanistan, Angola, Bangladesh, Benin, Bhutan, Burkina Faso, Burundi, Cambogia, Repubblica Centrafricana, Ciad, Comoros, Repubblica Democratica del Congo, Djibouti, Eritrea, Etiopia, Gambia, Guinea, Guinea-Bissau, Haiti, Kiribati, Lao People's Democratic Republic, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritania, Mozambico, Myanmar, Nepal, Niger, Rwanda, São Tomé and Príncipe, Senegal, Sierra Leone, Solomon Islands, Somalia, Sudan del Sud, Sudan, Timor-Leste, Togo, Tuvalu, Uganda, United Republic of Tanzania, Yemen and Zambia. Questi paesi sono inclusi anche nelle regioni meno sviluppate. Maggiori informazioni sono disponibili qui: <https://www.un.org/en/conferences/least-developed-countries>.

Nota sulle correlazioni tra Reddito Nazionale Lordo (RNL), livello di istruzione e tassi di gravidanze non intenzionali (pagina 22)

Correlazioni nel periodo 2015-2019

| | | Indice di sviluppo umano nel 2019 | Media degli anni di istruzione (entrambi i sessi) nel 2019 | Reddito nazionale lordo pro capite nel 2019 | Indice di disuguaglianza di genere nel 2019 |
|--|-----------------------------|-----------------------------------|--|---|---|
| Gravidanza non intenzionale | Mondo | *** | *** | *** | *** |
| | Paesi a reddito medio basso | *** | *** | *** | *** |
| | Paesi a reddito elevato | *** | * | *** | *** |
| | Africa Sub-Sahariana | ** | ** | | |
| % di gravidanze non volute che terminano con un aborto | Mondo | | | | |
| | Paesi a reddito medio basso | * | * | * | *** |
| | Paesi a reddito elevato | * | ** | | |

***: valore-p < 0.001
 **: 0.001 <= valore-p < 0.01
 *: 0.01 <= valore-p < 0.05
 Rosso: correlazione negativa
 Verde: correlazione positiva
 Bianco: nessuna correlazione significativa

1. Osservazioni a livello mondiale: a livello globale, livelli più elevati di sviluppo sociale ed economico, misurato da Indice di sviluppo umano (HDI), Reddito nazionale lordo (RNL) e livello di istruzione, erano fortemente correlati con una minore incidenza di gravidanze non intenzionali. Una spiegazione è che i paesi con Indice di sviluppo più elevato sono probabilmente quelli in cui i servizi per la contraccezione sono più largamente accessibili e dove gli ostacoli culturali incontrati dalle donne nel gestire le loro preferenze in materia di fecondità sono meno numerosi. Un modello notevolmente diverso è stato osservato nei paesi dell'Africa subsahariana, dove, al contrario, lo sviluppo sociale ed economico è associato a tassi più elevati di gravidanze non intenzionali. Ciò suggerisce che l'accesso ai mezzi di controllo della fecondità, compresi i servizi per la contraccezione, e il loro uso non sono andati di pari passo con lo sviluppo economico e sociale e potrebbero aver portato le donne e le coppie a volere meno figli in questi paesi.

2. Esiti della gravidanza: mentre sia i paesi a reddito medio-basso, al di fuori dei paesi dell'Africa subsahariana, che i paesi ad alto reddito hanno evidenziato una relazione tra un maggiore sviluppo socioeconomico e tassi più bassi di gravidanze non intenzionali, gli esiti della gravidanza tendono a differire. Nei paesi ad alto reddito, indici più elevati di sviluppo erano associati a una minore probabilità che le gravidanze venissero interrotte, mentre indici di sviluppo più bassi erano collegati a una maggiore probabilità di aborto. Questa tendenza potrebbe essere stata influenzata dai paesi dell'ex blocco sovietico, che hanno punteggi più bassi sugli indicatori di sviluppo e dove i tassi di aborto tendono ad essere più elevati rispetto ad altri paesi ad alto reddito. Tuttavia, la correlazione negativa persiste anche escludendo dall'analisi i paesi dell'ex blocco sovietico. Un'ipotesi alternativa è che, nei paesi con livelli di sviluppo più elevati, le donne fortemente motivate a non avere figli siano più in grado di evitare gravidanze, anche attraverso

l'uso della contraccezione. È anche possibile che i dispositivi di protezione sociale ed economica in atto nei paesi più sviluppati, rendano più facile per le donne portare a termine una gravidanza non intenzionale. Nei paesi a reddito medio-basso, livelli più elevati di sviluppo sociale ed economico erano associati a una percentuale maggiore di gravidanze non intenzionali terminate con un aborto (e ciò anche tenendo conto delle specificità giuridiche nazionali in tema di aborto). Questa osservazione sembra supportare l'ipotesi che, all'aumentare dei costi di opportunità associati alla maternità, le donne che affrontano una gravidanza non intenzionale siano maggiormente motivate ad evitarla. Lo stesso andamento è stato osservato anche nelle tendenze di questi paesi nel trentennio 1990-2019: il miglioramento negli indici di sviluppo nazionali è stato associato all'aumento della percentuale di gravidanze non intenzionali che sono state portate a termine.

3. RNL e istruzione, per sesso: punteggi di RNL pro capite e livello di istruzione tra le donne non erano maggiormente correlati con l'incidenza di gravidanze non intenzionali o la proporzione di aborti rispetto ai punteggi maschili per l'RNL pro capite e livello di istruzione.

4. Indice di disuguaglianza di genere (GII) e tasso di natalità adolescenziale: va notato che il l'Indice di disuguaglianza di genere include il tasso di natalità adolescenziale come componente del suo punteggio e, poiché molte gravidanze adolescenziali non sono intenzionali, ciò potrebbe portare a una sopravvalutazione della correlazione tra Indice di disuguaglianza di genere e gravidanza non intenzionale. Tuttavia, è anche vero che molte nascite da adolescenti potrebbero non essere classificate come gravidanze non intenzionali perché avvengono nel contesto di un matrimonio o di un'unione in cui la gravidanza è spesso un'aspettativa sociale, in particolare in contesti in cui le disuguaglianze di genere sono elevate.

5. Indice di disuguaglianza di genere (GII) e esiti della gravidanza: nei paesi a basso e medio reddito, livelli più bassi di uguaglianza di genere sono associati a proporzioni inferiori di interruzione di gravidanze non intenzionali. Questa correlazione si è confermata nonostante le specificità giuridiche nazionali in tema di aborto. Al contrario, nei paesi ad alto reddito, punteggi più elevati di uguaglianza di genere sono leggermente ma non significativamente associati a proporzioni inferiori di interruzione di gravidanze non intenzionali. (Quasi tutti i paesi ad alto reddito consentono l'aborto per molti motivi, quindi lo status giuridico dell'aborto non è una spiegazione plausibile per questa constatazione)

Nota sulle correlazioni tra mortalità materna e tassi di gravidanza non intenzionale (pagina 26)

- Una maggiore mortalità materna è correlata a tassi più elevati di gravidanze non intenzionali in tutte le regioni, indipendentemente dal livello di reddito, ad eccezione dell'Africa subsahariana.
- Nell'Africa subsahariana, i paesi con tassi di mortalità materna più bassi tendono ad avere tassi di gravidanza non intenzionale più elevati. Un'ipotesi è che, in questi paesi, l'aumento del livello di sviluppo potrebbe portare a una diminuzione del tasso di mortalità materna e a un aumento dei costi opportunità relativi al verificarsi di una gravidanza non intenzionale, ma senza una concomitante maggiore capacità di prevenire la gravidanza.

Nota relativa alle tendenze in materia di aborto (pagina 21)

| | Tasso per 1.000 donne in età riproduttiva | | | Percentuale di TUTTE le gravidanze che terminano con un aborto | Percentuale delle gravidanze NON INTENZIONALI che terminano con un aborto |
|---------|---|-----------------------------|--------|--|---|
| | gravidanza | gravidanza non intenzionale | aborto | | |
| 1990-94 | 162 | 79 | 40 | 24.7 | 50.6 |
| 2014-19 | 133 | 64 | 39 | 29.3 | 60.9 |

Fonte: Bearak et al., 2020.

Nota sulla gravidanza e la capacità di scelta in età adolescenziale (pagina 30)

Le gravidanze e i matrimoni in età adolescenziale sono diventati meno comuni. I tassi di natalità tra le adolescenti, tra il 2000 e il 2020, sono diminuiti a livello mondiale da 56 a 41 nascite ogni 1.000 donne di 15 - 19 anni (UN DESA, 2019). Nonostante le significative riduzioni, il tasso di natalità nell'Africa subsahariana è di 100 nascite ogni 1.000 adolescenti, alto più del doppio del tasso a livello mondiale. Anche l'America Latina e i Caraibi continuano ad avere livelli relativamente elevati di fertilità adolescenziale (61 nascite ogni 1.000 donne di età compresa tra 15 e 19 anni), nonostante un calo sostanziale del tasso di fertilità totale. Negli ultimi decenni, il calo della fertilità tra le adolescenti è stato accompagnato da una diminuzione della percentuale di ragazze adolescenti di età compresa tra 15 e 19 anni sposate o conviventi (che è scesa dal 16 al 12 per cento a livello mondiale, tra il 2000 e il 2020) e i cambiamenti più rapidi si sono verificati nell'Asia centrale e meridionale e nell'Africa subsahariana.

L'analisi sequenziale dei matrimoni e delle nascite tra ragazze primipare di età inferiore ai 18 anni rivela una notevole diversità tra le regioni e i paesi. Richiede pertanto analisi più dettagliate del contesto specifico di ogni paese per comprendere meglio come le intenzioni riproduttive e le circostanze esterne influenzino i cambiamenti che hanno luogo nelle prime fasi della vita relativi alla scolarizzazione, alle prime esperienze sessuali, all'uso di contraccettivi, al matrimonio e alla gravidanza.

Principali risultati elaborati dal Dipartimento degli Affari Economici e Sociali delle Nazioni Unite (UN DESA, dati 2013 e lavori inediti), a seguito di un'analisi approfondita dei risultati delle Indagini Demografiche e Sanitarie (DHS):

- Le tendenze mostrano un aumento medio delle percentuali di ragazze adolescenti che non hanno mai avuto rapporti sessuali nell'Africa Subsahariana, tendenze invece decrescenti in America Latina e nei Caraibi e livelli elevati e stabili in Asia.
- Il contesto delle prime esperienze sessuali sta cambiando e in molti paesi si è verificato un passaggio dall'iniziazione sessuale dopo il matrimonio a prima del matrimonio.
- Le donne non sposate sessualmente attive hanno spesso problemi di salute riproduttiva e di natura socioeconomica diversi rispetto alle loro coetanee sposate, in particolare quando la gravidanza al di fuori del matrimonio è fonte di stigma sociale. Molte giovani che rimangono incinte, in questi contesti si sposano prima di quanto avrebbero fatto se non ci fosse stata una gravidanza.

- La prevalenza dei contraccettivi tra adolescenti è inferiore a 30 per cento nella maggior parte dei paesi; e ancora più bassa (meno del 10 per cento) tra adolescenti di 15 - 17 anni. L'aumento dell'uso dei contraccettivi è stato associato al calo del tasso di natalità in età adolescenziale tra le ragazze di età compresa tra 18 e 19 anni in tutte le regioni (UN DESA, 2022).
- Le adolescenti sposate tendono ad essere generalmente meno istruite, ad avere meno potere economico e all'interno della famiglia, minore possibilità di movimento e minore esposizione ai mezzi di comunicazione moderni rispetto alle adolescenti non sposate e alle donne adulte. Inoltre tendono a essere isolate, non hanno conoscenze e capacità di negoziazione in situazioni che danneggiano la loro salute e il loro benessere e spesso devono subire forti pressioni sociali a dimostrare la propria fecondità. I loro mariti sono generalmente molto più anziani dei mariti di donne sposate più mature (Haberland e altri, 2004; UN DESA, 2022). L'attività sessuale precoce con un partner più anziano è correlata a relazioni carenti dal punto di vista di genere e problemi di salute riproduttiva (Ryan e altri, 2008).

Nota sui dati delle nascite del primo figlio entro i 18 anni di età (pag. 33)

Queste cifre sono state calcolate utilizzando l'Indagine demografica e sanitaria (DHS) più recente per ciascun paese in cui è stata condotta un'indagine almeno dal 2010 (incluso).

La popolazione al denominatore è stata definita come: (1) donne di età compresa tra 18 e 24 anni (inclusi) al momento dell'indagine, (2) che hanno partorito il primo figlio prima dei 18 anni, (3) e di cui era disponibile la data del primo parto. *Pertanto, il denominatore riflette il numero totale di primi parti avvenuti prima dei 18 anni in donne di età compresa tra 18 e 24 anni al momento dell'indagine.* Quattro indagini hanno avuto meno di 50 nascite prima dei 18 anni e conseguentemente sono state escluse.

Le nascite sono state classificate in base a una delle tre categorie che si escludono a vicenda:

- Nascita del primo figlio al di fuori del matrimonio:* la nascita del primo figlio è avvenuta prima del matrimonio OPPURE la donna non è mai stata sposata.
- Nascita del primo figlio entro 7 mesi dal matrimonio:* la nascita del primo figlio è avvenuta al momento del matrimonio o dopo il matrimonio E entro 7 mesi da esso.
- Nascita del primo figlio dopo 7 mesi dal matrimonio e prima dei 18 anni:* la nascita del primo figlio è avvenuta oltre 7 mesi dopo il matrimonio.

Tutte le stime sono state calcolate utilizzando i pesi di campioni forniti. In totale, 54 paesi sono stati inclusi nel grafico finale per un totale di 61.490 donne che hanno partorito il primo figlio prima dei 18 anni.

Limitazioni relative ai dati: in uno dei paesi studiati si sono avute meno di 100 nascite prima dei 18 anni. Inoltre, in cinque paesi il campione disponibile includeva solo donne mai sposate, il che potrebbe portare a una sottostima della quota di nascite che si verificano al di fuori del matrimonio.

Bibliografia

- Acharya, Dev R. and others, 2010. "Women's Autonomy in Household Decision-Making: A Demographic Study in Nepal." *Reproductive Health* 7: 15.
- ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists), 2020. "Comprehensive Sexuality Education." Committee Opinion Number 678. Website: acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2016/11/comprehensive-sexuality-education, accessed 1 December 2021.
- ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists), 2017. "Access to Contraception." Committee Opinion Number 615. Website: acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2015/01/access-to-contraception, accessed 1 December 2021.
- Ahrens, Katherine A and others, 2018. "Unintended Pregnancy and Interpregnancy Interval by Maternal Age." *Contraception* 98: 52-55.
- Aiken, Abigail and others, 2016. "Comparison of a Timing-Based Measure of Unintended Pregnancy and the London Measure of Unplanned Pregnancy." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 48(3): 139-146.
- Aiken, Abigail and others, 2015. "A Blessing I Can't Afford: Factors Underlying the Paradox of Happiness about Unintended Pregnancy." *Social Science and Medicine* 132: 149-155.
- Akoth, Catherine and others, 2021. "Prevalence and Factors Associated with Covert Contraceptive Use in Kenya: A Cross-Sectional Study." *BMC Public Health* 21: 1316.
- Ali, Mohamed M. and others, 2012. "Causes and Consequences of Contraceptive Discontinuation: Evidence From 60 Demographic and Health Surveys." Geneva: WHO. Website: apps.who.int/iris/handle/10665/75429, accessed 26 November 2021.
- Alio, Amina P. and others, 2009. "Intimate Partner Violence and Contraception Use among Women in Sub-Saharan Africa." *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 107(1): 35-38.
- Allotey, Pascale and others, 2021. "Trends in Abortion Policies in Low- and Middle-Income Countries." *Annual Review of Public Health* 42: 505-518.
- Alvarez, R.O., 1993. "'We Will Not Rest.' Filipino Women Want a Fertility Management Program that Respects Women's Dignity, Women's Bodies and Women's Choices." *Integration* 35: 22-23.
- Ameyaw, Edward Kwabena and others, 2019. "Prevalence and Determinants of Unintended Pregnancy in Sub-Saharan Africa: A Multi-Country Analysis of Demographic and Health Surveys." *PLOS ONE* 14(8): e0220970.
- Amo-Adjei, Joshua and Derek Anamaale Tuoyire, 2016. "Effects of Planned, Mistimed and Unwanted Pregnancies on the Use of Prenatal Health Services in Sub-Saharan Africa: A Multicountry Analysis of Demographic and Health Survey Data." *Tropical Medicine & International Health* 21(12): 1552-1561.
- Ampt, Frances H. and others, 2018. "Incidence of Unintended Pregnancy Among Female Sex Workers in Low-Income and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis." *BMJ Open* 8(9): e021779.
- Ashburn-Nardo, Leslie, 2017. "Parenthood as a Moral Imperative? Moral Outrage and the Stigmatization of Voluntarily Childfree Women and Men." *Sex Roles* 76: 393-401.
- Atake, Esso-Hanam and Pitaloumani Gnakou Ali, 2019. "Women's Empowerment and Fertility Preferences in High Fertility Countries in Sub-Saharan Africa." *BMC Women's Health* 19: 54.
- Austin, Judy and others, 2008. "Reproductive Health: A Right for Refugees and Internally Displaced Persons." *Reproductive Health Matters* 16(31): 10-21.
- Baiden, Frank and others, 2016. "Covert Contraceptive Use Among Women Attending a Reproductive Health Clinic in a Municipality in Ghana." *BMC Women's Health* 16: 31.
- Bain, Luchuo Engelbert and others, 2020. "Prevalence and Determinants of Unintended Pregnancy in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review." *African Journal of Reproductive Health* 24(2): 187-205.
- Bakour, Shagaf H. and others, 2017. "Contraceptive Methods and Issues Around the Menopause: An Evidence Update." *The Obstetrician and Gynaecologist* 19(4): 289-297.
- Baldwin, Maureen K. and Jeffrey T. Jensen, 2013. "Contraception During the Perimenopause." *Maturitas* 76(3): 235-242.

- Bansode, Oshin M. and others, 2021. "Contraception." In: StatPearls [Internet]. Treasure Island, Florida: StatPearls Publishing. Website: ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536949/#_NBK536949_pubdet_, accessed 15 November 2021.
- Bauserman, Melissa and others, 2020. "Maternal Mortality in Six Low and Lower-Middle Income Countries from 2010 to 2018: Risk Factors and Trends." *Reproductive Health* 17(Suppl 3): 173.
- BBC (British Broadcasting Corporation), 2017. "Contraception Fails in Quarter of Abortions, Say Experts." BBC News, 7 July 2017. Website: [bbc.co.uk/news/health-40520235](https://www.bbc.co.uk/news/health-40520235), accessed 17 November 2021.
- Bearak, Jonathan and others, 2022. "Country-Specific Estimates of Unintended Pregnancy and Abortion Incidence: A Global Comparative Analysis of Levels in 2015–2019." *BMJ Global Health*, in press.
- 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." *Lancet Global Health* 8(9): e1152–e1161.
- Behre, Hermann M., and others, 2016. "Efficacy and Safety of an Injectable Combination Hormonal Contraceptive for Men." *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 101(12): 4779–4788.
- Bellizzi, Saverio and others, 2020. "Reasons for Discontinuation of Contraception Among Women with a Current Unintended Pregnancy in 36 Low and Middle-Income Countries." *Contraception* 101(1): 26–33.
- Bietsch, Kristin and Priya Emmart, 2022. *Couple Concordance Index: Construction of the Couple Concordance Index and its Relationship with Contraceptive Use*. Washington, DC: USAID MOMENTUM.
- Biggs, M. Antonia and others, 2017. "Women's Mental Health and Well-Being 5 Years After Receiving or Being Denied an Abortion. A Prospective, Longitudinal Cohort Study." *JAMA Psychiatry* 74(2): 169–178.
- Bitto, A. and others, 1997. "Adverse Outcomes of Planned and Unplanned Pregnancies among Users of Natural Family Planning: A Prospective Study." *American Journal of Public Health* 87(3): 338–343.
- Boyce, Sabrina C. and others, 2020. "Women's and Girls' Experiences of Reproductive Coercion and Opportunities for Intervention in Family Planning Clinics in Nairobi, Kenya: A Qualitative Study." *Reproductive Health* 17(1): 1–12.
- Bradley, Sarah E. K. and others, 2019. "Global Contraceptive Failure Rates: Who is Most at Risk?" *Studies in Family Planning* 50(1): 3–24.
- Bradley, Sarah E. K. and others, 2009. *Levels, Trends, and Reasons for Contraceptive Discontinuation*. DHS Analytical Studies No. 20. Calverton: ICF Macro.
- Brito, Cynthia Nunes de Oliveira and others, 2015. "Postpartum Depression among Women with Unintended Pregnancy." *Revista de Saúde Pública* 49: 33.
- Brodsky, Alexandra, 2017. "Rape-Adjacent: Imagining Legal Responses to Nonconsensual Condom Removal." *Columbia Journal of Gender and Law* 32: 183–210.
- Calliope, n.d. The Contraceptive Pipeline Database. Website: pipeline.ctiexchange.org, accessed 31 January 2022.
- Campbell, Oona M. and Wendy J. Graham, 2006. "Strategies for Reducing Maternal Mortality: Getting On with What Works." *Lancet* 368(9543): 1284–1299.
- Canada: Immigration and Refugee Board of Canada, 2013. "Tanzania: Consequences for a Woman who gets Pregnant out of Wedlock, Including the Possibility of Arrest and Criminal or Civil Proceedings; Whether the same Consequences Apply if the Woman Marries Before the Birth of the Child (2012–July 2013)." TZA104531.E. Website: refworld.org/docid/53e481264.html, accessed 18 December 2021.
- Carter, Marion and Ilene S. Speizer, 2005. "Pregnancy Intentions Among Salvadoran Fathers: Results from the 2003 National Male Reproductive Health Survey." *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 31(4): 179–182.
- Castle, Sarah and Ian Askew, 2015. *Contraceptive Discontinuation: Reasons, Challenges, and Solutions*. New York: Population Council and FP2020.
- Castle, Sarah and others, 1999. "A Qualitative Study of Clandestine Contraceptive Use in Urban Mali." *Studies in Family Planning* 30(3): 231–248.
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention), 2015. "The 6|18 Initiative. Evidence Summary, Prevent Unintended Pregnancy." Website: [cdc.gov/sixteeneighten/docs/6-18-evidence-summary-pregnancy.pdf](https://www.cdc.gov/sixteeneighten/docs/6-18-evidence-summary-pregnancy.pdf), accessed 1 December 2021.
- Chae, Sophia and others, 2017. "Characteristics of Women Obtaining Induced Abortions in Selected Low- and Middle-Income Countries." *PLOS ONE* 12(3): e0172976.
- Chant, Sylvia, 2013. "Cities Through a 'Gender Lens': A Golden 'Urban Age' for Women in the Global South?" *Environment and Urbanization* 25(1): 9–29.

- Chebets, Joy J. and others, 2015. "Every Method Seems to have its Problems' – Perspectives on Side Effects of Hormonal Contraceptives in Morogoro Region, Tanzania." *BMC Womens Health* 15: 97.
- Chung, Hye Won and others, 2018. "Comprehensive Understanding of Risk and Protective Factors Related to Adolescent Pregnancy in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review." *Journal of Adolescence* 69: 180-188.
- Clements, K. C., 2018. "Can Men Get Pregnant?" *Healthline*, 20 December 2018. Website: [healthline.com/health/transgender/can-men-get-pregnant](https://www.healthline.com/health/transgender/can-men-get-pregnant), accessed 18 November 2021.
- Coker, Ann L., 2007. "Does Physical Intimate Partner Violence Affect Sexual Health? A Systematic Review." *Trauma, Violence, & Abuse* 8(2): 149-177.
- Cook, Rebecca J. and Bernard M. Dickens, 2014. "Reducing Stigma in Reproductive Health." *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 125(1): 89-92.
- Costantino, Antonietta and others, 2007. "Current Status and Future Perspectives in Male Contraception." *Minerva Ginecologica* 59(3): 299-310.
- Darteh, Eugene Kofuor Mafo and others, 2019. "Women's Reproductive Health Decision-Making: A Multi-Country Analysis of Demographic and Health Surveys in Sub-Saharan Africa." *PLOS ONE* 14(1): e0209985.
- Dehingia, Nabamallika and others, 2020. "Unintended Pregnancy and Maternal Health Complications: Cross-Sectional Analysis of Data from Rural Uttar Pradesh, India." *BMC Pregnancy and Childbirth* 20(1): 188.
- Dietz, Patricia M. and others, 1999. "Unintended Pregnancy Among Adult Women Exposed to Abuse or Household Dysfunction During Their Childhood." *Journal of the American Medical Association* 282(14): 1359-1364.
- ECLAC (Economic Commission for Latin America and the Caribbean), 2020. Gender Equality Observatory for Latin America and the Caribbean. Website: oig.cepal.org/es/indicadores/matrimonio-infantil, accessed 1 March 2022.
- ENDES (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar), 2020. "ENDES Realizadas." Perú Instituto Nacional de Estadística e Informática. Website: <https://proyectos.inei.gob.pe/endes>, accessed 17 November 2021.
- Everett, Bethany G. and others, 2019. "Do Sexual Minorities Receive Appropriate Sexual and Reproductive Health Care and Counseling?" *Journal of Women's Health (Larchmont)* 28(1): 53-62.
- Everett, Bethany G. and others, 2017. "Sexual Orientation Disparities in Mistimed and Unwanted Pregnancy Among Adult Women." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 49(3): 157-165.
- Faini, Diana and others, 2020. "'I Did Not Plan to Have a Baby. This is the Outcome of Our Work': A Qualitative Study Exploring Unintended Pregnancy Among Female Sex Workers." *BMC Women's Health* 20: 267.
- Fanslow, Janet and others, 2008. "Pregnancy Outcomes and Intimate Partner Violence in New Zealand." *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 48(4): 391-397.
- Festin, Mario Philip R. and others, 2016. "Moving Towards the Goals of FP2020 – Classifying Contraceptives." *Contraception* 94(4): 289-294.
- Fine, Johanna and others, 2017. "The Role of International Human Rights Norms in the Liberalization of Abortion Laws Globally." *Health and Human Rights* 19(1): 69-80.
- Finer, Lawrence B., 2010. "Unintended Pregnancy Among U. S. Adolescents: Accounting for Sexual Activity." *Journal of Adolescent Health* 47(3): 312-314.
- Finer, Lawrence B. and Mia R. Zolna, 2016. "Declines in Unintended Pregnancy in the United States, 2008-2011." *New England Journal of Medicine* 374(9): 843-852.
- Foster, Angel and others, 2017. "The 2018 Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings: Revising the Global Standards." *Reproductive Health Matters* 25(51): 18-24.
- Foster, Diana Greene, 2020. *The Turnaway Study: Ten Years, a Thousand Women, and the Consequences of Having – or Being Denied – an Abortion*. New York: Scribner.
- Frederiksen, Line and others, 2018. "Risk of Adverse Pregnancy Outcomes at Advanced Maternal Age." *Obstetrics & Gynecology* 131(3): 457-463.
- Friedman and others, 2019. *Interest Among U.S. Men for New Male Contraceptive Options Consumer Research Study*. Male Contraceptive Initiative.
- Frost, Jennifer J. and Jacqueline E. Darroch, 2008. "Factors Associated With Contraceptive Choice and Inconsistent Method Use, United States, 2004." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 40(2): 94-104.
- FP2030, 2020. Sierra Leone Commitments. Website: fp2030.org/sierra-leone, accessed 31 January 2022.
- FP2030, 2020a. Philippines Commitments. Website: fp2030.org/philippines, accessed 31 January 2022.

- FSRH (The Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists). 2021. "FSRH statement: Home use of abortion medicines is safe, more accessible and preferred by women, new national study shows." Website: <https://www.fsrh.org/news/fsrh-statement-new-study-telemedicine-abortion-2021/>, accessed November 2021.
- Gambir, Katherine and others, 2020. "Effectiveness, Safety and Acceptability of Medical Abortion at Home Versus in the Clinic: A Systematic Review and Meta-Analysis in Response to COVID-19." *BMJ Global Health* 5: e003934.
- 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.
- Garraza, Lucas Godoy and others, 2020. "Out-Of-Pocket Spending for Contraceptives in Latin America." *Sexual and Reproductive Health Matters* 28(2): 1833429.
- Gerdt, Caitlin and others, 2016. "Side Effects, Physical Health Consequences, and Mortality Associated with Abortion and Birth after an Unwanted Pregnancy." *Women's Health Issues* 26(1): 55–59.
- Gipson, Jessica D. and others, 2008. "The Effects of Unintended Pregnancy on Infant, Child, and Parental Health: A Review of the Literature." *Studies in Family Planning* 39(1): 18–38.
- Gold, Rachel Benson and Kinsey Hasstedt, 2017. "Publicly Funded Family Planning Under Unprecedented Attack." *American Journal of Public Health* 107(12): 1895–1897.
- Gottschall, Jonathan A. and Tiffani A. Gottschall, 2003. "Are Per-Incident Rape-Pregnancy Rates Higher than Per-Incident Consensual Pregnancy Rates?" *Human Nature* 14: 1–20.
- Grace, Karen Trister and Jocelyn C. Anderson, 2018. "Reproductive Coercion: A Systematic Review." *Trauma, Violence, & Abuse* 19(4): 371–390.
- Grimes, David and others, 2006. "Unsafe Abortion: The Preventable Pandemic." *Lancet* 368(9550): 1908–1919.
- Haberland, Nicole and Deborah Rogow, 2015. "Sexuality Education: Emerging Trends in Evidence and Practice." *Journal of Adolescent Health* 56(1 Suppl): S15–S21.
- Haberland, Nicole and others, 2004. "Married adolescents: An overview," paper prepared for the WHO/UNFPA/Population Council Technical Consultation on Married Adolescents. New York: Population Council.
- Habib, Muhammad Ali and others, 2017. "Prevalence and Determinants of Unintended Pregnancies Amongst Women Attending Antenatal Clinics in Pakistan." *BMC Pregnancy and Childbirth* 17(1): 156.
- Haddad, Lisa B. and others, 2021. "Addressing Contraceptive Needs Exacerbated by COVID-19: A Call for Increasing Choice and Access to Self-Managed Methods." *Contraception* 103: 377–379.
- Hall, Jennifer Anne and others, 2017. "London Measure of Unplanned Pregnancy: Guidance for its Use as an Outcome Measure." *Patient Related Outcome Measures* 8: 43–56.
- Hall, Jennifer Anne and others, 2016. "Prevalence and Determinants of Unintended Pregnancy in Mchinji District, Malawi: Using a Conceptual Hierarchy to Inform Analysis." *PLOS One* 11(10): e0165621.
- Hamberger, L. Kevin and others, 2015. "Screening and Intervention for Intimate Partner Violence in Healthcare Settings: Creating Sustainable System-Level Programs." *Journal of Women's Health* 24(1): 86–91.
- Hannaford, Philip C. and others, 2010. "Mortality Among Contraceptive Pill Users: Cohort Evidence from Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study." *BMJ* 340: c927.
- Heaman, Maureen and others, 2013. "Migrant Women's Utilization of Prenatal Care: A Systematic Review." *Maternal and Child Health Journal* 17: 816–836.
- Heidari, Shirin and others, 2019. "Sexual and Reproductive Health and Rights in Humanitarian Crises at ICPD25+ and Beyond: Consolidating Gains to Ensure Access to Services for All." *Sexual and Reproductive Health Matters* 27(1): 1676513.
- Heinemann, Klaas and others, 2005. "Attitudes Toward Male Fertility Control: Results of a Multinational Survey on Four Continents." *Human Reproduction* 20(2): 549–556.
- Hindin, Michelle J. and others, 2014. "Misperceptions, Misinformation and Myths About Modern Contraceptive Use in Ghana." *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 40(1): 30–35.
- Hindin, Michelle J. and others, 2008. *Intimate Partner Violence Among Couples in 10 DHS Countries: Predictors and Health Outcomes.* DHS Analytical Studies 18. Washington DC: USAID. Website: dhsprogram.com/pubs/pdf/AS18/AS18.pdf, accessed 10 February 2022.
- HIP (High Impact Practices in Family Planning), 2020. "Supply Chain Management: Investing in Contraceptive Security and Strengthening Health Systems." Washington, DC: HIPs Partnership. Website: fphighimpactpractices.org/briefs/supply-chain-management/, accessed 26 November 2021.

- HIP (High Impact Practices in Family Planning), 2020a. "Family Planning Vouchers: A Tool to Boost Contraceptive Method Access and Choice." Washington, DC: HIPs Partnership. Website: fphighimpactpractices.org/wp-content/uploads/2019/06/family-planning-vouchers-en-june-2020.pdf, accessed 1 December 2021.
- Hodson, K. and others, 2016. "Lesbian and Bisexual Women's Likelihood of Becoming Pregnant: A Systematic Review and Meta-Analysis." *BJOG* 124(3): 393-402.
- Horii, Hoko, 2021. "Child Marriage as a 'Solution' to Modern Youth in Bali." *Progress in Development Studies* 20(4): 282-295.
- Horner-Johnson, Willi and others, 2020. "Pregnancy Intendedness by Maternal Disability Status and Type in the United States." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 52(1): 31-38.
- Hromi-Fiedler, Amber and Rafael Pérez-Escamilla, 2006. "Unintended Pregnancies Are Associated with Less Likelihood of Prolonged Breast-feeding: An Analysis of 18 Demographic and Health Surveys." *Public Health Nutrition* 9(3): 306-312.
- Huda, Fauzia Achter and others, 2013. *Understanding Unintended Pregnancy in Bangladesh: Country Profile Report*. STEP UP Research Report. Dhaka: icddr.b.
- Human Rights Watch, 2018. "Africa: Pregnant Girls, Young Mothers Barred from School." Website: hrw.org/news/2018/06/14/africa-pregnant-girls-young-mothers-barred-school, accessed 18 November 2021.
- Human Rights Watch, 2018a. "Leave No Girl Behind in Africa. Discrimination in Education against Pregnant Girls and Adolescent Mothers." Website: hrw.org/report/2018/06/14/leave-no-girl-behind-africa/discrimination-education-against-pregnant-girls-and#, accessed 1 December 2021.
- ICRC (International Committee of the Red Cross), 1977. "Protocol Additional to the Geneva Conventions of 12 August 1949, and Relating to the Protection of Victims of International Armed Conflicts (Protocol I)." Website: refworld.org/docid/3ae6b37f40.html, accessed 26 November 2021.
- Ikamari, Lawrence and others, 2013. "Prevalence and Determinants of Unintended Pregnancy Among Women in Nairobi, Kenya." *BMC Pregnancy and Childbirth* 13: 69.
- Ilankoon, I. M. P. S. and others, 2021. "Menopause is a Natural Stage of Aging: A Qualitative Study." *BMC Women's Health* 21: 47.
- ILO (International Labour Organization), 2017. *World Social Protection Report 2017-19: Universal Social Protection to Achieve the Sustainable Development Goals*. Website: ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_604882.pdf, accessed 1 December 2021.
- ILO (International Labour Organization), 2012. *Maternity Resource Protection Package: From Aspiration to Reality For All*. Website: mrrp.itcilo.org/pages/en/introduction.html, accessed 1 December 2021.
- Im, Eun-Ok and others, 2010. "Black Women in Menopausal Transition." *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 39(4): 435-443.
- IRC (International Rescue Committee), 2020. "IRC Data Shows an Increase in Reports of Gender-Based Violence Across Latin America." Website: reliefweb.int/report/el-salvador/irc-data-shows-increase-reports-gender-based-violence-across-latin-america, accessed 8 February 2022.
- Jackson, Ashley and Léonce Dossou, 2021. "The Appeal and Potential of On-Demand Contraceptive Options." Washington DC: PSI. Website: psi.org/2021/12/the-appeal-and-potential-of-on-demand-contraceptive-options, accessed 9 February 2022.
- Jacobstein, Roy, 2015. "The Kindest Cut: Global Need to Increase Vasectomy Availability." *Lancet Global Health* 3(12): e733-e734.
- Jain, Rakhi and Sumathi Muralidhar, 2011. "Contraceptive Methods: Needs, Options and Utilization." *Journal of Obstetrics and Gynaecology of India* 61(6): 626-634.
- Jain, Aparna and others, 2021. "Not All Women Who Experience Side Effects Discontinue Their Contraceptive Method: Insights from a Longitudinal Study in India." *Studies in Family Planning* 52(2): 165-178.
- Johnson-Mallard, Versie and others, 2017. "Unintended Pregnancy: A Framework for Prevention and Options for Midlife Women in the US." *Women's Midlife Health* 3: 8.
- Kantorová, Vladmíra and others, 2021. "Contraceptive Use and Needs Among Adolescent Women Aged 15-19: Regional and Global Estimates and Projections from 1990 to 2030 from a Bayesian Hierarchical Modelling Study." *PLOS ONE* 16(3): e0247479.
- Kaufman, Julia and Rachel Silverman, 2021. "Bridging the Gap Between Health Financing and Family Planning: How to Effectively Advocate for Contraception in UHC." Washington DC: Center for Global Development. Website: cgdev.org/blog/bridging-gap-between-health-financing-and-family-planning-how-effectively-advocate, accessed 1 December 2021.
- Keogh, Sarah C. and others, 2021. "Hormonal Contraceptive Use in Ghana: The Role of Method Attributes and Side Effects in Method Choice and Continuation." *Contraception* 104(3): 235-245.

- Khan, Md Nuruzzaman and others, 2019. "Effects of Unintended Pregnancy on Maternal Healthcare Services Utilization in Low- and Lower-Middle-Income Countries: Systematic Review and Meta-Analysis." *International Journal of Public Health* 64(5): 743-754.
- Kholsa, Rajat and others, 2016. "International Human Rights and the Mistreatment of Women During Childbirth." *Health and Human Rights* 18(2): 131-143.
- Kibira, Simon P. S. and others, 2020. "Covert Use of Contraception in Three Sub-Saharan African Countries: A Qualitative Exploration of Motivations and Challenges." *BMC Public Health* 20: 865.
- Kimport, Katrina and others, 2017. "Patient-Provider Conversations About Sterilization: A Qualitative Analysis." *Contraception* 95(3): 227-233.
- Kingsbury, Ann M. and others, 2015. "Trajectories and Predictors of Women's Depression Following the Birth of an Infant to 21 Years: A Longitudinal Study." *Maternal and Child Health Journal* 19: 877-888.
- Korenman, Sanders and others, 2002. "Consequences for Infants of Parental Disagreement in Pregnancy Intention." *Perspectives in Sexual and Reproductive Health* 34(4): 198-205.
- Kost, Kathryn and others, 1998. "Predicting Maternal Behaviors During Pregnancy: Does Intention Status Matter?" *Family Planning Perspectives* 23(1): 79-88.
- Kupoluyi, Joseph Ayodeji, 2020. "Intimate Partner Violence as a Factor in Contraceptive Discontinuation among Sexually Active Married Women in Nigeria." *BMC Womens Health* 20(1): 128.
- Le, Hoa H. and others, 2014. "The Burden of Unintended Pregnancies in Brazil: A Social and Public Health System Cost Analysis." *International Journal of Women's Health* 6: 663-670.
- Le Guen, Mireille and others, 2021. "Reasons for Rejecting Hormonal Contraception in Western Countries: A Systematic Review." *Social Science and Medicine* 284: 114247.
- Luchsinger, Gretchen, 2021. *No Exceptions, No Exclusions: Realizing Sexual and Reproductive Health, Rights and Justice for All*. High-Level Commission on the Nairobi Summit on ICPD25 Follow-up. Website: nairobisummitcpd.org/publication/no-exceptions-no-exclusions, accessed 24 November 2021.
- Ludermir, Ana Bernarda and others, 2011. "Postnatal Depression in Women After Unsuccessful Attempted Abortion." *British Journal of Psychiatry* 198(3): 237-238.
- Lundgren, Rebecka and Avni Amin, 2015. "Addressing Intimate Partner Violence and Sexual Violence Among Adolescents: Emerging Evidence of Effectiveness." *Journal of Adolescent Health* 56(1 Suppl): S42-S50.
- Macleod, Catriona Ida, 2016. "Public Reproductive Health and 'Unintended' Pregnancies: Introducing the Construct 'Supportability'." *Journal of Public Health* 38(3): e384-e391.
- Mansur, Yusuf and others, n.d. *The Economic Underpinnings of Honor Crimes in Jordan*. Information and Research Center, King Hussein Foundation. Website: tbinternet.ohchr.org/Treaties/CRC/Shared%20Documents/JOR/INT_CRC_NGO_JOR_15745_E.pdf, accessed 18 December 2021.
- Marston, Cicely and John Cleland, 2003. "Do Unintended Pregnancies Carried to Term Lead to Adverse Outcomes for Mother and Child? An Assessment in Five Developing Countries." *Population Studies* 57(1): 77-93.
- Maxwell, Lauren and others, 2018. "Intimate Partner Violence and Pregnancy Spacing: Results from a Meta-Analysis of Individual Participant Time-to-Event Data from 29 Low- and Middle-Income Countries." *BMJ Global Health* 3: e000304.
- Maxwell, Lauren and others, 2015. "Estimating the Effect of Intimate Partner Violence on Women's Use of Contraception: A Systematic Review and Meta-Analysis." *PLOS ONE* 10(2): e0118234.
- Mbadu, Fidele Muanda and others, 2017. "Barriers to Modern Contraceptive Use in Rural Areas in DRC." *Culture, Health and Sexuality* 19(9): 1011-1023.
- McCarragher, Donna R. and others, 2006. "The Influence of Method-Related Partner Violence on Covert Pill Use and Pill Discontinuation Among Women Living in La Paz, El Alto and Santa Cruz, Bolivia." *Journal of Biosocial Science* 38(2): 169-186.
- Measure Evaluation, 2017. "The Importance of Gender in Family Planning and Reproductive Health Data." Website: measureevaluation.org/resources/publications/fs-17-205b/at_download/document, accessed 1 December 2021.
- Melian, María Mercedes, 2013. ["Reproductive Intentions and Factors Related to Unplanned Births, Paraguay, 1995-2008."] *Revista Panamericana de Salud Pública* 33(4): 244-251. [In Spanish]
- Miller, Elizabeth and Jay G. Silverman, 2010. "Reproductive Coercion and Partner Violence: Implications for Clinical Assessment of Unintended Pregnancy." *Expert Review of Obstetrics & Gynecology* 5: 511-515.
- Miller, Elizabeth and others, 2010. "Reproductive Coercion: Connecting the Dots Between Partner Violence and Unintended Pregnancy." *Contraception* 81(6): 457-459.

- Miller, Elizabeth and others, 2010a. "Pregnancy Coercion, Intimate Partner Violence and Unintended Pregnancy." *Contraception* 81(4): 316-322.
- Moges, Yohannes and others, 2020. "Factors Associated with the Unplanned Pregnancy at Suhul General Hospital, Northern Ethiopia, 2018." *Journal of Pregnancy* 2020: 2926097.
- Mohllajee, Anshu P. and others, 2007. "Pregnancy Intention and Its Relationship to Birth and Maternal Outcomes." *Obstetrics & Gynecology* 109(3): 678-686.
- Molitoris, Joseph and others, 2019. "When and Where Birth Spacing Matters for Child Survival: An International Comparison Using the DHS." *Demography* 56(4): 1349-1370.
- Moreau, Caroline and others, 2014. "Unplanned or Unwanted? A Randomized Study of National Estimates of Pregnancy Intentions." *Fertility and Sterility* 102(6): 1663-1670.
- Moreira, Laísa Rodrigues and others, 2019. "Reasons for Nonuse of Contraceptive Methods by Women with Demand for Contraception Not Satisfied: An Assessment of Low and Middle-Income Countries using Demographic and Health Surveys." *Reproductive Health* 16: 148.
- Moseson, Heidi and others, 2021. "Pregnancy Intentions and Outcomes Among Transgender, Nonbinary, and Gender-Expansive People Assigned Female or Intersex at Birth in the United States: Results From a National, Quantitative Survey." *International Journal of Transgender Health* 22(1-2): 30-41.
- Mukasa, Bakali and others, 2017. "Contraception Supply Chain Challenges: A Review of Evidence from Low- and Middle-Income Countries." *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 22(5): 384-390.
- Müller, Alex and others, 2018. "The No-Go Zone: A Qualitative Study of Access to Sexual and Reproductive Health Services for Sexual and Gender Minority Adolescents in Southern Africa." *Reproductive Health* 15: 12.
- Mwaisaka, Jefferson and others, 2020. "Exploring Contraception Myths and Misconceptions Among Young Men and Women in Kwale County, Kenya." *BMC Public Health* 20: 1694.
- Napyo, Agnes and others, 2020. "Prevalence and Predictors for Unintended Pregnancy Among HIV-Infected Pregnant Women in Lira, Northern Uganda: A Cross-Sectional Study." *Scientific Reports* 10: 16319.
- Neal, Sarah and others, 2020. "Trends in Adolescent First Births in Sub-Saharan Africa: A Tale of Increasing Inequity?" *International Journal for Equity in Health* 19: 151.
- 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(1): 31.
- Nuevo-Chiquero, Ana, 2014. "The Labor Force Effects of Unplanned Childbearing." *Labour Economics* 29: 91-101.
- Nyarko, Samuel H., 2019. "Unintended Pregnancy among Pregnant Women in Ghana: Prevalence and Predictors." *Journal of Pregnancy* 2019: 2920491.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2018. "Your Health, Your Choice, Your Rights: International and Regional Obligations on Sexual and Reproductive Health and Rights." Website: ohchr.org/Documents/Issues/Women/OHCHRfactsheetYourHealth.pdf, accessed 1 December 2021.
- Oladeji, Olusola and others, 2021. "Sexual Violence-Related Pregnancy among Internally Displaced Women in an Internally Displaced Persons Camp in Northeast Nigeria." *Journal of Interpersonal Violence* 36(9-10): 4758-4770.
- Orr, Suezanne and others, 2000. "Unintended Pregnancy and Preterm Birth." *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 14(4): 309-313.
- Paterno, Mary T. and others, 2021. "Exploring Reproductive Coercion in Relationship Contexts Among Young Adult, Primarily African American Women at Three Women's Health Clinics." *Journal of Interpersonal Violence* 36(3-4): NP2248-2271NP.
- Paul, Mandira and others, 2019. "Contraception and Youth: Being Responsive to their Sexual and Reproductive Health Needs and Rights." Issue Paper. New York: UNFPA and Guttmacher Institute.
- Petroni, Suzanne and others, 2017. "New Findings on Child Marriage in Sub-Saharan Africa." *Annals of Global Health* 83(5-6): 781-790.
- Pierotti, Rachael S., 2013. "Increasing Rejection of Intimate Partner Violence: Evidence of Global Cultural Diffusion." *American Sociological Review* 78(2): 240-265.
- Pile, John M. and Mark A. Barone, 2009. "Demographics of vasectomy - USA and international." *Urologic Clinics of North America* 36(3): 295-305.
- Polis, Chelsea B. and others, 2018. "There Might be Blood: A Scoping Review on Women's Responses to Contraceptive-Induced Menstrual Bleeding Changes." *Reproductive Health* 15: 114.

- Population Council, 2015. "Conceptualizing and Measuring Unintended Pregnancy and Birth: Moving the Field Forward". STEP UP Meeting Report. Accra: Population Council. Website: popcouncil.org/uploads/pdfs/2015STEPUP_ConceptualizingMeasuringUP.pdf, accessed 24 November 2021.
- Qiu, Xing and others, 2020. "Unintended Pregnancy and Postpartum Depression: A Meta-Analysis of Cohort and Case-Control Studies." *Journal of Psychosomatic Research* 138: 110259.
- Qureshi, Zahida and others, 2021. "Understanding Abortion-Related Complications in Health Facilities: Results from WHO Multicountry Survey on Abortion (MCS-A) Across 11 Sub-Saharan African Countries." *BMJ Global Health* 6: e003702.
- Rahman, Mosfequr, 2015. "Is Unwanted Birth Associated with Child Malnutrition in Bangladesh?" *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 41(4): 80-88.
- Rahman, Mosfequr and others, 2019. "Maternal Pregnancy Intention and Its Association with Low Birthweight and Pregnancy Complications in Bangladesh: Findings from a Hospital-Based Study." *International Health* 11(6): 447-454.
- Raj, Anita and others, 2015. "Associations of Marital Violence with Different Forms of Contraception: Cross-Sectional Findings from South Asia." *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 130(S3): E56-E61.
- Ralph, Lauren J. and others, 2020. "Comparing Prospective and Retrospective Reports of Pregnancy Intention in a Longitudinal Cohort of U.S. Women." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 52(1): 39-48.
- Raymond, Elizabeth G. and David A. Grimes, 2012. "The Comparative Safety of Legal Induced Abortion and Childbirth in the United States." *Obstetrics & Gynecology* 119(2 pt 1): 215-219.
- Riley, Taylor and others, 2020. "Estimates of the Potential Impact of the COVID-19 Pandemic on Sexual and Reproductive Health In Low- and Middle-Income Countries." *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 46: 73-76.
- Romero, Mariana and others, 2021. "Abortion-Related Morbidity in Six Latin American and Caribbean Countries: Findings of the WHO/HRP Multi-Country Survey on Abortion (MCS-A)." *BMJ Global Health* 6: e005618.
- Rominski, Sarah D. and Rob Stephenson, 2019. "Toward a New Definition of Unmet Need for Contraception." *Studies in Family Planning* 50(2): 195-198.
- Rothman, Emily F. and others, 2011. "The Prevalence of Sexual Assault Against People Who Identify as Gay, Lesbian or Bisexual in the United States: A Systematic Review." *Trauma, Violence, & Abuse* 12(2): 55-66.
- Rothschild, Claire W. and others, 2021. "Incorporating Method Dissatisfaction into Unmet Need for Contraception: Implications for Measurement and Impact." *Studies in Family Planning* 52(1): 95-102.
- Rowlands, Sam and Susan Walker, 2019. "Reproductive Control by Others: Means, Perpetrators and Effects." *BMJ Sexual and Reproductive Health* 45: 61-67.
- Rutstein, Shea O., 2008. "Further Evidence of the Effects of Preceding Intervals on Neonatal, Infant, and Under-Five-Years Mortality and Nutritional Status in Developing Countries: Evidence from the Demographic and Health Surveys." Demographic and Health Surveys Working Paper No. 41. Calverton, Maryland: Macro International. Website: dhsprogram.com/pubs/pdf/WP41/WP41.pdf, accessed 25 November 2021.
- Ryan, Suzanne and others, 2008. "Older Sexual Partners during Adolescence: Links to Reproductive Health Outcomes in Young Adulthood." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 40(1): 17-26.
- Sarder, Alamgir and others, 2021. "Prevalence of Unintended Pregnancy and its Associated Factors: Evidence from Six South Asian Countries." *PLOS ONE* 16(2): e0245923.
- Say, Laie and others, 2014. "Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis." *Lancet Global Health* 2(6): e323-e333.
- Sedgh, Gilda and others, 2016. *Unmet Need for Contraception in Developing Countries: Examining Women's Reasons for Not Using a Method*. New York: Guttmacher Institute. Website: guttmacher.org/report/unmet-need-for-contraception-in-developing-countries, accessed 17 November 2021.
- Sedgh, Gilda and others, 2016a. "Abortion Incidence Between 1990 and 2014: Global, Regional, and Subregional Levels and Trends." *Lancet* 388(10041): 258-267.
- Seifu, Canaan Negash and others, 2020. "Association of Husbands' Education Status with Unintended Pregnancy in their Wives in Southern Ethiopia: A Cross-Sectional Study." *PLOS ONE* 15(7): e0235675.

- Senderowicz, Leigh, 2020. "Contraceptive Autonomy: Conceptions and Measurement of a Novel Family Planning Indicator." *Studies in Family Planning* 51(2): 161-176.
- Shaka, Mohammad Fayesso and others, 2020. "Determinants of Undernutrition among Children under Five Years Old in Southern Ethiopia: Does Pregnancy Intention Matter? A Community-Based Unmatched Case-Control Study." *BMC Pediatrics* 20(1): 101.
- Shapiro-Mendoza, Carrie and others, 2005. "Parental Pregnancy Intention and Early Childhood Stunting: Findings from Bolivia." *International Journal of Epidemiology* 34(2): 387-396.
- Skovlund, Charlotte Wessel and others, 2016. "Hormonal Contraception With Depression." *JAMA Psychiatry* 73(11): 1154-1162.
- Shelton, James and Roy Jacobstein, 2016. "Vasectomy: A Long, Slow Haul to Successful Takeoff." *Global Health: Science and Practice* 4(4): 514-517.
- Silverman, Jay G. and Anita Raj, 2014. "Intimate Partner Violence and Reproductive Coercion: Global Barriers to Women's Reproductive Control." *PLoS Medicine* 11(9): e1001723.
- Silverman, Jay and others, 2020. "Associations of Reproductive Coercion and Intimate Partner Violence with Overt and Covert Family Planning Use Among Married Adolescent Girls in Niger." *EclinicalMedicine* 22: 100359.
- Silverman, Jay G. and others, 2019. "Reproductive Coercion in Uttar Pradesh, India: Prevalence and Associations with Partner Violence and Reproductive Health." *SSM - Population Health* 9: 100484.
- Silverman, Jay G. and others, 2007. "Intimate Partner Violence and Unwanted Pregnancy, Miscarriage, Induced Abortion, and Still Births among a National Sample of Bangladeshi Women." *BJOG* 114(10): 1246-1252.
- Singh, Susheela and Isaac Maddow-Zimet, 2016. "Facility-Based Treatment for Medical Complications Resulting From Unsafe Pregnancy Termination in the Developing World, 2012: A Review of Evidence from 26 Countries." *BJOG* 123: 1489-1498.
- Skracic, Izidora and others, 2021. "Types of Lifetime Reproductive Coercion and Current Contraceptive Use." *Journal of Women's Health* 30(8): 1078-1085.
- Smith, Julia, 2020. "Improving Adolescent Access to Contraception in Sub-Saharan Africa: A Review of the Evidence." *African Journal of Reproductive Health* 24(1): 152-164.
- Solo, Julie and Mario Festin, 2019. "Provider Bias in Family Planning Services: A Review of Its Meaning and Manifestations." *Global Health: Science and Practice* 7(3): 371-385.
- Sonfield, Adam and Kathryn Kost, 2015. *Public Costs from Unintended Pregnancies and the Role of Public Insurance Programs in Paying for Pregnancy-Related Care: National and State Estimates for 2010*. New York: Guttmacher Institute. Website: guttmacher.org/report/public-costs-unintended-pregnancies-and-role-public-insurance-programs-paying-pregnancy, accessed 18 November 2021.
- Sonfield, Adam and others, 2013. *The Social and Economic Benefits of Women's Ability to Determine Whether and When to have Children*. New York: Guttmacher Institute. Website: guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/social-economic-benefits.pdf, accessed 1 December 2021.
- Stamatakis, Caroline E. and others, 2020. "Sexual Violence Prevalence and Related Pregnancy Among Girls and Young Women: A Multicountry Analysis." *Journal of Interpersonal Violence* July 2020. 37: 3-4.
- Starrs, Ann M. and others, 2018. "Accelerate Progress—Sexual and Reproductive Health and Rights for All: Report of the Guttmacher-Lancet Commission." *Lancet* 391: 2642-2692.
- Stats SL (Statistics Sierra Leone) and ICF, 2020. *Sierra Leone Demographic and Health Survey 2019*. Freetown, Sierra Leone, and Rockville, Maryland, USA: Stats SL and ICF.
- Steinberg, Julia R. and others, 2020. "Psychosocial Factors Associated with Postpartum Contraceptive Method Use after an Unintended Pregnancy." *Obstetrics & Gynecology* 135(4): 821-831.
- Sully, Elizabeth A. and others, 2020. *Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019*. New York: Guttmacher Institute. Website: guttmacher.org/report/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2019, accessed 28 November 2021.
- Suttie, David, 2019. *Overview: Rural Poverty in Developing Countries: Issues, Policies and Challenges*. International Fund for Agricultural Development (IFAD). Website: un.org/development/desa/dspd/wp-content/uploads/sites/22/2019/03/Rural-poverty-EGM_IFAD-overview.pdf, accessed 16 November 2021.
- Svoboda, Elizabeth, 2020. "Better Birth Control." *Nature* 588: S166-S167.
- Tarzia, Laura and Kelsey Hegarty, 2021. "A Conceptual Re-Evaluation of Reproductive Coercion: Centring Intent, Fear and Control." *Reproductive Health* 18(1): 87.

- Taylor, Diana and Evelyn Angel James, 2012. "Risks of Being Sexual in Midlife: What We Don't Know Can Hurt Us." *The Female Patient* 37: 17-20.
- Thiel de Bocanegra, Heike and others, 2010. "Birth Control Sabotage and Forced Sex: Experiences Reported by Women in Domestic Violence Shelters." *Violence Against Women* 16: 601-612.
- Thirumalai, Arthi and John K. Amory, 2021. "Emerging Approaches to Male Contraception." *Fertility and Sterility* 115(6): 1369-1376.
- Thomas, Adam, 2012. "Policy Solutions for Preventing Unplanned Pregnancy." Washington DC: Brookings Institution. Website: brookings.edu/research/policy-solutions-for-preventing-unplanned-pregnancy/, accessed 1 December 2021.
- Tran, Nguyen Toan and others, 2021. "Strengthening Health Systems in Humanitarian Settings: Multi-Stakeholder Insights on Contraception and Postabortion Care Programs in the Democratic Republic of Congo and Somalia." *Frontiers in Global Women's Health* 62
- Tsui, Amy O. and others, 2010. "Family Planning and the Burden of Unintended Pregnancies." *Epidemiologic Reviews* 32(1): 152-174.
- United Nations, Statistics Division, 2022. Global SDG Indicators Database. Website: unstats.un.org/sdgs/dataportal, accessed 3 March 2022.
- United Nations, 2021. *The Sustainable Development Goals Report 2021*. Website: unstats.un.org/sdgs/report/2021/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2021.pdf, accessed 1 December 2021.
- United Nations, 2020. *Conflict-Related Sexual Violence: Report of the United Nations Secretary-General*. Website: undocs.org/en/S/2020/487, accessed 17 November 2021.
- UN CCPR (United Nations Committee on Civil and Political Rights), 2019. "General Comment No. 36: Article 6, Right to Life: Human Rights Committee." CCPR/C/GC/36. Website: digitallibrary.un.org/record/3884724?ln=en, accessed 26 November 2021.
- UN CEDAW (United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women), 2017. "General Recommendation No. 35 on Gender-Based Violence Against Women, Updating General Recommendation No. 19." Website: digitallibrary.un.org/record/1305057?ln=en, accessed 25 November 2021.
- 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)." Website: digitallibrary.un.org/record/832961?ln=en, accessed 25 November 2021.
- 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)." Website: digitallibrary.un.org/record/425041?ln=en, accessed 25 November 2021.
- 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." Website: digitallibrary.un.org/record/855544?ln=en, accessed 25 November 2021.
- UN CRC (United Nations Committee on the Rights of the Child), 2003. "General Comment No. 4 (2003): Adolescent Health and Development in the Context of the Convention on the Rights of the Child." Website: digitallibrary.un.org/record/503074?ln=en, accessed 25 November 2021.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2022. Forthcoming
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2021. Website: https://www.un.org/development/desa/pd/data/family-planning-indicators Accessed 3 March 2022.
- United Nations (Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2021a. *World Contraceptive Use 2020* (POP/DB/CP/Rev2020).
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2020. Estimates and Projections of Women of Reproductive Age Who Are Married or in a Union.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2020a. *World Family Planning 2020 Highlights: Accelerating Action to Ensure Universal Access to Family Planning*. (ST/ESA/SER.A/450).
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2019. *World Population Prospects 2019*.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2015. "World Contraceptive Use 2015." Website: un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/contraception/wcu2015.asp, accessed 26 November 2021.

- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2013. *Adolescent Fertility since the International Conference on Population and Development (ICPD) in Cairo*.
- United Nations Statistics Division, 2020. Global SDG Indicators Database.
- UNDP (United Nations Development Programme), 2020. *Human Development Report*. Technical Notes. Website: hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2020_technical_notes.pdf, accessed 15 November 2021.
- UNDP (United Nations Development Programme), 2005. *Investing in Development. A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals*.
- UN ECOSOC (United Nations Economic and Social Council), 1990. "General Comment No. 3: The Nature of States Parties' Obligations (Art. 2, Para. 1, of the Covenant)." Website: tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT%2fCESCR%2fGEC%2f4758&Lang=en, accessed 1 December 2021.
- UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) and others, 2018. *International Technical Guidance on Sexuality Education: An Evidence-Informed Approach*. Website: unesdoc.unesco.org/images/0026/002607/260770e.pdf, accessed 16 November 2021.
- UN ESCWA (United Nations Economic and Social Commission for Western Asia), 2004. "Arab Regional Ten-Year Review and Appraisal of Implementation of the Beijing Platform for Action." Website: un.org/womenwatch/daw/Review/english/documents/ESCWASummaryNationalResponses-English.pdf, accessed 16 December 2021.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2022. *Motherhood in Childhood: The Untold Story*.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2021. "My Body is My Own. Claiming The Right to Autonomy and Self-Determination." *State of World Population 2021*.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2020. Annual report. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2020a. *Ensure Universal Access to Sexual and Reproductive Health and Reproductive Rights: Measuring SDG Target 5.6*. Website: unfpa.org/sdg-5-6, accessed 24 November 2021.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2020b. "Against My Will. Defying the Practices that Harm Women and Girls and Undermine Equality." *State of World Population 2020*.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2020c. *Impact of COVID-19 on Access to Contraceptives in the LAC Region*. Website: lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/technical_report_impact_of_covid_19_in_the_access_to_contraceptives_in_lac_1_2.pdf, accessed 1 December 2021.
- UNFPA (United Nations Population Fund) 2020d. *Technical Note on Gender-Transformative Approaches: A Summary for Practitioners*. Website: unfpa.org/resources/technical-note-gender-transformative-approaches-summary-practitioners, accessed 10 February 2022.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2019. *Sexual and Reproductive Health and Rights An Essential Element of Universal Health Coverage*.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2018. *Women and Young Persons with Disabilities. Guidelines for Providing Rights-Based and Gender-Responsive Services to Address Gender-Based Violence and Sexual and Reproductive Health and Rights for Women and Young Persons with Disabilities*. Website: unfpa.org/featured-publication/women-and-young-persons-disabilities, accessed 7 February 2022.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 1994. "Programme of Action. Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994." Website: unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA_en.pdf, accessed 26 November 2021.
- UNFPA (United Nations Population Fund), n.d. *Adolescents and Youth Dashboard – Sierra Leone*. Website: unfpa.org/data/adolescent-youth/SL, accessed 9 February 2022.
- UNFPA (United Nations Population Fund), n.d.a. *World Population Dashboard – Sierra Leone*. Website: unfpa.org/data/world-population/SL, accessed 9 February 2022.
- UNFPA (United Nations Population Fund) El Salvador, 2021. *Llegar a cero embarazos en niñas y adolescentes – Mapa El Salvador 2020*. Website: <https://elsalvador.unfpa.org/es/publications/llegar-cero-embarazos-en-ni%C3%B1as-y-adolescentes-%E2%80%93-mapa-el-salvador-2020>, accessed 1 March, 2022.
- United Nations Population Fund, global databases, 2022. Based on official responses to the United Nations 13th and 12th Inquiry among Governments on Population and Development.
- UNFPA (United Nations Population Fund) Sierra Leone, n.d. "Gender-Based Violence." Website: unfpa.org/en/topics/gender-based-violence-11, accessed 9 February 2022.

- 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 17 November 2021.
- UN General Assembly, 1998. "Rome Statute of the International Criminal Court." Website: icc-cpi.int/resource-library/documents/rs-eng.pdf, accessed 1 December 2021.
- UN General Assembly, 1989. *Convention on the Rights of the Child*. A/RES/44/25. Website: ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx, accessed 17 November 2021.
- 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 15 November 2021.
- UN General Assembly, 1966. *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. Website: ohchr.org/en/professionalinterest/pages/cescr.aspx, accessed 17 November 2021.
- UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2012. "Report of the Special Rapporteur on Violence Against Women, Its Causes and Consequences, Rashida Manjoo." A/HRC/20/16. Website: ohchr.org/Documents/Issues/Women/A.HRC.20.16_En.pdf, accessed 18 December 2021.
- UN Women, 2021. *Beyond COVID-19: A Feminist Plan for Sustainability and Social Justice*. Website: unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2021/Feminist-plan-for-sustainability-and-social-justice-en.pdf, accessed 1 December 2021.
- UN Women, 2012. *Facts & Figures: Rural Women and the Millennium Development Goals*. Website: <https://www.un.org/womenwatch/feature/ruralwomen/facts-figures.html>, accessed 1 December 2021.
- Utomo, Budi and others, 2021. "The Impact of Family Planning on Maternal Mortality in Indonesia: What Future Contribution can be Expected?" *Population Health Metrics* 19: 2.
- Vanden Broek, Jana and others, 2016. "Antenatal Care Use in Urban Areas in Two European Countries: Predisposing, Enabling and Pregnancy-Related Determinants in Belgium and The Netherlands." *BMC Health Services Research* 16: 337.
- Vlassoff and others, 2018. Economic impact of unsafe abortion-related morbidity and mortality: evidence and estimation challenges. Brighton, Institute of Development Studies (IDS Research Reports 59).
- Vu, Alexander and others, 2014. "The Prevalence of Sexual Violence among Female Refugees in Complex Humanitarian Emergencies: A Systematic Review and Meta-Analysis." *PLOS Currents Disasters*. Edition 1, doi: 10.1371/currents.dis.835f10778fd80ae031aac12d3b533ca7.
- Wellings, Kaye and others, 2013. "The Prevalence of Unplanned Pregnancy and Associated Factors in Britain: Findings from the Third National Survey Of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3)." *Lancet* 382(9907): 1807-1816.
- Westhoff, Charles F., 2010. *Desired Number of Children: 2000-2008*. DHS Comparative Reports No. 25. Calverton, Maryland: ICF Macro.
- White, Kari and others, 2015. "Contraception after Delivery and Short Interpregnancy Intervals Among Women in the United States." *Obstetrics & Gynecology* 125: 1471-1477.
- White Ribbon Alliance, 2019. *What Women Want: Demands for Quality Reproductive and Maternal Healthcare from Women and Girls*. Website: whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2019/06/What-Women-Want_Global-Results.pdf, accessed 24 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2021. WHO Guideline on Self-Care Interventions for Health and Well-Being. Website: who.int/publications/i/item/9789240030909, accessed 18 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2021a. "Infant and Young Child Feeding: Key Facts." Website: who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding, accessed 18 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2020. "Preventing Unsafe Abortion: Key Facts." Website: who.int/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion, accessed 15 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2020a. "Pulse Survey on Continuity of Essential Health Services during the COVID-19 Pandemic: Interim Report, 27 August 2020." Website: who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2020.1, accessed 24 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2020b. "Adolescent Pregnancy: Key Facts." Website: who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy, accessed 18 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2020c. "Family Planning/Contraception Methods: Key Facts." Website: who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception, accessed 15 November 2021.

- WHO (World Health Organization), 2019. "Global Health Estimates: Life Expectancy and Leading Causes of Death and Disability." Website: who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates, accessed 27 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2019a. *Breaking Barriers. Towards More Gender-Responsive and Equitable Health Systems*. Website: who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/gender_gmr_2019.pdf, accessed 1 December 2021.
- WHO (World Health Organization), 2019b. "High Rates of Unintended Pregnancies Linked to Gaps in Family Planning Services: New WHO Study." Geneva: WHO. Website: who.int/news/item/25-10-2019-high-rates-of-unintended-pregnancies-linked-to-gaps-in-family-planning-services-new-who-study, accessed 1 December 2021.
- WHO (World Health Organization), 2019c. *RESPECT Women: Preventing Violence Against Women*. WHO/RHR/18.19. Geneva: WHO. Website: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312261/WHO-RHR-18.19-eng.pdf?ua=1
- WHO (World Health Organization), 2018. *Family Planning. A Global Handbook for Providers*. Geneva: WHO. Website: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260156/9780999203705-eng.pdf, accessed 26 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2017. Unpublished report.
- WHO (World Health Organization), 2016. "WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience." Geneva: WHO. Website: who.int/publications/i/item/9789241549912, accessed 18 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2015. "Safe Abortion: Technical & Policy Guidance for Health Systems." Geneva: WHO. Website: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/173586/WHO_RHR_15.04_eng.pdf, accessed 18 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2014. "Ensuring Human Rights in the Provision of Contraceptive Information and Services: Guidance and Recommendations." Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization), 2007. *Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing. Geneva, Switzerland, 13-15 June 2005*. WHO/RHR/07.1. Geneva: WHO. Website: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69855/?sequence=1, accessed 25 November 2021.
- WHO (World Health Organization) and others, 2019. "Trends in Maternal Mortality: 2000 to 2017." Geneva: WHO. Website: data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT, accessed 15 November 2021.
- Wilcox, Allen J. and others, 2001. "Likelihood of Conception with a Single Act of Intercourse: Providing Benchmark Rates for Assessment of Post-Coital Contraceptives." *Contraception* 63(4): 211-215.
- Women's Refugee Commission and others, 2012. *Adolescent Sexual and Reproductive Health Programs in Humanitarian Settings: An In-Depth Look at Family Planning Services*. New York: Women's Refugee Commission. Website: unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/AAASRH_good_practice_documentation_English_FINAL.pdf
- Wondemagegn, Amsalu Taye and others, 2018. "The Effect of Antenatal Care Follow-Up on Neonatal Health Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Public Health Reviews* 39: 33.
- World Bank, 2021. *Gender Indicator Report: Women Who Believe A Husband Is Justified In Beating His Wife When She Refuses Sex With Him*. Databank: Gender Statistics. Website: data.worldbank.org/indicator/SG.VAW. ARGU.ZS, accessed 20 October 2021.
- World Bank, 2021a. *Women, Business and the Law, 2021*. Washington, DC: World Bank. Website: wbl.worldbank.org/content/dam/sites/wbl/documents/2021/02/WBL2021_ENG_v2.pdf, accessed 1 December 2021.
- Xu, Fujie and others, 2010. "Women Who Have Sex With Women in the United States: Prevalence, Sexual Behavior and Prevalence of Herpes Simplex Virus Type 2 Infection - Results From National Health and Nutrition Examination Survey 2001-2006." *Sexually Transmitted Diseases* 37(7): 407-413.
- Yazdkhasti, Mansureh and others, 2015. "Unintended Pregnancy and Its Adverse Social and Economic Consequences on Health System: A Narrative Review Article." *Iranian Journal of Public Health* 44(1): 12-21.
- Zhou, Jacy and others, 2020. "Systematic Review of Early Abortion Services in Low- and Middle-Income Country Primary Care: Potential for Reverse Innovation and Application in the UK Context." *Globalization and Health* 16: 91.
- Zuniga, Carmela and others, 2020. "The Impacts of Contraceptive Stock-Outs on Users, Providers, and Facilities: A Systematic Literature Review." *Global Public Health* 2020 doi: 10.1080/17441692.2020.1850829, online ahead of print.

Le illustrazioni originali includono immagini di più fotografi. Le composizioni grafiche e le illustrazioni contengono immagini dalle seguenti fonti:

AllGo on Unsplash: pagina 36

Christina @ wocintechchat.com on Unsplash: pagina 37

Eye for Ebony on Unsplash: pagina 36

Faisal Hijjaz from Pexels: pagina 66

HoneyYanibel Minaya Cruz on Unsplash: pagina 11

Ian Kiragu on Unsplash: pagina 36

Irene Strong on Unsplash: pagine 40, 90-91

JESHOOTS on Unsplash: pagine 36, 37

Jessica Felicio on Unsplash: pagine 18-19, 14, 15

Joanna Nix-Walkup on Unsplash: pagina 36

Joshua Hanson on Unsplash: pagina 36

Juan Encalada on Unsplash: pagine 40, 90-91

Kimson Doan on Unsplash: pagine 36, 37

Manuel Lino: pagine 8-9, 18-19, 36-37, 40, 57, 66-67, 90-91, 97, 106-107, 118, COVER

Mateus Campos Felipe on Unsplash: pagina 36

Mathilda Khoo on Unsplash: pagina 37

Mustafa Omar on Unsplash: pagine 8-9, 19, 114, 115

Olha Ivanova on Unsplash: pagine 90-91, 97, COVER

Panitan Punpuang on Unsplash: pagine 9, 36

Parij Borgohain on Unsplash: pagina 37

Rachel Mcdermott on Unsplash: pagine 36, 117

Taylor Hernandez on Unsplash: pagina 36

© UNFPA/Roger Anis: pagine 8, 37

© UNFPA/Sima Diab: pagina 95

Vitor Camilo on Unsplash: pagina 36

Vgajic on iStock: pagina 106

UNFPA - Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione, è un'organizzazione internazionale di sviluppo che promuove il diritto di ogni persona alla salute e all'uguaglianza di opportunità nella propria vita. UNFPA sostiene i paesi nell'utilizzo dei dati sulla popolazione per la definizione di politiche e programmi per ridurre la povertà, garantire che ogni gravidanza sia voluta, ogni nascita avvenga in condizioni di sicurezza, ogni giovane eviti il contagio con l'Hiv e Aids, e tutte le bambine e donne siano trattate con dignità e rispetto.

AIDOS - Associazione italiana donne per lo sviluppo ONLUS, è un'organizzazione non governativa creata a Roma nel 1981 che lavora per costruire, promuovere e difendere i diritti, la dignità e la libertà di scelta di donne e ragazze nel mondo. Una prospettiva di genere per uno sviluppo sostenibile.

www.aidos.it



ASSICURARE DIRITTI E POSSIBILITÀ DI SCELTA
PER TUTTE LE PERSONE

Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione
605 Third Avenue
New York, NY 10158
Tel. +1 212-297-5000
www.unfpa.org
 @UNFPA

ISSN 1020-5195
ISBN 9789211295115



9 789211 295115

Sales No. E.22.III.H.1
E/500/2022

 Stampato su carta riciclata