



VITE INTERCONNESSE, INTRECCI DI SPERANZA:

mettere fine alle
disuguaglianze nella salute
e nei diritti sessuali
e riproduttivi



UNFPA Lo stato della popolazione nel mondo 2024

Lo stato della popolazione nel mondo 2024

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

CAPOREDATTORE

Ian McFarlane

TEAM EDITORIALE

Caporedattrice: Rebecca Zerzan

Produzione editoriale/direzione artistica: Katherine Black

Revisione: Richard Kollodge

Reportage: Katherine Black,
Richard Kollodge, Dalia Rabie, Lisa Ratcliffe,
Catherine Trautwein, Rebecca Zerzan

Supporto e guida editoriale: Jacqueline Daldin, Lisa Ratcliffe, Catherine Trautwein

Responsabile per l'edizione digitale: Katherine Black

Consulente per l'edizione digitale: Enes Champo

Verifica delle informazioni: Ralph Hakkert

CONSULENTE PRINCIPALE

PER LA RICERCA

Dr. Gita Sen

RICERCA E SCRITTURA

Daniel Baker, Ann Garbett, Gretchen Luchsinger,
Dr. Tlaleng Mofokeng, Letlhogonolo Mokgoroane,
Gilda Sedgh, Claire Thomas

CONSULENZA TECNICA UNFPA

Emilie Filmer-Wilson, Mengjia Liang

ARTISTE/I E CONSULENTI D'ARTE

Bayombe Endani, Philip Fimmano, Higinia Gonzáles,
Iain Guest at the Advocacy Project, Nadia Hamid
at the International Folk Art Market, Rosie James,
Nneka Jones, Cristin Knight-Sethi, Rosalia Sciortino,
Pankaja Sethi, The Sussex Archaeological Society
(www.sussexpast.co.uk), Tally Assuit Women's
Collective, Woza Moya

MAPPE E DESIGNAZIONI

Le definizioni 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.

Timeline art: American Association of University Women, United Nations Conference on Population and Development/Robert Rauschenberg

Copertina: Nneka Jones (@artyouhungry)

Tutte le altre opere d'arte sono di Rosie James Rosie James (@rosiejamestextileartist) salvo diversa indicazione



Edizione italiana a cura di AIDOS

Coordinamento: Serena Fiorletta

Traduzione: Anna Tagliavini

Editing: Serena Fiorletta e Beatrice Mariottini

Impaginazione: Tiziano Zuliani

Stampa: Litostampa 3B

Informazioni: press@aidos.it

RINGRAZIAMENTI

UNFPA ringrazia le seguenti persone per aver condiviso momenti delle loro vite e del loro lavoro per questo rapporto: Alia, Turkmenistan; Ellen Amster, Canada; Adel Botros, Egypt; Eira Carrera, Panama; Isaac Chirwa, Malawi; Francisca Córdoba, Colombia; Carolyn DeFord, United States of America; Maimouna Déné, Burkina Faso; Duha, Syrian Arab Republic; Eneida, Panama; Dr. Eda Gülüm, Türkiye; Ceylan Güzey, Türkiye; Sharron Hinchliff, United Kingdom; Seif Kuchengo, United Republic of Tanzania; Jonas Lubago, United Republic of Tanzania; Shirley Maturana Obregón, Colombia; Thivya Rakini, India; Rama, Syrian Arab Republic; Humberto Rodríguez, Panama; Syrah Sy Savané, Côte d'Ivoire; Nandita Shivakumar, India; Gertrudis Sire, Panama; Audrey Tang, United Kingdom; Luhui Whitebear, United States of America; Jose Luis Wilches Gutiérrez, Colombia.

Il capo della divisione Media and Communications dell'UNFPA, Selinde Dulckeit, ha fornito preziosi spunti alla bozza, così come i membri della divisione tecnica dell'UNFPA, tra cui Michael Herrmann, Priscilla Idele, la dott. ssa Julitta Onabanjo, Leyla Sharafi e il dott. Willibald Zeck. Hanno inoltre fornito supporto Arthur Erken e la dott. ssa Nkeiruka Didigu della divisione Policy and Strategy dell'UNFPA, e chi lavora nell'ufficio della direzione esecutiva, tra cui Teresa Buerkle, Samuel Choritz, la dott. ssa Nigina Muntean, Alana Ngoh e Horst Rutsch. Hanno contribuito le persone degli uffici della vicedirettrice esecutiva Diene Keita e del vicedirettore esecutivo Andrew Saberton, così come le colleghe e i colleghi dell'UNFPA SWEDD, tra cui Moussa Bagayoko, Nafissatou Diop, Emmanuelle Landais Lopez e Waly Sene.

Persone di UNFPA e altri soggetti in tutto il mondo hanno supportato lo sviluppo di articoli di approfondimento e altri contenuti o hanno fornito indicazioni tecniche: Samir Aldarabi, Vannie Arrocha, Zeynep Atilgan, Adolfo Ballina, Ana De Obaldia, Jens-Hagen Eschenbaecher, Rose Marie Gad, Eren Korkmaz, Lilian Landau, Daisy Leoncio, Nouran Makhoul, Julia Novichenok, Demetra Pollinari, Norha Restrepo, and Siaka Traore.

L'autrice Ann Garbett ha guidato l'analisi dei dati dell'indagine demografica e sanitaria per esaminare l'accesso ai servizi e alle informazioni sulla salute sessuale e riproduttiva in base all'etnia e alle categorie socioeconomiche.

Progettazione di stampa e interattiva: Prographics, Inc.

La redazione è grata per i contributi di partner, tra cui il Guttmacher Institute, in particolare Jacqueline Darroch ed Elizabeth Sully; persone esperte della Divisione della popolazione del Dipartimento degli affari economici e sociali delle Nazioni Unite, in particolare Giulia Gonnella, Yumiko Kamiya, Vladimíra Kantorová e Karoline Schmid; dell'Ufficio dell'Alto commissariato delle Nazioni Unite per i diritti umani (OHCHR), in particolare Nicolas Fasel e Yekaterina Spassova; dell'Ufficio delle Nazioni Unite per il coordinamento degli affari umanitari (OCHA), in particolare Lilian Barajas, Jaspreet Kindra, April Pham e Barbara Wachter; l'esperto indipendente delle Nazioni Unite sulla protezione contro la violenza e la discriminazione basate sull'orientamento sessuale e l'identità di genere Victor Madrigal-Borloz; e persone esperte dell'Asian-Pacific Resource and Research Centre for Women (ARROW), in particolare Sivananthi Thanenthiran.

NOTA RELATIVA AL LINGUAGGIO

In questo rapporto, "Nero" è scritto in maiuscolo quando ci si riferisce a gruppi o individui in termini razziali, etnici o culturali. Il termine "Nero" è spesso usato per trasmettere un senso condiviso di storia e identità, mentre "bianco" è meno comunemente usato in questo modo. Poiché il termine "indigeno" può essere usato per riferirsi in generale a persone di società e culture diverse, il termine non è scritto in maiuscolo in questo rapporto a meno che non venga usato per riferirsi a un gruppo o un paese specifico. Questo rapporto fa riferimento a donne e ragazze quando si discutono questioni come la violenza sessuale e la gravidanza; i dati per queste questioni provengono in generale da sondaggi e studi che identificano le partecipanti come donne o ragazze. È importante notare che anche gli uomini transgender e le persone non binarie sperimentano la gravidanza e che le persone di genere diverso sperimentano violenza sessuale e barriere all'assistenza sanitaria sessuale e riproduttiva in numeri sproporzionati e inaccettabili.

NOTA RELATIVA ALLE ILLUSTRAZIONI

Per migliaia di anni, donne e comunità indigene hanno utilizzato la tessitura e il ricamo per sfumare i confini tra arte e funzionalità, praticità e bellezza. Tuttavia, il loro lavoro è stato a lungo visto come mero artigianato piuttosto che Arte, escludendolo dalle istituzioni e dai mercati artistici formali. Per questo motivo, i movimenti delle donne e i popoli indigeni hanno richiamato questa forma d'arte anche per affrontare questioni come la violenza di genere, la giustizia riproduttiva, il razzismo sistemico e per chiedere solidarietà tra le comunità. Artiste e collettivi tessili presentati in questo rapporto continuano questa tradizione, esprimendo preoccupazioni contemporanee con competenze tramandate da generazioni di donne. Insieme, la loro arte mostra come i diritti, la dignità e il futuro di ogni donna siano intrecciati con quelli delle sue sorelle, figlie, madri e amiche.



Assicurare diritti e possibilità di scelta per tutte le persone



Lo stato della popolazione nel mondo 2024

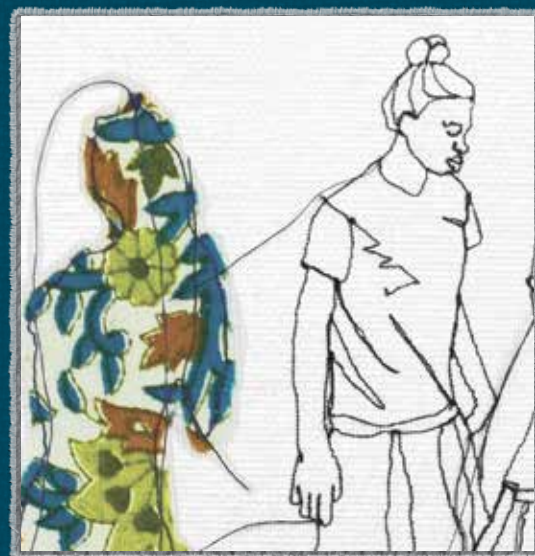
VITE INTERCONNESSE, INTRECCI DI SPERANZA:

**mettere fine alle disuguaglianze nella
salute e nei diritti sessuali e riproduttivi**



INDICE

INTRODUZIONE 4



CAPITOLO 1

Work in progress

PAGINA 6

REPORTAGE: Quando le crisi provocano tagli per la salute, interviene la comunità 16

REPORTAGE: Le lavoratrici del tessile si organizzano contro le violenze di genere 22

FOCUS: Testimonianze sui problemi di accesso all'assistenza sanitaria, nel lungo periodo, per condizioni socio-economiche ed etnia..... 28

CRONOLOGIA 34-39

CAPITOLO 2

Disinnescare la disuguaglianza

PAGINA 32

REPORTAGE: Parti sicuri e in autonomia per le donne colombiane di ascendenza africana 46

REPORTAGE: L'attivismo di base dà visibilità alle donne indigene scomparse o assassinate 52

FOCUS: Decolonizzare le norme sessuali e di genere 60



CAPITOLO 3

Contare punto per punto

PAGINA 62

REPORTAGE: In Turkmenistan le donne con disabilità rivendicano i loro diritti 70

REPORTAGE: Censimenti in Africa: l'impegno per contare ogni singola persona 76

FOCUS: Chi conta abbastanza da essere misurato? Il caso delle madri adolescenti..... 82

CAPITOLO 4

Le donne sono il filo

PAGINA 86

REPORTAGE: La sifilide evidenzia una delle minacce alla salute e ai diritti umani: la stigmatizzazione 92

REPORTAGE: La leadership locale per raggiungere le ragazze che ne hanno più bisogno... 104

CAPITOLO 5

Intessere un futuro comune

PAGINA 110

REPORTAGE: La salute sessuale delle persone adulte più grandi esce dall'ombra 118

REPORTAGE: Le donne Ngäbe scatenano una rivoluzione per la salute e l'uguaglianza delle donne 124

INDICATORI 133

NOTE TECNICHE 152

BIBLIOGRAFIA 157

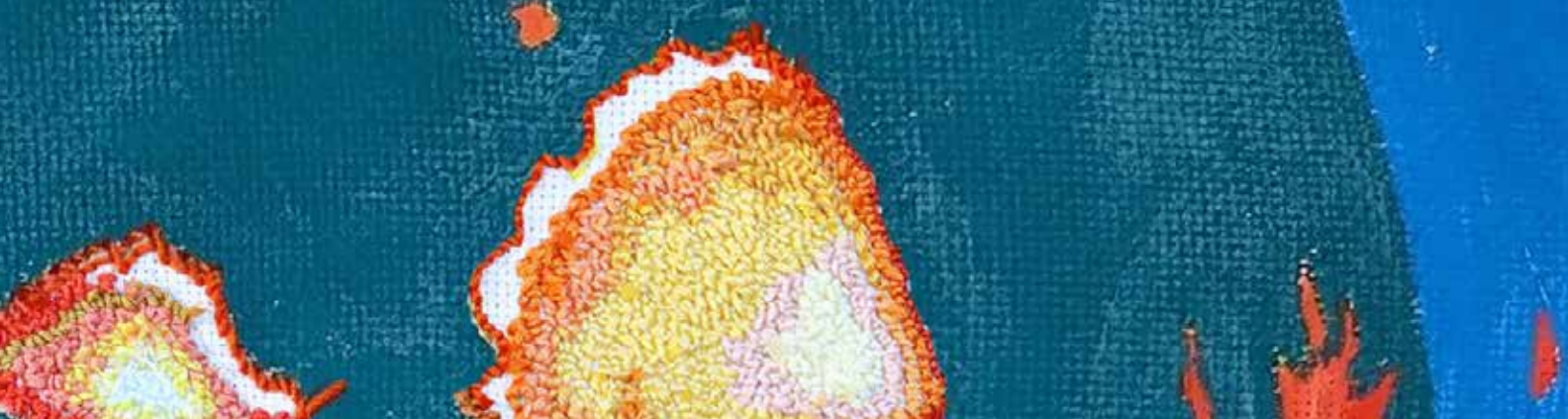


PREMESSA

Trent'anni fa i governi di tutto il mondo hanno concordato che la salute e i diritti riproduttivi sono le pietre fondanti dello sviluppo globale – dando un consenso all'avanguardia, che ha aperto la strada a successivi decenni di progressi. Da allora il tasso globale delle gravidanze non intenzionali è sceso di quasi il 20%. Il numero di donne che ricorre a metodi contraccettivi moderni è raddoppiato. Oggi sono almeno 162 i paesi che hanno adottato leggi contro la violenza domestica, così come la mortalità materna è diminuita del 34% rispetto al 2000.

Ma tale progresso non è stato abbastanza rapido, né sufficientemente diffuso. La violenza di genere continua infatti ad affliggere sostanzialmente tutti i paesi e le diverse comunità. Rispetto al 2016 non si registrano diminuzioni della mortalità materna e in un numero preoccupante di paesi questo tasso è in aumento. Quasi la metà delle donne in tutto il mondo continua a non poter prendere decisioni che riguardano il proprio corpo - non può tutelare la propria salute e i propri diritti sessuali e riproduttivi. Una delle cause fondamentali è la disuguaglianza. I nuovi dati in questo rapporto dimostrano che, sebbene le donne di ogni provenienza e classe socio-economica affermano che nel tempo le

barriere per accedere all'assistenza sanitaria sono diminuite, quelle più marginalizzate non hanno visto miglioramenti. In altri termini, mentre il mondo si è concentrato sui servizi dedicati a chi è più facile da raggiungere, abbiamo trascurato le disuguaglianze e le disparità all'interno dei servizi e delle nostre società, il che ha causato l'allargarsi del divario esistente. Ovunque nel mondo le persone che richiedono assistenza di base per la salute sessuale e riproduttiva sono costrette a superare molteplici ostacoli, dovuti al genere, alla condizione economica, all'etnia, all'orientamento sessuale, alla disabilità e altro ancora. Nei paesi in cui si raccolgono dati in merito, le donne di ascendenza africana risultano più vulnerabili ai maltrattamenti ostetrici e a esiti negativi per la salute materna. Alle donne indigene è spesso negata un'assistenza per la salute materna rispettosa da un punto di vista culturale e, a volte, le loro pratiche correlate al parto sono criminalizzate: questo produce un rischio significativamente più elevato di morte perinatale. Le norme sociali improntate alla disuguaglianza di genere sono ancora radicate nelle infrastrutture per la salute, per esempio negli inadeguati investimenti, a livello mondiale, per il personale ostetrico che è in maggioranza composto da donne. Per chi convive con



la disabilità il rischio di violenze di genere si moltiplica fino a dieci volte, dovendo superare ostacoli più ardui per accedere alle informazioni e all'assistenza sessuale e riproduttiva. Anche le persone LGBTQIA+ affrontano gravi disparità per la salute che si sommano – e sono causate da – discriminazione e stigma sociale.

Il cammino per adempiere la promessa della Conferenza internazionale del Cairo su Popolazione e sviluppo – il conseguimento universale della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi – è chiaro: per raggiungere questo obiettivo dobbiamo sradicare le disuguaglianze dai servizi sanitari e dalle politiche, concentrandoci prioritariamente sulle donne e sulle persone giovani maggiormente escluse.

Occorre un'assistenza sanitaria completa, globale e inclusiva basata sui diritti umani, con dati certi sugli interventi che funzionano, essendo un lavoro di importanza vitale, giusto e fattibile. Il presente rapporto contiene diversi esempi di programmi e sforzi che hanno potenziato l'accessibilità e il ricorso all'assistenza di qualità, di solito con interventi su misura e dedicati a chi più ne ha bisogno. Per accelerare i progressi, è necessario avere più dati di migliore qualità,

disaggregati e raccolti con modalità che ne garantiscano l'input e la sicurezza, in modo da capire esattamente chi resta indietro.

Un futuro diverso possiamo intravederlo in una nuova popolazione composita, che va dalle femministe ai gruppi indigeni, passando per coloro che difendono il clima alle persone giovani, tutte persone che lavorano per un futuro comune e più giusto.

La garanzia di un progresso equo è, alla fine, un beneficio per l'intera società. È un fatto importante in sé ma oltre a ciò i dividendi prodotti da un mondo migliore e con più uguaglianza di genere contribuirebbero anche all'economia globale, per il valore di migliaia di miliardi di dollari.

Il tessuto dell'umanità è ricco e meraviglioso, un arazzo composto da 8 miliardi di fili in continuo aumento, ciascuno unico e irripetibile. La nostra resilienza non deriva da un singolo filo bensì da un insieme intrecciato. Questa è la nostra forza, ed è questo il pianeta in cui progredire e riuscire: lavorando insieme.

Dr. Natalia Kanem

Direttrice esecutiva

Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione



Work in PROGRESS



Partorire in sicurezza. Scegliere tra diversi contraccettivi. Essere protette dalle violenze di genere. Sono sempre di più le persone che prendono coscienza di questi diritti essenziali per la tutela della vita. Ma il numero di coloro a cui questi diritti sono negati non ha ancora raggiunto lo zero – mentre è possibile e necessario che questo avvenga.

Oggi, nel complesso, la gente vive più a lungo e in migliori condizioni di salute. Sono però milioni le persone lasciate indietro sul percorso del progresso, intrappolate da forme di marginalizzazione e discriminazione che si sommano e si aggravano a vicenda. In un mondo che ha a disposizione ricchezza e soluzioni sicure nell'assistenza alla salute sessuale e riproduttiva, tali disparità suggeriscono una mancanza di volontà, non una mancanza di idee o risorse. È importante tenerlo a mente, perché questo significa che un progresso più rapido nel porre fine a marginalizzazione e discriminazione non è solo desiderabile, ma possibile, a partire da subito.

Nel 2024 ricorre il trentesimo anniversario della Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo (ICPD) svoltasi al Cairo nel 1994. L'accordo globale che ne è scaturito ha costituito un vero spartiacque, poiché le persone vennero messe al centro dello sviluppo e a tal fine si ratificò l'impegno a garantire migliori condizioni di salute, rispetto dei diritti e libertà di scelta per ogni individuo. La visione del potenziale umano che vi si affermava ha ispirato da allora significativi progressi e, nel 2015, è stata ripresa e ampliata dall'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile.

Tuttavia, l'agenda ICPD è stata realizzata solo in parte, soprattutto per le persone più marginalizzate. Le disuguaglianze attraversano tutte le società, privando alcuni esseri umani della salute e dei fondamentali diritti sessuali e riproduttivi. Le differenze in termini di potere e di opportunità, collegate a genere,

razzizzazione ed etnia, insieme ad altri fattori, isolati o combinati, continuano a limitare fortemente le possibilità di scelta e di accesso. Queste dinamiche si fanno più evidenti, ad esempio, quando a una donna con disabilità non si danno le opportune informazioni sulla salute sessuale, o quando una bambina di un villaggio povero viene fatta sposare. Insorgono quando una donna incinta o una persona appartenente a una minoranza etnica affronta pratiche lesive senza che i servizi sanitari se ne interessino.

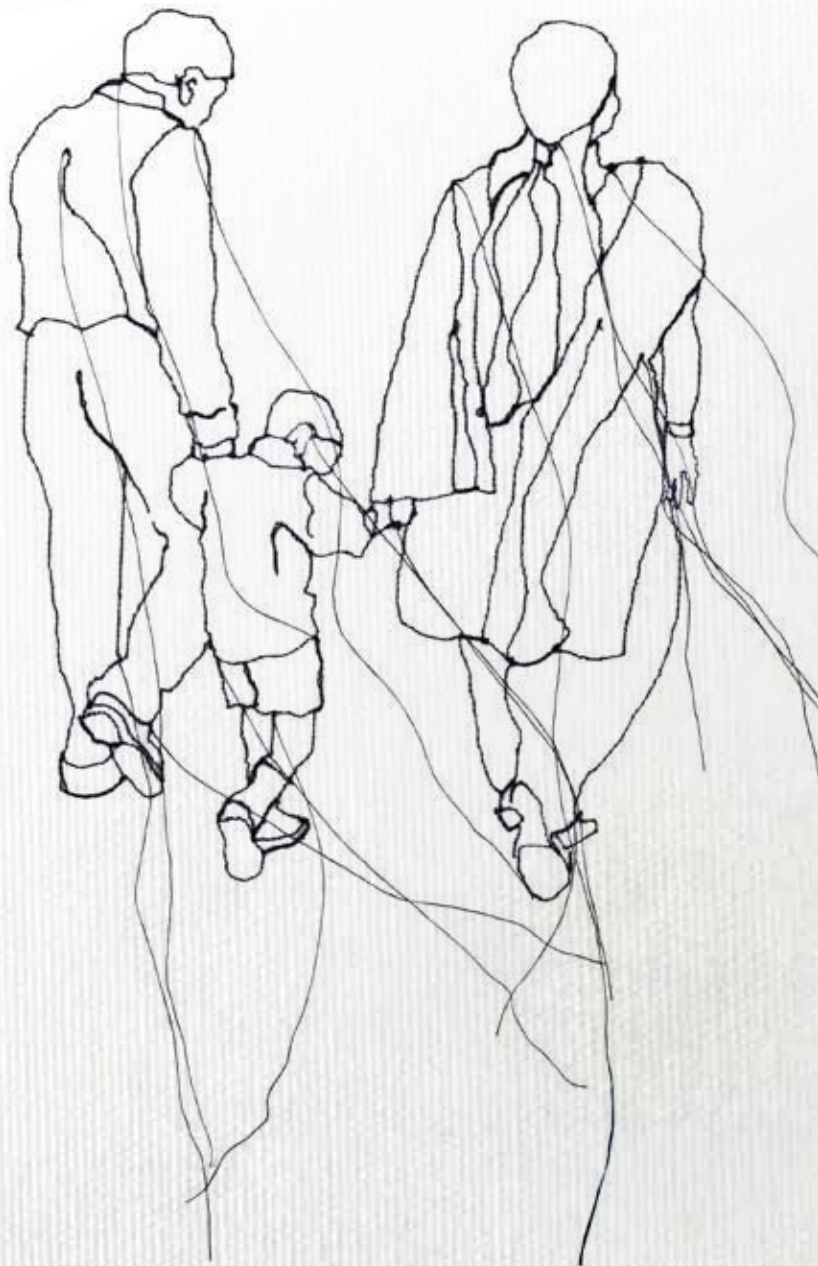
Accelerare la realizzazione della promessa della ICPD per le persone che sono state lasciate indietro è una delle priorità più urgenti per l'intero pianeta. È prioritario perché, per ogni singola persona, l'autonomia corporea – il potere e l'agency di decidere liberamente del proprio corpo e del proprio futuro, in assenza di violenze e coercizioni (UNFPA, 2021) – dipende dall'attuazione della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi. Questo determina i vantaggi che ciascuna persona può ottenere nel corso della vita, non solo per quanto riguarda la salute ma anche in relazione alle opportunità di istruzione, occupazione e partecipazione politica. Le società pacifiche, resilienti e giuste dipendono a loro volta da persone sane e autonome, senza esclusioni.

Esistono già basi solide per attuare gli impegni della ICPD per tutte/i. Mai come oggi, nel mondo, c'è stata la consapevolezza della necessità di smantellare le ultime barriere e discriminazioni. La comunità internazionale ha concordato da decenni che uno sviluppo incentrato sulla persona esige l'accesso universale all'assistenza di qualità per la salute sessuale e riproduttiva, avvicinandosi sempre di più agli obiettivi olistici del movimento per la giustizia riproduttiva (McGovern et al., 2022). Questo rapporto sostiene che il trentesimo anniversario della ICPD è l'occasione per dare una svolta ai servizi sanitari e sociali perché assicurino

l'occasione di mobilitare il sostegno all'uguaglianza di genere e ai diritti riproduttivi è a portata di mano

a ogni persona l'empowerment, il rispetto delle diversità, la tutela della dignità e il sostegno necessario per godere dei diritti e dell'autonomia corporea. Si esige inoltre un rinnovato impegno per annullare le disuguaglianze e le disparità che tuttora dividono le società. Tali disparità creano e rafforzano quelle barriere sistemiche e strutturali che causano la cronica marginalizzazione delle donne e di altri gruppi in quasi tutti gli aspetti della vita, dal lavoro all'istruzione fino alla partecipazione politica. Questo è il momento di intraprendere azioni decisive per smantellare questi ostacoli.

La polarizzazione politica e sociale, spesso collegata alle disparità economiche, genera insicurezza nel mondo intero (United Nations, 2018) e le questioni correlate ai diritti riproduttivi – tra cui un'educazione alla sessualità e all'affettività, i diritti della comunità LGBTQIA+, l'accesso alla contraccezione, l'aborto e l'uguaglianza di genere – si trovano sempre più spesso al centro di animate discussioni (Kanem, 2023). Ridurre le disuguaglianze nella salute e nei diritti sessuali e riproduttivi contribuirebbe ad attenuare le disparità economiche (UNFPA, 2017), permettendo stabilità e prevenzione dei conflitti (Nyård, 2018), nonché accelerando lo sviluppo. Sotto molti aspetti l'occasione di mobilitare il sostegno all'uguaglianza di genere e ai diritti riproduttivi è a portata di mano: quest'anno potrebbe rappresentare il più grande evento collettivo di democrazia



partecipata della storia, con oltre 50 Stati impegnati in elezioni decisive, che incideranno sul destino di miliardi di persone (Harbath, 2023; IFES, s.d.) – e, tra loro, miliardi di donne e ragazze, oltre alle innumerevoli comunità marginalizzate.

Progresso – ma non per ogni persona

Dalla ICPD in poi si sono compiuti notevoli progressi in settori essenziali legati alla salute sessuale e riproduttiva, grazie alla mobilitazione sociale, alla leadership, alle azioni di partenariato e all'impegno di tante persone ed enti, dalle strutture sanitarie più remote e isolate fino ai massimi livelli del governo, alle imprese e alla filantropia. Le instancabili pressioni della società civile e dei movimenti di base sono state fondamentali nell'assicurare questi impressionanti avanzamenti (cfr. cronologia da pag. 34).

Tra il 2000 e il 2020 la mortalità materna è diminuita globalmente del 34% (WHO et al., 2023), un successo che si può largamente attribuire alla migliore accessibilità dell'assistenza ostetrica professionale e di emergenza. Dal 1990 al 2021 il numero delle donne che ricorrono a metodi contraccettivi moderni è raddoppiato (UN DESA, 2022). Raffrontando i periodi 1990-94 e 2015-19, si registra un calo del 19% nel tasso di gravidanze non intenzionali (Bearak et al., 2018). Rispetto all'anno 2000, i parti tra le ragazze nella fascia di età 15-19 sono diminuiti di circa un terzo (UNFPA, 2023). I tassi di contagio da HIV sono scesi in misura significativa. Nel 2021, il numero delle nuove infezioni era inferiore di quasi un terzo rispetto al 2010 (United Nations, 2023). Anche la percentuale di bambine sottoposte a mutilazioni genitali femminili è diminuita in misura significativa, grazie a un cambiamento di atteggiamento verso la pratica (UNICEF, 2022).

Con il miglioramento della condizione delle donne – evidenziato, per esempio, dai lenti ma costanti incrementi nei ruoli di leadership (United Nations, 2023) – è aumentato anche il riconoscimento dell'importanza dell'autonomia corporea come diritto umano (OHCHR, 2017). Con l'adozione nel 2015 degli Obiettivi di sviluppo sostenibile (SDG), la comunità internazionale ha cercato, mediante l'indicatore 5.6.1, di misurare la capacità delle donne di esercitare l'autonomia corporea, un passo storico per affermare a livello globale l che è un diritto umano fondamentale. In tutto il mondo, diversi governi hanno cercato di tutelare donne e ragazze nelle loro legislazioni, con un risultato storico, 162 paesi hanno approvato leggi contro la violenza domestica (World Bank, s.d.). Un ulteriore passo avanti verso l'autonomia corporea è il rifiuto, sempre più diffuso in tutto il mondo, di criminalizzare le persone LGBTQIA+ e i diversi orientamenti sessuali. All'inizio della pandemia di AIDS, la maggioranza degli stati criminalizzava i rapporti tra persone dello stesso sesso, cosa che oggi non avviene in due terzi dei paesi del mondo. Questo progresso potrebbe avere un'ulteriore accelerazione, visto che nel 2022 gli Stati che hanno eliminato leggi punitive sono stati più numerosi che in qualsiasi altro anno degli ultimi venticinque (HIV Policy Lab et al., 2023).

Altri segnali di speranza arrivano dai nuovi modelli di assistenza sanitaria basati sulle evidenze scientifiche e il riconoscimento dei diritti umani, che raggiungono sempre più persone e rispondono meglio ai diversi contesti e alle varie esigenze. Per esempio, modelli sanitari di self-care, o auto-terapia, sono stati approvati e sostenuti da UNFPA, dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) e da altre organizzazioni per la salute pubblica, grazie ai rapidi progressi delle nuove tecnologie che consentono alle persone di migliorare e

mantenere la propria salute, gestendo al meglio malattie e disabilità senza il diretto intervento del personale medico. Questi sviluppi potrebbero ampliare significativamente l'accesso alla salute sessuale e riproduttiva (UNFPA, 2024). Fa ben sperare anche il crescente riconoscimento che l'assistenza sanitaria assicurata da levatrici qualificate – la cui antica professione da tempo si affianca alla medicina moderna (cfr. Capitolo 2) – oltre a salvare vite fa risparmiare denaro (UNFPA et al., 2021).

L'uguaglianza di genere è sempre più spesso intesa come uno dei migliori investimenti per lo sviluppo, in quanto genera enormi profitti sociali ed economici (UNFPA, 2023a); anche il rendimento economico degli investimenti nella salute sessuale e riproduttiva è incontestabile. Secondo una stima di UNFPA, per esempio, un ulteriore investimento di 79 miliardi di dollari nei paesi a basso e medio reddito entro il 2030 servirebbe a prevenire 400 milioni di gravidanze non pianificate, a salvare la vita di un milione di madri e di 4 milioni di neonati, generando benefici economici per 660 miliardi di dollari (UNFPA, 2022).

Tuttavia, nonostante i tanti successi ottenuti, milioni di persone continuano a trovare poche differenze nella vita quotidiana, faticano a esercitare i loro diritti, soprattutto perché la discriminazione di genere e altre forme di marginalizzazione hanno radici profonde.

I dati più recenti dimostrano che in 69 paesi un quarto di tutte le donne continua a non poter decidere liberamente della propria salute. Di queste, un quarto non può dire di no a rapporti sessuali con il marito o il partner; quasi 1 su 10 non può scegliere se usare la contraccezione (UNFPA, 2024a). I dati non sono bastati finora a indurre miglioramenti significativi per l'autonomia corporea delle donne, solo un terzo circa dei paesi produce rapporti con questi dati. Per la prima volta la tendenza statistica

sull'indicatore SDG 5.6.1 è disponibile per più di trenta paesi: di questi, 19 registrano una tendenza positiva nella possibilità delle donne avere potere decisionale sulla propria salute sessuale e riproduttiva, mentre in 13 l'andamento delle stesse misurazioni è negativo (UNFPA, s.d.).

Il progresso nella riduzione delle morti materne prevenibili, una volta così promettente, è sostanzialmente in stallo. A livello globale, tra il 2016 e il 2020, la riduzione annuale delle morti materne è stata pressoché uguale a zero (WHO et al., 2023). Questo significa che ogni giorno muoiono di parto circa 800 donne, quasi tutte morti evitabili. Come ha sottolineato il dottor Mahmoud Fathalla, già direttore del Programma Speciale delle Nazioni Unite sulla Riproduzione, «le madri non muoiono per malattie che non riusciamo a curare. Muoiono perché le società non hanno ancora deciso che la loro vita merita di essere salvata» (Fathalla, 2012).

Le morti materne sono un microcosmo rivelatore di disuguaglianze lampanti e smisurate – tra un paese e l'altro e all'interno di uno stesso paese – che incidono su tutti gli aspetti della salute sessuale e riproduttiva. La differenza tra la vita e la morte può dipendere dal posto in cui una donna partorisce, dal momento che la stragrande maggioranza delle morti materne, oltre il 70%, avviene nell'Africa subsahariana, dove si trovano molti dei paesi più poveri del mondo e con i servizi sanitari più fragili. Se in questa regione le donne si trovano ad affrontare complicazioni dovute alla gravidanza o al parto, hanno 130 volte più probabilità di morire rispetto alle donne nella medesima situazione in Europa o in America settentrionale. Sussistono inoltre, entro una stessa regione o uno stesso stato, disuguaglianze enormi e profonde. Per esempio, in Madagascar le donne più ricche hanno cinque volte più probabilità di usufruire, al momento del parto, di un'assistenza professionale (UN Women et al., 2023); nelle due Americhe, le persone di

ascendenza africana hanno maggiori probabilità di subire maltrattamenti ostetrici (UNFPA et al., 2023).

Emergono disuguaglianze anche nell'accesso ai contraccettivi moderni, come quelle basate su razzializzazione ed etnia (Jackson et al., 2017), sulla condizione di rifugiate o di migranti (Raben e van den Muijsenbergh, 2018), su istruzione, condizioni socio-economiche e residenza rurale o urbana (Makumbi et al., 2023). Se la violenza di genere è pervasiva e sottostimata, esistono anche qui segnali di disuguaglianza, come le disparità in base a età (Decker et al., 2015) e sessualità (Evens et al., 2019), oltre a quelle razziali, etniche e di genere in termini di anni di vita persi a causa delle violenze inflitte dal partner (Graham et al., 2021).

Malgrado queste disuguaglianze – o forse a causa di esse – sono troppo pochi i paesi che raccolgono dati sulle esigenze e sugli ostacoli relativi alla salute sessuale e riproduttiva;

ancora meno sono quelli che raccolgono dati disaggregati sulla base di elementi che notoriamente contribuiscono a trascurare, discriminare e marginalizzare le donne, come la cultura, l'etnia, la razzializzazione, la casta, la lingua, la religione, la disabilità, l'HIV/AIDS, lo status migratorio, l'orientamento sessuale e l'identità di genere.

Al tempo stesso nuove difficoltà insorgono anche nell'ambito digitale. Le tecnologie per la salute sono in rapida evoluzione e straordinariamente promettenti per migliorare le informazioni, facilitare la burocrazia, estendere l'accesso alle terapie. Eppure milioni di persone restano bloccate sul confine digitale. Tecnologie come l'intelligenza artificiale rischiano di replicare i pregiudizi e le norme discriminatorie esistenti, aggravando potenzialmente le disuguaglianze. Alcuni sistemi diagnostici computerizzati, per esempio, risultano più accurati per i maschi bianchi che per le persone razzializzate o di altri



generi (Muro e Egbohare, 2023). Ricerche recenti evidenziano come la tecnologia offra un pericoloso nuovo strumento per lo sfruttamento e gli abusi basati sul genere (UNFPA, 2024b). La disuguaglianza di genere può trovarsi già inserita nel programma stesso delle tecnologie, quando le donne sono sottorappresentate nelle procedure con cui si testa l'algoritmo. Una tecnologia per la salute inficiata da un pregiudizio di genere rischia di essere particolarmente problematica in quanto porta a diagnosi e terapie tardive o inadatte. La rappresentazione delle donne nella fase dei trial clinici preliminari è di appena il 22%, e le donne incinte o che allattano continuano a essere escluse anche nella fase di post-commercializzazione (Ravindran, 2020, Shields & Lyster, 2013).

Spingere indietro e spingere in avanti

L'agenda ICPD nasceva dall'impegno di persone di ogni provenienza riunite per trovare soluzioni alle comuni preoccupazioni su popolazione e sviluppo, che riflettessero "gli importanti cambiamenti di atteggiamento della popolazione mondiale e dei suoi leader, rispetto alla salute riproduttiva, alla pianificazione familiare e alla crescita demografica" (UNFPA, 1994). L'impulso prodotto fu così potente da avere sostenuto sino ad ora e rinnovato il progresso sulla salute e sui diritti sessuali e riproduttivi. Benché nessun paese possa ancora affermare di aver raggiunto tutta la cittadinanza, ovunque si possono vantare significativi miglioramenti. Molti si sono impegnati per accelerare tali progressi, un riconoscimento che è parte integrante dell'Agenda 2030 e dei suoi 17 Obiettivi di Sviluppo Sostenibile.

Tuttavia, una serie di emergenze, tra cui conflitti, catastrofi climatiche e la pandemia da COVID-19, hanno messo a repentaglio decenni

di conquiste e minacciano il progresso futuro. Per di più è in atto uno sforzo implacabile e ben concertato per far arretrare il progresso sui diritti umani e sull'uguaglianza di genere. L'opposizione alla salute e ai diritti sessuali e riproduttivi è spesso giustificata con appelli alla tradizione e ammantata di nostalgia, ma in realtà contraddice un consenso unanime espresso da tempo e gli accordi fondamentali sui diritti umani, nega un sapere scientifico e medico ben consolidato, aggrava le lacerazioni politiche e l'instabilità (Kanem, 2023; Guttmacher Institute, 2017).

Fare resistenza alla salute e ai diritti sessuali e riproduttivi si traduce in una maggiore marginalizzazione di comunità già lasciate – o spinte – indietro. I tentativi di controllare la fecondità e limitare l'autonomia corporea incidono in misura sproporzionata su persone migranti, con disabilità, minoranze e comunità indigene, oltre che su molte altre categorie sociali. L'assenza di un'educazione alla sessualità e all'affettività limita i diritti all'informazione e all'istruzione, rischiando di compromettere, per le persone giovani con meno risorse, la possibilità avere risposte accurate ai loro interrogativi. Il netto rifiuto di riconoscere i diritti di persone con diversi orientamenti sessuali e identità di genere è aumentato a dismisura (El Chamaa, 2023). Alla tendenza globale verso la depenalizzazione delle sessualità e delle identità LGBTQIA+ si contrappone l'intensificazione delle pene previste nei paesi che tuttora le criminalizzano – si arriva in alcuni casi a prevedere addirittura la pena di morte – nonostante sia chiaramente dimostrato che questo incrementa i tassi di infezione da HIV e le violazioni dei diritti umani, incidendo negativamente sulle economie nazionali (HIV Policy Lab et al., 2023).

Regressione e polarizzazione rendono le società instabili e meno fiduciose, inclini alla disinformazione e alla diffusione di false notizie

(Gupta et al., 2023; Osmundsen et al., 2021). Per compiere un passo avanti, si può partire da ciò su cui si concorda: nessuna donna dovrebbe morire mentre dà la vita; ogni individuo ha il diritto di decidere se, quando e con chi mettere su famiglia; ogni persona dovrebbe essere in grado di compiere scelte riguardo al proprio corpo senza violenze né coercizioni; sapere che quando donne e ragazze sono libere di decidere il proprio destino, stanno meglio loro e anche la società a cui appartengono. Inoltre, come riconosce implicitamente la ICPD, i diritti e il benessere di chiunque sono inscindibilmente collegati ai diritti e al benessere delle altre persone. Quando i diritti di una sola persona sono a rischio, sono di fatto a rischio per il resto della società (United Nations, 2020).

Questo è sempre stato chiaro per le femministe e gli altri movimenti riuniti insieme agli Stati Membri per redigere l'agenda ICPD: durante i lavori di preparazione alla conferenza del Cairo, nel settembre 1994, si riunì un'ampia e trasversale rappresentanza di donne proveniente da tutto il mondo, che si mobilitò per fare della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi una pietra angolare dell'attivismo per i diritti delle donne e un fattore centrale per l'eliminazione della povertà, per lo sviluppo sostenibile e per l'attuazione dei diritti umani nel loro complesso (Corrêa et al., 2015). Nove mesi prima della ICPD, donne provenienti da 79 Stati diversi presero parte alla conferenza preparatoria globale a Rio de Janeiro, dove adottarono una posizione ferma contro le politiche demografiche coercitive e additarono le disuguaglianze strutturali intrinseche come "le basi su cui si regge l'aumento della povertà e della marginalizzazione femminile, il degrado ambientale, l'incremento del fenomeno migratorio e del numero delle persone rifugiate, l'ascesa dei fondamentalismi in tutto il mondo" (Anon, 1994). Quattro mesi prima della ICPD, negli Stati Uniti un collettivo

di femministe nere rispose rivendicando la giustizia riproduttiva – un concetto che supera il concetto di accessibilità alla salute riproduttiva per affrontare le molteplici forme di disparità – economica, sociale, politica e ambientale – che insieme incidono negativamente sulla salute e sui diritti sessuali e riproduttivi, e che vanno affrontate se si vogliono ottenere risultati olistici per le persone marginalizzate (Ross, 2017).

Oggi diversi movimenti della società civile riprendono queste idee con rinnovati appelli alla giustizia e allo sviluppo. Diverse associazioni di base, spesso guidate da persone marginalizzate, si coalizzano collegando le diverse problematiche riscontrabili in tutto il mondo: dal diritto all'autonomia corporea al desiderio di un pianeta vivibile. Il loro raggio d'azione condiviso è potente e promettente e la ricerca suggerisce che i cambiamenti sociali su vasta scala riescono a decollare quando almeno il 25% delle persone assume una posizione ferma in loro favore (Sloane, 2018).

Tra i tanti motivi di speranza c'è il crescente allineamento dei movimenti di base e delle organizzazioni della società civile agli sforzi per garantire la salute e i diritti riproduttivi, e viceversa. Per esempio, molte donne indigene si stanno mobilitando per mettere fine alla distruzione delle risorse ambientali, che minacciano non solo la loro cultura e il loro senso di connessione con la terra, ma anche la loro salute e la possibilità di decidere di avere figli/e. Giovani attiviste/i manifestano per la giustizia climatica, riconoscendo sempre più spesso che è anche giustizia riproduttiva (McGovern et al., 2022), sottolineando che le comunità più povere e più colpite dai cambiamenti climatici sono anche quelle ingiustamente accusate di aggravare la crisi per gli elevati tassi di fecondità – benché la maggior parte delle emissioni di gas serra continuino a provenire dai paesi ricchi, a più bassa fecondità.

In India le/gli attiviste/i Dalit chiedono che le donne discriminate sul lavoro e nelle scuole per motivi di casta siano tutelate dalla legge. In assenza di queste molte di loro continueranno a essere troppo povere per mantenere le famiglie e assicurare ai/alle figli/e una vita dignitosa, alimentando un circolo vizioso che perpetua il basso livello di salute sessuale e riproduttiva. Quasi la metà delle donne dalit, per esempio, non riceve alcuna assistenza pre-parto, mentre la violenza di genere è considerata uno strumento di oppressione e di controllo (McGovern et al., 2022).

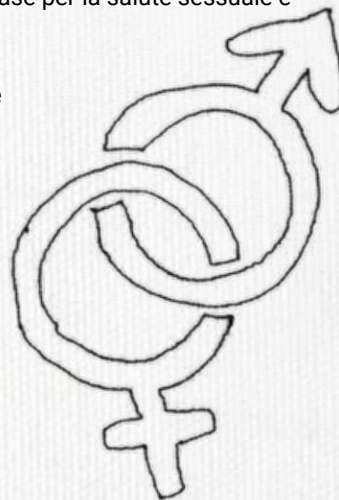
In alcuni casi, dove i diritti delle donne sono stati in gran parte cancellati come in Afghanistan, questo ha coalizzato attiviste, movimenti in difesa dei diritti umani, mondo politico e giuridico

nel mobilitarsi per definire l'apartheid di genere e riconoscerlo come crimine contro l'umanità (Bahous, 2023; Nia, 2023). Il movimento Green Wave, diffuso in tutta l'America Latina, nato dalle proteste contro la sconvolgente frequenza dei femminicidi, ha trasformato radicalmente l'attivismo e anche le leggi sull'aborto, in una regione un tempo nota per le sue severissime restrizioni (Carpenter, 2019). Nelle parole di un'attivista, "le grida di rabbia, dolore, gioia e solidarietà tra sorelle provenienti dalle piazze hanno sicuramente messo il movimento femminista al centro dell'attenzione pubblica, in quanto movimento forte e necessario che esige cambiamenti radicali nella vita come la conosciamo oggi" (Kharas et al., 2019).

La retromarcia in reazione al progresso

Dopo decenni di progressi, di recente abbiamo assistito a un arretramento sulla salute e i diritti sessuali e riproduttivi. Per esempio, l'educazione alla sessualità e affettività, un tempo oggetto di un consenso pressoché globale, viene sempre più spesso contestata nei negoziati internazionali (United Nations, 2023a). Molti gruppi di pressione riferiscono che le restrizioni all'aborto introdotte in un paese si propagano per emulazione in altri (Fòs Feminista, 2023), mentre aumenta il personale medico che esprime dubbi circa la legalità dei servizi di base per la salute sessuale e riproduttiva (Kanem, 2023).

Ma la reazione è una risposta piuttosto comune al progresso. Come osserva l'Alto commissario per i diritti umani delle Nazioni unite, «in diversi paesi le autorità hanno riscontrato una drammatica escalation di violenze omofobiche e transfobiche non appena si introduce nella legislazione qualche importante progresso nella tutela dei diritti delle persone LGBT. Si tratta di un fenomeno che ha dei precedenti storici: in passato, i tentativi di eliminare la segregazione razziale innescarono una reazione analoga contro i membri delle minoranze razziali» (OHCHR, s.d.). La sfida consiste quindi nel conservare la speranza e non perdere lo slancio davanti a tali opposizioni.



Quando le crisi provocano tagli per la salute, interviene la comunità

Duha, madre single di 28 anni, viveva in Turchia come rifugiata dalla guerra nella Repubblica araba di Siria nel febbraio 2023, quando la provincia di Hatay in cui abitava fu colpita da due devastanti terremoti. La catastrofe costrinse lei e i tre figli piccoli a lasciare il loro già precario alloggio per una tenda improvvisata.

Nel periodo successivo a questa crisi, Duha rimase incinta e per mesi soffrì di una dolorosa infezione all'apparato urinario; si tratta, dice, di un problema comune tra le persone sopravvissute a un terremoto, a causa della scarsa igiene dei servizi. «La mancanza di acqua pulita causa molte infezioni di vario genere.»

Una delle sue principali preoccupazioni era la difficoltà di accedere all'assistenza sanitaria. In base alla legge turca, i regolamenti consentono alle persone rifugiate siriane registrate con uno status di protezione temporanea di recarsi gratuitamente nei centri per la famiglia e la salute delle persone migranti. Ma nella provincia di Hatay, così vicino all'epicentro dei due terremoti, molti servizi erano fuori uso e altri rischiavano il collasso per via dell'aumento di richieste.

Fortunatamente Duha riuscì a farsi curare dalla dottoressa Eda Gülüm che collabora con HASUDER, l'associazione turca di Specialiste/i nella Salute pubblica che visitano spesso donne e ragazze delle zone colpite dai terremoti.

Le unità mobili di HASUDER, sostenute da UNFPA, assicurano visite perinatali, consulenze sulla pianificazione familiare e trattamenti per cistiti, vaginiti e infezioni urinarie. Inoltre approntano sessioni di gruppo di sensibilizzazione e informazione su tumori del seno, igiene personale, pianificazione familiare e prevenzione delle infezioni sessualmente trasmesse.

«Abbiamo eseguito un esame dell'addome e controllato i segni vitali» dice la dottoressa Gülüm «e abbiamo verificato che non saltasse le visite prenatali di routine, oltre a consegnarle il "maternity kit", che comprende vestitini, una coperta e articoli per l'igiene del/la bambina/o».

Duha ha in seguito sollecitato altre persone perché ricorressero all'assistenza sanitaria. «Parlava correntemente il turco ed era felice di aiutare il personale a comunicare con altre donne; era lei a contattare

personale medico e in ambito ginecologico quando una donna nei pressi ne aveva bisogno» dice la dottoressa.

A livello mondiale, il diritto umano alla salute si articola in diversi accordi internazionali, ma nelle situazioni di sfollamento, conflitto e altre emergenze umanitarie questo diritto è spesso minacciato o violato. I servizi sanitari esistenti possono essere compromessi, o intere popolazioni di pazienti sradicate, a volte le risposte umanitarie non riescono a dare priorità ai servizi per la salute sessuale e riproduttiva, con conseguenze che colpiscono a dismisura donne e ragazze.

La dottoressa Gülüm e HASUDER cercano di colmare queste mancanze. Gülüm parla correntemente l'arabo e l'inglese, oltre al turco. Dall'agosto 2023 cura le comunità colpite dal terremoto, visitando dalle 10 alle 30 donne al giorno. Quando va in giro con l'unità mobile può arrivare anche a 80.

«L'ospedale più vicino è a una ventina di minuti in auto» spiega. «In mancanza di un servizio di trasporto pubblico nella zona, l'unità mobile serve anche i pazienti in condizioni di urgenza.»

Una situazione che ha dovuto affrontare anche Rama (nome di fantasia), 22 anni, proveniente dalla Repubblica araba di Siria, che come Duha alloggia in tenda dal terremoto. Si è rivolta a HASUDER quando ha scoperto di aver avuto un aborto spontaneo nelle prime settimane di gravidanza, con il rischio potenzialmente mortale di contrarre la setticemia. L'unità mobile l'ha fatta ricoverare in un ospedale pubblico, dove è stata curata. Alcuni giorni dopo ha richiamato lo staff mobile: «Volevo solo farvi sapere che sto bene» disse.

Anche per le donne che non intendono restare incinte le situazioni di sfollamento e l'impossibilità di accedere alle strutture sanitarie di base rappresentano un rischio importante. «Le patologie più comuni che incontro sono le infezioni sessualmente trasmesse, quelle dell'apparato urinario e le gravidanze non intenzionali» dice Ceylan Güzey, infermiera incaricata della formazione sulla salute nella Youth Approaches to Health Association (Y-Peer Türkiye) di Hatay, sostenuta da UNFPA. «Mi occupo anche della formazione e sensibilizzazione su questi problemi e sulla pianificazione familiare.»

Dal maggio 2023 Güzey lavora soprattutto con le persone rimaste senza casa dopo il disastro. Il suo team, spiega, scopre spesso altri problemi di fondo. Distribuendo i maternity kit, per esempio, a volte il personale identifica infezioni sessualmente trasmesse e non curate, o casi di violenza e coercizione.



Ceylan Güzey, infermiera, spiega che dopo i terremoti del 2023 sono aumentate le gravidanze non intenzionali e tra giovanissime, oltre alle denunce di abusi sessuali, coercizione e traffico di esseri umani.

«Da dopo l'emergenza, abbiamo assistito a un aumento delle gravidanze non intenzionali tra giovanissime, di rapporti che denunciano abusi sessuali, coercizione e traffico di esseri umani... Un incremento decisamente evidente.»

Per affrontare la prevalenza delle gravidanze non intenzionali, Güzey sta collaborando più di prima con gli uomini. «Io lavoro soprattutto con le donne, ma vediamo sempre più coppie che chiedono consiglio – è insolito, di norma gli uomini si rifiutano di andare a chiedere i contraccettivi.»

Anche se le interruzioni dei servizi producono conseguenze negative, Güzey ha osservato un sorprendente effetto collaterale positivo del portare aiuto direttamente alle persone sfollate. «Prima del terremoto, il lavoro per la salute riproduttiva era più nascosto, quasi fosse un segreto. Oggi gli uomini capiscono meglio questi problemi. Prima pensavano che la contraccezione fosse in qualche modo contro di loro, adesso è diventata meno minacciosa».

Glossario della disuguaglianza

La lingua che usiamo per affrontare la disuguaglianza è importante. È cruciale evitare di ritrarre qualsiasi individuo o comunità come impotente o periferico. Se si è avuta la tendenza a descrivere interi gruppi come marginalizzati o oppressi, oggi ci si sforza sempre più spesso di definire le specifiche condizioni che possono impedire l'accesso ai diritti e alla libertà di scelta. Per questi motivi, UNFPA è passata dal concentrarsi sui gruppi rimasti più indietro ai fattori che ne sono la causa. Alcune/i esperte/i e organizzazioni oggi parlano di persone "spinte indietro" (Kharas et al., 2019) anziché "lasciate indietro", evitando di sottintendere che la marginalizzazione sia il risultato dei fallimenti o dell'inadeguatezza della comunità interessata. Spesso si utilizzano le espressioni "non lasciare indietro nessuno" e "raggiungere per prime le persone rimaste indietro", due principi centrali dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile (UNFPA, 2021a). L'uso fatto da questo rapporto in relazione a questi termini non riflette una preferenza per uno o per l'altro, ma l'adesione alle fonti dei materiali e/o l'intento di riunire diverse ricerche in un testo coeso e comprensibile. Le autrici e gli autori riconoscono che, in generale, il vocabolario della disuguaglianza è sempre in evoluzione. Dobbiamo impegnarci ad ascoltare le persone che formano le società, imparando da loro in un processo continuo.

Questo rapporto utilizza i termini seguenti, con le corrispondenti definizioni:

Non lasciare indietro – dall'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile (United Nations, 2015). Non lasciare indietro nessuna persona rappresenta l'impegno di tutti gli Stati membri delle Nazioni Unite per eliminare la povertà in tutte le sue forme, ridurre le disuguaglianze e mettere fine a ogni tipo di discriminazione ed esclusione.

Persone lasciate indietro/Spinte indietro – coloro che, a causa di disuguaglianze sistemiche, incontrano difficoltà nell'esercitare diritti e libertà di scelta. In questo rapporto sono usate entrambe le espressioni.

Persone più indietro – quelle maggiormente escluse dall'esercizio di diritti e scelte. Sono coloro che affrontano spesso più svantaggi intersecati, che combinandosi producono difficoltà estreme o ostracismi. Va sottolineato che si tratta di un termine specifico per il contesto: le circostanze che portano una persona a restare indietro sono determinate da fattori più generali di tipo sociale, politico e culturale, che possono cambiare sostanzialmente da un posto a un altro.

Uguaglianza – la condizione dell'essere uguale, in particolare nel valore, nello status, nei diritti e/o davanti alla legge.

Equità – giustizia; il termine "equità" è spesso usato per sottolineare il fatto che un'equa distribuzione delle risorse o delle opportunità può comunque portare a esiti ingiusti o non equi a motivo di privilegi e svantaggi pre-esistenti.

Disuguaglianza – la condizione di mancanza di uguaglianza, in particolare nello status, nei diritti e/o davanti alla legge.

Disparità – la condizione di mancanza di equità.

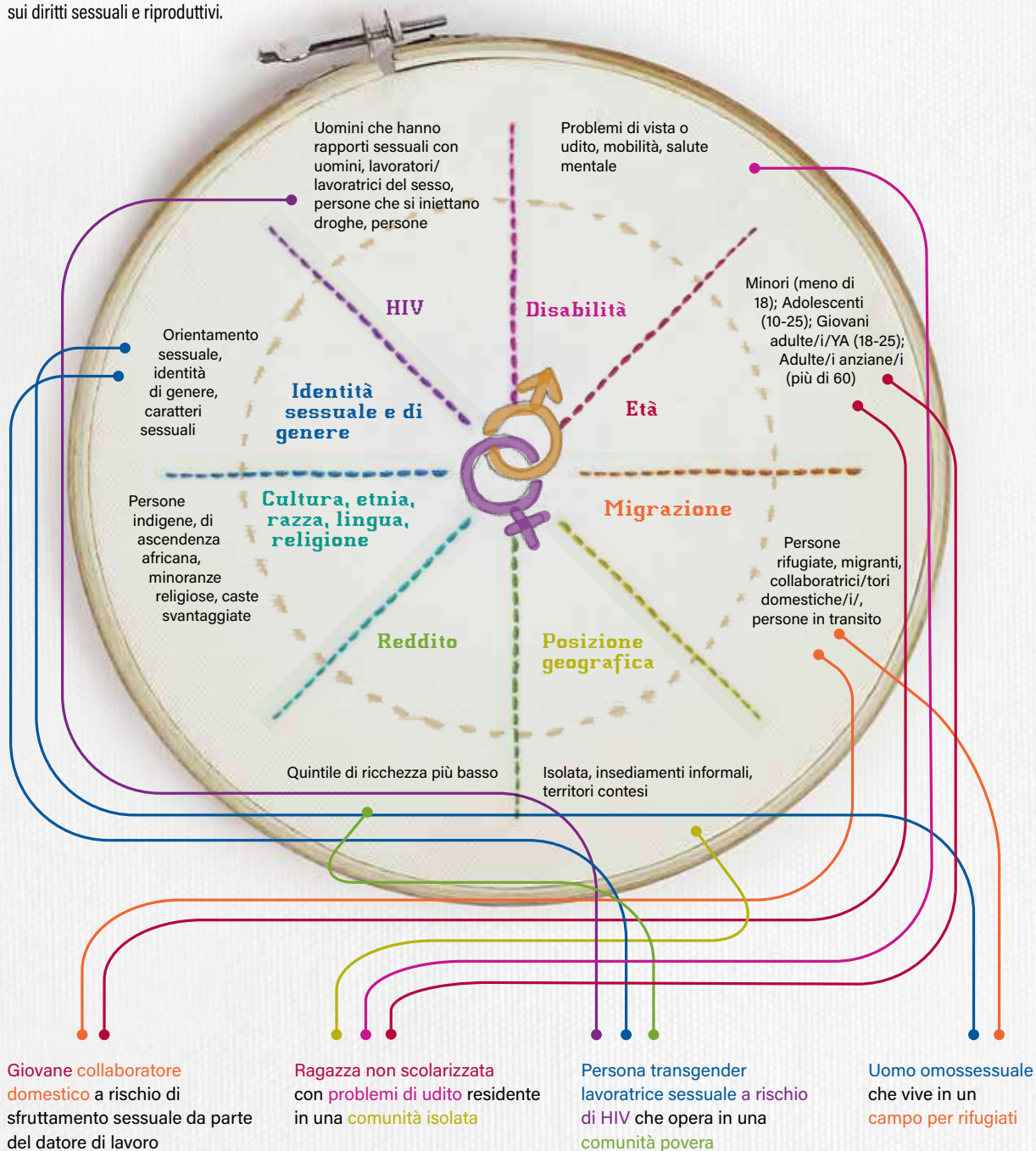
Persone marginalizzate – singoli o gruppi trattati come insignificanti, inferiori/meno importanti o periferici a causa della loro identità. Una persona può essere marginalizzata a causa dell'identità sessuale, dell'essere o meno razzializzata, della sua identità etnica o religiosa, di classe, casta, livello di istruzione, condizione economica, condizione di disabilità e altro ancora.

Vulnerabile – suscettibile di andare incontro a sfruttamenti, abusi e altre forme lesive; si tratta di un termine di uso comune, ma che diventa problematico se i fattori di tale vulnerabilità, come la negazione delle opportunità o gli ostacoli per accedere ai servizi, non vengono riconosciuti.

FIGURA 1

Fattori, oltre al genere, che spingono indietro le persone

Molti fattori interagiscono con il genere per emarginare persone e comunità, tra gli altri, l'etnia, la razzializzazione, la casta, la lingua e la religione, la disabilità, l'HIV/AIDS, la migrazione, l'orientamento sessuale e l'identità di genere. Il genere (al centro dell'illustrazione) e i fattori marginalizzanti (nell'anello intermedio) possono trovare molte e diverse forme di espressione (l'anello esterno illustra alcuni esempi). Nel mondo reale le persone possono riconoscersi in più identità e circostanze sovrapposte (sotto al disegno) che incidono negativamente sulla loro salute e sui diritti sessuali e riproduttivi.



Fonte: Adattato da UNFPA, 2021a.

Conosciamo sempre meglio le leve del cambiamento

Se tante persone sono ancora lasciate indietro, c'è però spazio – e speranza – per un rapido progresso basato sugli accordi globali con lo scopo di raggiungere l'equità, uno dei temi cruciali dell'Agenda 2030 (United Nations System Chief Executives Board for Coordination, 2017). Tra i motivi di ottimismo, le ricerche sulla salute materna e riproduttiva dimostrano che i miglioramenti rapidi si sono verificati, negli ultimi anni, tra le popolazioni più povere (Ghebreyesus et al., 2020), sebbene con progressi disuguali e benché i gruppi più abbienti continuino a mantenere livelli di copertura sanitaria notevolmente più elevati (Amouzou et al., 2020).

Incoraggiante è anche il crescente corpus di conoscenze sulle persone che vengono lasciate indietro, sulle cause e sulle possibili soluzioni. La povertà è vista sempre più spesso come uno tra i diversi fattori delle disuguaglianze. Inoltre, il progresso diverge in misura significativa (Ghebreyesus et al., 2020) se si prendono in esame altri fattori che ostacolano i servizi, conducono a peggioramenti delle condizioni di salute o limitano in altro modo l'esercizio della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi. Tra questi fattori: genere, età; cultura, etnia, razzializzazione, lingua, religione; disabilità; HIV/AIDS; residenza geografica; migrazione, asilo e sfollamento; orientamento sessuale e identità di genere, un elenco tutt'altro che esaustivo. Inoltre, anche tra le persone che condividono una condizione di svantaggio, circostanze complesse e diversificate possono portare alla negazione del diritto alla salute sessuale e riproduttiva secondo modalità

diverse (UNFPA, 2021a). Resta comunque valido uno dei principi cardine dei diritti umani: ovunque e comunque insorgono discriminazioni, pregiudizi, vulnerabilità e disuguaglianze, c'è bisogno sempre di un'azione correttiva.

A partire dal 1994 fondamentali accordi internazionali hanno chiaramente definito obblighi e responsabilità nell'eliminare le disparità nell'ambito della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi. Hanno codificato i diritti delle persone con disabilità e delle persone indigene, andando ad aggiungersi alle convenzioni già esistenti sui diritti delle donne e sull'eliminazione della discriminazione razziale. Tra gli accordi regionali più lungimiranti citiamo il Consenso di Montevideo su Popolazione e sviluppo, con il suo impegno a promuovere e tutelare la salute e i diritti sessuali e riproduttivi in quanto essenziali per la giustizia sociale e lo sviluppo sostenibile. Il pionieristico Protocollo alla Carta Africana sui diritti umani e dei popoli e sui diritti delle donne in Africa, più noto come Protocollo di Maputo, ha indotto oltre più Stati ad abrogare diverse restrizioni in materia di aborto, tra cui quelle di epoca coloniale, connesse agli elevati livelli di mortalità materna (cfr. pag. 60 sulla storia coloniale) (McGovern et al., 2022).

Un'intesa concorde su come affrontare i fattori che spingono indietro persone e comunità può portare a nuove scelte, da cui si può partire per raggiungere tutte le persone nei tempi e nelle dimensioni necessarie. Molte delle leve che promuovono il cambiamento sono già note e dimostrate, partendo dalla correzione degli squilibri di potere radicati nelle società, nelle legislazioni, nelle economie e nelle strutture sanitarie, poiché è difficile,

Le crisi umanitarie fattore di marginalizzazione

Le emergenze umanitarie si ripercuotono in misura sproporzionata su donne e ragazze, persone con disabilità, persone indigene, persone con identità di genere e orientamento sessuale diversi, persone più anziane e adolescenti. Nelle crisi, si esasperano le disuguaglianze e le discriminazioni preesistenti verso i gruppi marginalizzati. Anche le violenze di genere si acutizzano, ma l'attività di prevenzione, attenuazione e risposta a tali violenze resta uno dei settori umanitari meno finanziati e considerati meno prioritari (OCHA, s.d.). L'insufficiente finanziamento durante una crisi incrementa la vulnerabilità delle persone a rischio: le persone colpite rischiano non poter accedere per esempio a cure e assistenza vitali, mentre i tagli alle forniture alimentari e ad altre forme di assistenza umanitaria sono strettamente legati agli aumenti delle violenze di genere. In Ciad, quando non è stato possibile allestire due nuovi siti per persone rifugiate, molte donne e ragazze sono state lasciate in un campo sovraffollato, con una inadeguata protezione dalla violenza (OCHA, 2023).

La penuria di risorse limita inoltre l'accesso all'assistenza sanitaria per chi si trova in zone difficili da raggiungere. In Etiopia questo ha significato che le squadre mobili sanitarie sono riuscite a raggiungere solo il 36% delle persone interessate, mentre tante comunità isolate sono rimaste sotto-servite. In Afghanistan, circa 170 strutture sanitarie fisse e mobili sono state costrette a chiudere, limitando così l'accesso alle cure primarie per un milione di persone, comprese donne incinte, bambine e bambini e persone con disabilità (OCHA, 2023).

Tuttavia la vulnerabilità è solo una parte della storia. Le donne presenti nel territorio e le organizzazioni di donne sul fronte delle emergenze sono elementi chiave nell'assicurare la risposta alle esigenze delle comunità marginalizzate. Occorre garantire loro una partecipazione piena, paritaria, significativa e rafforzare la loro leadership. Ma se è vero che queste organizzazioni continuano a essere sotto-finanziate e sotto-rappresentate, si stanno comunque facendo progressi. Nel 2023, dieci squadre umanitarie attive nel paese contavano tra i loro membri almeno una organizzazione locale guidata da donne. In Yemen la squadra umanitaria comprendeva due organizzazioni coordinate da donne e una di persone con disabilità. In 13 dei 19 consigli di gestione dei fondi consorziati nazionali, che allocano i finanziamenti per gli interventi umanitari, era rappresentata almeno una organizzazione locale guidata da donne. Sono passi avanti promettenti, ma ne occorrono molti di più.

Contributo dell'Ufficio delle Nazioni Unite per il Coordinamento degli affari umanitari..

Le lavoratrici del tessile si organizzano contro le violenze di genere

«Le lavoratrici del settore abbigliamento possono alzare la voce contro le violenze sul posto di lavoro, senza minacce di ritorsioni» dichiara Thivya Rakini.

Si tratta di un cambiamento epocale per migliaia di lavoratrici e lavoratori dell'industria dell'abbigliamento, in larga maggioranza giovani operaie, spiega Rakini, presidente del sindacato Tamil Nadu Textile e Common Labour Union (TTCU). Con oltre duemila stabilimenti che danno lavoro a 280.000 lavoratrici e lavoratori, a Tamil Nadu si trovano i maggiori produttori di cotone dell'India, che riforniscono il mercato interno e quello internazionale, compresi alcuni famosi marchi del mondo della moda. La maggior parte del personale è composto da giovani donne, mentre dirigenti e supervisori sono quasi tutti uomini. Questo squilibrio nelle dinamiche di potere è esacerbato dalle condizioni delle lavoratrici relativamente alla casta, allo status di migranti e dagli sforzi delle aziende per evitare di rispondere di qualsiasi illecito

I sindacati esistenti erano restii ad affrontare questioni come le molestie e violenze di genere. «A Tamil Nadu l'industria del tessile è

dominata da sindacati a dirigenza maschile, gli uomini sono anche ai vertici e sono quadri aziendali. I problemi delle donne non hanno mai avuto molto spazio» dice Nadita Shivakumar, consulente della TTCU. «Le lavoratrici volevano che il movimento sindacale si impegnasse a garantire la priorità delle questioni correlate al genere e non è solo questione di stipendi.»

«Il personale è composto all'80% da donne, che per il 60% provengono dalla comunità dalit», una casta marginalizzata in India, spiega Rakini. «Ma amministratori e dirigenti sono uomini delle caste superiori. Non è facile per loro ascoltare, quando una donna dalit dice "vi state comportando male". È una cosa davvero difficile per loro».

Frustrate, le lavoratrici si sono organizzate, dando vita alla TTCU: uno dei primi sindacati Tamil Nadu guidati da donne dalit. Le iscrizioni sono aumentate rapidamente e oggi il sindacato rappresenta oltre 11.000 lavoratrici. Il rapporto di fiducia tra la leadership e le iscritte ha permesso all'Unione di agire con decisione all'indomani di una tragedia: nel gennaio 2021 Jeyasre Kathiravel, una donna dalit iscritta al TTCU è stata

assassinata dal suo caporeparto in uno stabilimento di Dindigul di proprietà della Eastman Exports, un omicidio preceduto da mesi di molestie sessuali. La morte di Jeyasre ha segnato un punto di rottura: le sue colleghe non volevano solo giustizia per Kathiravel ma un cambiamento del sistema, per proteggere tutte le lavoratrici del tessile.

«A fare la differenza nel caso di Jeyasre fu che avvenne in un villaggio in cui la TTCU ha una forte presenza sindacale» dice Shivakumar. «Le donne erano iscritte al sindacato già da tempo. Anche la madre di Jeyasre era iscritta, come pure la stessa Jeyasre. Perciò, trattandosi di questo villaggio e di queste circostanze, è scattata una fortissima solidarietà e la tendenza generale a ricadere nell'auto-accusa non ha attecchito (...) Fu come se avessero detto, succeda quel che succeda, non ci interessa, noi combatteremo. È stato così. Per le operaie è stato una specie di "MeToo".»

Il dolore e la frustrazione hanno alimentato una campagna mondiale, "Giustizia per Jeyasre" che è culminata con la firma, nell'aprile 2022, dell'Accordo di Dindigul per l'eliminazione delle molestie e

violenze di genere, un patto storico che prevede diversi livelli di tutela nei posti di lavoro, mediante una serie di accordi tra la catena dei fornitori, con un sistema di controlli e riequilibri volti a garantire l'assunzione di responsabilità a qualsiasi livello nei casi di molestie e violenze di genere. Se la dirigenza non aderisce alle clausole dell'accordo, i detentori dei marchi firmatari dell'accordo sono legalmente tenuti a imporre ripercussioni commerciali alla Eastman Exports, per assicurare il rispetto delle regole. Tra i firmatari ci sono il fornitore, la TTCU e gli alleati del sindacato come l'Asia Floor Wage Alliance e il Global Labor Justice-International Labor Rights Forum. L'accordo è stato inoltre sottoscritto da alcuni marchi della moda internazionale che sono clienti delle fabbriche, tra cui il Gruppo H&M e la Gap Inc.

Oggi, spiega Shivakumar, «ci sono donne leader in tutta la linea di produzione, che esercitano una funzione di controllo negli impianti. Hanno ampio potere di portare allo scoperto i problemi e non sono soggette a ritorsioni.»

Le ripercussioni positive dell'accordo vanno anche oltre il posto di lavoro. Molte delle operaie tessili di Tamil Nadu sono migranti interne, alloggiano negli ostelli e navette aziendali per gli spostamenti – due servizi divenuti luoghi di sfruttamento. «Gli autisti molestano le donne dicendo, "se mi concedi un favore sessuale, se ti capita di essere in ritardo ti aspetterò per cinque minuti" dice Shivakumar. Prima, gli imprenditori si scaricavano di ogni responsabilità. «Dicevano,



Lavoratrici iscritte alla TTCU festeggiano la firma dell'Accordo di Dindigul.

«sono servizi in appalto, non ne siamo responsabili".»

L'Accordo di Dindigul ha affrontato anche questo punto. «Abbiamo cercato di coprire non soltanto gli stabilimenti ma anche gli autobus e gli ostelli, perché sulle navette si verificano moltissimi problemi... Adesso abbiamo installato dei monitor sui mezzi di trasporto.»

A distanza di un anno, i risultati dell'accordo hanno superato anche le aspettative delle fondatrici. Il 98% di tutti gli esposti è stato risolto (Asia Floor Wage Alliance et al., 2023), compreso il 100% di quelli collegati a molestie e violenze di genere. Oltre 2000 lavoratrici e lavoratori hanno seguito un corso di formazione per identificare e prevenire gli abusi, anche a livello di dirigenza, personale di supporto e appaltatori esterni. Dell'accordo ha beneficiato anche l'imprenditore. Nel settembre 2022 la fabbrica di abbigliamento di Dindigul è stata depennata dall'elenco delle imprese bandite dagli Stati Uniti per

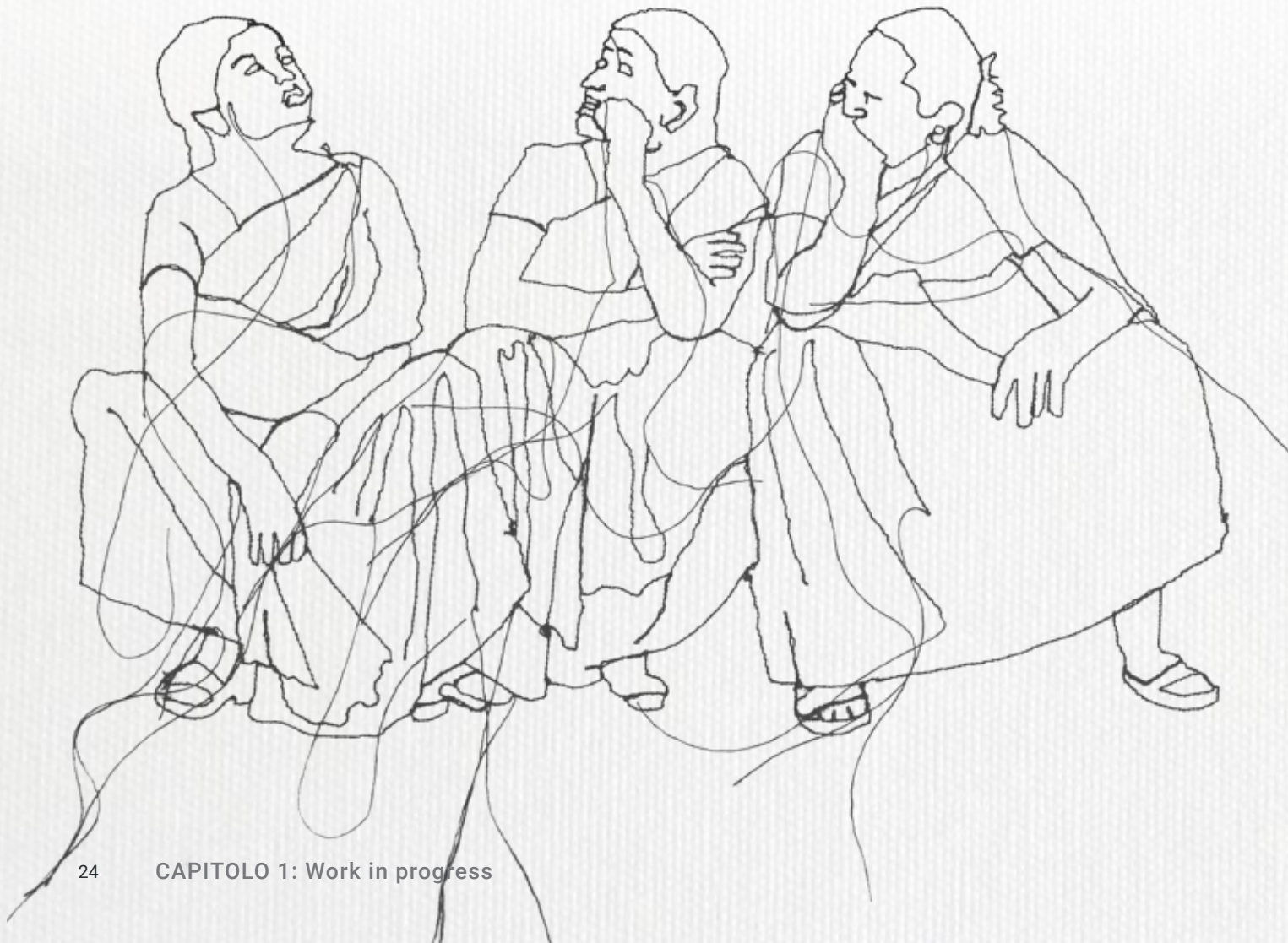
sospetto uso di lavoro forzato; la decisione è stata attribuita alla firma dell'Accordo di Dindigul.

«In un solo anno abbiamo fatto capire alle lavoratrici che siamo dalla loro parte» dice Rakini. «Ma adesso anche i vertici dell'azienda hanno capito che non siamo necessarie solo alle dipendenti, che non ci limitiamo a protestare contro la dirigenza. Siamo anche utili al business.»

Oggi la TTCU sta trattando per estendere le tutele anche ad altri fornitori – ma è decisa a verificare che ogni nuovo accordo sia modellato sulle esigenze delle lavoratrici interessate. «Ovunque sia portato, l'accordo deve riguardare le esigenze locali delle lavoratrici. È questa la lezione che abbiamo imparato» dice Shivakumar. «Quel che ci serve ora è ampliare l'accordo, portandolo in sempre più posti, perché le sue protezioni siano a disposizione in tutte le fabbriche e diventino la norma. Ecco il nostro compito.»

se non impossibile, raggiungere l'inclusione se i sistemi restano intrinsecamente discriminatori. È per esempio necessario un deliberato riequilibrio dei rapporti di potere in una prospettiva di genere a tutti i livelli, da quello familiare a quello parlamentare, insieme agli sforzi per ampliare e migliorare la qualità dei servizi e per modificare norme sociali e comportamenti negativi (George et al., 2020; Herten-Crabb e Davies, 2020). Concetti come la giustizia sessuale e riproduttiva sono stati sviluppati per riconoscere e intervenire sui fattori multipli della discriminazione e della disparità, anche tramite una deliberata mobilitazione delle persone interessate per definire l'equità e cosa comporta (McGovern et al., 2022).

Tra gli esempi di una possibile attuazione di tali modifiche strutturali c'è la diminuzione dei matrimoni precoci in Asia meridionale, ottenuta grazie all'aumento dell'istruzione delle ragazze e ai cambiamenti nelle politiche economiche, che hanno aperto nuove possibilità di occupazione femminile (Herten-Crabb e Davies, 2020). La recente dichiarazione di intenti per mettere fine al fenomeno, in quattro paesi in cui si verifica un quinto di tutti i matrimoni con ragazze minorenni, è stata possibile dalla dimostrata efficacia di un pacchetto integrato di soluzioni, tra cui l'assistenza sociale in un'ottica di genere, politiche occupazionali più inclusive e promozione dell'istruzione secondaria universale (Indira et al., 2023).



Dai tempi della ICPD la raccolta dei dati statistici è molto migliorata, contribuendo a nuovi programmi e investimenti più mirati. Nel 1994 sapevamo pochissimo, per esempio, sulle dimensioni della mortalità materna; i dati spesso non venivano raccolti o erano inaffidabili. Oggi disponiamo quasi ovunque almeno di dati a livello aggregato. Inoltre le informazioni statistiche su popolazione e salute raccolte dagli istituti internazionali e dai governi nazionali sono di norma disaggregate per sesso, reddito, residenza ed età. Sono anche in aumento le statistiche sulla disabilità, mentre molto ancora resta da fare per fotografare in modo completo tutte le forme di marginalizzazione. I dati su etnia, razzializzazione, lingua, religione, status di persone indigene, migranti e LGBTQIA+ sono tuttora carenti. Fare di più è possibile, con il giusto impegno e servendosi con regolarità delle nuove tecnologie.

È ancora allo stadio iniziale ma in continua crescita la comprensione del modo in cui le strutture sanitarie possono contribuire allo smantellamento delle barriere discriminatorie e strutturali incontrate dalle persone marginalizzate. Il lavoro delle levatrici

risulta particolarmente promettente, sia per l'erogazione dei servizi che per favorire l'empowerment delle donne nelle comunità marginalizzate. Sempre più studi indicano che i interventi positivi sulla salute sessuale possono ridurre lo stigma, indurre le persone a ricorrere ai servizi anche per le infezioni sessualmente trasmesse (Sexually Transmitted Infections, STI) e per l'HIV, incrementando l'uso dei contraccettivi (Ford et al., 2022; Zaneva et al., 2022; Starrs et al., 2018). I gruppi di mutuo aiuto tra donne nelle comunità più povere si sono dimostrati utili per fornire informazioni sulla salute e anche per i microfinanziamenti che vanno incontro a diverse esigenze economiche, facendo registrare significativi miglioramenti nelle cure perinatali e negli indicatori della pianificazione familiare. Una caratteristica cruciale di questi gruppi è che sono le donne coinvolte a stabilire, a livello locale, le modalità delle loro azioni: una lezione che andrebbe applicata in modo più generale, in quanto mostra come la partecipazione alle decisioni riguardanti il proprio futuro dev'essere la norma e non l'eccezione.



I dati su popolazione e salute raccolte dagli istituti internazionali e dai governi nazionali sono di norma disaggregate per sesso, reddito, residenza ed età

Il nostro passato, presente e futuro

Nessuno desidera un mondo in cui metà di tutte le gravidanze non sono intenzionali, in cui le donne vivono la violenza domestica o muoiono di parto per cause evitabili. Desideriamo un futuro in cui le ragazze e le donne possano completare gli studi, sperare in un lavoro dignitoso, creare una famiglia se lo desiderano e fare parte di una società sana e prospera, a cui possono dare un contributo significativo. Questo è lo sviluppo incentrato sulla persona: solido, giusto e resiliente alle crisi.

Una ricerca originale pubblicata in questo rapporto (pag. 28) evidenzia in che modo gli ostacoli all'assistenza sanitaria sono caduti più rapidamente per le donne che godono di privilegi socio-economici e/o che appartengono a gruppi etnici che già avevano meno ostacoli da affrontare. La ricerca dimostra che le disparità all'interno di uno stesso paese sono maggiori di quelle tra un paese e l'altro, il che chiama in causa tutte le società che perpetuano tali disparità, esortandole a correggere sia i livelli bassi che quelli elevati.

Il Capitolo 2 del rapporto spiega perché questo accade. Malgrado i 30 anni di consenso unanime sul potere emancipatorio della salute sessuale e riproduttiva, i sistemi che erogano questo tipo di assistenza sono tuttora inficiati da pesanti retaggi in tema di disuguaglianza di genere, discriminazione razziale e disinformazione. Ma il processo di denuncia di tali disparità offre anche nuove occasioni di sviluppare sistemi e prassi radicati nella comune dignità di tutte le persone.

Il terzo capitolo esplora la rivoluzione statistica mondiale innescata, per certi versi, dalla stessa ICDP quando ha sollecitato a disaggregare i dati per identificare dove, e per chi, è più grave la situazione delle esigenze in materia di salute sessuale

e riproduttiva. Questa direttiva è rimasta in larga parte inadempita. Se vogliamo raggiungere la salute e i diritti sessuali e riproduttivi universali, non possiamo continuare a trascurare gli aspetti statistici.

Il Capitolo 4 sottolinea quali risultati utili, in termini sociali, di salute e di produttività, restano ancora da raggiungere e quali investimenti occorrono per incrementare questi utili. Gli argomenti in favore della contraccezione sono ormai incontrovertibili. Chi si occupa di economia e diversi gruppi di pressione, soprattutto le donne stesse, confermano che lo sviluppo del capitale umano conosce una forte accelerazione quando ogni persona è in grado di pianificare la propria famiglia. Ma gli investimenti sulla sola contraccezione non bastano. Il capitolo illustra i benefici generati da una generale autonomia riproduttiva.

L'ultimo capitolo guarda avanti, ricorrendo all'analisi di un consorzio di persone esperte e intellettuali nei settori della demografia, del cambiamento climatico, della salute e tecnologia, per prepararsi ad alcune delle principali sfide per l'agenda ICPD e per il mondo in generale. Il capitolo dimostra che, nonostante la minaccia incombente di populismi, disinformazione, catastrofi climatiche, spostamenti e sfollamenti di massa, l'assistenza universale e inclusiva per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi continua a essere cruciale, anzi lo diventa ancora di più se si vuole garantire un futuro che sia sostenibile e basato sui diritti.

Ciascun capitolo parte da una riflessione sui progressi degli ultimi 30 anni: un promemoria essenziale per ricordarci che, nonostante le difficoltà attuali e quelle imminenti, la traiettoria generale va in direzione dell'attuazione dei diritti umani e dell'uguaglianza di genere. Ogni capitolo punta poi a stabilire le basi di un'intesa comune sull'importanza di affrontare le

discriminazioni prima di indicare i successivi passi da compiere.

Quella per la salute è una lotta per l'uguaglianza e l'autonomia corporea (Ghebreyesus et al., 2020), per la giustizia e per uno sviluppo incentrato sulla persona. Dovrebbe servire a risollevare le sorti di persone e società, non a spingerle ancora più indietro, grazie alla libertà di decisione che ogni persona deve avere riguardo al proprio corpo e alla propria vita. Per far questo, dobbiamo affrontare e gestire la complessità. Dobbiamo smettere di misurare l'esperienza umana secondo generiche medie statistiche che occultano l'esperienza dei gruppi marginalizzati. Dobbiamo progredire superando i bilanci a somma zero, dove c'è chi vince sempre e chi perde sempre. Ispirandoci alla geometria della tessitura, possiamo immaginare una visione alternativa del potenziale umano. Nella tessitura – pratica profondamente radicata nelle culture e nelle comunità di tutto il mondo – la forza di un singolo filo viene enormemente moltiplicata dall'intreccio della trama. Analogamente, istruzione, autonomia, salute e potenziale di ciascuna persona, sono, ognuno, un filo esile che viene enormemente rafforzato quando intessuto insieme agli altri diritti, alla salute e al benessere. In effetti, trenta anni fa il Programma d'Azione della ICPD affermava, nel consenso generale, che la salute e i diritti sessuali e riproduttivi sono inestricabilmente intrecciati ai più vasti obiettivi dello sviluppo sostenibile. Si tratta di un modo nuovo e insieme antico di comprendere il nostro mondo, in cui fili diversi si uniscono a formare un arazzo olistico, in cui ogni vita contribuisce al tessuto della nostra umanità collettiva, rendendo l'insieme più bello e più forte.



I Boruca sono una popolazione indigena del Costa Rica. Raccolgono semi, fiori, cortecce, lumache di mare e altre sostanze naturali per tingere i filati, ma prima chiedono il permesso a Madre Natura, per assicurarsi che le loro usanze e tradizioni siano sempre sostenibili.

Testimonianze sui problemi di accesso all'assistenza sanitaria, nel lungo periodo, per condizioni socio-economiche ed etnia

Negli ultimi anni abbiamo assistito al proliferare di modi per verificare e misurare i progressi verso l'incremento globale dell'assistenza per la salute che sia accessibile e a costi contenuti (WHO et al., 2023). In particolare i rapporti sul target 3.8.1 degli SDG, sulla copertura dei servizi sanitari essenziali, offrono preziosi ragguagli sulla percentuale di individui che riceve assistenza essenziale, sul numero pro capite delle strutture per la salute e del personale addetto e su altre misurazioni confrontabili a livello internazionale. Ma come mostra questo rapporto è importante anche far parlare direttamente le persone. L'analisi originale qui elaborata sottolinea come sono stati vissuti i cambiamenti nell'accesso all'assistenza sanitaria da parte di donne con diversi retroterra socio-economici ed etnici, in base alle loro stesse testimonianze.

È esattamente quello che hanno fatto, in 69 paesi di tutto il mondo, attraverso i Demographic and Health Surveys. Nei sondaggi si è chiesto alle donne di riferire eventuali gravi problemi nell'accedere all'assistenza sanitaria, per loro stesse, in caso di malattia. All'interno di un elenco più esteso di problemi di vario genere, quattro temi specifici sono stati affrontati in tutti i contesti: se

e donne avessero gravi problemi (1) per la distanza da una struttura sanitaria; (2) per trovare il denaro necessario per le terapie; (3) perché non volevano andare da sole; (4) per ottenere il permesso di andare. Solo in 25 dei 69 paesi interessati – circa un terzo del totale – queste domande sono state poste in più di un'indagine nella quale veniva identificata anche l'appartenenza etnica della donna. Questa statistica ci offre l'opportunità di esaminare i problemi nell'accesso all'assistenza sanitaria, consentendo un'analisi longitudinale, sia in base a fattori socio-economici (quintile di ricchezza, livello di scolarizzazione, residenza urbana o rurale) e sia per etnia. Nell'insieme questi 25 paesi rappresentano circa un terzo dell'intera popolazione femminile del mondo, identificando quasi 300 diversi gruppi etnici.

È utile sottolineare che queste risposte spontanee a domande sull'accesso alla sanità sono molto diverse dalle misurazioni della copertura sanitaria universale (WHO et al., 2023a), e soprattutto che i livelli e le tendenze di entrambi a volte risultano in conflitto tra loro. I Demographic and Health Surveys fanno parte di una varietà di studi statistici e sondaggi utilizzati per valutare l'accessibilità

dell'assistenza per la salute che, presi nel loro insieme, permettono di approfondire anche le sfumature di un tema così importante.

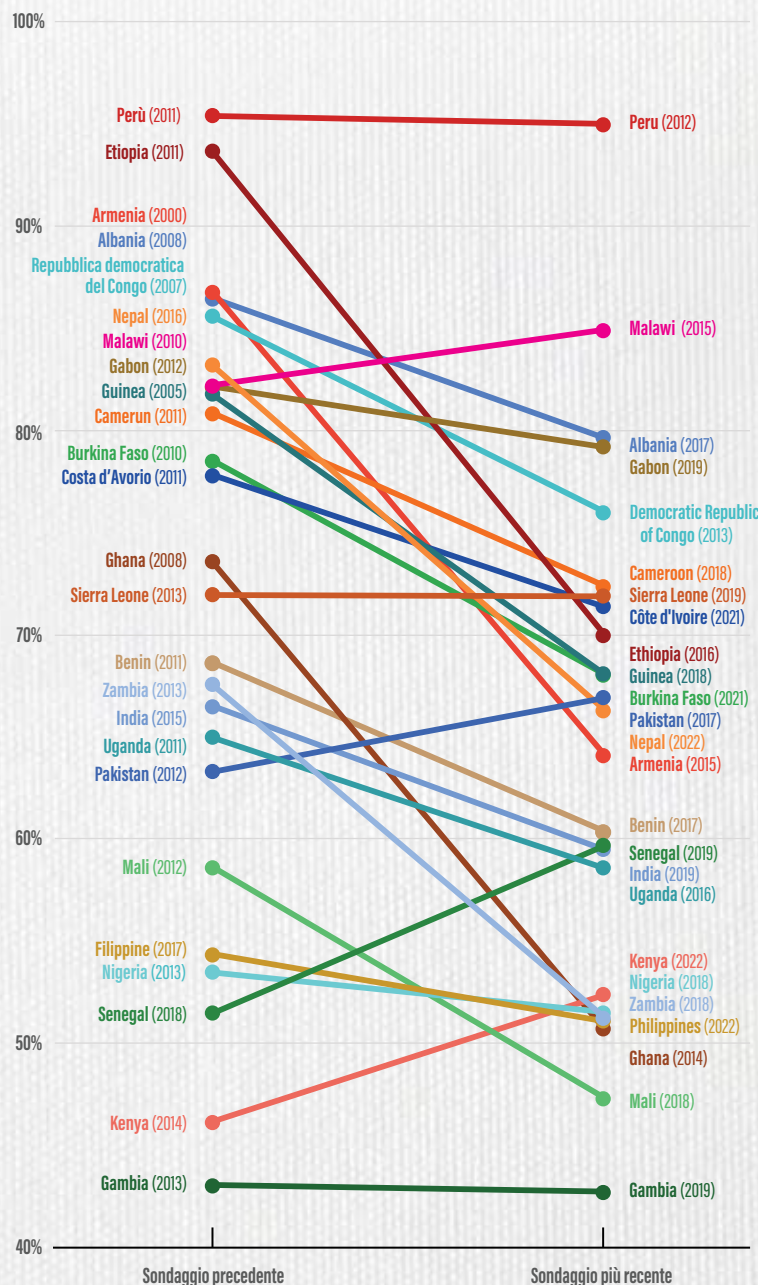
Miglioramento complessivo, tempi disuguali

I risultati mostrano una tendenza complessiva promettente nella riduzione dei problemi di accesso all'assistenza sanitaria. Secondo i sondaggi più recenti (effettuati tra il 2012 e il 2022, a seconda del paese coinvolto) il 61% delle donne riferisce uno o più gravi problemi nell'accedere personalmente all'assistenza sanitaria in caso di malattia – con un miglioramento rispetto al primo periodo studiato (2000–2018), quando la percentuale era del 67%.

Ciò nonostante, le indagini hanno anche riscontrato considerevoli disparità tra un paese e l'altro. Per esempio, nel periodo più recente coperto dai sondaggi, il 43% delle donne del Gambia ha incontrato gravi problemi nel ricevere assistenza per la salute, mentre la percentuale in Perù era del 95%. Se nella maggioranza dei paesi le donne, tra il primo e il secondo sondaggio, riferiscono miglioramenti nell'accessibilità, in alcuni si riscontrano pochi cambiamenti (Gabon, Gambia, Malawi, Nigeria,

FIGURA 2

Percentuale di donne con gravi problemi nell'accedere personalmente all'assistenza sanitaria in caso di malattia, per paese



Fonte: Demographic e Health Survey

Nota: c'è una generale tendenza positiva verso la riduzione dei problemi nell'accesso all'assistenza sanitaria (nel caso del Malawi, che registra pochi cambiamenti nel corso del tempo, i margini di errore sono tali che il dato è da ritenere incerto)

Perù e Sierra Leone) o addirittura segni di regressione (Kenya, Pakistan e Senegal).

Inoltre, le disuguaglianze all'interno di uno stesso paese sono spesso superiori a quelle tra uno Stato e l'altro. Ovvero, le differenze che emergono tra gruppi diversi per condizioni socio-economiche e per etnia in uno stesso paese di solito sono più accentuate di quelle osservate nella media di paesi diversi (per esempio, in Gambia rispetto al Perù). Per esempio: nel 2017 in Albania il 91% delle donne Rom nella condizione socio-economica più marginalizzata – urbanizzate, senza istruzione, nel quintile più povero – incontravano seri problemi nell'accedere all'assistenza sanitaria, a fronte di appena un 5% di donne di etnia albanese appartenenti alla condizione socio-economica più privilegiata – rurali, con istruzione superiore, nel quintile più ricco – che incontravano gravi difficoltà. Analogamente, mentre nel 2021 in Burkina Faso il 18% delle donne Senoufo urbanizzate, con istruzione superiore e nel quintile più ricco dichiarava gravi difficoltà nell'accedere all'assistenza sanitaria, a fronte del 95% delle donne Tuareg-Bella, rurali, non scolarizzate e nel quintile più povero.

Ricchezza, istruzione, residenza contribuiscono ad ampliare i divari

Le donne di condizione socio-economica più marginalizzata, che nel primo sondaggio partivano da una prevalenza di gravi difficoltà di accesso all'assistenza sanitaria sono quelle che in media riscontrano meno cambiamenti nel corso del tempo. Quelle di condizione socio-economica meno marginalizzata, che riferiscono la minima prevalenza di gravi problemi di accesso, osservano

in generale i maggiori miglioramenti nel corso del tempo: questo dato ricorda da vicino altre indagini sulla salute che evidenziavano analoghe configurazioni di equità inversa (Victora et al., 2018). Tale designazioni socio-economiche – che prendono in considerazione ricchezza, istruzione e luogo di residenza – sono tutte specifiche per ciascun paese: in alcuni Stati per esempio risultano più vantaggiose le residenze urbane, in altri è considerata più vantaggiosa la residenza nelle zone rurali (cfr. nota tecnica a pag. 154).

In media nei gruppi socio-economici maggiormente marginalizzati si riscontrano 5 punti percentuali di diminuzione – tra i sondaggi precedenti e quelli più recenti – nella percentuale di donne con gravi problemi di accesso all'assistenza sanitaria. Per contro, nei gruppi socio-economici meno marginalizzati tale proporzione è scesa di 8 punti percentuali.

Il persistere del ruolo dell'etnia nella disuguaglianza

Le disparità in tema di salute si registrano in modo trasversale in una vasta serie di dimensioni, compresa quella dell'etnia. Questa indagine ha osservato l'andamento di vari gruppi etnici nel corso del tempo relativamente all'accesso all'assistenza sanitaria: i gruppi con una maggiore percentuale di donne con gravi difficoltà di accesso erano considerati più marginalizzati, mentre quelli con le percentuali più basse erano considerati meno marginalizzati. Le differenze basate sull'etnia persistono anche tenendo conto dei diversi livelli di

istruzione, ricchezza e residenza urbana/rurale. In parole povere, le donne con gli stessi livelli di istruzione e ricchezza e la stessa tipologia di residenza ma di etnia diversa spesso riferiscono realtà enormemente diverse dal punto di vista dell'accesso all'assistenza sanitaria. In tutti i paesi, il 43% delle donne che presentano il profilo socio-economico più svantaggiato del paese e appartengono all'etnia meno marginalizzata incontrava gravi problemi di accesso all'assistenza sanitaria; per le donne con il profilo socio-economico più svantaggiato e appartenenti all'etnia più marginalizzata questa percentuale saliva a 83 – un divario di 40 punti percentuali tra donne con le stesse difficoltà socio-economiche, diverse solo per appartenenza etnica.

Inoltre, anche se la maggior parte degli Stati registra complessivi miglioramenti nell'accessibilità, nel periodo intercorso tra i due sondaggi oltre la metà dei paesi analizzati ha visto aggravarsi le disparità etniche. Nei 14 stati in cui il gap etnico si è allargato, i primi sondaggi mostravano un divario di 41 punti percentuali – nella proporzione di donne svantaggiate sul piano socio-economico – tra i gruppi etnici più e meno marginalizzati; nei sondaggi più recenti tale divario è salito a 48 punti.

Le tendenze riscontrate in tutti i gruppi etnici identificati nei 25 paesi interessati sono molto diverse, ma appare evidente un trend generale: le disparità etniche nei problemi descritti per accedere personalmente all'assistenza sanitaria esistono in quasi tutti gli

Stati e in quasi tutte le società in cui si sono rilevati dati disaggregati per etnia. Questo significa che quando ascoltiamo le donne che riferiscono i loro problemi di accesso all'assistenza sanitaria in casi di malattia – in un'indagine statistica che rappresenta un terzo di tutta la popolazione femminile del pianeta – constatiamo che le disparità etniche sono pervasive e tendono, in molti casi, a peggiorare.

Ridurre il gap è possibile

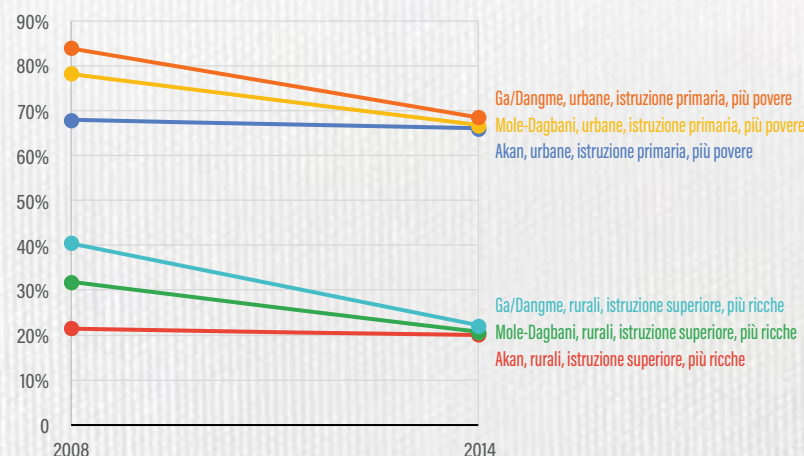
Le buone notizie tuttavia non mancano. Le differenze etniche non sono estreme ovunque, anzi esistono segnali che fanno sperare nella possibilità di colmare il gap. In Guinea, tra le donne più povere e meno istruite che vivono in zone rurali e di etnia Guerzé il primo sondaggio aveva registrato una percentuale di difficoltà di accesso all'assistenza sanitaria più elevata che in qualsiasi altro gruppo etnico – il 96%. Ma nel sondaggio più recente, questa percentuale è scesa al 72% – migliore che tra le donne di zone rurali di tutti gli altri gruppi etnici, con analoghi livelli di povertà e di scolarizzazione. Nel primo sondaggio effettuato in Nigeria, tra le donne più povere non scolari, residenti in aree rurali, l'87% di quelle di etnia Ekoi riferiva gravi problemi nell'accesso all'assistenza sanitaria. Nel sondaggio più recente, la percentuale era del 64%, quasi uguale alle donne povere di etnia Hausa, il gruppo etnico che registrava l'accesso meno problematico. (In questi paesi però tali miglioramenti non riguardavano universalmente tutti i gruppi etnici.)

Un paese che brilla particolarmente per i risultati ottenuti è il Ghana, dove si registra una differenza di soli 3 punti percentuali tra la proporzione di donne di etnia Akan con il profilo socio-economico più marginalizzato e gravi problemi di accesso all'assistenza sanitaria, e le donne di etnia Ga e Dangme: nel sondaggio precedente la differenza era di 16 punti. Di fatto, in Ghana, nel periodo tra i due sondaggi anche le disuguaglianze tra diversi altri raggruppamenti per etnia e profilo socio-economico sono diminuite, segno non solo di un miglioramento nell'accesso all'assistenza sanitaria, ma anche di un progresso nell'equità.

Perché il Ghana ha avuto tanto successo nel colmare i divari di equità, rispetto ad altri paesi? Una spiegazione possibile è l'ampliamento dell'accesso all'assistenza sanitaria nel periodo coperto dai due sondaggi, anche mediante l'introduzione di una politica di assistenza gratuita per la maternità e la procreata implementazione di un programma di copertura nazionale per la salute (Aikins e Koram, 2017; Blanchet et al., 2012). Anche molti altri Stati hanno adottato programmi di copertura sanitaria nazionale, ma il Ghana sembra aver deliberatamente adottato l'equità come principio-guida degli sforzi per migliorare l'accessibilità dell'assistenza – non solo nella progettazione delle varie iniziative, ma anche nella priorità assegnata a valutazioni e riforme basate sulle evidenze statistiche (Phillips et al., 2020). Per esempio, mentre altri paesi con programmi di

FIGURA 3

Ghana. Percentuale di donne con uno o più problemi gravi nell'accesso all'assistenza sanitaria: estremi socio-economici, per etnia



Fonte: UNFPA

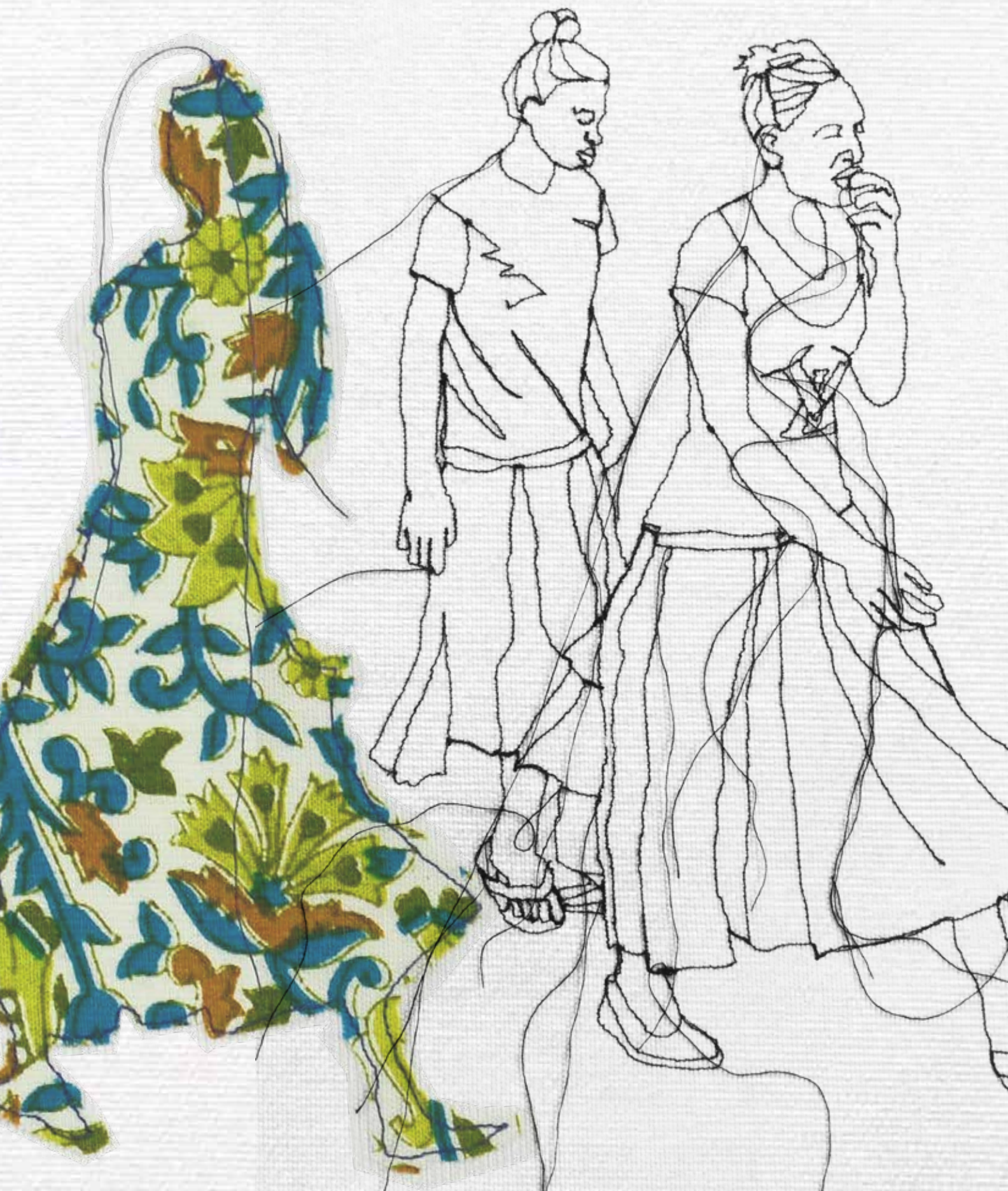
Nota: Solo due gruppi etnici (Da/Dangme e Mole/Dagbani) hanno testimoniato cambiamenti nell'accesso all'assistenza alla salute diversi da quelli del gruppo etnico più numeroso (gli Akan). In entrambi questi gruppi le donne hanno riscontrato un miglioramento nel corso degli anni, tale da chiudere il divario osservato nel sondaggio precedente.

copertura sanitaria spesso contano pesantemente sul contributo dei privati, il Ghana ha aumentato enormemente la percentuale di finanziamenti alla sanità con fondi statali (Odeyemi e Nixon, 2013).

Insistere sul progresso per tutte le persone

Nell'insieme, l'indagine condotta in questi 25 paesi offre importanti lezioni per tutti i paesi e le comunità. In particolare, il progresso globale nel migliorare l'accesso all'assistenza sanitaria ha avuto un andamento irregolare e, in base a molte misurazioni, le persone rimaste più indietro continuano a essere tra le ultime a essere raggiunte.

Inoltre le disparità etniche non si limitano a taluni paesi ma sono invece riconoscibili ovunque si raccolgano dati adeguati sulle appartenenze etniche. Evidenziare l'esistenza di disparità etniche e socio-economiche nell'accesso all'assistenza sanitaria pertanto, non dovrebbe essere considerato come un'accusa di comportamento pregiudiziale o un appello ai gestori della cosa pubblica. Al contrario, le disparità etniche e socio-economiche sembrano essere universali, al contrario del progresso verso la loro eliminazione. Tuttavia tale progresso è sempre possibile. Inizia prima di tutto consentendo alle persone l'opportunità di riconoscere le esperienze di disuguaglianza.



DISINNESCARE LA DISUGUAGLIANZA



Il Programma d'Azione della ICPD ha visto la luce al termine della Guerra Fredda, in un'epoca di inquietudini e incertezze. Nel 1994 abbiamo assistito alla fine dell'apartheid in Sudafrica, con le prime elezioni democratiche svoltesi in aprile, ma – nello stesso mese – anche al deflagrare del genocidio in Ruanda. La Svezia legalizzò le unioni civili tra partner dello stesso sesso, diventando il terzo stato a emanare una legge in questo senso. Nello stesso periodo, il tasso globale dei nuovi contagi da HIV raggiunse il picco più alto di sempre (UNAIDS, s.d.). La

promessa di un'azione collettiva e il rischio di non riuscire ad attuarla, fu una delle priorità per le/i partecipanti all'ICPD al Cairo.

E in effetti uno dei successi cruciali della ICPD, il cambiamento paradigmatico nella percezione globale delle tematiche su popolazione e sviluppo, derivò dall'impegno collettivo degli Stati membri e dei movimenti di base. Il Programma d'Azione portò all'attenzione della comunità internazionale i concetti di salute riproduttiva e di diritti riproduttivi, già utilizzati

Il movimento internazionale delle donne e i movimenti femministi hanno capeggiato l'inclusione dei diritti delle donne nelle agende internazionali per lo sviluppo, fin da prima della ICPD del 1994, e poi accelerato quel progresso. La cronologia illustra come la ICPD abbia riunito insieme l'agenda su popolazione e sviluppo e i movimenti femministi per consolidare il sostegno alla salute e ai diritti sessuali e riproduttivi in tutto il mondo.

ROMA. PRIMA CONFERENZA MONDIALE SULLA POPOLAZIONE

La conferenza, sostanzialmente accademica, si concentra sulla demografia nei paesi in via di sviluppo. In quest'epoca il dibattito è dominato dai timori per la crescita della popolazione e la scarsità delle risorse.

1954

BUCAREST. TERZA CONFERENZA MONDIALE SULLA POPOLAZIONE

Dopo un decennio di crescita economica, si comincia a considerare la popolazione meno "problematica". A Bucarest i governi concordano sull'esigenza di un nuovo paradigma su popolazione e sviluppo.

1974

Le ricercatrici femministe utilizzano il quadro dei diritti umani per ritagliarsi un ruolo preciso.



1975

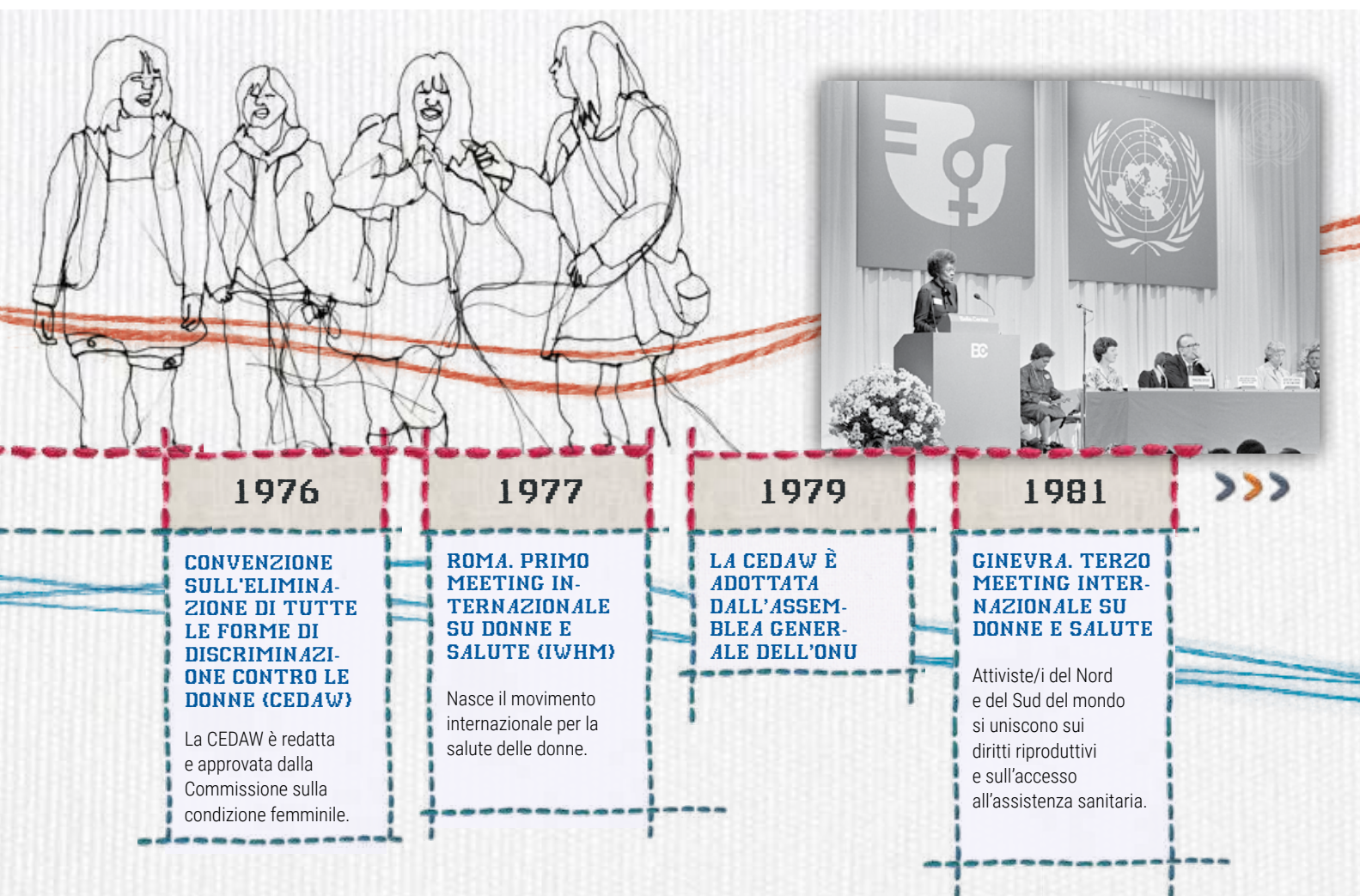
INIZIA IL DECENNIO DELLE NAZIONI UNITE PER LA DONNA

I movimenti internazionali delle donne crescono e si mobilitano su temi sociali, economici e politici.

dai movimenti femministi e dall'attivismo per la salute pubblica (Berro Pizzarossa, 2018), situandoli all'interno dei «diritti umani già riconosciuti dalle legislazioni nazionali, dai documenti internazionali sui diritti umani e da altri documenti che hanno raccolto il consenso generale» (UNFPA, 1994). Richiamandosi all'esperienza dei movimenti di base e riallacciandosi al già esistente diritto umano alla salute, il Programma d'Azione riuscì a ottenere il riconoscimento unanime dell'obbligo, per gli Stati e i loro servizi sanitari, di tutelare la salute

sessuale e riproduttiva, i diritti riproduttivi e il benessere di tutte le persone.

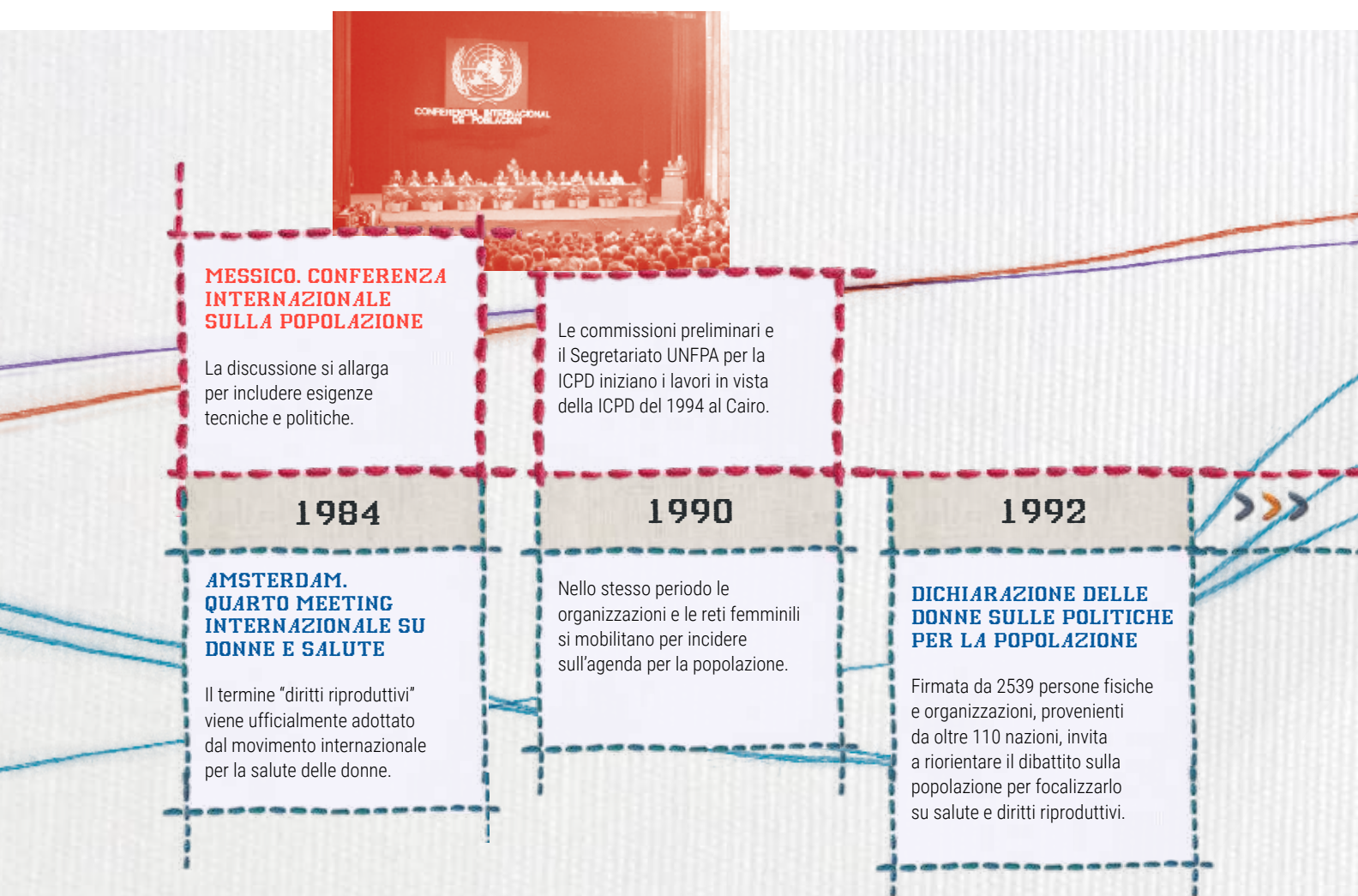
Questo ruolo dei servizi sanitari come fattore abilitante di diritti umani – non soltanto il diritto al massimo livello raggiungibile di salute, ma anche diversi altri – era ormai perfettamente compreso, ma nella controversa arena della salute sessuale e riproduttiva, un tale riconoscimento fu pionieristico. Il Programma d'Azione ottenne il consenso anche su un tema aspramente discusso come l'aborto, stabilendo che «nelle circostanze



in cui l'interruzione di gravidanza non è contro la legge, tale interruzione dev'essere sicura» e che «in tutti i casi le donne devono poter accedere a servizi qualificati per la gestione delle complicazioni conseguenti a un aborto». Il testo definitivo specificava che «la salute e lo sviluppo personali della donna dipendono in misura cruciale dalla qualità dei servizi che le vengono offerti, e dalle scelte disponibili» come spiegò la direttrice esecutiva di UNFPA, Nafis Sadik, l'anno successivo a Pechino, in occasione della IV Conferenza mondiale sulle donne, sottolineando il ruolo dei servizi sanitari, del personale medico,

della contraccezione e dell'informazione «per liberare le donne da un sistema di valori che insiste nel considerare quella riproduttiva come la loro unica funzione.»

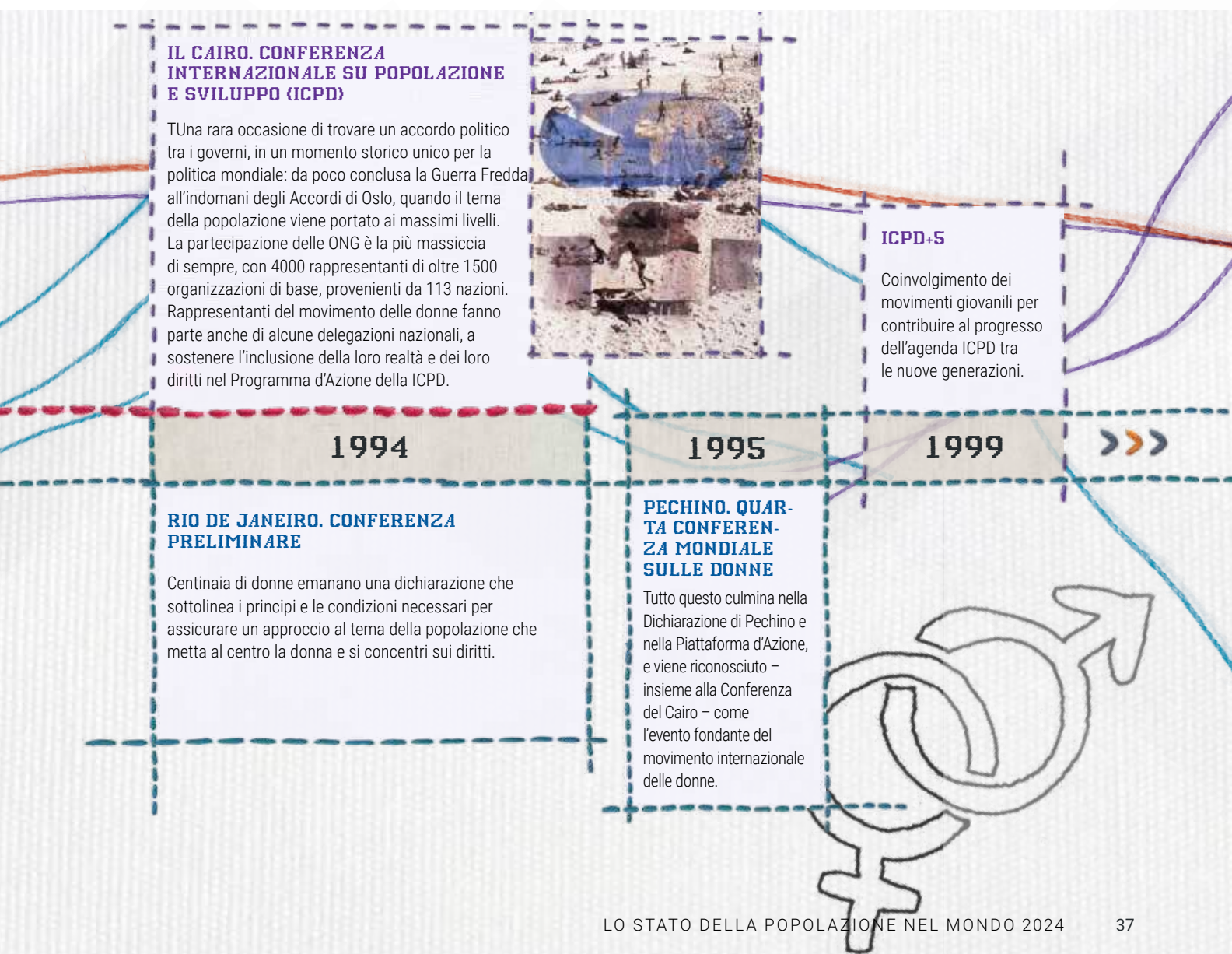
Nei 30 anni intercorsi dalla Conferenza del Cairo, i servizi sanitari, i sistemi scolastici ed educativi e i governi nazionali – oltre ai gruppi della società civile che li richiamano alle loro responsabilità – hanno mantenuto la parola data. Valutando le leggi secondo il criterio di una sufficiente garanzia di piena ed equa accessibilità dell'assistenza sanitaria, delle informazioni



e dell'educazione – compresi l'assistenza alla maternità, l'aborto, la contraccezione, l'educazione alla sessualità e affettività, le vaccinazioni anti HPV, le attività di diagnosi, counselling e terapia per l'HIV – in 115 nazioni si riscontra la presenza del 76% di tali misure, valutate in base all'indicatore SDG 5.6.2 (UNFPA, 2024a). Inoltre, dopo il 1994 i diritti riguardanti l'aborto sono stati riconosciuti per milioni di donne in tutto il mondo, con oltre 60 paesi che hanno riformato le loro leggi in materia per abolire alcune limitazioni (Center for Reproductive Rights, s.d.), a fronte di soli

quattro Stati che hanno compiuto dei passi indietro sulla legalità dell'aborto volontario.

La ICPD ha inoltre esortato le persone giovani ad accedere ad «attività e servizi di informazione, educazione e comunicazione sulla salute sessuale e riproduttiva» partecipando anche al loro sviluppo, nel riconoscimento che tali informazioni contribuiscono a mettere le generazioni presenti e future nelle condizioni migliori per realizzare il loro potenziale. In seguito sono stati sviluppati criteri internazionali e oggi, i due terzi dei paesi



che presentano i loro rapporti, dichiarano che almeno il 76% delle loro scuole fornisce una qualche forma di educazione alla sessualità (UNESCO et al., 2021). Le tecnologie per la riproduzione assistita, ormai diffuse quasi ovunque, consentono alle persone di realizzare le loro aspirazioni di fecondità e di ampliare le opportunità di diversi tipi di famiglie.

Ma c'è ancora molto altro da fare.

Sono ancora globalmente troppo poche le donne per le quali l'autonomia corporea è una realtà. Oggi solo poco più della metà (56%) di tutte le donne del mondo è in grado di prendere

liberamente decisioni informate su sessualità e riproduzione – è libera cioè di decidere sulla sua salute e sui contraccettivi, di dire no a rapporti sessuali con il marito o il partner. Le informazioni al riguardo vengono raccolte e comunicate dai paesi che monitorano l'indicatore SDG 5.6.1 (UNFPA, 2024a). Per quanto questi dati siano limitati (si veda l'approfondimento nel capitolo 3) un corpus di evidenze in continuo aumento indica che l'autonomia corporea e la salute riproduttiva sono sempre più spesso, e più gravemente, compromesse tra le persone che sperimentano una o più forme di oppressione,



per esempio quelle che subiscono discriminazioni etniche o razziali, persecuzioni per la presenza di un'infezione da HIV o di una disabilità, discriminazioni per il loro orientamento sessuale o la loro identità di genere. Sempre più spesso si riconosce che la capacità di determinare il proprio futuro riproduttivo – che comprende l'accesso a metodi moderni di contraccezione, all'aborto sicuro ove legale, alle cure perinatali e all'assistenza pediatrica – non è equamente distribuita per tutte le persone di qualsiasi provenienza, orientamento sessuale, identità di genere, caratteri sessuali, condizione socio-economica e di classe.

Di fatto il mondo ha appena iniziato a confrontarsi con il retaggio di molteplici forme di discriminazione nell'ambito della medicina e delle strutture sanitarie. Mano a mano che si porta allo scoperto tale retaggio, sorgono interrogativi sulle persone che sono state marginalizzate, sui meccanismi di tale marginalizzazione e sulla persistenza delle sue conseguenze. Le/Gli esperte/i richiamano l'attenzione sulle strutture che perpetuano, spesso in modi invisibili, le discriminazioni, in contrasto con i precedenti sforzi che tendevano

GENERATION EQUALITY

A causa della pandemia da COVID-19 la revisione si svolge con un anno di ritardo. Ai Forum di Generation Equality troviamo un rinviato movimento internazionale delle donne e un rinnovato sostegno da parte di governi e partner; questo ha prodotto tra l'altro un'azione collettiva dedicata all'autonomia corporea e a salute e diritti sessuali e riproduttivi.

ICPD30

Trentesimo anniversario dell'epocale Conferenza del Cairo. I movimenti femministi e per i diritti riproduttivi sono cresciuti per numero e per forza, e si sono fatti grandi progressi – ma il nostro lavoro è tutt'altro che concluso. Nuove organizzazioni e nuovi partecipanti si sono mobilitati anche su questioni internazionali come l'appartenenza alle caste, la disabilità, la condizione indigena, l'orientamento sessuale e l'identità di genere. Tutto ciò fa spazio a molteplici voci e a diversi stakeholder, mentre i social media avvicinano sempre più persone, e nuove prospettive, alla causa.

SUMMIT DI NAIROBI SULLA ICPD25

Società civile, leader giovanili e rappresentanze governative si esprimono energicamente in favore della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi. Il Summit produce quasi 1300 dichiarazioni di impegno e la lungimirante Dichiarazione di Nairobi.

2017

Viene lanciato il movimento SheDecides, a sostegno della salute e dei diritti riproduttivi. Esplode anche il movimento #MeToo, che rilancia una campagna del 2006 per rispondere ai milioni di donne che denunciano abusi e molestie sessuali.

2019

2021

2024

La forza del movimento delle donne risiede nella nostra capacità di immaginare e re-immaginare, di costruire e ri-costruire, di preservare e perseverare, di coinvolgere nuove generazioni, nuovi gruppi di sostegno, nuovi modi di pensare e di organizzarsi. Fino a quando non sarà vinta la battaglia per l'emancipazione del nostro corpo, della nostra voce e di noi stesse, noi non molleremo.

Contributo di Asian-Pacific Resource & Research Centre for Women (Arrow)

a concentrarsi sui comportamenti individuali (OHCHR, 2021). Questo ha portato sempre più spesso a identificare le discriminazioni sulla base delle disparità che ne risultano, anziché cercando le prove di una ostilità individuale come motivo di tali disparità.

Un richiamo alla responsabilità è stato evidente nei confronti dei sistemi giudiziari. In America Latina, per esempio, il movimento femminista Ni Una Menos ha sottolineato la passività delle autorità nei casi di femminicidio e di

altre violenze di genere. Il movimento Black Lives Matter ha richiamato l'attenzione sulla sproporzionata prevalenza delle esperienze di violenza inferta globalmente dalla polizia sulle persone nere (OHCHR, 2023). Ma anche altri settori sono stati interessati, in ambito educativo, il movimento di protesta Rhodes Must Fall ha evidenziato le disparità nell'istruzione superiore, prima in Sudafrica e poi a livello internazionale (Knudsen e Andersen, 2019).

Il diritto umano alla salute sessuale e riproduttiva

La salute e i diritti sessuali e riproduttivi sono oggi ampiamente compresi, e riconosciuti in moltissimi documenti-quadro sui diritti umani (Organization of African Unity, 1981; OHCHR, 1966), in quanto strettamente collegati al diritto alla vita, alla dignità, all'istruzione e alla informazione, all'uguaglianza davanti alla legge, alla non-discriminazione; al diritto di decidere quanti figlie/i avere e quando; al diritto alla privacy; al diritto alla salute; al diritto alla libertà di opinione e di espressione; al diritto di dare il proprio consenso al matrimonio e all'uguaglianza nel rapporto coniugale; al diritto a essere libere/i dalla violenza di genere, dalle pratiche lesive, dalla tortura e dai maltrattamenti, oltre al diritto a una effettiva riparazione in caso di violazioni dei diritti fondamentali.

È anche largamente accettato (OHCHR, 2019; UNFPA, 2019; Shalev, 1998) che i principi chiave su cui si formano i diritti umani – in particolare: non-discriminazione, uguaglianza e privacy, diritto all'informazione nonché all'integrità, autonomia, dignità e benessere di tutte le persone, soprattutto in rapporto alla salute e ai diritti sessuali e riproduttivi – sono parte integrante dell'esercizio del diritto alla salute.



Un richiamo altrettanto rilevante per i servizi sanitari, come sottolineato durante la pandemia da COVID-19. In tante parti del mondo, le misure di emergenza per contrastare la pandemia non erano conformi alla legislazione sui diritti umani (OHCHR, 2020). Nelle popolazioni già marginalizzate si registravano tassi più elevati di malattie e decessi correlati alla pandemia, nonché una devastante crisi degli altri servizi per la salute, compresi quelli per la salute sessuale e riproduttiva (WHO, 2020). Il discorso contemporaneo intorno al genere e ai movimenti per la giustizia sociale e razziale potrebbero far pensare che si tratti di problemi controversi o di natura politica, ma guardare questo processo solo attraverso queste lenti sarebbe un errore. Dobbiamo riconoscere che la storia della salute riproduttiva include deprecabili tragedie e passi falsi, senza sminuire i progressi compiuti da scienza e tecnologia. Questo ci consente di imparare dal passato e di creare nuove opportunità di conoscenza e di progresso, per tutte le persone.

I servizi per la salute come fattori abilitanti dei diritti umani

Non sempre i sistemi per la salute riproduttiva hanno sostenuto la salute e i diritti. O almeno, non l'hanno fatto per molte donne. «Uno dei principali difetti nell'assistenza alla salute riproduttiva all'interno del servizio sanitario in generale, è stata la filosofia alla base dell'erogazione stessa di tali servizi» hanno commentato persone esperte. «Le donne erano considerate come mezzi del processo riproduttivo, e come bersagli nel processo del controllo della fecondità. Quei servizi non venivano erogati alle donne intese come il fine in sé. Le donne

traevano benefici da quel processo, ma non ne erano al centro. Ne erano l'oggetto, non il soggetto» (Cook et al., 2003).

Sistemi e strutture per controllare la sessualità, soprattutto (ma non solo) la sessualità delle donne, hanno permeato in modo universale tutte le società del pianeta. Il corpo delle donne, delle ragazze e di altre soggettività è stato spesso oggetto di discriminazioni, pratiche lesive, controlli e sfruttamenti, violenze e oppressioni: tutte violazioni dei diritti umani storicamente perpetrate con la complicità dei servizi sanitari (OHCHR, 2021a). E questi problemi sono ancora oggi troppo presenti e persistenti. I tanti ostacoli che continuano a frapporsi tra i singoli individui e il loro esercizio della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi operano a diversi livelli: nella terapia clinica, a livello di servizi sanitari e nel contesto dei fattori determinanti la salute che ne stanno alla base. E operano in modo diverso per le persone che vivono diverse forme di marginalizzazione.

Chi lavora nelle strutture sanitarie si trova oggi a essere in una posizione privilegiata per identificare il valore trasformativo della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi, in quanto constata di prima mano in che modo la pianificazione familiare, la protezione dalla violenza, la sicurezza dalle malattie e l'accesso all'assistenza sanitaria per la maternità producano famiglie e comunità più sane e più istruite. Molte delle persone che lavorano nel campo della salute riproduttiva abbracciano il loro ruolo di sostenitrici/sostenitori dei diritti del/la paziente (e il tema dei diritti del/la paziente è, in effetti, una pietra angolare dell'educazione professionale per la salute, in tutto il mondo [Rostami-Moez et al.,

2021; Karakuş et al., 2015; Lewkonja, 2011]). Attraverso l'erogazione dei metodi contraccettivi, delle informazioni e delle terapie, il personale che si occupa di salute riproduttiva spesso si trova in prima linea sul fronte degli sforzi individuali per assicurare l'autonomia corporea (cfr. **Reportage/Speciale** a pag. 16) (Kalra et al., 2021). Ma lo stesso personale sanitario rischia di subire abusi proprio a causa di questo impegno. Studi recenti dimostrano che «quando le lavoratrici [per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi] cercano di rispettare i diritti umani altrui, i loro stessi diritti umani sono messi a repentaglio» in quanto si trovano ad affrontare «ostracizzazioni e molestie sul posto di lavoro», «minacce verbali e violenze fisiche» e ostilità nella loro vita personale (Boydell et al., 2023).

Le sezioni che seguono illustrano come la discriminazione sessuale, razziale ed etnica e la disinformazione continuino ancora oggi a incidere negativamente sui servizi sanitari e sull'informazione relativa, sostenendo la tesi per cui sia i diritti umani e sia la salute pubblica hanno bisogno di riconciliarsi con la storia. Per far sì che le persone che lavorano nella sanità possano essere garanti dei diritti umani, i servizi sanitari da cui dipendono – che sono stati storicamente così complici di sfruttamenti e abusi, e che oggi lasciano che tante/i loro dipendenti, attivi nell'ambito della salute sessuale e riproduttiva, siano vulnerabili a maltrattamenti – possono e devono essere riformati per realizzare il loro scopo originario e più nobile, per i singoli individui, per le/i professioniste/i della salute e per la società nel suo insieme: la cura.

Il personale sanitario in difesa dell'autonomia corporea

Sussiste un rapporto di reciprocità tra il ricevere un'assistenza dignitosa e qualificata per la salute sessuale e riproduttiva, e l'empowerment economico, sociale e personale. In particolare, il personale sanitario è testimone di come l'autonomia riproduttiva – la capacità di decidere se, quando e con chi avere rapporti sessuali o iniziare una gravidanza, la capacità di vivere in assenza di coercizioni, violenze e infezioni sessualmente trasmesse e prevenibili, eccetera – consenta alle persone di completare la propria istruzione, rimandare o meno il momento di mettere su famiglia, perseguire una carriera e/o contribuire alla comunità di appartenenza. Constatano anche come le persone autonome e responsabili – in grado cioè di perseguire istruzione, carriera e/o famiglia – siano maggiormente in grado di accedere ai servizi per la salute riproduttiva. Il circolo virtuoso è una verità incontrovertibile, per chi vi assiste di persona. «Insegniamo a pretendere rispetto» dice Víctor Cazorla, ostetrico che lavora nelle Ande peruviane e si impegna a sensibilizzare le sue pazienti, in gran parte indigene, sui loro diritti (UNFPA, 2021). «Nessuno ha il diritto di toccare il loro corpo; né io, né le loro zie, i loro padri, le loro madri, il personale, la polizia. Nessuno.»

Il retaggio della discriminazione sessuale nell'assistenza per la salute riproduttiva

Comprendere il retaggio del sessismo all'interno dell'assistenza per la salute sessuale e riproduttiva può essere effettivamente utile per identificare le soluzioni ai problemi persistenti, specie quelle con il miglior rapporto costi/benefici e quelle più rapidamente attuabili.

Un esempio tra i più importanti è la storia dell'assistenza al parto, per secoli considerata sostanzialmente un dominio femminile. Le levatrici gestivano i parti mentre i medici, professione riservata agli uomini, di solito lo evitavano. Il parto è stato a lungo considerato un mistero femminile, e soltanto le donne possedevano le conoscenze specifiche e le capacità per comprenderlo, anche ricorrendo a erbe e farmaci. Nel corso del tempo, i medici maschi iniziarono ad assistere le partorienti, all'inizio solo per i parti più complicati e ad alto rischio (Litoff, 1982).

Alla fine i medici e altre istituzioni a predominio maschile assunsero l'autorità sopra le levatrici. Nell'Indonesia precoloniale, per esempio, le donne contavano sulle levatrici tradizionali, o assistenti al parto, note come dukun: queste donne fornivano contraccettivi, servizi ostetrici e aborti. Quando l'Indonesia divenne una colonia, all'inizio del XIX secolo, le autorità cercarono di sostituire le dukun con ostetriche formate sotto la guida maschile del servizio medico olandese (Adnani et al., 2023). All'incirca nello stesso periodo in India i medici maschi proposero di fornire alle levatrici tradizionali, le dai, una formazione a livello formale, un tentativo che finì per portare alla sostituzione delle dai con ostetriche e dottori già impiegati dalle istituzioni mediche ufficiali (Samanta, 2016).

Anche in Europa, e fin dal XVI e XVII secolo, le levatrici furono ricondotte sotto la giurisdizione di responsabili maschi, avevano bisogno per lavorare del permesso delle autorità ecclesiastiche, guidate da uomini, e a volte erano obbligate a testimoniare come periti nei processi per «infanticidio, verginità contestata, aborto e sterilità» (Sprecher e Karras, 2011). Fu in questo periodo che in Francia si affermò la moda degli “accoucheurs” (ostetrici maschi), che entrarono in competizione con la cosiddetta “pratica naturale” delle levatrici e resero popolare il ricorso a strumenti come il forcipe. Grazie al loro genere e al loro prestigio sociale, gli uomini poterono affermare la loro autorità nel settore, nonostante vantassero un'esperienza pratica molto limitata o inesistente (Martucci, 2017). All'epoca, gli uomini che si preparavano a diventare medici erano molto più influenzati da testi sul parto scritti da altri medici, che a volte non avevano mai assistito a un travaglio o a una nascita (Hobby, 1999), che dalla conoscenza pratica (Thomas, 2016).

Le nascenti “scienze naturali” fecero emergere una visione della medicina come studio oggettivo, parte di un sistema universale di conoscenza, sistema da cui le levatrici e le ostetriche furono sostanzialmente escluse (Shiva, 1996). A differenza dei medici maschi, non erano formate né coinvolte nei metodi scientifici di indagine sperimentale. Entro la fine del XVIII secolo la professione medica era quasi esclusivamente riservata agli uomini, e le levatrici erano accusate di ricorrere a pratiche antiche, pericolose e superate. Uno studio sul Sudafrica di epoca coloniale dimostra, per esempio, che l'esperienza pratica e le conoscenze delle levatrici – e soprattutto delle levatrici nere – veniva quasi del tutto ignorata dai documenti storici (Deacon, 1998). Per contro, il contributo portato al settore dagli uomini era ben documentato, cosa che favorì il prevalere di una concezione

prevalentemente maschile del parto. Le nuove teorie in materia paragonavano il corpo a una macchina e il parto a un processo meccanico, concezione che estromise ulteriormente le levatrici dalla pratica della medicina, visto che le donne non possedevano, si riteneva, le conoscenze e le capacità per comprendere il meccanismo della nascita (Murphy-Lawless, 1998). Il corpo delle partorienti era sempre più spesso definito come incontrollabile, incontenibile, sfrenato, indisciplinato, inaffidabile, riottoso (Carter, 2010). Nel 1915 il dottor Joseph DeLee, autore del più importante manuale di ostetricia dell'epoca, descriveva il parto come un processo patologico che danneggiava tanto le madri come i nascituri. “Se la professione (l'ostetricia) comprendesse che il parto visto con occhi moderni non è più una funzione normale... le levatrici non dovrebbero essere nemmeno nominate,” scriveva (DeLee, 1915). In seguito il dottor DeLee proporrà alcuni interventi, come il ricorso di routine a sedativi, etere, episiotomia e forcipe – tutte pratiche che oggi sappiamo essere dannose se usate senza necessità – per salvare le donne dai «mali» naturali del parto (Leavitt, 1988).

L'emarginazione delle levatrici nella pratica della medicina ostetrica fu un fenomeno globale, di cui oggi vediamo le conseguenze più gravi nei paesi a basso e medio reddito. L'Organizzazione mondiale della sanità ha identificato l'Africa e il Sud-Est asiatico come le regioni con la più bassa percentuale di stati che riconoscono la professione della levatrice come professione autonoma. Le persone che curano la formazione delle levatrici in queste regioni riferiscono costantemente problemi nell'accedere ai servizi igienici, e nell'Africa occidentale di lingua francese i tre quarti di loro non hanno accesso all'acqua potabile almeno per alcuni periodi di tempo. Inoltre secondo l'OMS nella regione africana si registra il 56% della insufficienza

globale di professioniste/i della salute dedicate/i a provvedere assistenza sanitaria sessuale, riproduttiva, materna, neonatale e adolescenziale (UNFPA et al., 2021).

E anche se oggi quella della levatrice è ampiamente considerata una figura professionale moderna, regolamentata e tecnica, perfettamente integrata nelle infrastrutture dell'assistenza sanitaria, resta quasi ovunque una occupazione prevalentemente femminile. Le ricerche dimostrano che il personale del settore soffre di una grave segregazione occupazionale, divari retributivi di genere, mancanza di opportunità di carriera e diverse forme di discriminazioni e di molestie, comprese le molestie sessuali (UNFPA et al., 2021). Un rapporto dell'OMS del 2019 ha rilevato che il divario retributivo di genere nell'assistenza sanitaria era maggiore che in altri settori, e che le operatrici sanitarie guadagnavano in media il 28% in meno rispetto ai colleghi maschi – e che persisteva un divario dell'11% tra infermiere e levatrici anche adeguando le percentuali alla segregazione occupazionale (Boniol et al., 2019).

Sminuire questa figura professionale «produce una limitazione delle scelte e delle opportunità lavorative per le levatrici e rafforza gli squilibri dei rapporti di potere all'interno della società», compresa la mancanza di autonomia professionale (UNFPA et al., 2021), che le levatrici stesse identificano come un ostacolo alla garanzia di un'assistenza altamente qualificata (International Confederation of Midwives et al., 2016). Il rapporto 2021 di State of the World's Midwifery [Stato della professione di levatrice nel mondo] osserva come, nei paesi a basso e medio reddito, molte di loro incontrano difficoltà, a volte insormontabili, nel farsi rimborsare dai programmi assicurativi statali, cosicché sono costrette a rimetterci di tasca loro o a privilegiare l'assistenza delle pazienti in grado di pagare.

Eppure da tempo i ricercatori si sono accorti che gli investimenti nella formazione e nell'attività delle levatrici possono produrre dividendi significativi nella salute materna e neonatale, con costi ridotti ed esiti migliori rispetto a modelli di assistenza più medicalizzati (UNFPA et al., 2021). Uno studio condotto nel 2021 da Lancet Global Health con il sostegno di UNFPA ha riscontrato che un significativo incremento nella copertura degli interventi delle levatrici nei parti potrebbe scongiurare il 41% delle morti materne, il 39% delle morti neonatali e il 26 per cento dei decessi alla nascita – per un totale di circa 2,2 milioni di morti ogni anno fino al 2035, in maggioranza nei paesi a basso e medio reddito (Nove et al., 2021).

A proposito della marginalizzazione storica delle donne nel settore dell'ostetricia, vale la pena esaminare il ruolo svolto dalla discriminazione di genere nel perdurare dell'insufficienza dei finanziamenti destinati alla professione della levatrice. Vale anche la pena studiare in un'ottica di genere le conseguenze di tali gerarchie nella medicina in generale, situazione che non riguarda soltanto le figure professionali della salute ma anche le persone che usufruiscono dei servizi sanitari (e, nei casi di negligenza e di esclusione, delle persone che non ne usufruiscono).

La violenza ostetrica e ginecologica, genericamente descritta come le violenze e i maltrattamenti subiti nel ricevere assistenza per la salute riproduttiva, è un tema che preoccupa sempre di più la comunità internazionale (OHCHR, 2019a). Si tratta di un concetto che abbraccia molte situazioni, come gli abusi fisici e verbali (per esempio scherno, minacce, pugni e calci, ricorso a bavagli e a strumenti di contenzione fisica (Downe et al., 2023) – oltre che gli eccessi di intervento, come le episiotomie non giustificate da esigenze mediche, l'assenza di consenso informato, il rifiuto di somministrare la terapia del dolore (UNFPA, 2019a) e la sterilizzazione forzata. Le ricerche evidenziano che tali forme di maltrattamenti tendono a verificarsi soprattutto «in quei contesti in cui le operatrici/gli operatori, principalmente le levatrici, non si sentono supportate o si sentono addirittura vittimizzate all'interno delle gerarchie professionali» (Schaaf et al., 2023). I maltrattamenti nell'ambito



Parti sicuri e in autonomia per le donne colombiane di ascendenza africana

Più di vent'anni fa, la diciottenne Shirley Maturana Obregón si recò all'ospedale del Chocó, un dipartimento colombiano sul Pacifico, per una gastrite. Malgrado fosse al nono mese di gravidanza, non le venne neppure in mente di farsi ricoverare per partorire nella struttura.

«Non era l'ambiente che desideravo» dice a UNFPA Maturana Obregón. «Volevo che ci fosse mia madre e [in ospedale] ho sentito dire che sarei stata da sola.»

Perciò tornò a casa sua e poco dopo iniziò il travaglio. C'erano sua madre e le sue sorelle a sostenerla – e c'era una partera, una levatrice tradizionale, che conosceva e praticava la medicina della comunità colombiana di ascendenza africana. «È stato bellissimo e indimenticabile» ricorda.

Per Maturana Obregón, la decisione di partorire con una partera rifletteva le sue priorità culturali e personali. Ma il parto in casa può essere anche sintomo di mancanza di alternative. La popolazione del Chocó – per l'80% di ascendenza africana – è incomparabilmente più povera e resta in larga misura scollegata

dai servizi formali per la salute presenti in Colombia. Il ricorso a una struttura medica a volte richiede spostamenti attraverso territori pericolosi e coinvolti in conflitti, oppure, semplicemente, troppi soldi.

Le conseguenze di un parto non professionalmente assistito possono essere mortali, soprattutto per le donne e le ragazze di questa comunità, che affronta una percentuale doppia di rischi di morte durante la gravidanza e il parto rispetto alle loro omologhe colombiane non afro-discendenti. Nel tentativo di migliorare la salute materna, tuttavia, il servizio sanitario ha in alcuni casi estromesso le parteras e il significato culturale che queste rappresentano.

Le parteras sono state a volte tacciate di essere streghe ed erboriste, ritratte come poco attente all'igiene e poco professionali. Storicamente, la legge colombiana esige che chiunque assista una partoriente abbia una abilitazione medica, regole che hanno portato a cancellare il lavoro delle parteras e a isolarle dalla medicina ufficiale. Ma lungo la costa colombiana sul Pacifico sono spesso le sole

operatrici sanitarie disponibili. Secondo le statistiche nazionali, nel 2021 in una città del dipartimento di Chocó ogni singolo parto è stato assistito da una levatrice tradizionale (DANE e UNFPA, 2023).

«I medici ci trattano come se tutto [quello che facciamo] fosse sporco» dice la partera Francisca Córdoba, che tutti chiamano Pacha Pasmó. «Come ho già detto a parecchi dottori, puoi anche avere cinque anni di esperienza, ma non hai certo l'esperienza che ho io, che ho iniziato ad assistere ai parti prima che tu nascessi.»

Ora una nuova iniziativa cerca di far collaborare più da vicino personale sanitario e parteras. Nel 2020 è stato lanciato il progetto Partera Vital che mira a riconoscere la validità del loro lavoro spesso invisibile, offrendo alle donne incinte e post-partum un'assistenza di grande valore culturale e al tempo stesso fornendo alle parteras formazione e strumenti adatti per erogare i loro servizi in sicurezza, cooperando con il sistema medico ufficiale.

Con Partera Vital, l'istituto nazionale di statistica colombiano ha avviato una collaborazione con UNFPA e alcune



Il progetto di UNFPA Partera Vital mira a riconoscere e potenziare il lavoro delle levatrici tradizionali come Shirley Maturana Obregón (a sinistra) e Pacha Pasma (a destra), per aiutare le donne incinte del Chocó, in Colombia.

associazioni locali di parteras per emendare i regolamenti che vietano alle assistenti tradizionali di registrare i neonati e le neonate. Anzi, è stata loro fornita una App per dispositivi mobili che consente loro di registrare direttamente le nascite all'ufficio dello stato civile; le parteras si sono inoltre riunite per alcune sessioni di formazione volte a migliorare l'identificazione dei fattori di rischio durante la gravidanza e il parto.

Il progetto ha coinvolto inizialmente 30 delle levatrici tradizionali del Chocó. Sono state consegnate loro bilance per pesare bambini e bambine appena nate, kit per il parto sicuro contenenti articoli come lenzuola pulite e guanti, monitor per misurare la pressione, essenziali per identificare complicanze potenzialmente letali. «Se una partera si accorge che una donna gravida ha

la pressione troppo alta, la fa subito ricoverare» spiega Pacha.

L'impatto del progetto è stato immediatamente evidente nel 2020, durante la pandemia da COVID-19, quando le statistiche hanno mostrato che il 34 per cento delle nascite nel Chocó era stato assistito dalle parteras – con un aumento di quasi il 50% rispetto ai dati dell'anno precedente. Le parteras hanno chiesto allo stato di essere riconosciute come lavoratrici essenziali durante la crisi, un cambiamento che ha permesso loro di ricevere risorse e attrezzature per occuparsi delle loro comunità. Ultimamente l'UNESCO, l'Organizzazione educativa, scientifica e culturale delle Nazioni Unite, ha inserito l'assistenza ostetrica, in Colombia e in altri Stati, nella lista rappresentativa del patrimonio culturale immateriale dell'umanità.

L'introduzione nel Chocó del progetto Partera Vital ha coinciso con un importantissimo progresso per la salute nella regione: la riduzione delle morti materne. «Ancora non sappiamo in quale misura il riconoscimento delle parteras abbia contribuito agli sforzi nazionali per ridurre la mortalità materna nel Chocó, ma sappiamo che nel 2023 le morti materne sono diminuite di quasi il 40%» dice il consulente colombiano di UNFPA per la salute sessuale e riproduttiva, Jose Luis Wilches Gutiérrez.

Dopo aver partorito con una partera, Maturana Obregón lo è diventata a sua volta. «Le donne che aiutiamo vogliono far nascere i loro figli e figlie con una partera, perché le aiuta a partorire nel modo che scelgono loro» dice. «Noi siamo lì per far avverare i sogni di queste donne.»

della salute riproduttiva contribuiscono in misura significativa alla mortalità materna, e creano ulteriori ostacoli al ricorso alle strutture sanitarie nelle donne e bambine già marginalizzate (UNFPA et al., 2023).

Il retaggio della discriminazione etnica e razziale

Una delle conseguenze della pandemia da COVID-19 è stata una rinnovata consapevolezza delle disparità razziali che persistono all'interno dei servizi sanitari, e degli sforzi crescenti per comprendere meglio tali disparità nel contesto delle disparità storiche. Se molte discussioni sulla disparità razziale sono controverse, il progresso verso equità e giustizia nella sanità produce in molti casi soluzioni valide e basate su riscontri oggettivi. In sintesi, comprendere il retaggio della discriminazione razziale e anche il ruolo del colonialismo nell'esportazione delle gerarchie razziali sta rivelando che esistono molti modi possibili per raggiungere l'equità e la giustizia in medicina.

Da sempre i governi valutano la riproduzione in termini essenzialmente strumentali. Si promuove la fecondità quando la si ritiene preziosa per gli obiettivi economici o politici (celebre la battuta dell'argentino Juan Bautista Alberdi: "Governare è popolare"), e la si scoraggia (spesso in modo selettivo, nei gruppi considerati "inferiori") quando è ritenuta indesiderabile. Nei regimi coloniali, e soprattutto nel commercio transatlantico degli schiavi, avere figli era considerato, in senso figurato e letterale, una forma di produzione di beni commerciali (UNFPA, 2023b). In Africa e nei Caraibi, all'inizio del

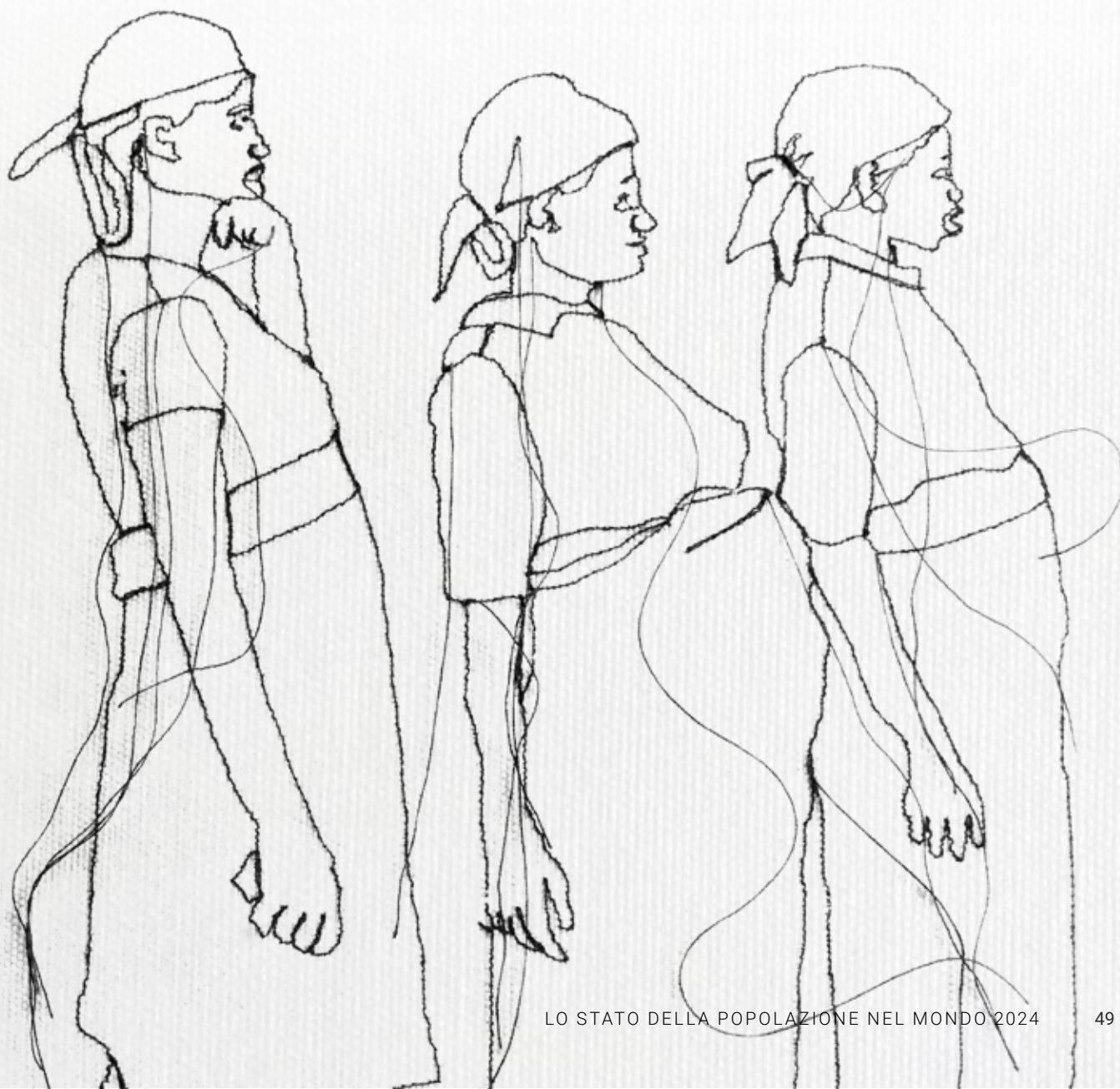
XX secolo, i programmi per la salute materna erano motivati in gran parte dalla percepita scarsità della manodopera necessaria per il lavoro nelle piantagioni e nelle industrie di merci da esportazione (De Barros, 2014; Thomas, 2003). Verso la metà dello stesso secolo l'ottica si orientò invece verso la pianificazione familiare, perché famiglie più piccole sembravano meglio contribuire allo sviluppo economico nazionale e alla sicurezza globale, e anche perché i leader politici e delle organizzazioni internazionali temevano che nei paesi in via di sviluppo stesse per esplodere una "bomba demografica" (UNFPA, 2023b; Bourbonnais, 2016; Solinger e Nakachi, 2016; Ahluwalia, 2008; Connelly, 2008; Klausen, 2004; Briggs, 2003; Hartmann, 1995). In particolare, la retorica strumentalista che circonda la riproduzione umana persiste ancora oggi, tanto nelle paure della "sovrappopolazione" in un contesto di cambiamenti climatici – in cui spesso si attribuisce la distruzione ambientale ai tassi di fecondità delle popolazioni del Sud del mondo – quanto nei timori di "sottopopolazione" riferiti all'invecchiamento di alcune società (UNFPA, 2023b).

Per queste ragioni il settore della salute riproduttiva porta ancora le profonde cicatrici della storia coloniale e razzista. Lo schiavismo istituzionalizzò la perdita, per le donne nere, di ogni autonomia corporea e riproduttiva, e incentivò il controllo sulla capacità riproduttiva delle persone schiave (Johnson et al., 1999). Per molte donne nere quella riproduttiva era un'area di controllo e sfruttamento che includeva stupri, sterilizzazioni forzate, esperimenti medici e attività non consensuali di ricerca e formazione medica. Uno degli esempi più noti è il caso del ginecologo J. Marion Sims, che eseguì interventi chirurgici sperimentali sulle schiave nere, senza anestesia e senza alcun consenso informato (Owens, 2017) – ma il suo non fu certo un incidente isolato. Gli ospedali per le/gli schiave/i

dell'epoca avevano come primo obiettivo quello di contribuire alla conoscenza biomedica sulle persone nere e normalizzarono l'idea che i loro corpi fossero fisiologicamente diversi, inferiori e insensibili al dolore (Hogarth, 2017).

Così i progressi nella medicina ostetrica e ginecologica contenevano una contraddizione intrinseca per alcune donne e bambine più marginalizzate: queste branche della medicina si compongono, da un lato, di conoscenze e tecnologie che possono salvare vite e alleviare sofferenze, ma dall'altro contengono nelle loro

origini, e addirittura perpetuano, gravi abusi. Questo dualismo ha svolto un ruolo anche nell'avvento della contraccezione moderna, che fu una rivoluzione per l'autonomia corporea e riproduttiva delle donne ma al tempo stesso fu propagandata come uno strumento per l'applicazione delle teorie eugenetiche. I moderni metodi di controllo della fecondità erano in gran parte considerati, anche dai loro primi fautori, come uno strumento per ridurre la riproduzione delle popolazioni "indesiderate", in particolare donne povere e donne con disabilità, donne nere, donne appartenenti alle etnie marginalizzate del



Sud del mondo e persone indigene nel Nord (Ross e Solinger, 2017; Ginsburg e Rapp, 1995). L'uso della contraccezione come strumento di controllo riproduttivo proseguì per molti decenni. Nel Sudafrica dell'apartheid, per esempio, spesso le donne nere erano sottoposte ad aggressivi programmi di contraccezione, mascherati da iniziative per il controllo demografico (Klugman, 1993).

Le donne nere vissute in Sudafrica sotto il regime dell'apartheid avevano anche maggiori probabilità di essere esposte a violenze e maltrattamenti ostetrici nel servizio sanitario. Trattamenti non consensuali e violenze ostetriche si osservavano soprattutto negli ospedali pubblici che servivano in maggioranza le comunità a basso reddito, quelle cioè in cui si intrecciavano diversi fattori di marginalizzazione: genere, povertà, razzializzazione. Tali popolazioni subirono interventi

senza consenso informato, senza alcuna consapevolezza dei diritti del paziente, da personale sanitario senza alcuna preparazione in materia di consenso informato e di assistenza all'insegna del rispetto (Jewkes et al., 2015).

Per le persone nere e per altre categorie svantaggiate, quello dell'assistenza medica inferiore alla media è un problema che persiste anche oggi (UNFPA et al., 2023). Gli organismi internazionali per i diritti umani, per esempio, hanno ripetutamente espresso la loro preoccupazione per il persistere di discriminazioni e di violazioni dei diritti umani nei confronti delle donne Rom, soprattutto nell'ambito della salute riproduttiva (Committee on the Elimination of Racial Discrimination, 2017; Human Rights Committee, 2016; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, 2015). Un rapporto del 2020, stilato dal Centro europeo per i diritti delle persone Rom, sui diritti riproduttivi delle donne rom ha riferito che durante il parto molte delle intervistate erano state immobilizzate, avevano subito maltrattamenti psicologici e si erano viste negare l'anestesia (ERRC, 2020). Quel retaggio, inoltre, persiste nel perpetuarsi delle disparità nella salute ai danni delle donne nere e appartenenti a minoranze etniche, nel Regno Unito (MBRRACE-UK, 2020) e negli Stati Uniti (Hoyert, 2023), nonché tra le persone migranti e appartenenti a talune caste, in India (Allard et al., 2022) e in altre nazioni dell'Asia meridionale (Kapilashrami e John, 2023).

Possiamo però individuare uno sviluppo positivo nell'aumentata attenzione, e nella crescente disponibilità di dati statistici, riguardo alla discriminazione e agli abusi nell'ambito della salute sessuale e riproduttiva (Downe et al., 2023). In queste ricerche si osserva che le discriminazioni sono collegate alla normalizzazione del danno, e risultano spesso invisibili alle operatrici e agli operatori, ai servizi sanitari in generale e



persino alle stesse pazienti. «Quando la violenza è quotidiana, persino banale, un “fatto della vita”... diventa scontata, invisibile e, di conseguenza, strutturalmente radicata» osserva la ricerca. Per di più ogni sforzo per ridurre o eliminare tale violenza risulta inefficace se prima non affronta le discriminazioni e le stigmatizzazioni (Bohren et al., 2022), osservazione che si potrebbe considerare un invito ad agire per sradicare i pregiudizi in tutti gli ambiti dell'assistenza sanitaria.

Tali rilevazioni possono e devono trovare applicazione, con grande evidenza, in quei servizi

sanitari in cui le disparità nell'assistenza possono essere attribuite ad appartenenza etnica, differenze culturali, condizione di migranti o altre forme di marginalizzazione. Per contrastare i trattamenti contrassegnati da mancanza di rispetto e abusi a cui sono sottoposte le partorienti l'OMS ha per esempio lanciato una call for action rivolta a governi, personale e istituzioni per la salute, associazioni professionali e istituzioni scolastiche ed educative, esortandoli ad agire mediante ricerche, allineamento sui diritti umani e incentivata partecipazione delle donne provenienti dalle comunità interessate (WHO, 2015).

Sterilizzazione forzata – la violazione continua

Se l'assistenza qualificata per la salute sessuale e riproduttiva contribuisce all'empowerment personale e ne è a sua volta sostenuta, è vero anche il contrario. Un'assistenza inferiore agli standard minimi o non conforme alle esigenze individuali, il rifiuto di erogare servizi e la violazione dei diritti riproduttivi, possono produrre una serie di ripercussioni a cascata per l'interavita di una persona. Tali svantaggi, a loro volta, contribuiscono alla vulnerabilità, al rifiuto delle cure e a nuove violazioni dei diritti. Forse in nessuna circostanza è più evidente che nel caso della sterilizzazione forzata, una delle forme più estreme di controllo sull'autonomia riproduttiva. Negando alle donne il diritto di avere figli, la sterilizzazione non consensuale mostra come, per alcune società determinate, le donne non possono essere madri. Donne nere, indigene, appartenenti a minoranze religiose, donne con disabilità, istituzionalizzate, migranti e povere residenti in contesti rurali sono state spesso soggette a sterilizzazioni abusive (Roberts, 1991), non solo in passato ma ancora oggi. Per esempio, nel 2015, è stato presentato un esposto alla Commissione per l'Uguaglianza di genere da parte di 48 donne sudafricane sottoposte a sterilizzazione forzata o coercitiva negli ospedali pubblici. Si trattava, in tutti questi casi, di donne nere incinte, in maggioranza positive all'HIV. Le donne hanno raccontato di essere state forzate o sottoposte a coercizione, mentre si trovavano in situazioni di estrema sofferenza fisica o durante il travaglio, per convincerle a firmare il modulo di consenso alla sterilizzazione. La commissione ha decretato che i loro diritti all'uguaglianza, alla libertà dalle discriminazioni, alla dignità, all'integrità fisica, alla libertà e alla sicurezza del loro corpo, oltre che ai massimi livelli ottenibili di salute, compresa la salute e i diritti sessuali e riproduttivi, erano stati violati (Commission for Gender Equality, 2020). In un rapporto del 2022, depositato presso il Consiglio per i diritti umani, viene evidenziato come la sterilizzazione forzata sia una prassi diffusa in tutto il mondo (United Nations General Assembly, 2022).

L'attivismo di base dà visibilità alle donne indigene scomparse o assassinate

La madre di Carolyn DeFord è scomparsa nel 1999, ma solo nel 2011 sua figlia ha sentito l'espressione che descrive la complessa sofferenza che ha provato da quel giorno in poi: **lutto ambiguo**. «Ti senti bloccato, non riesci ad andare avanti e sei in uno stato di dubbio costante» dice DeFord, residente nello stato di Washington, che fa parte della tribù Puyallup e siede nel consiglio direttivo dell'associazione Missing and Murdered Indigenous Women USA (MMIWUSA). «Ho immaginato tutto quello che potrebbe essere successo a mia madre, ogni cosa in ogni modo, tante e tante volte.»

Negli Stati Uniti viene denunciata ogni anno la scomparsa di migliaia di persone indigene, i cui parenti devono affrontare l'esperienza di un'impossibile elaborazione del lutto. Il tasso di omicidi su donne native americane residenti nelle riserve è di dieci volte superiore alla media nazionale (Urban Indian Health Institute, 2018) e l'assassinio è la terza causa di morte per le donne native. Le statistiche parlano chiaro, eppure nei dati ci sono enormi lacune, nel senso che i numeri in questione sono

probabilmente sottostimati. Nel 2016 il National Crime Information Center ha riportato 5.712 casi di donne e ragazze, indiano-americane e native dell'Alaska, scomparse; nello stesso anno il Dipartimento di giustizia degli USA ha registrato soltanto 116 di questi casi nel suo database delle persone scomparse.

Mancate denunce, errata classificazione razziale e pessimi rapporti tra forze dell'ordine e comunità native contribuiscono alla mancanza di dati affidabili (Urban Indian Health Institute, 2018). L'organizzazione delle competenze giurisdizionali non fa che esacerbare il problema. Nel 1978 la Corte Suprema degli Stati Uniti ha sentenziato che le nazioni tribali non possono più perseguire le persone non-native che commettono reati contro persone native in territorio tribale. Di conseguenza, quando una persona indigena è vittima di un crimine violento, occorre stabilire l'identità (nativa o non-nativa) di vittime e autori del crimine, il luogo del delitto (se entro o fuori la riserva), la natura e la gravità dell'atto, per poter stabilire quali autorità sono competenti a risolvere il caso.

Molti sono convinti che ci si approfitti di questa confusione per prendere di mira donne e ragazze indigene. «Dobbiamo poter avere giurisdizione sui crimini commessi sulla nostra terra. Siamo nazioni dentro altre nazioni, nazioni sovrane all'interno di una nazione, e siamo quelli meno in grado di proteggere la nostra gente» dice DeFord.

Le famiglie delle persone scomparse e le/i difensore/i dei popoli nativi affermano che, una volta concluse le indagini, non ottengono mai quanto necessario. «Sembra che ci sia uno scarica-barile, nessuno vuole sporcarsi le mani» dice DeFord. «Probabilmente non è così, ma questa è l'impressione.»

Nel 2013 il ripristino del Violence Against Women Act (VAWA) ha restituito giurisdizione tribale sulle persone non-native che commettono un crimine di violenza domestica in territorio tribale. Più di recente, nel 2022, l'elenco dei crimini perseguibili è stato allargato a includere, tra gli altri, reati come la violenza sessuale, il traffico a scopo sessuale e lo stalking. La dottoressa Luhui Whitebear, docente di Studi indigeni alla Oregon State University, che siede nel consiglio di MMIWUSA,

afferma che le nazioni tribali hanno oggi accesso a una nuova gamma di strumenti per proteggere la comunità. Ma le riforme legali, dice, non possono fare più di tanto. «La gente pensa, "Sì, ce l'abbiamo fatta!". Ma questa non sempre è la fine della storia.»

Whitebear sottolinea come il ripristino del VAWA del 2022 non copre tutte le nazioni tribali, ma solo quelle riconosciute a livello federale. Ciò significa che nazioni come quella della stessa prof. Whitebear, la Fascia costiera della nazione Chumash, non sono coperte dall'atto. C'è poi il problema delle risorse, perché raramente le tribù hanno accesso a finanziamenti o attività di formazione sufficienti a condurre indagini efficaci.

A dare una mano sono intervenute organizzazioni di base come MMIWUSA. Spesso ciò di cui le famiglie hanno più bisogno, quando una persona cara scompare, sono cose basilari e concrete: biglietti d'aereo, persone sul posto che possano condurre una ricerca, i soldi per pagare una baby-sitter per le/i figlie/i delle persone scomparse. «Sono profondamente grata che ci siano persone che dedicano tanto tempo alle ricerche sul campo e a stampare volantini per denunciare le scomparse, perché a volte le famiglie devono scegliere: "Cenare o cercare la persona scomparsa? Perché nessuno mi aiuta a cercarla". Per questo l'intervento delle organizzazioni, con le risorse messe a disposizione per queste ricerche, è



Carolyn DeFord, la cui madre è scomparsa nel 1999, lavora con MMIWUSA in difesa dei diritti e del benessere di donne e ragazze indigene negli Stati Uniti. Foto per gentile concessione di Carolyn DeFord.

di importanza cruciale» dice la prof. Whitebear.

Un altro passo fondamentale consiste nel mettere fine agli stereotipi sulle persone e sulle comunità indigene. «De-normalizzare lo sfruttamento dei corpi di queste persone, e l'idea che siamo merce a perdere, sarebbe un aiuto enorme» dice ancora Whitebear. «Quello che ci vuole, a mio parere, per mettere fine alle violenze contro le donne indigene, è cominciare a non vedere questo solo come un problema indigeno. È un problema che coinvolge la società per intero .»

Negli anni trascorsi dalla scomparsa di sua madre, DeFord ha imparato a usare il dolore per aiutare altre famiglie che faticano a trovare risposte. «È stato molto terapeutico condividere la mia storia, poter usare

la mia esperienza per sostenere altre persone, così come altre attiviste supportano me» dice. «Essere in grado di fare un il lavoro sul campo per aiutare le famiglie a prendersi cura di sé stesse e stare dove più si sentono utili – mi ha aiutato molto, davvero, poter quasi pensare che questa orribile, traumatizzante esperienza non è stata invano. Se posso servirmene per aiutare altre persone, allora sento che se non altro c'è uno scopo.»

L'attivismo locale sta contribuendo anche a modificare le leggi. «Alcune delle prime leggi del paese sono state approvate qui» dice DeFord, «e questo grazie alle voci dal basso, grazie alle famiglie che sono andate a testimoniare e condividere le nostre storie, le nostre frustrazioni e le nostre richieste.»

Il retaggio della disinformazione

Malgrado i progressi della scienza medica e degli accordi internazionali sui diritti umani, falsità e pregiudizi sono tuttora molto diffusi, e permeano non solo le norme sociali e le legislazioni nazionali, ma anche i servizi sanitari e quelli educativi. Di conseguenza, queste idee sbagliate residuali continuano a provocare danni. Molte di esse poggiano su una concezione semplicistica dello sviluppo sessuale umano. Quando si dà per scontato che sviluppo sessuale, caratteri esteriori e identità sessuale seguano un processo unico, uguale per tutte e tutti, ogni variazione naturale dell'esperienza umana può apparire sbagliata o patologica, e le persone che non si conformano alle aspettative rischiano di trovarsi escluse o danneggiate da politiche e prassi.

Per fare un esempio: il menarca (la prima mestruazione) era ritenuto un tempo il segno biologico incontrovertibile che una ragazza era pronta a iniziare una gravidanza. Si credeva che la capacità di avere mestruazioni indicasse ipso facto fecondità e capacità di avere figli. La condizione matrimoniabile di una ragazza poteva essere determinata, sul piano sociale o legale, dal fatto che avesse o meno avuto le mestruazioni. Ancora negli anni settanta del XX secolo, un manuale di ginecologia utilizzato a livello internazionale insegnava che le mestruazioni erano “il pianto di un utero deluso” (Jeffcoate, 1975), come a intendere che le mestruazioni segnalerebbero il mancato concepimento come fallimento del corpo femminile.

Col tempo i punti di vista sul menarca si sono evoluti, e oggi prevale una concezione più completa della maturità fisica ed emotiva. Oggi si sa che molti dei primi cicli mestruali non sono accompagnati dalla produzione di ovuli, e che pertanto il menarca non segnala necessariamente

la possibilità della fecondazione (Carlson e Shaw, 2019). Inoltre, l'età del menarca cambia a seconda di fattori come la genetica, le condizioni di nutrizione e di esposizione agli inquinanti ambientali (Forman et al., 2013), e si ritiene che la maturità mentale e psicologica avvenga diversi anni – anche dieci – più tardi rispetto all'età del menarca (Arain et al., 2013). Oggi sappiamo che gravidanza e maternità nella prima adolescenza possono comportare rischi psicologici e mentali tali da costituire un rischio per la vita.

Tuttavia, invece di insegnare che il menarca è solo un fattore tra i tanti nel processo dello sviluppo della fecondità, si continua a insegnare che si tratta dell'indizio che il corpo è “pronto” a una gravidanza. Questa eccessiva semplificazione può essere sfruttata a sostegno di nozioni scorrette come quella secondo cui le giovanissime adolescenti non hanno bisogno di ricevere alcuna forma di educazione sulle mestruazioni, o il pregiudizio secondo cui le adolescenti sono fisiologicamente in grado di partorire.

Un'altra iper-semplificazione riguarda l'essentialismo di genere, ovvero l'idea ormai superata secondo cui uomini e donne sarebbero diversi dal punto di vista della biologia, della fisiologia e delle capacità innate, e che tali differenze sarebbero immutabili (Meyer e Gelman, 2016). Le ricerche multidisciplinari hanno screditato questa idea, «come dimostrano tra l'altro le scoperte delle neuroscienze che respingono il dimorfismo sessuale», cioè l'esistenza di due categorie distinte e fisse, «suggerendo che la tendenza a considerare il genere/sex come una categoria binaria e significativa è determinata dalla cultura, ed è malleabile» (Hyde et al., 2019).

La realtà è molto più complicata, sia per il sesso che per il genere, termini che spesso vengono confusi ma che hanno significati diversi. Il sesso, in riferimento alle caratteristiche biologiche

e fisiologiche di femmine e maschi, come cromosomi, ormoni e apparato riproduttore, è spesso ricondotto a due sole categorie. Le ricerche invece stimano che almeno il 2 per cento della popolazione presenta in realtà variazioni intersessuali (secondo alcune stime si arriva al 4 per cento [Jones, 2018]), il che significa che presenta anatomia, cromosomi, ormoni e/o altri caratteri fisici non perfettamente riconducibili alla dicotomia maschile-femminile. Dall'altra parte il genere si può descrivere come l'insieme delle caratteristiche, socialmente costruite, di donne, uomini, ragazze e ragazzi, e il processo con cui ci si conforma a tali aspettative sociali mediante norme, comportamenti, ruoli e altri

strumenti (WHO, s.d.) Anche il genere sfida il dualismo, e le comunità di molti paesi in tutto il mondo (per esempio Argentina, Australia, Bangladesh, Canada, Fiji, India, Messico, Nepal, Nuova Zelanda, Pakistan, Filippine, Samoa, Tailandia, Tonga e Stati Uniti) riconoscono identità che non corrispondono a quelle binarie maschile/femminile (OHCHR, 2023a).

Riconoscere l'esistenza della diversità di genere non ha alcuna implicazione intrinsecamente politica o ideologica, come pure il constatare la prevalenza di caratteri sessuali non-dimorfici. Tale complessità non esige di eliminare le categorie di "uomini" e "donne". Al contrario,

Quando le aspettative di genere scendono in pista

Molte persone nate con caratteri sessuali non-dimorfici sono costrette dal sistema legale, sociale e sanitario ad adeguarsi per rientrare nel genere binario; chi non si riconosce in una sessualità binaria spesso viene messa/o sotto esame, affrontando stigma ed esclusione perché non si risponde a sufficienza alle norme di genere vigenti.

Caster Semenya, mezzofondista sudafricana di fama mondiale, a cui è stato assegnato il sesso femminile alla nascita e che si è sempre identificata come donna, ha visto la sua identità ripetutamente messa in dubbio dalle atlete concorrenti e dalle istituzioni: una situazione ricorrente per le donne e ragazze percepite come troppo maschiline. Semenya ha subito coercizioni per "correggere" il suo fisico mediante un trattamento a base di ormoni. Durante la terapia ha continuato a vincere gare, ma provava stanchezza e nausea, come se, disse, «stessi correndo con un corpo che non era il mio» (Semenya, 2023). È anche stata sottoposta a ripetuti e invasivi esami per stabilirne il sesso, con test che violavano una serie di diritti fondamentali tutelati da accordi internazionali. La Corte europea per i diritti umani ha di recente stabilito che il suo diritto a essere libera da discriminazione e alla privacy è stato violato (European Court of Human Rights, 2023), eppure la World Athletics, l'organismo di governo dell'atletica mondiale, continua a vietarle la partecipazione alle gare (Reid e Worden, 2023). Semenya è solo una delle tante atlete di primo piano (spesso provenienti da paesi del Sud Globale) estromesse dalle competizioni e sottoposte a pressioni per subire interventi chirurgici e/o esami dell'apparato genitale, solo perché i loro caratteri sessuali sono considerati inaccettabili dalle autorità sportive (Longman, 2024).

il consenso globale sul conseguimento dell'uguaglianza di genere esige che i mali associati in larghissima maggioranza a uomini e ragazzi o a donne e ragazze siano identificati come tali. Ma anche i mali associati in larghissima maggioranza a persone che non si conformano alle categorie binarie di sesso e di genere devono essere accuratamente identificati, altrimenti continueranno a persistere – e si tratta di mali significativi. L'Ufficio dell'Alto Commissariato per i Diritti umani osserva che le persone intersex sono soggette a infanticidio; a interventi medici forzati e coercitivi; a discriminazioni nelle scuole, nello sport, nell'occupazione e in altri servizi; a difficoltà nell'accedere alla giustizia e al riconoscimento legale (OHCHR, s.d.a). Anche le persone di diversi orientamenti sessuali ed espressioni di genere, tra cui lesbiche, gay, bisessuali e persone transgender, affrontano gravissime discriminazioni e violenze, comprese forme di violenze legalizzate e/o perpetrate dallo Stato (OHCHR, s.d.b). Il mancato riconoscimento della diversità sessuale – quale è per esempio negare l'esistenza della diversità sessuale o rifiutarsi di raccogliere dati sulle minoranze sessuali – non elimina, e non può eliminare, tali brutalità ed esclusioni.

Anche la disinformazione sulle differenze anatomiche in base a categorizzazioni razziali è tuttora profondamente radicata nei sistemi scolastici ed educativi, compresi quelli per la formazione medica. Per esempio, molti manuali contemporanei di ostetricia continuano ad usare la classificazione delle conformazioni pelviche proposta nel 1938 da W.E. Caldwell e H.C. Moloy, due medici convinti che certe conformazioni pelviche fossero “ultra-umane” – lo standard percepito dello sviluppo umano – mentre altre rappresentavano uno “stadio evolutivo rimasto alla forma scimmiesca”. Oggi, osservano i

ricercatori, “Ci sono solide prove che la forma del canale del parto è estremamente variabile e tende a diversificarsi non solo tra una e l'altra popolazione umana, ma all'interno di una stessa popolazione. Ricorrere alla forma ginecoide come modello per tutte le donne è privo di conferme empiriche, fattualmente inaccurato e potenzialmente pericoloso, specie per le donne di origine non-europea» (Betti, 2021).

Simili concezioni erranee influenzano la possibilità di accedere alla terapia del dolore e ad altre forme di assistenza. Uno studio condotto negli Stati Uniti nel 2016 ha constatato che circa la metà delle persone partecipanti ai corsi di medicina o tirocinanti negli ospedali coltivava almeno una falsa credenza riguardo alle differenze biologiche tra persone nere e bianche, per esempio che le persone nere avrebbero terminazioni nervose meno sensibili, pelle più spesso o una maggiore fecondità (Hoffman et al., 2016).

Come ultimo esempio, anche le false credenze sulla storia sono enormemente diffuse, e comportano tuttora conseguenze sull'accesso a servizi che dovrebbero contribuire all'autonomia corporea e alla salute sessuale e riproduttiva. Per esempio, molte narrazioni popolari inducono a ritenere che l'affermazione a livello internazionale dei diritti sessuali e del diritto all'aborto sia una forma di influenza dell'Occidente (OHCHR, 2023a). In realtà moltissime attestazioni indicano che i regimi coloniali adottano e impongono norme e leggi omofobe, e limitazioni all'autonomia corporea delle donne (cfr. Reportage a pag. 60). Spesso tali norme e leggi restano in vigore anche dopo il conseguimento dell'indipendenza dal controllo coloniale, e anche laddove le culture pre-coloniali erano relativamente più aperte alla diversità nelle espressioni di genere e negli orientamenti sessuali.



Nuove definizioni accolte dai servizi sanitari

Gli esperti della salute accettano ormai quasi ovunque che il menarca non sia il segno che definisce l'essere donna e che i pregiudizi razziali riguardanti la soglia del dolore e la conformazione pelvica possono causare danni e lesioni. Sempre più spesso inoltre i sistemi sanitari riconoscono la diversità di identità di genere, orientamenti sessuali e caratteri sessuali come parte dello spettro dello sviluppo umano. Negli ultimi trent'anni per esempio molti tratti delle minoranze sessuali, un tempo considerati patologici, sono stati ricompresi come fisiologici o comunque esclusi dai codici diagnostici. Non si tratta semplicemente di uno sforzo per meglio tutelare i diritti umani, ma anche di una riflessione sulle «prove inattendibili e le motivazioni sociali che giustificavano» anche in precedenza tali diagnosi (Carpenter, 2018). Questo passo avanti è anche coerente con l'impegno globale per migliorare la salute pubblica generale mediante la de-stigmatizzazione (UNAIDS, 2021) e grazie alla crescente consapevolezza del fatto che i sistemi sanitari devono adattarsi alle popolazioni per cui lavorano, che sono molto più varie e diverse di quanto riconosciuto in precedenza.

Alcuni Stati però stanno valutando misure intese a ribadire la patologizzazione e a intervenire sulla medicina affermativa di genere. Nel 2021 in Guatemala, una bozza di decreto, che poi non è stato approvato, intendeva proteggere bambine e bambini dal "disordine" e dal "trauma" dell'identità transgender, mentre in Ghana è allo studio una bozza di legge che promuova la pratica della cosiddetta "terapia della conversione" mediante l'offerta di incentivi alle persone transgender che "abiurano" (OHCHR, 2022). Negli Stati Uniti sono stati approvati 87 decreti anti-trans, sui circa 600 proposti a livello locale, statale e federale,

tra cui alcuni che penalizzano le/i dipendenti delle strutture sanitarie che raccomandano visite specialistiche per le persone transgender o erogano loro terapie affermative di genere (Trans Legislation Tracker, s.d.).



Un ponte per un futuro migliore

Riconciliare i moderni servizi sanitari con questi retaggi non dev'essere un processo doloroso o punitivo. Come mostra la storia della ICPD, esiste un'agenda comune, concordata a livello mondiale, per assicurare l'uguaglianza di genere e la salute e i diritti sessuali e riproduttivi per tutte le persone. I benefici di questa agenda comune si avvertono a livello individuale, in termini di diritti umani rispettati, superiori livelli di salute e di potenziale umano sviluppato, e a livello di comunità, società, nazioni e regioni. Per raggiungere tali obiettivi comuni occorre compiere uno sforzo concertato e adeguatamente finanziato, non per spingere più in basso coloro che già godono degli utili del progresso, ma per rialzare coloro che ancora non vi accedono.

Non dovrebbe essere controverso osservare che molti progressi in campo medico e sociale sono stati possibili grazie a una lunga storia di maltrattamenti a livello di servizi sanitari, dall'invenzione di strumenti come lo speculum di Sims alle motivazioni eugenetiche che hanno finito per influenzare l'ampliamento dell'accesso alla pianificazione familiare. E non dovrebbe essere controverso riconoscere che la discendenza di quelle persone maltrattate continua a subire alcune delle più pesanti limitazioni nell'accesso a servizi, tecnologie e diritti.

È davvero urgente che impariamo dagli errori passati. Le tecnologie per la salute riproduttiva continuano a progredire rapidamente, creando sia opportunità a beneficio degli individui, sia per la perpetuazione degli abusi (UNFPA, 2024b). Preziosi strumenti diagnostici come i test prenatali sono già comunemente e impropriamente utilizzati per la selezione sessuale basata su pregiudizi di genere, per esempio. Gli utenti delle nuove e potenti tecnologie digitali stanno già concedendo l'accesso a dati privati strettamente

personali, spesso senza neanche saperlo. E all'orizzonte si profilano strumenti diagnostici dominati dall'intelligenza artificiale, trasferimenti di citoplasma in grado di produrre embrioni con tre genitori, gametogenesi in vitro che può produrre sperma o ovuli a partire da cellule non-riproduttive: innovazioni che potrebbero cambiare la natura stessa della riproduzione, della sessualità e della configurazione familiare – insieme a molti altri esiti. La possibilità di produrre danni gravissimi, con problemi per esempio per la sicurezza e la privacy delle e dei pazienti e altre “preoccupazioni sull'etica e sui diritti umani circa la commercializzazione della riproduzione umana» coesistono, come sempre, accanto a conquiste positive importanti (UNFPA, 2024). Nella stessa misura in cui tali tecnologie potrebbero essere usate per abusare o escludere alcuni gruppi marginalizzati, possono anche essere strumenti di inclusione e di empowerment, per esempio potenziando i servizi per la salute sessuale e riproduttiva destinati alle persone che oggi non sono raggiunte, e consentendo l'accesso a persone con identità di genere non conformi e a quelle escluse dai servizi per le terapie dell'infertilità (Perritt e Eugene, 2022), così che possano creare le famiglie che desiderano.

Tanti movimenti in tutto il mondo ci aiutano a riconciliarci con i mali del passato, un impegno che può e deve influenzare la nostra visione del futuro. I donatori globali si stanno concentrando su alcune delle comunità rimaste più gravemente indietro per quanto riguarda gli investimenti su levatrici e ostetriche e sulle iniziative in favore dell'uguaglianza di genere e per l'educazione sessuale e affettiva (cfr. pag. 108). Potenziare l'inclusività nella medicina e nella ricerca significa migliorare la qualità delle conoscenze umane. Oggi siamo in grado di comprendere molto meglio la molteplicità di espressioni di genere, il modo in cui le norme di genere variano tra un paese e l'altro e in uno stesso paese, la

complessità e la diversità dei caratteri sessuali. Comprendiamo molto meglio come le donne razzializzate, le donne indigene e le donne del Sud del mondo siano state escluse da tanti dei progressi cui abbiamo assistito nell'ambito della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi.

L'analisi di questo rapporto, sugli ostacoli per accedere all'assistenza sanitaria come riferiti dalle donne stesse (pag. 28), ha rilevato che il progresso è davvero possibile e che, mentre in linea generale questi gruppi di donne che hanno dovuto affrontare la maggiore prevalenza di ostacoli all'assistenza per la salute hanno anche vissuto

minori progressi, hanno comunque riscontrato alcuni progressi. E in diversi paesi i miglioramenti più efficaci nell'accesso alle strutture sanitarie si sono verificati tra quei gruppi etnici che in precedenza dichiaravano di incontrare gli ostacoli più ardui: si tratta di indicazioni confortanti del fatto che effettivamente è possibile accelerare il progresso. E per quanto siano necessari molti più dati e prove per progettare politiche e programmi in grado di raggiungere tutte le persone (cfr. Capitolo 3), non abbiamo mai avuto una percezione tanto chiara e profonda della disparità e, di conseguenza, della possibilità di conseguire una vera giustizia.



Le *bilum* sono capienti borse prodotte in Nuova Guinea. La gente le usa come *porte-enfant* – “bilum” in lingua tok-pisin significa “grembo” - e per trasportare le merci al mercato, ma anche nelle cerimonie funebri dei membri più illustri della comunità. Così le *bilum* accompagnano tante persone di Papua-Nuova Guinea nell'arco di tutta la vita. Questo disegno, chiamato *skin pig* (lett. pelle di maiale), rappresenta la lotta delle donne per essere viste, ascoltate e rispettate.

Decolonizzare le norme sessuali e di genere

Nel luglio 2023 il Segretario Generale delle Nazioni Unite ha pubblicato un rapporto che richiama l'attenzione sul ruolo del colonialismo nella perpetuazione di violenze e discriminazioni contro le popolazioni gender-diverse (OHCHR, 2023a). Il rapporto, stilato da un esperto indipendente sulla protezione da violenze e discriminazioni basate sull'orientamento sessuale e sull'identità di genere, riepilogava centinaia di riunioni, visite e dialoghi con personalità e soggetti interessati, statali e non-statali, di tutto il mondo. Le prove cumulative evidenziano come specifiche strategie per esercitare il controllo sulle persone colonizzate – strategie adottate da diverse potenze coloniali – hanno prodotto stigmatizzazioni, criminalizzazioni e patologizzazioni dell'attrazione sessuale tra persone dello stesso sesso, delle identità transgender e di altre forme di espressioni gender-diverse.

Diversità precoloniale

Dagli sciamani Babaylan della comunità indigena delle Filippine, alle persone Ogbanje in Nigeria, la diversità di orientamenti sessuali e di identità di genere è sempre esistita ovunque e in tutte le epoche. In molte società, le persone che si identificano in varianti del genere sono state amate e rispettate, come per esempio le

“persone con due spiriti” in America del Nord, le persone Bonju in Europa, Muxes in Messico, Hijra in India e in Bangladesh, Takatāpui in Nuova Zelanda e le “sister girls” degli aborigeni e degli abitanti delle isole dello stretto di Torres, in Australia.

In realtà il significato sociale annesso ai caratteri sessuali è tanto vario quanto variano le culture del mondo. Certo, anche in molte società precoloniali esistevano strutture sociali patriarcali ed eteronormative, ma spesso erano anche ampiamente attestate varianti del genere comunemente accettate. Alcune comunità riservavano, alle persone con identità di genere non conformi, specifici ruoli come per esempio consulenti, comandanti militari, membri della corte reale, guaritrici/guaritori e custodi delle pratiche tradizionali.

Strategie di controllo coloniale

Se i recenti progetti coloniali non hanno inventato le norme di genere binario, ne hanno però prodotto la sistematica imposizione mediante leggi e pratiche che hanno garantito un controllo secolare sulle popolazioni colonizzate. Tra le strategie coloniali, la conversione dei popoli colonizzati mediante le istituzioni religiose, la criminalizzazione della non-conformità di genere e sessuale, l'imposizione di rigide gerarchie sociali.

I codici morali prescritti dalle potenze coloniali adducevano giustificazioni sia religiose che secolari. Per esempio, il “pecado nefando”, o crimine di “abominio”, condannato dai tribunali dell'Inquisizione spagnola e portoghese; le leggi francesi che criminalizzavano gli “atti impuri o contro natura”, intese a inculcare la morale cristiana nei popoli colonizzati; le leggi coloniali britanniche che punivano gli “atti osceni di libidine” tra due uomini. Altre leggi citavano “sodomia”, “pederastia”, “conoscenza carnale contro la natura umana”, oltre a reati come “atti osceni in luogo pubblico” e “favoreggiamento dell'impudicizia”. C'erano poi le leggi contro il vagabondaggio, che pur non colpendo direttamente la condotta irregolare per l'attività sessuale o per il genere, producevano un impatto sproporzionato sulle persone che vivevano in povertà, sulle minoranze sessuali e di genere, sulle persone con disabilità.

Leggi uguali o simili furono applicate anche nelle società delle potenze coloniali. Per esempio, nei paesi europei vi furono periodi di “panico sessuale” o di “panico morale”, durante i quali i governi, le autorità medico-scientifiche e i media mainstream identificavano

come devianti taluni gruppi che non si conformavano alle pratiche sessuali dominanti e “corrette”. L'imposizione di tali leggi nelle colonie era legata alle percezioni della classe politica – basata spesso sui rapporti degli esploratori – secondo cui le relazioni tra persone dello stesso sesso erano endemiche in tutto il mondo colonizzato (HRW, 2008).

Oltre a essere uno degli strumenti principali dell'oppressione, la legge costituiva anche il fondamento di un complesso sistema di socializzazione comprendente forze dell'ordine, medicina, letteratura e istruzione. Per esempio, la sessualità delle persone nere era considerata “eccessiva e insaziabile, e andava quindi regolamentata» (Westman, 2023). Negli ambienti coloniali, la capacità di prosperare dipendeva strettamente dalla capacità della persona di assimilarsi alle usanze bianche, patriarcali ed eteronormative.

Influenza perdurante

Leggi e norme coloniali hanno prodotto un impatto che va ben oltre le colonie, attuali o passate. Nel 1908 la Thailandia, che non è mai stata una colonia europea, adottò il linguaggio del codice penale indiano per vietare gli “atti contro natura”. In alcuni casi, le dinamiche coloniali hanno continuato a influenzare leggi e processi di riforma politica anche in situazioni post-coloniali. Camerun e Senegal per esempio, entrambi ex colonie francesi, hanno criminalizzato i rapporti tra persone

dello stesso sesso dopo la conquista dell'indipendenza, nel 1960.

Oggi sono 64 gli Stati che tuttora considerano reato i rapporti sessuali consensuali tra persone dello stesso sesso, spesso con esplicito riferimento all'intimità sessuale tra uomini; in 41 paesi l'intimità sessuale tra donne è reato; 20 paesi criminalizzano esplicitamente e/o perseguitano le persone transgender con leggi che colpiscono il “travestitismo”, la “sostituzione di persona” e il “camuffamento”. Anche se molta giurisprudenza anti-LGBTQIA+ nel mondo trae origine da legislazioni coloniali e usanze sociali, oggi è la difesa dei diritti umani delle persone LGBTQIA+ a essere spesso descritta come colonialista o rispondente a un'agenda occidentale (OHCHR, 2023).

Un passo importante verso la tutela dei diritti di tutte le persone, in tutte le loro diversità, consiste nel rifiutare l'idea che l'Occidente globale o il Nord del mondo siano archetipi di progresso inevitabile, etichettando come arretrati il Sud o l'Est del mondo. Semmai, è il persistere di un quadro legislativo e di norme sociali di epoca coloniale, retaggio dell'Occidente e del Nord del mondo, ciò che continua a limitare i diritti umani – garantiti dagli accordi internazionali – delle persone LGBTQIA+ e in particolare di quelle che vivono nel Sud o nell'Est del pianeta.

Altri percorsi per la ricerca

La sintesi del rapporto dell'esperto indipendente fin qui descritta esclude per forza di cose l'impatto di leggi e norme coloniali su quegli aspetti

della salute sessuale e riproduttiva che esulano dalla diversità sessuale e di genere. Ma le sue osservazioni sollevano importanti interrogativi sul retaggio coloniale in tema di uguaglianza di genere e di salute e diritti sessuali e riproduttivi.

È dimostrato, per esempio, che l'aborto – praticato in molte comunità pre-coloniali – fu bandito dalle leggi coloniali (OHCHR, 2021b; Malvern e Macleod, 2018). In effetti le potenze coloniali europee sono state definite le “fonti più importanti” della giurisprudenza che limita l'aborto; entro la fine del XIX secolo leggi in questo senso erano in vigore in quasi tutti i paesi del mondo (Berer, 2017). Analogamente, gli articoli contro atti osceni, viziosi o libidinosi – spesso risalenti all'epoca della colonizzazione europea – sono stati largamente utilizzati per impedire le informazioni sulla pianificazione familiare, dall'inizio fino alla metà del XX secolo (Stepan e Kellogg, 1974). Queste e altre conseguenze del colonialismo sulla salute e sui diritti riproduttivi delle donne meritano un'analisi più approfondita, soprattutto in considerazione del persistere di violazioni della salute e dei diritti riproduttivi in tutto il mondo.

Contributo di Victor Madrigal-Borloz, che dal 2018 al 2023 ha svolto l'incarico di esperto indipendente delle Nazioni Unite sulla protezione da violenze e discriminazioni basate sull'orientamento sessuale e l'identità di genere.



CONTARE PUNTO PER PUNTO



La ICPD del 1994 non ha rappresentato, con il suo Programma d'Azione, solo un momento di notevolissimo consenso unanime sul valore della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi globali (Brown et al., 2019; Sen et al., 2019; Corrêa et al., 2015), ma anche un potente appello per avere dati statistici migliori e più trasparenti – un contributo agli standard mondiali raramente riconosciuto. In effetti, un intero capitolo del Programma d'Azione è dedicato alla necessità di avere “dati validi, affidabili, puntuali, culturalmente rilevanti e raffrontabili a livello internazionale», comprese le «informazioni specifiche per il genere e l'appartenenza etnica». Inoltre, ha esortato a indagare le opinioni dei gruppi di persone con meno empowerment e delle persone che vivono in contesti culturali diversi.

Questo appello per la raccolta dei dati è stato fatto in un'epoca in cui si sapeva ben poco, in realtà, sulla salute sessuale e riproduttiva di uomini e donne, o sull'esercizio dei loro diritti. Negli anni Novanta per esempio non esistevano, nella grande maggioranza degli Stati, dati affidabili – e nella maggior parte dei casi, non esistevano dati di sorta – sulla mortalità materna (WHO et al., 2001). All'epoca della ICPD, le stime più recenti dell'OMS sulla mortalità materna (già vecchie di più di cinque anni) erano decisamente grossolane, visto che molte statistiche nazionali erano inficiate da campioni non rappresentativi e da problemi di registrazioni anagrafiche mancanti (WHO, 1991). Anche in assenza di una stima concordata a livello globale sulla mortalità materna per il 1990, il Programma d'Azione richiedeva una riduzione complessiva del 75% di tutte le morti materne tra il 1990 e il 2015, impegnandosi a ridurre le disparità nei decessi «all'interno dei singoli paesi

e tra regioni geografiche, fasce socio-economiche e gruppi etnici» (UNFPA, 1994).

Questi obiettivi innescarono un processo di follow-up che vide l'instaurarsi di una consuetudine collaborativa tra ministeri per la popolazione e per la salute, esperte/i di demografia, statistica, epidemiologia e diritti umani, oltre all'istituzione di indicatori statistici su salute e diritti, con la conseguente raccolta di dati rigorosi per seguire il progresso in direzione degli obiettivi fissati dal Programma d'Azione (Snow et al., 2015; United Nations, 2014; UNFPA, 1998). Dal 1994 in poi, la qualità e la quantità dei dati sulla mortalità materna sono enormemente migliorate, così come i metodi statistici utilizzati per la valutazione degli stessi. Entro il 2014, dall'essere la norma, i dati mancanti erano diventati l'eccezione, benché si fosse alzata l'asticella della definizione di dati attendibili.

A trent'anni dalla ICPD, il mondo è di nuovo a un punto di svolta, ci si prefigge un obiettivo altrettanto ambizioso, che riconosce le dimensioni inaccettabili delle esigenze non soddisfatte e l'inadeguatezza dei dati per poter definire con precisione il problema: si punta infatti a soddisfare i bisogni di salute e diritti sessuali e riproduttivi di tutte le persone che sono rimaste – e che sono state spinte – indietro, non solo facendo passi avanti nella salute e nell'ampliamento delle strutture dedicate, ma anche grazie a una rivoluzione nella raccolta dei dati stessi.

Questo capitolo esplora più da vicino la questione della mortalità materna con i suoi troppi interrogativi senza risposta riguardanti andamenti e tendenze a livello mondiale, regionale, nazionale e sub-nazionale, nonostante i costanti progressi della scienza statistica e della disponibilità dei dati. Ma i tassi e i rapporti sulla mortalità materna non sono

che un punto di partenza: dietro a questo dramma ci sono molte questioni, ancora in attesa di soluzione, riguardanti la salute e i diritti di donne e ragazze che continuano a vedere ben pochi di quei progressi che fanno parte della normale esperienza di chi è più privilegiata.

Un nuovo punto di svolta

Parte di questa storia, emersa con evidenza già da qualche tempo, è data dalle enormi e spesso crescenti disuguaglianze relative a salute e diritti sessuali e riproduttivi. Un crescente corpus di dati statistici dimostra come alcune persone vengano spinte ai margini della società e del servizio sanitario: persone discriminate quando si rivolgono alle strutture sanitarie, ostacolate dalla lingua durante visite e terapie, stigmatizzate per aver contratto l'HIV, impossibilitate a essere raggiunte perché non godono dei privilegi della cittadinanza. E questi sono solo alcuni esempi.

I dati a disposizione indicano chiaramente che queste persone soffrono e muoiono in percentuali di gran lunga superiori a quelle immaginate in precedenza (Khalil et al., 2023; Geller et al., 2018; Gon et al., 2018). Eppure la loro morte – nonché le patologie e le violazioni della loro dignità che la precedono – restano molto spesso invisibili (Creanga et al., 2014). Perché? Morti, patologie e lesioni non vengono conteggiate a causa di sistemi di raccolta dati lacunosi, sondaggi troppo poco frequenti, ricerche limitate nella portata o inadeguate nei metodi comparativi. Quando morti e patologie vengono conteggiate, le disuguaglianze alla loro origine spesso restano invisibili perché non ci si sforza abbastanza per disaggregare i dati in base alle singolarità della loro esclusione. La sproporzione di queste esperienze di sofferenze e di morte viene assorbita nella vastità delle medie statistiche.



Crying Women [Pianto di donne] di Bayombe Endani, Repubblica Democratica del Congo, 2010. Artwork realizzato con il contributo di Advocacy Project, che aiuta le comunità marginalizzate a utilizzare il ricamo come strumento terapeutico e di affermazione di sé.

Ma se si solleva il velo, osserviamo disuguaglianze clamorose sia tra un paese e l'altro, sia entro una stessa nazione. Una spiegazione comunemente offerta dalla sanità pubblica è l'ipotesi dell'equità inversa, per cui i nuovi interventi per la salute vengono adottati più rapidamente dalle popolazioni più ricche, che sono anche quelle con il livello più basso di bisogni insoddisfatti (Victora et al., 2018). I progressi nel settore della salute producono così un incremento iniziale della disuguaglianza generale, che diminuisce se e quando tali progressi diventano accessibili anche a chi ne ha più bisogno. Ma alcuni criteri di misurazione ci dicono che la disuguaglianza è in aumento, sia tra paesi diversi, sia all'interno di uno stesso paese.

Nel 1990 per esempio una ragazza di 15 anni aveva in media 1 probabilità su 12 di morire, prima o poi, per complicanze della gravidanza o del parto nel 10% dei paesi a rischio massimo, mentre le probabilità per la stessa quindicenne nel 10% dei paesi a rischio minimo erano 1 su quasi 7000 (cfr. nota tecnica). Nel 2020 per le ragazze dei paesi a rischio massimo le probabilità erano passate a 1 su 34, mentre per quelle a rischio minimo si passava a 1 su quasi 23.000. C'è stato quindi un progresso di 2,8 volte nei paesi a rischio massimo, e di 3,3 volte in quelli a rischio minimo: la forbice della disuguaglianza si è allargata. In altri termini, ai due estremi del mondo, il progresso è stato maggiore laddove la mortalità materna era un evento più raro, e più limitato laddove la mortalità materna era più frequente.

Queste disuguaglianze tra paesi vengono spesso attribuite alle disparità di risorse: questa spiegazione però risulta inadeguata se si osservano le disuguaglianze esistenti all'interno di uno stesso paese. Queste discrepanze intra-nazionali fanno capire chiaramente che, oltre

alle risorse limitate, anche il persistere di varie forme di discriminazione e di esclusione svolge un ruolo significativo in tante delle disuguaglianze globali che osserviamo oggi nell'ambito della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi (UNSDG, s.d.).

Ciò vale per i paesi in cui la mortalità materna è tuttora dolorosamente elevata (Patel et al., 2018; Acharya e Patra, 2017) (cfr. nota tecnica a pag. 155) come in quelli ad alto reddito in cui questi decessi sono enormemente più rari. Prendiamo per esempio gli Stati Uniti e il Regno Unito, due dei 19 paesi in cui la ratio di mortalità materna è stata stimata più alta nel 2020 che nel 1990. In entrambi, l'incidenza della mortalità materna è di parecchie volte più elevata tra le donne nere che tra quelle bianche. Le ultime stime delle Nazioni Unite, che si discostano di poco dalle stime nazionali fatte da ciascun paese, indicano per gli Stati Uniti nel 2020 una ratio di 21 morti materne ogni 100.000 nate/i vive/i (WHO et al., 2023a). Secondo le statistiche nazionali ufficiali degli USA, nel 2021 tra le donne nere la ratio della mortalità era più che doppia rispetto alla media nazionale (Hoyert, 2023) e, anche per le donne ispaniche, il rischio di morte materna è più alto della media nazionale (Hoyert, 2023).

Queste tendenze negli Stati Uniti rientrano tuttavia in un più generale incremento della mortalità materna, che è in aumento per quasi tutti i gruppi di donne del paese e per tutte le classi socio-economiche – alte, medie o basse; riguarda le donne di tutte le fasce di età, razzializzate o meno (Hoyert, 2023; Singh, 2021) (cfr. nota tecnica a pag. 154). Nel Regno Unito per contro, dove le stime delle Nazioni Unite parlano di 9,8 morti ogni 100.000 nate/i vive/i nel 2020 (WHO et al., 2023a),

le ricerche hanno mostrato che l'incremento della ratio della mortalità materna si può attribuire in gran parte all'aumento dei tassi di mortalità entro alcune minoranze e alcune classi socio-economiche. I massimi livelli e i massimi incrementi di mortalità materna si registrano tra le donne nere e tra le donne maggiormente deprivate dal punto di vista socio-economico (Knight et al., 2022).

Sarebbe fin troppo facile liquidare questi dati come risultati isolati in due soli paesi. Tuttavia, si tratta di due dei pochi paesi al mondo che hanno attuato un sistema di analisi statistica in grado di identificare questo tipo di differenze (Small et al., 2017) – ciò significa che sono anche tra i pochi Stati ad avere reso visibili tali disparità. Di fatto gli sforzi degli Stati Uniti per identificare gli svantaggi nell'ambito della mortalità materna risalgono alle primissime tavole sinottiche dell'OMS, quand'erano l'unico paese a produrre un qualche tipo di disaggregazione etnica (WHO, 1991). Il Regno Unito si è dotato di un eccezionale sistema di controllo sulla mortalità materna, che risale

addirittura al 1952 (il primo al mondo), anche se ha iniziato a identificare l'appartenenza etnica solo nel 1995 (Small et al., 2017).

Un rapporto di UNFPA del 2023 ha analizzato, per la prima volta, gli indicatori della salute materna tra donne e ragazze di ascendenza africana e quelle di diversa origine, nei pochi paesi delle due Americhe in cui i dati la rendevano fattibile. Solo 4 paesi su 35 identificano l'etnia delle donne morte di parto e solo 11 raccolgono altri dati sulla salute materna scomponendoli in base alla razzializzazione (UNFPA et al., 2023). Il Canada per esempio, insieme a Stati Uniti e Regno Unito, è una dei pochi paesi a presentare una ratio di mortalità materna peggiore nel 2020 che nel 1990 (11 ogni 100.000 nati vivi, contro 6,9) (WHO et al., 2023), tuttavia non raccoglie dati sulla razzializzazione nel controllo sulla salute materna, malgrado sia dimostrata l'esistenza di ostacoli dovuta a questo nell'accesso e nell'utilizzo dell'assistenza. È quindi impossibile sapere se questi incrementi a livello nazionale



della mortalità materna siano universali o si concentrino tra determinate sotto-popolazioni (Dayo et al., 2022).

Laddove i dati esistono, indicano chiaramente il persistere di disuguaglianze per i gruppi marginalizzati: non soltanto le persone nere e quelle di ascendenza africana ma anche le popolazioni indigene (Paradies, 2016). Uno studio di UNFPA, UNICEF e UN Women del 2018 ha analizzato gli scarsi dati disponibili sulla salute materna di donne e ragazze indigene. Su 80 paesi analizzati, 16 disponevano di dati: in questi ultimi a basso

e medio reddito (Belize, Costa Rica, Etiopia, Gambia, Guyana, Indonesia, Kenya, Messico, Namibia, Nepal, Pakistan, Repubblica Popolare Democratica del Laos, Senegal, Sierra Leone, Suriname e Vietnam), le donne dei gruppi etnici indigeni avevano probabilità molto inferiori di beneficiare dell'assistenza perinatale e di partorire con l'assistenza di personale qualificato, inoltre probabilità superiori di partorire in età adolescenziale e molto superiori di morire per cause correlate a gravidanza e parto (UNFPA et al., 2018). Studi condotti su altri paesi, tra le donne indigene in Australia (Australian Indigenous HealthInfoNet, s.d.),

Dipanare la confusione

Di fronte alle prove di disuguaglianze razziali nell'ambito della salute, spesso si obietta con domande su possibili fattori di confusione: queste disparità potrebbero essere il risultato di diversi livelli di istruzione? Di differenze di reddito? E i fattori occupazionali o le predisposizioni genetiche a qualche patologia? Le ricerche di cui disponiamo sulle donne indigene e sulle donne di ascendenza africana mostrano che, per quanto importanti siano queste caratteristiche per lo stato di salute, non bastano a spiegare tutte le disparità osservate, il che significa che alcune o molte sono effettivamente collegate all'etnia e alla razzializzazione (Australian Institute of Health and Welfare, 2023). «Le morti materne continuano a prescindere dai livelli di reddito e di istruzione, anche tra le donne afro-americane laureate sono 1,6 volte più frequenti che tra le donne bianche senza un diploma di scuola superiore», come ha osservato a titolo di esempio una recente analisi di UNFPA (UNFPA et al., 2023). Un insieme sempre più corposo di ricerche sta analizzando come l'esposizione cronica alle disparità sistemiche sia collegata a rapidi peggioramenti della salute fisica – spesso definiti come “logorio” – che sono alla base di molte disparità razziali nell'ambito della salute materna (Geronimus, 2023; Forde et al., 2019). Anche l'analisi descritta nel presente rapporto (pag. 28) conferma questo punto: pur riconoscendo i significativi fattori socio-economici che contribuiscono alle disparità denunciate nell'accesso all'assistenza sanitaria vi sono anche considerevoli differenze etniche nella proporzione di donne con gravi difficoltà di accesso all'assistenza in caso di malattia, al netto di fattori come ricchezza, reddito e residenza (urbana o rurale).

India (Government of India, Ministry of Health e Family Welfare, 2016), Guatemala (ENSMI), Panama e Russia (Anderson et al., 2016) – evidenziano analoghe disparità.

Gravi disuguaglianze emergono anche quando si prendono in esame le persone con disabilità. Le donne con disabilità hanno probabilità anche 10 volte superiori di andare incontro a violenze di genere, comprese le violenze sessuali, mentre le persone giovani con disabilità hanno le stesse probabilità di essere sessualmente attive delle loro coetanee senza disabilità. Eppure questa popolazione deve superare ostacoli significativi per accedere a informazioni e servizi di salute sessuale e riproduttiva, tra cui la mancanza di servizi fruibili e gli atteggiamenti discriminatori del personale sanitario (UNFPA, 2018). La raccolta dei dati riguardante le esigenze di queste comunità è a sua volta ostacolata dallo stigma annesso alla disabilità, oltre che dalla mancanza di definizioni concordi comuni quando si tratta di identificare le persone con disabilità e di misurarne le esigenze.

Queste questioni risultano particolarmente problematiche quando, secondo le stime, circa un miliardo di persone, il 15% della popolazione mondiale, convive o ha convissuto con qualche disabilità nel corso della sua esistenza. Tuttavia si stanno facendo importanti passi avanti. Nel 2021, UNFPA ha constatato che la percentuale di paesi che adottano i questionari dell'ente internazionale Washington Group on Disability Statistics «è passata dal 33% del 2018 al 73% nel 2020» (UNFPA, 2021b).

Analogamente, anche le minoranze sessuali e di genere devono affrontare gravi disparità non soltanto dal punto di vista dell'accessibilità e della qualità dell'assistenza per la salute, ma anche da quello degli esiti psicologici e fisici

(Ariella et al., 2020; Matsick et al., 2020; Caceres et al., 2019; Gibson et al., 2018; Müller, 2016). Ciò nonostante, i dati continuano a essere insufficienti. Ci sono segnali positivi che indicano l'ampliamento della raccolta statistica per le minoranze sessuali e di genere, ma laddove questi dati esistono sono in gran parte l'esito di un impegno specifico ed estemporaneo anziché di sistemi regolari e standardizzati a livello nazionale come i censimenti o le statistiche sociali su vasta scala (European Commission, Directorate-General for Justice and Consumers, 2017). La raccolta dei dati è inoltre ostacolata, in decine di Stati in tutto il mondo, non solo dallo stigma ma anche dalla criminalizzazione dell'attività sessuale tra persone dello stesso sesso e della identità ed espressione di genere delle persone transgender (Human Dignity Trust, s.d.). Infine, altri fattori che concorrono all'esclusione, come l'età, possono produrre una marginalizzazione estrema. Studi recenti indicano per esempio che in Africa meridionale le leggi e gli atteggiamenti sociali ostili – quali



In Turkmenistan le donne con disabilità rivendicano i loro diritti

Alcuni anni fa, in un ambulatorio ginecologico di Ashgabat, in Turkmenistan, Alia (il nome non quello vero) e suo marito si sono sentiti dire che "non era auspicabile" che avessero dei figli, perché entrambi erano ciechi. «Come farete a prendervi cura di un bambino? Come farete a crescerlo, a tenerlo d'occhio?» ricorda di essersi sentita chiedere.

«Pensavano che non saremmo riusciti a cavarcela e mi proposero di abortire» racconta Alia a UNFPA. «Ma io non ero d'accordo. Anche mia madre è cieca e ci ha tirato su tutti e sette.»

L'esperienza di Alia suona tragicamente familiare a una donna con disabilità su cinque nel mondo. Malgrado gli accordi internazionali garantiscano a tutte le persone del mondo la libertà di prendere decisioni riproduttive in assenza di discriminazioni e coercizioni, le donne con disabilità spesso si trovano ad affrontare una diversa realtà, in cui i pregiudizi spingono il personale sanitario, i partner e l'opinione pubblica a mettere in dubbio la loro capacità di prendere

decisioni sulla propria salute sessuale e riproduttiva.

La ricerca dimostra che donne e ragazze con disabilità devono spesso affrontare discriminazioni sulle loro scelte riproduttive, sono impossibilitate ad accedere alle strutture sanitarie a causa di barriere fisiche e spesso sono escluse dall'educazione completa alla sessualità, specie in contesti di istruzione speciale. Per alcune di loro tali discriminazioni possono addirittura tradursi in sterilizzazioni forzate.

Come Alia, molte sono state giudicate inadatte a portare avanti una gravidanza e a essere genitrici.

Una ricerca di UNFPA del 2021 ha riscontrato che molte persone con disabilità in Turkmenistan non erano in grado di accedere ai servizi e alle informazioni in materia di salute sessuale e riproduttiva. Per rispondere alle loro esigenze, UNFPA e la Società dei Ciechi e Sordi del Turkmenistan hanno prodotto video sulla salute sessuale e riproduttiva, accompagnati

dalla traduzione nella lingua dei segni. I video, disponibili online e distribuiti anche su supporti flash drive, coprono argomenti come la pubertà, la pianificazione familiare e la maternità sicura. È attualmente allo studio la realizzazione di una App mobile.

Le donne hanno riferito che queste risorse gli abbiano insegnato come accedere gratuitamente ai contraccettivi e all'assistenza perinatale. Hanno anche apprezzato l'inserimento nel materiale di informazioni per contattare vari ambulatori e servizi sanitari. Questi e altri progressi stanno rendendo il paese un luogo più giusto e inclusivo in cui poter essere una donna incinta che vive con una disabilità.

Alia dice però che c'è ancora molto da fare: «È necessario incrementare le conoscenze del personale medico, perché possiamo essere accettate e trattate come chiunque altro.»

Lei nel frattempo ha abbracciato la maternità come aveva fatto sua madre prima di lei. «Sapevo che potevo farcela» dice.

i tabù intorno alla sessualità tra adolescenti – fanno sì che i servizi e le informazioni per la salute sessuale e riproduttiva (persino quelli forniti da alcune organizzazioni LGBTQIA+) siano quasi del tutto inaccessibili per le/gli adolescenti che appartengono a minoranze sessuali e di genere (Müller et al., 2018).

Adottare un'ottica di uguaglianza

Uno dei maggiori sviluppi degli ultimi 30 anni è stato l'emergere del consenso sul fatto che fattori come genere, razzializzazione, etnia, condizione di disabilità, orientamento sessuale e migrazione non sono privilegi o fattori discriminanti da misurare con un semplice punteggio. Si tratta invece di fattori dinamici che intervengono su una rete complessa di vantaggi e svantaggi.

Già solo negli ultimi 15 anni abbiamo assistito a un significativo cambiamento nella comprensione, a livello mondiale, del fatto che le barriere strutturali e intersecanti impediscono a talune persone di prendersi cura della propria salute ed esercitare i propri diritti. Per esempio, mentre le ricerche precedenti si focalizzavano unicamente sui comportamenti individuali – come la ritardata richiesta di cure per una malattia – che incidevano negativamente sulla salute, oggi chi fa ricerca riconosce che tali comportamenti sono influenzati da norme, sistemi e istituzioni, con molteplici fattori che si intersecano e possono aggravare le difficoltà delle singole persone.

Nel 2009 uno studio pionieristico ha raffrontato i comportamenti di donne povere e non-povere, uomini poveri e non-poveri che chiedevano assistenza per la salute in India. Lo studio rivela che le metodologie tradizionali avrebbero

erroneamente concluso che uomini poveri e donne povere erano ugualmente svantaggiati, mentre una metodologia specificamente progettata per identificare le influenze composite di fattori di svantaggio intersecati rivela che gli uomini poveri in realtà se la cavano meglio delle donne in generale: di tutte le donne, che siano povere o meno. In sostanza, ai fini degli esiti per la salute, sia il genere che la classe sociale erano concause, ma – almeno in questo caso – gli uomini riuscivano a far valere il loro vantaggio di genere al punto che persino gli uomini poveri se la cavavano meglio anche delle donne non-povere (Sen e Iyer, 2012; Sen et al., 2009).

L'interazione tra forme di vantaggio e forme di svantaggio complica enormemente l'elaborazione delle risposte effettive. Un'approccio universale nella gestione della cosa pubblica semplicemente non funziona. Gli ultimi 30 anni hanno visto notevoli progressi, in parte perché politiche e interventi hanno prodotto un innalzamento del livello di benessere alla portata di quelle fasce di popolazione più facilmente raggiungibili e che presentano gli svantaggi meno complessi, quelle nella posizione migliore per beneficiarne. Raggiungere invece le persone che hanno ancora bisogno, quelle con le vulnerabilità più composite, sarà per forza di cose più difficile e richiederà interventi più ragionati. Continuare con il ritmo degli approcci attuali genera il rischio non solo dell'inefficienza, ma anche dello spreco e del danno. Informazioni diffuse in una lingua che il pubblico di riferimento non capisce, campagne che non tengono conto dei requisiti culturali e/o religiosi degli utenti a cui si rivolgono, ambulatori inaccessibili per le persone con disabilità, non sono che alcuni esempi di ciò che produce spreco di investimenti, esclusione perdurante ed erosione

Disuguaglianze inter- e intra-nazionali: i casi di India e Nigeria

Da quando esistono queste misurazioni, India e Nigeria sono i due paesi con il più alto numero assoluto di morti materne. Sia nel 1990 che nel 2020 questi due paesi insieme componevano oltre un terzo di tutta la mortalità materna globale. All'inizio, l'India contava molti più decessi, con il 26% di tutte le morti materne del 1990, mentre la Nigeria contribuiva per il 10%. Nel 2020 però i due paesi si sono scambiati di posto: in Nigeria si verifica il 29% di tutte le morti materne stimate nel mondo, mentre in India il dato è drasticamente diminuito e adesso rappresenta l'8% del totale mondiale (WHO, s.d.a).

Se il ritmo di crescita demografica ha un ruolo in queste tendenze (la popolazione nigeriana è più che raddoppiata nel periodo 1990-2020, mentre il fattore di crescita in India è di 1,6) il punto centrale è che le ratio della mortalità materna in India sono diminuite moltissimo, in Nigeria molto meno. Il successo indiano viene spesso attribuito alla migliorata accessibilità di servizi per la salute materna qualificati e contenuti nei costi (Exemplars in Global Health, 2023; Singh, 2018), oltre che agli sforzi per affrontare l'impatto sulla salute delle discriminazioni di genere. Uno studio ha riscontrato per esempio che le politiche progettate per affrontare le disuguaglianze di genere – tra cui l'aumento del numero delle dottoresse, l'incremento a livello istituzionale dei sostegni e del rispetto per le infermiere, la promozione dei collettivi per l'empowerment delle donne – si associavano a migliori esiti per la salute e a un aumento degli accessi delle donne ai servizi sanitari (Hay et al., 2019). Un altro studio indica che l'aumentata presenza di donne in politica si collegava all'incremento numerico dei centri primari e locali per la salute, dei dispensari statali e degli ospedali pubblici (Heymann et al., 2019). Altri programmi efficaci hanno potenziato l'assistenza all'insegna del rispetto prima, durante e dopo il parto, oltre all'assistenza perinatale gratuita (Heymann et al., 2019).

Ma questo studio specifico – sull'aggravarsi delle disuguaglianze per la salute materna tra i due stati

– si complica di molto se si osservano le disparità all'interno degli stessi Stati. In entrambi i paesi, alcuni gruppi di donne ricevono le cure di cui necessitano, altre no. Enormi differenze nella mortalità materna sono legate per esempio, in Nigeria, al luogo di residenza, con tassi significativamente superiori tra le donne che vivono negli slum urbani e nelle zone rurali, e ratio di mortalità materna più elevati nel nord che nel sud del paese (Babajide et al., 2021; Gulumbe et al., 2018; Anastasi et al., 2017). Quando si esaminano le vulnerabilità correlate, come i matrimoni precoci e l'assistenza qualificata al parto, a seconda di etnia, ubicazione e reddito, vengono alla luce ancora altre disparità (UN Women, 2018). Anche in India si continuano a osservare disuguaglianze drammatiche nel rischio di morte materna. Alcuni recenti studi condotti in 640 distretti del paese rivelano che mentre quasi un terzo delle province ha raggiunto l'obiettivo SDG di ridurre la ratio di morti materne portandole a meno di 70 ogni 100.000 nati vivi, in altre 114 si registrano ancora ratio di 210 o più decessi ogni 100.000 nati vivi (Goli et al., 2022). La ratio più elevata – 1.671 su 100.000 nascite – è stata osservata nel distretto di Tirap, in Arunachal Pradesh, area rurale con un'elevata percentuale di persone indigene. Pur essendo difficile disaggregare queste cifre in base a gruppi socio-economici, etnia, casta o religione, questi sono chiaramente dei fattori che giocano un ruolo importante per lo stato di salute. Per esempio, benché tutte le donne abbiano diritto all'assistenza materna gratuita (Beckingham et al., 2022), le donne delle caste più svantaggiate e dei gruppi indigeni ottengono meno (a volte nessuna) assistenza perinatale e ostetrica (Raghavendra, 2020; Yadav e Jena, 2020; Saroha et al., 2008). Una lezione cruciale che si apprende da questi studi è che tutte le disuguaglianze – comprese quelle tra uno Stato e un altro e quelle interne a uno stesso paese – esigono un'attenzione urgente e che, nessuna società o regione, ha ancora raggiunto gli obiettivi a cui collettivamente aspiriamo.

del rapporto di fiducia tra il personale delle strutture sanitarie e la popolazione il cui servizio è la loro stessa ragion d'essere.

Tuttavia queste osservazioni non devono indurre a disperare. Le nuove lenti che consentono di capire meglio la realtà sono preziose, anche se attirano la nostra attenzione su scomode verità in materia di privilegi e pregiudizi. Attraverso queste lenti vediamo con più chiarezza dove occorrono più sforzi e risorse per raggiungere i nostri traguardi in tutto il mondo.

Bisogna accelerare

Le stime più recenti per il 2023, sulla base dei migliori dati e procedimenti a disposizione, affermano che la ratio globale della mortalità materna è cambiata di poco, nel 2020, rispetto ai cinque anni precedenti, nonché tragicamente lontana dall'obiettivo stabilito nel 1994 (UNFPA, 1994). Approcci critici potrebbero ipotizzare che l'obiettivo del 1994 era semplicemente irrealistico, ma le attuali statistiche in alcuni paesi indicano che una ratio di mortalità materna di 1 o 2 decessi ogni 100.000 nate/i vive/i è effettivamente conseguibile (WHO et al., 2023a). Che cosa significa questo per la situazione odierna della mortalità materna? Purtroppo uno studio in tempo reale dei progressi verso la sua riduzione è attualmente impossibile – non solo per via dei dati insufficienti, ma anche perché gli aggiornamenti ufficiali vengono fatti solo sette anni dopo la realtà che fotografano. Di conseguenza c'è una notevole incertezza sullo stato attuale dei progressi, soprattutto all'indomani della pandemia da COVID-19. Le stime più recenti contengono dati che comprendono solo il primo anno della pandemia, un periodo per il quale si fatica a distinguere quale percentuale di tutti i decessi attribuiti al COVID-19 fossero

anche indirettamente morti ostetriche (WHO et al., 2023a). In questo momento l'effettiva dimensione degli effetti della pandemia sulla salute materna resta ignota.

Esistono però alcune indicazioni di angoscianti aumenti delle ratio in questione, in alcune parti dell'Europa, dell'America del Nord, dell'America Latina e dei Caraibi. Si tratta di aumenti abbastanza sostanziali e diffusi da aver superato le diminuzioni avvenute altrove e condotto a una stagnazione della percentuale globale della mortalità materna a partire dal 2015. Senza dati più recenti, non è chiaro se le morti materne siano destinate ad aumentare a causa dell'impatto della pandemia, o se i recenti aumenti siano in diminuzione (WHO et al., 2023).

Nonostante questi segnali contraddittori, i progressi raggiunti lasciano ben sperare. Prima di tutto il totale annuo di morti materne è sceso considerevolmente dal 1994 a oggi, un dato incoraggiante se si pensa che la popolazione mondiale è molto aumentata, dai 5,7 miliardi di allora agli 8,1 del 2024 (UN DESA, 2022a). In secondo luogo, già la stessa presenza di statistiche è un passo avanti. Con ogni miglioramento iterativo nella raccolta e analisi dei dati, le soluzioni si presentano da sole, spesso nei posti meno prevedibili.

Alcune stime per esempio permettono di ipotizzare che circa un terzo della riduzione totale della mortalità materna sia da attribuire a un calo di fecondità, con l'aumentata diffusione della contraccezione che ha prodotto un minor numero di gravidanze e un intervallo più sicuro tra una e l'altra (Snow et al., 2015). Altre ricerche suggeriscono che rispondere alle domande inevase di contraccezione potrebbe scongiurare più della metà delle morti materne per il solo fatto che porta a ridurre il numero di gravidanze nelle

Misurare la discriminazione

Con gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile, la comunità internazionale intende misurare la proporzione di persone che riferisce esperienze di discriminazione o di molestie nei 12 mesi precedenti, per individuare quelle vietate dalla legislazione internazionale sui diritti umani. Questi dati rivelano che quasi una persona su sei negli ultimi 12 mesi ha affrontato qualche discriminazione. In alcuni ambienti, la proporzione è di una su tre. La prevalenza globale delle discriminazioni è di regola più alta per le donne: in alcuni contesti sociali le donne che denunciano discriminazioni sono anche tre volte più degli uomini. Analogamente, le persone con disabilità affrontano discriminazioni con frequenza quasi doppia rispetto alle persone senza disabilità e, in alcuni contesti, il rapporto è anche di 6 a 1.

Forme di discriminazione

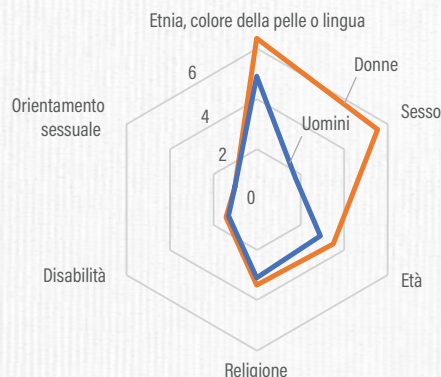
La discriminazione razziale *, radicata in fattori quali l'etnia, il colore della pelle o la lingua, è il tipo di discriminazione o di molestia denunciato più spesso, con una media del 6% della popolazione mondiale che riferisce discriminazioni così motivate, nell'arco dell'ultimo anno. In circostanze estreme, questa percentuale sfiora il 24%. La discriminazione intersezionale aggrava le difficoltà di un gruppo vulnerabile, specie quelle delle donne e delle persone con disabilità, che riferiscono discriminazioni più gravi a seconda delle origini etniche, del colore della pelle e delle affiliazioni linguistiche. In alcuni contesti nazionali, l'esperienza della discriminazione riguarda anche fino a quattro volte di più le donne e fino a sei volte le persone con disabilità che – rispettivamente – gli uomini o le persone senza disabilità.

Le discriminazioni in base all'età e al sesso penalizzano in media, ciascuna, il 4 per cento della popolazione globale. In alcune regioni le discriminazioni in base al sesso impattano su quasi il 19% della popolazione, con disparità importanti tra uomini e donne. Per ogni uomo che affronta discriminazioni in base al sesso ci sono quattro donne nella stessa condizione e, in alcuni specifici contesti nazionali, la proporzione può arrivare anche a 1 a 20.

* I termini "razziale" e derivati sono usati qui e in tutto il presente rapporto in linea con i trattati internazionali sui diritti umani. Non implicano l'accettazione di teorie che cercano di determinare l'esistenza di diverse e distinte razze umane.

FIGURA 4

Proporzione di persone che subiscono discriminazioni, per motivazioni selezionate, 2015-2023 (in percentuale)



Fonte: UN Human Rights, 2024

A mostrare le massime variazioni intra-nazionali è la discriminazione basata sull'età, con tassi che in alcuni posti superano di poco il 34%. Alcune statistiche, ancora limitate, suggeriscono che le popolazioni più giovani riferirebbero discriminazioni motivate dall'età di gran lunga più frequenti.

I progressi e i margini di miglioramento

Rispetto al 2023 c'è stato un aumento del 25% nel numero dei paesi che misurano le discriminazioni: un risultato significativo. Ma i margini di miglioramento sono ancora ampi: solo meno della metà di tutti i paesi fotografa e riferisce le voci delle persone marginalizzate a causa di discriminazioni. Alle attuali prassi di raccolta dati manca la capacità di scendere nel dettaglio, necessaria a un'analisi comprensiva e disaggregata della discriminazione.

Per affrontare questa sfida, il Gruppo Praia lavora per elaborare statistiche di governance, comprese statistiche sulla non-discriminazione e sull'uguaglianza, per promuovere un approccio statistico basato sui diritti umani

Contributo di UN Human Rights.

età estreme (più giovani e meno giovani), che sono quelle a maggior rischio, a incrementare l'intervallo tra i parti e a diminuire il pericolo di aborti a rischio (Utomo et al., 2021; Chola et al., 2015; Ahmed et al., 2012). Nel frattempo la prevalenza delle gravidanze non intenzionali e delle esigenze insoddisfatte di contraccezione è dovuta a varie disuguaglianze che coinvolgono fattori come l'età, la condizione socio-economica, la razzializzazione e l'etnia (Anik et al., 2022; Sully et al., 2020; Kim et al., 2016), il che indica al mondo le comunità che devono essere raggiunte per prime.

Decenni di statistiche sottolineano anche con quale peso gli aborti a rischio gravano sulla mortalità materna. Questo collegamento era già noto nel 1987, quando la Safe Motherhood Conference sottolineò le scoperte di una ricerca svolta in Etiopia, dove oltre la metà delle morti materne avvenute ad Addis Abeba erano state causate dalle infezioni conseguenti ad aborti di questo tipo (Cohen, 1987). Tale associazione è ormai solidamente comprovata: gli aborti non sicuri restano una delle cause principali di mortalità materna, con un rapporto stimato di 1 su 13 morti materne in tutto il mondo (Say et al.,

La Carta dei dati inclusivi

Nel 2018 UNFPA si è unita a una rete globale composta da rappresentanze di governi, imprenditoria, enti filantropici e organizzazioni non governative nel lanciare una Carta dei Dati Inclusivi, un impegno a migliorare la qualità e quantità, i finanziamenti e la disponibilità di statistiche inclusive e disaggregate. La Carta segue cinque principi guida (Inclusive Data Charter and Global Partnership for Sustainable Development Data, 2018):

i dati devono includere tutte le popolazioni. L'obiettivo di «non lasciare che nessuna persona resti indietro» può essere raggiunto solo con l'empowerment delle persone rimaste più indietro. Ciò significa garantire che le loro voci possano essere ascoltate e le loro esperienze rappresentate nei dati e nell'analisi statistica di questi ultimi;

tutti i dati devono, se possibile, essere disaggregati per descrivere nel modo più accurato tutte le popolazioni. I dati devono essere disaggregati per sesso, età, ubicazione e condizione di disabilità; ove possibile, anche per reddito, razzializzazione, etnia, condizione di migrante e altre caratteristiche rilevanti;

i dati devono essere attinti da tutte le fonti disponibili. Dati qualitativamente eccellenti e tempestivi provenienti da fonti ufficiali e non, dovrebbero sempre essere accessibili; è bene includere nuove fonti di dati, purché coerenti con gli standard statistici accettati dalla comunità scientifica internazionale;

persone e società responsabili della raccolta dati e della loro elaborazione statistica devono rispondere del loro operato. I principi di trasparenza, riservatezza e rispetto della privacy devono essere equilibrati, e garantire che i dati personali non siano utilizzati in modo improprio o scorretto, in accordo con le legislazioni nazionali e con i Principi Fondamentali della Statistica Ufficiale (United Nations Statistics Division, 2014);

le competenze umane e tecniche nelle fasi di raccolta, analisi e utilizzo di dati disaggregati devono essere potenziate anche mediante finanziamenti adeguati e sostenibili. La raccolta e l'analisi dei dati disaggregati esigono competenze specifiche e il giusto sostegno economico.

Censimenti in Africa: l'impegno per contare ogni singola persona

Dopo aver iniziato a lavorare come maestro nella Repubblica Unità di Tanzania, Jonas Lubago si recò alla banca locale per aprire un conto, ma non fu accettato. Il motivo? Era cieco. La politica della banca prevedeva che una persona non vedente o ipo-vedente fosse accompagnata da una persona delegata a controfirmare anche le transazioni più banali. Una cosa, dice Lubago, non pratica né giusta.

Quella del maestro era stata la sua seconda scelta. Lubago si era iscritto all'università con l'intenzione di studiare giurisprudenza, ma il consulente dell'università lo aveva scoraggiato, perché non esistevano edizioni in braille dei testi e manuali che avrebbe dovuto studiare. «Non potevo farcela, mi disse» ricorda Lubago.

Questo accadde una ventina di anni fa. Nel frattempo la situazione è migliorata, ma le persone con disabilità nella Repubblica Unità di Tanzania devono ancora affrontare una serie di ostacoli nella vita quotidiana e nel ricorso a servizi pubblici come quelli per la salute e per l'istruzione. Una persona

costretta sulla sedia a rotelle magari ha un ambulatorio vicino a casa, ma per arrivarci ci sono delle scale, oppure lo studio medico è troppo piccolo e rende impossibile chiudere la porta e avere un po' di privacy, o ancora i bagni non sono adeguati, un certo servizio non è raggiungibile. «Questa è discriminazione» dice Lubago, oggi Segretario generale della Federazione delle organizzazioni delle persone con disabilità della Tanzania.

Nel 2012 lo stato incominciò a identificare, nei dati del censimento, le persone con disabilità. Questa pratica però trascurava una vasta gamma di categorie di disabilità e non prendeva in esame il grado di gravità dell'affezione. «La richiesta per avere dati migliori» dice Seif Kuchengo, responsabile statistico e coordinatore del censimento nazionale, «non arrivava solo dalla comunità delle persone con disabilità, ma anche dal governo.»

Le informazioni raccolte con i censimenti sono di importanza cruciale. La Repubblica Unità di Tanzania, in quanto firmataria della Convenzione per i diritti

delle persone con disabilità, si è impegnata a garantire e promuovere «la piena realizzazione di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali di tutte le persone con disabilità». Per far sì che i servizi siano non solo disponibili, ma anche accessibili, le istituzioni hanno però bisogno di dati.

I funzionari, dice Kuchengo, cercarono subito di coinvolgere i rappresentanti della comunità delle persone disabili nella progettazione del successivo censimento, compresa l'organizzazione e la formazione degli enumeratori. Lubago, lasciato il suo lavoro di insegnante, collaborò con gli uffici del governo per fare in modo che il censimento adottasse una serie più ampia e diversificata di domande sulla disabilità, secondo gli standard internazionali. Furono coinvolte un totale di 400 persone con disabilità e deficit, e furono incluse ben 17 categorie di disabilità, per le quali si poteva specificare anche il livello di gravità.

Kuchengo spiega che una prima analisi del censimento nazionale del 2022 evidenzia circa un 11% della

popolazione con almeno un tipo di disabilità o deficit del fisico o dello sviluppo cognitivo. Questo livello è superiore di circa 2 punti percentuali rispetto al 2012, ma l'incremento è il risultato dell'approccio più comprensivo dell'ultima indagine nel conteggio delle persone con disabilità. Lubago spera che i nuovi dati mostreranno la dimensione e l'importanza di questa comunità, e porteranno alla sua partecipazione agli organismi decisionali locali e nazionali.

Oltre a generare dati migliori riguardo alle persone con disabilità, il censimento 2022 ha inserito anche un conteggio innovativo e più completo delle persone nomadi. Poiché queste comunità sono in continuo movimento in cerca di cibo, il governo ha dovuto raggiungerle con molto anticipo, per assicurarsi che restassero ferme in uno stesso posto durante la raccolta. Per questo bisognava assicurarsi che le famiglie avessero di che nutrirsi nei due giorni del conteggio che interessava l'intero Stato.

La Repubblica Unita di Tanzania non è il solo paese a produrre dati migliori sulle disabilità. Il censimento svolto nel 2018 in Malawi, per esempio, ha inserito anche l'albinismo tra i parametri. Le persone affette da albinismo vivono molteplici forme di discriminazione e vanno spesso incontro a rischi di violenza o di morte. Dal 2006 l'esperto indipendente delle Nazioni Unite per l'esercizio dei diritti umani



Anastazia Gerald, 23 anni, risiede a Kahama, nella Repubblica Unita di Tanzania, vive con una disabilità ed è una "Champion" del programma My Choice My Rights: finanziato dal governo finlandese, il programma mira ad accelerare il progresso verso l'attuazione dei diritti di donne e ragazze, soprattutto con disabilità, e a contribuire a porre fine alle violenze di genere, alle mutilazioni dei genitali femminili e ai matrimoni infantili. Photo © UNFPA Tanzania/Ayubu Lulesu

nelle persone con albinismo ha ricevuto quasi 800 rapporti da 28 stati, con le denunce di aggressioni rituali e accuse di stregoneria contro persone che presentano carenza di melanina, geneticamente ereditaria, nei capelli, nella pelle e/o negli occhi (OHCHR, s.d.c).

Dice il vicedirettore del dipartimento Demografia e statistica sociale del Malawi, Isaac Chirwa: «Per tante persone è un problema andare in giro nel posto in cui vivono e persino

frequentare la scuola, perché hanno paura di essere aggredite.» Prima del censimento del 2018 i dati sul numero di persone con albinismo e sui loro luoghi di residenza, erano molto limitati, spiega Chirwa: in mancanza di tali informazioni, era difficile per le autorità garantire la loro sicurezza e consentire loro una vita normale e il godimento dei loro diritti.

2014). Sempre più studi dimostrano come le restrizioni imposte per legge non abbassano l'incidenza degli aborti e che l'accesso legale serve invece a ridurre la mortalità materna (Bearak et al., 2020; Latt et al., 2019; Haddad e Nour, 2009). Gli studi dimostrano anche che le restrizioni all'aborto portano con ogni probabilità ad aggravare le disuguaglianze che già interessano la salute

e i diritti sessuali e riproduttivi (Fuentes, 2023; Harned e Fuentes, 2023). Il peso crescente di questi dati ha forse contribuito alla decisione presa negli ultimi 30 anni, da oltre 60 paesi, di abolire una serie di restrizioni dalla loro legislazione in materia. Tuttavia ancora oggi circa un quarto di tutte le donne in età riproduttiva vive in Stati che vietano l'aborto volontario in tutti i casi, o



lo consentono solo per salvare la vita delle donne o in circostanze particolari come la gravidanza risultante da uno stupro (Center for Reproductive Rights, s.d.).

Un tempo la disabilità era affrontata in modo sporadico, ma la disponibilità di dati in questo settore è in rapido aumento. Restano però molti divari, per esempio il monitoraggio delle disabilità visibili è più avanti rispetto a quelle sensoriali e queste, a loro volta, sono in vantaggio rispetto a quelle mentali e cognitive.

Esistono poi individui che non compaiono quasi mai nei dati delle Nazioni Unite e dei principali istituti statistici regionali, come le persone che rischiano di essere apolidi, le persone sfollate entro i confini nazionali e le popolazioni carcerarie. A volte la loro esclusione è dichiarata esplicitamente (per esempio, una statistica su una popolazione potrebbe annotare che le persone sfollate che abitano nei campi, o quelle detenute in carcere, sono state escluse), ma più spesso la loro esclusione resta invisibile e non riconosciuta.

L'accesso alle informazioni pubbliche è un diritto umano, solidamente stabilito dalla legislazione internazionale e da molti sistemi regionali come l'Unione Africana, Il Consiglio Europeo e l'Organizzazione degli Stati americani (Article 19, 2012). È considerato un diritto attuativo, che cioè consente l'esercizio di altri diritti umani. Ancora, il diritto all'informazione è essenziale per tutelare il diritto all'uguaglianza e a una vita libera da discriminazioni. Mentre alcune violazioni dei diritti si possono stabilire mediante un singolo dato quantitativo (nel caso del diritto alla libertà dalla tortura, per esempio, è sufficiente provare un singolo episodio di tortura per dimostrare che tale diritto è stato violato) identificare una discriminazione sistematica esige la raccolta e l'utilizzo di dati rappresentativi e disaggregati. In assenza di tali dati è impossibile stabilire se leggi, politiche e programmi, per quanto apparentemente neutrali, producano discriminazioni.

Che questo capitolo si concentri sull'insufficienza dei dati sulla mortalità materna non significa che questa sia l'unica esigenza o il punto focale. È invece uno dei tanti, troppi casi in



**I dati servono a tutte/i noi, ovunque siamo,
per sostenere i nostri sforzi di comprensione
e partecipazione, la nostra libertà di scelta e
l'esercizio dei nostri diritti.**

Perché non si raccolgono dati disaggregati?

Storicamente, molti paesi hanno sostenuto che alcuni sottogruppi di popolazioni semplicemente non esistevano, almeno entro i loro confini; il motivo dietro a queste asserzioni può essere anche legato allo stigma e alle discriminazioni che spesso costringono le persone a nascondere la propria identità, rendendo estremamente difficile la raccolta dei dati. Ci sono però altre ragioni per cui molti dati disaggregati non sono raccolti e pubblicati. Tra queste i costi (Avendano et al., 2018), le competenze, la sensibilità politica e i rischi connessi (Backman et al., 2008).

In effetti, disaggregare i dati ha dei costi. Per esempio, può essere dispendioso ottenere campioni di dimensioni adeguate. Un sondaggio che voglia fornire dati disaggregati in base a diverse caratteristiche può avere dimensioni molto grandi o contenere elementi statisticamente meno affidabili. Ci sono però anche modi per contenere le spese. Per esempio, i sondaggi di tipo MICS (Multiple Indicator Cluster Surveys) di solito coprono un intero Stato, ma alcune ricerche specifiche sono state condotte esclusivamente tra le comunità Rom in diversi paesi europei (per esempio, Macedonia settentrionale e Serbia). Questi sondaggi particolari possono portare alla luce gravi disparità. Per esempio un MICS nella contea di Turkana, in Kenya, ha rivelato che solo il 26% delle donne residenti ha partorito con l'assistenza di personale qualificato, mentre in altri gruppi etnici la percentuale era dell'84% (Kenya National Bureau of Statistics, Population Studies and Research Institute e UNICEF, 2016).

È vero anche che alcuni tipi di raccolta dati possono portare a utilizzi impropri o scorretti. Per esempio, il tracciamento delle comunità ebraiche o Rom in Europa durante la Seconda guerra mondiale ha facilitato le azioni di genocidio e, come conseguenza di ciò, molti paesi europei oggi evitano le identificazioni etniche (Al-Zubaidi, 2022). Analogamente, in seguito al genocidio avvenuto in Ruanda, il paese non ha inserito identificatori etnici nei suoi Demographic and Health Surveys, malgrado le preoccupazioni per

la persistente marginalizzazione delle popolazioni indigene residenti nelle foreste (Ndikubwimana et al., 2023; Collins et al., 2021). In anni recenti l'uso delle informazioni su religione ed etnia sui documenti di identità è stato collegato a fenomeni di discriminazione. Per rispondere a queste preoccupazioni, l'Ufficio dell'Alto Commissariato per i Diritti umani ha pubblicato una guida all'approccio basato sui diritti umani nella raccolta e analisi dei dati (OHCHR, 2018), raccomandando che vengano raccolti coinvolgendo attivamente i gruppi svantaggiati, che siano disaggregati per consentire la comprensione delle differenze tra i gruppi, che le persone facenti parte dei gruppi abbiano la possibilità di auto-identificarsi, che i processi di raccolta dati siano trasparenti, che le persone che vi lavorano se ne assumano la responsabilità, che tutti i dati restino confidenziali, nel rispetto della privacy dei singoli individui.

Infine, alcuni governi e istituzioni evitano la disaggregazione per paura che i dati possano produrre o esasperare le tensioni politiche e sociali. Il timore è che possano farne uso le opposizioni politiche o le persone critiche verso le autorità al governo. Tuttavia evitare di raccogliere i dati non rende meno evidenti le disuguaglianze nella vita delle persone marginalizzate. Di fatto, questi calcoli politici servono solo a privilegiare un vantaggio di parte rispetto allo sviluppo a lungo termine e all'inclusione dei gruppi svantaggiati.

Non tutti questi ostacoli saranno presenti in tutti i casi, in ogni singolo caso andranno soppesati tutti i rischi e i costi, raffrontandoli ai potenziali benefici. Scegliere di non raccogliere i dati può riflettere la mancanza di impegno per comprendere e raggiungere le persone più marginalizzate ed escluse, o può suggerire che le/i leader mettono un vantaggio politico a breve termine al di sopra dello sviluppo e dell'inclusione nel lungo periodo. Come ha affermato il Minority Rights Group: «L'assenza di dati è già un dato» (Thomas, 2023).

cui la mancanza di dati significa perpetuare disuguaglianze spaventose. Fin dagli anni Novanta, per esempio, gli accordi delle Nazioni Unite riconoscono la grave penuria di dati sulla violenza di genere, nonché sulle misure concordate per combattere questo fenomeno, fatto che ne rende impossibile il monitoraggio. Soltanto nel 2013 l'OMS ha pubblicato le prime stime mondiali e regionali per le violenze contro le donne inflitte dal partner e per le violenze sessuali inflitte da persone diverse dal partner. All'epoca solo 79 paesi possedevano dati al riguardo. Nel 2019 il loro numero era salito a 153 (García-Moreno e Amin, 2019).

In molti casi i dati sono del tutto inesistenti, o esistono solo in forma iniziale. Il target 5.6.1 degli SDG segue la percentuale di donne nella fascia di età 15-49 che prendono liberamente decisioni informate sull'assistenza alla loro salute riproduttiva, sull'uso dei contraccettivi e sui rapporti sessuali. Si tratta di un indicatore di enorme importanza – il primo tentativo globale di misurare e monitorare l'autonomia corporea – ma soltanto un terzo circa di tutte i paesi ha comunicato i dati ufficiali. Altre analisi, basate sui dati trasmessi da 69 Stati e raccolti tra il 2007 e il 2022, suggeriscono che solo poco più della metà (56%) di tutte le donne sposate o conviventi tra i 15 e i 49 anni decidono liberamente in merito a salute e diritti sessuali e riproduttivi (UNFPA, 2024a). L'esistenza stessa di questo indicatore sottolinea il crescente riconoscimento del fatto che le restrizioni all'autonomia delle donne si ripercuotono su tutta la società (Menendez et al., 2023; UN Women, 2018). Ma c'è ancora molto lavoro da fare, esperte ed esperti invocano ulteriori misurazioni per ampliare la nostra conoscenza e comprensione dell'esperienza delle donne in fatto di agency riproduttiva.

In ogni caso, negli ultimi 30 anni sono stati fatti passi enormi. Il Programma d'Azione della ICPD esortava governi e istituzioni a “rafforzare i sistemi statistici nazionali” (UNFPA, 1994), essenziali per produrre dati di qualità, disaggregati al fine di identificare e individuare geograficamente i gruppi vulnerabili, di intervenire per sostenerne lo sviluppo, di seguirne i progressi sui diversi indicatori rilevanti, di anno in anno, per ogni singolo anno. Rispetto al 1994 ci sono state notevoli trasformazioni nei sistemi statistici sulla popolazione, non ultima la digitalizzazione delle informazioni a livello mondiale. I programmi per i censimenti, i sondaggi, le registrazioni anagrafiche e altre statistiche vitali, come i dati di routine per il settore sanitario, hanno accelerato i processi di elaborazione, accresciuto le tipologie di dati a disposizione, consentito di ridurre i costi. Informazioni geo-spaziali e immagini da satellite hanno aperto inestimabili opportunità per una più precisa individuazione degli obiettivi. Tuttavia le deficienze nello sviluppo e nei finanziamenti fanno sì che molti sistemi statistici siano ancora inadeguati (UNFPA, 2024c). Inoltre, pur profilandosi all'orizzonte nuovi sistemi e miglioramenti innovativi per quelli esistenti, occorre proteggersi contro i pericoli per i diritti umani riscontrati nelle nuove frontiere digitali e tecnologiche in tutto il mondo (UNFPA, 2024b).

A trent'anni dalla sua nascita, il Programma d'Azione della ICPD continua a rappresentare una mappa indispensabile verso un mondo migliore. Il cammino del progresso non è né prevedibile né lineare e, malgrado crisi e arretramenti dei decenni successivi, ci sono tanti motivi di speranza. Possiamo creare un mondo in cui ogni gravidanza sia desiderata, ogni parto sia sicuro e il potenziale di ogni persona giovane sia realizzato. Possiamo. Dobbiamo. E insieme ci riusciremo.

Chi conta abbastanza da essere misurato?

Il caso delle madri adolescenti

C'è una idea di fondo, spesso non esplicita, nell'impostazione delle politiche e nella raccolta dei dati, per cui le cose che contano vengono misurate e solo le cose che vengono misurate contano. Come dimostra il presente rapporto, questo approccio non regge.

Se ne può trovare un esempio fondamentale nella raccolta dei dati sulla fecondità delle adolescenti (cioè la fecondità di ragazze e giovani donne di età compresa tra i 10 e i 14 e tra i 15 e i 19 anni). Quello delle madri adolescenti è un fenomeno diffuso, stimato ogni anno in mezzo milione di nascite da adolescenti nella fascia 10-14 e 12,8 milioni da adolescenti tra i 15 e i 19 (UNPD, 2022b). La maternità precoce, soprattutto per le giovanissime, è «una forma di violenza di genere. È violenza costringere qualcuno a portare a termine una gravidanza o a far fare qualcosa al suo corpo che non desidera» dice Carmen Barroso, co-presidente dell'Independent Accountability Panel nominato dal Segretario Generale delle Nazioni Unite. Le complicità della gravidanza e del parto sono la prima causa di morte tra le adolescenti e si ripercuotono sul futuro sociale ed economico di donne, ragazze e famiglie. Eppure in molti Stati le

politiche e i programmi necessari a ridurre questo fenomeno si basano su dati incompleti, in cui spesso mancano quelli disaggregati per singole età e altre caratteristiche essenziali.

La buona notizia è che sono aumentati i dati a disposizione che permettono di capire meglio la portata e la complessità delle nascite da madri adolescenti in tutto il mondo, soprattutto in seguito all'adozione dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile che ha esortato a documentare i tassi di natalità tra le adolescenti come indicatore di progresso verso il conseguimento dell'assistenza universale per la salute sessuale e riproduttiva. Il criterio base per completare i dati relativi a questo indicatore, SDG 3.7.2, e per stimare non solo i tassi di fecondità ma anche la fecondità specifica per l'età nei World Population Prospects delle Nazioni Unite [UN DESA, 2022b] è la disponibilità e la qualità di dati provenienti dalle varie fonti: la nostra conoscenza è di conseguenza molto lacunosa.

Disparità nella qualità dei dati a seconda della nazione

La Figura 5 mostra una stima della disponibilità dei dati sulla fecondità

nelle adolescenti, in tutto il mondo, a partire dal 2015, illustrando un ampio spettro di fonti, variabili per completezza e per attendibilità. In base a tale valutazione, la mancanza di dati è più preoccupante (con dati non disponibili, o disponibili solo sporadicamente) in 67 paesi, in cui risiede il 20% di tutte le ragazze nella fascia 15-19. Tutti e 67 questi stati si trovano in Africa subsahariana, Asia, Caraibi e Oceania.

I migliori dati a disposizione provengono per contro da Europa, America del Nord e da alcuni paesi selezionati di altre regioni, per un totale di 78 paesi che rappresentano il 16% delle ragazze giovani e giovanissime in tutto il mondo.

Generalizzando molto, i dati peggiori per qualità e quantità vengono da regioni in cui le informazioni disponibili suggeriscono la presenza dei maggiori tassi di fecondità nelle adolescenti, fenomeno che in alcuni paesi è direttamente legato ai tassi elevati di matrimoni precoci (Molitoris, 2023). Dall'altra parte, i dati migliori per qualità e quantità arrivano, sempre in generale, da paesi con una incidenza molto bassa di matrimoni precoci e gravidanze nelle adolescenti.

Qualità dei dati non uniforme, in uno stesso paese

Le disparità nella qualità dei dati non emergono solo tra paesi diversi ma anche all'interno di uno stesso paese. In Brasile, che rientra nella categoria (cfr. Figura 6) che si ritiene presenti le migliori stime relative ai

parti in base all'età delle madri, la registrazione anagrafica è in stabile miglioramento, ed è passata da circa l'80% degli anni novanta a oltre il 96% negli ultimi decenni (UNICEF, 2023; Hunter e Sugiyama, 2018). Tuttavia il gruppo a minor reddito registra solo l'88% circa delle nascite, mentre

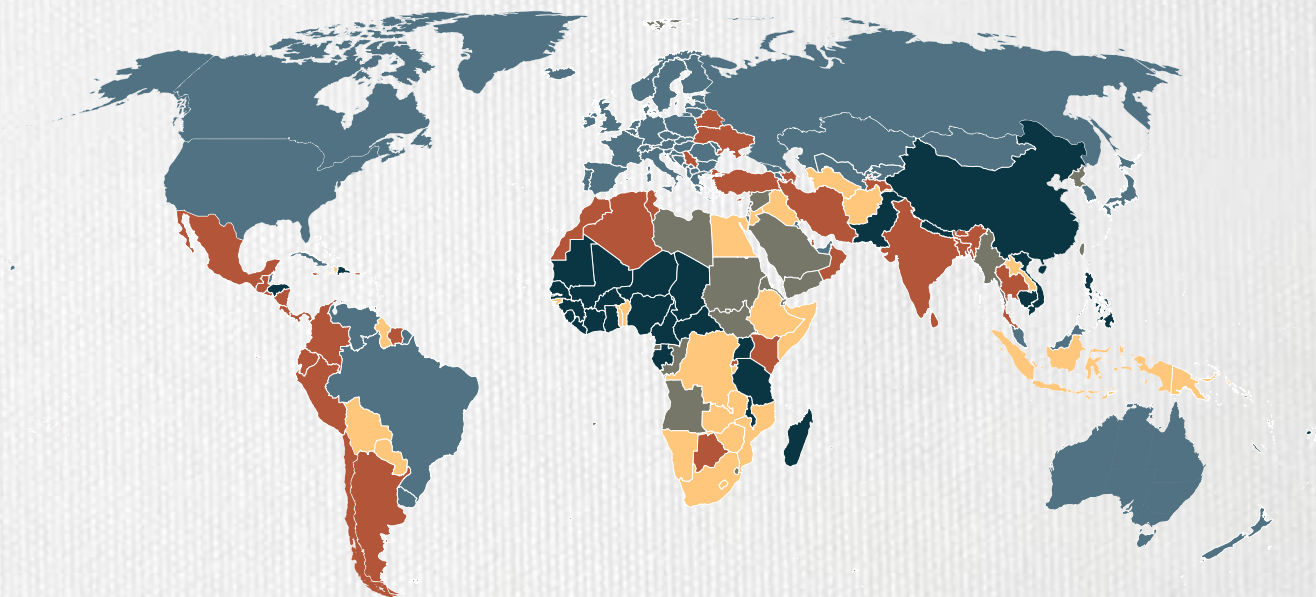
quello a reddito più elevato supera il 98%.

La Figura 6 mostra come, malgrado le difficoltà, si sono visti continui miglioramenti nella qualità delle stime relative al tasso di nascite da madri adolescenti.

FIGURA 5

Nascite su 1.000 ragazze tra i 15 e i 19 anni. Dati disponibili a partire dal 2015

- Buoni dati dagli uffici anagrafici e di stato civile
- Sondaggi - elevata disponibilità
- Solo registrazioni (incomplete) o combinazione di registrazioni anagrafiche e sondaggi
- Sondaggi - dati scarsi, o solo da censimenti
- Nessun dato



Fonte: UN DESA Population Division, 2024

Nota: La Divisione popolazione del Dipartimento degli affari economici e sociali delle Nazioni Unite ha individuato cinque categorie secondo la disponibilità dei dati. I paesi del Gruppo 1 presentano le migliori stime di nascite disaggregate per età materna, registrate presso i servizi anagrafici e di stato civile (civil registration and vital statistics, CRVS), con una copertura completa. I paesi del Gruppo 2 presentano dati derivanti dai servizi CRVS con registrazioni incomplete delle nascite o da una combinazione di registrazioni incomplete e dati derivanti da sondaggi nazionali rappresentativi, come i Demographic and Health Surveys o i Multiple Indicator Cluster Surveys. I paesi del Gruppo 3 presentano dati CRVS gravemente deficitari e utilizzano come principale fonte di informazione i dati dei sondaggi. Il Gruppo 4 è composto da paesi con sporadica disponibilità di sondaggi e/o di dati da censimenti. Del Gruppo 5 fanno parte i paesi che non dispongono di dati sulla fecondità delle adolescenti successivamente al 2015.

In Bangladesh – paese che presenta dati incompleti nelle documentazioni anagrafiche – nel 2019 è stato registrato solo il 56% delle nascite (UNICEF, 2023) e le stime dei tassi di natalità nelle adolescenti devono essere dedotti da altre fonti statistiche, come i sondaggi rappresentativi a livello nazionale. La Figura 7 mostra una significativa variazione nelle stime tra il 2000 e il 2014. Tuttavia, nel corso del tempo si osserva un notevole allineamento.

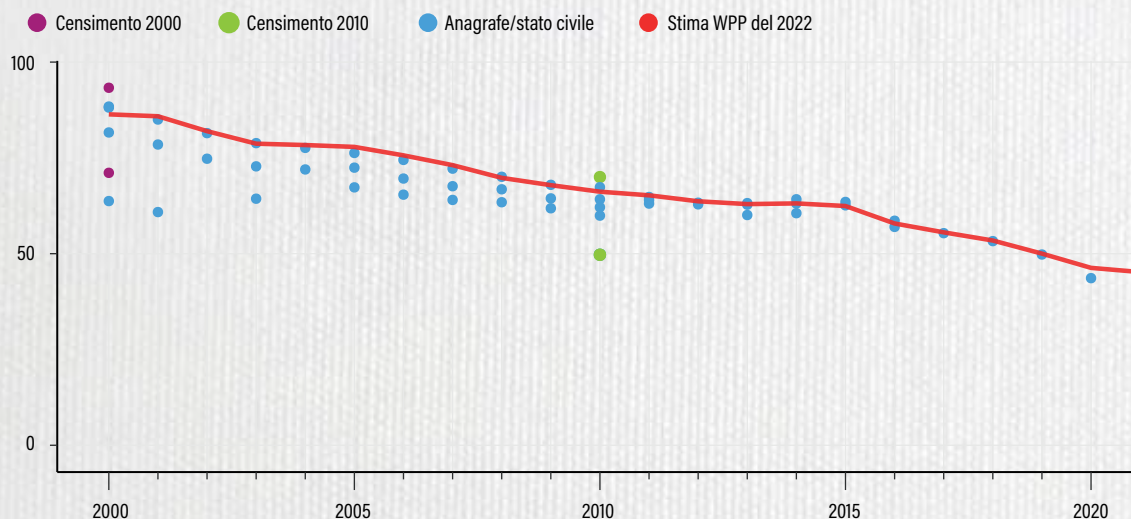
Servono ancora dati migliori e disaggregati

Anche nei paesi che rientrano nella categoria che dovrebbe avere registrazioni anagrafiche e archivi di stato civile completi, di rado sono disponibili informazioni su etnia e razzializzazione. Queste tipologie di dati non vengono raccolte di routine nei registri dello stato civile e pertanto devono essere integrati da sondaggi a campione nelle sottopopolazioni selezionate.

Un esempio è la Slovacchia, dove alla registrazione di una nascita non si raccolgono informazioni sull'etnia della madre. I dati dai sondaggi condotti tra la popolazione rom hanno rilevato che il tasso di fecondità nelle teenager è stabilmente più alto rispetto a quello della popolazione slovacca nel suo insieme. Paragonando le statistiche da sondaggio disponibili dal 1996 in poi con i dati da stato civile e registrazioni anagrafiche per l'intera

FIGURA 6

Raffronto dei tassi di natalità tra le adolescenti (15-19) per dati da fonti diverse, Brasile 2000-2021



Fonte: UN DESA Population Division, 2024

Nota: La linea rossa rappresenta la stima elaborata nel 2022 dal World Population Prospects (WPP) circa il tasso di natalità tra le ragazze dai 15 ai 19 anni in Brasile, negli ultimi 20 anni. I punti blu rappresentano le nascite da adolescenti identificate dai servizi anagrafici e di stato civile, quelli rosa e verdi le stime in base ai censimenti del 2000 e 2010 rispettivamente. Più punti dello stesso colore nello stesso anno indicano l'ampia forbice di valori derivati da fonti diverse, che si riducono nel tempo a indicare un generale miglioramento della qualità dei dati.

popolazione slovacca, emerge che la fecondità nelle adolescenti era in media superiore di oltre sette volte tra i Rom che nella popolazione generale. I tassi più recenti, dal 2016 al 2018, mostrano disparità di poco inferiori, con tassi di natalità tra le adolescenti rom ancora superiori di oltre sei volte rispetto a tutte le adolescenti slovacche (Nestorová Dická, 2021).

Questi rilievi dimostrano che la conoscenza empirica di base sulla

fecondità nelle adolescenti è molto migliorata nell'ultimo decennio.

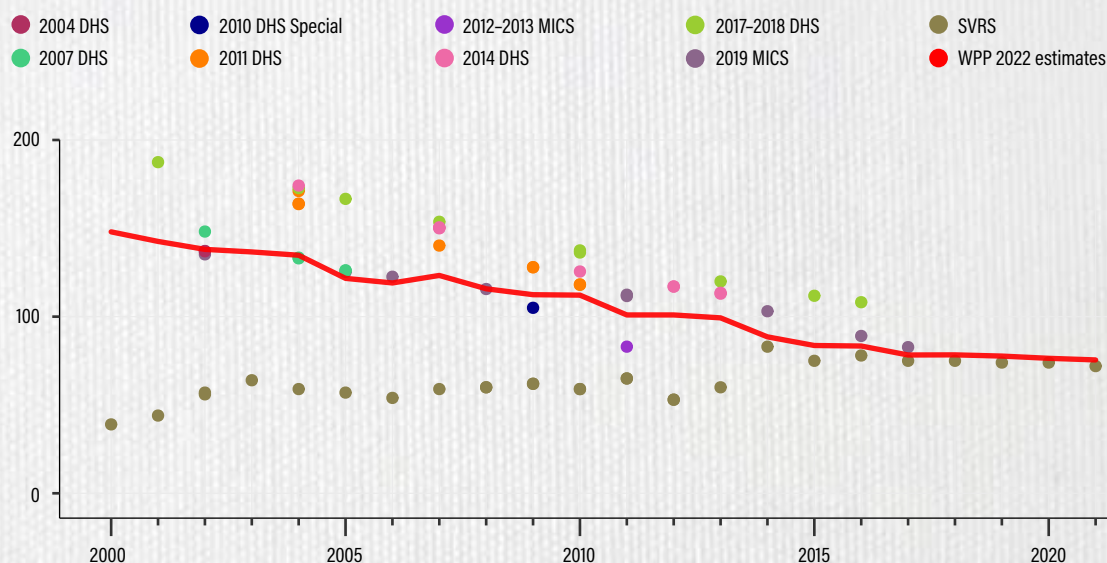
Ma chiariscono anche come molte nazioni e intere regioni continuino a non produrre i dati coerenti, tempestivi e qualitativamente validi necessari a intraprendere politiche e programmi mirati al sostegno delle ragazze adolescenti, delle giovani madri, della loro prole e delle loro famiglie. Questi risultati inoltre evidenziano l'importanza della raccolta delle informazioni supplementari, al di là delle

classiche dimensioni socio-economiche, più rilevanti a seconda dei contesti nazionali. Solo così si potranno progettare soluzioni significative ed efficienti per tutelare la salute e i diritti di tutte le ragazze.

Contributo della Divisione popolazione del Dipartimento affari economici e sociali delle Nazioni Unite (UN DESA)

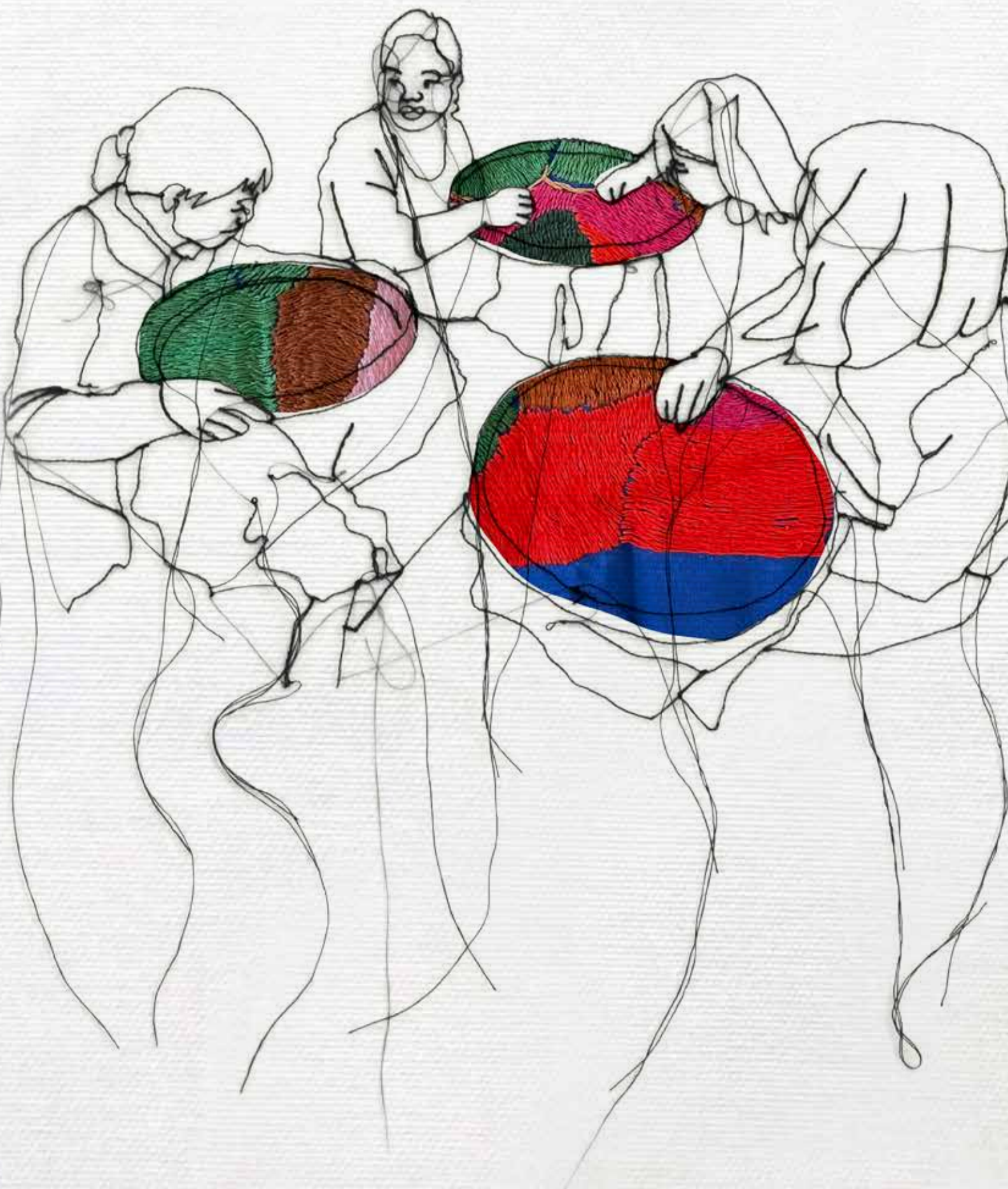
FIGURA 7

Raffronto dei tassi di natalità tra le adolescenti (15-19) per dati da fonti diverse, Bangladesh 2000-2021



Fonte: UN DESA Population Division, 2024

Nota: La linea rossa rappresenta le stime del tasso di natalità tra le ragazze dai 15 ai 19 anni, derivate dal World Population Prospects (WPP) del 2022, e un'ampia gamma di fonti come i Demographic and Health Surveys (DHS), i Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS) e servizi di stato civile a campione. I punti, che rappresentano le diverse origini dei dati, mostrano valori da un'ampia gamma di fonti che all'inizio variano moltissimo ma con l'andare del tempo si avvicinano (Kisambira e Schmid, 2021). Particolarmente degno di nota è il fatto che fino al 2013 i tassi di natalità ricavati dal sistema di stato civile a campione (Sample Vital Registration System, SVRS) erano parecchio inferiori a quelli derivati da fonti alternative.



LE DONNE sono il FILO



*Dice un proverbio del Ciad che la donna è il filo
che intesse e rafforza i legami familiari della casa.
Costruendo famiglie serene, le donne possono di
conseguenza costruire società serene*



In un mondo ideale, il progresso nei diritti riproduttivi e la promozione di un accesso paritario alla salute e ai diritti sessuali e riproduttivi sarebbe intrinsecamente motivato dai principi dei diritti umani e della giustizia sociale. Ma i contesti socio-politici del mondo reale esigono spesso argomentazioni quantificabili sui rendimenti economici nel breve e nel lungo periodo degli investimenti nei relativi programmi. In effetti, questo lo si era già capito nel 1994. Anche se il Programma d'Azione ha rappresentato un gigantesco punto di svolta per la presa di distanza dalle politiche per il controllo della popolazione, in direzione della priorità dei diritti di ogni persona, la motivazione economica è rimasta comunque cruciale per giustificare gli investimenti nei diritti in questione.

Di fatto **gli utili economici e sociali associati alla salute sessuale e riproduttiva e ai diritti riproduttivi erano elencati come primo obiettivo del Programma d'Azione della ICPD**: «Tra questi obiettivi e finalità ci sono: la crescita economica costante, nel contesto di uno sviluppo sostenibile; la scolarizzazione, specie per le ragazze; l'equità e l'uguaglianza di genere; la riduzione della mortalità neonatale, infantile e materna; la garanzia dell'accesso universale ai servizi per la salute riproduttiva, compresa la pianificazione familiare e la salute sessuale» (UNFPA, 1994).

Questa affermazione – che la salute e i diritti sessuali e riproduttivi sono i fattori attuativi dell'emancipazione su larga scala di donne e ragazze in quanto soggetti economici autonomi – è stata ripetuta più e più volte, tanto nelle ricerche come nei rendiconti degli ultimi 30 anni. Gli investimenti sui programmi per la salute sessuale e riproduttiva hanno prodotto utili a livello personale, sociale e nazionale.

Ma ci sono altre ragioni da esporre. Di certo i costi associati a gravidanze non intenzionali, mortalità materna e disabilità (UNFPA, 2022a), infezioni sessualmente trasmissibili (Owusu-Eduese et al., 2013) e disuguaglianza di genere, sono stati tutti studiati in modo approfondito (Wodon e de la Briere, 2018). Meno compresa è invece la dimensione del rendimento economico che può essere generato dai programmi che promuovono la salute e i diritti sessuali e riproduttivi. È stato necessario superare molte difficoltà per studiare il rendimento degli investimenti. Prima di tutto, con l'espressione salute e diritti sessuali e riproduttivi si intende e si comprende un'ampia gamma di questioni (Starrs et al., 2018): servizi contraccettivi, accesso all'aborto sicuro ove legale; accesso all'assistenza post-aborto; assistenza perinatale; prevenzione e terapia dell'HIV e di altre infezioni sessualmente trasmissibili; educazione alla sessualità e affettività e affettiva; prevenzione, counselling e terapia delle violenze di genere; prevenzione,

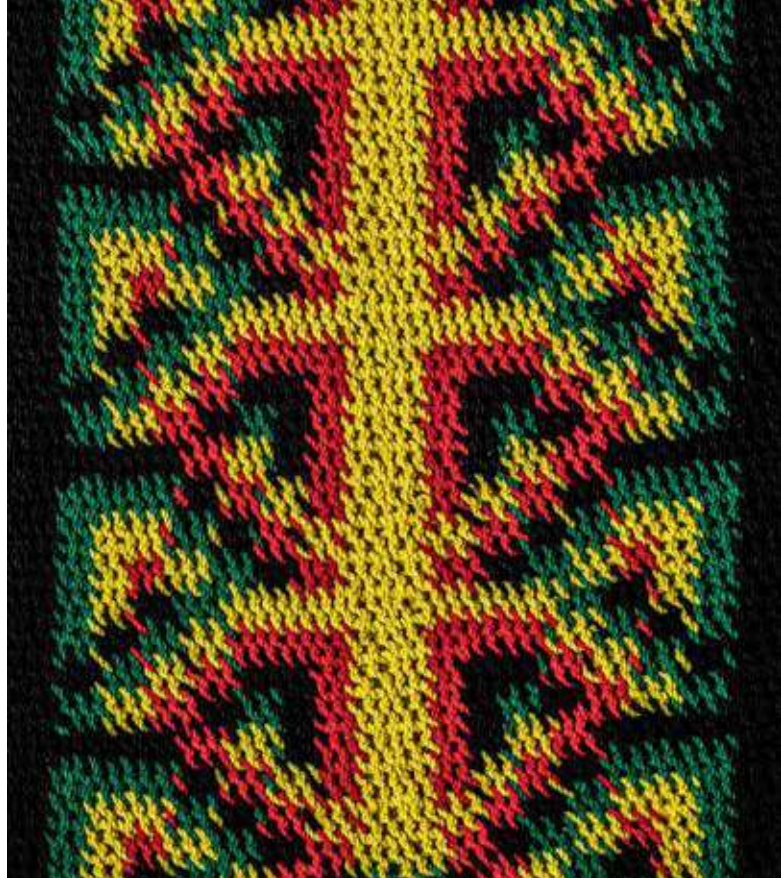


Gli utili economici e sociali associati alla salute sessuale e riproduttiva e ai diritti riproduttivi erano elencati come primo obiettivo del Programma d'Azione della ICPD

individuazione e terapia dei tumori dell'apparato riproduttivo; informazione, counselling e servizi per l'ipo-fertilità e l'infertilità; informazioni, counselling e servizi per la salute e il benessere sessuale; e altro ancora.

Un altro problema nel misurare il rendimento degli investimenti è che in certe aree questi possono produrre risparmi sui costi di altri programmi; gli investimenti nella contraccezione possono ridurre la necessità di assistenza sanitaria per l'aborto e per la salute materna, per esempio (Sully et al., 2020). Sarebbe necessario un corpus di ricerche statistiche di dimensioni eccezionali per studiare in modo completo il rendimento degli investimenti relativo a tutte le componenti della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi. La situazione è ulteriormente complicata dal fatto che il rapporto di causa-effetto tra fattori può agire in entrambe le direzioni. Per esempio, l'utilizzo di programmi per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi può portare all'empowerment economico delle donne, il che può anche portare a un maggior utilizzo dei programmi per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi.

Un'altra sfida ancora è quella di misurare gli investimenti stessi. I finanziamenti di molti interventi possono essere considerati come finanziamenti a supporto della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi, ma non esiste un conteggio complessivo e completo delle spese sostenute per tali interventi. Uno sguardo alle cifre dell'aiuto pubblico allo sviluppo e del settore privato negli ultimi trent'anni può dare un'idea delle tendenze degli investimenti. I rapporti delle Nazioni Unite dicono che, tra il 1990 e il 1999, i contributi istituzionali e privati per le tematiche relative alla popolazione non hanno mai raggiunto i 2 miliardi di dollari l'anno, ma che gli stessi sono aumentati considerevolmente con l'introduzione degli



Il disegno di questa borsa bilum prodotta in Papua Nuova Guinea si ispira alla forma delle ovaie e delle tube di Falloppio.

Obiettivi di sviluppo del millennio. L'entità annuale degli aiuti è aumentata in modo stabile dal 2000 fino al 2011, quando ha raggiunto i 12,3 miliardi. Dal 2011 in poi, i contributi hanno oscillato tra i 9 e i 13 miliardi l'anno, e la percentuale di spesa per le tematiche relative alla popolazione su tutti gli aiuti complessivi è diminuita. In particolare, la grande maggioranza di tale spesa è stata destinata alla salute sessuale e riproduttiva, mentre la raccolta dati e l'analisi delle misure politiche hanno ricevuto una quota sempre più ridotta (UN ECOSOC, 2024). Tutte queste cifre comunque rappresentano un quadro assai limitato degli investimenti complessivi globali per la salute sessuale e riproduttiva e per altri settori, in quanto non tengono conto delle spese interne.

Tuttavia sono stati fatti progressi nel calcolo di alcuni rendimenti degli investimenti. Ci si è

impegnati in particolare a conteggiare costi e guadagni associati agli investimenti su specifiche componenti della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi. Nel 2022 UNFPA, insieme a Avenir Health, Johns Hopkins University e altri, ha pubblicato le stime del rendimento di investimenti mirati a mettere fine alla domanda inevasa di pianificazione familiare e alle morti materne prevenibili (UNFPA, 2022). Secondo queste stime, un incremento di 79 miliardi di dollari entro il 2030 (per il sostegno alla copertura di 29 interventi essenziali per la pianificazione familiare e la salute materna) produrrebbe un rendimento di 660 miliardi in benefici economici tra il 2022 e il 2050. È stato calcolato che questi finanziamenti porterebbero a prevenire 400 milioni di gravidanze non intenzionali, 1 milione di morti materne, 6 milioni di morti alla nascita, 4 milioni di morti neonatali, con un enorme beneficio economico complessivo sotto forma di anni di vita guadagnati, partecipazione al mondo del lavoro, produttività e altro ancora (UNFPA, 2022).

Anche il Guttmacher Institute ha quantificato l'impatto degli investimenti nei servizi di salute sessuale e riproduttiva, concentrandosi sugli oltre 100 interventi cruciali che coprono i servizi contraccettivi, l'assistenza perinatale, i servizi relativi all'aborto e le cure per le principali malattie sessualmente trasmissibili, nei paesi a basso e medio reddito (Sully et al., 2020). Queste stime tengono conto del fatto che gli investimenti in certi servizi possono comportare benefici trasversali, producendo altri benefici per la salute. Secondo queste stime, l'erogazione di questi servizi costerebbe ogni anno 68,8 miliardi di dollari, ovvero 31,2 miliardi in più rispetto agli investimenti attuali – un incremento rispetto alla spesa attuale di soli 4,80 dollari pro-capite all'anno. Come risultato, le proiezioni parlano di un calo del 68% nelle gravidanze non intenzionali, del 72% negli aborti a rischio e del

62% nella mortalità materna. Ancora, le morti neonatali diminuirebbero del 69%, e le nuove infezioni da HIV nelle/nei neonate/i fino a sei settimane di vita calerebbero dell'88%.

Il Guttmacher Institute ha poi isolato le spese necessarie a soddisfare tutte le domande inevase di contraccezione moderna. Il costo sarebbe irrisorio: per passare dall'attuale livello di ricorso ai contraccettivi al livello di soddisfazione di tutte le esigenze inevase, nei paesi a basso e medio reddito, si tratterebbe di spendere 1,94 dollari a testa all'anno, rispetto agli attuali 1,10. Il beneficio a breve termine degli investimenti nella contraccezione sarebbe da solo più che sufficiente a coprire tali costi: ogni dollaro in più speso nei servizi contraccettivi comporterebbe il risparmio di 3 dollari sui costi dell'assistenza sanitaria per gravidanze e cure perinatali. Ogni dollaro che supera l'attuale livello di spesa nei servizi di contraccezione per adolescenti, in particolare, unito agli investimenti raccomandati nell'assistenza per gravidanze e cure perinatali, si stima riduca il costo degli interventi correlati di 3,70 dollari.

Mentre queste e altre metodologie si sono alquanto diversificate – variando i modelli, la portata delle stime, la tempistica e i presupposti di base – i risultati sono sempre concordi sulla possibilità di realizzare un enorme valore rispetto alla spesa aumentando gli investimenti sulla salute sessuale e riproduttiva.

Il calcolo delle persone lasciate indietro

Tali stime dimostrano chiaramente che gli investimenti più necessari sono quelli nei paesi e nelle regioni lasciati indietro dalla crescita economica e dallo sviluppo. Per esempio, la

domanda inevasa è più elevata nei paesi a basso reddito, dove quasi la metà (46%) delle donne che desiderano evitare una gravidanza non utilizza un metodo moderno. Secondo il Guttmacher Institute, l'Africa Subsahariana e l'Asia meridionale rappresentano da sole oltre i tre quarti dell'incremento totale di investimenti necessario per garantire a tutte il pacchetto completo di servizi per la salute riproduttiva, che oltre alla contraccezione comprende la salute materna e la prevenzione delle malattie per tutte le persone che ne hanno bisogno. Molti dei paesi con i livelli più alti di esigenze insoddisfatte sono anche quelli con la più alta percentuale di donne che riferiscono di non poter decidere liberamente in merito alla contraccezione e tra quelle con i tassi di fecondità più elevati (Sully et al., 2020).

Come prevedibile, ma non meno tragico, le stime sul rendimento economico degli investimenti non sono in grado di calcolare il fattore dei costi né dei rendimenti nel raggiungere le persone lasciate più indietro all'interno di uno stesso paese e di una stessa comunità. I fattori che producono la marginalizzazione di persone e comunità sono così numerosi e così intersecanti e le barriere così insormontabili, che i programmi per la salute sessuale e riproduttiva devono spesso essere personalizzati e specificamente mirati. Una revisione sistematica della gravidanza nelle adolescenti ha messo in luce che, tra gli altri fattori, «l'appartenenza a un gruppo minoritario per etnia o religione è anche un fattore di rischio» delle gravidanze in età adolescenziale, e osserva: «È poco probabile che le strategie volte a ridurre le gravidanze nelle donne con meno di 20 anni saranno efficaci» a meno di affrontare direttamente i rischi specifici per ogni contesto (Pradhan et al., 2015). Nel migliore dei casi, messaggi e interventi potrebbero, e anzi dovrebbero, essere co-creati insieme alle comunità, per assicurarne l'accessibilità e l'accettabilità.

Questi sforzi potrebbero comportare costi aggiuntivi, o rappresentare interventi a basso costo: i dati per capirlo, semplicemente, non ci sono. Spesso però si oppone resistenza all'investimento delle risorse necessarie per raggiungere le persone rimaste più indietro. Questa resistenza si può attribuire alla penuria di dati in base ai quali lanciare un'azione, ma è probabile che abbiano un peso anche pregiudizi, negligenze e discriminazioni.

Tutto ciò contribuisce a spiegare perché la documentazione disponibile suggerisce che il grosso degli utili raccolti negli ultimi 30 anni è andato soprattutto a beneficio di chi è, ed era, già raggiungibile dai programmi su larga scala per la salute sessuale e riproduttiva. Come sostiene l'ipotesi dell'equità inversa (pag. 65), spesso il progresso arriva con un prezzo: l'allargamento, almeno all'inizio, delle disparità per le persone più marginalizzate. Ma continuare a raggiungere solo “i frutti sui rami più bassi” è destinato probabilmente ad esacerbare ulteriormente tali disparità, lasciando inadempiti gli obiettivi ultimi dell'Agenda ICPD. Inoltre, sebbene i costi iniziali rischino di essere elevati, gli spaventosi livelli di bisogno tra le persone e le comunità rimaste più indietro possono anche implicare che investimenti efficaci producano utili decisamente maggiori rispetto a quelli che si potrebbero mietere con programmi mirati “ai frutti più bassi e comodi”.

L'analisi in questo capitolo si occupa dei benefici a lungo termine sul piano sociale e, soprattutto, economico derivanti dall'investire nella salute e nei diritti sessuali e riproduttivi e nella agency riproduttiva delle donne. Poiché le forme di rendimento degli investimenti sulle diverse componenti della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi sono troppo diversificate per poterle riepilogare tutte, il capitolo si concentra su tre elementi essenziali: l'autonomia riproduttiva

La sifilide evidenzia una delle minacce alla salute e ai diritti umani: la stigmatizzazione

La sifilide, e altre infezioni sessualmente trasmesse (sexually transmitted infections, STI) sono “malattie segrete” dice la dottoressa Adel Botros, egiziana, specialista in dermatologia e venereologia, ripensando a una telefonata che ha ricevuto oltre dieci anni fa. Un ospedale l’aveva chiamata per segnalare un caso di sifilide congenita in un neonato. La dottoressa Botros corse all’ospedale e chiese al padre il permesso di vedere il paziente – una visita del tutto gratuita. Invece di acconsentire, il padre uscì dalla stanza e non si fece mai più vedere.

Lo stigma delle STI è stato usato da sempre per dividere le comunità e rafforzare le gerarchie, e allontana la gente dai servizi sanitari contribuendo a diffondere i contagi. La sifilide è forse l’esempio più tristemente famoso, variamente descritta come “mal francese”, “morbo napoletano”, “male polacco”, “malattia tedesca”, “morbo spagnolo” e “mal cristiano”, tra i tanti altri nomi, di solito da comunità che cercavano di incolpare le persone straniere e/o

nemiche di questa patologia (Tampa et al., 2014).

Oggi la sifilide – un’infezione batterica che la medicina ha sperato a lungo di poter debellare con gli antibiotici – è in aumento in tutto il mondo. I casi sono passati dagli 8,8 milioni del 1990 ai 14 milioni del 2019, con un’incidenza salita, nello stesso periodo, da 160 a 178 ogni 100.000 (Tao et al., 2023).

Tuttavia i dati disponibili indicano che l’Africa Settentrionale e il Medio Oriente hanno invertito questa tendenza. Mentre, per esempio, negli Stati Uniti dal 2016 a oggi i casi di bambine/i con sifilide congenita sono più che triplicati, l’incidenza della stessa in Marocco è crollata (WHO, n.d.x). Nel 2022 l’Organizzazione Mondiale della Sanità ha annunciato che l’Oman aveva debellato la trasmissione madre-figlio della patologia (WHO, 2022).

Questi dati sfidano i secolari stereotipi sulla sifilide nella regione degli Stati Arabi: questa storia offre al mondo moderno un’importante lezione sui rapporti tra malattia,

genere e potere, dice Ellen Amster, docente di salute pubblica alla McMaster University del Canada.

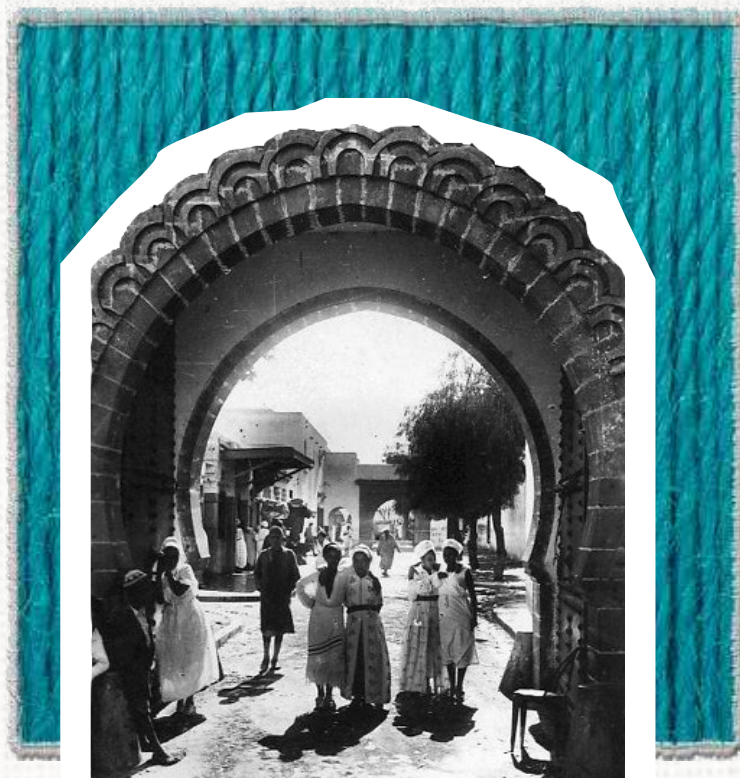
«La sifilide è stata molto importante nell’eugenetica» spiega. «Era considerata una di quelle degenerazioni che avrebbero distrutto un’intera popolazione.» Le autorità coloniali occidentali descrissero le persone arabe come congenitamente vulnerabili al male. Inventarono persino una nuova definizione, «i degenerati e malati “arabi sifilitici”», per demonizzare e sminuire persone musulmane e arabe, come ha mostrato la sua ricerca (Amster, 2016).

«La sifilide era legata al disempowerment di genere, per confermare l’onta intorno alla sessualità, che diventa sempre un’onta legata al genere» spiega a UNFPA. «Per proteggere le loro truppe dalle donne native “sifilitiche”, le autorità francesi crearono – in Marocco e in tutto il loro impero – dei bordelli chiusi che erano, di fatto, prigioni per giovani donne.»

Questi tentativi furono indotti dalle «dicerie secondo cui in tutto il protettorato [marocchino] la prevalenza della sifilide sfiorava l'80%, addirittura il 100%» dice la prof. Amster, per via di test con falsi positivi e diagnosi errate di malattie come la tubercolosi, la malaria e altre ancora. «Poi, quando testarono in modo sistematico le donne, scoprirono che la diffusione era dello 0,5% o comunque inferiore all'1%».

La società attuale deve ancora scrollarsi di dosso l'onta – e le dinamiche di potere – che si associa alle malattie contagiose. Nel 2022, nello sforzo di contenere la diffusione in tutto il mondo di Mpox (il cosiddetto vaiolo delle scimmie), le autorità sanitarie mondiali hanno anche dovuto impegnarsi per ridurre lo stigma che lo circondava. I rapporti sull'Mpox «hanno utilizzato linguaggi e immagini, soprattutto ritratti delle persone LGBTI e delle popolazioni africane, che rafforzano stereotipi omofobi e razzisti, ed esacerbano lo stigma» avvertiva UN AIDS (UN AIDS, 2022). Per suscitare intolleranza, non è necessario che si tratti di infezioni sessualmente trasmissibili; la pandemia di COVID-19 ha scatenato ondate di xenofobia anti-asiatica in tutto il mondo (HRW, 2020).

Nel progettare programmi per combattere le malattie contagiose, occorre considerare con attenzione i problemi legati al potere e ai pregiudizi. Malgrado le lezioni della storia, questo vale ancora anche per la sifilide, che si è scoperta



Bousibir era un quartiere-bordello recintato di Casablanca, creato dalle autorità coloniali come misura di prevenzione della sifilide. Foto storica di pubblico dominio.

sproporzionalmente contagiosa per gli uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini (WHO, n.d.y.). Le comunità più colpite da queste patologie devono essere coinvolte, non stigmatizzate, insistono gli esperti.

Anche nella regione degli Stati Arabi, dove oggi risultano tassi relativamente bassi di sifilide, è necessario vigilare non solo contro la malattia ma anche contro la discriminazione. In realtà, dice la

dottorssa Botros, la vera incidenza di STI come la sifilide resta sconosciuta, perché paura e vergogna – una volta brandite con tanta efficacia come armi contro il mondo arabo – persistono ancora oggi.

«A volte scopriamo un caso per pura coincidenza» dice la dottorssa Botros. «E spesso i pazienti non vengono da noi se non quando capiscono che non c'è altro modo di liberarsi del problema.»

(qui rappresentata dall'uso dei contraccettivi da parte delle donne che desiderano evitare una gravidanza, con il caveat che sono necessarie ancora altre misurazioni), la prevenzione della violenza di genere e l'impartizione di un'educazione sessuale e affettiva. Ciascuno di questi elementi incrementa, come risaputo, la capacità delle persone di realizzare molte altre dimensioni della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi. Il capitolo esamina infine quali rendimenti economici si ottengano promuovendo l'uguaglianza di genere, che è un analogo fattore abilitante di molti altri diritti e libere scelte. Ma nel riflettere sul possibile rendimento derivante dall'investire su ciascuna di queste componenti, è importante osservare che tali stime sono strumenti poco affilati, che studiano gli effetti generali su vasti gruppi di popolazioni. I programmi mirati in modo efficace hanno probabilmente costi diversi e producono potenzialmente un impatto molto più decisivo sotto forma di sviluppo del capitale umano, per quelle comunità che sono rimaste al di fuori della portata del progresso generale.



Il mondo inizia ora a misurare la *agency* riproduttiva

Il valore a lungo termine dell'autonomia riproduttiva

Il mondo inizia solo ora a misurare la *agency* riproduttiva concetto di importanza cruciale ma non ancora perfettamente definito. Gli indicatori degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile sull'autonomia corporea (5.6.1) e sui contesti abilitanti (5.6.2) sono stati pionieristici, in quanto hanno rivelato l'enorme numero di persone i cui diritti fondamentali non sono realizzati in misura sufficiente. Eppure, solo 115 paesi o territori forniscono dati sul target 5.6.2, e solo 69 sul 5.6.1; in più, questi indicatori non sono che il punto di partenza. Occorrono molte più informazioni per comprendere appieno la situazione relativa alla *agency* riproduttiva delle donne.

Tra le misurazioni disponibili, la migliore, benché limitata, per stimare il rendimento degli investimenti sull'autonomia riproduttiva è forse l'uso dei contraccettivi tra le donne che desiderano evitare una gravidanza. Questo perché la portata e l'impatto delle gravidanze non intenzionali è stato ampiamente studiato. Nei paesi a basso e medio reddito, circa la metà delle gravidanze – 112 milioni l'anno – non è intenzionale (Bearak et al., 2020). La grande maggioranza, il 77%, avviene nei 218 milioni di donne in età riproduttiva dei paesi a basso e medio reddito che non desiderano concepire ma non ricorrono ad alcun metodo moderno di contraccezione (Sully et al., 2020).

Circa il livello delle esigenze insoddisfatte di contraccezioni, si riscontrano disuguaglianze significative a livello intra-nazionale e tra nazioni diverse. Non solo la domanda inesausta è maggiore nei paesi a basso reddito, ma esistono anche disparità per fasce di età: tra le donne che vorrebbero evitare di restare incinte, la percentuale di esigenze insoddisfatte di un

metodo moderno è molto maggiore (43%) tra le adolescenti dai 15 ai 19 anni che tra tutte le donne in età riproduttiva (24%) dei paesi a basso e medio reddito (Sully et al., 2020). Anche le donne delle famiglie più ricche, che risiedono nelle aree urbane e con istruzione superiore tendono a presentare livelli inferiori di esigenze insoddisfatte rispetto alle loro controparti. Secondo dati del 2015, di tutte le donne con un partner stabile che vogliono evitare il concepimento e che vivono in paesi colpiti da un'emergenza umanitaria, circa la metà non ricorre ad alcuna forma di contraccezione, moderna o tradizionale: una percentuale molto più elevata rispetto alla media mondiale (Loaiza e Liang, 2016) (cfr. nota tecnica a pag. 155).

Il Family Planning Impact Consortium – una collaborazione tra il Guttmacher Institute, l'African Institute for Development Policy, la Harvard University e l'Institute for Disease Modeling and Avenir Health – ha recentemente analizzato la documentazione sul valore degli investimenti nella pianificazione familiare volti a mettere le donne in grado di decidere, in modo affidabile, tempistica, intervallo e numero dei figli che desiderano (Family Planning Impact Consortium, 2023). Questa analisi ha evidenziato che il controllo su questi elementi essenziali della fecondità consente alle donne di raggiungere un livello di scolarizzazione superiore e permette loro una gamma più ampia di scelte occupazionali, che non potrebbero permettersi altrimenti. La pianificazione familiare consente inoltre alle donne maggiori avanzamenti di carriera. Il beneficio, dal punto di vista delle opportunità educative, produce anche una vasta gamma di altri benefici per donne e ragazze: per esempio, hanno più probabilità di accedere all'assistenza sanitaria e di comprendere di loro diritti, avendo la fiducia in sé stesse necessaria a esercitarli.

Livelli più elevati di scolarizzazione femminile si associano anche a più alti livelli di redditi da lavoro (Grown et al., 2023). Le donne con un'istruzione almeno primaria guadagnano dal 14 al 19% più di quelle non scolarizzate; le donne con un'istruzione secondaria guadagnano almeno il doppio di quelle non scolarizzate; quelle con istruzione superiore o universitaria circa il triplo, dicono i dati rilevati in ben 96 paesi (Wodon et al., 2018).

La pianificazione familiare inoltre consente alle donne che desiderano diventare madri di stabilire, almeno in buona misura, l'intervallo tra le nascite e il numero totale dei figli, cosa che consente loro di pianificare i periodi di congedo dal lavoro. I costi della maternità per una donna con un'occupazione formale includono i guadagni non percepiti durante il congedo temporaneo dal lavoro e l'eventuale riduzione dell'orario, due fattori che possono contribuire all'atrofia delle competenze e per i datori di lavoro rischiano di costituire un disincentivo a investire nella formazione, il che alla fine porta a compromettere l'andamento della carriera della donna (Adda et al., 2017).

Le aspettative delle donne rispetto alla loro capacità di controllare le gravidanze può incidere anche sulle decisioni che prendono all'inizio della loro vita produttiva. Secondo i dati provenienti dall'Europa, una percentuale importante dei costi della maternità dal punto di vista del reddito e della carriera è determinata dai percorsi lavorativi che la donna persegue al suo ingresso nel mondo del lavoro, in base ai pattern di fecondità previsti (Adda et al., 2017). In Germania è stato calcolato che le scelte occupazionali a inizio carriera rappresentano il 19% dei guadagni persi che si associano all'avere figli (Adda et al., 2017).

Tra contraccezione e istruzione c'è un rapporto di reciprocità, in quanto più istruzione può

comportare quell'aumento di conoscenze e di agency di cui una donna ha bisogno per accedere alla contraccezione e per utilizzarla (Blackstone et al., 2017). Di fatto il ricorso alla contraccezione può innescare per le donne un circolo virtuoso di empowerment e opportunità. Ci sono poi i benefici multi-generazionali derivanti dalla soddisfazione delle esigenze di servizi contraccettivi, che generano ulteriori opportunità per le donne: quelle con un'occupazione formale hanno maggiori probabilità di aspettarsi la stessa cosa per le loro figlie (UNFPA, 2023). Questo spalanca la via a ulteriori opportunità di scelta nella vita dei figli, compresa quella di rimandare il matrimonio per poter completare gli studi e ottenere quei benefici a lungo termine che l'istruzione conferisce sotto forma di empowerment economico, sociale e personale.

Non sono solo le dirette interessate a beneficiare dell'istruzione femminile. I datori di lavoro sono sempre più consapevoli che sostenere la salute e i diritti sessuali e riproduttivi va a tutto vantaggio delle loro linee produttive. Le aziende asiatiche possono usufruire di uno strumento di "rendimento sugli investimenti" sviluppato da UNFPA per calcolare i benefici per la produttività derivanti per esempio dalle iniziative che sostengono la salute riproduttiva delle dipendenti (UNFPA Asia and the Pacific, n.d.).

C'è un guadagno anche a livello nazionale, perché l'autonomia riproduttiva rafforza il contributo portato dalle donne all'economia nazionale. Secondo un modello elaborato per Kenya, Nigeria e Senegal, se tutte le richieste di contraccezione moderna attualmente inevase venissero soddisfatte, il reddito pro-capite aumenterebbe dal 31% al 65% tra il 2005 e il 2030 (Bloom et al., 2014). In Kenya, se i due terzi della domanda inevasa fossero soddisfatti, entro il 2050 si registrerebbe nel paese un aumento del 51% del PIL grazie agli effetti

sulla dimensione relativa della popolazione in età produttiva (cfr. nota tecnica a pag. 155). Il rapporto tra la capacità delle donne di controllare la loro fecondità e gli utili economici per singoli, famiglie e società è stato dimostrato da diversi studi in una vasta gamma di contesti socio-economici (Family Planning Impact Consortium, 2023).

La ricerca del Family Planning Impact Consortium prende anche in esame la documentazione sui rendimenti globali degli investimenti sulla pianificazione familiare. È stato per esempio calcolato che l'investimento di 1 dollaro USA nella pianificazione familiare genera un ritorno tra i 60 e i 100 dollari, nel lungo periodo, sotto forma di crescita economica (Kohler and Behrman, 2018). Secondo le stime della Banca Mondiale, limitare le opportunità educative delle ragazze ha un costo, a livello globale, compreso tra i 15.000 e i 30.000 miliardi di dollari in mancata produttività e mancati guadagni (Wodon et al., 2018). Si è calcolato anche che, a livello mondiale, la partecipazione femminile all'occupazione scende tra i 10 e i 15 punti percentuali, equivalenti a quasi due anni, per ogni figlio in più per le donne nella fascia 25-39 anni (Grepin e Klugman, 2013; Bloom et al., 2009).

La maggior parte degli studi sui benefici economici a lungo termine derivanti dall'aiutare le donne a controllare la loro fecondità si concentra sulla soddisfazione delle domande inevase di contraccezione. Bisogna però ricordare che nessun metodo contraccettivo è a prova di errore: e benché molti paesi continuino a imporre restrizioni all'aborto volontario, a livello globale si stima che, ogni anno, circa 6 gravidanze non intenzionali su 10 vengano interrotte dall'aborto (Bearak et al., 2020). È quindi poco probabile che la domanda di questi interventi – con modalità più o meno sicure – possa scomparire.

L'aborto a rischio si associa a una significativa percentuale di morti materne e un'ancor più diffusa insorgenza di patologie e disabilità. Si calcola che tra il 5% e il 13% per cento di tutte le morti materne nel mondo, e dell'insorgere di patologie e disabilità, siano da attribuire ad aborti praticati in condizioni di non sicurezza (Say et al., 2014). Una stima dei costi complessivi annuali per l'assistenza sanitaria correlata agli aborti nei paesi a basso e medio reddito parla di 2,8 miliardi di dollari, di cui circa un miliardo per praticare gli aborti (in condizioni di sicurezza o meno) e 1,7 per le terapie post-aborto (Sully et al., 2020). È stato calcolato che, se tutti gli aborti nei paesi a basso e medio reddito attualmente praticati in clandestinità fossero praticati in condizioni di sicurezza, e se tutte le domande di assistenza alla contraccezione e all'aborto fossero soddisfatte, il costo totale dell'assistenza correlata all'aborto diminuirebbe, attestandosi intorno ai 600 milioni.

Eliminare la violenza di genere: valore a lungo termine

Sarà impossibile assicurare l'autonomia riproduttiva di tutte le persone senza assicurare la libertà dalla violenza di genere, compresa quella inflitta dal partner. In tutto il mondo più di una donna su quattro nella fascia di età 15-49 che abbia avuto una relazione stabile riferisce di aver subito nel corso della vita violenze di genere, sotto forma di violenze fisiche o sessuali, da parte del partner; il 13% riferisce violenze fisiche o sessuali inflitte dal partner nel corso dell'ultimo anno (WHO, 2021a).

La prevalenza delle violenze inflitte dal partner è eccezionalmente elevata nell'Asia meridionale e

nell'Africa subsahariana, dove secondo le stime tra il 19 e il 20% delle donne ha fatto esperienza di violenze da parte del partner negli ultimi 12 mesi. Secondo un'analisi dei dati provenienti da 46 paesi, le donne più povere, le più giovani e quelle che vivono in zone rurali tendono a essere particolarmente vulnerabili (Coll et al., 2020). La violenza contro le donne è inoltre di norma più elevata tra le persone costrette allo sfollamento e tra quelle che vivono in ambienti interessati da un conflitto (Hadush et al., 2023; Horn et al., 2021; Delkhosh et al., 2019). In questi contesti, l'effetto destabilizzante di tali condizioni e l'erosione delle reti di tutela sociale contribuiscono ad aumentare il rischio di violenza inflitta dal partner, in quanto gli sforzi di prevenzione e di risposta sono estremamente complicati.

Delineare con precisione il rapporto tra violenza e mancanza di autonomia riproduttiva è difficile, non solo perché violenze sessuali e coercizioni minano direttamente l'autonomia corporea, ma anche perché la coercizione riproduttiva è in sé stessa una forma di violenza. Esistono però dei modi per capire alcuni dei legami causali, per esempio studiando insieme violenze del partner e uso dei contraccettivi. Studi longitudinali hanno dimostrato che le donne che subiscono violenze dal partner hanno una probabilità significativamente inferiore di ricorrere, in seguito, alla contraccezione, e in particolare hanno meno probabilità di affidarsi a metodi che dipendono dal partner, come i preservativi (Maxwell et al., 2015). La violenza subita dal partner è stata collegata anche all'aumentata incidenza di gravidanze indesiderate (WHO, 2013). La violenza è dunque un fattore determinante dei costi individuali e sociali collegati alla perdita di autonomia riproduttiva di cui si è parlato sopra.

Ma la violenza esige anche un considerevole prezzo economico, sotto forma di esiti avversi

per la salute riproduttiva, tra cui le infezioni sessualmente trasmesse (STI) (Bacchus et al., 2018; WHO, 2013) e l'inadeguata assistenza professionale perinatale (Musa et al., 2019). Sono spesso costi intergenerazionali, perché le donne che subiscono violenze durante la gravidanza vanno più facilmente incontro ad aborti spontanei, bambine/i nate/i morte/i, insufficienze ponderali alla nascita (Silverman et al., 2007; Boy e Salihu, 2004). Le violenze del partner e le altre forme di violenza di genere possono produrre stress e traumi psicologici, lesioni fisiche da lievi a gravi o gravissime, e anche la morte (WHO, 2013). Le donne che subiscono violenze sessuali da persone diverse dal partner sono inoltre a maggior rischio di abusare di sostanze e di alcol e di contrarre disturbi della salute mentale. I servizi sanitari sopportano anche costi diretti significativi correlati alle cure per le persone sopravvissute a violenze.

Ci sono poi le conseguenze sull'occupazione, sulla produttività e sui salari. L'erosione dell'autonomia della donna provocata dalla violenza di genere compromette la sua capacità di prendere decisioni autonome, proseguire gli studi e contribuire pienamente al mondo del lavoro. La violenza può generare una riduzione delle opportunità di impiego a causa della paura di molestie o violenze; può limitare le scelte occupazionali se le donne cercano opzioni lavorative che percepiscono come più sicure o più accettabili da chi abusa di loro; può abbassare la produttività a causa dello stress psicologico e delle conseguenze sulla salute fisica; può portare ad assenze sul posto di lavoro per gestire le conseguenze degli incidenti provocati dalle violenze di genere (Vyas, 2013). Un rapporto del 2016 ha proposto una formula per aiutare i datori di lavoro a calcolare l'impatto delle violenze di genere sui costi gestionali, comprese le giornate di lavoro perse, il turnover del

personale e i costi di nuove assunzioni (Walker and Duvvury, 2016).

A quanto ammonta il costo complessivo? Le valutazioni divergono, ma tutte le stime parlano di costi vertiginosi. Il Fondo monetario internazionale ha calcolato che ciascun punto percentuale di incremento nella percentuale di donne soggette a violenza di genere riduce l'attività economica anche dell'8% nell'Africa subsahariana – un calo attribuito prevalentemente alla diminuzione dell'occupazione femminile (Ouedraogo e Stenzel, 2021). Una ricerca del 2022 ha stimato un costo globale delle violenze inflitte dal partner al 5% del PIL mondiale e a quasi il 15% del PIL in Africa subsahariana (Yount et al., 2022). Un'analisi dei dati relativi a 13 nazioni ha riscontrato che i costi sopportati dalle economie nazionali a causa delle violenze contro le donne vanno dallo 0,35 al 6,6% del PIL (Ibrahim et al., 2018). L'eliminazione della violenza di genere non solo porterebbe ad abbattere questi costi, ma produrrebbe benefici immediati e nel lungo periodo alla produttività e al reddito potenziale della singola persona, con impatti positivi a cascata sulle generazioni successive.

Utili economici immediati si innescano anche quando le donne vengono aidate a sottrarsi da relazioni violente. Una piccola ricerca sulle donne negli Stati Uniti ha rivelato che l'assistenza legale fornita alle sopravvissute ad atti di violenza da parte della persona con cui avevano una relazione ha prodotto un utile netto medio di 5.500 dollari entro un anno dal momento in cui si riceveva assistenza, un rendimento di 2,41 dollari di reddito personale per ogni dollaro speso per l'assistenza legale (Teufel et al., 2021). Le donne che hanno usufruito di questi servizi avevano anche meno probabilità di trovarsi, un anno dopo, sotto la soglia di povertà. Investire

L'inclusione, un vero affare

Per motivi che vanno dalle situazioni locali alle norme discriminatorie, raggiungere le persone più marginalizzate può essere particolarmente difficile e costoso. Allo stesso tempo, gli approcci “taglia unica” spesso comportano molti sprechi, se applicati a gruppi diversi tra loro; mentre quelli adattati a lingua, religione, cultura e fattori contestuali di donne e ragazze, come per esempio i conflitti e i livelli delle infrastrutture presenti, possono servire a evitare sprechi e a utilizzare al meglio le risorse disponibili. Maggiori livelli di esigenze di assistenza per la salute sessuale e riproduttiva, finalizzati a realizzare l'autonomia corporea e a ridurre la marginalizzazione, possono tradursi in maggiori ritorni degli investimenti, e in un impulso più deciso allo sviluppo. L'approccio “su misura” può anche limitare i costi a più lungo termine della frammentazione sociale che insorge con l'aggravarsi delle disparità, in quanto i servizi portano vantaggi ad alcune persone ma non superano gli ostacoli per raggiungerne altre.

Normalizzare l'esclusione comporta anche pesanti costi, impossibili da quantificare appieno perché l'esclusione rende le persone invisibili. Ma un segnale rivelatore di tali costi si può osservare negli utili economici prodotti quando si eliminano le leggi, le politiche e le norme sociali che la favoriscono. Questa argomentazione è stata portata di recente in un rapporto sulla depenalizzazione delle attività sessuali tra persone dello stesso sesso, in seguito alla quale l'analisi ha riscontrato guadagni a livello micro- e macro-economico (HIV Policy Lab et al., 2023). A livello individuale, l'abrogazione di leggi omofobe ha portato all'abbattimento dei costi che gravano su occupazione e produttività a causa di arresti, processi, detenzioni, nonché per i relativi traumi fisici e psicologici. A un livello superiore, c'è almeno una ricerca che sostiene come l'omofobia costi al mondo intero 126 miliardi di dollari l'anno; migliorare l'ambiente giuridico per le persone LGBTQIA+ si associa, d'altra parte, a un aumento di 2000 dollari del PIL procapite (Badgett and others).

nella prevenzione della violenza potrebbe fornire rendimenti analoghi.

I benefici persistono anche tra popolazioni e generazioni diverse. Una solida documentazione dimostra che gli interventi di prevenzione contro la violenza di genere migliorano di molto la salute della popolazione in generale (Ferrari et al., 2022; Musa et al., 2019; Bacchus et al., 2018). Se è vero che alcuni programmi sono più costosi di altri, molti di essi hanno dimostrato un ottimo rapporto costi-benefici, misurando l'efficacia come costo del programma per anni di vita liberi dalle disabilità evitate grazie a tali interventi (Ferrari et al., 2022).

È importante riflettere sull'importanza di adeguarsi ai contesti specifici delle persone e delle loro esigenze.

Personalizzare gli interventi è particolarmente importante per raggiungere le popolazioni marginalizzate, che vivono le violenze di genere in modo diverso a causa di fattori intersecantisi come etnia, identità di genere, orientamento sessuale, disabilità, situazione economica. Adeguare gli sforzi per la prevenzione per affrontare le cause alla radice della violenza di genere in queste comunità può aumentare le probabilità di un impatto diffuso e duraturo (Capasso et al., 2022; OCHA, 2021).

Personalizzare è spesso ritenuto costoso, ma ci sono indicazioni del fatto che rispondere alle esigenze delle persone con vulnerabilità molteplici e intersecate può aumentarne l'efficacia e quindi migliorare il rapporto costi-benefici. Per esempio, i rappresentanti di alcune comunità avvertono che gli interventi per ridurre la violenza di genere rischiano di produrre una massiccia allocazione delle risorse verso azioni punitive (forze dell'ordine e detenzione) senza affrontare le stigmatizzazioni e le disuguaglianze alla base della vulnerabilità delle donne alla violenza. Anzi, rischiano addirittura, sottolineano gli esperti, di produrre come “conseguenza involontaria, la criminalizzazione delle donne, che rischiano non solo l'arresto ma anche gli interventi dei servizi sociali per le persone minori” (Goodmark, 2022), un fenomeno noto come “abuse-to-prison pipeline” (il canale che porta dagli abusi [subiti] al carcere) quando denunciare le violenze a un'autorità maldisposta a crederci, fuggire dal partner violento o essere vittima di traffico di persone può, alla fine, portare ad essere arrestate). In questi contesti, gli investimenti nei servizi per la comunità, nel sostegno alle sopravvissute e negli interventi educativi possono produrre un miglior rendimento del denaro investito.

È importante anche osservare che, mentre le ricerche hanno identificato quei fattori di rischio che accrescono la vulnerabilità alle violenze da parte dei partner, una grande percentuale di sopravvissute non presenta tali fattori e che, di fatto, «non è stato identificato nessun gruppo di donne che possa dirsi sicuro» (Coll et al., 2021). Per di più, anche uomini e ragazzi vanno incontro a violenze di genere, in percentuali ritenute gravemente sottostimate perché non denunciate (Wörman et al., 2021). Perciò, se è vero che gli interventi dovrebbero essere mirati a ridurre le violenze inflitte dai

partner, questi approcci mirati non saranno, da soli, sufficienti. Occorre anche introdurre leggi, misure politiche e norme sociali volte a sostenere l'uguaglianza di genere per l'intera popolazione, cosa che a sua volta favorisce la riduzione della violenza e produce vantaggi per il benessere dell'intera comunità, nonché per la salute mentale e fisica di tutte le persone.

Utili a lungo termine dell'educazione sessuale e affettiva

Come nelle azioni per mettere fine alla violenza di genere, l'accesso all'educazione sessuale e affettiva è un requisito indispensabile per consentire l'autonomia riproduttiva di ogni persona (Starrs et al., 2018) – e per sbloccare tutti i benefici sociali ed economici connessi.

L'educazione sessuale e affettiva fornisce alle persone le conoscenze e le competenze necessarie a compiere scelte informate, sane e responsabili correlate alla loro salute sessuale e riproduttiva lungo tutto l'arco dell'esistenza. Copre una vasta gamma di argomenti, compresa la contraccezione, le infezioni sessualmente trasmissibili, il consenso e la capacità di comunicare all'interno di una relazione. I benefici coinvolgono la salute pubblica e personale, l'empowerment economico e il benessere fisico e psicologico. Le/I giovani capaci di proteggersi dalle malattie, di prevenire gravidanze non intenzionali e prevenire (o riconoscere e fuggire) le violenze saranno meglio in grado di completare la loro istruzione e di inserirsi e progredire nell'occupazione formale.

I costi relativi all'impatto non sono ancora stati pienamente calcolati, ma è comunque dimostrato che l'educazione completa alla sessualità si associa al rinvio dell'età dei primi

rapporti sessuali, all'incremento nel ricorso a metodi contraccettivi (Kirby, 2008) e a una riduzione dei tassi di gravidanze nelle adolescenti (Aguirre e Carrión-Yaguana, 2023; Kohler et al., 2008). I programmi che collegano l'educazione completa alla sessualità a servizi specificamente rivolti ai giovani per la salute sessuale e riproduttiva si sono rivelati particolarmente efficaci nella riduzione delle gravidanze non intenzionali (Mbizvo et al., 2023). Il rendimento degli investimenti associati a tali risultati è stato elaborato in questo rapporto nella sezione dedicata all'autonomia riproduttiva (cfr. "Il valore a lungo termine dell'autonomia riproduttiva" a pag. 94).

Integrare i diritti umani descritti dalle convenzioni internazionali negli standard di uguaglianza di genere, all'interno dei programmi di educazione sessuale e affettiva, si è dimostrato notevolmente efficace nel breve periodo per accrescere le conoscenze, correggere gli atteggiamenti e migliorare la comunicazione con i genitori in materia di sessualità e relazioni affettive. Ha prodotto anche conseguenze positive nel lungo periodo in ambiti come la comunicazione con le/i partner, le conoscenze in materia di salute sessuale e le informazioni sui servizi disponibili (UNESCO, 2016; Constantine et al., 2015; Rohrbach et al., 2015). Ancora, «i programmi in un'ottica di genere sono sostanzialmente più efficaci di quelli che ignorano le questioni di genere nel ridurre i tassi di gravidanze non intenzionali e di infezioni sessualmente trasmissibili», come rilevato dalle analisi statistiche (UNFPA, 2018a).

Gli aspetti culturali e sociali dell'educazione sessuale e affettiva sono altrettanto cruciali

di quelli della salute, benché vengano spesso liquidati come inutili o ideologici (United Nations, 2023b). Ma l'educazione sessuale e affettiva, se impartita secondo gli standard internazionali (UNFPA, 2018a), è adeguata all'età, culturalmente pertinente e appropriata nel contesto. Anzi, adeguare i programmi dei corsi di educazione alla sessualità alle esigenze locali è una componente importante di una programmazione efficace, così come lo è l'assicurare la sua accettabilità per i genitori, per le famiglie e per le comunità locali (comprese le organizzazioni basate sulla fede religiosa). Questo punto può essere particolarmente rilevante quando si tratta di comunità marginalizzate. L'educazione e i programmi scolastici che non rispondono alle esigenze della comunità hanno molte probabilità di non riuscire a mitigare





Il "Fazzoletto delle suffragette", ricamato con 66 firme di donne incarcerate per aver preso parte alle manifestazioni organizzate dalle suffragette della Women's Social and Political Union, nel marzo 1912 a Londra. Immagine per gentile concessione della Sussex Archaeological Society.

sessualità che cercano esplicitamente di favorire l'empowerment delle ragazze e in generale delle persone giovani marginalizzate, per portarle a vedere se stesse come membri paritari all'interno della relazione, sono particolarmente efficaci nell'equipaggiarle a meglio proteggere la loro salute e per impegnarsi come persone attive e partecipi nella società in cui vivono (Haberland e Rogow, 2015). I ricercatori di fatto hanno proposto l'educazione sessuale e affettiva come metodo per affrontare e attenuare l'aumento delle violenze di genere in seguito alla pandemia da COVID-19 (Rollston et al., 2020), il che conferma il suo vasto potenziale come strumento per influenzare norme e comportamenti sociali.

Purtroppo non è ancora stato compreso appieno l'impatto di una educazione sessuale e affettiva basata sui diritti, anche perché spesso le/gli educatrici/educatori minimizzano quegli aspetti dei programmi il cui insegnamento li mette a disagio (UNFPA, 2018a) e in parte perché gli aspetti riguardanti il genere e le norme sociali sono spesso insufficienti. Un'analisi dei programmi statali di educazione alla sessualità in 13 nazioni africane ha rivelato, per esempio, che i contenuti più deboli riguardavano proprio questi punti (UNESCO, 2016).

Gli studi longitudinali sui rendimenti a lungo termine degli investimenti sono complicati, tra gli altri fattori, dalla mancanza di uniformità e coerenza nell'applicazione dei programmi. Ma è un fatto che tali rendimenti aumentano in misura notevole quando l'educazione sessuale e affettiva viene impartita in modo diffuso e continuativo in un lungo arco di tempo. Gli esiti

i danni né a promuovere esiti positivi per la salute. Per esempio, alcuni paesi possono inserire – a causa della diffusione di questa forma di sfruttamento – messaggi sui rischi associati ai cosiddetti "sugar daddies", gli uomini più vecchi che si offrono di pagare le rette scolastiche o che fanno regali alle ragazze in cambio di attività sessuali. Altri preferiranno accentuare la normalizzazione del ciclo mestruale, laddove sussistono diffusi tabù correlati alle mestruazioni (UNFPA, 2018a).

La base documentale sugli impatti dell'educazione sessuale e affettiva al di fuori dei benefici per la salute – per esempio la sua influenza sugli atteggiamenti e sulle conoscenze in materia di sessualità tra adolescenti, sull'incidenza delle violenze di genere e inflitte dal partner e sulla prevalenza di norme sociali improntate alla parità di genere e di relazioni solide e sane – è più limitata (UNFPA, 2018a). C'è comunque un consenso crescente sul fatto che i programmi di educazione alla

osservati in diversi paesi ne spiegano il motivo: un'analisi dei programmi di educazione alla sessualità inserita nei piani di studi scolastici, effettuata in sei nazioni, ha rilevato che i costi di tali programmi andavano dai 7 ai 33 dollari per studente raggiunta/o, nei paesi con programmi già completamente attuati (Estonia, Nigeria e Paesi Bassi), mentre nei paesi dove tali programmi erano ancora in fase sperimentale, i costi andavano dai 50 ai 160 dollari per studente (rispettivamente, Kenya e Indonesia) (Kivela et al., 2013). Secondo un'analisi dei costi distinta, specifica per l'Indonesia, a tre anni dall'entrata in vigore del programma scolastico di educazione sessuale e affettiva, i costi erano scesi del 90% (El Halabi e Annerstedt, 2021). Per di più, il grosso dei costi, rappresentato dagli stipendi degli insegnanti, era già inserito nelle spese per l'educazione; escludendo queste, le spese vive per i programmi di educazione sessuale e affettiva sono solo il 25% del costo totale dei programmi già a pieno regime, secondo le stime citate sopra (Kivela et al., 2013).

Gli esperti osservano che i risparmi e i dividendi degli investimenti sono probabilmente anche maggiori quando l'educazione sessuale e affettiva viene integrata nei programmi di formazione dei docenti, perché così si demistifica la questione, consentendo un efficace svolgimento dei programmi da parte delle successive generazioni di educatori. Da questo investimento vanno inoltre dedotti i costi relativi alla formazione dei docenti già di ruolo (UNFPA, 2018a).

Infine, i costi e gli utili derivanti dall'impartire l'educazione sessuale e affettiva al di fuori dell'ambito scolastico sono probabilmente molto diversi da quelli dell'insegnamento nelle scuole. Le/i giovani che non vanno a scuola sono spesso le/i più vulnerabili a disinformazione, coercizione e sfruttamento, ma sono spesso anche le/i più difficili da raggiungere. Osservando che nel

2018 c'erano circa 263 milioni di giovani che non frequentavano la scuola, UNFPA e altri partner hanno elaborato una serie di linee-guida basate su dati documentali per un'educazione sessuale e affettiva rivolta a loro; tra queste, si raccomandavano programmi adeguati per l'età e modellati sulle esigenze di gruppi specifici (UNFPA, 2020), come le persone giovani con disabilità; i contesti di emergenza umanitaria; le persone lesbiche, gay, bisessuali o non-binarie/ con identità di genere non conformi; le persone con HIV; le persone che assumono sostanze; lavoratrici e lavoratori sessuali.

Attuare programmi al di fuori dell'ambito scolastico comporta diverse difficoltà, compresi i problemi derivanti dalla mobilità delle/dei giovani e la mancanza di risorse per ritagliare i programmi secondo le esigenze di gruppi molto variabili (Australian Aid e UNFPA, 2023; Fijian Ministry of Health and Medical Services et al., 2023). Per questo servono non solo investimenti in denaro, ma anche le persone giuste per progettarli e per attuarli. Anche se la documentazione sul loro impatto è limitata, i programmi di educazione sessuale e affettiva per le/i giovani che non frequentano la scuola hanno un notevole rendimento potenziale, considerando le dimensioni di questa popolazione e le molte e gravi vulnerabilità a cui va incontro (Anderson e Pörtner, 2014). Inoltre questi programmi producono potenzialmente un risparmio nel tempo, soprattutto tenendo conto del maggior rischio per la salute sessuale e riproduttiva (Anderson e Pörtner, 2014), e per la salute in generale, che si associa a una minore scolarizzazione.

Si raccomandano ulteriori ricerche sugli impatti e sui risparmi potenziali nel lungo periodo dei programmi di educazione completa alla sessualità, in ambito scolastico ed extra-scolastico, e dei programmi che mirano a raggiungere le comunità più marginalizzate.

La leadership locale per raggiungere le ragazze che ne hanno più bisogno

Maimouna Déné conosce anche troppo bene le convinzioni e i pregiudizi che ostacolano l'uguaglianza di donne e ragazze nella sua comunità in Burkina Faso. I tassi di scolarizzazione e occupazione sono più bassi per le donne che per gli uomini, e violenza di genere e pratiche lesive sono tragicamente comuni. Ma Ms. Déné, 43 anni, conosce bene anche un'altra forma di discriminazione, che si sovrappone parzialmente a quella di genere: si tratta, dice, di «ignoranza, oneri sociali e falsi miti» che affliggono le persone con albinismo.

L'albinismo è oggetto di stigma, esclusione e violenza in tutto il mondo, e nei casi peggiori può rendere vulnerabili al traffico di esseri umani, mutilazioni, omicidi. Molte persone con albinismo hanno problemi di vista che non vengono adeguatamente affrontati nelle scuole e negli ambienti di lavoro, cosa che provoca alti tassi di dispersione scolastica e povertà. Per le ragazze con albinismo, le conseguenze sono particolarmente gravi: in Burkina Faso, un terzo di

loro non conclude la scuola primaria (Ero et al., 2021).

Il progetto Sahel Women's Empowerment and Demographic Dividend (SWEDD) sta riversando investimenti per centinaia di milioni di dollari sulle iniziative per l'uguaglianza di genere in tutta l'Africa occidentale e centrale. Ma questo programma, per produrre il massimo impatto, collabora strettamente con i leader locali, come Ms. Déné, in grado di identificare le esigenze specifiche di donne e ragazze e che sanno come meglio affrontare ogni specifica esigenza.

In quanto presidente della Associazione delle Donne Albine del Burkina Faso, è diventata ambasciatrice della campagna "Stronger Together" (Più forti insieme), un progetto di SWEDD mirato a sensibilizzare le comunità a livello locale. Grazie a questi sforzi, è riuscita a garantire l'inclusione sociale per donne e bambine con albinismo, nelle scuole e anche nell'accesso a opportunità economiche e assistenza sanitaria, compresi i

servizi per informazioni e cura della salute sessuale e riproduttiva. La sua associazione ha sottoscritto accordi con il ministero della salute e con ospedali, ONG e altri gruppi della società civile, e offre attività di formazione economica per aiutare i giovani con albinismo e le loro famiglie. Dalla sua fondazione nel 2008, circa 450 donne con albinismo e i genitori di persone con albinismo hanno beneficiato di queste attività di formazione; 280 di loro hanno imparato a fabbricare saponette, per conquistare l'indipendenza economica e contribuire al bilancio familiare.

Nel suo ruolo di leader locale, Ms. Déné è in grado di portare sostegno e offrire consigli dove più è necessario. Con il suo lavoro non intende solo aiutare le persone con albinismo di oggi, ma anche quelle della prossima generazione: «L'albinismo è una condizione genetica, perciò lotto anche per i miei figli» dice.

Anche Syrah Sy Savané, in Costa d'Avorio, è acutamente consapevole

dei bisogni della sua comunità. Lei si occupa di un gruppo molto diverso di ragazze vulnerabili: quelle maggiormente a rischio di subire rapimenti, matrimoni forzati e mutilazioni genitali femminili. Ms. Savané, 50 anni, ha visto gli effetti deleteri di queste pratiche nella sua famiglia: «Sono stata cresciuta dalla nonna paterna a Diokoué, un villaggio nel nord-ovest del paese. A tutte le mie zie è stato imposto un matrimonio forzato e precoce. Quando si sono sposate, mi hanno affidato a loro, tenevo loro compagnia, e ho visto quanto erano infelici. Ho anche perso una cugina, dopo che è stata sottoposta alla mutilazione genitale femminile.»

Ms. Savané è stata fortunata: ha trovato un alleato in suo padre, che si è fortemente opposto alla mutilazione. «Le mie zie volevano che lo facessero anche a me, ma mio padre, che era insegnante, si è sempre rifiutato.»

La sua esperienza l'ha portata a diventare operatrice sociale, e poi a impiegarsi nel ministero per le donne, le famiglie e l'infanzia. Qui, in quanto esperta di tutela minorile, ha visto tante ragazze tolte dalla scuola e costrette a sposarsi. Il problema, le è presto stato chiaro, era molto più vasto del semplice contatto con le singole ragazze. «Era necessario

lavorare non sulle studentesse ma sui genitori, che volevano il matrimonio per le figlie, e anche sulle persone autorevoli a livello locale e sulle guide religiose.»

Queste lezioni oggi Ms Savané le applica al suo lavoro con SWEDD. I programmi del progetto sono stati scritti da tecnici che operano proprio nelle comunità che intendono

raggiungere. Questo si è rivelato essenziale per andare incontro alle necessità specifiche delle ragazze e delle loro famiglie. Safe spaces, circoli dei mariti, e altri interventi ancora, stanno facendo davvero la differenza: come dice Ms. Savané, «accendono una luce là dove le ragazze credevano di non avere alcun diritto.»



Maïmouna Déné si adopera perché le ragazze con albinismo nella sua comunità ricevano l'istruzione, le competenze e l'empowerment di cui hanno bisogno. Foto per gentile concessione di Maïmouna Déné.



I dividendi di un mondo più uguale

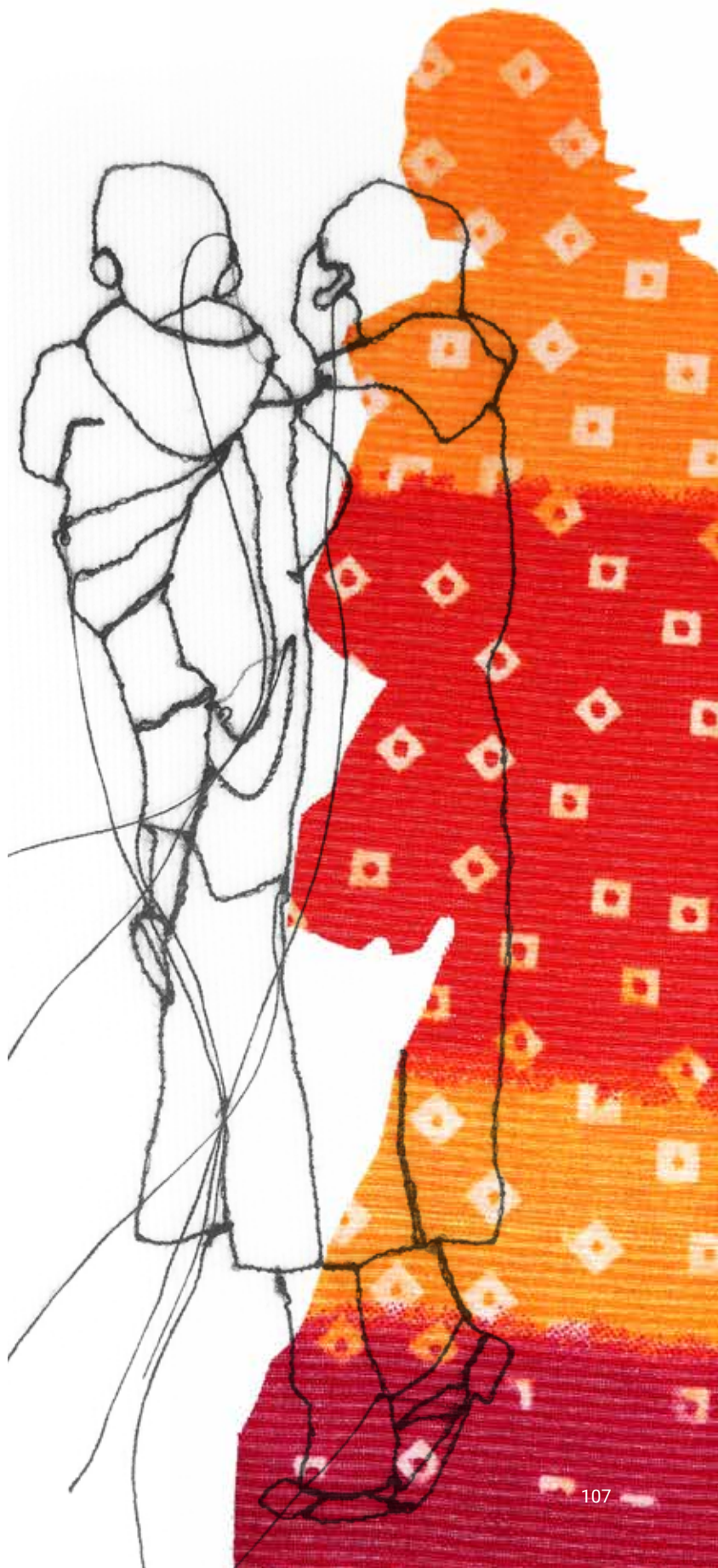
Tutti questi elementi di salute sessuale e riproduttiva – per la promozione dei diritti individuali e della capacità di decidere se e quando avere figli/e, per l’eliminazione della violenza di genere e per l’impartizione di una educazione sessuale e affettiva secondo gli standard internazionali – sono fermamente inclusi nelle priorità dei diritti umani, soprattutto l’imperativo di raggiungere l’uguaglianza di genere. Tra uguaglianza di genere e salute sessuale e riproduttiva vige un rapporto di forte potenziamento reciproco. È ragionevole aspettarsi che il progresso contemporaneo su entrambi questi fronti – promuovere l’uguaglianza di genere e la salute e i diritti sessuali e riproduttivi – produca la massimizzazione dei benefici sociali ed economici per le società nel loro complesso.

L’esempio forse più convincente è il ruolo essenziale della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi e dell’uguaglianza di genere per il dividendo demografico. Quando le donne ricorrono alla contraccezione per evitare nascite non pianificate, la conseguente diminuzione della fecondità produce col tempo una popolazione con una percentuale inferiore di bambine/i a carico rispetto alla dimensione della popolazione in età produttiva. Questa transizione, o spostamento della bilancia demografica, può produrre quello che chiamiamo comunemente dividendo demografico: l’incremento dei tassi di produttività e di crescita economica. Il concetto di dividendo demografico è stato ispirato dall’osservazione della crescita economica seguita alla diminuzione della fecondità nei paesi dell’Est Asiatico tra gli anni 60 e 90 del XX secolo (Bloom et al., 2003).

Ma la sola diminuzione della fecondità non innesca automaticamente un dividendo demografico. In Asia, la crescita economica durante la transizione demografica è stata attribuita, in parte, all'occupazione femminile (Bloom et al., 2009). Alcune analisi dei dati e delle misure politiche adottate hanno concluso che il dividendo demografico non si può replicare in assenza di qualche misura di uguaglianza di genere che affianchi il calo della fecondità (Marone, 2016). Anzi, almeno un terzo della crescita economica che ha interessato l'Asia negli anni del dividendo demografico è stato attribuito ai progressi nell'empowerment e nella partecipazione delle donne al mondo del lavoro, uniti a una rapida transizione di fecondità (Cardona et al., 2020).

Riconoscendo questo, le Nazioni Unite e il Gruppo della Banca Mondiale hanno lanciato il Progetto Empowerment e Dividendo demografico delle donne del Sahel (Sahel Women's Empowerment and Demographic Dividend, SWEDD) un'iniziativa regionale volta a ridurre la disuguaglianza di genere e contemporaneamente ad aumentare l'accesso ai servizi per la salute riproduttiva, al fine di conseguire i benefici di un dividendo demografico per le nazioni partecipanti – quelle in cui vivono alcune delle donne e ragazze lasciate più globalmente indietro, secondo indicatori quali la ratio di mortalità materna, la prevalenza di matrimoni infantili e il tasso di natalità nelle adolescenti.

Il progetto SWEDD Project è strutturato attorno a tre componenti: interventi trasformativi in un'ottica di genere, intesi a promuovere l'autonomia sociale ed economica di donne e ragazze; programmi per potenziare la salute riproduttiva, materna, neonatale, infantile, adolescenziale e servizi per la nutrizione, anche aumentando numericamente



Raggiungere le persone lasciate più indietro nel mondo

Il Progetto SWEDD ha per obiettivo le ragazze lasciate più indietro dal progresso globale, cercando di raggiungere quelle province e quelle comunità colpite da alcuni tra i tassi più alti di mutilazioni genitali femminili, matrimoni precoci, esigenze invasive di contraccezione, bassa scolarizzazione e povertà, oltre che da fattori come un limitato accesso ai mass media o alla telefonia (Camber, 2020). Un elemento importante del progetto SWEDD è la formazione nelle life skills (un termine culturalmente appropriato per l'educazione completa alla sessualità), impartita in ambienti sicuri nelle scuole o in altri ambienti comunitari. L'ubicazione e i requisiti per dichiarare sicuro un dato ambiente sono stabiliti in base a criteri di vulnerabilità, perché possano accedervi tutte le adolescenti e le giovani donne più svantaggiate, comprese quelle che non frequentano una scuola. I programmi dei corsi sono pensati per potenziare le conoscenze e le capacità delle ragazze, concentrandosi specificamente sulla salute riproduttiva, i diritti umani e di genere, la gestione delle proprie finanze e l'indipendenza economica, in riconoscimento del profondo legame tra salute sessuale e riproduttiva, diritti e sviluppo del capitale umano. È importante sottolineare che l'elaborazione dei programmi di life skills avviene mediante un processo partecipato, progettato per tenere in considerazione le realtà socio-culturali di ciascun paese, e che i corsi sono tenuti da mentori interni alla comunità locale, cosa che assicura la rilevanza a livello locale della loro attuazione. La programmazione su misura basata sulle esigenze locali è stata essenziale per il successo del lavoro di Senami Mariette Atolou, mentore in uno "spazio sicuro" in Benin. Ms. Atolou ha avuto una gravidanza in età adolescenziale, conclusasi con un abbandono; ora che ha 46 anni è in grado di comunicare la sua esperienza e conoscenza della vita a ragazze che affrontano difficoltà analoghe: «Il mio rapporto con le persone giovani, con le ragazze, mi permette di fare loro da guida» dice. Come suggerisce il nome del progetto SWEDD, gli investimenti sono ideati per innescare il

dividendo demografico, cioè i risultati su scala generazionale della crescita economica e dello sviluppo. Questa sfaccettata iniziativa – che comprende non soltanto la formazione life skills ma anche corsi per levatrici, impegno a contrastare la violenza di genere, incremento dell'accesso alla contraccezione, opportunità economiche – intende generare un effetto positivo a cascata che contribuisca alla più generale trasformazione della società nei paesi del Sahel. Per misurare il rendimento degli investimenti – che si aggirano intorno agli 850 milioni di dollari - occorrerà necessariamente del tempo, ma si dispone già delle baseline per tutti gli stati, il che consentirà un monitoraggio conforme e accurato dei risultati.

I primi risultati sono già promettenti. Al dicembre 2023, la componente del progetto mirata all'empowerment di donne e ragazze ha registrato un tasso di sopravvivenza scolastica del 96% per le adolescenti delle scuole secondarie che hanno ricevuto interventi, con un incremento del 75% rispetto alla baseline. Inoltre il 95% delle adolescenti e delle donne che hanno partecipato alle attività di formazione in life skills hanno dimostrato buone conoscenze sul tema dei danni provocati dai matrimoni e dalle gravidanze precoci, e dei vantaggi derivanti dall'intervallare le nascite, a fronte del 74% della baseline; ancora, sono stati rinviati ai servizi sanitari, sociali, legali e di sicurezza 21.087 casi di violenze di genere e di pratiche lesive, rispetto ai 5.415 della baseline. Le/i nuovi utenti dei contraccettivi moderni sono state/i circa 903.000, contro i 24.000 della baseline; infine, si calcola siano stati evitati 8.790 morti materne, 2.422.000 gravidanze non intenzionali e 830.000 aborti a rischio (UNFPA, 2024d; UNFPA, n.d.a.).

Altre iniziative, come l'ampia diffusione di campagne di sensibilizzazione e l'istituzione di una rete di osservatori nazionali per monitorare l'attuazione delle politiche pubbliche di stimolo al dividendo demografico, promettono ulteriori cambiamenti all'orizzonte.

il personale sanitario qualificato a livello di singole comunità; incoraggiare gli impegni regionali e nazionali verso l'uguaglianza di genere e l'attuazione del progetto, nonché la capacità di prendere le relative decisioni politiche. Dal suo inizio nel 2015, il progetto ha raggiunto nove stati (Benin, Burkina Faso, Camerun, Ciad, Costa d'Avorio, Guinea, Mali, Mauritania e Niger), mentre altri tre (Gambia, Senegal e Togo) sono già stati approvati in vista di un futuro ampliamento.

Il fattore chiave di questo sforzo è stato la partecipazione e la partnership della società civile, delle organizzazioni femminili e di altri attori interessati, in modo olistico e integrato. Per esempio, oltre 20.000 personalità politiche e religiose delle comunità locali sono state coinvolte, nel corso del programma, per promuovere l'istruzione femminile e la salute sessuale e riproduttiva delle/degli adolescenti, nonché per l'eliminazione della violenza di genere (UNFPA, 2024d). La partecipazione dei leader della comunità civile e religiosa costituisce insieme un segnale di investimento a livello locale e una forte indicazione del fatto che il programma sta influenzando positivamente le norme sociali e di genere a livello di base. La partecipazione coordinata di tutte le persone coinvolte, a qualsiasi livello, consente anche la condivisione con altre nazioni delle lezioni apprese, nuove opportunità di cooperazione produttiva tra Sud e Sud e nuove possibilità di ampliamento e potenziamento degli interventi.

Programmi come questo possono generare un impatto fortemente positivo sui singoli stati, anche per le economie nazionali. Si è calcolato che la chiusura del gap di genere a livello mondiale e il progresso nell'uguaglianza delle donne nei settori pubblico, privato e sociale, anche in assenza di ulteriori investimenti nei programmi per la salute e i diritti sessuali e

riproduttivi, potrebbero far raddoppiare il contributo delle donne alla crescita del PIL mondiale, e accrescerlo di 12.000 miliardi di dollari nell'arco di 30 anni (McKinsey Global Institute, 2015).

Come dimostrano i primi successi del Progetto SWEDD, le azioni integrate per l'empowerment di donne e ragazze mediante interventi che si rafforzano reciprocamente può innescare un circolo virtuoso e sostenibile di sviluppo umano – rendendo il dividendo demografico una realtà per tutte le persone non ancora raggiunte dalla curva del progresso, oltre a incrementare il potenziale, i diritti e il benessere di tutte le ragazze. Questi primi risultati sono solo l'inizio: il vero impatto si potrà vedere quando le donne e le ragazze di oggi avranno completato gli studi, trovato un'occupazione e pianificato le famiglie che desiderano.

Tutto considerato, sul piano strettamente economico quella degli investimenti in programmi che incrementino l'autonomia riproduttiva e altri aspetti della salute sessuale e riproduttiva è una causa solidamente dimostrata. Anzi, il rendimento diventa addirittura maggiore – forse con un aumento sinergico – quando questi progressi si verificano di pari passo con quelli nell'uguaglianza di genere. Il mondo può e deve lavorare per rafforzare ulteriormente le motivazioni economiche a investire in programmi al servizio delle persone più marginalizzate, quelle spinte più indietro. Nuovi dati e analisi sono necessari per comprendere appieno la gamma dei rendimenti che si innescano quando l'investimento è mirato su chi più ne ha bisogno. Ma anche con la base documentale di cui disponiamo ora – abbinata al buon senso e al senso della giustizia – il caso è chiaro. Il passo successivo dev'essere l'azione.



Intessere un **FUTURO** **COMUNE**



«Se siete venuti qui per aiutare me, state perdendo tempo. Ma se siete qui perché la vostra liberazione è indissolubilmente legata alla mia, lavoriamo insieme.» Queste le parole che Lilla Watson, attivista indigena australiana, pronunciò nel 1985 a Nairobi, in occasione della Conferenza delle Nazioni Unite per il Decennio della donna.

Oggi forse come non mai questa idea sta prendendo slancio. Attiviste/i, organizzazioni per la giustizia e leader politiche/i e civili iniziano ad abbracciare una concezione dei diritti e del welfare di ciascuna persona come fattori che potenziano quelli della collettività, e viceversa (cfr. Cronologia alle pagg. 34-39). È sempre più chiaro che, quando si tratta delle principali preoccupazioni a livello globale – dai cambiamenti climatici alla sempre più pronunciata diversità demografica fino alla rivoluzione digitale – la via può essere solo quella dell'azione collettiva. L'impegno a rafforzare i diritti individuali è essenziale anche quando si tratta di salute sessuale e riproduttiva. Come spiega il presente capitolo, l'umanità non si può attrezzare per affrontare le sfide che l'attendono se non adotta un approccio basato sui diritti umani e su fatti storici e scientifici documentati.

**«Se siete venuti qui
per aiutare me, state
perdendo tempo. Ma
se siete qui perché la
vostra liberazione è
indissolubilmente legata
alla mia, lavoriamo
insieme.»**

– LILLA WATSON

Trent'anni di progressi: un avvio promettente

La storia dimostra che la solidarietà funziona. L'efficacia delle azioni collettive – intraprese da singole persone, gruppi di pressione, società civile e Stati membri – non può essere messa in dubbio, ma vale comunque la pena di riflettere sulla forza e sulle promesse di tali sforzi, che hanno plasmato gli ultimi trent'anni.

In effetti dalla ICPD in poi, la capacità delle donne di ricorrere a contraccettivi moderni è aumentata in misura significativa: tra il 1990 e il 2022 la percentuale di donne sposate o in una relazione stabile che utilizzano metodi contraccettivi moderni è passata da 11,5% a 33,5%. Nei paesi a medio reddito, la percentuale è salita da 52,9% a 61% (UN DESA, 2022c). Nei periodi 1990–1994 e 2015–2019 si è avuto un calo del 19% del tasso di gravidanze non intenzionali (Bearak et al., 2018), un importante successo per la capacità delle donne di esercitare il loro potere decisionale sul loro corpo e sul loro futuro. Strettamente collegato a questo, il tasso globale di mortalità materna è sceso di oltre un terzo tra il 2000 e il 2020 (WHO et al., 2023a). I progressi della medicina e dei sistemi sanitari hanno avuto un ruolo non trascurabile in entrambe queste pietre miliari. La tecnologia della contraccezione consente un'ampia scelta di metodi sicuri e affidabili. Personale sanitario qualificato, disponibilità di farmaci essenziali, servizi di salute riproduttiva validi ed erogati nel rispetto degli standard internazionali sono altrettanti, ulteriori fattori di questi progressi nella sopravvivenza materna.

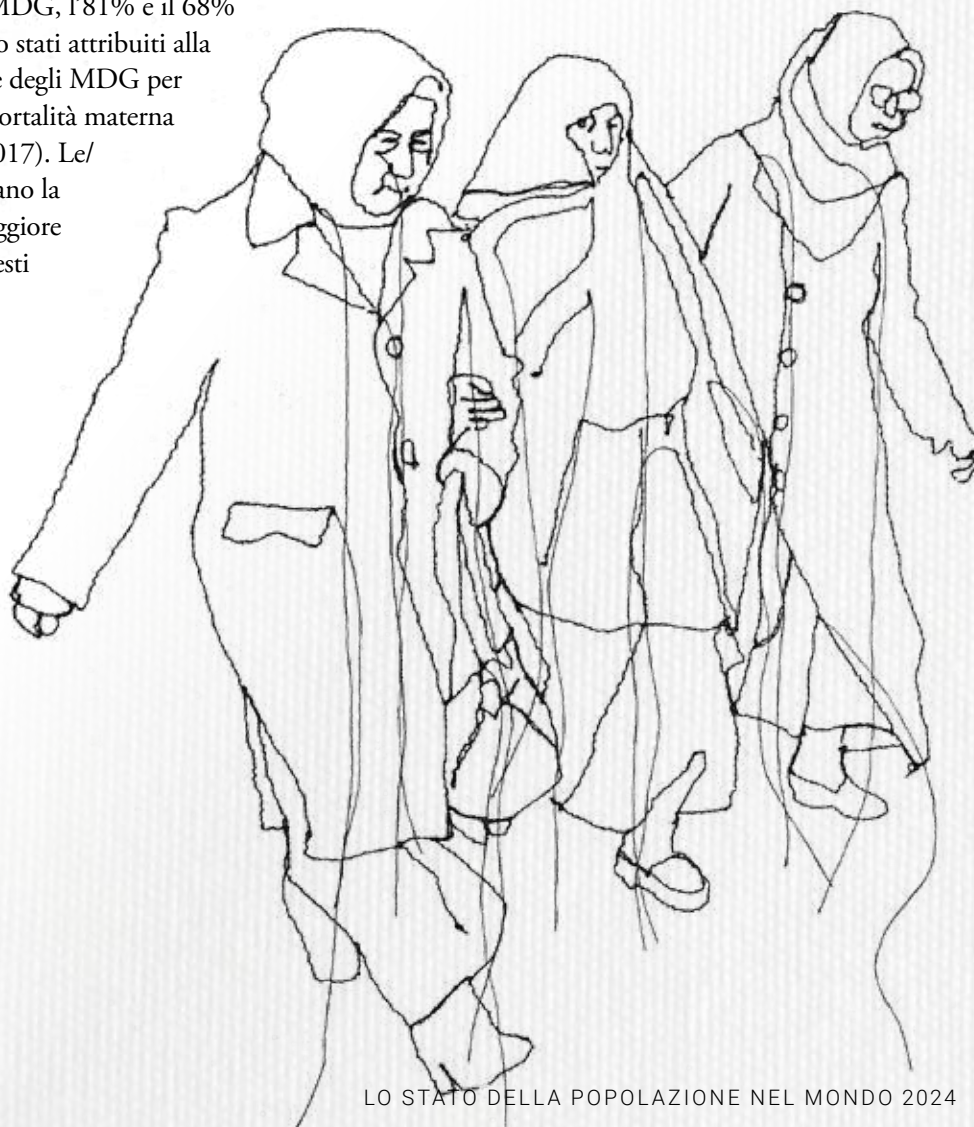
Non è un caso che questi progressi abbiano fatto seguito allo spartiacque dell'approvazione unanime ottenuta dalla ICPD del Cairo. L'accordo alla base della ICPD – che salute e diritti sessuali e riproduttivi siano inscindibili dal più generale sviluppo sostenibile e, pertanto, dal

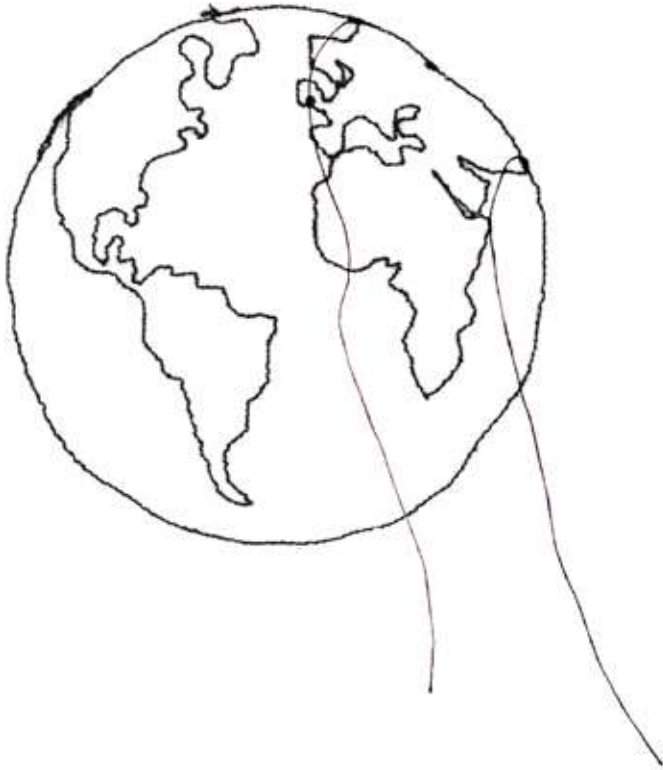
benessere di tutte le persone – è stato portato avanti in molte delle iniziative internazionali, regionali e globali avviate dal 1994 in poi.

Uno degli esempi più importanti è dato dagli Obiettivi di sviluppo del millennio (Millennium Development Goals, MDG), obiettivi concordati a livello globale, promossi dal 2000 al 2015, che hanno prodotto significativi miglioramenti nella salute e nel benessere dell'umanità. Sul contributo della solidarietà globale e sugli investimenti per conseguire questi risultati si è molto discusso, ma ricerche recenti dimostrano che in Africa si è registrato «un significativo incremento del progresso verso la riduzione della mortalità materna e infantile entro i primi cinque anni di vita... Tra i progressi conseguiti durante la campagna degli MDG, l'81% e il 68% rispettivamente sono stati attribuiti alla campagna mondiale degli MDG per la riduzione della mortalità materna e infantile» (Cha, 2017). Le/ gli studiose/i segnalano la necessità di una maggiore attenzione verso questi

successi, osservando che «il pessimismo dominante riguardo ai paesi dell'Africa subsahariana, che hanno fatto registrare le migliori performance rispetto a tutte le altre regioni, rischia di oscurare questi risultati sostanziali.»

Lo stesso ragionamento si può fare rispetto al presente. Lo scorso anno, il 2023, ha segnato il giro di boa dell'impegno globale per raggiungere gli SDG, succeduti agli MDG. Il progresso nel conseguimento degli SDG è stato gravemente ostacolato dalla pandemia di COVID-19 oltre che dal terribile impatto di conflitti, cambiamenti climatici, perdita di biodiversità e inquinamento. Malgrado le tante difficoltà, ci sono segnali positivi, anche sui target collegati





all'agenda ICPD. Per esempio, tra il 2015 e il 2023 la proporzione delle donne che siedono nelle assemblee legislative nazionali è aumentata di 4,2 punti percentuali. Quella delle donne che hanno potuto soddisfare la loro esigenza di pianificazione familiare ha avuto un incremento più modesto, passando dal 76,5% al 77,6%, ma al netto della crescita della popolazione; inoltre, l'incremento proporzionalmente maggiore si è registrato nell'Africa subsahariana, l'area dove la domanda è maggiore. Il tasso globale di natalità tra le adolescenti è sceso in misura ancora più netta, dalle 47,2 nascite ogni 1000 ragazze nel 2015 alle 41,3 del 2023 (UN DESA, 2023). Questi passi avanti, anche tra le straordinarie difficoltà della pandemia, dimostrano che gli SDG sono raggiungibili, purché seguiamo i dati

documentali e rifiutiamo il pessimismo che con troppa disinvoltura mette in ombra i successi.

È innegabile che l'andamento del progresso vada accelerato. Su molti punti c'è stata una stagnazione, soprattutto nel fallimento degli sforzi per migliorare i tassi di mortalità materna tra il 2016 e il 2020 (WHO et al., 2023). I tassi di gravidanze nelle adolescenti sono ancora troppo alti in tutto il mondo in via di sviluppo, con quasi una giovane donna su tre, nella fascia 20-24 anni, che ha partorito in età adolescenziale (UNFPA, 2024a). I tassi globali sugli aborti sono stabili da decenni: solo nei paesi in cui è generalmente legale si è osservato una diminuzione (in questi stati il tasso di abortività è diminuito, da 46 su 1000 donne nel periodo 1990-1994 a 26 su 1000 nel periodo 2015-2019) (Bearak et al., 2018). E per la prima volta in assoluto, il mondo dispone dei dati di tendenza riguardo alla capacità delle donne di esercitare l'autonomia corporea (secondo le misurazioni del target SDG 5.6.1) rilevati in 32 stati. L'analisi, di prossima pubblicazione, di questi dati mostra una tendenza positiva in 19 paesi, e una negativa in 13 (UNFPA, n.d.).

Occorre riconoscere che i progressi hanno registrato anche inversioni di tendenza. Durante i lockdown per la pandemia da COVID-19, i tassi relativi alla violenza di genere sono schizzati alle stelle in molti paesi, e le nuove tecnologie consentono anche di perpetrare abusi in ambienti virtuali (University of Melbourne e UNFPA, 2023). In alcune nazioni il cuore stesso della ICPD – il consenso unanime sulla salute riproduttiva e sull'uguaglianza di genere – viene minato alla base da alcuni passi indietro, spesso punitivi per le persone più vulnerabili. C'è uno stato che nega alle persone migranti il diritto all'assistenza sanitaria (MTI-Hungary Today, 2019); un altro in cui l'adozione di norme restrittive sull'aborto finirà prevedibilmente per esasperare le disuguaglianze

in ambito sanitario per le persone con patologie croniche, soprattutto se appartenenti a minoranze razziali (Hassan et al., 2023). In un altro ancora, l'avvento dei militari al potere ha di fatto confinato quasi tutte le donne in casa, negando loro istruzione e occupazione (United Nations, 2023b). Altrove sono state inasprite alcune leggi discriminatorie, fino a prevedere la pena di morte per le persone LGBTQIA+ (United Nations, 2023c).

Non possiamo però lasciare che questi ostacoli facciano deragliare il nostro percorso di progresso, dimostrato dai fatti. Come osserva questo rapporto, il mondo si trova a un punto di svolta, in una fase in cui il peso dei fatti attestati indica la via verso soluzioni inclusive, benché incertezze, polarizzazioni e disinformazione continuino ad accumulare all'orizzonte nuvole minacciose.

La visione di un mondo prossimo venturo

I cambiamenti degli ultimi trent'anni, come un violento terremoto, hanno stravolto il modo in cui va il mondo: sistemi sanitari, istituzioni politiche e norme sociali, ma anche le nostre aspettative riguardo al nostro corpo, alle nostre famiglie, al nostro futuro. Cambiamenti inevitabilmente destinati ad accelerare nei prossimi decenni. Alla fine del 2023, UNFPA ha costituito un consorzio di esperti in diritti umani, salute sessuale e riproduttiva, demografia, violenza di genere, tecnologie e cambiamenti climatici, per cercare di prevedere le principali difficoltà e opportunità per il genere umano che si profilano all'orizzonte. Molte proiezioni sono preoccupanti, ma devono suscitare non pessimismo bensì vigilanza.



L'attuale catastrofe climatica è destinata, secondo tutte le previsioni, a esasperare enormemente le disuguaglianze globali. Le popolazioni a basso reddito, quelle che meno hanno contribuito al cambiamento del clima, con ogni probabilità saranno quelle che più soffriranno per cause a questo collegate, come cicloni, siccità, inondazioni, ondate di caldo e altre conseguenze. Il cambiamento climatico inoltre scatenerà quasi certamente nuove e più massicce ondate di migrazione nazionale e internazionale che, come ha sottolineato questo rapporto, è una causa significativa, e in aumento, di marginalizzazione, con ripercussioni particolarmente deleterie sulla salute e sui diritti sessuali e riproduttivi. A sopportare il maggior carico di stress per le situazioni di crisi e le interruzioni dei servizi saranno prevedibilmente i gruppi già marginalizzati, il che porta per esempio a una maggior incidenza delle violenze di genere e delle pratiche dannose come i matrimoni precoci. Tra le potenziali minacce alla salute riproduttiva ci sono le maggiori difficoltà a concepire, un rischio più elevato di aborti spontanei, e l'aggravarsi dei pericoli per la salute materna e neonatale (UNFPA, 2024e).

Secondo le proiezioni, anche le tendenze demografiche sono destinate a modificare profondamente il mondo come lo conosciamo, con molti paesi che attraversano una fase di significativo invecchiamento della popolazione e altre che vivono un boom di giovani – divergenza che con ogni probabilità si approfondirà col passare del tempo. Mentre le tendenze dei fenomeni migratori sono difficili da prevedere, le disparità nei tassi di crescita della popolazione, così come le disuguaglianze nello sviluppo e altri fattori ancora, rischiano di amplificare l'andamento del fenomeno migratorio globale e quindi delle preoccupazioni correlate rispetto a salute e diritti delle persone migranti. L'ansia per i cambiamenti demografici, compresa la minaccia percepita del declino demografico e della bassissima fecondità in alcune zone del mondo,

porta alcune personalità politiche a remare contro i valori della ICPD (UNFPA, 2024f).

I tanti successi ottenuti nell'ambito della salute e dei diritti sessuali e riproduttivi potrebbero davvero essere messi a repentaglio dalla difficoltà nell'affrontare questi e altri megatrend. Per prepararsi a questi cambiamenti, le nazioni devono ribadire i principi base della ICPD e far sì che diritti e servizi garantiti dal Programma d'Azione siano accessibili per ogni persona, comprese le persone migranti e rifugiate.

Governi e società possono affrontare le sfide che li attendono anche sfruttando le nuove tecnologie, che per esempio possono accelerare il cammino verso la soddisfazione di tutte le esigenze di contraccezione e contribuire ad affrontare il crescente problema dell'infertilità. Emergono poi nuove opportunità per il necessario potenziamento dei sistemi sanitari, grazie alla digitalizzazione delle cartelle cliniche e alla sempre maggiore disponibilità di tecnologie digitali per la salute (UNFPA, 2024). Gli strumenti digitali hanno un grande potenziale, ma solo se il digital divide – il divario tra chi trae vantaggi dalle tecnologie informatiche e chi non ne ha la possibilità – sarà eliminato o fortemente ridotto. Quanto alla rivoluzione digitale, occorre affrontarne anche gli aspetti negativi, come la crescita delle campagne di disinformazione. Strumenti digitali e informatica possono essere utilizzati come armi contro i gruppi più vulnerabili in base a etnia, orientamento sessuale o genere. E la violenza di genere, aiutata dalla tecnologia, sta costando cara – in termini di salute, sicurezza e benessere politico ed economico – a donne e ragazze, e alla società nel suo insieme (UNFPA, 2024b).

Infine, come sottolineato nel capitolo 3 di questo rapporto, per il progresso del Programma d'Azione della ICPD e la risoluzione delle emergenti difficoltà occorrono sistemi statistici capaci di raggiungerci sulle

realità demografiche e sociali, consentendo al tempo stesso a chi prende le decisioni politiche di anticipare l'impatto dei megatrends. Rispetto al 1994, i sistemi statistici globali si sono molto potenziati, ma molti ecosistemi nazionali soffrono ancora di risorse inadeguate. Senza dati affidabili, nessuna delle sfide che attendono il mondo potrà essere affrontata con successo. Allo stesso tempo, dobbiamo essere all'altezza dei rischi crescenti collegati alla riservatezza dei dati e al loro uso fraudolento, che si accompagna ai rapidi progressi delle tecnologie di raccolta e elaborazione dei dati. Naturalmente i sistemi statistici devono generare e analizzare dati disaggregati, se si vogliono affrontare le disuguaglianze esistenti (UNFPA,

2024c). Come ha mostrato questo rapporto, la volontà e la capacità dei governi di raccogliere e analizzare tali dati sarà essenziale per affrontare le disuguaglianze che ostacolano il completamento delle agende della ICDP e degli SDG.

La gamma dei possibili futuri globali, positivi o negativi, è vastissima. Mentre crescono le sfide globali, cresce anche l'imprevedibilità degli esiti possibili. In quest'epoca di incertezze, c'è un fatto ineludibile: i nostri destini si intrecciano uno con l'altro. Tra i contrasti più insanabili e le preoccupazioni esistenziali, l'unica via per progredire passa da collaborazione, solidarietà, valori condivisi, disparità ridotte, speranza e dignità per ogni persona.



La salute sessuale delle persone adulte più grandi esce dall'ombra

Alcune arrivano da sole. Alcune con le amiche. Alcune hanno anche settant'anni. Tutte provengono dal "caffè" Age of Love di un centro sociale di Northampton, Inghilterra. È un sabato pomeriggio dell'agosto 2023.

All'interno, gli organizzatori hanno messo musica contemporanea mentre le donne aspettano l'inizio del programma della giornata. Le tende sono chiuse, per motivi di privacy. Alcune donne chiacchierano con le amiche, altre restano sedute in silenzio.

«All'inizio erano tutte un po' nervose, visto che per le tre ore successive si sarebbe parlato di sesso e salute» dice Audrey Tang, psicologa, educatrice e co-organizzatrice dell'evento. «Ma quasi subito hanno iniziato ad aprirsi... e a divertirsi» aggiunge Ms. Tang.

L'evento faceva parte di una serie in cui persone adulte e avanti con gli anni avevano l'occasione di imparare qualcosa, in un ambiente "conviviale e riservato", a proposito di salute sessuale, e di ricevere risposta alle loro domande sulla sessualità e sul corpo che invecchia, afferma Sharron Hinchliff, docente di psicologia alla University of Sheffield, che ha ideato nel 2019 la serie "Age of Love".

Secondo Hinchliff, gli eventi servono a colmare le lacune informative in cui spesso si imbattono le persone meno giovani che desiderano capire fenomeni come la menopausa, la disfunzione erettile, l'impatto di patologie e farmaci sulla libido.

«Continuiamo a sentir dire dalle persone anziane che non c'è un modo semplice di reperire informazioni attendibili» dice la prof. Hinchliff. Alla base del problema c'è anche, spiega, un pregiudizio secondo cui le persone anziane non hanno una vita sessuale e quindi non hanno bisogno di informazioni.

«Al contrario, sappiamo che molte persone anziane sono sessualmente attive» aggiunge. E molte altre vorrebbero esserlo. Una ricerca condotta nel 2019 nel Regno Unito ha rivelato che circa 1 uomo su 4 e 1 donna su 6, nella fascia di età 55-74, riferisce qualche problema di salute o assume farmaci che incidono sulla vita sessuale (Erens et al., 2019). Secondo l'Healthy Lifespan Institute della University of Sheffield, il problema si aggrava per una persona su due dopo i 65 anni con due o più patologie croniche.

«C'è una enorme esigenza insoddisfatta» di informazioni e servizi, tra gli le persone adulte più grandi del Regno Unito, dice la prof.

Hinchliff. Un dato probabilmente destinato a peggiorare, visto l'aumento dell'aspettativa di vita, che nel paese si aggira intorno agli 80 anni, e visto che un abitante su 4 ha almeno 60 anni (UN DESA, 2022a).

Le persone anziane spiegano alla prof. Hinchliff che le loro esigenze e preoccupazioni riguardo alla salute sessuale sono spesso trascurate o ignorate dai medici, per via della loro età. «Si va dal non riuscire a farsi dire quando è sicuro riprendere i rapporti sessuali dopo una isterectomia, all'essere avvertiti che i rapporti sessuali dolorosi sono "dovuti all'età", ma senza ricevere alcun tipo di aiuto o di consiglio» dice la prof. Hinchliff.

Le testimonianze e le statistiche mostrano che i diritti sessuali delle persone anziane raramente sono rispettati. Per questo Hinchliff, insieme a una ricercatrice associata della University of Sheffield, Stephanie Ejegi-Memeh, e a Gilli Cliff, stagista di Age-Friendly Sheffield, hanno elaborato la prima Carta dei diritti sessuali per le persone meno giovani del Regno Unito, che punta a «garantire che le persone che invecchiano siano trattate con dignità e rispetto, e senza discriminazioni, relativamente alla loro sessualità.»

La negazione dei diritti sessuali delle persone anziane può assumere molte forme, che vanno dai divieti di avviare una relazione intima nelle residenze protette all'essere escluse dalle campagne su salute ed educazione sessuale, comprese quelle mirate alla prevenzione e al trattamento delle infezioni sessualmente trasmesse.

Nel 2019, Age UK ha evidenziato che tra il 2014 e il 2018 le nuove diagnosi di infezioni sessualmente trasmesse erano diminuite di oltre il 7% tra gli uomini nella fascia di età 20-24, ma che nello stesso periodo erano cresciute di quasi il 14% tra gli uomini dai 45 ai 64 anni, e del 23% tra uomini e donne con più di 65 anni (Age UK, 2019). Questa tendenza riflette le disuguaglianze correlate all'età nei servizi per la salute e per l'informazione sessuale nel Regno Unito, afferma la prof. Hinchliff.

Nel frattempo le persone anziane hanno molte meno probabilità di quelle più giovani di denunciare abusi sessuali, perché temono di non essere credute in quanto non si conformano alla "immagine della vittima di stupri", spiega. E spesso rimandano o rinunciano a chiedere aiuto per i problemi sessuali perché sono dolorosamente consapevoli della mentalità prevalente, secondo cui le persone anziane non hanno o non dovrebbero avere rapporti sessuali.

Tutte queste difficoltà vengono complicate nel caso di persone gay, lesbiche o transgender, appartenenti a minoranze razziali o etniche, provenienti da ambienti conservatori o da famiglie povere, prosegue Hinchliff.



Al caffè "The Age of Love", a Northampton, Inghilterra, le persone di età avanzata possono informarsi sulla loro salute sessuale in un ambiente sicuro e riservato.

La Carta dei diritti sessuali intende aiutare il personale sanitario, quello dei servizi sociali, i gruppi delle comunità locali, il mondo del volontariato e i gestori della cosa pubblica a comprendere meglio, e a meglio rispondere, alle esigenze delle persone anziane. L'intento è di porre la Carta alla base di qualsiasi iniziativa mirata a fare di Sheffield un bel posto in cui invecchiare.

«L'idea della Carta è nata dalla nostra frustrazione» nel vedere che tanti problemi potrebbero essere facilmente affrontati rivolgendo alle/ ai pazienti domande semplici, per esempio spiegando come una certa terapia potrebbe incidere sulla loro vita sessuale, spiega Hinchliff. Le idee contenute nella Carta vengono ora tradotte in azione: con altre colleghe della University of Sheffield, la prof. Hinchliff ha creato AgeSexandYou.com, un sito web che fornisce

informazioni chiare e dirette sulla salute sessuale e sulla sessualità di donne e uomini meno giovani.

Nel 2018 l'Organizzazione mondiale della sanità ha inserito Age-Friendly Sheffield, una partnership di organizzazioni e di persone singole, nella rete globale Age-friendly Cities and Communities. In quanto parte di questa rete, Age-Friendly Sheffield si impegna a creare ambienti fisici e sociali accoglienti per le persone anziane. Gli eventi del caffè fanno parte di questo impegno. I primi erano rivolti alle donne, ma quello del dicembre 2023, "Romper il silenzio," si rivolgeva agli uomini ed era dedicato alla loro salute mentale e al loro benessere, incluso quello sessuale. «Anche gli uomini hanno voglia di parlare di queste cose» dice la prof. Hinchliff, «ma spesso non diamo loro la possibilità o l'ambiente giusto per farlo.»

Il viaggio che ci attende

Come riconosciuto da questo rapporto, non esiste una sola soluzione che vada bene per ogni persona. Ci sono però approcci, radicati nelle evidenze scientifiche e negli accordi internazionali, che possono aiutarci e ci aiuteranno a raggiungere gli obiettivi comuni. Tra questi, l'intensificarsi degli sforzi già concordati per risolvere le esigenze delle persone rimaste più indietro, per garantire l'inclusione nelle decisioni politiche e nella leadership, per promuovere completezza e universalità dell'assistenza per la salute e incrementare, nel settore della salute, l'accessibilità di conoscenze mediche valide, esenti da pregiudizi e scientificamente accurate.

Su misura

Esigenze e prospettive delle persone che subiscono l'impatto della marginalizzazione devono essere inglobate in moto proattivo nell'assistenza per la salute sessuale e riproduttiva e negli sforzi per garantire i diritti riproduttivi. Come ha riconosciuto l'OMS nel 2009, «anche se povertà e genere influenzano in misura significativa la salute e lo sviluppo economico, le/i professionisti della salute non sempre sono adeguatamente preparate/i ad affrontare questi problemi nello svolgimento del loro lavoro» (WHO, 2009). La ricerca riepilogata in questo rapporto sottolinea come povertà e genere non siano che due dei tanti fattori che sovrapponendosi contribuiscono all'impossibilità per tante persone di accedere e utilizzare i servizi per la salute riproduttiva e di realizzare i loro diritti riproduttivi. Per affrontare questi divari occorre studiare i problemi dell'inclusione, e personalizzare e focalizzare di conseguenza i programmi.

Un'obiezione è che l'adattamento su misura per gruppi specifici sembra contraddire – a uno sguardo superficiale – gli sforzi per realizzare modelli integrati di assistenza che

offrano, attraverso le strutture sanitarie già esistenti, informazioni e assistenza per la salute sessuale e riproduttiva. Si è visto per esempio che integrare i servizi per la salute sessuale e riproduttiva e quelli per il trattamento dell'HIV migliora l'accessibilità, la qualità del servizio e la produttività del personale addetto, e al tempo stesso riduce lo stigma sociale (Ford et al., 2021). Ma adattare e integrare non devono essere necessariamente alternativi, anzi di fatto possono essere complementari. Nei programmi complessi per la gestione sanitaria, per esempio, si raccomanda l'uso di dati e strumenti provenienti dai servizi sanitari già esistenti (compresi i sistemi di analisi delle cartelle cliniche e di classificazione dei pazienti) ma anche di evidenziare le circostanze personali che influiscono sull'utilizzo e sull'efficacia del servizio: fattori come la precarietà dell'alloggio, i mezzi di trasporto disponibili, le condizioni sociali (Williams e Fendrick, 2022). Dunque, gli approcci personalizzati non devono per forza soppiantare i sistemi integrati per la salute.

Gli approcci personalizzati e mirati possono assumere forme diverse, ma la chiave di questo sforzo è sempre la rilevante partecipazione delle persone che fanno parte della comunità interessata. Tali comunità possono, per esempio, identificare adeguamenti semplici come servizi di traduzione o impegni mirati di sensibilizzazione, oppure fare pressione per impegni più complessi e costosi, compresi programmi autonomi, progettati o implementati per quella specifica situazione. Questi ultimi possono suscitare particolari resistenze, come la critica secondo cui in realtà rafforzerebbero lo stigma e l'esclusione in quanto trattano alcune popolazioni come "altre". Tuttavia ci sono prove anche del contrario, laddove i programmi personalizzati hanno effettivamente offerto alle persone uno spazio che garantisce loro dignità e sicurezza e che riflette le loro specifiche esigenze, che possono essere diverse da quelle di altre persone.

L'esempio forse più saliente è il caso dell'HIV, che interessa in modo preponderante comunità stigmatizzate come lavoratrici e lavoratori sessuali, uomini gay e altri uomini che hanno rapporti sessuali con uomini, persone transgender, persone che si iniettano droghe, persone detenute in carcere e in altri ambienti segregati. Nel 2021 queste popolazioni e i loro partner sessuali costituivano il 70% di tutti i nuovi casi di HIV, e ciascuna di queste popolazioni affrontava un accesso ineguale a servizi per l'HIV sicuri, efficaci e validi. Inoltre l'associazione tra questi gruppi e il contagio da HIV si ripercuote a cascata producendo ulteriori violazioni dei diritti, come discriminazioni, violenze e criminalizzazioni (USAID, 2022). Uno studio sui più efficaci programmi di prevenzione e trattamento dell'HIV in Asia ha evidenziato l'importanza di coinvolgere le persone interessate, con una partecipazione significativa alla gestione, ricerca e programmazione dei servizi, citando come esempio il centro di assistenza per la salute "Tangerine", in Thailandia, progettato e gestito da persone transgender (Yang et al., 2020). È stato dimostrato che la disponibilità di servizi a guida locale come questo porta a un utilizzo molto diffuso e frequente degli strumenti per la diagnosi e il trattamento dell'HIV nei gruppi che si intendeva raggiungere (Nugroh et al., 2017). Una meta-analisi dei programmi sull'HIV rivolti alle lavoratrici sessuali in Africa, per esempio, ha riscontrato che la chiave per ridurre la trasmissione del virus era la consultazione delle comunità interessate, insieme alla concentrazione sulle loro esigenze specifiche (Atuhaire et al., 2021).

L'inclusione delle comunità coinvolte, la partecipazione delle persone lasciate più indietro, il coinvolgimento di tutte le parti in causa nei processi decisionali: sono eccellenti obiettivi, ma gli ostacoli sono concreti e numerosi. Uno dei principali è la questione delle risorse finanziarie – un ritornello destinato probabilmente a diventare ancora più frequente nelle situazioni

in cui i finanziamenti sono limitati. I costi tuttavia non devono necessariamente essere l'ostacolo principale: anzi, il capitolo 4 di questo rapporto sottolinea lo straordinario potenziale economico che può essere sbloccato tutelando in concreto la salute e i diritti sessuali e riproduttivi di ogni persona. Al contrario, atteggiamenti, pregiudizi e contrasti che contribuiscono alla marginalizzazione possono rappresentare sfide ben più difficili per il progresso. Dall'ostilità nei confronti delle persone LGBTQIA+ allo scarso (o inesistente) dialogo con le minoranze etniche, fino alla mancata attuazione delle migliori anche più semplici per rendere i servizi accessibili alle persone con disabilità: l'elenco dei problemi è lungo, e se è vero che risolvere ciascuno di questi esempi comporterebbe probabilmente dei costi, l'ostacolo principale sta forse nel promuovere i cambiamenti normativi e strutturali necessari per includere efficacemente le persone marginalizzate.

Nel frattempo, non ascoltare e non adeguarsi alle necessità di questi gruppi può comportare un costo non indifferente: non solo per il peggioramento delle condizioni di salute dei gruppi marginalizzati, ma anche per le spese sopportate dai servizi sanitari. Per esempio, nel Canada settentrionale molte donne indigene hanno storicamente preferito partorire a casa con una levatrice o con altre donne ad assisterle, un'usanza sottoposta a restrizioni da parte delle autorità sanitarie, preoccupate per la sicurezza dell'assistenza ostetrica. In conseguenza di ciò, alla 36a settimana di gestazione, donne e adolescenti incinte nelle regioni settentrionali dovevano essere inviate in aereo alle strutture urbane dotate di servizi più avanzati, con un costo rilevante. Oggi nel nord si sta reintroducendo il ricorso alle levatrici garantendo sia un'assistenza ostetrica moderna e qualificata, sia la tutela delle preferenze tradizionali. Le donne che partoriscono con l'aiuto di una levatrice nei centri ostetrici di Nunavut, per esempio, riferiscono minori livelli di stress,

maggior coinvolgimento nelle decisioni, miglior sostegno psicologico, rispetto alle madri che avevano dovuto partorire nelle cliniche urbane (Mikhail et al., 2021). Gli interventi animati dalle migliori intenzioni, anche se sostenuti da cospicue risorse, non possono raggiungere risultati ottimali se non coinvolgono le persone e le comunità direttamente interessate.

Inclusione

La chiave della personalizzazione, come evidenziano gli esempi ora proposti, è la partecipazione inclusiva delle comunità interessate. Ma l'inclusione è cruciale anche al di là della focalizzazione su comunità e popolazioni e, per varie ragioni, merita di essere presa in considerazione come approccio più generale all'assistenza per la salute sessuale e riproduttiva.

La prima e più importante di queste ragioni è che una comunità collettivamente presa può apparire, agli occhi di personale amministrativo pubblico e progettiste/i dei programmi, come un monolite, mentre questa impressione non potrebbe essere più sbagliata. In ogni regione del mondo, le popolazioni indigene soffrono per esempio di condizioni di salute meno buone (Akter et al., 2018). Eppure si tratta di gruppi estremamente diversi tra loro, in uno stesso paese e tra un paese e l'altro. Spesso devono affrontare più forme di marginalizzazione, che possono variamente sovrapporsi – per esempio, luoghi di residenza isolati, povertà, difficoltà nel comunicare nelle lingue nazionali, deprivazione scolastica, discriminazioni spesso legate a traumi storici. Nonostante tali punti in comune, ciascuna di esse è un unicum, e le differenze, quando si tratta di utilizzo e accettabilità delle strutture sanitarie, sono importanti.

All'interno di uno stesso gruppo indigeno, per esempio, le differenze socio-economiche possono incidere sugli esiti per la salute. Uno studio mostra che donne indigene più istruite avevano 11 volte più probabilità di ricorrere ai servizi per la salute

materna e, se incinte, 23 volte più probabilità di accedere a quelli antenatali rispetto alle donne non scolarizzate (Islam, 2017). Analogamente, uno dei fattori determinanti per l'accesso o meno delle donne ai servizi per la salute materna è risultato essere il reddito, ma anche l'esposizione ai mass media e il rapporto tra le donne e il personale sanitario (Akter et al., 2018).

Nell'ambito della salute sessuale e riproduttiva, le necessità delle comunità indigene possono essere estremamente varie in quanto si tratta di un tema particolarmente sensibile e profondamente radicato nelle norme culturali. Le preferenze per il parto in casa, in presenza del partner o di familiari, può essere fortemente influenzato dall'ambiente culturale. Persino le preferenze per la posizione da assumere durante il parto sono a volte di natura culturale. Alcune donne quechua del Perù, per esempio, preferiscono partorire in piedi, aggrappate a una corda appesa al soffitto: una pratica che non rientra negli standard della medicina nazionale (Gabrysch et al., 2009). E naturalmente l'appartenenza a un gruppo indigeno è solo uno degli esempi per spiegare come la progettazione inclusiva e la partecipazione del tessuto sociale siano essenziali per creare interventi e servizi per la salute sessuale e riproduttiva: le esigenze di altri gruppi possono variare, e dipendere da altre condizioni: migrazione, casta, disabilità, età e altri fattori ancora.

Ancora più potente della partecipazione comunitaria in generale è quella della leadership locale. Programmi, meccanismi di finanziamento e altri sforzi per supportare la leadership locale sono in aumento, come anche l'approvazione e il sostegno ai massimi livelli per questo approccio. Nelle ultime settimane del 2023, per esempio, UNAIDS ha esortato a un maggior coinvolgimento delle leadership locali nella raccolta di dati disaggregati e nell'erogazione dei servizi per la prevenzione, la diagnosi e il trattamento dell'HIV. Questo annuncio ha richiamato soprattutto l'attenzione sulla

necessità di raggiungere le persone transgender, sia con il lavoro di raccolta dei dati, sia con servizi per l'HIV adattati su misura per le specifiche necessità, in base alle indicazioni delle stesse comunità transgender. Particolarmente significativo il fatto che per la prima volta un organismo degli Stati Membri abbia adottato una decisione unanime pronunciando riferimenti e dichiarazioni di intenti relativi alle persone transgender (UNAIDS, 2023) – e affermando in tal modo la necessità di coinvolgere, anche con l'allocazione di fondi, una comunità che resta tra le più stigmatizzate e marginalizzate del mondo.

Il potere della rappresentanza nei processi decisionali è stato molto studiato nelle disamine delle quote riservate alle donne nelle posizioni di leadership, che hanno mostrato di produrre effetti positivi per l'uguaglianza di genere in generale (O'Brien and Rickne, 2016). Il capitolo 3 presenta un esempio che illustra ulteriormente lo specifico valore della rappresentanza nell'ambito degli esiti per la salute: incrementare il numero delle mediche e migliorare il sostegno e il rispetto per infermiere e levatrici sono fattori che sono stati associati ai miglioramenti nell'accesso all'assistenza sanitaria e negli esiti per la salute delle donne (cfr. pag. 72). Analogamente, la rappresentanza può rivestire un ruolo particolarmente cruciale nell'ambito della salute sessuale e riproduttiva, dove spesso lo stigma costituisce una barriera per accedere ai servizi di assistenza (Bohren et al., 2022).

Ma soprattutto l'inclusione nei processi decisionali significa correggere gli squilibri nei rapporti di potere – squilibri spesso invisibili anche a chi detiene il potere. Gli sforzi per riconoscere e correggere le disparità e aumentare

L'Assuit è un'antica e intricata forma di ricamo in filo metallico tradizionalmente praticata dalle donne del nord dell'Egitto. Il Tally Assuit Women's Collective (TAWC) è un gruppo intergenerazionale di artigiane che si dedica a mantenere vivo questo mestiere. Il TAWC partecipa regolarmente al Mercato Internazionale dell'Arte Popolare. © Tally Assuit Women's Collective.

Le donne Ngäbe scatenano una rivoluzione per la salute e l'uguaglianza delle donne

«Sono solo tre ore a piedi» dice la venticinquenne Eneida descrivendo con disinvoltura il duro cammino in montagna che ha dovuto fare, quasi alla fine del nono mese di gravidanza, per arrivare alla *casa materna*, una struttura pre-parto.

Eneida vive nella regione isolata di Comarca Ngäbe Buglé, abitata da gruppi indigeni di etnia Ngäbe e Buglé, in una zona di alta montagna del Panama occidentale. Nella comarca ci sono pochissime strade asfaltate, e sono piene di buche. Alcuni abitanti si spostano a cavallo, ma la maggioranza va a piedi. Molte donne incinte partoriscono in casa per questo motivo. Non è un caso che la comarca faccia registrare i tassi di mortalità materna più alti di qualsiasi altra regione del paese.

Eneida ha deciso di attendere gli ultimi giorni di gravidanza alla Casa Materna de San Félix, una struttura pre-parto che offre cibo, assistenza medica e trasporto verso i servizi per partorire in sicurezza. «Mi piace. Questo posto è molto carino,» dice.

La Casa Materna è solo uno dei tanti servizi per la salute sessuale e riproduttiva allestiti nella comarca grazie all'impegno della Ngäbe Women's Association – un gruppo formatosi 30 anni fa con tutt'altro obiettivo. All'epoca,

negli anni Novanta, le donne della comunità pensavano a qualcosa di completamente diverso: un mercato per i loro prodotti artigianali.

«Cominciammo a riunirci e a discutere i nostri problemi e bisogni,» dice Gertrudis Sire, presidente dell'associazione. È emerso ben presto che alcuni dei principali ostacoli per uscire dalla povertà non erano di natura economica, ma riproduttiva. «Le donne della comunità sollevavano il problema dei troppi figli,» ricorda Ms. Sire, spiegando che ogni volta che una donna non aveva di che sfamare i propri figli si riferiva a questo problema chiamandolo «July», come a dire che si trattava di un fatto di routine. «Ho un sacco di July a casa» dicevano. Che cos'era, July? Era un modo per dare un nome alla carestia che affliggeva la comunità. Dicevano, Come possiamo evitarlo? Facendo meno figli.»

Vennero così alla luce altre esigenze di salute sessuale e riproduttiva. «Ci accorgemmo che le donne morivano in casa loro, di parto. Non c'era nessun piano per il loro trasporto, perché nella regione non esistevano ospedali ostetrici o pediatrici.» L'associazione contattò il ministero della Salute e UNFPA, e istituirono insieme una rete di operatrici e operatori sanitari per

fornire assistenza e fare attività di sensibilizzazione sulla salute materna, la contraccezione e l'alimentazione dei bambini. Come dice Ms. Sire, «Abbiamo fatto degli incontri pubblici per parlare di queste cose, e loro erano molto partecipi, perché le vivevano.»

Il riconoscimento più deciso di questo rapporto di reciproco potenziamento tra uguaglianza di genere, salute sessuale e riproduttiva ed empowerment economico è stato probabilmente espresso nella ICPD del 1994. Ma l'esperienza della Ngäbe Women's Association dimostra che la sua realizzazione inizia ad attuarsi anche negli angoli più remoti della terra, quando le donne iniziano a pianificare le loro famiglie e a investire in un futuro migliore per loro stesse e per le loro comunità. La Ngäbe Women's Association ha lavorato in maniera autonoma per innescare un circolo virtuoso di autonomia riproduttiva, migliori condizioni di salute e riduzione della povertà.

Eira Carrera, interprete interculturale presso il José Domingo De Obaldía Maternal and Infant Hospital, ha iniziato lavorando come promoter sanitaria nella comarca. «Era intorno al '96, '98,» ricorda. «Come promoter sanitarie, ci occupavamo di salute sessuale e riproduttiva,

che comprende anche le infezioni sessualmente trasmissibili, i pap-test, tutto quanto ha a che fare con la salute sessuale e riproduttiva, la pianificazione familiare... la violenza domestica e anche la paternità responsabile.» Quel messaggio fu accolto meglio dalle donne che dagli uomini. Mentre le prime erano di solito entusiaste dei vantaggi della pianificazione familiare, «perché rispondeva alle loro esigenze» dice Ms. Carrera, gli uomini erano meno ricettivi. «Non volevano quel tipo di risorsa.»

Nei tre decenni trascorsi da allora si sono fatti molti passi avanti. Quando le si chiede se le donne Ngäbe affermerebbero di decidere in modo autonomo in materia di contraccezione, Ms. Carrera dice, «Su 10 di loro, circa 8 possono dire di sì.» La strada però è ancora lunga. Il problema del machismo è fortemente aggravato dal persistere di discriminazioni etniche verso la comunità. Non molto tempo fa le persone Ngäbe della comunità locale dovevano sedersi in fondo sugli autobus, quando viaggiavano fuori dalla comarca. Ancora oggi è difficile trovare lavoro, e molti uomini Ngäbe per cavarsela accettano di lavorare nelle piantagioni di caffè come migranti.

Per le donne, questa sovrapposizione di marginalizzazione etnica e disuguaglianza di genere continua a essere letale. «La maggioranza delle morti materne avviene specificamente perché il marito non è riuscito a portare la moglie a farsi assistere» dice Humberto Rodríguez, capo infermiere nel distretto di Nole Duima, nel descrivere la morte di donne i cui mariti erano in viaggio quando la moglie iniziava il travaglio.



Eira Carrera assicura: le donne Ngäbe sono ascoltate e rispettate dai servizi sanitari. Inoltre insegna loro quali sono i loro diritti.

«Se il marito in quel momento non è a casa, lei non può prendere decisioni.»

L'empowerment delle donne Ngäbe era negato anche dalle strutture sanitarie, dice Ms. Carrera. «I medici prendevano il fascicolo e intervenivano, e se la donna rifiutava, non riceveva le cure necessarie o le riceveva in un modo forzoso, obbligato, che violava i suoi diritti... Oggi tutto questo è completamente cambiato.» Ms. Carrera oggi fa da interprete tra il personale di lingua spagnola e le pazienti, che parlano Ngäbe. Inoltre fa attività di formazione e di sensibilizzazione per il personale ospedaliero. Le donne trattate con dignità e informate sulle cure spesso danno il loro consenso, dice Ms. Carrera. «E se non accettano, la loro volontà viene rispettata.»

Ms. Carrera desidera far capire alle donne che l'autonomia corporea si estende anche alle loro relazioni. «Tengo incontri qui, con le madri, per

spiegare loro che non sono obbligate ad avere rapporti sessuali con il marito, contro la loro volontà. Si chiama violenza sessuale,» spiega. «Ma su questo c'è ancora molto da lavorare.»

Questi problemi non sono esclusivi della comunità Ngäbe, sottolinea Ms. Sire. «Il problema è ovunque,» dice. «Ci sarà sempre questa faccenda del machismo... e le discriminazioni non finiranno mai, perché è una mentalità diffusa ovunque... Ma le persone come noi dell'Associazione, hanno ricevuto una formazione specifica. Abbiamo già un'armatura.»

Anche Eneida, la donna che attende di partorire per la terza volta, ha la sua armatura – benché sia una persona aperta e sorridente, non sulla difensiva. L'armatura è la sua sicurezza di sé. Quando le chiedono se il suo compagno sosterrà le sue decisioni in materia di pianificazione familiare, non ha dubbi: «Sì. Sì. Sarò sostenuta. Sì,» dice Eneida. «Per tutto quello che voglio.»

l'inclusione sono spesso contestati da chi sostiene che sono discriminatori verso chi detiene vantaggi istituzionali e storici (Pierce, 2013). Questo inquadramento antagonista dell'inclusione è controproducente, non solo per le persone svantaggiate ma spesso per tutta la società nel suo complesso. Dopo tutto, l'uguaglianza di genere porta benefici non solo a donne e ragazze ma anche a uomini e ragazzi, quando si misurano la stabilità economica (Ozili, 2024) e l'aumentata soddisfazione per le condizioni di salute e di vita (Wells et al., 2024). La Commissione Lancet per le Società Pacifiche mediante l'Equità nella salute e l'Uguaglianza di genere osserva come «i miglioramenti nell'equità della salute e nell'uguaglianza di genere [possono] rafforzare il capitale umano, l'inclusività delle economie, il capitale sociale e la governance» (Lancet Commission on Peaceful Societies through Health Equity and Gender Equality, 2023). Gli sforzi per conseguire l'equità nell'inclusione possono anche, prevedibilmente, portare benefici alla società più in generale.

Completa e universale

Facendo tesoro dei precedenti decenni di ricerche e di accordi, gli SDG chiedono che i servizi per la salute sessuale e riproduttiva siano sia completi che universali. I concetti in sé non sono innovativi: quello che c'è di nuovo, o di più nuovo, è il crescente ottimismo sulla loro prossima fattibilità.

La completezza è stata spiegata benissimo dall'OMS nelle sue linee guida sulla salute riproduttiva, che definiscono un pacchetto completo di assistenza per la salute riproduttiva come quello che include un'ampia gamma di servizi per la contraccezione; l'assistenza prima, durante e dopo il parto; servizi per abortire in sicurezza e trattamenti delle complicazioni derivanti da un aborto a rischio; prevenzione e cura dell'HIV e delle altre STI; servizi che affrontino le violenze di genere. È inoltre essenziale la promozione della salute anche

tramite la disponibilità di informazioni e attività di counselling per tutte le persone, in materia di salute e benessere sessuale; in più, per le persone più giovani, l'educazione completa alla sessualità (WHO, 2023).

Anche la copertura universale per la salute è stata ampiamente articolata dalla comunità internazionale. L'SDG 3.8 chiede il conseguimento della «copertura universale per la salute, che comprenda protezione dei rischi economici, accesso ai servizi essenziali qualificati, e accesso per tutte le persone a medicine e vaccini essenziali che siano sicuri, efficaci, di qualità e a prezzi contenuti» (UN DESA, 2023, n.d.a).

Purtroppo tanto la completezza come l'universalità non sono ancora state raggiunte globalmente, e il persistere dei divari nella copertura influiscono negativamente soprattutto sulle persone marginalizzate. Ma là dove si è arrivati ad assicurare, o quasi, completezza e universalità, i contributi portati all'equità sono stati notevoli. Un rapporto presentato al Consiglio per i Diritti Umani, per esempio, ha osservato che l'assistenza sanitaria universale ha quasi certamente mitigato le disparità razziali in alcuni paesi (Human Rights Council, 2020). (In effetti, l'equità nell'accesso è uno degli obiettivi principali della copertura sanitaria universale).

In molti paesi abbiamo assistito a progressi significativi, il che sottolinea come si tratti di un obiettivo davvero raggiungibile. Il Perù, per esempio, ha vissuto un decennio di straordinari progressi nella copertura universale, dal 2007 in poi, quando il paese ha lanciato un'iniziativa finanziata dallo stato e basata sui risultati, allocando fondi per la salute materna e neonatale e per la nutrizione infantile (Huicho et al., 2018). Il programma contava soprattutto su fondi governativi, con solo una piccola componente di aiuti per lo sviluppo, e tra i suoi risultati può vantare importanti riduzioni della mortalità infantile (entro i primi 5 anni di vita) e neonatale.

È possibile fare progressi anche quando le nazioni non riescono ad adottare subito e per intero il pacchetto di interventi universali e

completi per la salute sessuale e riproduttiva. Lo Zambia per esempio nel 2020 ha approvato un progetto di copertura sanitaria universale che

include forniture e servizi per la contraccezione: un programma universale, anche se non ancora completo, per tutti i servizi di salute riproduttiva (PAI, 2020).

È importante ricordare che “universalità” deve voler dire “per ogni singola persona”. Può sembrare un’ovvietà, ma la maggior parte degli stati insistono a interpretare la copertura universale come l’obiettivo di assicurare l’assistenza sanitaria a tutta la cittadinanza. Questo però esclude alcune delle persone che più ne hanno bisogno: le persone migranti senza documenti o le lavoratrici/i lavoratori migranti temporanei, le persone apolidi e rifugiate e altre ancora. Per dirla con uno degli studi che affrontano questo dilemma, le/gli esperti della salute mondiale «hanno dichiarato che “tutte le strade portano alla copertura sanitaria universale”, ma quelle strade non sono percorse dalle persone migranti senza documenti» (Onarheim et al., 2018). Considerando la probabilità di un movimento di massa nei prossimi anni, con moltissime persone che varcano molti confini, si profila la possibilità di una popolazione



A KwaZulu-Natal, in Sudafrica, un albero rivestito da un'azione di yarn bombing vuole richiamare l'attenzione sulle comunità colpite da HIV/AIDS.

in continuo aumento che resta esclusa dall'assistenza per la salute. Oltre a tutelare il diritto umano fondamentale alla salute, estendere la copertura sanitaria a tutte le persone che vivono sul territorio nazionale può portare benefici sia alla salute pubblica, sia dal punto di vista economico. Una ricerca ha raffrontato due stati ad alto reddito, Norvegia e Stati Uniti, che non forniscono copertura sanitaria alle persone migranti senza documenti, e un paese a medio reddito, la Thailandia, che invece lo fa. Ne ha concluso che l'approccio thailandese alla salute è "meno problematico" e ha maggiori probabilità di raggiungere l'obiettivo SDG della copertura sanitaria universale (Onarheim et al., 2018). Un altro studio suggerisce che garantire l'assistenza sanitaria alle persone migranti senza documenti può portare a una riduzione dei costi per la salute, grazie al miglioramento complessivo delle condizioni di salute di tutta la popolazione (Gostin, 2019).

Il problema dei costi è in effetti una considerazione centrale per qualsiasi stato. Oggi i paesi in via di sviluppo si dibattono tra livelli di debito internazionale senza precedenti, per colpa di fattori che vanno dalla «pandemia, situazione aggravata da inflazione, aumento dei tassi di interesse, tensioni nei rapporti commerciali, limitato gettito fiscale» (UN DESA, 2023). I pagamenti di ingenti interessi già incidono negativamente sulla spesa per la salute in 48 paesi in via di sviluppo, dove vivono 3,3 miliardi di persone. I paesi a basso reddito oggi spendono in media 1,4 volte di più per corrispondere gli interessi che per la sanità pubblica. Al contrario, gli stati ad alto reddito spendono quasi quattro volte di più per la salute che per la restituzione di interessi (UNDP, 2023). In compenso, vanno emergendo alcune forme, innovative e promettenti, di finanziamento della sanità che potrebbero rendere facilmente raggiungibile la copertura sanitaria universale e qualificata, come i bond sovrani vincolati a specifici risultati nel campo della salute. Altrettanto importante è

l'accordo (rafforzato in seguito alla pandemia) sulla copertura sanitaria universale come imperativo morale oltre che di salute pubblica. Come ha detto la direttrice operativa del Fondo monetario internazionale Kristalina Georgieva, nel dicembre 2020, "Una cosa è certa: non torneremo indietro. Se vogliamo superare la crisi e progettare la ripresa, dobbiamo spingerci avanti con rinnovata determinazione e senso di solidarietà, con tutte le persone" (Georgieva, 2020).

Ampliare le conoscenze accurate sulla salute riproduttiva

Mettere le persone in grado di prendersi cura della propria salute tramite informazioni e conoscenze è di importanza cruciale quanto garantire la copertura sanitaria universale e completa. Questo vale soprattutto per i gruppi marginalizzati, persone giovani comprese, e sarà ancora più importante man mano che progrediscono le tecnologie, si modificano i profili demografici e si evolvono i sistemi sanitari.

Uno dei principali strumenti per ampliare le conoscenze relative alla salute riproduttiva è l'educazione sessuale e affettiva, di cui il capitolo 4 ha esplorato efficacia e benefici. Oltre a rendere redditizi, a livello individuale e sociale, gli investimenti su salute, educazione e produttività, l'educazione sessuale e affettiva può anche potenziare la agency e le capacità dei giovani marginalizzati. Per esempio, la ricerca indica che una educazione sessuale e affettiva di buon livello, adatta all'età, basata sui diritti può accrescere l'autostima, l'autonomia e la fiducia nella propria uguaglianza, in quanto «cerca esplicitamente di promuovere l'empowerment delle persone giovani, in particolare delle ragazze e delle altre persone giovani marginalizzate, affinché vedano sé stesse e le/gli altre/i come membri a pari diritto nei rapporti, come persone capaci di proteggere la propria salute e come individui in grado di impegnarsi nella società da partecipanti attivi» (Haberland e Rogow, 2014). In altre parole, l'educazione sessuale e affettiva può aiutare le

persone giovani a riflettere in modo critico sulle disuguaglianze, comprese quelle di genere, e di conseguenza a prendere decisioni e adottare comportamenti più equi. Nonostante questo, l'educazione completa alla sessualità negli ultimi anni ha avuto un andamento discontinuo (United Nations, 2023a).

L'educazione sessuale e affettiva è solo uno dei modi per allargare l'accesso a conoscenze accurate e qualificate sulla salute riproduttiva. Un altro metodo prevede l'eliminazione di informazioni antiquate, inficiate da pregiudizi, non accurate o semplicistiche, non solo dai manuali scolastici ma anche dai programmi di studio delle facoltà di Medicina, dai servizi sanitari e dalle prassi e politiche in materia di salute riproduttiva. Come evidenzia il Capitolo 2 la disinformazione, l'informazione parziale e le nozioni semplicistiche hanno storicamente prodotto ripercussioni negative sulle persone marginalizzate, e continuano a produrle.

Non fornire alle persone – adolescenti, professioniste/i del settore sanitario, settore pubblico e ogni altra persona coinvolta – informazioni basate sui fatti e scevre dai pregiudizi non può che portare a società male attrezzate per affrontare le sfide del futuro. I sistemi sanitari di tutto il mondo abbracciano gli interventi di auto-terapia come strumento sempre più essenziale «per ogni paese e in ogni condizione economica, come via cruciale per raggiungere la copertura sanitaria universale, promuovere la salute, tutelare la sicurezza mondiale e mettersi al servizio dei più vulnerabili» (WHO, n.d.d). Gli interventi di auto-terapia sono particolarmente cruciali per la salute sessuale e riproduttiva, in cui gli ostacoli ai servizi non riguardano solo l'accesso alle strutture sanitarie ma anche le stigmatizzazioni e le norme patriarcali. Ma perché le persone lasciate più indietro possano effettivamente trarre vantaggio da questa prassi, sono necessarie informazioni accurate (UNFPA, 2018a).

Ampliare le conoscenze sulla salute riproduttiva significa anche investire nello sviluppo di informazioni e interventi inclusivi. La ricerca in campo medico continua a trattare gli uomini, soprattutto quelli nei paesi ad alto reddito, come i pazienti e gli oggetti di ricerca per default. I finanziamenti per ricerca e sviluppo orientati alla salute materna sono per esempio diminuiti del 15% tra il 2018 and 2021, fatto che gli studiosi attribuiscono alla preponderante concentrazione di questi problemi nei paesi a basso e medio reddito (Policy Cures Research, 2023). Si calcola che le donne trascorrono molto più tempo (il 25% in più) con problemi debilitanti, rispetto agli uomini: eppure continuano a essere sotto-rappresentate o rappresentate in modo non accurato nella scienza e ricerca medica: «Per capire meglio la biologia di base femminile occorrerebbe sviluppare nuovi strumenti di ricerca (per esempio, modelli animali, modelli computerizzati, avatar di pazienti e modelli umanizzati) per meglio categorizzare sintomi e manifestazioni patologiche (anziché definirle semplicemente “atipiche”) afferma un paper pubblicato di recente (World Economic Forum, 2024). Gli investimenti per chiudere il divario della salute femminile «potrebbero dare un impulso all'economia quantificabile in almeno 1000 miliardi di dollari l'anno entro il 2040».

Occorre inoltre risolvere le questioni inerenti spinosi interrogativi etici sui progressi degli strumenti medici e digitali per la salute riproduttiva, che pur essendo promettenti costituiscono anche, allo stesso tempo, potenziali minacce alla privacy e alla sicurezza. La capacità umana di rispondere a queste sfide viene gravemente sminuita se non riusciamo a metterci d'accordo su fatti come lo sviluppo umano, la riproduzione, l'anatomia, la sessualità e la diversità. Tutte le persone hanno il diritto a conoscenze aggiornate, scientificamente accurate, culturalmente rispettose, adatte all'età, in tema di salute sessuale e riproduttiva: in questo non dovrebbe esserci nulla di ideologico o di controverso.

Celebrare i successi e impegnarsi per accrescerli

Le statistiche di cui disponiamo confermano che si sono già registrati molti successi rispetto al 1994, ma che occorre proseguire nel cammino. Più volte il mondo si è reso conto che gli sforzi per eliminare le conseguenze dei problemi di salute e per mettere fine alle morti materne prevenibili non sono sufficienti a superare gli ostacoli rappresentati da disuguaglianze, discriminazioni, pregiudizi e stigmatizzazioni. Ma proprio questo fatto potrebbe costituire la nostra migliore occasione di raggiungere gli obiettivi concordati – sia quelli della ICPD e sia quelli dell'Agenda 2030 – e realizzare i diritti e le scelte di ogni persona.

Il passato recente è una storia di sconvolgimenti epocali, sconvolgimenti che hanno scatenato esigenze di giustizia, ispirato nuovi modi di pensare rispetto alle disparità sistemiche, mobilitato attivismi e advocacy in tutto il mondo. Se allarghiamo la nostra visuale, se dal passato recente la estendiamo sugli ultimi trent'anni, vediamo molti più motivi di speranza che di pessimismo.

La scarsità dei dati, e soprattutto dei dati disaggregati, è un ostacolo gigantesco, come spiegato nel dettaglio in tutto il rapporto; tuttavia, i dati di cui disponiamo oggi e i metodi per analizzarli, non sono mai stati così validi. Di questi miglioramenti occorre fare tesoro per continuare a progredire. Pietre miliari come gli indicatori SDG 5.6.1 e 5.6.2, che si collocano tra le prime misurazioni al mondo dell'autonomia corporea e dei contesti legali che consentono di attuarla, sono soltanto i primi passi verso una migliore misurazione e comprensione della agency riproduttiva femminile.

Occorre riformare le strutture della società per eliminare le forme di discriminazione più radicate e invisibili: un processo

destinato probabilmente a suscitare dibattiti e malcontento. In ogni caso, è un processo già avviato, con i movimenti Ni Una Menos e MeToo che hanno scoperchiato squilibri di potere nei rapporti di genere e con altri movimenti, come Rhodes Must Fall e Black Lives Matter che portano allo scoperto le disparità razziali.

Occorre la volontà politica di indirizzare maggiori risorse verso la salute e i diritti sessuali e riproduttivi dei gruppi marginalizzati, un'impresa apparentemente titanica in un mondo sempre più polarizzato e politicizzato. Tuttavia non mancano i segni incoraggianti di decisore/i politiche/i disposte/i ad affrontare con decisione tali questioni. Nella Revisione volontaria nazionale del 2023 (un processo in cui gli Stati Membri identificano, su base volontaria, le priorità dello sviluppo sostenibile e gli sforzi attuati sul campo nell'ambito della Agenda 2030) tutti e 39 gli stati partecipanti si sono dedicati a gruppi condizionati da fattori marginalizzanti come il genere o la disabilità, composti da persone che vivono in aree rurali o isolate o da minoranze etniche. Quasi la metà – il 49% – è andato incontro alle esigenze delle persone LGBTQIA+ (UNFPA, 2024g). Se queste revisioni non riflettono necessariamente i cambiamenti in atto, sono comunque un passo cruciale verso la trasparenza delle posizioni politiche e delle priorità riconosciute dagli stati (Fukuda-Parr et al., 2018). Decise azioni di pressione, e l'impegno a dar seguito a queste iniziative, possono ottenere eccellenti progressi nel portare la salute sessuale e riproduttiva delle persone marginalizzate ai primi posti dell'agenda per lo sviluppo.

Bisogna poi affrontare la questione del potere. In tutto il mondo politiche, atteggiamenti e norme sociali perpetuano le disparità a tutti i livelli, dal più alto al più basso. Eppure il cambiamento è possibile, anzi imminente. Di fatto quest'anno rappresenterà una pietra miliare dal punto di vista elettorale, con oltre due miliardi di elettori

che verranno chiamati alle urne in più di 50 nazioni (World Economic Forum, 2023). Votare è importante perché, come sottolinea questo rapporto, la rappresentanza è importante. Per questo il mondo ha approvato concordemente l'SDG 5.5.1, che misura la percentuale di seggi retti da donne nei parlamenti nazionali e nelle amministrazioni locali. Votare può servire a far sentire la voce di altre persone vulnerabili e marginalizzate.

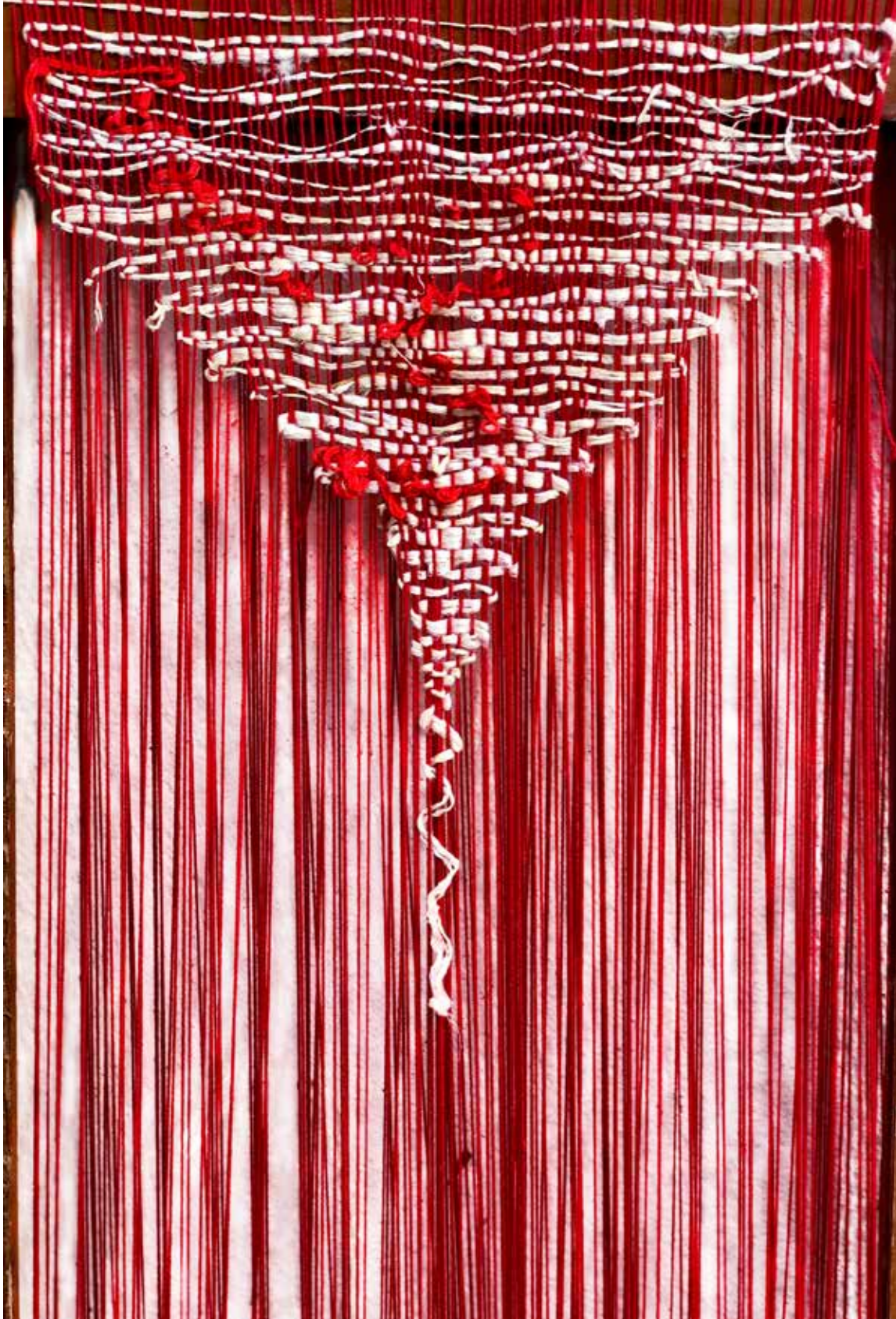
E se le elezioni e i gruppi di pressione pubblici sono strumenti necessari per mettere fine alla marginalizzazione, bisogna anche riconoscere che in troppi paesi tali strumenti semplicemente non esistono. In questi casi, organismi internazionali standard come quelli delle Nazioni Unite devono alzare la voce per sottolineare che l'adozione dei target SDG e dei tanti strumenti per i diritti umani che li rafforzano, sono obblighi redatti, approvati e sottoscritti da tutti gli stati membri e che devono essere rispettati.

Infine, la voce delle persone marginalizzate si fa sentire ogni giorno più forte. Invece di reagire con allarmismi, possiamo rispondere al loro appello con apertura mentale e disponibilità alla collaborazione. L'impazienza verso gli obiettivi non ancora raggiunti è comprensibile, e può anche essere ben accetta. Dopo tutto, è un segno di progresso il fatto che possiamo identificare e combattere le forze che continuano a spingere indietro le persone. Anche le nostre aspettative nei confronti di salute, diritti e giustizia, modificate nei negli ultimi tre decenni, sono un segno di progresso. Il mondo è cambiato, gli



standard si sono alzati. Ma lo stesso vale per la nostra capacità di raggiungerli.

In conclusione, il conseguimento degli obiettivi più ambiziosi a livello mondiale significa ben poco, se insistiamo con la maniera più semplice di misurare il progresso, lasciando che intere nazioni, comunità e identità vengano inghiottite scomparendo nelle medie mondiali. Noi siamo capaci di una visione meno semplicistica, una visione che sa riconoscere la dignità e il valore di ogni singola persona, sa riconoscere che garantire i diritti di tutti significa garantire i diritti di ciascuno. Dopo tutto, il tessuto dell'umanità è immenso e magnifico, ma tutta la sua forza risiede nel più delicato dei suoi fili.



The Flaming Womb [Grembo in fiamme], artwork di Pankaja Sethi che affronta il divario tra gli attributi simbolici della femminilità e il ruolo e la condizione della donna imposta dalla società patriarcale. Nel 2019 l'opera è stata selezionata per la mostra «Fabric of Being», curata da SEA Junction in occasione del Summit di Nairobi sulla ICPD25.

Indicatori

Monitoraggio dei progressi verso gli obiettivi dell'ICPD:
la salute sessuale e riproduttiva **pagina 134**

Monitoraggio dei progressi verso gli obiettivi dell'ICPD:
genere, diritti e capitale umano **pagina 140**

Indicatori demografici **pagina 146**

Note tecniche **pagina 152**

Salute sessuale e riproduttiva

	Maternal mortality ratio (MMR) (deaths per 100,000 live births) ^a	Range of MMR uncertainty (UI 80%), lower estimate ^a	Range of MMR uncertainty (UI 80%), upper estimate ^a	Births attended by skilled health personnel, per cent	Number of new HIV infections, all ages, per 1,000 uninfected population	Contraceptive prevalence rate, women aged 15–49, per cent				Unmet need for family planning, women aged 15–49, per cent		Proportion of demand satisfied with modern methods, all women aged 15–49	Laws and regulations that guarantee access to sexual and reproductive health care, information and education, per cent	Universal health coverage (UHC) service coverage index
	2020	2020	2020	2022	2022	Any method		Modern method		All		2024	2022	2021
						All	Married or in union	All	Married or in union	All	Married or in union			
World and regional areas	2020	2020	2020	2022	2022	2024		2024		2024		2024	2022	2021
World	223	202	255	86	0.17	50	65	46	59	9	11	78	76	68
More developed regions	12	10	14	99	0.15	58	70	52	62	7	8	80	87	84
Less developed regions	244	221	279	81	0.17	49	65	45	59	9	11	77	72	64
Least developed countries	377	338	431	65	0.34	33	43	29	38	15	20	61	71	44
UNFPA regions														
Arab States	145	110	194	83	0.04	34	53	29	45	10	15	66	65	61
Asia and the Pacific	113	101	128	87	0.07	54	71	50	65	6	8	82	74	68
Eastern Europe and Central Asia	21	19	25	98	0.15	46	64	36	49	8	11	67	84	74
Latin America and the Caribbean	88	79	99	95	0.19	59	75	56	71	8	9	83	75	76
East and Southern Africa	360	313	441	70	0.83	36	45	33	42	15	20	65	72	46
West and Central Africa	750	625	986	61	0.30	21	23	18	20	17	22	47	70	40
Countries, territories, other areas	2020	2020	2020	2004–2022	2022	2024		2024		2024		2024	2022	2021
Afghanistan	620	406	1050	62	0.03	21	29	19	26	17	23	50	56	41
Albania	8	4	16	100	0.02	33	45	6	6	12	16	12	79	64
Algeria	78	41	164	99	0.05	35	60	30	52	7	11	72	–	74
Angola	222	148	330	50	0.44	17	18	16	17	26	35	37	62	37
Antigua and Barbuda	21	11	36	99	–	42	63	40	61	10	13	77	–	76
Argentina	45	38	53	99	0.09	59	71	57	68	10	11	83	92	79
Armenia	27	19	42	100	0.19	39	60	22	33	8	12	46	87	68
Aruba	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Australia	3	2	4	96	–	59	67	57	64	8	10	85	–	87
Austria	5	4	8	98	–	66	73	64	71	5	7	89	–	85
Azerbaijan	41	22	69	100	0.05	37	58	16	24	9	13	35	–	66
Bahamas	77	51	128	99	0.15	46	66	44	65	10	12	79	–	77
Bahrain	16	13	19	100	–	29	63	20	44	5	12	59	73	76
Bangladesh	123	89	174	59	0.01	52	64	45	56	9	11	74	–	52
Barbados	39	22	61	98	0.21	51	63	47	60	12	14	75	44	77
Belarus	1	1	2	100	0.11	54	63	47	53	11	11	72	83	79
Belgium	5	4	6	–	0.04	59	67	58	67	6	8	91	–	86
Belize	130	105	161	95	0.35	46	58	43	54	14	17	72	43	68
Benin	523	397	768	78	0.11	18	20	15	16	24	30	36	91	38
Bhutan	60	40	82	99	0.08	40	62	39	60	8	12	81	83	60
Bolivia (Plurinational State of)	161	103	272	81	0.16	49	68	37	51	11	15	61	94	65
Bosnia and Herzegovina	6	4	8	100	–	39	51	20	22	9	13	42	70	66
Botswana	186	151	230	100	1.92	59	70	58	70	8	10	87	64	55
Brazil	72	57	93	98	0.24	67	80	65	78	6	7	90	–	80
Brunei Darussalam	44	30	61	100	–	–	–	–	–	–	–	–	41	78
Bulgaria	7	5	10	95	0.03	66	81	52	60	5	6	73	62	73
Burkina Faso	264	169	394	96	0.08	30	34	29	33	19	23	60	81	40
Burundi	494	353	694	77	0.10	21	34	18	31	16	27	51	65	41
Cabo Verde	42	26	65	97	0.34	45	59	44	58	12	15	77	84	71
Cambodia	218	156	326	99	0.08	43	65	33	49	7	10	65	98	58
Cameroon	438	332	605	69	0.36	24	24	20	19	16	21	51	–	44

Salute sessuale e riproduttiva

Countries, territories, other areas	Maternal mortality ratio (MMR) (deaths per 100,000 live births) ^a	Range of MMR uncertainty (UI 80%), lower estimate ^a	Range of MMR uncertainty (UI 80%), upper estimate ^a	Births attended by skilled health personnel, per cent	Number of new HIV infections, all ages, per 1,000 uninfected population	Contraceptive prevalence rate, women aged 15–49, per cent				Unmet need for family planning, women aged 15–49, per cent		Proportion of demand satisfied with modern methods, all women aged 15–49	Laws and regulations that guarantee access to sexual and reproductive health care, information and education, per cent	Universal health coverage (UHC) service coverage index
						Any method		Modern method		All	Married or in union			
						All	Married or in union	All	Married or in union					
2020	2020	2020	2020	2004–2022	2022	2024	2024		2024		2024	2022	2021	
Canada	11	9	15	98	–	73	82	71	80	3	4	92	–	91
Central African Republic	835	407	1519	40	1.57	22	24	17	19	21	25	40	77	32
Chad	1063	772	1586	47	0.22	8	9	7	8	19	25	27	59	29
Chile	15	13	17	100	0.25	65	78	60	72	6	8	85	–	82
China	23	19	27	100	–	71	85	69	83	4	3	92	–	81
China, Hong Kong Special Administrative Region	–	–	–	–	–	49	71	46	68	8	9	81	–	–
China, Macao Special Administrative Region	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Colombia	75	65	86	99	0.16	65	82	61	77	5	6	87	96	80
Comoros	217	131	367	82	0.00	21	29	17	24	19	29	44	–	48
Congo	282	194	429	91	2.89	43	46	31	30	14	18	54	55	41
Costa Rica	22	18	26	99	0.14	57	74	56	72	9	10	84	84	81
Côte d'Ivoire	480	318	730	84	0.31	27	26	23	23	21	26	49	64	43
Croatia	5	3	7	100	0.02	50	71	36	47	5	8	65	98	80
Cuba	39	35	44	100	0.18	69	72	68	71	8	9	88	–	83
Curaçao	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Cyprus	68	47	99	99	–	–	–	–	–	–	–	–	72	81
Czechia	3	2	5	100	0.02	62	85	55	76	4	4	84	79	84
Democratic People's Republic of Korea	107	46	249	100	–	61	75	58	72	8	8	85	83	68
Democratic Republic of the Congo	547	377	907	85	0.13	27	31	17	17	20	25	36	–	42
Denmark	5	4	6	95	0.01	64	77	61	73	5	6	88	87	82
Djibouti	234	105	530	87	–	17	32	17	31	14	25	54	–	44
Dominica	–	–	–	100	–	46	64	44	62	10	13	78	–	49
Dominican Republic	107	87	133	99	0.37	55	68	53	66	10	13	82	–	77
Ecuador	66	52	86	99	0.11	59	80	54	73	7	6	82	92	77
Egypt	17	13	22	97	0.05	45	62	43	60	9	12	81	–	70
El Salvador	43	31	61	100	0.13	53	74	50	69	8	10	82	92	78
Equatorial Guinea	212	122	374	68	2.94	19	19	16	16	22	31	39	–	46
Eritrea	322	207	508	34	0.06	9	15	9	14	15	28	35	–	45
Estonia	5	3	9	100	0.10	58	71	50	60	5	7	78	98	79
Eswatini	240	147	417	88	4.10	53	69	52	68	9	12	84	98	56
Ethiopia	267	189	427	50	0.08	31	42	30	41	15	20	67	73	35
Fiji	38	28	55	100	0.33	35	51	30	44	12	16	65	–	58
Finland	8	6	13	100	–	79	82	74	77	3	4	91	98	86
France	8	6	10	98	0.09	66	78	64	76	4	4	91	–	85
French Guiana	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
French Polynesia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Gabon	227	141	383	89	0.83	39	39	31	29	18	23	55	58	49
Gambia	458	333	620	84	0.60	15	21	14	20	16	24	46	–	46
Georgia	28	22	33	100	0.14	33	48	24	35	13	18	53	94	68
Germany	4	4	5	96	–	55	68	54	67	7	9	88	87	88
Ghana	263	180	376	79	0.53	27	36	24	32	19	26	52	66	48
Greece	8	5	12	100	0.08	53	75	39	52	5	7	68	72	77
Grenada	21	12	34	100	–	47	65	44	61	10	12	77	–	70

Salute sessuale e riproduttiva

Countries, territories, other areas	Maternal mortality ratio (MMR) (deaths per 100,000 live births) ^a	Range of MMR uncertainty (UI 80%), lower estimate ^a	Range of MMR uncertainty (UI 80%), upper estimate ^a	Births attended by skilled health personnel, per cent	Number of new HIV infections, all ages, per 1,000 uninfected population	Contraceptive prevalence rate, women aged 15–49, per cent				Unmet need for family planning, women aged 15–49, per cent		Proportion of demand satisfied with modern methods, all women aged 15–49	Laws and regulations that guarantee access to sexual and reproductive health care, information and education, per cent	Universal health coverage (UHC) service coverage index
	2020	2020	2020	2004–2022	2022	Any method		Modern method		All		2024	2022	2021
						All	Married or in union	All	Married or in union	All	Married or in union			
Countries, territories, other areas	2020	2020	2020	2004–2022	2022	2024		2024		2024		2024	2022	2021
Guadeloupe	–	–	–	–	–	40	59	37	53	10	15	73	–	–
Guam	–	–	–	–	–	37	66	32	56	7	10	74	–	–
Guatemala	96	85	106	70	0.07	43	65	37	55	9	12	72	–	59
Guinea	553	404	808	55	0.43	15	15	14	14	18	23	43	79	40
Guinea-Bissau	725	475	1135	54	0.59	32	24	31	24	16	19	63	80	37
Guyana	112	83	144	98	0.62	30	39	29	38	20	28	57	87	76
Haiti	350	239	550	42	0.58	29	40	27	37	23	33	52	65	54
Honduras	72	58	91	94	0.05	51	73	47	67	8	10	80	80	64
Hungary	15	11	21	100	–	50	70	45	63	7	9	80	93	79
Iceland	3	1	4	97	0.04	–	–	–	–	–	–	–	–	89
India	103	93	110	89	0.05	51	68	45	60	6	9	78	74	63
Indonesia	173	121	271	95	0.09	44	63	42	60	8	11	82	77	55
Iran (Islamic Republic of)	22	14	32	99	0.03	58	82	47	66	3	4	77	63	74
Iraq	76	50	121	96	0.01	38	57	27	41	8	12	59	59	59
Ireland	5	4	7	100	–	65	70	63	66	6	9	89	–	83
Israel	3	2	4	–	–	41	73	32	56	5	8	69	–	85
Italy	5	4	6	100	0.04	60	67	49	52	6	9	75	–	84
Jamaica	99	80	122	100	0.50	44	73	42	70	9	9	79	76	74
Japan	4	3	6	100	–	47	53	41	42	12	17	69	85	83
Jordan	41	26	62	100	0.00	31	55	23	40	8	14	58	56	65
Kazakhstan	13	10	18	100	–	43	54	40	51	10	14	76	65	80
Kenya	530	382	750	70	0.46	49	65	47	63	11	14	78	48	53
Kiribati	76	33	146	92	–	24	32	20	27	17	23	49	–	48
Kuwait	7	5	11	100	–	36	60	30	50	8	13	68	–	78
Kyrgyzstan	50	37	70	100	0.11	29	43	28	40	12	17	68	73	69
Lao People's Democratic Republic	126	92	185	64	0.14	39	62	35	55	9	13	72	96	52
Latvia	18	14	25	100	0.19	59	72	52	62	6	8	81	70	75
Lebanon	21	18	24	98	–	33	62	25	47	7	12	63	–	73
Lesotho	566	385	876	87	3.03	52	67	51	67	9	13	84	–	53
Liberia	652	499	900	84	0.24	28	28	27	27	25	31	51	–	45
Libya	72	31	165	100	–	25	41	17	27	15	25	41	–	62
Lithuania	9	5	14	100	0.06	48	72	40	58	6	8	74	87	75
Luxembourg	6	4	12	100	0.06	–	–	–	–	–	–	–	–	83
Madagascar	392	311	517	46	0.30	42	53	38	47	13	14	69	–	35
Malawi	381	269	543	96	0.81	50	67	49	66	12	14	79	79	48
Malaysia	21	18	29	100	0.09	36	58	26	42	9	14	59	83	76
Maldives	57	40	83	100	0.01	18	24	14	19	22	29	36	93	61
Mali	440	335	581	67	0.28	19	21	19	21	21	24	47	–	41
Malta	3	2	5	100	0.09	61	79	50	63	4	5	76	–	85
Martinique	–	–	–	–	–	41	61	38	56	10	14	74	–	–
Mauritania	464	337	655	70	0.12	10	14	9	13	22	32	30	65	40
Mauritius	84	62	115	100	–	44	67	30	46	7	9	59	75	66
Mexico	59	46	74	97	0.16	55	74	53	71	9	10	82	86	75
Micronesia (Federated States of)	74	32	169	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–	48

Salute sessuale e riproduttiva

Countries, territories, other areas	Maternal mortality ratio (MMR) (deaths per 100,000 live births) ^a	Range of MMR uncertainty (UI 80%), lower estimate ^a	Range of MMR uncertainty (UI 80%), upper estimate ^a	Births attended by skilled health personnel, per cent	Number of new HIV infections, all ages, per 1,000 uninfected population	Contraceptive prevalence rate, women aged 15–49, per cent				Unmet need for family planning, women aged 15–49, per cent		Proportion of demand satisfied with modern methods, all women aged 15–49	Laws and regulations that guarantee access to sexual and reproductive health care, information and education, per cent	Universal health coverage (UHC) service coverage index	
	2020	2020	2020	2004–2022	2022	Any method		Modern method		15–49, per cent		2024	2024	2022	2021
						All	Married or in union	All	Married or in union	All	Married or in union				
Countries, territories, other areas	2020	2020	2020	2004–2022	2022	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2022	2021	
Mongolia	39	28	55	99	0.01	42	58	38	53	12	15	71	–	65	
Montenegro	6	3	11	99	0.02	23	27	16	17	15	21	43	52	72	
Morocco	72	51	96	87	0.02	43	71	37	62	7	10	75	–	69	
Mozambique	127	99	157	73	3.20	29	33	28	31	18	21	60	–	44	
Myanmar	179	125	292	60	0.21	35	59	34	58	8	13	80	91	52	
Namibia	215	154	335	88	2.39	53	62	53	61	10	14	84	88	63	
Nepal	174	125	276	77	0.02	42	55	37	49	15	21	65	48	54	
Netherlands (Kingdom of the)	4	3	6	–	–	63	72	61	70	5	7	89	100	85	
New Caledonia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
New Zealand	7	5	9	97	0.01	65	81	61	75	5	5	88	95	85	
Nicaragua	78	54	109	94	0.08	59	82	57	79	6	6	88	75	70	
Niger	441	305	655	44	0.06	12	15	12	14	16	20	41	–	35	
Nigeria	1047	793	1565	51	–	18	21	14	16	15	19	43	–	38	
North Macedonia	3	1	6	100	0.03	44	54	21	21	9	13	40	–	74	
Norway	2	1	3	99	–	66	85	61	79	3	3	89	100	87	
Oman	17	12	25	100	0.03	22	37	16	26	14	25	43	70	70	
Pakistan	154	109	226	68	–	27	40	20	31	11	17	54	69	45	
Panama	50	46	54	95	0.32	49	61	46	57	14	17	74	72	78	
Papua New Guinea	192	126	293	56	0.65	28	39	24	33	17	24	52	–	30	
Paraguay	71	60	82	92	–	60	73	56	68	8	8	83	76	72	
Peru	69	59	80	95	0.17	51	77	40	58	5	6	71	85	71	
Philippines	78	67	96	84	0.21	36	58	27	44	10	15	60	80	58	
Poland	2	1	3	100	–	54	74	44	59	6	7	73	89	82	
Portugal	12	8	18	99	0.06	59	74	51	63	5	7	79	95	88	
Puerto Rico	34	25	54	–	–	51	82	47	74	7	5	81	–	–	
Qatar	8	5	11	100	0.04	33	50	28	42	10	15	65	71	76	
Republic of Korea	8	7	9	100	–	56	81	51	74	6	5	82	–	89	
Republic of Moldova	12	9	17	100	0.34	49	59	40	47	12	15	65	–	71	
Réunion	–	–	–	–	–	52	72	50	71	8	9	84	–	–	
Romania	10	7	14	93	0.03	54	71	46	59	6	8	76	98	78	
Russian Federation	14	9	20	100	–	49	68	42	58	7	9	75	70	79	
Rwanda	259	184	383	94	0.24	40	67	37	61	9	12	76	82	49	
Saint Kitts and Nevis	–	–	–	100	–	49	61	46	57	12	14	76	–	79	
Saint Lucia	73	44	127	100	–	49	61	46	58	12	14	76	33	77	
Saint Vincent and the Grenadines	62	40	92	99	–	51	67	49	64	10	12	80	81	69	
Samoa	59	26	137	89	–	14	22	13	20	28	42	32	22	55	
San Marino	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	77	
Sao Tome and Principe	146	74	253	97	0.06	38	51	36	48	20	24	61	46	59	
Saudi Arabia	16	11	22	95	0.04	21	33	18	27	15	24	49	–	74	
Senegal	261	197	376	75	0.09	22	31	21	30	14	21	58	75	50	
Serbia	10	8	14	100	0.02	49	59	29	29	7	11	51	99	72	
Seychelles	3	3	4	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–	75	
Sierra Leone	443	344	587	87	0.44	28	27	28	26	19	24	58	65	41	
Singapore	7	5	11	100	–	40	69	36	61	6	10	78	46	89	

Salute sessuale e riproduttiva

Countries, territories, other areas	Maternal mortality ratio (MMR) (deaths per 100,000 live births) ^a	Range of MMR uncertainty (UI 80%), lower estimate ^a	Range of MMR uncertainty (UI 80%), upper estimate ^a	Births attended by skilled health personnel, per cent	Number of new HIV infections, all ages, per 1,000 uninfected population	Contraceptive prevalence rate, women aged 15–49, per cent				Unmet need for family planning, women aged 15–49, per cent		Proportion of demand satisfied with modern methods, all women aged 15–49	Laws and regulations that guarantee access to sexual and reproductive health care, information and education, per cent	Universal health coverage (UHC) service coverage index
	2020	2020	2020	2004–2022	2022	Any method		Modern method		All		2024	2022	2021
						All	Married or in union	All	Married or in union	All	Married or in union			
Sint Maarten (Dutch part)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Slovakia	5	3	6	98	0.02	55	79	47	67	5	6	79	86	82
Slovenia	5	3	7	100	–	52	79	44	67	4	5	79	–	84
Solomon Islands	122	75	197	86	–	24	33	20	27	13	18	54	–	47
Somalia	621	283	1184	32	–	8	10	2	2	17	26	9	–	27
South Africa	127	99	154	97	3.15	52	59	51	59	11	14	82	95	71
South Sudan	1223	746	2009	40	0.79	7	9	6	8	21	29	23	16	34
Spain	3	3	4	100	–	62	64	60	62	7	12	87	–	85
Sri Lanka	29	24	38	100	0.01	45	68	37	56	5	7	74	86	67
State of Palestine ¹	20	15	26	100	–	40	62	30	47	7	10	64	68	–
Sudan	270	174	420	78	0.09	12	17	11	16	17	27	37	57	44
Suriname	96	70	128	98	0.76	35	49	35	48	14	21	70	–	63
Sweden	5	3	6	–	–	59	71	56	68	6	8	87	100	85
Switzerland	7	5	11	–	–	73	73	68	68	4	7	89	94	86
Syrian Arab Republic	30	19	47	96	0.00	34	63	26	47	7	12	63	81	64
Tajikistan	17	9	31	95	0.10	25	34	23	31	16	21	57	–	67
Thailand	29	24	34	99	0.13	49	77	48	75	4	6	90	–	82
Timor-Leste	204	147	283	57	0.07	20	34	18	31	13	22	55	–	52
Togo	399	253	576	69	0.28	25	28	23	26	22	30	49	–	44
Tonga	126	55	289	98	–	20	34	17	29	14	25	50	–	57
Trinidad and Tobago	27	19	36	100	–	41	50	37	46	14	19	66	27	75
Tunisia	37	24	49	100	–	33	60	29	51	8	12	70	–	67
Türkiye	17	13	23	97	–	48	72	33	50	6	9	62	78	76
Turkmenistan	5	3	9	100	–	36	54	33	50	8	12	77	94	75
Turks and Caicos Islands	–	–	–	100	–	37	39	36	38	19	23	64	–	–
Tuvalu	–	–	–	100	–	20	27	18	24	20	28	46	–	52
Uganda	284	191	471	74	1.21	38	51	34	45	15	20	64	–	49
Ukraine	17	13	22	100	–	54	68	45	56	6	9	75	95	76
United Arab Emirates	9	5	17	99	–	38	53	31	42	12	16	62	–	82
United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland	10	8	12	–	–	72	76	65	69	4	6	86	96	88
United Republic of Tanzania	238	174	381	64	0.54	38	47	34	42	15	19	64	–	43
United States of America	21	16	27	99	–	61	76	54	67	5	5	81	–	86
United States Virgin Islands	–	–	–	–	–	45	75	42	70	8	8	79	–	–
Uruguay	19	15	23	100	0.24	59	79	57	77	6	7	87	97	82
Uzbekistan	30	23	40	99	–	49	70	46	66	6	8	84	92	75
Vanuatu	94	43	211	89	–	38	49	33	42	15	19	62	–	47
Venezuela (Bolivarian Republic of)	259	191	381	99	–	56	76	53	72	8	9	83	–	75
Viet Nam	46	33	60	96	0.06	58	79	48	66	4	5	78	54	68
Western Sahara	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Yemen	183	120	271	45	0.03	29	46	21	34	14	22	51	65	42
Zambia	135	100	201	80	1.86	38	54	37	52	15	17	70	91	56
Zimbabwe	357	255	456	86	1.12	51	70	50	69	8	9	86	73	55

NOTE

- Data not available.
- ^a The MMR has been rounded according to the following scheme: <100, rounded to nearest 1; 100-999, rounded to nearest 1; and ≥1000, rounded to nearest 10.
- ¹ On 29 November 2012, the United Nations General Assembly passed Resolution 67/19, which accorded Palestine “non-member observer State status in the United Nations...”

DEFINIZIONE DEGLI INDICATORI

Maternal mortality ratio: Number of maternal deaths during a given time period per 100,000 live births during the same time period (SDG indicator 3.1.1).

Births attended by skilled health personnel: Percentage of births attended by skilled health personnel (doctor, nurse or midwife) (SDG indicator 3.1.2).

Number of new HIV infections, all ages, per 1,000 uninfected population: Number of new HIV infections per 1,000 person-years among the uninfected population (SDG indicator 3.3.1).

Contraceptive prevalence rate: Percentage of women aged 15 to 49 years who are currently using any method of contraception.

Contraceptive prevalence rate, modern method: Percentage of women aged 15 to 49 years who are currently using any modern method of contraception.

Unmet need for family planning: Percentage of women aged 15 to 49 years who want to stop or delay childbearing but are not using a method of contraception.

Proportion of demand satisfied with modern methods: Percentage of total demand for family planning among women aged 15 to 49 years that is satisfied by the use of modern contraception (SDG indicator 3.7.1).

Laws and regulations that guarantee access to sexual and reproductive health care, information and education: The extent to which countries have national laws and regulations that guarantee full and equal access to women and men aged 15 years and older to sexual and reproductive health care, information and education (SDG indicator 5.6.2).

Universal health coverage (UHC) service coverage index: Average coverage of essential services based on tracer interventions that include reproductive, maternal, newborn and child health, infectious diseases, non-communicable diseases and service capacity and access, among the general and the most disadvantaged population (SDG indicator 3.8.1).

PRINCIPALI FONTI DI DATI

Maternal mortality ratio: United Nations Maternal Mortality Estimation Inter-agency Group (WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and United Nations Population Division), 2023.

Births attended by skilled health personnel: Joint global database on skilled attendance at birth. UNICEF and WHO, 2023. Regional aggregates calculated by UNFPA based on data from the joint global database.

Number of new HIV infections, all ages, per 1,000 uninfected population: HIV Estimates. UNAIDS, 2023.

Contraceptive prevalence rate: United Nations Population Division, 2022.

Contraceptive prevalence rate, modern method: United Nations Population Division, 2022.

Unmet need for family planning: United Nations Population Division, 2022.

Proportion of demand satisfied with modern methods: United Nations Population Division, 2022.

Laws and regulations that guarantee access to sexual and reproductive health care, information and education: UNFPA, 2022.

Universal health coverage (UHC) service coverage index: WHO, 2023.

Genere, diritti e capitale umano

	Adolescent birth rate per 1,000 girls aged 15–19	Child marriage by age 18, per cent	Female genital mutilation prevalence among women aged 15–49, per cent	Intimate partner violence, past 12 months, per cent	Decision-making on sexual and reproductive health and reproductive rights, per cent	Decision-making on women's own health care, per cent	Decision-making on contraceptive use, per cent	Decision-making on sexual intercourse, per cent	Total net enrolment rate, lower secondary education, per cent	Gender parity index, total net enrolment rate, lower secondary education	Total net enrolment rate, upper secondary education, per cent	Gender parity index, total net enrolment rate, upper secondary education
World and regional areas	2024	2023	2022	2018	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2020	2020	2020	2020
World	41	19	–	13	56	75	89	76	85	1.00	67	1.01
More developed regions	10	4	–	–	82	97	95	87	99	1.00	95	1.01
Less developed regions	45	22	–	–	56	75	89	75	83	1.00	63	1.01
Least developed countries	90	38	–	22	47	68	88	69	–	–	44	0.90
UNFPA regions												
Arab States	42	17	54	15	58	92	91	67	82	0.95	60	0.92
Asia and the Pacific	24	18	–	13	63	79	91	81	87	1.02	66	1.06
Eastern Europe and Central Asia	18	10	–	9	70	89	91	81	98	1.00	84	0.99
Latin America and the Caribbean	51	21	–	8	72	86	91	90	94	1.02	79	1.03
East and Southern Africa	92	30	–	24	48	76	88	67	–	–	–	–
West and Central Africa	101	33	18	15	26	44	80	55	61	0.97	41	0.87
Countries, territories, other areas	2000–2023	2006–2023	2004–2022	2018	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2017–2023	2017–2023	2017–2023	2017–2023
Afghanistan	62	29	–	35	–	–	–	–	–	–	45	0.56
Albania	12	12	–	6	62	92	83	77	96	0.94	85	0.96
Algeria	11	4	–	–	–	–	–	–	97	0.99	83	1.11
Angola	163	30	–	25	39	75	74	62	–	–	–	–
Antigua and Barbuda	33	–	–	–	–	–	–	–	100	–	95	0.99
Argentina	28	16	–	5	–	–	–	–	99	–	96	1.10
Armenia	13	5	–	5	62	96	83	75	100	0.99	97	1.06
Aruba	13	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Australia	7	–	–	3	–	–	–	–	98	1.01	94	1.05
Austria	4	–	–	4	–	–	–	–	98	1.00	89	1.00
Azerbaijan	37	11	–	5	–	–	–	–	87	0.99	80	0.96
Bahamas	26	–	–	–	–	–	–	–	86	0.99	63	1.01
Bahrain	9	–	–	–	87	93	92	79	97	1.00	98	0.98
Bangladesh	68	51	–	23	64	77	94	86	82	1.15	79	0.91
Barbados	48	29	–	–	–	–	–	–	99	1.00	93	1.01
Belarus	12	5	–	6	–	–	–	–	94	0.97	88	1.01
Belgium	4	0	–	5	–	–	–	–	99	1.00	99	1.00
Belize	51	34	–	8	–	–	–	–	94	0.99	71	1.11
Benin	84	28	9	15	32	52	66	58	55	0.91	31	0.78
Bhutan	10	26	–	9	–	–	–	–	85	1.15	67	1.15
Bolivia (Plurinational State of)	71	20	–	18	–	–	–	–	89	1.01	80	1.01
Bosnia and Herzegovina	10	4	–	3	–	–	–	–	94	0.97	79	1.03
Botswana	50	–	–	17	–	–	–	–	86	1.08	57	0.98
Brazil	43	26	–	7	–	–	–	–	96	1.01	89	1.05
Brunei Darussalam	9	–	–	–	–	–	–	–	99	1.01	68	1.06
Bulgaria	39	–	–	6	–	–	–	–	90	1.00	82	0.95
Burkina Faso	93	51	56	11	20	32	91	62	46	1.14	27	1.16
Burundi	58	19	–	22	40	72	88	60	59	1.06	42	1.17
Cabo Verde	40	8	–	11	–	–	–	–	83	0.99	74	1.07
Cambodia	48	18	–	9	80	92	93	91	95	1.09	57	1.12
Cameroon	105	30	1	22	35	55	74	67	53	0.93	35	0.86

Genere, diritti e capitale umano

	Adolescent birth rate per 1,000 girls aged 15–19	Child marriage by age 18, per cent	Female genital mutilation prevalence among women aged 15–49, per cent	Intimate partner violence, past 12 months, per cent	Decision-making on sexual and reproductive health and reproductive rights, per cent	Decision-making on women's own health care, per cent	Decision-making on contraceptive use, per cent	Decision-making on sexual intercourse, per cent	Total net enrolment rate, lower secondary education, per cent	Gender parity index, total net enrolment rate, lower secondary education	Total net enrolment rate, upper secondary education, per cent	Gender parity index, total net enrolment rate, upper secondary education
Countries, territories, other areas	2000–2023	2006–2023	2004–2022	2018	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2017–2023	2017–2023	2017–2023	2017–2023
Canada	5	–	–	3	–	–	–	–	100	–	87	0.98
Central African Republic	184	61	22	21	–	–	–	–	43	0.68	17	0.60
Chad	138	61	34	16	27	47	81	63	41	0.72	25	0.57
Chile	16	–	–	6	–	–	–	–	99	0.99	98	0.99
China	6	3	–	8	–	–	–	–	–	–	–	–
China, Hong Kong Special Administrative Region	1	–	–	3	–	–	–	–	99	0.97	94	0.99
China, Macao Special Administrative Region	0	–	–	–	–	–	–	–	90	0.97	82	1.06
Colombia	47	23	–	12	–	–	–	–	96	1.01	87	1.03
Comoros	74	21	–	8	21	47	71	47	87	1.02	52	1.07
Congo	111	27	–	–	27	41	87	71	70	0.94	58	0.92
Costa Rica	26	17	–	7	–	–	–	–	95	1.01	92	1.03
Côte d'Ivoire	96	26	37	16	25	43	82	67	43	1.01	45	0.92
Croatia	7	–	–	4	–	–	–	–	99	–	92	1.05
Cuba	47	29	–	5	–	–	–	–	92	1.00	83	1.05
Curaçao	18	–	–	–	–	–	–	–	99	–	88	1.02
Cyprus	6	–	–	3	–	–	–	–	100	–	96	1.00
Czechia	7	–	–	4	–	–	–	–	98	1.00	95	1.01
Democratic People's Republic of Korea	1	0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Democratic Republic of the Congo	109	29	–	36	31	47	85	74	–	–	–	–
Denmark	1	1	–	3	–	–	–	–	99	1.00	93	1.01
Djibouti	21	7	90	–	–	–	–	–	49	0.86	36	0.91
Dominica	50	–	–	–	–	–	–	–	81	0.95	77	0.92
Dominican Republic	77	32	–	10	77	88	92	93	89	1.01	68	1.09
Ecuador	52	22	–	8	87	100	92	95	99	1.02	80	1.02
Egypt	50	16	87	15	–	–	–	–	95	1.00	72	0.95
El Salvador	50	20	–	6	–	–	–	–	–	–	57	1.07
Equatorial Guinea	176	30	–	29	–	–	–	–	–	–	–	–
Eritrea	76	41	83	–	–	–	–	–	59	0.86	45	0.86
Estonia	6	–	–	4	–	–	–	–	98	1.00	94	1.01
Eswatini	87	2	–	18	49	72	89	74	–	–	–	–
Ethiopia	72	40	65	27	38	82	90	46	50	0.99	33	0.96
Fiji	31	4	–	23	62	86	84	77	89	0.81	73	1.13
Finland	3	0	–	8	–	–	–	–	98	1.00	96	1.01
France	6	–	–	5	–	–	–	–	100	1.00	96	1.01
French Guiana	58	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
French Polynesia	23	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Gabon	100	13	–	22	48	60	90	86	64	1.03	53	1.05
Gambia	65	23	73	10	19	49	87	45	80	1.18	55	1.25
Georgia	22	14	–	3	82	95	98	88	99	–	99	1.01
Germany	6	–	–	–	–	–	–	–	99	1.01	89	0.98
Ghana	63	16	2	10	52	82	90	72	91	0.99	66	0.94
Greece	7	–	–	5	–	–	–	–	98	1.00	94	1.02

Genere, diritti e capitale umano

	Adolescent birth rate per 1,000 girls aged 15–19	Child marriage by age 18, per cent	Female genital mutilation prevalence among women aged 15–49, per cent	Intimate partner violence, past 12 months, per cent	Decision-making on sexual and reproductive health and reproductive rights, per cent	Decision-making on women's own health care, per cent	Decision-making on contraceptive use, per cent	Decision-making on sexual intercourse, per cent	Total net enrolment rate, lower secondary education, per cent	Gender parity index, total net enrolment rate, lower secondary education	Total net enrolment rate, upper secondary education, per cent	Gender parity index, total net enrolment rate, upper secondary education
Countries, territories, other areas	2000–2023	2006–2023	2004–2022	2018	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2017–2023	2017–2023	2017–2023	2017–2023
Grenada	30	–	–	8	–	–	–	–	91	1.07	86	0.96
Guadeloupe	8	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guam	35	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guatemala	65	30	–	7	65	77	91	89	63	0.95	35	1.04
Guinea	128	47	95	21	15	41	76	40	47	0.78	27	0.67
Guinea-Bissau	84	26	52	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guyana	65	32	–	11	71	92	90	83	83	1.04	62	1.09
Haiti	55	15	–	12	57	76	93	79	–	–	–	–
Honduras	97	34	–	7	70	84	88	94	53	1.10	39	1.18
Hungary	19	–	–	6	–	–	–	–	95	1.00	87	1.01
Iceland	3	–	–	3	–	–	–	–	99	1.00	85	1.01
India	11	23	–	18	66	82	92	83	85	1.01	57	1.01
Indonesia	36	16	–	9	–	–	–	–	95	1.07	82	0.95
Iran (Islamic Republic of)	24	17	–	18	–	–	–	–	95	0.97	81	0.98
Iraq	70	28	7	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ireland	4	–	–	3	–	–	–	–	100	–	99	1.02
Israel	7	–	–	6	–	–	–	–	97	1.00	95	1.02
Italy	3	–	–	4	–	–	–	–	99	1.00	95	1.00
Jamaica	36	8	–	7	–	–	–	–	82	1.04	77	0.98
Japan	2	–	–	4	–	–	–	–	100	–	98	1.02
Jordan	17	10	–	14	58	92	91	67	74	0.98	62	1.05
Kazakhstan	20	7	–	6	–	–	–	–	98	1.00	70	1.08
Kenya	44	13	15	23	65	87	92	77	–	–	–	–
Kiribati	51	18	–	25	–	–	–	–	–	–	–	–
Kuwait	2	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Kyrgyzstan	30	13	–	13	77	94	95	85	94	0.98	73	1.04
Lao People's Democratic Republic	83	33	–	8	–	–	–	–	66	1.01	46	0.93
Latvia	9	–	–	6	–	–	–	–	99	1.01	94	1.02
Lebanon	17	6	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lesotho	49	16	–	17	61	90	93	71	83	1.08	63	1.11
Liberia	131	25	32	27	59	79	84	82	60	1.02	61	1.03
Libya	11	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lithuania	6	0	–	5	–	–	–	–	100	–	99	1.02
Luxembourg	3	–	–	4	–	–	–	–	96	1.00	85	1.05
Madagascar	143	39	–	–	72	87	93	88	65	1.02	31	1.00
Malawi	136	38	–	17	45	68	91	69	76	0.99	30	0.62
Malaysia	6	–	–	–	–	–	–	–	89	1.03	67	1.10
Maldives	5	2	13	6	54	89	84	70	96	1.06	55	1.14
Mali	145	54	89	18	5	20	66	26	45	0.86	24	0.74
Malta	10	–	–	4	–	–	–	–	98	0.99	90	1.02
Martinique	9	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mauritania	90	37	64	–	25	63	79	44	67	1.04	38	1.04
Mauritius	20	–	–	–	–	–	–	–	95	1.01	77	1.10
Mexico	44	21	–	10	–	–	–	–	92	1.03	69	1.11

Genere, diritti e capitale umano

	Adolescent birth rate per 1,000 girls aged 15–19	Child marriage by age 18, per cent	Female genital mutilation prevalence among women aged 15–49, per cent	Intimate partner violence, past 12 months, per cent	Decision-making on sexual and reproductive health and reproductive rights, per cent	Decision-making on women's own health care, per cent	Decision-making on contraceptive use, per cent	Decision-making on sexual intercourse, per cent	Total net enrolment rate, lower secondary education, per cent	Gender parity index, total net enrolment rate, lower secondary education	Total net enrolment rate, upper secondary education, per cent	Gender parity index, total net enrolment rate, upper secondary education
Countries, territories, other areas	2000–2023	2006–2023	2004–2022	2018	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2017–2023	2017–2023	2017–2023	2017–2023
Micronesia (Federated States of)	33	–	–	21	–	–	–	–	83	1.03	62	1.08
Mongolia	21	12	–	12	63	85	84	80	96	1.02	88	1.07
Montenegro	9	6	–	4	–	–	–	–	98	0.98	87	1.02
Morocco	22	14	–	11	–	–	–	–	96	0.97	77	0.99
Mozambique	158	53	–	16	49	77	85	67	59	0.93	42	0.88
Myanmar	36	16	–	11	67	85	98	81	88	1.07	63	1.17
Namibia	64	7	–	16	71	91	83	93	100	1.00	88	0.95
Nepal	71	35	–	11	63	72	91	91	96	0.94	81	1.03
Netherlands	2	–	–	5	–	–	–	–	100	1.00	95	1.02
New Caledonia	11	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
New Zealand	11	–	–	4	–	–	–	–	98	1.00	95	1.01
Nicaragua	79	35	–	6	–	–	–	–	–	–	–	–
Niger	150	76	2	13	7	21	77	35	25	0.96	10	0.85
Nigeria	75	30	15	13	29	46	81	56	–	–	–	–
North Macedonia	14	8	–	4	88	98	99	90	–	–	–	–
Norway	1	0	–	4	–	–	–	–	100	1.00	95	1.01
Oman	6	4	–	–	–	–	–	–	86	1.01	76	0.99
Pakistan	41	18	–	16	31	52	85	55	72	0.82	51	0.84
Panama	62	26	–	8	79	94	89	95	88	1.02	57	1.08
Papua New Guinea	68	27	–	31	57	86	84	76	69	0.93	43	0.83
Paraguay	72	22	–	6	–	–	–	–	82	1.01	73	1.06
Peru	34	14	–	11	–	–	–	–	98	1.00	84	0.99
Philippines	47	9	–	6	82	95	91	92	89	1.05	82	1.10
Poland	6	–	–	3	–	–	–	–	97	1.00	96	1.01
Portugal	6	–	–	4	–	–	–	–	100	1.00	100	1.00
Puerto Rico	13	–	–	–	–	–	–	–	94	1.04	86	0.98
Qatar	5	4	–	–	–	–	–	–	98	1.00	90	0.99
Republic of Korea	0	–	–	8	–	–	–	–	100	1.00	96	0.99
Republic of Moldova	27	12	–	9	73	96	96	79	100	–	85	1.04
Réunion	15	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Romania	34	7	–	7	–	–	–	–	89	0.99	77	1.02
Russian Federation	13	6	–	–	–	–	–	–	100	1.00	57	0.95
Rwanda	31	6	–	24	61	83	95	76	91	1.06	56	1.06
Saint Kitts and Nevis	74	–	–	–	–	–	–	–	–	–	95	–
Saint Lucia	24	24	–	–	–	–	–	–	87	1.09	76	1.02
Saint Vincent and the Grenadines	37	–	–	–	–	–	–	–	98	–	97	1.02
Samoa	55	7	–	18	–	–	–	–	100	1.00	77	1.15
San Marino	1	–	–	–	–	–	–	–	94	0.99	40	0.81
Sao Tome and Principe	86	28	–	18	46	69	78	79	–	–	–	–
Saudi Arabia	8	–	–	–	–	–	–	–	99	1.00	99	1.00
Senegal	67	31	25	12	6	27	81	18	38	1.18	19	1.20
Serbia	13	6	–	4	96	100	98	98	95	1.00	84	1.05
Seychelles	46	–	–	–	–	–	–	–	96	1.03	87	1.14
Sierra Leone	102	30	83	20	28	44	78	68	82	1.05	58	1.01

Genere, diritti e capitale umano

	Adolescent birth rate per 1,000 girls aged 15–19	Child marriage by age 18, per cent	Female genital mutilation prevalence among women aged 15–49, per cent	Intimate partner violence, past 12 months, per cent	Decision-making on sexual and reproductive health and reproductive rights, per cent	Decision-making on women's own health care, per cent	Decision-making on contraceptive use, per cent	Decision-making on sexual intercourse, per cent	Total net enrolment rate, lower secondary education, per cent	Gender parity index, total net enrolment rate, lower secondary education	Total net enrolment rate, upper secondary education, per cent	Gender parity index, total net enrolment rate, upper secondary education
Countries, territories, other areas	2000–2023	2006–2023	2004–2022	2018	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2017–2023	2017–2023	2017–2023	2017–2023
Singapore	3	0	–	2	–	–	–	–	100	1.00	99	1.00
Sint Maarten (Dutch part)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Slovakia	26	–	–	6	–	–	–	–	97	1.00	91	1.00
Slovenia	3	–	–	3	–	–	–	–	99	1.00	97	1.01
Solomon Islands	78	21	–	28	–	–	–	–	–	–	–	–
Somalia	116	45	99	–	–	–	–	–	–	–	–	–
South Africa	71	4	–	13	61	94	85	72	92	1.01	91	1.11
South Sudan	158	52	–	27	–	–	–	–	–	–	–	–
Spain	5	–	–	3	–	–	–	–	97	1.01	95	1.02
Sri Lanka	17	10	–	4	–	–	–	–	97	1.01	86	1.08
State of Palestine ¹	43	13	–	19	–	–	–	–	95	1.02	76	1.16
Sudan	87	34	87	17	–	–	–	–	70	0.96	51	1.07
Suriname	46	36	–	8	–	–	–	–	–	–	–	–
Sweden	2	–	–	6	–	–	–	–	100	1.00	97	1.00
Switzerland	1	–	–	2	–	–	–	–	100	1.00	92	0.99
Syrian Arab Republic	54	13	–	–	–	–	–	–	48	1.08	27	1.17
Tajikistan	42	9	–	14	27	47	79	54	–	–	–	–
Thailand	24	17	–	9	–	–	–	–	98	1.01	98	1.10
Timor-Leste	42	15	–	28	36	93	92	40	87	1.09	74	1.10
Togo	79	25	3	13	30	47	84	75	82	0.95	46	0.77
Tonga	30	10	–	17	–	–	–	–	99	1.08	82	1.19
Trinidad and Tobago	36	4	–	8	–	–	–	–	–	–	67	0.99
Tunisia	4	2	–	10	–	–	–	–	–	–	–	–
Türkiye	12	15	–	12	–	–	–	–	100	1.00	92	1.00
Turkmenistan	22	6	–	–	59	85	90	70	99	1.01	83	1.00
Turks and Caicos Islands	18	23	–	–	–	–	–	–	87	0.86	85	0.76
Tuvalu	44	2	–	20	–	–	–	–	93	1.06	56	1.25
Uganda	111	34	0	26	58	74	88	86	51	0.98	25	0.83
Ukraine	13	9	–	9	81	98	95	86	89	1.01	78	1.07
United Arab Emirates	3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	73	1.36
United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland	8	0	–	4	–	–	–	–	97	1.00	95	1.02
United Republic of Tanzania	112	29	8	24	50	74	85	68	49	1.07	16	0.86
United States of America	14	–	–	6	–	–	–	–	99	1.01	95	1.03
United States Virgin Islands	25	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Uruguay	27	25	–	4	–	–	–	–	97	1.02	90	1.06
Uzbekistan	36	3	–	–	70	89	90	85	100	1.00	73	1.01
Vanuatu	81	21	–	29	–	–	–	–	95	0.95	75	1.06
Venezuela (Bolivarian Republic of)	76	–	–	9	–	–	–	–	83	1.03	72	1.12
Viet Nam	29	15	–	10	–	–	–	–	98	1.02	95	0.93
Western Sahara	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Yemen	77	30	19	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Zambia	135	29	–	28	47	81	87	64	–	–	–	–
Zimbabwe	87	34	–	18	60	87	93	72	77	–	37	–

NOTE

– Data not available.

¹ On 29 November 2012, the United Nations General Assembly passed Resolution 67/19, which accorded Palestine “non-member observer State status in the United Nations...”

DEFINIZIONI DEGLI INDICATORI

Adolescent birth rate: Number of births per 1,000 adolescent girls aged 15 to 19 (SDG indicator 3.7.2).

Child marriage by age 18: Proportion of women aged 20 to 24 years who were married or in a union before age 18 (SDG indicator 5.3.1).

Female genital mutilation prevalence among women aged 15–49: Proportion of women aged 15 to 49 years who have undergone female genital mutilation (SDG indicator 5.3.2).

Intimate partner violence, past 12 months: Percentage of ever-partnered women and girls aged 15 to 49 years who have experienced physical and/or sexual partner violence in the previous 12 months (SDG indicator 5.2.1).

Decision-making on sexual and reproductive health and reproductive rights: Percentage of women aged 15 to 49 years who are married (or in a union), who make their own decisions on three areas – their health care, use of contraception, and sexual intercourse with their partners (SDG indicator 5.6.1).

Decision-making on women's own health care: Percentage of women aged 15 to 49 years who are married (or in a union), who make their own decisions on their health care (SDG indicator 5.6.1).

Decision-making on contraceptive use: Percentage of women aged 15 to 49 years who are married (or in a union), who make their own decisions on use of contraception (SDG indicator 5.6.1).

Decision-making on sexual intercourse: Percentage of women aged 15 to 49 years who are married (or in a union), who make their own decisions on sexual intercourse with their partners (SDG indicator 5.6.1).

Total net enrolment rate, lower secondary education: Total number of students of the official age group for lower secondary education who are enrolled in any level of education, expressed as a percentage of the corresponding population.

Gender parity index, total net enrolment rate, lower secondary education: Ratio of female to male values of total net enrolment rate for lower secondary education.

Total net enrolment rate, upper secondary education: Total number of students of the official age group for upper secondary education who are enrolled in any level of education, expressed as a percentage of the corresponding population.

Gender parity index, total net enrolment rate, upper secondary education: Ratio of female to male values of total net enrolment rate for upper secondary education.

PRINCIPALI FONTI DI DATI

Adolescent birth rate: United Nations Population Division, 2024. Regional aggregates are from World Population Prospects 2022. United Nations Population Division, 2022.

Child marriage by age 18: UNICEF, 2024. Regional aggregates calculated by UNFPA based on data from UNICEF.

Female genital mutilation prevalence among women aged 15–49: UNICEF, 2024. Regional aggregates calculated by UNFPA based on data from UNICEF.

Intimate partner violence, past 12 months: Violence Against Women Inter-Agency Group on Estimation and Data (WHO, UN Women, UNICEF, United Nations Statistics Division, United Nations Office on Drugs and Crime, and UNFPA), 2021.

Decision-making on sexual and reproductive health and reproductive rights: UNFPA, 2024.

Decision-making on women's own health care: UNFPA, 2024.

Decision-making on contraceptive use: UNFPA, 2024.

Decision-making on sexual intercourse: UNFPA, 2024.

Total net enrolment rate, lower secondary education: UNESCO Institute for Statistics, 2024.

Gender parity index, total net enrolment rate, lower secondary education: UNESCO Institute for Statistics, 2024.

Total net enrolment rate, upper secondary education: UNESCO Institute for Statistics, 2024.

Gender parity index, total net enrolment rate, upper secondary education: UNESCO Institute for Statistics, 2024.

Indicatori Demografici

	POPULATION	POPULATION CHANGE	POPULATION COMPOSITION					FERTILITY	LIFE EXPECTANCY	
	Total population, millions	Population annual doubling time, years	Population aged 0–14, per cent	Population aged 10–19, per cent	Population aged 10–24, per cent	Population aged 15–64, per cent	Population aged 65 and older, per cent	Total fertility rate, per woman	Life expectancy at birth, years, 2024	
World and regional areas	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	male	female
World	8,119	77	25	16	24	65	10	2.3	71	76
More developed regions	1,277	–	16	11	17	64	21	1.5	78	83
Less developed regions	6,842	66	26	17	25	65	8	2.4	70	75
Least developed countries	1,178	31	38	22	31	58	4	3.8	64	69
UNFPA regions										
Arab States	476	39	32	20	28	63	5	3.0	70	75
Asia and the Pacific	4,204	108	22	16	23	68	10	1.9	72	77
Eastern Europe and Central Asia	250	71	23	15	21	66	11	2.1	72	79
Latin America and the Caribbean	666	94	23	16	24	68	10	1.8	73	79
East and Southern Africa	688	28	40	23	32	56	3	4.1	62	67
West and Central Africa	516	28	42	23	33	55	3	4.8	57	59
Countries, territories, other areas	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	male	female
Afghanistan	43.4	26	43	24	34	55	2	4.3	62	68
Albania	2.8	–	16	12	18	66	18	1.4	78	82
Algeria	46.3	49	30	17	24	63	7	2.7	76	79
Angola	37.8	23	45	24	32	53	3	5.0	61	66
Antigua and Barbuda	0.1	127	18	13	20	71	12	1.6	77	82
Argentina	46.1	113	22	16	23	65	12	1.9	75	81
Armenia	2.8	–	20	13	19	65	14	1.6	71	80
Aruba ¹	0.1	–	15	13	19	67	18	1.2	74	80
Australia ²	26.7	71	18	12	18	65	18	1.6	82	86
Austria	9.0	–	14	10	15	65	21	1.5	81	85
Azerbaijan ³	10.5	–	22	16	22	70	8	1.6	71	77
Bahamas	0.4	111	18	14	23	72	10	1.4	71	78
Bahrain	1.5	79	20	13	18	76	4	1.8	80	82
Bangladesh	174.7	70	25	18	27	68	6	1.9	72	77
Barbados	0.3	–	16	12	19	66	17	1.6	76	80
Belarus	9.5	–	16	12	17	65	18	1.5	70	80
Belgium	11.7	–	16	12	17	63	20	1.6	81	85
Belize	0.4	50	27	18	28	68	5	2.0	72	78
Benin	14.1	26	42	23	31	55	3	4.7	60	63
Bhutan	0.8	111	21	17	26	73	7	1.4	71	75
Bolivia (Plurinational State of)	12.6	49	30	20	29	65	5	2.5	66	72
Bosnia and Herzegovina	3.2	–	15	10	16	66	19	1.3	76	80
Botswana	2.7	43	32	20	28	64	4	2.7	64	69
Brazil	217.6	127	20	14	21	70	11	1.6	73	79
Brunei Darussalam	0.5	97	21	15	22	72	7	1.7	73	77
Bulgaria	6.6	–	14	10	15	64	22	1.6	73	79
Burkina Faso	23.8	28	43	24	34	55	3	4.5	59	63
Burundi	13.6	26	44	26	34	53	3	4.8	61	65
Cabo Verde	0.6	72	25	18	26	69	6	1.9	73	81
Cambodia	17.1	68	28	19	27	65	6	2.3	69	74
Cameroon	29.4	27	42	23	32	56	3	4.2	61	64

Countries, territories, other areas	POPULATION	POPULATION CHANGE	POPULATION COMPOSITION					FERTILITY	LIFE EXPECTANCY	
	Total population, millions	Population annual doubling time, years	Population aged 0–14, per cent	Population aged 10–19, per cent	Population aged 10–24, per cent	Population aged 15–64, per cent	Population aged 65 and older, per cent	Total fertility rate, per woman	Life expectancy at birth, years, 2024	
	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	male	female
Canada	39.1	84	15	11	17	65	20	1.5	81	85
Central African Republic	5.9	23	48	26	37	50	3	5.7	54	58
Chad	18.8	23	47	24	33	51	2	6.0	52	56
Chile	19.7	–	18	12	19	68	14	1.5	79	84
China ⁴	1,425.2	–	16	12	18	69	15	1.2	76	82
China, Hong Kong Special Administrative Region ⁵	7.5	–	12	8	12	66	22	0.8	83	89
China, Macao Special Administrative Region ⁶	0.7	55	15	8	13	71	14	1.2	83	88
Colombia	52.3	–	21	14	22	69	10	1.7	75	81
Comoros	0.9	39	37	21	30	58	4	3.8	63	68
Congo	6.2	31	40	24	32	57	3	4.0	62	65
Costa Rica	5.2	107	19	14	21	69	12	1.5	78	83
Côte d'Ivoire	29.6	28	41	24	33	57	2	4.2	59	62
Croatia	4.0	–	14	10	15	63	23	1.4	77	82
Cuba	11.2	–	15	11	17	68	16	1.5	76	81
Curaçao ¹	0.2	–	17	12	20	67	16	1.6	73	81
Cyprus ⁷	1.3	107	16	10	16	69	16	1.3	80	84
Czechia	10.5	–	16	11	16	64	21	1.7	77	83
Democratic People's Republic of Korea	26.2	–	19	12	19	69	13	1.8	71	76
Democratic Republic of the Congo	105.6	21	46	23	32	51	3	6.0	59	63
Denmark ⁸	5.9	–	16	11	17	63	21	1.7	80	84
Djibouti	1.2	50	30	19	29	66	5	2.7	62	67
Dominica	0.1	–	19	14	22	71	10	1.6	71	78
Dominican Republic	11.4	79	27	17	26	66	8	2.2	71	78
Ecuador	18.4	68	25	17	26	67	8	2.0	76	81
Egypt	114.5	44	32	20	28	63	5	2.8	70	75
El Salvador	6.4	–	25	17	27	67	9	1.8	69	78
Equatorial Guinea	1.8	30	38	22	29	59	3	4.0	61	64
Eritrea	3.8	37	38	25	35	58	4	3.6	67	71
Estonia	1.3	–	16	11	16	63	21	1.7	75	83
Eswatini	1.2	67	34	22	31	62	4	2.7	58	65
Ethiopia	129.7	28	39	23	32	58	3	3.9	64	70
Fiji	0.9	97	28	18	26	66	6	2.4	67	71
Finland ⁹	5.5	–	15	11	17	61	24	1.4	80	85
France ¹⁰	64.9	–	17	12	18	61	22	1.8	81	86
French Guiana ¹¹	0.3	29	32	18	27	62	6	3.4	75	81
French Polynesia ¹¹	0.3	88	20	15	22	69	11	1.7	82	86
Gabon	2.5	36	36	21	29	60	4	3.3	65	70
Gambia	2.8	29	42	24	34	55	2	4.4	63	66
Georgia ¹²	3.7	–	21	13	19	64	15	2.0	69	79
Germany	83.3	–	14	9	14	63	23	1.5	80	85
Ghana	34.8	36	36	22	31	60	4	3.4	63	68
Greece	10.3	–	13	10	16	63	24	1.4	80	85
Grenada	0.1	129	24	15	22	66	11	2.0	73	79

Indicatori Demografici

Countries, territories, other areas	POPULATION	POPULATION CHANGE	POPULATION COMPOSITION					FERTILITY	LIFE EXPECTANCY	
	Total population, millions	Population annual doubling time, years	Population aged 0–14, per cent	Population aged 10–19, per cent	Population aged 10–24, per cent	Population aged 15–64, per cent	Population aged 65 and older, per cent	Total fertility rate, per woman	Life expectancy at birth, years, 2024	
	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	male	female
Guadeloupe ¹¹	0.4	–	18	13	20	61	21	2.0	80	87
Guam ¹³	0.2	105	26	17	25	62	13	2.5	75	82
Guatemala	18.4	46	31	21	31	64	5	2.3	71	77
Guinea	14.5	29	41	23	33	56	3	4.1	59	62
Guinea-Bissau	2.2	32	39	24	33	58	3	3.8	60	64
Guyana	0.8	101	28	18	27	65	7	2.3	66	73
Haiti	11.9	58	31	20	29	64	5	2.7	62	68
Honduras	10.8	45	29	19	29	66	5	2.3	71	76
Hungary	10.0	–	14	10	16	65	20	1.6	74	80
Iceland	0.4	111	18	13	19	66	16	1.7	82	85
India	1,441.7	77	24	17	26	68	7	2.0	71	74
Indonesia	279.8	87	25	17	25	68	7	2.1	69	73
Iran (Islamic Republic of)	89.8	101	23	15	21	69	8	1.7	75	80
Iraq	46.5	32	37	22	32	60	3	3.3	70	74
Ireland	5.1	111	19	14	20	65	16	1.8	81	85
Israel	9.3	47	28	17	24	60	12	2.9	82	85
Italy	58.7	–	12	9	14	63	25	1.3	82	86
Jamaica	2.8	–	19	15	23	73	8	1.3	70	75
Japan	122.6	–	11	9	13	58	30	1.3	82	88
Jordan	11.4	–	31	20	29	65	4	2.7	75	79
Kazakhstan	19.8	60	29	17	23	62	8	3.0	68	76
Kenya	56.2	35	37	23	33	60	3	3.2	62	67
Kiribati	0.1	42	36	21	29	60	4	3.2	66	70
Kuwait	4.3	78	19	14	19	75	6	2.0	79	83
Kyrgyzstan	6.8	46	34	20	27	61	5	2.9	68	76
Lao People's Democratic Republic	7.7	52	30	19	28	65	5	2.4	67	72
Latvia	1.8	–	15	11	15	62	23	1.6	72	80
Lebanon	5.2	–	27	20	27	62	11	2.0	78	82
Lesotho	2.4	64	34	21	30	62	4	2.9	52	58
Liberia	5.5	32	40	24	34	57	3	3.9	61	64
Libya	7.0	65	27	19	28	68	5	2.3	70	77
Lithuania	2.7	–	15	10	15	63	22	1.6	73	81
Luxembourg	0.7	69	16	11	16	69	16	1.4	81	85
Madagascar	31.1	29	38	22	32	58	3	3.7	65	70
Malawi	21.5	27	42	25	35	56	3	3.7	62	69
Malaysia ¹⁴	34.7	67	22	15	23	70	8	1.8	74	79
Maldives	0.5	–	22	13	19	73	5	1.7	81	82
Mali	24.0	23	47	25	34	51	2	5.7	60	62
Malta	0.5	–	13	8	13	67	20	1.2	82	86
Martinique ¹¹	0.4	–	15	12	18	60	24	1.9	81	86
Mauritania	5.0	26	41	24	33	56	3	4.2	65	69
Mauritius ¹⁵	1.3	–	16	12	20	70	14	1.4	73	79
Mexico	129.4	97	24	17	25	68	9	1.8	72	79
Micronesia (Federated States of)	0.1	74	30	20	30	64	7	2.6	68	76

Countries, territories, other areas	POPULATION	POPULATION CHANGE	POPULATION COMPOSITION					FERTILITY	LIFE EXPECTANCY	
	Total population, millions	Population annual doubling time, years	Population aged 0–14, per cent	Population aged 10–19, per cent	Population aged 10–24, per cent	Population aged 15–64, per cent	Population aged 65 and older, per cent	Total fertility rate, per woman	Life expectancy at birth, years, 2024	
	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	male	female
Mongolia	3.5	53	32	18	25	63	5	2.7	69	78
Montenegro	0.6	–	18	12	18	65	17	1.7	75	81
Morocco	38.2	72	26	17	25	66	8	2.2	73	78
Mozambique	34.9	25	43	24	33	54	3	4.4	60	65
Myanmar	55.0	100	24	16	24	69	7	2.1	65	71
Namibia	2.6	41	36	21	30	60	4	3.2	60	68
Nepal	31.2	64	28	19	29	66	6	2.0	69	73
Netherlands ¹⁶	17.7	–	15	11	17	64	21	1.6	81	84
New Caledonia ¹¹	0.3	70	22	15	22	67	12	2.0	78	85
New Zealand ¹⁷	5.3	89	18	13	19	65	17	1.7	82	85
Nicaragua	7.1	52	29	19	28	65	6	2.2	72	78
Niger	28.2	18	49	24	33	49	2	6.6	63	65
Nigeria	229.2	29	42	23	33	55	3	5.0	54	55
North Macedonia	2.1	–	16	11	17	69	16	1.4	76	80
Norway ¹⁸	5.5	95	16	12	18	65	19	1.5	82	85
Oman	4.7	48	27	15	21	70	3	2.5	78	81
Pakistan	245.2	36	36	22	32	60	4	3.3	65	70
Panama	4.5	53	26	17	24	65	9	2.3	76	82
Papua New Guinea	10.5	39	34	21	30	63	3	3.1	64	69
Paraguay	6.9	57	28	18	26	65	7	2.4	71	77
Peru	34.7	73	25	17	25	66	9	2.1	75	79
Philippines	119.1	47	30	19	28	65	6	2.7	70	74
Poland	40.2	–	15	10	16	66	19	1.5	75	82
Portugal	10.2	–	13	10	15	63	24	1.4	80	85
Puerto Rico ¹³	3.3	–	13	10	17	63	24	1.3	76	84
Qatar	2.7	93	15	10	13	83	2	1.8	81	83
Republic of Korea	51.7	–	11	9	14	70	19	0.9	81	87
Republic of Moldova ¹⁹	3.3	–	19	12	18	67	13	1.8	67	76
Réunion ¹¹	1.0	92	22	15	23	64	14	2.2	80	86
Romania	19.6	–	16	11	16	65	19	1.7	74	81
Russian Federation	144.0	–	17	12	17	66	17	1.5	70	79
Rwanda	14.4	31	38	23	32	59	3	3.6	65	70
Saint Kitts and Nevis	0.0	–	19	13	20	70	11	1.5	69	76
Saint Lucia	0.2	–	17	13	20	73	10	1.4	71	78
Saint Vincent and the Grenadines	0.1	–	21	15	22	67	11	1.8	71	77
Samoa	0.2	48	37	22	30	57	5	3.8	70	76
San Marino	0.03	–	12	10	16	67	21	1.2	82	85
Sao Tome and Principe	0.2	36	38	24	34	58	4	3.6	66	72
Saudi Arabia	37.5	50	25	16	23	71	3	2.3	77	80
Senegal	18.2	27	41	23	33	56	3	4.2	67	73
Serbia ²⁰	7.1	–	15	10	15	65	21	1.5	74	80
Seychelles	0.1	128	23	14	21	68	9	2.3	72	80
Sierra Leone	9.0	33	38	23	33	59	3	3.7	60	63
Singapore	6.1	112	12	8	13	71	17	1.1	82	87

Indicatori Demografici

Countries, territories, other areas	POPULATION	POPULATION CHANGE	POPULATION COMPOSITION					FERTILITY	LIFE EXPECTANCY	
	Total population, millions	Population annual doubling time, years	Population aged 0–14, per cent	Population aged 10–19, per cent	Population aged 10–24, per cent	Population aged 15–64, per cent	Population aged 65 and older, per cent	Total fertility rate, per woman	Life expectancy at birth, years, 2024	
	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	male	female
Sint Maarten (Dutch part) ¹	0.0	–	10	12	24	77	13	1.6	73	79
Slovakia	5.7	–	16	10	16	67	18	1.6	75	82
Slovenia	2.1	–	15	10	15	63	22	1.6	80	85
Solomon Islands	0.8	32	39	22	31	58	4	3.8	69	73
Somalia	18.7	23	47	24	33	51	3	6.0	56	60
South Africa	61.0	64	28	18	25	66	6	2.3	64	70
South Sudan	11.3	41	42	28	38	55	3	4.1	56	59
Spain ²¹	47.5	–	13	10	16	66	21	1.3	82	87
Sri Lanka	21.9	–	22	16	23	66	12	1.9	73	81
State of Palestine ²²	5.5	30	38	22	32	58	4	3.3	74	78
Sudan	49.4	27	40	22	31	56	4	4.3	64	69
Suriname	0.6	79	26	17	26	66	8	2.3	70	76
Sweden	10.7	121	17	12	18	62	21	1.7	82	85
Switzerland	8.9	113	15	10	15	65	20	1.5	83	86
Syrian Arab Republic	24.3	15	28	23	35	67	5	2.6	69	76
Tajikistan	10.3	38	36	21	29	60	4	3.1	69	74
Thailand	71.9	–	15	11	17	68	17	1.3	76	84
Timor-Leste	1.4	50	34	22	33	61	5	2.9	68	71
Togo	9.3	31	39	23	32	57	3	4.1	61	63
Tonga	0.1	83	34	22	31	60	6	3.1	69	74
Trinidad and Tobago	1.5	–	18	13	19	69	12	1.6	72	78
Tunisia	12.6	84	24	15	22	66	10	2.0	74	80
Türkiye	86.3	137	23	15	22	68	9	1.9	76	82
Turkmenistan	6.6	57	31	18	26	64	6	2.6	66	73
Turks and Caicos Islands	0.0	87	17	11	16	73	11	1.6	73	79
Tuvalu	0.0	95	32	19	27	61	7	3.1	61	70
Uganda	49.9	26	44	25	35	54	2	4.2	62	66
Ukraine ²³	37.9	25	15	12	15	65	20	1.3	70	80
United Arab Emirates	9.6	90	15	9	14	83	2	1.4	79	83
United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland ²⁴	68.0	–	17	12	18	63	20	1.6	81	84
United Republic of Tanzania ²⁵	69.4	24	43	23	33	54	3	4.5	66	70
United States of America ²⁶	341.8	132	17	13	19	65	18	1.7	77	82
United States Virgin Islands ¹³	0.1	–	19	13	18	60	21	2.1	71	82
Uruguay	3.4	–	18	14	21	66	16	1.5	75	82
Uzbekistan	35.7	50	30	17	24	64	6	2.7	69	75
Vanuatu	0.3	30	39	22	31	58	4	3.6	69	73
Venezuela (Bolivarian Republic of)	29.4	37	26	19	28	65	9	2.1	69	77
Viet Nam	99.5	111	22	14	21	68	10	1.9	70	80
Western Sahara	0.6	38	24	15	22	70	6	2.2	70	74
Yemen	35.2	31	39	23	32	59	3	3.6	63	70
Zambia	21.1	26	42	24	34	56	2	4.1	61	66
Zimbabwe	17.0	33	40	24	34	57	3	3.3	59	65

NOTE

– Data not available.

- ¹ For statistical purposes, the data for Netherlands do not include this area.
- ² Including Christmas Island, Cocos (Keeling) Islands and Norfolk Island.
- ³ Including Nagorno-Karabakh.
- ⁴ For statistical purposes, the data for China do not include Hong Kong and Macao, Special Administrative Regions (SAR) of China, and Taiwan Province of China.
- ⁵ As of 1 July 1997, Hong Kong became a Special Administrative Region (SAR) of China. For statistical purposes, the data for China do not include this area.
- ⁶ As of 20 December 1999, Macao became a Special Administrative Region (SAR) of China. For statistical purposes, the data for China do not include this area.
- ⁷ Refers to the whole country.
- ⁸ For statistical purposes, the data for Denmark do not include Faroe Islands and Greenland.
- ⁹ Including Åland Islands.
- ¹⁰ For statistical purposes, the data for France do not include French Guiana, French Polynesia, Guadeloupe, Martinique, Mayotte, New Caledonia, Réunion, Saint Pierre and Miquelon, Saint Barthélemy, Saint Martin (French part), Wallis and Futuna Islands.
- ¹¹ For statistical purposes, the data for France do not include this area.
- ¹² Including Abkhazia and South Ossetia.
- ¹³ For statistical purposes, the data for United States of America do not include this area.
- ¹⁴ Including Sabah and Sarawak.
- ¹⁵ Including Agalega, Rodrigues and Saint Brandon.
- ¹⁶ For statistical purposes, the data for Netherlands do not include Aruba, Bonaire, Sint Eustatius and Saba, Curaçao, and Sint Maarten (Dutch part).
- ¹⁷ For statistical purposes, the data for New Zealand do not include Cook Islands, Niue and Tokelau.
- ¹⁸ Including Svalbard and Jan Mayen Islands.
- ¹⁹ Including Transnistria.
- ²⁰ Including Kosovo.
- ²¹ Including Canary Islands, Ceuta and Melilla.
- ²² Including East Jerusalem.
- ²³ Refers to the territory of the country at the time of the 2001 census.
- ²⁴ Refers to the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland. For statistical purposes, the data for United Kingdom do not include Anguilla, Bermuda, British Virgin Islands, Cayman Islands, Channel Islands, Falkland Islands (Malvinas), Gibraltar, Isle of Man, Montserrat, Saint Helena and Turks and Caicos Islands.
- ²⁵ Including Zanzibar.
- ²⁶ For statistical purposes, the data for United States of America do not include American Samoa, Guam, Northern Mariana Islands, Puerto Rico and United States Virgin Islands.

DEFINIZIONE DEGLI INDICATORI

Total population: Estimated size of national populations at midyear.

Population annual doubling time, years: The number of years required for the total population to double in size if the annual rate of population change would remain constant. It is calculated as $\ln(2)/r$ where r is the annual population growth rate. Doubling time is computed only for fast growing populations with growth rates exceeding 0.5 per cent.

Population aged 0–14, per cent: Proportion of the population between age 0 and age 14.

Population aged 10–19, per cent: Proportion of the population between age 10 and age 19.

Population aged 10–24, per cent: Proportion of the population between age 10 and age 24.

Population aged 15–64, per cent: Proportion of the population between age 15 and age 64.

Population aged 65 and older, per cent: Proportion of the population aged 65 and older.

Total fertility rate: Number of children who would be born per woman if she lived to the end of her childbearing years and bore children at each age in accordance with prevailing age-specific fertility rates.

Life expectancy at birth: Number of years newborn children would live if subject to the mortality risks prevailing for the cross section of population at the time of their birth.

PRINCIPALI FONTI DI DATI

Total population: World Population Prospects 2022. United Nations Population Division, 2022.

Population annual doubling time, years: World Population Prospects 2022. United Nations Population Division, 2022.

Population aged 0–14, per cent: UNFPA calculation based on data from World Population Prospects 2022. United Nations Population Division, 2022.

Population aged 10–19, per cent: UNFPA calculation based on data from World Population Prospects 2022. United Nations Population Division, 2022.

Population aged 10–24, per cent: UNFPA calculation based on data from World Population Prospects 2022. United Nations Population Division, 2022.

Population aged 15–64, per cent: UNFPA calculation based on data from World Population Prospects 2022. United Nations Population Division, 2022.

Population aged 65 and older, per cent: UNFPA calculation based on data from World Population Prospects 2022. United Nations Population Division, 2022.

Total fertility rate: World Population Prospects 2022. United Nations Population Division, 2022.

Life expectancy at birth: World Population Prospects 2022. United Nations Population Division, 2022.

Note tecniche

Le tabelle statistiche contenute nello Stato della popolazione nel mondo 2024 includono indicatori che tracciano i progressi verso gli obiettivi del Quadro d'azione per il follow-up del Programma d'azione della Conferenza internazionale sulla popolazione e lo sviluppo (ICPD) e gli Obiettivi di sviluppo sostenibile (SDGs) nelle aree della salute materna, dell'accesso all'istruzione e della salute riproduttiva e sessuale. Inoltre, queste tabelle includono una serie di indicatori demografici. Le tabelle statistiche supportano l'attenzione di UNFPA sui progressi e sui risultati per la realizzazione di un mondo in cui ogni gravidanza è desiderata, ogni nascita è sicura e il potenziale di ogni persona giovane è realizzato.

Le autorità nazionali e le organizzazioni internazionali possono utilizzare metodologie diverse per raccogliere, estrapolare o analizzare i dati. Per facilitare la comparabilità internazionale dei dati, UNFPA si affida alle metodologie standard utilizzate dalle principali fonti di dati. In alcuni casi, quindi, i dati riportati in queste tabelle differiscono da quelli generati dalle autorità nazionali. I dati presentati nelle tabelle non sono comparabili con quelli dei precedenti rapporti sullo Stato della popolazione nel mondo a causa degli aggiornamenti delle classificazioni regionali, degli aggiornamenti metodologici e delle revisioni dei dati delle serie temporali.

Le tabelle statistiche si basano su indagini domestiche rappresentative a livello nazionale, come le Indagini demografiche e sanitarie (DHS) e le Indagini a grappolo a indicatori multipli (MICS), sulle stime delle organizzazioni delle Nazioni Unite e sulle stime inter-agenzie. Includono anche le più recenti stime e proiezioni della popolazione, tratte da World Population Prospects 2022 e Model-based Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2022 (Dipartimento delle Nazioni Unite per gli Affari Economici e Sociali, Divisione Popolazione). I dati sono accompagnati da definizioni, fonti e note. Le tabelle statistiche contenute nello Stato della popolazione nel mondo 2024 riflettono in generale le informazioni disponibili a marzo 2024.

Monitoraggio dei progressi verso gli obiettivi della ICPD

Salute sessuale e riproduttiva

Rapporto di mortalità materna. Fonte: United Nations Maternal Mortality Estimation Inter-agency Group (WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and United Nations Population Division), 2023. Questo indicatore presenta il numero di morti materne in un determinato periodo di tempo per 100.000 nati vivi nello stesso periodo. Le stime e le metodologie sono riviste regolarmente dal Gruppo inter-agenzie per la stima della mortalità materna e da altre agenzie e istituzioni accademiche e sono riviste, se necessario, come parte del processo continuo di miglioramento dei dati sulla mortalità materna. Le stime non devono essere confrontate con le precedenti stime inter-agenzie.

Nascite assistite da personale sanitario qualificato. Fonte: Database globale congiunto sull'assistenza qualificata alla nascita. UNICEF e OMS, 2023. Si tratta della percentuale di parti assistiti da personale sanitario formato nel fornire assistenza ostetrica salvavita, compresa la supervisione, l'assistenza e i consigli necessari alle donne durante la gravidanza, il travaglio e il periodo post-parto; nel condurre i parti in autonomia e nel prendersi cura dei neonati. Le assistenti al parto tradizionali, anche se ricevono un breve corso di formazione, non sono incluse.

Numero di nuove infezioni da HIV, tutte le età, per 1.000 persone non infette. Fonte: HIV Estimates. UNAIDS, 2023. Numero di nuove infezioni da HIV per 1.000 anni-persona tra la popolazione non infetta (indicatore SDG 3.3.1).

Prevalenza contraccettiva, qualsiasi metodo e qualsiasi metodo moderno. Fonte: United Nations Population Division, 2022. Le stime basate sul modello si basano su dati ricavati da rapporti di indagine a campione. I dati dell'indagine stimano la percentuale di tutte le donne in età riproduttiva e di quelle sposate (comprese le donne in unione consensuale) che attualmente utilizzano, rispettivamente, qualsiasi metodo o i metodi contraccettivi moderni. I metodi contraccettivi moderni comprendono la sterilizzazione femminile e maschile, il dispositivo intrauterino (IUD), l'impianto, gli iniettabili, le pillole contraccettive orali, i preservativi maschili e femminili, i metodi di barriera vaginale (compresi il diaframma, il cappuccio cervicale e

la schiuma, la gelatina, la crema e la spugna spermicida), il metodo dell'amenorrea lattazionale (LAM), la contraccezione d'emergenza e altri metodi moderni non riportati separatamente (ad esempio, il cerotto contraccettivo o l'anello vaginale).

Bisogno insoddisfatto di pianificazione familiare (qualsiasi metodo).

Fonte: United Nations Population Division, 2022. Le stime basate su modelli si basano su dati ricavati da rapporti di indagini campionarie. Le donne che utilizzano un metodo contraccettivo tradizionale non sono considerate come aventi un bisogno insoddisfatto di pianificazione familiare. Si presume che tutte le donne o tutte le donne sposate e in unione siano sessualmente attive e a rischio di gravidanza. L'ipotesi di un'esposizione universale a possibili gravidanze tra tutte le donne o tutte le donne sposate o in unione può portare a stime inferiori rispetto ai rischi effettivi tra le persone esposte. Potrebbe essere possibile, in particolare a bassi livelli di prevalenza contraccettiva, che quando la prevalenza contraccettiva aumenta, aumenti anche il bisogno non soddisfatto di pianificazione familiare. Entrambi gli indicatori, quindi, devono essere interpretati insieme..

Percentuale di domanda soddisfatta, con qualsiasi metodo moderno.

Fonte: United Nations Population Division, 2022. Prevalenza contraccettiva moderna divisa per la domanda totale di pianificazione familiare. La domanda totale di pianificazione familiare è la somma della prevalenza contraccettiva e del bisogno non soddisfatto di pianificazione familiare.

Leggi e regolamenti che garantiscono l'accesso a cure, informazioni ed educazione sulla salute sessuale e riproduttiva, per cento.

Fonte: La misura in cui i Paesi hanno leggi e regolamenti nazionali che garantiscono un accesso pieno e paritario alle donne e agli uomini dai 15 anni in su all'assistenza, all'informazione e all'educazione in materia di salute sessuale e riproduttiva (indicatore SDG 5.6.2).

Indice di copertura dei servizi di copertura sanitaria universale (UHC).

Fonte: WHO, 2023. Copertura media dei servizi essenziali basata su interventi traccianti che includono la salute riproduttiva, materna, neonatale e infantile, le malattie infettive, le malattie non trasmissibili e la capacità e l'accesso ai servizi, tra la popolazione generale e quella più svantaggiata (indicatore SDG 3.8.1).

Genere, diritti e capitale umano

Tasso di natalità adolescenziale. Fonte: United Nations Population Division, 2024. Gli aggregati regionali sono tratti da World Population Prospects 2022. Divisione della Popolazione delle Nazioni Unite, 2022. Il tasso di natalità adolescenziale rappresenta il rischio di avere figli tra le donne adolescenti di età compresa tra i 15 e i 19 anni. Per la registrazione civile, i tassi sono soggetti a limitazioni che dipendono dalla completezza della registrazione delle nascite, dal trattamento dei neonati nati vivi ma morti prima della registrazione o entro le prime 24 ore di vita, dalla qualità delle informazioni riportate relative all'età della madre e dall'inclusione delle nascite di periodi precedenti. Le stime della popolazione possono soffrire di limitazioni legate all'errata dichiarazione dell'età e alla copertura. Per i dati delle indagini e dei censimenti, sia il numeratore che il denominatore provengono dalla stessa popolazione. Le principali limitazioni riguardano l'errata dichiarazione dell'età, le omissioni di nascita, l'errata dichiarazione della data di nascita del bambino e la variabilità del campionamento nel caso delle indagini.

Matrimonio precoce entro i 18 anni, per cento. Fonte: UNICEF, 2024. Percentuale di donne di età compresa tra i 20 e i 24 anni sposate o unite in matrimonio prima dei 18 anni (indicatore SDG 5.3.1).

Prevalenza di mutilazioni genitali femminili tra le ragazze di età compresa tra 15 e 49 anni, per cento. Fonte: UNICEF, 2024. Percentuale di ragazze tra i 15 e i 49 anni che hanno subito mutilazioni genitali femminili (indicatore SDG 5.3.2).

Violenza intima da partner, ultimi 12 mesi, per cento. Fonte: Gruppo inter-agenzie per la stima e i dati sulla violenza contro le donne (OMS, UN Women, UNICEF, Divisione Statistica delle Nazioni Unite, Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine e UNFPA), 2021. Percentuale di donne e ragazze di età compresa tra i 15 e i 49 anni che hanno subito violenza fisica e/o sessuale da parte del partner nei 12 mesi precedenti (indicatore SDG 5.2.1).

Processo decisionale sulla salute sessuale e riproduttiva e sui diritti riproduttivi, per cento. Fonte: UNFPA, 2024: UNFPA, 2024. Percentuale di donne di età compresa tra i 15 e i 49 anni, sposate (o in unione), che prendono decisioni autonome in tre ambiti: assistenza sanitaria, uso della contraccezione e rapporti sessuali con il partner (indicatore SDG 5.6.1).

Processo decisionale sulle cure mediche delle donne, per cento. Fonte: UNFPA, 2024. Percentuale di donne di età compresa tra i 15 e i 49 anni, sposate (o in unione), che prendono decisioni autonome sulla propria salute (indicatore SDG 5.6.1).

Processo decisionale sull'uso di contraccettivi, per cento. Fonte: UNFPA, 2024: UNFPA, 2024. Percentuale di donne di età compresa tra i 15 e i 49 anni, sposate (o in unione), che decidono autonomamente l'uso della contraccezione (indicatore SDG 5.6.1).

Processo decisionale sui rapporti sessuali, per cento. Percentuale di donne di età compresa tra i 15 e i 49 anni che sono sposate (o in unione), che prendono le proprie decisioni sui rapporti sessuali con il partner (indicatore SDG 5.6.1).

Tasso di iscrizione netto totale, istruzione secondaria inferiore, per cento. Fonte: Istituto di statistica dell'UNESCO, 2024. Numero totale di studenti della fascia di età ufficiale per l'istruzione secondaria inferiore iscritti a qualsiasi livello di istruzione, espresso in percentuale della popolazione corrispondente.

Indice di parità di genere, tasso di iscrizione netto totale, istruzione secondaria inferiore. Fonte: Istituto di statistica dell'UNESCO, 2024.

Rapporto tra valori femminili e maschili del tasso di iscrizione netto totale all'istruzione secondaria inferiore.

Tasso di iscrizione netto totale, istruzione secondaria superiore, per cento. Fonte: Istituto di statistica dell'UNESCO, 2024. Numero totale di studenti della fascia di età ufficiale per l'istruzione secondaria superiore iscritti a qualsiasi livello di istruzione, espresso in percentuale della popolazione corrispondente.

Indice di parità di genere, tasso di iscrizione netto totale, istruzione secondaria superiore. Fonte: Istituto di statistica dell'UNESCO, 2024. Rapporto tra valori femminili e maschili del tasso di iscrizione netto totale all'istruzione secondaria superiore.

Indicatori Demografici

Popolazione

Popolazione totale, milioni. Fonte: Prospettive della popolazione mondiale 2022. Divisione Popolazione delle Nazioni Unite, 2022. Dimensioni stimate delle popolazioni nazionali a metà anno.

Variazione della popolazione

Tempo di raddoppio annuale della popolazione, anni. Fonte: Prospettive della popolazione mondiale 2022. Divisione Popolazione delle Nazioni Unite, 2022. Il numero di anni necessari affinché la popolazione totale raddoppi se il tasso annuale di variazione della popolazione rimane costante. Si calcola come $\ln(2)/r$ dove r è il tasso di crescita annuale della popolazione. Il tempo di raddoppio viene calcolato solo per le popolazioni in rapida crescita con tassi di crescita superiori allo 0,5%.

Composizione della popolazione

Popolazione di età compresa tra 0 e 14 anni, per cento. Fonte: Calcolo dell'UNFPA basato sui dati della Divisione Popolazione delle Nazioni Unite, 2022. Percentuale della popolazione tra 0 e 14 anni.

Popolazione di età compresa tra i 10 e i 19 anni, per cento. ella Divisione Popolazione delle Nazioni Unite, 2022: Calcolo UNFPA basato su dati della Divisione Popolazione delle Nazioni Unite, 2022. Percentuale della popolazione tra i 10 e i 19 anni.

Popolazione di età compresa tra 10 e 24 anni, per cento. Fonte: calcolo UNFPA basato su dati della Divisione Popolazione delle Nazioni Unite, 2022: Calcolo UNFPA basato su dati della Divisione Popolazione delle Nazioni Unite, 2022. Percentuale della popolazione tra i 10 e i 24 anni.

Popolazione di età compresa tra 15 e 64 anni, per cento. Fonte: calcolo UNFPA basato su dati della Divisione Popolazione delle Nazioni Unite, 2022: Calcolo dell'UNFPA basato su dati della Divisione Popolazione delle Nazioni Unite, 2022. Percentuale della popolazione tra i 15 e i 64 anni.

Popolazione di 65 anni e oltre, per cento. Fonte: Calcolo dell'UNFPA basato su dati della Divisione Popolazione delle Nazioni Unite, 2022. Percentuale della popolazione di 65 anni e più.

Fecondità

Tasso di fecondità totale, per donna. Fonte: Prospettive della popolazione mondiale 2022. Divisione Popolazione delle Nazioni Unite, 2022. Numero di figli che nascerebbero per donna se visse fino alla fine dell'età fertile e partorisce a ogni età secondo i tassi di fertilità specifici per età.

Aspettativa di vita

Aspettativa di vita alla nascita, anni. Fonte: Prospettive della popolazione mondiale 2022. Divisione Popolazione delle Nazioni Unite, 2022. Numero di anni che i neonati vivrebbero se sottoposti ai rischi di mortalità prevalenti per la sezione trasversale della popolazione al momento della loro nascita.

Classificazioni regionali

Gli aggregati regionali dell'UNFPA presentati all'inizio delle tabelle statistiche sono calcolati utilizzando i dati dei Paesi e delle aree classificati di seguito.

Arab States Region

Algeria; Djibouti; Egypt; Iraq; Jordan; Lebanon; Libya; Morocco; Oman; Palestine; Somalia; Sudan; Syrian Arab Republic; Tunisia; Yemen

Asia and the Pacific Region

Afghanistan; Bangladesh; Bhutan; Cambodia; China; Cook Islands; Fiji; India; Indonesia; Iran (Islamic Republic of); Kiribati; Korea, Democratic People's Republic of; Lao People's Democratic Republic; Malaysia; Maldives; Marshall Islands; Micronesia (Federated States of); Mongolia; Myanmar; Nauru; Nepal; Niue; Pakistan; Palau; Papua New Guinea; Philippines; Samoa; Solomon Islands; Sri Lanka; Thailand; Timor-Leste; Tokelau; Tonga; Tuvalu; Vanuatu; Viet Nam

Eastern Europe and Central Asia Region

Albania; Armenia; Azerbaijan; Belarus; Bosnia and Herzegovina; Georgia; Kazakhstan; Kyrgyzstan; North Macedonia; Republic of Moldova; Serbia; Tajikistan; Türkiye; Turkmenistan; Ukraine; Uzbekistan.

Latin America and the Caribbean Region

Anguilla; Antigua and Barbuda; Argentina; Aruba; Bahamas; Barbados; Belize; Bermuda; Bolivia (Plurinational State of); Brazil; British Virgin Islands; Cayman Islands; Chile; Colombia; Costa Rica; Cuba; Curaçao; Dominica; Dominican Republic; Ecuador; El Salvador; Grenada; Guatemala; Guyana; Haiti; Honduras; Jamaica; Mexico; Montserrat; Nicaragua; Panama; Paraguay; Peru; Saint Kitts and Nevis; Saint Lucia; Saint Vincent and the Grenadines; Sint Maarten; Suriname; Trinidad and Tobago; Turks and Caicos Islands; Uruguay; Venezuela (Bolivarian Republic of)

East and Southern Africa Region

Angola; Botswana; Burundi; Comoros; Democratic Republic of the Congo; Eritrea; Eswatini; Ethiopia; Kenya; Lesotho; Madagascar; Malawi; Mauritius; Mozambique; Namibia; Rwanda; South Africa; South Sudan; Uganda; United Republic of Tanzania; Zambia; Zimbabwe

West and Central Africa Region

Benin; Burkina Faso; Cape Verde; Central African Republic; Chad; Côte d'Ivoire; Equatorial Guinea; Gabon; Gambia; Ghana; Guinea; Guinea-Bissau; Liberia; Mali; Mauritania; Niger; Nigeria; Republic of Cameroon; Republic of Congo; Sao Tome and Principe; Senegal; Sierra Leone; Togo

More developed regions are intended for statistical purposes and do not express a judgment about the stage reached by a particular country or area in the development process, comprising UNPD regions Europe, Northern America, Australia/New Zealand and Japan.

Less developed regions are intended for statistical purposes and do not express a judgment about the stage reached by a particular country or area in the development process, comprising all UNPD regions of Africa, Asia (except Japan), Latin America and the Caribbean plus Melanesia, Micronesia and Polynesia.

The least developed countries, as defined by the United Nations General Assembly in its resolutions (59/209, 59/210, 60/33, 62/97, 64/L.55, 67/L.43, 64/295 and 68/18) included 46 countries (as of January 2022): 33 in Africa, 8 in Asia, 4 in Oceania and one in Latin America and the Caribbean – Afghanistan, Angola, Bangladesh, Benin, Bhutan, Burkina Faso, Burundi, Cambodia, Central African Republic, Chad, Comoros, Democratic Republic of the Congo, Djibouti, Eritrea, Ethiopia, Gambia, Guinea, Guinea-Bissau, Haiti, Kiribati, Lao People's Democratic Republic, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritania, Mozambique, Myanmar, Nepal, Niger, Rwanda, Sao Tome and Principe, Senegal, Sierra Leone, Solomon Islands, Somalia, South Sudan, Sudan, Timor-Leste, Togo, Tuvalu, Uganda, United Republic of Tanzania, Yemen and Zambia. These countries are also included in the less developed regions. Further information is available at <https://www.un.org/en/conferences/least-developed-countries>.

Nota su In Focus: Problemi di accesso all'assistenza sanitaria auto-riferiti, nel tempo, in base allo status socioeconomico e all'etnia (pp. 28-31).

Abbinamento dei gruppi etnici tra le indagini: Questa analisi ha incluso la corrispondenza dei gruppi etnici tra le due indagini in ciascun Paese e la riconciliazione di lievi differenze ortografiche o l'aggregazione di singoli gruppi etnici in un'indagine ai gruppi etnici ombrello utilizzati nell'altra indagine - sulla base dei dettagli forniti nelle appendici metodologiche dei singoli rapporti nazionali. Nei casi in cui non è stato possibile trovare una corrispondenza, i gruppi etnici solitari sono stati riclassificati nella categoria preesistente "altro".

Variabili socioeconomiche: questa analisi ha incluso il quintile di ricchezza, il livello di scolarizzazione e la residenza urbana o rurale. I quintili di ricchezza dividono la popolazione di ogni Paese e di ogni indagine in cinque gruppi, sulla base di una raccolta di informazioni ottenute nel questionario familiare relative allo stato di ricchezza. Il livello di scolarizzazione identifica se una donna non ha un'istruzione, se ha un'istruzione primaria, secondaria o superiore.

Metodologia: Sono stati utilizzati modelli di regressione logistica binaria per stimare la proporzione di donne che riferiscono gravi problemi di accesso all'assistenza sanitaria e per esaminare le differenze specifiche del Paese in base all'etnia e allo status socioeconomico. I modelli di regressione tengono conto del complesso disegno dell'indagine DHS e dei pesi dell'indagine per produrre stime valide dell'errore standard. Laddove il test del modello ha indicato che forniva un migliore adattamento, è stata inclusa nei modelli un'interazione tra l'anno dell'indagine e l'etnia, il che significa che le etnie hanno tassi di variazione diversi in base all'età. che le etnie hanno tassi di cambiamento diversi nel tempo. Altrimenti, non c'era alcuna interazione, il che significa che le etnie condividevano lo stesso tasso di variazione nel tempo ma punti di partenza diversi. L'analisi ha rilevato differenze etniche in tutti i Paesi, anche dopo aver controllato lo status socioeconomico. (In Armenia e Gabon, le dimensioni del campione erano molto ridotte, per cui le differenze riscontrate potrebbero essere dovute al caso statistico). Sono stati utilizzati modelli multilivello per esaminare i modelli di livello superiore in tutti i Paesi inclusi nell'analisi. Da questa analisi è emerso che, come tendenza generale, i più emarginati hanno registrato i minori miglioramenti nell'accesso, mentre i meno emarginati hanno registrato i maggiori miglioramenti. Nei modelli, il livello 1 è rappresentato dalle singole donne, il livello 2 dai gruppi etnici specifici del Paese e il livello 3 dai 25 Paesi. Per

essere più sensibili alla stratificazione socioeconomica specifica del Paese, i modelli multilivello utilizzano una variabile indice per lo status socioeconomico invece delle variabili categoriche utilizzate nelle regressioni logistiche binarie specifiche per Paese. Nella variabile indice, il profilo socioeconomico (una data combinazione di ricchezza, istruzione e residenza) con la più bassa probabilità prevista specifica per ogni Paese assume il valore di 1, mentre il profilo con la più alta probabilità prevista assume il valore di 40. Tutti i profili intermedi assumono il valore corrispondente. Tutti i profili che intervengono assumono il valore corrispondente tra 1 e 40 in base alla classifica delle probabilità previste nelle regressioni specifiche per Paese. Nei casi in cui l'analisi si riferisce alla percentuale di donne in tutti i Paesi, queste stime sono state ottenute ponderando le stime a livello nazionale in base alla dimensione della popolazione.

Nota sui rischi di mortalità materna più alti e più bassi, confrontando il 1990 con il 2020 (p. 66)

Nell'esaminare le tendenze della mortalità materna dal 1990 al 2020 in tutto il Capitolo 3, gli autori hanno eseguito i propri calcoli sulla base dei dati pubblicati insieme alle più recenti statistiche ufficiali sulla mortalità materna fornite nella pubblicazione dell'OMS e altri (2023a). La pubblicazione stessa si concentra sulle tendenze dal 2000 al 2020, ma i set di dati allegati includono stime a partire dal 1985. Ciò significa che le stime del 1990 e del 2020 a cui si fa riferimento nel Capitolo 3 confrontano stime ottenute utilizzando la stessa metodologia e gli stessi dati di input. Nel confrontare il 10% dei Paesi con il rischio più alto e più basso di morte delle donne per gravidanza o parto nel 1990 e nel 2020, le medie non sono state ponderate in base alla dimensione della popolazione.

Nota sull'andamento della mortalità materna negli Stati Uniti (p. 66)

Sebbene esistano forti disuguaglianze razziali ed etniche nei tassi di mortalità materna negli Stati Uniti, i dati sulla mortalità materna nel Paese sono in aumento per la maggior parte dei gruppi di donne. Si discute su quanto l'aumento sia un artefatto del cambiamento

delle definizioni e della sorveglianza; a queste domande non si può rispondere senza migliorare i sistemi di dati, come le indagini sistematiche e standardizzate su tutti i decessi in tutti gli Stati. Tuttavia, le ricerche indicano che la mancanza di accesso universale all'assistenza sanitaria gioca un ruolo importante (Braveman, 2023). In particolare, gran parte delle morti materne nel Paese si verificano tra le sei settimane e un anno dopo il parto, molte delle quali legate a condizioni di salute mentale (Trost e altri, 2017). A differenza di molti Paesi ad alto reddito, gli Stati Uniti non garantiscono un congedo parentale retribuito o visite a domicilio da parte di operatori sanitari nel periodo post-partum (Tikkanen e altri, 2020)

Nota sul bisogno di contraccezione non soddisfatto nei Paesi colpiti da crisi umanitarie (p. 95)

Gli autori hanno basato questa stima sulle tabulazioni dei dati della Tabella 2.5 della fonte, che fornisce i dati sulla percentuale di donne con bisogno soddisfatto e non soddisfatto di contraccezione nei Paesi colpiti da crisi umanitarie nel 2015. Le percentuali di donne con necessità soddisfatte e non soddisfatte sono state sommate per calcolare la percentuale totale di donne che vogliono evitare la gravidanza in ogni Paese. La percentuale di donne che desiderano evitare la gravidanza e che non utilizzano alcuna forma di contraccezione è stata calcolata come la percentuale di donne con necessità non soddisfatte divisa per la percentuale complessiva di donne con necessità. La media non ponderata delle stime dei Paesi è del 51%.

Nota sulle stime del reddito pro capite ricavate dallo studio in Kenya, Nigeria e Senegal (p. 96)

reddito pro capite dalla Tabella 1 della fonte originale, che stima il prodotto interno lordo (PIL) pro capite in diversi scenari. Secondo la tabella, il PIL sarebbe di 3.480 dollari internazionali se fossero soddisfatti i due terzi del bisogno insoddisfatto di contraccezione moderna (scenario "moderato") e di 2.310 dollari internazionali nello scenario di base.

Bibliografia

- Anon, 1994. "Conference Reports. International Women's Health Conference for Cairo '94." *Development in Practice* 4(3): 218–221.
- Acharya, Sanghmitra S. and Golak B. Patra, 2017. "Access to Maternal and Child Health Care: Understanding Discrimination in Selected Slum in Delhi." In *Marginalization in Globalizing Delhi: Issues of Land, Livelihoods and Health*. New Delhi: Springer.
- Adda, Jérôme and others, 2017. "The Career Costs of Children." *Journal of Political Economy* 125(2): 293–337.
- Adnani, Qorinah Estiningtyas Sakilah and others, 2023. "A Historical Narrative of the Development of Midwifery Education in Indonesia." *Women and Birth* 36(1): e175–e178.
- Age UK, 2019. "As STIs in Older People Continue to Rise Age UK Calls to End the Stigma About Sex and Intimacy in Later Life." Website: ageuk.org.uk/latest-press/articles/2019/october/as-stis-in-older-people-continue-to-rise-age-uk-calls-to-end-the-stigma-about-sex-and-intimacy-in-later-life, accessed 13 February 2024.
- Aguirre, Kamila and Vanessa D. Carrión-Yaguana, 2023. "Empowering Youth: The Impact of Comprehensive Sex Education on Teenage Pregnancy in Ecuador." WIDER Working Paper, 2023/107. Helsinki: United Nations University World Institute for Development Economics Research.
- Ahluwalia, Sanjam, 2008. *Reproductive Restraints: Birth Control in India, 1877–1947*. Urbana: University of Illinois Press.
- Ahmed, Saifuddin and others, 2012. "Maternal Deaths Averted by Contraceptive Use: An Analysis of 172 Countries." *The Lancet* 380(9837): 111–125.
- Aikins, Ama de-Graft and Kwadwo Koram, 2017. "Health and Healthcare in Ghana, 1957–2017." In *The Economy of Ghana Sixty Years After Independence*. Oxford: Oxford University Press.
- Akter, Shahinoor and others, 2018. "Indigenous Women's Access to Maternal Healthcare Services in Lower- and Middle-Income Countries: A Systematic Integrative Review." *International Journal of Public Health* 64(3): 343–353.
- Allard, Jenna and others, 2022. "Indian Female Migrants Face Greater Barriers to Post-Covid Recovery Than Males: Evidence from a Panel Study." *eClinicalMedicine* 53: 101631.
- Al-Zubaidi, Yamam, 2022. "Racial and Ethnic Statistics in Sweden: Has the Socialization Process Started Yet?" *Scandinavian Studies in Law* 68: 426–449.
- Amouzou, Agbessi and others, 2020. "Closing the Inequality Gaps in Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health Coverage: Slow and Fast Progressors." *BMJ Global Health* 5: e002230.
- Amster, Ellen, 2016. "The Syphilitic Arab?: A Search for Civilization in Disease Etiology, Native Prostitution, and French Colonial Medicine." In *French Mediterraneans: Transnational and Imperial Histories*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Anastasi, Erin and others, 2017. "Unmasking Inequalities: Sub-National Maternal and Child Mortality Data from Two Urban Slums in Lagos, Nigeria Tells the Story." *PLoS One* 12(5): e0177190.
- Anderson, Ian and others, 2016. "Indigenous and Tribal Peoples' Health (The Lancet–Lowitja Institute Global Collaboration): A Population Study." *The Lancet* 388(10040): 131–157.
- Anderson, Mark and Claus C. Pörtner, 2014. "High School Dropouts and Sexually Transmitted Infections." *Southern Economic Journal* 81(1): 113–134.
- Anik, Asibul Islam and others, 2022. "Association Between Socioeconomic Factors and Unmet Need for Modern Contraception Among the Young Married Women: A Comparative Study Across the Low- and Lower-Middle-Income Countries of Asia and Sub-Saharan Africa." *PLOS Global Public Health* 2(7): e0000731.
- Arain, Mariam and others, 2013. "Maturation of the Adolescent Brain." *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 9: 449–461.
- Article 19, 2012. "International Standards: Right to Information." Website: [article19.org/resources/international-standards-right-information/](https://www.article19.org/resources/international-standards-right-information/), accessed 6 February 2024.
- Asia Floor Wage Alliance and others, 2023. *Dindigul Agreement. Year 1 Progress Report*. Website: asia.floorwage.org/dindigul-agreement-report-2023/, accessed 12 February 2024.
- Atuhaire, Lydia and others, 2021. "Effect of Community-Based Interventions Targeting Female Sex Workers Along the HIV Care Cascade in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Systematic Reviews* 10: 137.
- Australian Aid and UNFPA (United Nations Population Fund), 2023. "Mid Programme Review on Effectiveness of Comprehensive Sexuality Education/ Family Life Education in Kiribati."
- Australian Indigenous HealthInfoNet, n.d. "Women." Website: healthinfonet.ecu.edu.au/population-groups/women/reviews/our-review, accessed 5 February 2024.
- Australian Institute of Health and Welfare, 2023. *Aboriginal and Torres Strait Islander Health Performance Framework: Summary Report*. Canberra: AIHW. Website: indigenoushpf.gov.au/report-overview/overview/summary-report, accessed 5 February 2024.
- Avendano, Rolando and others, 2018. "Data and Diagnostics to Leave No One Behind." In *Development Cooperation Report 2018. Joining Forces to Leave No One Behind*. Paris: OECD.
- Babajide, Opeyemi Oluwatosin and others, 2021. "Subnational Estimates of Maternal Mortality in Nigeria: Analysis of Female Siblings' Survivorship Histories." Research Square [preprint]. Website: doi.org/10.21203/rs.3.rs-1190088/v1, accessed 6 February 2024.

- Bacchus, Loraine J. and others, 2018. "Recent Intimate Partner Violence Against Women and Health: A Systematic Review and Meta-Analysis of Cohort Studies." *BMJ Open* 8(7): e019995.
- Backman, Gunilla and others, 2008. "Health Systems and the Right to Health: An Assessment of 194 Countries." *The Lancet* 372(9655): 2047–2085.
- Badgett MVL and others, 2019. "The relationship between LGBT inclusion and economic development: Macro-level evidence." *World Development*. 120:1-14.
- Bahous, Sima, 2023. "Speech: The Women's Rights Crisis: Listen To, Invest In, Include, and Support Afghan Women." Website: unwomen.org/en/news-stories/speech/2023/09/speech-the-womens-rights-crisis-listen-to-invest-in-include-and-support-afghan-women, accessed 1 February 2024.
- Bearak, Jonathan and others, 2020. "Unintended Pregnancy and Abortion by Income, Region, and the Legal Status of Abortion: Estimates from a Comprehensive Model for 1990–2019." *The Lancet Global Health* 8(9): e1152–e1161.
- Bearak, Jonathan and others, 2018. "Global, Regional, and Subregional Trends in Unintended Pregnancy and its Outcomes From 1990 to 2014: Estimates from a Bayesian Hierarchical Model." *The Lancet Global Health* 6(4): e380–e389.
- Beckingham, Andy and others, 2022. "Implementing Professional Midwife-Led Maternity Care in India for Healthy Pregnant Women: A Community Case Study." *Frontiers in Public Health* 10: 875595.
- Berer, Marge, 2017. "Abortion Law and Policy Around the World: In Search of Decriminalization." *Health and Human Rights* 19(1): 13–27.
- Berro Pizzarossa, Lucía, 2018. "Here to Stay: The Evolution of Sexual and Reproductive Health and Rights in International Human Rights Law." *Laws* 7(3): 29.
- Betti, Lia, 2021. "Shaping Birth: Variation in the Birth Canal and the Importance of Inclusive Obstetric Care." *Philosophical Transactions of the Royal Society B, Biological Sciences* 376(1827): 20200024.
- Blackstone, Sarah R. and others, 2017. "Factors Influencing Contraceptive Use in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review." *International Quarterly of Community Health Education* 37(2): 79–91.
- Blanchet, Nathan J. and others, 2012. "The Effect of Ghana's National Health Insurance Scheme on Health Care Utilisation." *Ghana Medical Journal* 46(2): 76–84.
- Bloom, David E. and others, 2014. "A Demographic Dividend for Sub-Saharan Africa: Source, Magnitude, and Realization." IZA Discussion Paper No. 7855. Bonn: Institute for the Study of Labor.
- Bloom, David E. and others, 2009. "Fertility, Female Labor Force Participation, and the Demographic Dividend." *Journal of Economic Growth* 14(2): 79–101.
- Bloom, David and others, 2003. *The Demographic Dividend: A New Perspective on the Economic Consequences of Population Change*. Santa Monica: RAND.
- Bohren, Meghan A. and others, 2022. "Strategies to Reduce Stigma and Discrimination in Sexual and Reproductive Healthcare Settings: A Mixed Methods Systematic Review." *PLOS Global Public Health* 2(6): e0000582.
- Boniol, Mathieu and others, 2019. "Gender Equity in the Health Workforce: Analysis of 104 Countries." Health Workforce Working Paper 1. Geneva: World Health Organization.
- Bourbonnais, Nicole, 2016. *Birth Control in the Decolonizing Caribbean: Reproductive Politics and Practices on Four Islands, 1930–1970*. New York: Cambridge University Press.
- Boy, Angie and Hamisu M. Salihu, 2004. "Intimate Partner Violence and Birth Outcomes: A Systematic Review." *International Journal of Fertility and Women's Medicine* 49: 159–164.
- Boydell, Victoria and others, 2023. "Hostilities Faced by People on the Frontlines of Sexual and Reproductive Health and Rights: A Scoping Review." *BMJ Global Health* 8(11): e012652.
- Braveman, Paula, 2023. "Preventing Maternal Mortality." *Medical Care* 61(5): 255–257.
- Briggs, Laura, 2003. *Reproducing Empire: Race, Sex, Science, and U.S. Imperialism in Puerto Rico*. Berkeley: University of California Press.
- Brown, Rebecca and others, 2019. "The Sexual and Reproductive Health and Rights Journey: From Cairo to the Present." *Sexual and Reproductive Health Matters* 27(1): 1676543.
- Caceres, Billy A. and others, 2019. "A Scoping Review of Sexual Minority Women's Health in Latin America and the Caribbean." *International Journal of Nursing Studies* 94: 85–97.
- Camber Collective, 2020. "SWEDD Analyses situationnelles." Unpublished.
- Capasso, Ariadna and others, 2022. "Lessons from the Field: Recommendations for Gender-Based Violence Prevention and Treatment for Displaced Women in Conflict-Affected Ukraine." *The Lancet Regional Health – Europe* 17: 100408.
- Cardona, Carolina and others, 2020. "Generating and Capitalizing on the Demographic Dividend Potential in Sub-Saharan Africa: A Conceptual Framework from a Systematic Literature Review." *Gates Open Research* 4: 145.
- Carlson, Lauren J. and Natalie D. Shaw, 2019. "Development of Ovulatory Menstrual Cycles in Adolescent Girls." *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 32(3): 249–253.
- Carpenter, Morgan, 2018. "Intersex Variations, Human Rights, and the International Classification of Diseases." *Health and Human Rights* 20(2): 205–214.
- Carpenter, Zöe, 2019. "This Was the Decade of Feminist Uprisings in Latin America." *The Nation*.
- Carter, Shannon K., 2010. "Beyond Control: Body and Self in Women's Childbearing Narratives." *Sociology of Health & Illness* 32(7): 993–1009.
- Center for Reproductive Rights, n.d. "The World's Abortion Laws." Website: reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/, accessed 2 February 2024.
- Cha, Seungman, 2017. "The Impact of the Worldwide Millennium Development Goals Campaign on Maternal and Under-Five Child Mortality Reduction: 'Where Did the Worldwide Campaign Work Most Effectively?'" *Global Health Action* 19(1). DOI: 10.1080/16549716.2017.1267961.

- Chola, Lumbwe and others, 2015. "Scaling Up Family Planning to Reduce Maternal and Child Mortality: The Potential Costs and Benefits of Modern Contraceptive Use in South Africa." *PLoS ONE* 10(6): e0130077.
- Cohen, Susan A., 1987. "The Safe Motherhood Conference." *International Family Planning Perspectives* 13(2): 68–70.
- Coll, Carolina V. N. and others, 2021. "Identifying the Women Most Vulnerable to Intimate Partner Violence: A Decision Tree Analysis from 48 Low- and Middle-Income Countries." *eClinicalMedicine* 42: 101214.
- Coll, Carolina V. N. and others, 2020. "Intimate Partner Violence in 46 Low-Income and Middle-Income Countries: An Appraisal of the Most Vulnerable Groups of Women Using National Health Surveys." *BMJ Global Health* 5: e002208.
- Collins, Bennett and others, 2021. "Becoming 'Historically Marginalized Peoples': Examining Two Perceptions of Boundary Shifting and Re-Categorization in Post-Genocide Rwanda." *Ethnic and Racial Studies* 44(4): 576–594.
- Commission for Gender Equality, 2020. "Investigation Report on the Forced Sterilisation of Women Living with HIV/AIDS in South Africa." Complaint Ref No: 414/03/2015/KZN.
- Committee on the Elimination of Discrimination against Women, 2015. "Concluding Observations: Slovakia" (paragraphs 11, 20–23, 26–27). United Nations Document CEDAW/C/SVK/CO/5-6.
- Committee on the Elimination of Racial Discrimination, 2017. "Concluding Observations: Slovakia" CERD/C/SVK/CO/11-12.
- Connelly, Matthew, 2008. *Fatal Misconception: The Struggle to Control World Population*. Cambridge: Belknap Press of Harvard University Press.
- Constantine, Norman A. and others, 2015. "Short-Term Effects of a Rights-Based Sexuality Education Curriculum for High-School Students: A Cluster-Randomized Trial." *BMC Public Health* 15: 293.
- Cook, Rebecca J. and others, 2003. *Reproductive Health and Human Rights: Integrating Medicine, Ethics, and Law*. Wotton-under-Edge: Clarendon Press.
- Corrêa, Sonia, and others, 2015. "Feminist Mobilizing for Global Commitments to the Sexual and Reproductive Health and Rights of Women and Girls." In *Women and Girls Rising: Progress and Resistance Around the World*. New York: Routledge.
- Creanga, Andreea A. and others, 2014. "Racial and Ethnic Disparities in Severe Maternal Morbidity: A Multistate Analysis, 2008–2010." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 210(5): 435.e1–435.e8.
- DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística) and UNFPA (United Nations Population Fund), 2023. *Partería tradicional y su incorporación en las Estadísticas Vitales de Colombia*. Website: dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/06022023-NotaEstadistica-ParteraTradi-EVColombia.pdf, accessed 12 February 2024.
- Dayo, Elizabeth and others, 2022. "Health in Colour: Black Women, Racism, and Maternal Health." *The Lancet Regional Health – Americas* 17:100408.
- Deacon, Harriet, 1998. "Midwives and Medical Men in the Cape Colony Before 1860." *Journal of African History* 39(2): 271–292.
- De Barros, Juanita, 2014. *Reproducing the British Caribbean: Sex, Gender, and Population Politics After Slavery*. Chapel Hill: University of North Carolina Press.
- Decker, Michele R. and others, 2015. "Gender-Based Violence Against Adolescent and Young Adult Women in Low- and Middle-Income Countries." *Journal of Adolescent Health* 56(2): 188–196.
- DeLee, Joseph B., 1915. "Progress Toward Ideal Obstetrics." *Transactions of the American Association for the Study and Prevention of Infant Mortality* 6: 114–138.
- Delkhosh, Marjan and others, 2019. "Prevalence of Intimate Partner Violence and Reproductive Health Outcomes Among Afghan Refugee Women in Iran." *Health Care for Women International* 40(2): 213–237.
- Downe, Soo and others, 2023. "Theories for Interventions to Reduce Physical and Verbal Abuse: A Mixed Methods Review of the Health and Social Care Literature to Inform Future Maternity Care." *PLOS Global Public Health* 3(4): e0001594.
- El Chamaa, Mohamad, 2023. "Anti-LGBTQ Backlash Grows Across Middle East, Echoing U.S. Culture Wars." *Washington Post*.
- El Halabi, Soha and Kristi Sidney Annerstedt, 2021. *Cost Analysis of a Comprehensive Sexuality Education Intervention in Indonesia – SETARA Program*. Jakarta: Rutgers WPF Indonesia.
- ENSMI (Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil), 2015. "ENSMI 2014-2015, Informe de Indicadores Básicos, Guatemala."
- Erens, Bob and others, 2019. "Health Status, Sexual Activity and Satisfaction Among Older People in Britain: A Mixed Methods Study." *PLoS One* 14(3): e021385.
- Ero, Ikponwosa and others, 2021. *People with Albinism Worldwide. A Human Rights Perspective*. Website: ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Albinism/Albinism_Worldwide_Report2021_EN.pdf, accessed 13 February 2024.
- ERRC (European Roma Rights Centre), 2020. *Cause of Action. A Series by the European Roma Rights Centre. Reproductive Rights of Romani Women in Bulgaria*. Website: errc.org/uploads/upload_en/file/5229_file1_reproductive-rights-of-romani-women-in-bulgaria.pdf, accessed 4 February 2024.
- European Commission, Directorate-General for Justice and Consumers, 2017. *Analysis and Comparative Review of Equality Data Collection Practices in the European Union. Data Collection in Relation to LGBTI People*. Luxembourg: Publications Office.
- European Court of Human Rights, 2023. "Judgment Concerning Switzerland." Strasbourg: ECHR. Website: echr.coe.int/w/judgment-concerning-switzerland, accessed 15 March 2024.
- Evens, Emily and others, 2019. "Experiences of Gender-Based Violence Among Female Sex Workers, Men Who Have Sex With Men, and Transgender Women in Latin America and the Caribbean: A Qualitative Study to Inform HIV Programming." *BMC International Health and Human Rights* 19: 9.
- Exemplars in Global Health, 2023. "A Story with a Beautiful Ending: India's Path to Promoting Respectful Maternal Care." *Exemplars News*. Website: exemplars.health/stories/india-path-to-promoting-respectful-maternal-care, accessed 6 February 2024.

- Family Planning Impact Consortium, 2023. *The Case for Investment in Family Planning for Women's Empowerment and Economic Development: An Introduction to the Family Planning Impact Consortium*. New York: Guttmacher Institute.
- Fathalla, Mahmoud, 2012. *On Safe Motherhood at 25 Years. Looking Back, Moving Forward*. Dorchester: Hands On For Mothers and Babies. Website: birmingham.ac.uk/Documents/heroes/on-safe-motherhood-fathalla.pdf, accessed 1 February 2024.
- Ferrari, Giulia and others, 2022. "Prevention of Violence Against Women and Girls: A Cost-Effectiveness Study Across 6 Low- and Middle-Income Countries." *PLOS Medicine* 19(3): e1003827.
- Fijian Ministry of Health and Medical Services and others, 2023. *Community-Based Sexual and Reproductive Health Officers Programme: A Successful Strategy to Advance SRHR for Women and Young People with Disabilities in the Pacific Region*. Washington, DC: Women Enabled International.
- Ford, Jessie V. and others, 2022. "The World Association for Sexual Health's Declaration on Sexual Pleasure: A Technical Guide." *International Journal of Sexual Health* 33(4): 612–614.
- Ford, Nathan and others, 2021. "Integrating Sexual and Reproductive Health Services Within HIV Services: WHO Guidance." *Frontiers in Global Women's Health* 2: 735281.
- Forde, Allana T. and others, 2019. "The Weathering Hypothesis as an Explanation for Racial Disparities in Health: A Systematic Review." *Annals of Epidemiology* 33: 1–18.e3.
- Forman, Michele R. and others, 2013. "Life-Course Origins of the Ages and Menarche and Menopause." *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics* 4: 1–21.
- Fòs Feminista, 2023. *The Global Impact of the Dobbs Decision on Abortion Laws, Policies, Legislation, Narratives, and Movements: Findings from Colombia, India, Kenya, and Nigeria*. New York: Fòs Feminista.
- Fuentes, Liza, 2023. "Inequity in US Abortion Rights and Access: The End of Roe is Deepening Existing Divides." New York: Guttmacher Institute.
- Fukuda-Parr, Sakiko and others, 2018. "Voluntary National Review Reports – What Do They Report?" Committee for Development Policy. Website: sustainabledevelopment.un.org/content/documents/20549CDPbp201846.pdf, accessed 8 February 2024.
- Gabrysch, Sabine and others, 2009. "Cultural Adaptation of Birthing Services in Rural Ayacucho, Peru." *Bulletin of the World Health Organization* 87(9): 724–729.
- García-Moreno, Claudia and Avni Amin, 2019. "Violence Against Women: Where Are We 25 years After ICPD and Where Do We Need to Go?" *Reproductive Health Matters* 27(1): 1–3.
- Geller, Stacie E. and others, 2018. "A Global View of Severe Maternal Morbidity: Moving Beyond Maternal Mortality." *Reproductive Health* 15(Suppl 1): 98.
- George, Asha S. and others, 2020. "Structural Determinants of Gender Inequality: Why They Matter for Adolescent Girls' Sexual and Reproductive Health." *BMJ* 368: l6985.
- Georgieva, Kristalina, 2020. "Investing in Policies for People Will Help Shape a Better Economy for the Postcrisis World." Washington, DC: International Monetary Fund.
- Geronimus, Arline T., 2023. *Weathering: The Extraordinary Stress of Ordinary Life in an Unjust Society*. New York: Little, Brown Spark.
- Ghebreyesus, Tedros Adhanom and others, 2020. "Wake-up Call: 10 Years Remaining to Address Inequalities on Right to Health for All." *BMJ*.
- Gibson, Britton A. and others, 2018. "Gender Identity, Healthcare Access, and Risk Reduction Among Malaysia's Mak Nyah Community." In *Rethinking MSM, Trans* and other Categories in HIV Prevention*. Abingdon: Routledge.
- Ginsburg, Faye D. and Rayna Rapp, 1995. "Conceiving the New World Order." In *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction*. Berkeley: University of California Press.
- Goli, Srinivas and others, 2022. "Estimates and Correlates of District-Level Maternal Mortality Ratio in India." *PLOS Global Public Health* 2(7): e0000441.
- Gon, Giorgia and others, 2018. "The Frequency of Maternal Morbidity: A Systematic Review of Systematic Reviews." *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 141: 20–38.
- Goodmark, Leigh, 2022. "Assessing the Impact of the Violence Against Women Act." *Annual Review of Criminology* 5: 115–131.
- Gostin, Lawrence, 2019. "Is Affording Undocumented Immigrants Health Coverage a Radical Proposal?" *JAMA* 322(15): 1438–1439.
- Government of India, Ministry of Health and Family Welfare, 2016. "National Family Health Survey (NFHS-4), 2015–16." Website: rchiips.org/nfhs/pdf/nfhs4/india.pdf, accessed 5 February 2024.
- Graham, Laurie M. and others, 2021. "Disparities in Potential Years of Life Lost Due to Intimate Partner Violence: Data from 16 States for 2006–2015." *PLOS ONE* 16(2): e0246477.
- Grepin, Karen A. and Jeni Klugman, 2013. *Investing in Women's Reproductive Health: Closing the Deadly Gap Between What We Know and What We Do*. Washington: World Bank. Website: documents1.worldbank.org/curated/en/217631468333060680/pdf/781140WP0Box370per0Full0Report.pdf0.pdf, accessed 15 February 2024.
- Grown, Caren and others, 2005. *Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women*. UN Millennium Project Taskforce on Education and Gender Equality. Website: undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/publications/Taking%20Action-%20Achieving%20Gender%20Equality%20and%20Empowering%20Women.pdf, accessed 7 February 2024.
- Gulumbu, Usman and others, 2018. "Maternal Mortality Ratio in Selected Rural Communities in Kebbi State, Northwest Nigeria." *BMC Pregnancy and Childbirth* 18(1): 1–6.
- Gupta, Manjul and others, 2023. "Fake News Believability: The Effects of Political Beliefs and Espoused Cultural Values." *Information & Management* 60(2): 103745.
- Guttmacher Institute, 2017. "Many Abortion Restrictions Have No Rigorous Scientific Basis." New York: Guttmacher Institute. Website: guttmacher.org/news-release/2017/many-abortion-restrictions-have-no-rigorous-scientific-basis, accessed 1 February 2024.

- Haberland, Nicole and Deborah Rogow, 2015. "Sexuality Education: Emerging Trends in Evidence and Practice." *Journal of Adolescent Health* 56(1): S15–21.
- Haddad, Lisa B. and Nawal N. Nour, 2009. "Unsafe Abortion: Unnecessary Maternal Mortality." *Reviews in Obstetrics & Gynecology* 2(2): 122–126.
- Hadush, Filmawit and others, 2023. "Factors Contributing to the High Prevalence of Intimate Partner Violence Among South Sudanese Refugee Women in Ethiopia." *BMC Public Health* 23(1): 1418.
- Harbath, Katie, 2023. "Different Approaches to Counting Elections." *Anchor Change*. Website: anchorchange.substack.com/p/different-approaches-to-counting, accessed 1 February 2024.
- Harned, Elizabeth B. and Liza Fuentes, 2023. "Abortion Out of Reach: The Exacerbation of Wealth Disparities After Dobbs v. Jackson Women's Health Organization." New York: Guttmacher Institute.
- Hartmann, Betsy, 1995. *Reproductive Rights and Wrongs: The Global Politics of Population Control*. Boston: South End Press.
- Hassan, Asha and others, 2023. "Dobbs and Disabilities: Implications of Abortion Restrictions for People with Chronic Health Conditions." *Health Services Research* 58(1): 197–201.
- Hay, Katherine and others, 2019. "Disrupting Gender Norms in Health Systems: Making the Case for Change." *The Lancet* 393(10190): 2535–2549.
- Herten-Crabb, Asha and Sara E. Davies, 2020. "Why WHO Needs a Feminist Economic Agenda." *The Lancet* 396(10229): 1018–1020.
- Heymann, Jody and others, 2019. "Improving Health with Programmatic, Legal, and Policy Approaches to Reduce Gender Inequality and Change Restrictive Gender Norms." *The Lancet* 393(10190): 2522–2534.
- HIV Policy Lab and others, 2023. *Progress and the Peril: HIV and the Global Decriminalization of Same-Sex Sex*. Website: hivpolicylab.org/documents/reports/2023GlobalReport/2023%20Policy%20Lab%20Report%20on%20Decriminalization.pdf, accessed 1 February 2024.
- Hobby, Elaine, 1999. "Introduction." In *The Midwives Book. Or the Whole Art of Midwifry Discovered*, Jane Sharp (author), Elaine Hobby, ed. New York: Oxford University Press.
- Hogarth, Rana A., 2017. *Medicalizing Blackness: Making Racial Difference in the Atlantic World, 1780-1840*. Chapel Hill: University of North Carolina Press.
- Hoffman, Kelly M. and others, 2016. "Racial Bias in Pain Assessment and Treatment Recommendations, and False Beliefs about Biological Differences Between Blacks and Whites." *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 113(6): 4296–4301.
- Horn, Rebecca and others, 2021. "Mapping Complex Systems: Responses to Intimate Partner Violence Against Women in Refugee Camps." *Frontiers in Human Dynamics* 3. DOI: 10.3389/fhumd.2021.613792.
- Hoyert, Donna L., 2023. "Maternal Mortality Rates in the United States, 2021." National Center for Health Statistics, *Health E-Stats*. Website: stacks.cdc.gov/view/cdc/124678, accessed 4 February 2024.
- HRW (Human Rights Watch), 2020. "Covid-19 Fueling Anti-Asian Racism and Xenophobia Worldwide." *News*. Website: www.hrw.org/news/2020/05/12/covid-19-fueling-anti-asian-racism-and-xenophobia-worldwide, accessed 15 March 2024.
- Huicho, Luis and others, 2018. "Enabling Reproductive, Maternal, Neonatal and Child Health Interventions: Time Trends and Driving Factors of Health Expenditure in the Successful Story of Peru." *PLoS One* 13(10): e0206455.
- Human Dignity Trust, n.d. "Map of Countries that Criminalise LGBT People." Website: humandignitytrust.org/lgbt-the-law/map-of-criminalisation/, accessed 5 February 2024.
- Human Rights Committee, 2016. "Concluding Observations: Slovakia" (paragraphs 16–19). United Nations Document CCPR/C/SVK/CO/4.
- Human Rights Council, 2020. "COVID-19, Systemic Racism and Global Protests: Report of the Working Group of Experts on People of African Descent." A/HRC/45/44.
- Hunter, Wendy and Natasha Borges Sugiyama, 2018. "Making the Newest Citizens: Achieving Universal Birth Registration in Contemporary Brazil." *The Journal of Development Studies* 54(3): 397–412.
- Hyde, Janet Shibley and others, 2019. "The Future of Sex and Gender in Psychology: Five Challenges to the Gender Binary." *American Psychologist* 74(2): 171–193.
- Ibrahim, Zainab and others, 2018. *Counting the Cost: The Price Society Pays for Violence Against Women*. Geneva: Care International. Website: care-international.org/files/files/Counting_the_costofViolence.pdf, accessed 16 February 2024.
- IFES (International Foundation for Electoral Systems), n.d. "ElectionGuide. Democracy Assistance and Election News." Website: electionguide.org/, accessed 1 February 2024.
- Inclusive Data Charter and Global Partnership for Sustainable Development Data, 2018. "Everybody Counts. A Commitment to Ensure that No One is Left Behind in the Pursuit and Measurement of Social and Economic Progress." Website: data4sdgs.org/sites/default/files/2018-08/IDC_onepager_Final.pdf, accessed 6 February 2024.
- Indira, Fazilatun Nessa and others, 2023. "Towards a World with No Child Marriage: Four Countries Pledge Action." *The Lancet* 401(10378): 712–713.
- International Confederation of Midwives and others, 2016. *Midwives' Voices. Midwives' Realities*. Geneva: World Health Organization. Website: iris.who.int/bitstream/handle/10665/250376/9789241510547-eng.pdf, accessed 3 February 2024.
- Islam, Rakibul M., 2017. "Utilization of Maternal Health Care Services Among Indigenous Women in Bangladesh: A Study on the Mru Tribe." *Women & Health* 57: 108–118.
- Jackson, Andrea V. and others, 2017. "Racial and Ethnic Differences in Contraception Use and Obstetric Outcomes: A Review." *Seminars in Perinatology* 41(5): 273–277.
- Jeffcoate, 1975. *Principles of Gynaecology*. Liverpool: Butterworths.
- Jewkes, Rachel and others, 2015. "I Don't Know What Harm I Did': Perspectives of Traditional Practitioners on the Nature, Sources and Roles of Violence in Rural South African Maternity Care." *Social Science & Medicine* 143: 27–34.
- Johnson, Charles and others, 1999. *Africans in America: America's Journey through Slavery*. New York: Harcourt.

- Jones, Tiffany, 2018. "Intersex Studies: A Systematic Review of International Health Literature." *SAGE Open* 8(2). DOI: 10.1177/2158244017745577.
- Kalra, Naira and others, 2021. "Training Healthcare Providers to Respond to Intimate Partner Violence Against Women." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 5(5): CD012423.
- Kanem, Natalia, 2023. "Reproductive Rights Backsliding Around the World. This Needs to End." *Context News*. Website: www.context.news/socioeconomic-inclusion/opinion/abortion-rights-are-backsliding-worldwide-this-needs-to-end, accessed 1 February 2024.
- Kapilashrami, Anuj and Ekatha A. John, 2023. "Pandemic, Precarity and Health of Migrants in South Asia: Mapping Multiple Dimensions of Precarity and Pathways to States of Health and Well-being." *Journal of Migration and Health* 7: 100180.
- Karakuş, Akan and others, 2015. "An Important Ethical and Medicolegal Issue; Projecting the Need for Medical Education About Patient Rights Among the Hospital Staff." *Journal of Experimental & Clinical Medicine* 32(2): 59–61.
- Kenya National Bureau of Statistics, Population Studies and Research Institute and United Nations Children's Fund. 2016. "Turkana County Multiple Indicator Cluster Survey 2013/14, Final Report." Nairobi: Kenya National Bureau of Statistics, Population Studies and Research Institute and United Nations Children's Fund.
- Khalil, Asma and others, 2023. "A Call to Action: The Global Failure to Effectively Tackle Maternal Mortality Rates." *The Lancet Global Health* 11(8): e1165–e1167.
- Kharas, Homi, and others, eds, 2019. *Leave No One Behind. Time for Specifics on the Sustainable Development Goals*. Washington, DC: Brookings Institution Press.
- Kim, Theresa Y. and others, 2016. "Racial/Ethnic Differences in Unintended Pregnancy: Evidence from a National Sample of US Women." *American Journal of Preventive Medicine* 50(4): 427–435.
- Kirby, Douglas B., 2008. "The Impact of Abstinence and Comprehensive Sex and STD/HIV Education Programs on Adolescent Sexual Behavior." *Sexuality Research & Social Policy* 5: 18.
- Kisambira, Stephen and Karoline Schmid, 2021. "Selecting Adolescent Birth Rates (10–14 and 15–19 years) for Monitoring and Reporting on Sustainable Development Goals." Technical Paper No.2022/4. New York: UN DESA, Population Division.
- Kivela, Jari and others, 2013. "Cost Analysis of School-Based Sexuality Education Programs in Six Countries." *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 11: 17.
- Klausen, Susanne, 2004. *Race, Maternity, and the Politics of Birth Control in South Africa, 1910–39*. London: Palgrave Macmillan.
- Klugman, Barbara, 1993. "Balancing Means and Ends; Population Policy in South Africa." *Reproductive Health Matters* 1(1): 44–57.
- Knight, Marian and others, eds, on behalf of MBRRACE-UK, 2022. *Saving Lives, Improving Mothers' Care. Core Report: Lessons Learned to Inform Maternity Care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2018–20*. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford.
- Knudsen, Britta Timm and Casper Andersen, 2019. "Affective Politics and Colonial Heritage, Rhodes Must Fall at UCT and Oxford." *International Journal of Heritage Studies* 25(3): 239–258.
- Kohler, Hans-Peter and Jere R. Behrman, 2018. "Benefits and Costs of the Population and Demography Targets for the Post-2015 Development Agenda." In *Prioritizing Development: A Cost Benefit Analysis of the United Nations' Sustainable Development Goals*, Bjorn Lomborg, ed. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kohler, Pamela K. and others, 2008. "Abstinence-Only and Comprehensive Sex Education and the Initiation of Sexual Activity and Teen Pregnancy." *Journal of Adolescent Health* 42(4): 344–351.
- Lancet Commission on Peaceful Societies Through Health Equity and Gender Equality, 2023. "Peaceful Societies Through Health Equity and Gender Equality."
- Latt, Su Mon and others, 2019. "Abortion Laws Reform May Reduce Maternal Mortality: An Ecological Study in 162 Countries." *BMC Women's Health* 19: 1.
- Leavitt, J. Walzer, 1988. "Joseph B. DeLee and the Practice of Preventive Obstetrics." *American Journal of Public Health* 78(10): 1353–1361.
- Lewkonja, Ray, 2011. "Patient Rights and Medical Education: Clinical Principles." *Medical Teacher* 33(5): 392–396.
- Litoff, Judy Barrett, 1982. "The Midwife Throughout History." *Journal of Nurse-Midwifery* 27(6): 3–11.
- Loaiza, Edilberto and Mengjia Liang, 2016. *Universal Access to Reproductive Health: Progress and Challenges*, Gretchen Luchsinger, ed. New York: UNFPA. Website: unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_Reproductive_Paper_20160120_online.pdf, accessed 7 February 2024.
- Longman, Jéré, 2024. "An Olympic Dream Falter Among Track's Shifting Rules." *New York Times*.
- Makumbi, Fredrick E. and others, 2023. "Socio-economic and Education Related Inequities in Use of Modern Contraceptive in Seven Sub-regions in Uganda." *BMC Health Services Research* 23: 201.
- Malvern, Chiweshe and Catriona Macleod, 2018. "Cultural De-Colonization versus Liberal Approaches to Abortion in Africa: The Politics of Representation and Voice." *African Journal of Reproductive Health/La Revue Africaine de La Santé Reproductive* 22(2): 49–59.
- Marone, Heloisa, 2016. *Demographic Dividends, Gender Equality, and Economic Growth: The Case of Cabo Verde*. Washington, DC: International Monetary Fund.
- Martucci, Jessica, 2017. "Childbirth and Breastfeeding in 20th-Century America." In *Oxford Research Encyclopedia of American History*.
- Matsick, Jes L. and others, 2020. "Treat Sexual Stigma to Heal Health Disparities: Improving Sexual Minorities' Health Outcomes." *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences* 7(2): 205–213.
- 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.
- Mbizvo, Michael T. and others, 2023. "Comprehensive Sexuality Education Linked to Sexual and Reproductive Health Services Reduces Early and Unintended Pregnancies Among In-School Adolescent Girls in Zambia." *BMC Public Health* 23: 348.

- MBRRACE-UK (Mothers and Babies: Reducing the Risk Through Audits and Confidential Enquiries Across the UK), 2020. "Saving Lives, Improving Mothers' Care 2020: Lay Summary." Website: npeu.ox.ac.uk/assets/downloads/mbrrace-uk/reports/maternal-report-2020/MBRRACE-UK_Maternal_Report_2020_-_Lay_Summary_v10.pdf, accessed 4 February 2024.
- McGovern, Terry and others, 2022. *Sexual and Reproductive Justice as the Vehicle to Deliver the Nairobi Summit Commitments*. High-Level Commission on the Nairobi Summit on ICPD25 Follow-up. Website: nairobisummiticpd.org/publication/sexual-and-reproductive-justice, accessed 1 February 2024.
- McKinsey Global Institute, 2015. *The Power of Parity: How Advancing Women's Equality Can Add \$12 Trillion to Global Growth*. New York: McKinsey Global Institute.
- Menendez, Clara and others, 2023. "Stalled Global Progress on Preventable Maternal Deaths Needs Renewed Focus and Action." *BMJ* 381: p1473.
- Meyer, Meredith and Susan A. Gelman, 2016. "Gender Essentialism in Children and Parents: Implications for the Development of Gender Stereotyping and Gender-Typed Preferences." *Sex Roles* 75: 409.
- Mikhail, Hannah and others, 2021. "Reproductive Health Interventions for Inuit Youth in the North: A Scoping Review." *Reproductive Health* 18(1): 65.
- Molitoris and others, 2023. "Early Childbearing and Child Marriage: An Update." *Studies in Family Planning* 53(3): 503–521.
- MTI-Hungary Today, 2019. "Foreign Minister: Hungary Rejects UN Declaration on Granting Illegal Migrants Equal Access to Health Care." Website: hungarytoday.hu/hungary-rejects-un-migrants-health-care, accessed 2 October 2023.
- 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.
- Müller, Alexandra, 2016. "Health for All? Sexual Orientation, Gender Identity, and the Implementation of the Right to Access to Health Care in South Africa." *Health and Human Rights* 18(2): 195–208.
- Muro, Estella and Oloikhuae Egbokhare, 2023. "Artificial Intelligence, Technology and Health: Examining the Impacts of Inequity in Access, Racism and Structural Discrimination." Washington, DC: O'Neill Institute.
- Murphy-Lawless, Jo, 1998. *Reading Birth and Death: A History of Obstetric Thinking*. Cork: Cork University Press.
- Musa, Abdulbasit and others, 2019. "The Associations Between Intimate Partner Violence and Maternal Health Care Service Utilization: A Systematic Review and Meta-Analysis." *BMC Women's Health* 19: 36.
- Ndikubwimana, Baptiste and others, 2023. "Debating the Identity and Indigeneity of the Batwa in Post-Genocide Rwanda: A Review of the Challenges and Prospects from a Human Rights Perspective." *AlterNative: An International Journal of Indigenous Peoples* 19(2): 303–313.
- Nestorová Dická, Janetta, 2021. "Demographic Changes in Slovak Roma Communities in the New Millennium." *Sustainability* 13(7): 3735.
- Nia, Gissou, 2023. "Gender Apartheid is a Horror. Now the United Nations Can Make it a Crime Against Humanity." *Atlantic Council*. Website: atlanticcouncil.org/blogs/new-atlanticist/gender-apartheid-is-a-horror-now-the-united-nations-can-make-it-a-crime-against-humanity/, accessed 1 February 2024.
- Nove, Andrea and others, 2021. "Potential Impact of Midwives in Preventing and Reducing Maternal and Neonatal Mortality and Stillbirths: A Lives Saved Tool Modelling Study." *The Lancet Global Health* 9(1): E24–E32.
- Nugroh, Adi and others, 2017. "Behavioral Interventions to Reduce HIV Risk Behavior for MSM and Transwomen in Southeast Asia: A Systematic Review." *AIDS Care* 29(1): 98–104.
- Nyård, Håvard Mogleiv, 2018. "Inequality and Conflict – Some Good News." *World Bank*. blogs.worldbank.org/dev4peace/inequality-and-conflict-some-good-news, accessed 1 February 2024.
- O'Brien, Diana Z. and Johanna Rickne, 2016. "Gender Quotas and Women's Political Leadership." *American Political Science Review* 110(1): 112–126.
- OCHA (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs), 2023. "Global Humanitarian Overview 2024." Website: humanitarianaction.info/document/global-humanitarian-overview-2024/article/cost-inaction, accessed 15 March 2024.
- OCHA (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs), n.d. "Protection – Gender-Based Violence 2023." Geneva and New York: OCHA. Website: fts.unocha.org/global-sectors/13/summary/2023, accessed 15 March 2024.
- Odeyemi, Isaac A. O. and John Nixon, 2013. "Assessing Equity in Health Care Through the National Health Insurance Schemes of Nigeria and Ghana: A Review-Based Comparative Analysis." *International Journal for Equity in Health* 12: 9.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2023. "Systemic Racism and Use of Force in Policing and Justice." Website: www.ohchr.org/en/statements-and-speeches/2023/10/systemic-racism-and-use-force-policing-and-justice, accessed 2 February 2024.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2023a. "A/78/227: Protection Against Violence and Discrimination Based on Sexual Orientation and Gender Identity – Report of the Independent Expert on Protection Against Violence and Discrimination Based on Sexual Orientation and Gender Identity, Victor Madrigal-Borloz."
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2022. "A/HRC/50/27: Report on the right to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health of persons, communities and populations affected by discrimination and violence based on sexual orientation and gender identity in relation to the Sustainable Development Goals."
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2021. "Seminal UN Report Offers an Agenda to Dismantle Systemic Racism." Website: www.ohchr.org/en/stories/2021/06/seminal-un-report-offers-agenda-dismantle-systemic-racism, accessed 2 February 2024.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2021a. "A/HRC/47/28. 65: Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Tlaleng Mofokeng."

- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2021b. "Abortion is Essential Healthcare and Women's Health Must be Prioritized Over Politics." Website: www.ohchr.org/en/statements/2021/09/abortion-essential-healthcare-and-womens-health-must-be-prioritized-over, accessed 5 February 2024.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2020. "COVID-19: States Should Not Abuse Emergency Measures to Suppress Human Rights – UN Experts." Website: www.ohchr.org/en/press-releases/2020/03/covid-19-states-should-not-abuse-emergency-measures-suppress-human-rights-un, accessed 2 February 2024.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2019. "Time for World's Leaders to Honour 25-Year-Old Promises and Renew Their Commitments on Women's Rights, Say Human Rights Experts." Website: www.ohchr.org/en/press-releases/2019/11/time-world-leaders-honour-25-year-old-promises-and-renew-their-commitments, accessed 3 February 2024.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2019a. Report of the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences on a human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence. A/74/137. Website: digitallibrary.un.org/record/3823698
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2018. "A Human Rights Based Approach to Data – Leaving No One Behind in the 2030 Agenda for Sustainable Development: Guidance Note to Data Collection and Disaggregation." Website: www.ohchr.org/en/documents/tools-and-resources/human-rights-based-approach-data-leaving-no-one-behind-2030-agenda, accessed 6 February 2024.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2017. "Women's Autonomy, Equality and Reproductive Health in International Human Rights: Between Recognition, Backlash and Regressive Trends. Working Group on the Issue of Discrimination Against Women in Law and Practice." Website: www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/WG/WomensAutonomyEqualityReproductiveHealth.pdf, accessed 1 February 2024.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 1966. *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. Geneva: OHCHR. Website: www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights, accessed 3 February 2024.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), n.d. "Fact Sheet: Homophobic and Transphobic Violence." Website: www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Discrimination/LGBT/FactSheets/unfe-27-UN_Fact_Sheets_Homophobic_English.pdf, accessed 1 February 2024.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), n.d.a. "Intersex People. OHCHR and the Human Rights of LGBTI People." Website: www.ohchr.org/en/sexual-orientation-and-gender-identity/intersex-people, accessed 4 February 2024.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), n.d.b. "About LGBTI People and Human Rights. OHCHR and the Human Rights of LGBTI People." Website: www.ohchr.org/en/sexual-orientation-and-gender-identity/about-lgbti-people-and-human-rights, accessed 4 February 2024.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), n.d.c. "Albinism in Africa. Independent Expert on Albinism." Website: www.ohchr.org/en/special-procedures/ie-albinism/albinism-africa, accessed 13 February 2024.
- Onarheim, Kristine H. and others, 2018. "Towards Universal Health Coverage: Including Undocumented Migrants." *BMJ Global Health* 3: e001031.
- Organization of African Unity, 1981. *African Charter on Human and Peoples' Rights*. Addis Ababa: OAU.
- Osmundsen, Mathias and others, 2021. "How Partisan Polarization Drives the Spread of Fake News." *Brookings*. Website: brookings.edu/articles/how-partisan-polarization-drives-the-spread-of-fake-news/, accessed 1 February 2024.
- Ouedraogo, Rasmané and David Stenzel, 2021. "The Heavy Economic Toll of Gender-based Violence: Evidence from Sub-Saharan Africa." *IMF WP/21/277*. Washington, DC: International Monetary Fund.
- Owens, Deidre Cooper, 2017. *Medical Bondage: Race, Gender, and the Origins of American Gynecology*. Athens: University of Georgia Press.
- Owusu-Edusei, Kwame and others, 2013. "The Estimated Direct Medical Cost of Selected Sexually Transmitted Infections in the United States, 2008." *Sexually Transmitted Diseases* 40(3): 197–201.
- Ozili, Peterson K., 2024. "Effect of Gender Equality on Financial Stability and Financial Inclusion." *Social Responsibility Journal* 20(2): 205–223.
- PAI, 2020. "Insight into Country-Level Sexual and Reproductive Health Advocacy in Zambia's Universal Health Coverage Financing Reforms." Website: pai.org/resources/leading-charge/, accessed 8 February 2024.
- Paradies, Yin, 2016. "Colonisation, Racism and Indigenous Health." *Journal of Population Research* 33: 83–96.
- Patel, Parisa and others, 2018. "The Perceptions, Health-Seeking Behaviours and Access of Scheduled Caste Women to Maternal Health Services in Bihar, India." *Reproductive Health Matters* 26(54): 114–125.
- Perritt, Jamila and Natalia Eugene, 2022. "Inequity and Injustice: Recognizing Infertility as a Reproductive Justice Issue." *F&S Reports* 3(2 Suppl): 2–4.
- Phillips, James F. and others, 2020. "Four Decades of Community-Based Primary Health Care Development in Ghana." In *Achieving Health for All: Primary Health Care in Action*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Pierce, Jennifer L., 2013. "White Racism, Social Class, and the Backlash Against Affirmative Action." *Sociology Compass* 7(11): 914–926.
- Policy Cures Research, 2023. "Sexual and Reproductive Health Research and Development: Beyond Spillovers." Australia: Policy Cures Research.
- Pradhan, Rina and others, 2015. "Factors Associated with Pregnancy Among Adolescents in Low-Income and Lower Middle-Income Countries: A Systematic Review." *Journal of Epidemiology & Community Health* 69(9): 918–924.

- Raben, Liselotte A. D. and Maria E. T. C. van den Muijsenbergh, 2018. "Inequity in Contraceptive Care Between Refugees and Other Migrant Women?: A Retrospective Study in Dutch General Practice." *Family Practice* 35(4): 468–474.
- Raghavendra, R. H., 2020. "Literacy and Health Status of Scheduled Castes in India." *Contemporary Voice of Dalit* 12(1): 97–110.
- Ravindran, T.K. Sundari and others, 2020. "Making Pharmaceutical Research and Regulation Work for Women." *BMJ* 371: m3808.
- Reid, Graeme and Minky Worden, 2023. "Caster Semenya Won Her Case, But Not the Right to Compete." *Human Rights Watch*. Website: [hrw.org/news/2023/07/18/caster-semenya-won-her-case-not-right-compete](https://www.hrw.org/news/2023/07/18/caster-semenya-won-her-case-not-right-compete), accessed 4 February 2024.
- Roberts, Dorothy E., 1991. "Punishing Drug Addicts Who Have Babies: Women of Color, Equality, and the Right of Privacy." *Harvard Law Review* 104(7): 1419–1482.
- Rohrbach, Louise A. and others, 2015. "A Rights-Based Sexuality Education Curriculum for Adolescents: 1-Year Outcomes From a Cluster-Randomized Trial." *Journal of Adolescent Health* 57(4): 399–406.
- Rollston, Rebekah and others, 2020. "Comprehensive Sexuality Education to Address Gender-Based Violence." *The Lancet* 396: 148–150.
- Ross, Loretta J., 2017. "Reproductive Justice as Intersectional Feminist Activism." *Souls* 19(3): 286–314.
- Ross, Loretta J. and Rickie Solinger, 2017. *Reproductive Justice: An Introduction*. Berkeley: University of California Press.
- Rostami-Moez, Masoumeh and others, 2021. "The Effect of Teaching Patients' Rights to Midwifery Students on Their Compliance with Patients' Rights at Fatemeh Hospital, Hamadan, Iran." *Journal of Medical Education* 20(3): e116707.
- Samanta, Arabinda, 2016. "Physicians, Forceps and Childbirth: Technological Intervention in Reproductive Health in Colonial Bengal." In *Medicine and Colonialism*, Poonam Bala, ed. New York: Taylor and Francis.
- Saroha, Ekta and others, 2008. "Caste and Maternal Health Care Service Use Among Rural Hindu Women in Maitha, Uttar Pradesh, India." *Journal of Midwifery & Women's Health* 53(5): e41–e47.
- Say, Lale and others, 2014. "Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis." *The Lancet Global Health* 2(6): e323–333.
- Schaaf, Marta and others, 2023. "A Critical Interpretive Synthesis of Power and Mistreatment of Women in Maternity Care." *PLOS Global Public Health* 3(1): e0000616.
- Semenya, Caster, 2023. "Running in a Body That's My Own." *New York Times*.
- Sen, Gita and Aditi Iyer, 2012. "Who Gains, Who Loses and How: Leveraging Gender and Class Intersections to Secure Health Entitlements." *Social Science & Medicine* 74(11): 1802–1811.
- Sen, Gita and others, 2019. "Moving the ICPD Agenda Forward: Challenging the Backlash." *Sexual and Reproductive Health Matters* 27(1): 319–322.
- Sen, Gita, and others, 2009. "A Methodology to Analyse the Intersections of Social Inequalities in Health." *Journal of Human Development and Capabilities* 10(3): 397–415.
- Shalev, Carmel, 1998. "Rights to Sexual and Reproductive Health – the ICPD and the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women." Website: [un.org/womenwatch/daw/csw/shalev.htm](https://www.un.org/womenwatch/daw/csw/shalev.htm), accessed 3 February 2024.
- Shields, Kristine and Anne Drapkin Lyerly, 2013. "Exclusion of Pregnant Women from Industry-Sponsored Clinical Trials." *Obstetrics & Gynecology* 122(5): 1077–1081.
- Shiva, Vandana, 1996. "Science, Nature and Gender." In *Women, Knowledge, and Reality. Explorations in Feminist Philosophy*, 2nd edn. New York: Routledge.
- Silverman, Jay G. and others, 2007. "Intimate Partner Violence and Unwanted Pregnancy, Miscarriage, Induced Abortion, and Stillbirth Among a National Sample of Bangladeshi Women." *BJOG* 114: 1246–1252.
- Singh, Gopal K., 2021. "Trends and Social Inequalities in Maternal Mortality in the United States, 1969–2018." *International Journal of MCH and AIDS* 10(1): 29–42.
- Singh, Poonam Khetrapal, 2018. "India Has Achieved Groundbreaking Success in Reducing Maternal Mortality." World Health Organization.
- Sloane, Julie, 2018. "Research Finds Tipping Point for Large-Scale Social Change." Website: asc.upenn.edu/news-events/news/research-finds-tipping-point-large-scale-social-change, accessed 1 February 2024.
- Small, Maria J. and others, 2017. "Global Disparities in Maternal Morbidity and Mortality." *Seminars in Perinatology* 41(5): 318–322.
- Snow, Rachel C. and others, 2015. "Sexual and Reproductive Health: Progress and Outstanding Needs." *Global Public Health* 10(2): 149–173.
- Solinger, Rickie and Mie Nakachi, eds, 2016. *Reproductive States: Global Perspectives on the Invention and Implementation of Population Policy*. Oxford: Oxford University Press.
- Sprecher, Tiffany D. Vann and Ruth Mazo Karras, 2011. "The Midwife and the Church: Ecclesiastical Regulation of Midwives in Brie, 1499–1504." *Bulletin of the History of Medicine* 85(2): 171–192.
- Starrs, Ann M. and others, 2018. "Accelerate Progress—Sexual and Reproductive Health and Rights for All: Report of the Guttmacher–Lancet Commission." *Lancet* 391(10140): 2642–2692.
- Stepan, Jan and Edmund H. Kellogg, 1974. "The World's Laws on Contraceptives." *American Journal of Comparative Law* 22(4): 615–651.
- Sully, Elizabeth A. and others, 2020. *Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019*. New York: Guttmacher Institute.
- Tabaac, Ariella R. and others, 2020. "Sexual Orientation-Related Disparities in Healthcare Access in Three Cohorts of U.S. Adults." *Preventive Medicine* 132: 105999.
- Tampa, Mircea and others, 2014. "Brief History of Syphilis." *Journal of Medicine and Life* 7(1): 4–10.
- Tao, Yu-Ting and others, 2023. "Global, Regional, and National Trends of Syphilis from 1990 to 2019: The 2019 Global Burden of Disease Study." *BMC Public Health* 23: 754.

- Teufel, James and others, 2021. "Income and Poverty Status Among Women Experiencing Intimate Partner Violence: A Positive Social Return on Investment from Civil Legal Aid Services." *Law & Society Review* 55(3): 405–428.
- Thomas, B. Gail, 2016. "A History of Midwifery in the Western World." Website: memoriesofnursing.uk/wp-content/uploads/History-of-midwifery-BGT.pdf, accessed 3 February 2024.
- Thomas, Claire, 2023. "No Data IS Data: What Existing but Untapped Disaggregated Data Tells Us About Inequalities in Vaccination Rates in the Global South." Minority Rights Group.
- Thomas, Lynn M., 2003. *Politics of the Womb: Women, Reproduction, and the State in Kenya*. Berkeley: University of California Press.
- Tikkanen, Roosa and others, 2020. "Maternal Mortality and Maternity Care in the United States Compared to 10 Other Developed Countries." New York and Washington D. C.: The Commonwealth Fund.
- Trans Legislation Tracker, n.d. "2023 Anti-Trans Legislation." Website: translegislation.com/bills/2023, accessed 5 February 2024.
- Trost, Susanna and others, 2017. "Pregnancy-Related Deaths: Data from Maternal Mortality Review Committees in 36 US States, 2017–2019." Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Division of Reproductive Health.
- UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS), 2023. "UNAIDS Board Calls on Member States to Resource and Tailor HIV Response that Integrates Diverse Needs of Transgender People." Website: unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2023/december/20231219_pcb-decision-2025-targets, accessed 8 February 2024.
- UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS), 2022. "UNAIDS Warns that Stigmatizing Language on Monkeypox Jeopardises Public Health." Press release. Website: unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2022/may/20220522_PR.Monkeypox, accessed 15 March 2024.
- UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS), 2021. "HIV and Stigma and Discrimination." Human Rights Fact Sheet Series. Website: unaids.org/sites/default/files/media_asset/07-hiv-human-rights-factsheet-stigma-discrimination_en.pdf, accessed 5 February 2024.
- UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS), n.d. "Trend of New HIV Infections, 1990–2022." *AIDSinfo database*. Website: aidsinfo.unaids.org/, accessed 30 October 2023.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Statistics Division, 2023. *The Sustainable Development Goals Report 2023: Special Edition*. New York: UN DESA.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2022. *World Family Planning 2022. Meeting the Changing Needs for Family Planning: Contraceptive Use by Age and Method*. New York: UN DESA.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2022a. *World Population Prospects 2022: Summary of Results*. New York: UN DESA.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2022b. *World Population Prospects 2022: Methodology of the United Nations Population Estimates and Projections (UN DESA/POP/2022/TR/NO.4)*. New York: UN DESA.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2022c. "Family Planning Indicators. Estimates and Projections of Family Planning Indicators, 2022." Website: un.org/development/desa/pd/data/family-planning-indicators, accessed 8 February 2024.
- UNDP (United Nations Development Programme), 2023. *The Human Cost of Inaction: Poverty, Social Protection and Debt Servicing, 2020–2023*. New York: UNDP. Website: undp.org/publications/dfs-human-cost-inaction-poverty-social-protection-and-debt-servicing-2020-2023, accessed 8 February 2024.
- UN ECOSOC, 2024. Flow of financial resources for assisting in the further Implementation of the programme of Action of the International Conference on Population and Development. E/CN.9/2024/4. In Press.
- UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization), 2016. "Education for People and Planet: Creating Sustainable Futures for All." *Global Education Monitoring Report 2016*. Paris: UNESCO. Website: unesco.org/gem-report/en/education-people-and-planet, accessed 7 February 2024.
- UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) and others, 2021. *The Journey Towards Comprehensive Sexuality Education: Global Status Report*. Paris: UNESCO. Website: unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000379607, accessed 2 February 2024.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2024. The Future of Sexual and Reproductive Health and Rights. In press.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2024a. *Population Data Portal*. Website: pdp.unfpa.org, accessed 15 March 2024.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2024b. A Digital World: Future-Proofing the ICPD. In press.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2024c. The Future of Population Data Systems. In press.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2024d. Sahel Women's Empowerment and Demographic Dividend Programme Annual Progress Report 2023. In press.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2024e. ICPD and the Climate Crisis. In press.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2024f. Demographic Diversity and Sustainable Development. In press.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2024g. A Systematic Assessment of ICPD Positioning Across the 2024 Voluntary National Reviews. In press.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2023. "Statement of the Executive Director to the Second Regular Session of the Executive Board 2023." Website: unfpa.org/press/statement-executive-director-second-regular-session-executive-board-2023, accessed 1 February 2024.

- UNFPA (United Nations Population Fund), 2023a. "Remarks by UNFPA Executive Director Dr. Natalia Kanem during the UNGA 2023 Side Event on Sustainable Financing for Family Planning." Website: unfpa.org/press/remarks-unfpa-executive-director-dr-natalia-kanem-during-unga-2023-side-event-sustainable, accessed 1 February 2024.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2023b. *8 Billion Lives, Infinite Possibilities. State of World Population 2023*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2022. *Investing in Three Transformative Results: Realizing Powerful Returns*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2022a. *Seeing the Unseen: The Case for Action in the Neglected Crisis of Unintended Pregnancy. State of World Population 2022*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2021. *My Body is My Own: Claiming the Right to Autonomy and Self-Determination. State of World Population 2021*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2021a. *Leaving No One Behind and Reaching the Furthest Behind. Strategic Plan 2022–2025*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2021b. *We Matter. We Belong. We Decide. UNFPA Disability Inclusion Strategy 2022–2025*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2020. *International Technical and Programmatic Guidance on Out-of-School Comprehensive Sexuality Education. An Evidence-Informed Approach for Non-Formal, Out-of-School Programmes*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2019. *Sexual and Reproductive Health and Rights: An Essential Element of Universal Health Coverage*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2019a. "Submission of the United Nations Population Fund to the Special Rapporteur on Violence Against Women." Website: www.ohchr.org/en/calls-for-input/report-human-rights-based-approach-mistreatment-and-obstetric-violence-during, accessed 3 February 2024.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2018. *Young Persons with Disabilities. Global Study on Ending Gender-based Violence and Realizing Sexual and Reproductive Health and Rights*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2018a. *International Technical Guidance on Sexuality Education*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2017. *Worlds Apart - Reproductive Health and Rights in an Age of Inequality. State of World Population 2017*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 1998. "ICPD+5 Review." Website: unfpa.org/events/icpd5-review, accessed 5 February 2024.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 1994. *Programme of Action. Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5–13 September 1994*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), n.d. Trends in Women's Sexual and Reproductive Health and Rights Decision-making. Unpublished analysis.
- UNFPA (United Nations Population Fund), n.d.a. Sahel Women's Empowerment and Demographic Dividend Monitoring and Evaluation Results Framework. Unpublished report
- UNFPA (United Nations Population Fund) and others, 2023. *Maternal Health Analysis of Women and Girls of African Descent in the Americas*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund) and others, 2021. *The State of the World's Midwifery*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund) and others, 2018. *Indigenous Women's Maternal Health and Maternal Mortality*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund) Asia and the Pacific, n.d. "ROI-T: Invest in Her." Website: asiapacific.unfpa.org/en/ROI, accessed 7 February 2024.
- UNICEF (United Nations Children's Fund), 2023. "UNICEF Data Warehouse: Cross-Sector Indicators. Indicator: Percentage of Children Under Age 5 Whose Births Are Registered." Website: data.unicef.org/resources/data-explorer/unicef_f/?ag=UNICEF&df=GLOBAL_DATAFLOW&ver=1.0&dq=PT_CHLD_Y0T4_REG..&startPeriod=2016&endPeriod=2023, accessed 6 February 2024.
- UNICEF (United Nations Children's Fund), 2022. "UNICEF Data: Female Genital Mutilation." Website: data.unicef.org/topic/gender/fgm/, accessed 1 February 2024.
- United Nations, 2023. *The Sustainable Development Goals Report. Special Edition*. New York: UN.
- United Nations, 2023a. "Disagreeing over References to Comprehensive Sexual Education, Delegates Fail to Adopt Draft Resolution, as Commission on Population and Development Concludes Session." Website: press.un.org/en/2023/pop1109.doc.htm, accessed 1 February 2024.
- United Nations, 2023b. "Engagement Key to Reform of Taliban Decrees Restricting Women's Rights." Website: news.un.org/en/story/2023/09/1141477, accessed 8 February 2024.
- United Nations, 2023c. "UN Rights Experts Condemn Uganda's 'Egregious' Anti-LGBT Legislation." Website: news.un.org/en/story/2023/03/1135147#, accessed 8 February 2024.
- United Nations, 2020. "Rising Inequality Affecting More Than Two-Thirds of the Globe, But It's Not Inevitable: New UN Report." Website: news.un.org/en/story/2020/01/1055681, accessed 1 February 2024.
- United Nations, 2018. "Political, Social Polarization Leading to Rise in Global Insecurity, Secretary-General's Report Finds." Website: press.un.org/en/2018/org1681.doc.htm, accessed 1 February 2024.
- United Nations, 2015. "Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development." A/RES/70/1.
- United Nations, 2014. "Framework of Actions for the Follow-up to the Programme of Action of the International Conference on Population and Development Beyond 2014: Report of the Secretary-General." A/69/62.

- United Nations General Assembly, 2022. "Violence and its Impact on the Right to Health. Report by the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health, Tlaleng Mofokeng." A/HRC/50/28.
- United Nations Statistics Division, 2014. "Fundamental Principles of Official Statistics." A/RES/68/261.
- United Nations System Chief Executives Board for Coordination, 2017. *Leaving No One Behind: Equality and Non-Discrimination at the Heart of Sustainable Development*. New York: UN.
- University of Melbourne and UNFPA (United Nations Population Fund), 2023. *Measuring Technology-Facilitated Gender-Based Violence. A Discussion Paper*. New York: UNFPA.
- UNSDG (United Nations Sustainable Development Group), n.d. "Leave No One Behind. Universal Values. Principle Two: Leave No One Behind." Website: unsdg.un.org/2030-agenda/universal-values/leave-no-one-behind, accessed 5 February 2024.
- UN Women, 2018. *Turning Promises into Action: Gender Equality in the 2030 Agenda for Sustainable Development*. New York: UN Women.
- UN Women and others, 2023. *Progress on the Sustainable Development Goals. The Gender Snapshot 2023*. New York: UN Women.
- Urban Indian Health Institute, 2018. *Missing and Murdered Indigenous Women & Girls. A Snapshot of Data from 71 Urban Cities in the United States*. Seattle: UIHI.
- USAID (United States Agency for International Development), 2022. "Key Populations: Achieving Equitable Access to End AIDS." Website: usaid.gov/global-health/health-areas/hiv-and-aids/technical-areas/key-populations#, accessed 8 February 2024.
- 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(1): 2.
- Victoria, Cesar Gomes and others, 2018. "The Inverse Equity Hypothesis: Analyses of Institutional Deliveries in 286 National Surveys." *American Journal of Public Health* 108(4): 464–471.
- Vyas, Seema, 2013. *Estimating the Association between Women's Earnings and Partner Violence: Evidence from the 2008–2009 Tanzania National Panel Survey*. Women's Voice, Agency, & Participation Research Series 2013 No. 2. Washington, DC: World Bank.
- Walker, David and Nata Duvvury, 2016. *Costing the Impacts of Gender-Based Violence (GBV) to Business: A Practical Tool*. London: Overseas Development Institute.
- Wells, Lana and others, 2024. "Insights on Engaging Men and Boys in Creating a More Gender Equal Future in Canada." *Violence Against Women* 30(1): 297–322.
- Westman, Claire S. 2023. Submission to "Report of the Independent Expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity, Victor Madrigal-Borloz." Unpublished.
- WHO (World Health Organization), 2023. "Technical Brief: Investing in Sexual and Reproductive Health and Rights: Essential Elements of Universal Health Coverage." Website: cdn.who.int/media/docs/default-source/reproductive-health/uhl-technical-brief-srhr.pdf, accessed 8 February 2024.
- WHO (World Health Organization), 2022. "Oman First Country in the Region to Eliminate Mother-to-Child Transmission of HIV and Syphilis." *News*. Website: www.emro.who.int/omn/oman-news/oman-firstcountry-in-the-region-to-eliminate-motherto-child-transmission-of-hiv-and-syphilis.html?format=html, accessed 15 March 2024.
- WHO (World Health Organization), 2021. *Violence Against Women Prevalence Estimates, 2018: Global Regional and National Estimates for Intimate Partner Violence Against Women and Global and Regional Estimates for Non-partner Sexual Violence Against Women. Executive Summary*. Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization), 2020. *Pulse Survey on Continuity of Essential Services During the COVID-19 Pandemic: Interim Report, 27 August 2020*. Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization), 2015. "The Prevention and Elimination of Disrespect and Abuse During Facility-Based Childbirth." Website: iris.who.int/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf, accessed 4 February 2024.
- WHO (World Health Organization), 2013. *Global and Regional Estimates of Violence Against Women. Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-Partner Sexual Violence*. Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization), 2009. *Integrating Poverty and Gender into Health Programmes: A Sourcebook for Health Professionals*. Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization), 1991. *Maternal Mortality Ratios and Rates. A Tabulation of Available Information*. Geneva: WHO. Website: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272290/WHO-MCH-MSM-91.6-eng.pdf, accessed 5 February 2024.
- WHO (World Health Organization), n.d. "Gender and Health." Website: who.int/health-topics/gender#tab=tab_1, accessed 4 February 2024.
- WHO (World Health Organization), n.d.a. "Global Health Estimates: Leading Causes of Death." Website: who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death, accessed 6 February 2024.
- WHO (World Health Organization), n.d.b. "Congenital Syphilis Reported Rate per 100 000 Live Births, Reported." *The Global Health Observatory*. Website: who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/congenital-syphilis-rate-per-100-000-live-births, accessed 15 March 2024.
- WHO (World Health Organization), n.d.c. "Syphilis." *Factsheet*. Website: who.int/news-room/fact-sheets/detail/syphilis, accessed 15 March 2024.
- WHO (World Health Organization), n.d.d. "Self-Care Interventions for Health." Website: who.int/health-topics/self-care#tab=tab_1, accessed 8 February 2024.
- WHO (World Health Organisation) and others, 2023. *Trends in Maternal Mortality 2000 to 2020: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division*. Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization) and others, 2023a. *Tracking Universal Health Coverage. 2023 Global Monitoring Report*. Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization) and others, 2001. *Maternal Mortality in 1995: Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA*. Geneva: WHO.

Williams, Brent C. and A. Mark Fendrick, 2022. "Tailoring Complex Care to Patients' Needs: Myths, Realities, and Best Next Steps." *American Journal of Managed Care* 28(2): 47–50.

Wodon, Quentin and Benedicte de la Briere, 2018. *Unrealized Potential: The High Cost of Gender Inequality in Earnings*. Washington, DC: World Bank.

Wodon, Quentin, and others, 2018. *Missed Opportunities: The High Cost of Not Educating Girls. The Cost of Not Educating Girls Notes Series*. Washington, DC: World Bank.

World Bank, n.d. "Women, Business and the Law." Website: wbl.worldbank.org/en/wbl, accessed 1 February 2024.

World Economic Forum, 2024. *Closing the Women's Health Gap: A \$1 Trillion Opportunity to Improve Lives and Economies*. Geneva: World Economic Forum.

World Economic Forum, 2023. "2024 is a Record Year for Elections: Here's What You Need to Know." Website: [weforum.org/agenda/2023/12/2024-elections-around-world/](https://www.weforum.org/agenda/2023/12/2024-elections-around-world/), accessed 8 February 2024.

Wörman, Xenia and others, 2021. "Males as Victims of Intimate Partner Violence – Results from a Clinical-Forensic Medical Examination Centre." *International Journal of Legal Medicine* 135, 2107–2115.

Yadav, Arvind K. and Pabitra K. Jena, 2020. "Maternal Health Outcomes of Socially Marginalized Groups in India." *International Journal of Health Care Quality Assurance* 33(2): 172–188.

Yang, Fan and others, 2020. "Key Populations and Power: People-Centred Social Innovation in Asian HIV Services." *The Lancet HIV* 7(1): e69–e74.

Yount, Kathryn M. and others, 2022. "Global Measurements of Intimate Partner Violence to Monitor Sustainable Development Goal 5." *BMC Public Health* 22: 465.

Zaneva, Mirela and others, 2022. "What Is the Added Value of Incorporating Pleasure in Sexual Health Interventions? A Systematic Review and Meta-analysis." *PLoS ONE* 17(2): e0261034.



**Assicurare diritti e possibilità di scelta
per tutte le persone**

United Nations Population Fund
605 Third Avenue
New York, NY 10158
Tel. +1 212-297-5000
www.unfpa.org
 @UNFPA



ISSN 1020-5195
ISBN 9789210031318



Sales No. E.24.III.H.1
E/700/2024

 Printed on recycled paper